

Fysisk aktivitet och dess effekt på den äldre närståendevårdarens vardag

En forskningsöversikt

Jenny Bergman

Examensarbete

Fysioterapi

2011

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Fysioterapi
Identifikationsnummer:	3554
Författare:	Jenny Bergman
Arbetets namn:	Fysisk aktivitet och dess effekt på den äldre närståendevårdarens vardag – En forskningsöversikt
Handledare (Arcada):	Anne Kokko
Uppdragsgivare:	Sufacare
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete har undersökt effekten av fysisk aktivitet på den äldre närståendevårdaren och hur detta påverkar hennes vardag. Studien gjordes som en forskningsöversikt och är en del av Sufacare projektet där man bland annat kommit fram till att närståendevårdarna har sämre hälsa än andra i deras ålder. Syftet med examensarbetet är att få en rekommendation över vilket sätt en äldre närståendevårdare skall träna på för att klara av vardagen bättre och må bättre psykiskt och fysiskt. Två forskningsfrågor utformades och besvarades genom de 13 forskningsartiklar som inkluderades och kvalitetsgranskades. Artiklarna handlade om fysisk aktivitet och metoder som lindrar stress: meditation, mindfulness, avslappning och utbildning i stresshantering. Publiceringsåren för artiklarna var 1997-2011. Resultaten visar på att det är bra att träna aerobiskt på en lätt till medel intensitet 3-4 gånger i veckan, 30-40 minuter per gång och komplettera detta med styrke-, balansträning och stretching. Också mindfulness, meditation, avslappning och stresshantering hade positiva effekter men dessa hade inga direkta riktlinjer för mängd. De psykiska effekterna som hittades var: minskad stress, depression, ångest, börda hos närståendevårdaren och frustration. Dessutom hittades några fysiska positiva effekter: sänkt blodtryck och förbättrad gång uthållighet. Utöver detta förbättrades också allmän hälsa och sömnkvalitet och den fysiska aktivitetsnivån ökade. För att kunna generalisera dessa resultat behövs fler studier på den fysiska aktiviteten hos närståendevårdaren och studier med större deltagarantal.</p>	
Nyckelord:	Närståendevårdare, fysisk aktivitet, träning, fysisk och psykisk hälsa, Sufacare
Sidantal:	51
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	13.12.2011

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Physiotherapy
Identification number:	3554
Author:	Jenny Bergman
Title:	The effects of physical activity in the everyday life of the older family caregiver – a literature review
Supervisor (Arcada):	Anne Kokko
Commissioned by:	Sufacare
<p>Abstract:</p> <p>This thesis investigated the effects of physical activity in the older family caregiver and how it affects her everyday life. The thesis was made as a literature review and is a part of the Sufacare project in which results showed that family caregivers among other things have poorer health than non-caregivers. The purpose of the thesis is to get a recommendation on how the older family caregiver should exercise to manage her everyday life better and how to feel better both physically and mentally. Two research questions were designed and answered through the review of 13 articles. The articles were about physical activity and stress management methods such as meditation, mindfulness, relaxation and education. The articles found were published between 1997 and 2011. The results show that it is good to perform aerobic exercise on a mild to moderate intensity 3-4 times a week, 30-40 minutes each time and to complement this with strength, balance and stretch training. It is also good to perform mindfulness, meditation, relaxation and stress management but for these programs there were no common guidelines in duration and times a week. The positive mental effects that were found: less stress, depression, anxiety, caregiver burden and frustration. There were also some joint physical effects: better gait endurance and lower blood pressure. In addition to these effects the participants also had better overall well-being, sleep quality and the level of physical activity was increased. To generalize these results there will have to be more research studying the effects of physical activity in the older caregiver with more participants.</p>	
Keywords:	Family caregiver, physical activity, exercise, physical and mental health, Sufacare
Number of pages:	51
Language:	Swedish
Date of acceptance:	13.12.2011

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Fysioterapia
Tunnistenumero:	3554
Tekijä:	Jenny Bergman
Työn nimi:	Fyysinen aktiivisuus ja sen vaikutukset vanhemman omaishoitajan arkeen – kirjallisuuskatsaus
Työnohjaaja (Arcada):	Anne Kokko
Toimeksiantaja:	Sufacare
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tässä opinnäytetyössä on tutkittu miten fyysinen aktiivisuus vaikuttaa ikääntyneeseen omaishoitajaan ja hänen arkeensa. Tutkimus tehtiin kirjallisuuskatsauksena ja on osa Sufacare projektia, jossa todettiin että omaishoitajilla on alentunut terveydentila verrattuna vastaavan ikäinen ei omaishoitaja. Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia suositus siitä miten omaishoitaja voi harjoitella pärjätäkseen arjessa paremmin ja voidakseen paremmin, sekä fyysisesti että psyykkisesti. Laadin kaksi tutkimuskysymystä, ja vastasin näihin 13 tutkimusartikkelien avulla. Artikkelit koskivat fyysistä aktiivisuutta ja stressinhallintamenetelmiä kuten meditaatiota, mindfulness, rentoutumista ja koulutusta. Artikkelit julkaistiin vuonna 1997–2011. Tulokset näyttävät että on hyvä harjoitella aerobisesti kevyellä tai kohtalaisella intensiteetillä 30–40 minuuttia päivässä, 3-4 kertaa viikossa. Aerobista harjoittelua pitäisi täydentää voima- ja tasapainoharjoittelulla sekä venyttelyllä. Mindfulness, meditaatio, rentoutuminen ja stressinhallinta ovat myös hyviä harjoittelumenetelmiä, mutta niille ei saatu tarkkoja suuntaviivoja miten usein ja paljon tulee harjoitella. Psyykkiset vaikutukset olivat stressin, depression, levottomuuden, omaishoitajan taakan ja frustraation väheneminen. Tämän lisäksi löydettiin seuraavat positiiviset vaikutukset, verenpaineen aleneminen ja paremman kävelykestävyyden. Myös unen laatu ja kokonaisvaltainen terveys parantui ja fyysinen aktiivisuus lisääntyi. Tuloksia ei voi yleistää ennen kuin on saatu lisää tutkimuksia omaishoitajista ja fyysisestä aktiivisuudesta.</p>	
Avainsanat:	Omaishoitaja, fyysinen aktiviteetti, harjoittelu, fyysinen ja psyykkinen terveys, Sufacare.
Sivumäärä:	51
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	13.12.2011

INNEHÅLL

Förord.....	8
1 Inledning.....	9
2 Bakgrund.....	11
2.1 Äldreomsorgen i Finland	11
2.2 Närståendevårdarnas situation och Sufacare projektet	12
2.3 Den fysiska funktionsförmågan undersökt i Sufacare	14
2.4 Fysiken hos den äldre	15
2.4.1 <i>Muskler</i>	16
2.4.2 <i>Hjärta och lungor</i>	16
2.5 Psyket hos den äldre	17
2.6 Motionens påverkan på den äldre	18
3 Forskning om närståendevårdarens fysiska aktivitet	20
4 Centrala begrepp.....	22
5 Forskningsproblem.....	25
5.1 Syfte.....	25
5.2 Forskningsfrågor.....	25
6 Metod	26
6.1 Inklusions- och exklusionskriterier	26
6.2 Litteratursökningen	26
6.3 Kvalitetsgranskning.....	27
7 Resultat.....	33
7.1 Så bör närståendevårdaren träna	33
7.2 Träningens påverkan på närståendevårdaren	36
7.2.1 <i>Psykiska effekter</i>	36
7.2.2 <i>Fysiska effekter</i>	38
7.2.3 <i>Allmänna hälsoeffekter</i>	39
7.2.4 <i>Förändringar i fysisk aktivitet</i>	39
8 Diskussion.....	41
8.1 Metoddiskussion	41
8.2 Resultatdiskussion	42
8.3 Idéer till fortsatt forskning	44
8.4 Etik.....	44

9 Slutsats	46
Källor	47
Bilagor	52
Bilaga 1 Kvalitetsgranskning av forskningsartiklarna	52
Bilaga 2 Kvalitetgranskningsmodell: Klassifikation A-D	73

Tabeller

Tabell 1. Resultat av databassökningen.....	28
Tabell 2. Presentation av forskningsartiklarna.....	30

FÖRORD

Jag vill tacka min handledare Anne Kokko för stödet jag fått processen för mitt examensarbete och min handledare på min breddstudiepraktikplats i Stockholm, Carina Andreasson, för inspiration till forskning.

1 INLEDNING

Examensarbetet är en del av projektet Supporting Family Caregivers in Finland and Estonia – Sufacare, som görs mellan Arcada och Tallins universitet (Sufacare projektet 2009). Projektet påbörjades år 2009 och beräknas blev färdigt år 2011. Finlands del av Sufacare projektet baseras på en enkätstudie, en intervjustudie och en kartläggning av den fysiska funktionsförmågan hos närstående vårdare genom fysiska tester. I studien har det framkommit att närstående vårdare är lika bra informerade om motion som andra i deras ålder men att de inte har samma tid att utföra motionen och att de har ett sämre hälsotillstånd än de som inte är närstående vårdare (Sufacare projektet 2009). Intresset för ämnet har uppkommit eftersom skribenten för examensarbetet själv varit med och deltagit i informationsinsamlingen och testat den fysiska funktionsförmågan hos fem informanter. Dessutom har temat närståendevård under de senaste åren varit väldigt aktuellt i många former, bl.a. i politiken. Ett exempel på detta fanns i Helsingin Sanomat under hösten 2010, en artikel om understödet för närstående vårdare och att alla närstående vårdare borde behandlas lika i frågan (Pohjanpalo 2010).

Inför enkätstudien inom Sufacare projektet skickades 3000 enkäter slumpmässigt ut till personer mellan 65 och 90 år i Salo, Helsingfors och Åbo. 604 enkäter besvarades och återlämnades varav 23 % var närstående vårdare. Av de som svarade var 42 % män och 58 % kvinnor. Av närstående vårdarna var 43 % män och 57 % kvinnor. (Sufacare - enkätsvar)

Enligt enkätsvaren har närstående vårdarna mindre tid än andra i deras ålder eftersom de har mycket att göra, sämre allmänt hälsotillstånd, sämre fysisk kondition, mera neurologiska sjukdomar, sjukdomar i stöd och rörelseorganen och sämre funktionsförmåga. De är ändå lika intresserade av motion som de som inte är närstående vårdare. (Sufacare - enkätsvar)

På grund av det som nämns ovan och tidigare deltagande i projektet vill skribenten med hjälp av redan existerande litteratur ta fram en rekommendation av fysisk aktivitet som

förbättrar närståendevårdarnas fysiska funktionsförmåga vilket hjälper deras vardag. Rekommendationen får gärna vara tidseffektiv och lätt att integrera i deras vardag så att de inte behöver ändra för mycket på sina rutiner och för att de inte skall känna en press på att de har ännu mera att utföra. Arbetet kan också hjälpa fysioterapeuter att ge råd om träning åt närståendevårdare och detta är viktigt eftersom mängden närståendevårdare ökar i takt med att mängden åldringar ökar i landet.

För en djupare avgränsning av området fokuseras det på tidsbristen som personerna har i sina liv och därmed enkla träningsformer som går snabbt att utföra och inte kräver att åka någonstans. Eftersom Sufacare projektet koncentrerar sig på äldre närståendevårdare, 65-90 år, är skribentens målgrupp också äldre närståendevårdare.

2 BAKGRUND

För att förstå varför det är viktigt med närståendevårdare och varför det är viktigt att de är i god kondition redovisas kort för hur äldreomsorgen och närståendevården sköts i Finland, vad som hör till närståendevårdarens arbetsbild, vad som händer när människan åldras och varför det är så viktigt för den äldre att röra på sig. Dessutom redogörs det kort för hur Sufacare projektet sett ut och några huvudfynd ur studien.

2.1 Äldreomsorgen i Finland

År 2010 beräknades ca 17 % av Finlands befolkning vara över 65 år gamla. Antalet äldre beräknas öka till 27 % till år 2040 och därefter fortsätta stiga (Befolkningsprognosen 2009-2060, 2009). På grund av detta kommer också pressen på äldrevården att öka.

I Finland är det kommunernas uppgift att sköta äldrevården (Äldre 2009). Målet för äldre politiken i Finland är att främja de äldres funktionsförmåga, stöda rätten att ta hand om sig själva och öka delaktigheten i samhället. Detta görs genom uppmuntran att motivera de äldre bl.a. genom olika program och utbildningar om hälsa, motion och kost och genom att stöda dem att bo hemma så länge som möjligt. Det sistnämnda görs genom att anpassa bostäder och erbjuda hjälpmedel och tjänster. Det är också kommunerna som har hand om bl.a. hemtjänst, institutionsvård och socialvård. Dessutom är det kommunerna som utvärderar vad för slags vård en person är i behov av, också då när det är frågan om närståendevård och stöd för närståendevården. (Äldre 2009)

Av de personer som fyllt 75 år behöver 25-35 % hjälp dagligen och av de som är äldre än 85 år behöver över hälften hjälp dagligen. Därför finns det en stor del serviceformer för äldre. De är uppbyggda som öppenvård och institutionsvård och ett mellanting mellan dessa två. (Paasivaara et al. 2002)

I samhället har man börjat minska på institutionsvården och ökar och utvecklar öppenvården för de äldre. Behovet för tjänster för äldre ökar i takt med att befolkningens ålder stiger. Utöver ökningen av öppenvården har man därför också börjat öka på förebyg-

gande åtgärder för de äldre. Detta lönar sig både ekonomiskt och för individen. Man har också sett att problemen ökar hos de individer som redan har problem, både med hälsan och med sociala kontakter. (Kettunen et al 2009:5-8)

Det är inte bara politiskt sett som man vill att de äldre skall bo hemma längre. Också de äldre föredrar att bo i sin egen miljö och leva i sin egen takt så länge som möjligt. Därför har man möjliggjort hemvården som är en vårdform som till största del utförs i hemmet. Till den hör hemtjänst, sjukvård i hemmet, preventivvård och stödtjänster. Den äldre stöds med denna enligt en kartläggning av behoven som görs hos den äldre. Även om en närståendevårdare redan har en person på heltid kan hemtjänsten stöda genom olika saker som inte närståendevårdaren klarar av att hjälpa med. (Ronkainen et al 2002:100–105)

Den närstående till den äldre är mycket viktig. Hon utgör en länk mellan den äldre och de olika yrkeskategorierna inom vården och hon stöder den äldre och minskar på arbetsbördan hos kommunen. Beslutet att ta hand om en nära är alltid frivilligt hos den som åtar sig det. Dessutom anses det viktigt att en närstående deltar i vården hos den äldre för att då man engagerar en närstående ser hon också mera positivt på vårdformerna som ges åt den äldre. För den äldre är det också viktigt att det finns en närstående eftersom att hemtjänsten trots allt inte är lika bekant som den närstående och det leder till ett bättre socialt stöd att ha den närstående omkring sig. (Vaarama & Voutilainen 2002:77–83)

2.2 Närståendevårdarnas situation och Sufacare projektet

Närståendevårdarens vardag är mycket varierad beroende på hur stort hjälpbehov den närstående har och vad som är orsaken till att man tar hand om personen. I Sufacare projektets intervju del frågade man deltagarna vad som är orsaken till att de tar hand om sin närstående och svaren var väldigt varierande och täckte till stor del hela sjukdomsspektret, från hjärt- och lungsjukdomar till neurologiska sjukdomar och demenssjukdomar. För att få en bättre bild av närståendevårdarens vardag frågade man om hurdana hjälpbehov den närstående har. 72 % behöver hjälp med hälsovård (rehabilitering, me-

dicinering), 88 % hjälp eller delvis hjälp med fysisk och personlig vård och 76 % helt eller delvis hjälp med förflyttningar (Sufacare - intervjuer). Detta visar på att en stor del av närståendevårdarna har en direkt fysiskt ansträngande vardag. I många tidigare undersökningar har det redan påvisats att den psykiska belastningen som närståendevårdare har är stor (se Stoltz & William 2004). Pyskiska aspekter som kom fram i Sufacare enkätstudien är att närståendevårdarna oftare vakar på grund av oro, de har svårare att möta svåra situationer, känner sig oftare olyckliga, har försämrat självförtroende och lider mera av ångest än andra i deras ålder (Sufacare – enkätsvar).

I intervjun uppgav 62 % av de som svarade att de tar hand om sin närstående 21-24 timmar om dagen (Sufacare – intervjuer).

I boken, Anhörigskapets uttrycksformer, har Jeppsson Grassman delat in anhörigskapet/närståendevårdarskapet i tre profiler, den engagerade medborgaren, omsorgsgivaren och anhörigvårdaren. Den engagerade medborgaren är en person som hjälper någon utanför det egna hemmet. Personen denna hjälper är inte någon som har särskilda hjälpbehov utan hjälpen sker mera för att avlasta en annan persons vardag eller underlätta den, ett exempel kan vara en mormor som hämtar upp sitt barnbarn på daghemmet då modern inte hinner. Den engagerade medborgaren hjälper ca 13 timmar per månad. Omsorgsgivaren är en person som hjälper ca 24 timmar per månad och personen denna hjälper har särskilda hjälpbehov och är oftast äldre men omsorgsgivaren bor inte tillsammans med den hon hjälper. Den tredje profilen är anhörigvårdaren som hjälper sin anhörige mest, upp till 93 timmar per månad. I studien som utfördes som grund för boken uppgav anhörigvårdarna att de är hos den närstående upp till 24 timmar per dygn. I denna grupp var också åldersgruppen högst, 75-84 år. (Jeppsson Grassman 2003:40–48). I Sufacare projektet är det till största delen personer av den här typen som är närståendevårdare och medelåldern hos dem är 75 år (Sufacare - intervjuer).

Det är inte alla som tar hand om sin närstående som hör under lagen för stöd om närståendevård. För att få närståendevårdarunderstöd krävs att personen man tar hand om har ett handikapp, sjukdom eller nedsatt funktionsförmåga och måste tas hand om hemma. Det krävs att personen är en anhörig eller någon som står den vårdbehövande nära är redo att ta hand om personen och ansvara för vården om personen. Den som vårdar skall

också ha en bra funktionsförmåga som motsvarar kraven som den närståendevården ställer. Viktigt är också att de tjänster som erbjuds och närståendevårdarens omhändertagande räcker för att den som tar emot vården skall må bra och att dennes hälsa, välbefinnande och säkerhet hålls. Hemmet, platsen där vårdbehövaren omhändertas måste också vara i det skick som krävs för att vården skall fungera där. (Stöd för närståendevård 2011)

Då man blir beviljad stödet görs en plan tillsammans med kommunen upp vad som ingår i stödet för vårdbehövaren och detta beror mycket på vad kommunen har att erbjuda. Det stödet innehåller för närståendevårdaren är ledighet, socialservice, vårdarvode och försäkring för olycksfall och pension. (Stöd för närståendevård 2011). Eftersom detta inte täcker alla som tar hand om sin närstående finns det flera som lever endast på sina och den närståendes pensioner och inte heller har god tillgång till service och lediga dagar. Ekonomiska svårigheter kan vara en grund till ökad börda för den närstående.

2.3 Den fysiska funktionsförmågan undersökt i Sufacare

Ur intervjuerna och enkäterna fick man en grundlig information på hur närståendevårdarnas fysiska och psykiska hälsa ser ut. Som nämndes i inledningen har närståendevårdarna flera sjukdomar, mindre fritid och att de gärna skulle motionera mera men möjligheterna till motion är färre. I intervjudelen av projektet uppgav 91 % av närståendevårdarna att de fick hjälpa sin närstående med på och avklädning och intinvård såsom toalettbesök. Vid duschning och badning behövde 80 % av vårdtagarna hjälp. Vid förflyttningar fick närståendevårdarna hjälpa till i 61 % av fallen och 27 % uppgav att deras vårdtagare inte kunde röra sig utan fysisk hjälp av en annan person. Förflyttning och rörelse utomhus skedde i 77 % av fallen med hjälp av närståendevårdaren eller annan person. (Sufacare – intervjuer)

Alla uppgifter närståendevårdaren har påverkar henne negativt. I Sufacare projektets intervjudel uppgav mer än hälften av personerna att deras fysiska välmående påverkades negativt av vårdandet. Även om de ansåg att det påverkade hälsan uppgav 84 %, av de som svarat, att deras fysiska hälsa var god eller medelmåttlig. 20 % av närståendevår-

darna hade fått rehabilitering, och det var flera som var intresserade av detta. Närståendevårdarna uppgav att de behövde mera hjälp och avlastning även om de hade svårt att lämna över ansvaret till någon annan. 53 % av de som svarade på intervjun hade använt sig av tillfällig institutionsvård för att få avlastning. (Sufacare - intervjuer)

De fysiska testerna som gjordes på alla som deltog i intervjudelen bestod av en sammansättning av tester som tar upp de viktigaste aspekterna av den fysiska funktionsförmågan som närståendevårdare. Till dessa test hörde Gripkraft med Jamar, stiga upp från stol fem gånger på tid, PEF-mätning (Peak Expiratory Flow, forcerad utandning så snabbt som möjligt), stå på ett ben på tid och Timed Up and Go (TUG) testet som innebär att man stiger upp från en stol, går tre meter, svänger tillbaka och sätter sig igen på tid. Dessa tester mäter muskelstyrka i armar och ben, andningsfunktion, balans och gånghastighet. (Sufacare – fysiska test)

Testen valdes eftersom de är väl utprovade och alla utom TUG finns i TOIMIVA testet som är utformat för att mäta funktionsförmågan hos äldre personer (TOIMIVA-testi 2005). Resultaten från testen visade att jämfört med vad som rekommenderas för personer i deras ålder hade 30 % av närståendevårdarna försämrade gripkraft, 29 % nedsatt ben styrka, 61 % nedsatt andnings funktion (PEF testet), 50 % nedsatt balans och 29 % nedsatt gånghastighet (Sufacare – fysiska test).

2.4 Fysiken hos den äldre

Under 1900-talet ökade den förväntade livslängden i USA och Västeuropa med 30 år (Rundgren 2001). Vid 40 års ålder börjar förändringar inför åldrandet ske i kroppen. Kroppslängden minskar, vikten minskar, fettmängden runt buk och höft ökar och minskar vid ansikte och armar. Muskelmassan minskar i armar och ben och medför att extremiteterna blir smalare. Kroppshållningen ändras när bröstryggraden kröks och huvudets position ändras så att den är framför kroppens mittlinje. (Dehlin & Rundgren 2007:37–42). I följande presenteras förändringar i de organen som har stor vikt för den fysiska funktionsförmågan.

2.4.1 Muskler

Muskelcellerna blir mindre med ökande ålder och p.g.a. detta minskar också mängden vätska i kroppen. Hur mycket fett som bildas och hur mycket muskelcellerna minskas påverkas av hur fysiskt aktiv man är. Musklerna består av två typer av muskelceller, långsamma (typ I) och snabba (typ II). När en person åldras minskar muskelkraften men uthålligheten ökar. Detta beskrivs av Dehlin och Rundgren i boken Geriatrik. Man tror att på grund av att typ II muskelcellerna minskar får typ I muskelcellerna ett övertag. Mjölksyrebildningen i musklerna försenas p.g.a. detta och uthålligheten ökar. Muskelmassan minskar med 40-50% från det att man fyllt 30 fram till 80 års ålder. Dessa förändringar anses mest bero på den minskade aktiviteten hos den äldre och kan därför påverkas genom motion. Enligt Dehlin och Rundgren ändras inte träningsbarheten hos musklerna och därför kan man förbättra funktionsförmågan livet ut. (Dehlin & Rundgren 2007:37-42)

2.4.2 Hjärta och lungor

Hjärtats muskelceller minskar i kammarväggarna med stigande ålder. På grund av hypertrofiering av de kvarvarande cellerna ökar vänster kammarväggs tjocklek med 30 %. Det systoliska blodtrycket ökar med åldern och detta medför troligen hypertrofin. Eftersom väggarna blir tjockare och stelare rymmer vänster kammare mindre blod. Detta medför i sin tur att vänster förmak förstoras. Eftersom blodtrycket ökar och hjärtats uppbyggnad ändras försämras pumpförmågan vid ansträngning och detta påverkar den fysiska prestationsförmågan. (Dehlin & Rundgren 2007:37-42)

Lungorna blir stelare med åren och därmed kan inte lika mycket av vitalkapaciteten, den mängd luft som pressas ut efter ett maximalt andetag, användas. Vid fysisk ansträngning används ca 50 % av vitalkapaciteten och eftersom denna inte kan användas på samma sätt hos äldre blir också mängden inandad luft per minut mindre, vilket gör att konditionen påverkas. (Dehlin & Rundgren 2007:37-42)

2.5 Psyket hos den äldre

På grund av olika förändringar som sker i kroppen i samband med åldrandet påverkas också hjärnan. Det är inte bara förändringarna i hjärnan och kroppen som påverkar psyket utan också att själva livssituationen ändras. Ett bra exempel är pensionen då hela livssituationen förändras och för närståendevårdaren kan det vara situationen då hon blir en vårdare som påverkar hennes psykiska hälsa. I enkätstudien av Sufacare projektet kom det fram att närståendevårdare ofta känner sig olyckliga jämfört med andra i deras ålder. De känner sig också mer stressade, har svårt att möta svårigheter och oroar sig mera än andra i deras ålder. (Sufacare - enkätsvar). Vanligt för en äldre person är bristen på ett socialt nätverk. Detta sker på grund av förändrade livssituationer, såsom pensionering eller förlust av närstående (Dehlin & Rundgren 2007).

Vid åldrandet förändras hjärnan. Hjärnans volym förminskas med ca 20 procent, både vit hjärnsubstans och nervceller dör. Hippocampus, som har stor inverkan på minnet, förlorar 1,5 procent av sina celler varje år. Därför kan minnet påverkas hos den äldre även om hon inte har någon sjukdom. Nervledningshastigheten blir långsammare i samband med att myalinet, som skyddar nervcellernas utskott, minskar. Neurotransmittorerne minskar i mängd och därmed påverkas t.ex. dopaminsystemet. Det finns två förändringar som kan ses i 70 procent av över 65 år fyllda personer, neurofibrillära nystan och senila plaque. De neurofibrillära nystanen finns runt cellkärnan och i nervcellens utskott och de bildar hopklumpningar av stödstrukturerna i cellen. De senila plaquen finns mellan friska nervceller. De senila plaquen förekommer det rikligt av hos personer med Alzheimers. Enligt Dehlin och Rundgren påverkar inte dessa ändringar tänkandet och känslolivet i negativ bemärkelse, utan det är snarare om man får någon sjukdom som det påverkas. (Dehlin & Rundgren 2007:44–45, 367-368)

Inläring och bearbetning av ny information kan bli svårt med tiden. Det tar längre tid att lära sig och blir svårare att komma ihåg saker som man nyligen lärt sig eller fått veta. Reaktionsförmågan och problemlösningsförmågan försämras och personligheten kan också ändras med åren.(Dehlin & Rundgren 2007:367–368)

Sjukdomar blir vanligare då man blir äldre. Två vanliga sjukdomssymptom som kopplas med psyket är depression och försämrat minne. Depressionen kan komma i samband med olika sjukdomar och med förändringar i den sociala miljön, t.ex. om en närstående blir sjuk, när man pensioneras, isolering och oro inför åldrandet. Demens är en sjukdomsbild som drabbar minnet och speciellt de delar av minnet som lagrar händelser som kan placeras i tid och rum. Risken att drabbas av dessa sjukdomar och problem kan till viss del påverkas med regelbunden fysisk aktivitet. (Dehlin & Rundgren 2007:349, 367–368, 93-102)

2.6 Motionens påverkan på den äldre

De positiva effekterna av fysisk aktivitet är i stort sett desamma hos unga och gamla. Fysisk aktivitet minskar risken för hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes typ 2 och problem i stöd- och rörelseorganen, dessutom förbättras skelettet och risken för olika sorters cancer minskar (Wikland 2007:3-4). Några exempel på funktioner som förbättras i samband med fysisk aktivitet är kondition, muskelstyrka, reaktionshastighet, balans och gånghastighet. (Dehlin & Rundgren 2007:93-102). För äldre är det dessutom viktigt att utöva fysisk aktivitet eftersom det minskar fallskadeför risken. (Wikland 2007:3-4)

I många studier har det dessutom bevisats att fysisk aktivitet har ett positivt samband med förbättrad funktionsförmåga och mindre risk för depression och försämrad kognition. Man tror också att längre motionsperioder kan förbättra humör och minska stress. (Dehlin & Rundgren 2007: 93-102). Dessutom motverkar motionen i viss mån sömnproblem (Wikland 2007:3-4).

På idrottsmedicinska institutet i Kuopio har motionens inverkan på sjukdomar studerats länge. Man har bl.a. kommit fram till att motionen påverkar HDL-kolesterolet positivt och att motion minskar risken för blodpropp. Nu har man gjort en studie bland den äldre befolkningen (män och kvinnor 57-78 år) och kommit fram till att livskvaliteten och minnet förbättras genom regelbunden motion. Det var ett litet bortfall i studien och man

kom fram till att detta inte berodde på sjukdom utan faktum att de som avslutade var närståendevårdare och att de inte hade tid med studien. (Katko 2011)

3 FORSKNING OM NÄRSTÅENDEVÅRDARENS FYSISKA AKTIVITET

Under litteratursökningen för denna studie hittades mycket litteratur om hur en fysiskt aktiv vardag påverkar olika problem hos närståendevårdarna. I studierna som presenteras i detta kapitel har man undersökt fysiska aktivitetsnivån hos närståendevårdare och jämfört grupper med lägre och högre aktivitetsnivå och sett på hälsoskillnader hos dessa.

I studien *Regular Physical Activity Moderates Cardiometabolic Risk in Alzheimer's Caregivers* har Von Känel et al (2010) undersökt hälsförhållanden mellan närståendevårdare och icke närståendevårdare. Man undersökte bland annat fysisk aktivitet, om man rökte, alkoholkonsumtion, mängden hälsoproblem, BMI, blodfetter och övervikt. Viktiga närståendevårdarfaktorer som mättes var om man hade för mycket att göra, hur länge man tagit hand om sin närstående och hur allvarlig dementi personen man tog hand om hade. Dessutom mättes olika faktorer som kunde påverka att få hjärt- och kärlsjukdomar. Av deltagarna var 115 närståendevårdare och 54 icke närståendevårdare. I jämförelsen kom man fram till att närståendevårdarna var mindre fysiskt aktiva, hade fler hälsoproblem, mera börda i vardagen, signifikant flera faktorer som leder till hjärt- och kärlsjukdomar och större risk för metaboliskt syndrom (höjda blodfetter, höjt blodsocker, för stort midjemått). Man hittade ett signifikant samband mellan ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom och att vara man, röka, ökad alkoholkonsumtion, fler hälsoproblem, mindre utbildning och minskad fysisk aktivitet. Av de som hade låg fysisk aktivitetsnivå hade närståendevårdarna flera faktorer som ökade risken att få hjärt- och kärlsjukdomar. På grund av sambandet mellan närståendevårdare som har låg fysisk aktivitetsnivå och ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom vill författarna att man undersöker om ökad fysisk aktivitet kunde minska faktorerna.

Gusi et al (2009) gjorde en studie där de undersökte kvinnliga närståendevårdares hälsobeteende och deras fysiska kondition och jämförde detta med andra i deras ålder för att kunna utvärdera behovet av träningsprogram för närståendevårdare. Undersökningen gjordes i Spanien och närståendevårdarnas medelålder var 60,6 år och kontroll-

gruppens var 62,6 år. Man undersökte livskvalitet med SF-36 och demografiska data, om man rökte, alkoholkonsumtion och fysisk aktivitetsnivå. Dessutom undersökte man den hälsorelaterade fysiska konditionen genom olika konditionstest. Resultaten av studien var att närståendevårdarna har ett annat fysiskt aktivitets beteende och att deras psykosociala hälsorelaterade livskvalitet är sämre än hos de som inte är närståendevårdare. Den rapporterade fysiska hälsan däremot var lika i båda grupperna. I konditionstesten framkom att närståendevårdarna hade sämre muskeluthållighet i bålextensorer men bättre gripkraft, ben styrka och BMI än de som inte är närståendevårdare. Som slutsats drar författarna att man borde koncentrera sig mera på ländryggsproblematik i utformning av träningsprogram hos närståendevårdare.

Aschburner et al (2010) undersökte om självrapporterad hälsa korrelerade med gånghastighet hos amerikanska kvinnliga närståendevårdare i närståendevårdarstudien om osteoporotiska frakturer (Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures). Kvinnorna var mellan 75 och 90 år och friska. Man mätte i vilken mån de hjälpte sina närstående, den självrapporterade hälsan, förändring i gånghastighet, hälsorelaterade variabler, demografiska fakta och fysisk aktivitetsnivå. Redan vid startmätningen hade de som bedömde sin hälsa ganska bra eller dålig sämre hastighet (0,84 m/s) än de som bedömde sin hälsa god eller utmärkt (1,01 m/s). Efter två årliga uppföljningar hade gånghastigheten hos de som bedömde sin hälsa som ganska bra eller dålig försämrats mer än hos de närståendevårdare som bedömde sin hälsa som god eller utmärkt. De som hade mycket närståendevårdaruppgifter hade dessutom försämrats mera än de som betraktade sin hälsa som god eller utmärkt och inte hade så mycket närståendevårdaruppgifter.

4 CENTRALA BEGREPP

I Finland beräknas finnas över en miljon närståendevårdarsituationer varav 300 000 av dessa är huvudsakliga. 60 000 av dessa skulle vara på anstaltsvård om de inte hade sin närstående som tog hand om dem. En närståendevårdare är en person som tar hand om en nära person i familjen eller utanför, detta kan t.ex. vara en make/maka, barn eller förälder (Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry). En synonym som används i studien är anhörigvårdare eftersom den förekommer ungefär lika ofta på svenska som närståendevårdare, exempel på detta är boken Anhörigskapets uttrycksformer där de hänför ordet anhörigvårdare till den som tar hand om sin anhörige 93 hjälptimmar i månaden (Jeppson Grassman 2003:46-47). Personen i fråga blir omhändertagen p.g.a. att denne av olika orsaker inte klarar sig själv mera, detta beror oftast på olika sorts sjukdomstillstånd (Suomen omaishoidon verkosto).

Med en äldre person anses en person med högre ålder och ordet används också i jämförelser med en person av lägre ålder (Nationalencyklopedin). I examensarbetet handlar det om att skilja målgruppen av närståendevårdare från den yngre gruppen, alltså med äldre menas de över 65 år gamla.

Med fysisk aktivitet menas all aktivitet som ger ökad ämnesomsättning (Fysisk aktivitet 2010). Ett begrepp som har stort sammanhang med fysisk aktivitet är motion. Hälsöfrämjande motion för äldre har definierats i UKK institutets anpassade motionscirkel (Soveltava viikottainen liikuntapiirakka 2011). Denna är lämplig för friska personer över 65 år fyllda eller för yngre med en försämrad funktionsförmåga. I motionscirkeln talar man om nyttomotion i vardagen, konditions- och uthållighets motion och styrke- träning. Av dessa skall nyttomotion som har en rask takt utföras minst 5 gånger per vecka i 30 minuters pass eller oftare i kortare pass. Kondition och uthållighetsmotion skall utföras 3 dagar i veckan, 20 minuter i rask takt (som jogging) eller i lite lugnare tempo 5 gånger i veckan, 30 minuter per gång. Muskelstyrkan rekommenderas att träna 2 gånger i veckan. (Suomen parkinson liitto ry 2008)

Träning anses vara en undergrupp till fysisk aktivitet. Träning definieras av Murphy et al som en repetitiv kroppslig rörelse som utförs för att förbättra en eller flera komponenter av fysisk kondition (Murphy et al 2009).

Med närståendevårdarens vardag hänvisar man till det hjälparbete hon måste utföra för sin anhörige, hur en dag i hennes liv ser ut, hur mycket fysiskt arbete hon utför och hur mycket fritid hon har för sig själv.

Med hälsa menas ett tillstånd där man mår bra, både psykiskt fysiskt och socialt. Man kan också säga att är tillståndet då man inte lider av någon sjukdom. (Nationalencyklopedin)

Med fysisk hälsa menas allt som har med vår kropp att göra. Oftast hänför man till motion, mat och sömn då man talar om att förbättra den fysiska hälsan (jfr Rostedt 2011). I detta examensarbete syftas det till det som har med välmående i kroppen att göra. När man är fysiskt frisk har man inte mycket smärtor och problem i stöd- och rörelseorganen och att man har en bra kondition.

I begreppet psykisk hälsa ingår självkänsla, självständighet problemlösnings förmåga, funktionsförmåga och anpassning. Med psykisk hälsa menas att man kan utveckla bra relationer med andra människor och att man genom gemensamma intressen kan njuta av dessa. (Vilkko-Rihelä 1999:739)

Fysisk funktionsförmåga definieras av Talvitie m.fl. som en persons förmåga att klara av de delar av vardagen som förutsätter fysisk aktivitet. Att ha en bra fysisk funktionsförmåga innebär att man klarar av sina hobbyer, arbetet och vardagssysslor. I olika åldrar kan detta betyda att man som barn klarar av att leka och som vuxen klarar av att arbeta. Efter att man fyllt 75 försämras funktionsförmågan betydligt, eftersom funktioner såsom balans, yrsel och vissa sinnen försämras. (Talvitie et al 2006:40)

Med börda hos närståendevårdaren menar man den stress som uppkommer av att ta hand om sin närstående, det vill säga, se honom bli sämre, vara på sin vakt hela tiden, ta hand om ekonomiska problem som uppkommer, att ge upp sin egen fritid och tiden att

slappna av. Zarit et al (1980) har definierat närståendevårdarens börda som att närståendevårdarens psykiska och fysiska hälsa hotas och ens sociala och finansiella status uppoftas.

5 FORSKNINGSPROBLEM

För att klara av vardagen bättre behöver den äldre närståendevårdaren utföra fysisk aktivitet men hon behöver göra detta på ett tidseffektivt sätt eftersom träningen annars blir mer som en börda och hon blir efter i sina vardagliga sysslor.

5.1 Syfte

Syftet med examensarbetet är att få en rekommendation över vilket sätt en äldre närståendevårdare skall träna på för att klara av vardagen bättre och må bättre psykiskt och fysiskt.

5.2 Forskningsfrågor

1. Hur skall närståendevårdaren träna för att förbättra psykiska och fysiska hälsotillstånd?
2. Vilka hälsotillstånd påverkas hos närståendevårdaren till följd av träningen?

6 METOD

I detta kapitel redovisas inklusions- och exklusionskriterier för studien, hur litteratursökningen gjordes, vad resultaten för denna var och hur kvalitetsgranskningen utfördes.

6.1 Inklusions- och exklusionskriterier

Till inklusionskriterierna hörde att studien som gjorts innehåller en intervention med fysisk aktivitet eller fysioterapeutisk intervention (något patienten själv måste utföra), att personerna som undersöktes var närståendevårdare, att artikeln var åtkomlig och att den var skriven på ett språk som skribenten förstår, i huvudsak svenska, finska eller engelska. Enligt Forsberg och Wengström (2003:121) skall artiklarna man använder vara högst tre till fem år gamla, men eftersom urvalet på artiklar inte var så stort försökte skribenten använda sig av artiklar som är producerade på 2000-talet.

Till exklusionskriterierna hörde studier artiklar som var oåtkomliga, på ett språk som skribenten inte förstår och forskning där studien endast använde en intervju, eller enkäter som interventionsmaterial. Interventioner med passiva behandlingar uteslöts och studier där personerna som undersöktes inte är närståendevårdare eller ur någon viss sjukdomsgrupp ingick inte heller i studien.

6.2 Litteratursökningen

Informationen för rekommendationen sammanställdes genom redan bestående litteratur i en forskningsöversikt. Litteratursökningen gjordes systematiskt i databaserna Sage Journals online, Pubmed, Academic Search elite, PEDro, SportsDiscus, Cinahl, Arto, Medic och Ovid Medline. Sökord och ämnesord som använts för närståendevårdare är caregiver, caregivers, family caregiver, spouse, carer, close relative caregiver, dementia caregiver och omaishoitaja. Sökord och ämnesord för fysisk aktivitet: physical activity, physical exercise, physical fitness, exercise, physical therapy, physical therapy modali-

ties och fitness training. Manuell sökning gjordes genom en sökning av referenserna i artiklarna som hittats i databaserna och några meta-analyser som var gjorda på området närståendevård (se Sörensen et al 2002 och Cooper et al 2007). Det goda med forskningsöversikten var att man fick en sammanställning av redan existerande forskningsresultat och då visste man att det som undersöktes hade en bra grund, det fanns mycket relevant litteratur. En negativ sida på detta arbete var att målgruppen är väldigt snäv eftersom det var både närståendevårdare och äldre personer som målgrupp. Till fördel för arbetet var att många av interventionsstudierna är gjorda på den äldre målgruppen, ofta närståendevårdare till personer med demens problematik. Av alla relevanta artiklar hittades 13 (två manuellt sökta) som till slut kunde användas där man hade gjort en intervention på fysisk aktivitet eller någon slags fysioterapeutisk intervention som påverkade fysisk eller psykisk hälsa. Den fysioterapeutiska interventionen var avslappning, rörelseterapi eller mindfulness. Se tabell 1 för den detaljerade sökningsprocessen i databaserna.

6.3 Kvalitetsgranskning

Som kvalitetsgransknings modell används Forsberg och Wengströms modell från att göra systematiska litteraturstudier (2003) och Finlands Fysioterapeuters modell för fysioterapi rekommendationer (Suomen fysioterapeutit ry 2006). Dessa modeller valdes eftersom de är klara och Forsberg och Wengströms modell är utformad för hälsovårdsforskning och den andra modellen är utformad för forskning inom fysioterapi. Efter att ha valt ut de artiklar som skulle inkluderas granskades de genom checklistorna för deras angivna design, därefter fick de en kvalitet som var hög, medel eller låg och en klassifikation A-D där A har den högsta kvalitén och D den lägsta. Checklistorna och kvalitetsklassiferingen hög, medel, låg (eller 1,2,3) är beskriven av Forsberg och Wengström (2003) medan klassifikation A-D beskrivs i modellen för fysioteraprekommendationer (Suomen fysioterapeutit ry 2006, finns i bilaga 3). För utformning av forskningsöversikten används Forsberg och Wengströms modell (2003).

Tabell 1. Resultat av databassökningen.

Databas	Sökord	Träffar/ sök- ning	Relevanta	Inkluderade
Academic Search Elite	Caregivers, family caregiver, family carer, spouse, close relative carer, physical activity	1) 1624 2) 3	0 1	0 (efter 100 genomgådda) 1
Pedro	Family caregiver, carer, dementia caregiver, fitness training, exercise	1) 9 2) 8 3) 10	2 3 1	2 2 0
Sage Journals Online	Caregiver, family caregiver, carer, spouse, physical fitness, physical activity, exercise	1477	4 (dubletter)	Inga nya resultat efter 100 genomgådda
SportsDiscus	Physical fitness, exercise, caregivers	1) 12 2) 58 3) 20	3 3 2	0
PubMed	Caregivers, caregiver*, exercise, exercise therapy, physical therapy modalities, physical training, physical fitness, physical activity	1) 53 2) 20 3) 105 4) 19 5) 77 6) 107	9 1 2 2 1 1	4
Ovid Medline	Exercise, physical fitness, physical activity, physical therapy, physical training, carer, caregiver*	1) 11535 2) 8 3) 46 4) 45 5) 148 6) 74	14 1 2 1 1 13	1 (100 genomgådda)
CINAHL	Caregiver, exercise	129	12	1
Arto och Medic	Omaishoito, omaishoitaja	9 och 192	2	0

Av de 13 forskningarna som användes var sex stycken RCT studier och resten kvasi experimentella. Fyra av dessa blev bedömda med hög kvalitet, sju stycken med medel kvalitet och två med låg kvalitet. På skalan A-D var det endast en som fick kvalitet A medan fem stycken fick B, fem C och två D. Alla artiklar inkluderades, även om de hade låg kvalitet eftersom alla bidrog med information som passade in för att svara på frågeställningarna. I tabell 2 finns en kort sammanfattning på studierna, ordnade i alfa-

betisk ordning. I resultatdelen hänförs det till artiklarna med den nummer de har fått i tabellen. För detaljer på kvalitetsgranskningen, se bilaga 1.

Tabell 2. Presentation av forskningsartiklarna.

	Författare och land	Rubrik	Publicerad	Design	Intervention	Resultat	Kvalitet
1	Castro et al. (a) USA	An Exercise Program for Women Who Are Caring for Relatives With Dementia	2002	RCT	Aerobisk träning 30-40 min, 4 ggr/vecka	Bättre kunskap om träning, bättre motivation för motion, mindre stress, börda och depression	1, B
2	Castro et al. (b) USA	Effects of Moderate-Intensity Exercise on Physiological, Behavioral, and Emotional Responses to Family Caregiving: A Randomized Controlled Trial	2002	RCT	Aerobisk träning 30-40 min, 4 ggr/vecka, individuella träningsprogram, stödande telefonsamtal	Större kaloriförbränning, mer tid användes på fysisk aktivitet, lägre stresspåverkat blodtryck, bättre sömnkvalitet, mindre stress Dietgruppen använde mera hälsosamma fetter	1, B
3	Connell & Janevic USA	Effects of a telephone-based Exercise intervention for dementia caregiving wives – a randomized controlled trial	2009	RCT	30 min, 3 ggr/vecka aerobiskt, kompletterat med stretch och styrketräning och stöd genom telefonsamtal	Ökad fysisk aktivitet hos de mindre aktiva, lättare att träna med även om hinder stod i vägen	1, A
4	Donorfio et al USA	Effects of Three Caregiver Interventions: Support, Educational Literature, and Creative Movement	2010	Kvasiexperimentell design, ingen randomisering	Rörelseterapi, utbildning eller stödgrupp, olika mängder	Mindre stress och depression och ångest	3, D
5	Farran et al	A lifestyle Physical Ac-	2008	Kvasiexper-	30 min, nästan varje	Ökad fysisk aktivitets nivå	2, C

	USA	tivity intervention for caregivers of persons with alzheimer's disease		mentell design, ingen kontrollgrupp, pilot studie	dag i veckan aerobiskt, individualiserat, kompletterat med styrketräning och stretch, öka vardagsmotion		
6	Fisher & Lashinger Canada	A Relaxation Training Program To Increase Self-Efficacy for Anxiety Control in Alzheimer Family Caregivers	2001	Kvasiexperimentell design, ingen kontrollgrupp	Olika avslappningstekniker i 6 veckors intensiv kurs och självträning	Ångesten minskade och förknippades inte mera med tiden man tog hand om sin närstående	2, C
7	Hill et al Australien	Physical and Psychological Outcomes of a Supported Physical Activity Program for older Carers	2007	Kvasiexperimentell design, ingen kontrollgrupp	Träning 1-2 ggr/vecka, yoga, tai chi eller cirkelträning, 1 h/gång	Minskad depression, ökad balans, ben styrka, livskvalitet, aktivitetsnivå, gång snabbhet och uthållighet	2, B
8	Hirano et al Japan	Influence of regular exercise on subjective sense of burden and physical symptoms in community-dwelling caregivers of dementia patients: A randomized controlled trial	2010	RCT	Träning 3 ggr/vecka, 3 MET	Mindre börda, bättre sömnkvalitet	2, B
9	Hosaka & Sugiyama Japan	Structured intervention in family caregivers of the demented elderly and changes in their immune function	2003	Kvasiexperimentell design, ingen kontrollgrupp	Avslappning, utbildning och gruppdiskussion, 90 min/ gång, 5 sessioner	Minskad depression, fientlighet, ilska, trötthet, förvirring, fysiska symptom, ökad NK-cell aktivitet	3, D

10	King & Brassington USA	Enhancing Physical and Psychological Functioning in Older Family Caregivers: The Role of Regular Physical Activity	1997	RCT	Aerobisk träning 30-40 min, 4 ggr/vecka	Ökad fysisk aktivitet, högre puls under dagen, bättre resultat på gångband, mindre ångest, lägre blodtryck	2, C
11	Oken et al USA	Pilot Controlled Trial of Mindfulness Meditation and Education for Dementia Caregivers	2010	RCT, pilotstudie	Mindfulness eller utbildningsgrupp, 90 min/ vecka	Minskad stress	1, B
12	Waelde et al USA	A Pilot Study of Yoga and Meditation Intervention for Dementia Caregiver Stress	2004	Kvasiexperimentell, ingen kontrollgrupp, pilotstudie	Yoga, andningstekniker, mantraupprepning och meditation, instruktion och självträning(30 min 6 ggr/ vecka)	Mindre depression, frustration, sömnproblem och ångest, ökad själv effektivitet, aktivitetsnivå, energinivå och allmänt välmående	2, C
13	Wilcox et al USA	Anger Expression and Natural Killer Cell Activity in Family Caregivers Participating in a Physical Activity Trial	2000	RCT	Aerobisk träning 30-40 min, 4 ggr/vecka	Ökad fysisk aktivitet, förbättrad kondition, bättre ilskekontroll och mindre börda	2, C

7 RESULTAT

I detta kapitel är resultaten forskningsartiklarna samlade och grupperade under de kategorier som uppkom under granskningen. Forskningsfrågorna är besvarade under varsin rubrik och de flesta effekterna hittas under rubriken träningens påverkan på närståendevårdaren. Förändringar och beteende kring fysisk aktivitet presenteras skilt för sig.

Av forskningarna behandlade åtta stycken direkt fysisk aktivitet där målgruppen tränade regelbundet under en viss period (1,2,3,5,7,8,10,13). En av artiklarna behandlade yoga och meditation och hur detta påverkade närståendevårdaren (12) och en handlade om meditation och mindfulness (11). Utöver dessa hittades en artikel där interventionen bestod av avslappning (6), en som hade avslappning som delintervention (9) och en som bestod av tre interventionsgrupper varav en av dessa var rörelseterapi (4).

7.1 Så bör närståendevårdaren träna

Ur artiklarna framkom ingen direkt träningsform som den bästa. I de artiklar som behandlade den fysiska aktiviteten var det regelbundenhet som var viktigast. Tre till fyra gånger i veckan rekommenderades i de flesta fallen (1,2,3,8,10,13) och träningen är ofta på lätt till medelnivå (75 % av maximalpuls) och utfördes 30-40 minuter per gång (1,10,13). Viktigt var också att deltagarna fick motivation under processen och att deras träningsprogram var individuellt (1,2,3,5,10,13). I de flesta fallen fick också deltagarna välja vad de tränade (1,2,3,5,7,8,10,13).

I avslappnings-, meditations- och yogagrupperna var det längre sessioner, oftast 90 minuter (9,11,12) och lite olika på hur ofta det utfördes. De flesta programmen var intensiva där man under de första veckorna träffades ofta och sedan fick man fortsätta på egen hand. I dessa grupper var det dessutom mycket utbildning och diskussion (4,9,11,12).

Connells och Janevics (3) intervention bestod av ett hälsoprogram – Health First där man skulle träna aerobiskt minst 30 minuter 3 gånger i veckan och komplettera den

aerobiska träningen med styrketräning och stretch. För att kunna utföra denna träning fick deltagarna videon med träningar och häften med övningar. Dessutom blev de instruerade att gå på promenader för att uppfylla den aerobiska träningen. Programmet Health First bestod dessutom av stöd genom telefonsamtal under interventionstiden där personal ur projektet motiverade, gjorde uppföljning och satte upp mål.

Farran et al (5) gjorde en intervention där närståendevårdarna skulle utföra medelhög fysisk aktivitet 30 minuter per dag nästan alla dagar i veckan. Målet med deras intervention var att uppnå 150 minuter per vecka. Farran et al betonade dessutom att träningen skulle vara individualiserad så att deltagarna kunde utföra den enligt egna intressen och så att de skulle fortsätta med fysisk aktivitet så länge som möjligt. Som exempel på vad deltagarna kunde utföra för fysisk aktivitet var rask gång eller cykling. Som komplement ville man att de skulle utföra styrketräning och stretching och detta utfördes med en 48 minuter lång video. Man ville också att deltagarna skulle utföra mera vardaglig fysisk aktivitet och uppmanade dem därför att göra ändringar i vardagen såsom att ta trapporna istället för hissen.

I artikel 1, 10 och 13 användes samma fysiska aktivitets intervention. Den bestod av träning fyra gånger per vecka i 30-40 minuter på en medel intensitetsnivå. För att komma in i träningen stegrades träningsnivån från 60 till 75 % av maximal pulsen under de första sex veckorna av interventionen. Deltagarna valde själv vad de tränade, de flesta valde rask gång. Personal från forskningen var i kontakt med deltagarna för att motivera och följa upp mål och framgång.

Castro et al (2) använde ett motsvarande träningsprogram som ovan. I deras studie skulle man utföra fysisk aktivitet fyra gånger per vecka, 30-40 minuter per gång. Deltagarna fick öka intensitetsnivån under de första sex veckorna genom att öka från 40 till 59 % av maximal pulsen. Deltagarna uppmanades att öka på vardagsmotionen genom att gå någonstans dit man annars tog bilen eller utföra mera trädgårdsarbete om möjligt. I början av interventionen gjordes individuella träningsprogram genom de vanor och intressen deltagarna hade sedan tidigare. Om deltagaren inte hade möjlighet att lämna sin närstående för att gå ut på promenad fick de en träningsvideo eller cyklade inomhus

på ergometercyklar. Castro et al (2) använde sig dessutom av telefonsamtal för uppföljning av mål och motivation.

Hirano et al (8) gav instruktioner till deltagarna i deras interventionsgrupp att träna tre gånger per vecka på en nivå av tre MET vilket innebär att man skall träna på en låg till medel nivå t.ex. att gå 4,4 km/h (se MET belastning i Sidney & Blümchen 1990). Deltagarna var själv ansvariga för sin träning.

I Hill et al (7) hade man ett träningsprogram som inte utfördes i hemmet. Deltagarna fick välja mellan att delta i yoga, tai-chi för artros eller cirkelträning som innehöll balansövningar, styrketräning, konditions- och aerobisk träning. Träningen ordnades på center som deltog i studien och beroende på vilket center deltagaren gick till tränade hon en eller två gånger i veckan. Träningen utfördes en timme per gång.

Donorfio et al (4) hade tre olika interventioner, en med rörelseterapi, en med utbildning och en med stöd. Utbildningsgruppen fick ett brev med råd och tips en gång i veckan i åtta veckor om hur man skall ta hand om sig själv, instruktioner om avslappning och hur man skall minska stress. I stödgruppen träffades man en och en halv timme i veckan i nio veckor. Denna grupp baserade sig på samma information som fanns i breven den första gruppen fick men här övade man och diskuterade. Rörelseterapi gruppen möttes en timme per vecka i nio veckor. I den övade man rörelser för att släppa stressorer och känslor som associerades med att vara närståendevårdare. Här skulle man uttrycka det man ville säga med kroppen. Denna grupp fick också liknande tips som de två andra och dessa diskuterades under varje session.

I Waelde et al (12) gick deltagarna en kurs med sex ledda sessioner varav fem var 90 minuter och en var tre timmar. Träningen bestod av yoga, andningstekniker, mantraupprepning och meditation. Dessutom diskuterade man hur man kunde använda sig av det man lärt sig i sin vardag som närståendevårdare. Träningen gjordes för att reducera stress och deltagarna blev också uppmanade att diskutera vad som gav dem stress i vardagen. Efter programmet fick de kassetband hem med instruktioner till träning och skulle träna 30 minuter sex gånger i veckan.

Oken et al (11) hade ett program med en mindfulness träningsgrupp och en utbildningsgrupp på 90 minuter per session och gjordes sex gånger i veckan. Träningen i meditationsgruppen bestod av diskussion, träning, och hur man kunde använda sig av det man lärt sig i sin vardag. I utbildningsgruppen lärde man sig hur man skulle handskas med stress, hur man kommunicerar sina behov till andra familjemedlemmar och hälsovårdspersonal, hur man kommunicerar i utmanande situationer och hur man gör svåra beslut som närståendevårdare. De som deltog i utbildningsgruppen fick dessutom en 300 sidors bok om de ämnen som diskuterades.

Fisher och Laschinger (6) gjorde en studie med en avslappningsinterventionsgrupp. De som deltog i gruppen fick en manual med välbeskrivna övningar. Deltagarna gick en sex veckors kurs i avslappning. Deltagarna fick en manual med övningar och information för att de skulle utföra allting rätt. De lärde sig fyra olika avslappningstekniker: djupandning, Jacobsens muskelavslappning, Benson och McKeens fulla avslappningsrespons och handledd föreställning. De tränade hemma på övningarna efter att ha övat i gruppen.

Hosaka och Sugiyama (9) gjorde ett strukturerat program som innehöll flera delar. Sessionerna var 90 minuter per gång och hölls fem gånger. Sessionerna innehöll avslappning, utbildning och gruppdiskussioner.

7.2 Träningens påverkan på närståendevårdaren

I de olika studierna hade man många mätinstrument och faktorer man ville undersöka. Nedan presenteras de största undergrupperna som uppkom.

7.2.1 Psykiska effekter

Närståendevårdarens upplevda börda är en faktor som tagits upp i de flesta av artiklarna på något sätt. Med hjälp av fysisk aktivitet minskade bördan i fyra av studierna (1,8,10,13). I Castro et al (1) var det den subjektiva bördan som minskades i både

kontrollgruppen och interventionsgruppen, kontrollgruppen hade en dietintervention medan interventionsgruppen hade en fysisk aktivitetsintervention. Castro et al (1) mätte också den objektiva bördan men på denna såg man ingen förändring. Dessutom fanns det ingen förbättring mellan kontroll- och interventionsgruppen. King och Brassington (10) fann ett signifikant samband mellan förbättringar i själveffektivitet och minskningar i närståendevårdar bördan under den fyra månader långa interventionen. De kunde också se ett samband mellan förbättrade prestationer på gångband och börda, även om de inte noterat dessa samband vid starten. Dessa fynd nämns också i Wilcox et al (13) eftersom dessa studier är sammansatta. Hirano et al (8) fann förbättringar i Zarit Caregiver Burden Score som mätte bördan hos närståendevårdaren, i interventionsgruppen från start till uppföljning.

Många av studierna mätte stressnivån, oftast den upplevda, och vissa mätte stressen i samband med blodtrycksförändringar. Stressförändringar fanns i fem studier (1,2,3,4,11). Castro et al (1) fann att upplevd stress minskade bland både diet och fysisk aktivitetsgrupp från start. Också Castro et al (2) fann att stressen minskade i båda grupperna, de använde sig också av en fysisk aktivitetsgrupp och en dietgrupp. Conell och Janevic (3) fann i sin studie att upplevd stress blev signifikant lägre i interventionsgruppen än i kontrollgruppen. Donorfio et al (4) använde sig av tre olika interventioner. Deltagarna i utbildnings och stödgruppen hade minskad upplevd stress efter interventionerna. Deltagarna i stödgruppen hade bättre resultat än de i utbildningsgruppen. I rörelseterapi gruppen mättes detta inte för att interventionen på denna grupp misslyckades. Oken et al (11) hade två interventionsgrupper där ena var utbildningsgrupp och den andra mindfulness. I båda grupperna minskade stressen jämfört med start och med kontrollgruppen som inte hade intervention. Man hittade dessutom ett samband mellan mindfulness och självskattad stress och humör.

Minskad depressionsbenägenhet mättes i fem studier (1,4,7,9,12). Castro et al (1) fann att båda deras interventionsgrupper hade minskad benägenhet för depression är i starten av interventionerna. Donorfio et al (4) fann att stödgruppen hade de största förändringarna i minskad depressionsbenägenhet. Hill et al (7) fann att depressionen minskade med 26 % efter interventionen. Hosaka och Sugiyama (9) fann att depressionen minskade signifikant efter deras intervention. I yoga studien av Waelde et al (12) fann man

att en månad efter studien hade deltagarna signifikant mindre depression än före interventionen.

Ångesten mättes i fem studier (1,4,9,10,12). I Castro et al (1) fann man ingen signifikant förändring mot starten medan Donorfio et al (4) fann att stödgruppen fick mindre ångest efter gruppinterventionen. Hosaka och Sugiyama (9) fann att fysiska symptomen mot ångest och humörstörningar minskade signifikant efter deras strukturerade intervention. King och Brassington (10) fann ingen skillnad mellan interventions- och kontrollgrupp i fråga om ångestpoäng. Waelde et al (12) fann att ångesten minskade signifikant i yoga-gruppen i jämförelse med starten.

I tre studier tog man upp ilskeuttryck, frustration och fientlighet (9,10,12). I alla tre studier såg man signifikanta skillnader från startmätningarna. Waelde et al (12) fann att 70 % hade något eller mycket mindre frustration än vid start, Hosaka och Sugiyama (9) fann att ilska och fientlighet hade minskat signifikant och King och Brassington (10) fann att deltagarna i interventionsgruppen bättre kunde kontrollera sin ilska än kontrollgruppen kunde.

7.2.2 Fysiska effekter

Några fysiska effekter har också undersökts. I fyra av artiklarna nämndes de (2,7,10,13). Hill et al (7) fann att ben styrka och balans förbättrades, utöver detta förbättrades också gånguthållighet. För de som tränade två gånger i veckan ökade gånguthålligheten mera än för dem som tränade en gång i veckan. I Kings och Brassingtons (10) studie fick deltagarna i interventionsgruppen lägre blodtryck vid sådana tider på dagen då de tidigare haft högt, till exempel i samband med närståendevårdaruppgifter. De fick också bättre resultat på gångbandet än de i kontrollgruppen, bättre uthållighet och kondition. Samma resultat meddelades av Wilcox et al (13). Castro et al (2) hittade indikationer på lägre blodtryck eftersom de mätte detta i samband med stress.

7.2.3 Allmänna hälsoeffekter

Sömnkvalitet och trötthet mättes i tre artiklar (2,8,12). Castro et al (2) rapporterade bättre sömnkvalitet hos de som deltog i fysisk aktivitetsgruppen, man hittade också ett samband mellan högre sömnkvalitet, lägre stress och lägre närståendevårdar börda. Hirano et al (8) rapporterade förbättrad sömnkvalitet och mindre trötthet hos interventionsgruppen jämfört med start och med kontrollgruppen. Waelde et al (12) rapporterade färre sömnproblem och mindre trötthet.

Livskvalitet och allmänt välmående mättes i två studier (7,12). Hill et al (7) rapporterade att livskvaliteten inte ökade nämnvärt men självrapporterad hälsa ökade signifikant. Waelde et al (12) rapporterade att det allmänna välmående hade förbättrats något eller mycket bland 70 % av deltagarna.

7.2.4 Förändringar i fysisk aktivitet

I många av artiklarna nämndes olika förändringar i den fysiska aktiviteten (1,3,5,10,12,13) eftersom de flesta studierna hade fysisk aktivitet som intervention.

I Castro et al (1) tränade deltagarna i medeltal 35 minuter per gång. De lärde sig mer om motionens fördelar och fick mera motivation till fortsatt träning. Conell och Janevic (3) rapporterade att träningsbeteendet ökade hos de mindre aktiva närståendevårdarna och de fick också en känsla av att de inte längre fanns så stora hinder för att motionera. Känslan att träna utan hinder kvarstod ännu efter 12 månader. Farran et al (5) rapporterade ökad grad av fysisk aktivitet. 50 % av deltagarna som tidigare ansågs inaktiva ökade sin aktivitetsnivå till aktiva och 42 % av deltagarna ökade sin aktivitetsnivå till medel intensitet. Ingen deltog i hård fysisk aktivitet och självrapporterad fysisk aktivitet ökade inte. King och Brassington (10) rapporterade att interventionsgruppens aktivitetsnivå ökade, man tränade cirka 95 minuter mera per vecka och att pulsen var högre under dagen än i kontrollgruppen eftersom deltagarna motionerade mera. Detta hade inte ett samband med ångest eller stress. Närståendevårdarna i interventionsgruppen rapporterade också högre fysisk aktivitetsnivå under dagen. Waelde et al (12) rapporterade att 70 % av deltagarna i yoga programmet kände sig något eller mycket mer energiska än vid starten. Wilcox et al (13) meddelade att interventionsgruppen rapporterade signifi-

kant mer fysisk aktivitet än kontrollgruppen, dessutom tränade de 95 minuter mer i veckan än vid interventionsstart.

8 DISKUSSION

I detta kapitel diskuteras metodvalet, resultaten, forskningsartiklarnas bevisvärde, förslag till ny forskning och etiska aspekter angående arbetet.

8.1 Metoddiskussion

Metoden forskningsöversikt valdes eftersom examensarbetet beställdes som en forskningsöversikt till Sufacare projektet. Man ville få en grund till utbildningen som görs för närståendevårdarna, därför skulle detta bäst fås ihop i en forskningsöversikt. Skribenten var positivt inställd till detta eftersom de preliminära litteratursökningarna gav bra resultat. Som redan nämndes i metod delen fanns det mycket forskning angående den fysiska aktiviteten men mycket av det som fanns handlade om hur närståendevårdarnas vardag ser ut och hur den fysiska aktiviteten påverkar dem. I många av dessa studier gjorde författarna slutsatsen att man borde göra undersökningar där man har en fysisk aktivitetsintervention. Som metod fungerade forskningsöversikt därför att man fick en bra överblick av studierna som nu finns publicerade. Nackdelen var att det inte fanns tillräckligt många forskning med fysisk aktivitetsintervention och äldre närståendevårdare. Några resultat hittades utöver de som inkluderades men dessa handlade om närståendevårdare för funktionshindrade barn och dessa personer hör till en annan åldersgrupp och har dessutom många andra svårigheter eftersom de ännu är i arbetslivet.

I detta examensarbete försökte skribenten hålla sig till artiklar som hade en äldre åldersgrupp. Studierna som inkluderades innehöll till stor del äldre personer men det fanns några studier där åldersbegränsningarna var 18 år eller äldre och också yngre personer inkluderades (se Farran et al 2008 och Waelde et al 2004). I de studier där deltagarna också fick vara yngre var medeltalet av deltagarna ändå ur den äldre åldersgruppen. Gemensamt för studierna som inkluderades var ändå att de tog hand om en släkting, maka, make eller förälder, inte ett barn. I alla studier utom två (Hill et al 2007 och Donorfio et al 2010) nämndes det att den som tog emot vården skulle ha någon slags minnesstörning, dementi eller Alzheimers sjukdom. En kritisk inblick på alla studier var att i sex av artiklarna var det endast kvinnor som var deltagare och de studier där också

män var med var antalet väldigt lågt. Detta kan bero på att det finns mera kvinnor som tar hand om sina nära och att det ofta är frun som tar hand om mannen.

Till detta examensarbete hörde till inklusionskriterierna att årtalen då studien producerats skulle vara på 2000-talet men på grund av det lilla urvalet på artiklar inkluderades också en artikel från 1997 eftersom den annars var bra med tanke på undersökningsmetod och intervention. Detsamma gäller för kvaliteten på artiklarna. Alla som hittades där man gjort en intervention med fysisk aktivitet inkluderades även om de hade låg kvalitet. Eftersom skalan A-D (Suomen Fysioterapeutit ry 2006) förutsätter att det finns mycket tidigare studier på området fick inte artiklarna så goda klassificeringar.

Av de 13 studier som granskades var det endast sex stycken som var RCT studier och detta påverkar också kvaliteten av studierna som inkluderades eftersom de studier som har bästa bevisvärdet är RCT studier då man inte har systematiska litteraturstudier att tillgå (Forsberg & Wengström 2003:96). Av de studier som hittades var det inga problem med att få fulltext. Sökningarna gjordes på Arcadas och Terkkos (Helsingfors Universitets centralbibliotek för hälsovetenskap) databaser och de som inte hittades i Arcada i fulltext fanns på Terkko. Skribenten anser sig ha täckt området ganska bra genom sina litteratursökningar och det som uteblev var artiklar skrivna på andra språk, en sådan hittades på spanska men bara med resumé som också var på spanska, så det var svårt att bedöma om man kunde haft med den om man förstätt den.

I forskningarna som granskades i studien var antalet deltagare ofta litet och kontrollgrupper fattades i många studier. Därför fick många medel eller låg kvalitet och detta påverkar studiens resultat i mån om hur pålitligt det är. Validitets- och reliabilitetsdiskussioner fördes endast i ett fåtal studier men de flesta mätinstrumenten som användes i studierna var reliabilitets- och validitetstestade.

8.2 Resultatdiskussion

I detta examensarbete var syftet att få en rekommendation över vilket sätt en äldre närstående vårdare skall träna på för att klara av vardagen bättre och må bättre psykiskt och

fysiskt. Detta kom fram genom forskningsöversikten. På grund av att artiklarna var så olika var det inte lätt att få ett helhetligt resultat. Forskningsfrågorna blev besvarade.

Forskningsfråga ett löd: Hur skall närståendevårdaren träna för att förbättra psykiska och fysiska hälsfaktorer? Om detta kan man säga att ett individuellt utvecklat träningsprogram med fokus på aerobisk träning, styrka och balans kunde vara bra. Närståendevårdaren skall träna tre till fyra gånger i veckan, i 30-40 minuter för att få bra effekt på träningen. Att träna en till två gånger i veckan kan påverka hälsan men då lönar det sig att träna i lite längre pass. Avslappning, yoga och meditation passar också närståendevårdarna men detta kräver en utbildning för att det skall utföras rätt och är därför mera tidskrävande.

Forskningsfråga två löd: Vilka hälsfaktorer påverkas hos närståendevårdaren till följd av träningen? På denna fanns det många svar. Effekterna var mest psykologiska eftersom alla flesta studier mätte dessa resultat. Några studier hade också tagit fasta på fysiska effekter (Castro et al 2002 (b), Hill et al 2007, King et al 1997 och Wilcox et al 2000) och detta är intressant för skribenten eftersom man som fysioterapeut mest tänker på de fysiska fördelarna med fysisk aktivitet. Till de psykiska effekterna hörde att närståendevårdarbördan minskade, stressen minskade, färre hade depression, ångest och ilska. Allmänt sett skattade sig många av deltagarna i studierna med bättre hälsa än tidigare och hade mera information om hur man skulle hantera stress, träna och hur man kan använda sig av det man lärt sig i praktiken. Dessutom förbättrades många deltagares sömnkvalitet. Till de fysiska effekterna som uppmättes hörde förbättrad balans, benstyrka, lägre blodtryck och uthållighet i gående.

Av dessa resultat ser man att hälsoeffekterna hos närståendevårdare är liknande som hos äldre personer i överlag som utför fysisk aktivitet, depressionen minskar, humör och stress påverkas (Dehlin & Rundgren 2007:93-102) och man sover bättre (Wikland 2007).

Av deltagarna i Sufacare projektet var det många som hjälpte sina närstående fysiskt med förflyttningar, på- och avklädning, duschning och badning (Sufacare - intervjuer) och ur enkätstudien kom det fram att jämfört med andra i deras ålder hade de sämre fy-

sisk kondition och allmänt hälsotillstånd och välmående (Sufacare – enkätsvar). Dessutom hålls närståendevårdarna vakna på grund av oro, har svårt att möta svårigheter, känner sig ofta olyckliga och har försämrat självförtroende och lider mera av ångest än andra i deras ålder (Sufacare – enkätsvar). Utifrån dessa problem och de olika effekterna som kom fram i denna forskningsöversikt kan närståendevårdarna få god nytta av fysisk aktivitet.

8.3 Idéer till fortsatt forskning

Under forskningsprocessen har det kommit fram behov för den fortsatta forskningen. Eftersom skribenten själv väntat sig att få fler positiva resultat på fysiska effekter och också problemen som undersökts i Sufacare till stor del har sett på fysiska problem som uppkommer hos närståendevårdare föreslås det att man gör flera forskningar inom detta område men att man använder sig till exempel av TOIMIVA testet (TOIMIVA- testi 2005) eller andra fysiska tester som utvärdering för att mäta den fysiska funktionsförmågan (såsom balans, muskelstyrka och uthållighet). På detta sätt skulle man också få mera exakta träningsprogram.

Eftersom skribenten endast hittade åtta artiklar med fysisk aktivitetsintervention är det viktigt att det görs flera av dessa för att öka bevisvärdet på resultaten.

8.4 Etik

Sufacare projektet är godkänt i Arcadas etiska kommitté. De studier som är med i forskningsöversikten är publicerade i forskningsjournaler och i de flesta nämns det om att de fått informerat samtycke av deltagarna och i vilken etisk kommitté deras studie blivit godkänd. Enligt Forsberg och Wengström (2003:73–74) skall alla studier som inkluderats ha blivit godkända i en etisk kommitté, författaren skall redovisa alla artiklar som ingår och arkivera dessa på ett säkert sätt och presentera resultaten som stöder respektive inte stöder hypotesen. Detta har skribenten försökt med så gott hon förmår och har också försökt att vara objektiv och använda sig av en god forskningspraxis.

9 SLUTSATS

Som slutsats kan man säga att fysisk aktivitet kan hjälpa närståendevårdare att klara av vardagen bättre och att man också kan få hjälp av avslappning, meditation, mindfulness och utbildning. För att närståendevårdarna skall ha nytta av interventionen man väljer att ge dem är det bra att ge dem stöd och motivation i processen. Viktigt är också att möjliggöra fritid för närståendevårdarna så att de har tid att ta hand om sig själva.

Alla studier hade positiva resultat på i alla fall några av variablerna de undersökte och detta visar på att de olika metoderna fungerade, så det finns flera sätt en närståendevårdare kan träna på för att må bättre. Eftersom de flesta av studierna hade 30-40 minuters träningspass 3-4 gånger i veckan är det detta som verkar fungera bäst, men också 1 timme 1-2 gånger i veckan, eller intensiv handledning varefter träning på egen hand visade sig fungera.

I början av arbetet diskuterades vilken nytta arbetet kunde ha för arbetslivet. Som fysioterapeut kan man använda sig av detta för att hjälpa närståendevårdare som kommer med problem av olika slag, problemet som framkommer är hur närståendevårdarna skall utföra programmet utan att belasta dagen mera. I studierna fanns det bortfall och detta bortfall var oftast de som insett att de inte hade tid med träningen, de som har den största bördan och mest behöver hjälp.

Generaliserbarheten av detta arbete är inte med säkerhet möjlig eftersom studierna ofta saknade kontrollgrupper eller var väldigt små och artiklarna som granskades endast var 13 stycken. För att kunna generalisera behövs mera forskning inom ämnet. Flera studier med hög kvalitet inom området skulle också behövas eftersom trovärdigheten då blir större.

Under detta arbete har skribenten lärt sig hur en forskningsprocess går till och fått ett bättre förståelse för den. Det har varit en intressant process att inse att något som först verkade krångligt och tråkigt kunnat bli intressant och givande.

KÄLLOR

- Ashburner, Jeffrey M.; Cauley, Jane, A.; Cawthon, Peggy; Ensrud, Kristine, E.; Hochberg, Marc, C.; Fredman, Lisa. 2010, Self-ratings of Health and Change in Walking Speed Over 2 Years: Results From the Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures, *American Journal of Epidemiology*, årg. 173, nr. 8 februari 2011, s. 882-889.
- Befolkningsprognosen 2009-2060.* 2009, Statistikcentralen. Tillgänglig: http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_sv.html Hämtad 10.10.2011. 13 s.
- Castro, Cynthia, M; Wilcox, Sara; O'Sullivan, Paula; Baumann, Kellie; King, Abby, C. 2002 (a), An Exercise Program for Women Who Are Caring for Relatives With Dementia, *Psychosomatic Medicine* nr 64, s. 458-468.
- Castro, Cynthia, M; Wilcox, Sara; O'Sullivan, Paula; Baumann, Kellie; King, Abby. 2002 (b), Effects of Moderate-Intensity Exercise on Physiological, Behavioral, and Emotional Responses to Family Caregiving: A Randomized Controlled Trial, *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*, 57A, nr 1 s. M26-M36.
- Connell, Cathleen, M & Janevic, Mary, R. 2009, Effects of a telephone-based Exercise intervention for dementia caregiving wives – a randomized controlled trial, *Journal of Applied Gerontology*, årg. 28, nr 2, s. 171-194.
- Cooper, Claudia; Balamurali, T,B,S; Selwood, Amber; Livingston, Gill. 2007, A systematic review of intervention studies about anxiety in caregivers of people with dementia, *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2007 nr 22, s. 181-188.
- Dehlin Ole & Rundgren Åke. 2007, *Geriatrisk*. Studentlitteratur, 415 s.
- Donorfio, Laura, K, M; Vetter, Rheba ; Vracevic, Marina. 2010, Effects of Three Caregiver Interventions: Support, Educational Literature, and Creative Movement, *Journal of Women & Aging*, nr 22 s. 61–75.
- Farran, Carol, J; Staffileno, Beth, A; Gilley, David, W; McCann, Judith, J; Li, Yann; Castro, Cynthia, M; King, Abby, C. 2008, A lifestyle Physical Activity intervention for caregivers of persons with alzheimer's disease, *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, årg. 23, nr 2, s. 132-142.
- Fisher, Pauline A. & Laschinger, H. S. 2001, A Relaxation Training Program To Increase Self-Efficacy for Anxiety Control in Alzheimer Family Caregivers, *Holistic Nursing Practice*, årg. 15, nr 2, s. 47-58.

- Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne. 2003, *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur, första utgåvan, 208 s.
- Fysisk aktivitet*. 2010, Statens folkhälsoinstitut. Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Fysisk-aktivitet/> Hämtad 30.8.2011.
- Gusi, Narcís; Prieto, Josue; Madruga, Miguel; Garcia, Jose, M; Gonzalez- Guerrero, Jose, L. 2009, Health-Related Quality of Life and Fitness of the Caregiver of Patient with Dementia, *Medicine & Science in Sports & Exercise*, årg. 41, .nr 6, s. 1182–1187.
- Hill, Keith; Smith, Robyn; Fearn, Marcia; Rydberg, Mary; Oliphant, Rachael. 2007, Physical and Psychological Outcomes of a Supported Physical Activity Program for older Carers, *Journal of Aging and Physical Activity*, nr 15, s. 257-271.
- Hirano, Akemi; Suzuki, Yusuke; Kuzuya, Masafumi; Onishi, Joji; Ban, Nobutaro; Umegaki, Hiroyuki. 2010, Influence of regular exercise on subjective sense of burden and physical symptoms in community-dwelling caregivers of dementia patients: A randomized controlled trial, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, nr 53 (2011), s. e158–e163.
- Hosaka, Takashi & Sugiyama, Yoko. 2003, Structured intervention in family caregivers of the demented elderly and changes in their immune function, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, nr 57, s. 147–151.
- Jeppson Grassman, Eva. 2003, Anhöringsatser och medborgarengagemang. I: Jeppson Grassman, Eva, red. *Anhöringskapets uttrycksformer*, Studentlitteratur, s. 23-53.
- Kettunen, Reetta; Kähäri-Wiik, Kaija; Vuori-Kemilä, Anne; Ihalainen, Jarmo. 2009, *Kuntoutumisen mahdollisuudet*. Helsingfors: WSOY. 230 s.
- Katko Riitta. 2011, *Motion skyddar minnet och förbättrar livskvaliteten*. Tillgänglig: http://www.reumaliitto.fi/suomen_reumaliitto/viestinta/reuma-lehti/reuma-lehdessa_julkaistua/reuma-lehti-2-2011/motion-skyddar-minnet-och-fobatt/ Hämtad 30.9.2011.
- King, Abby, C & Brassington Glenn. 1997, Enhancing Physical and Psychological Functioning in Older Family Caregivers: The Role of Regular Physical Activity, *Annals of Behavioral Medicine*, årg. 19, nr 2, s. 91-100.
- Murphy, Rebecca; Dugdill, Lindsey; Crone, Diane. 2009, *Physical activity, health and health promotion I: Dugdill, Lindsey; Crone, Diane; Murphy, Rebecca*. Physical activity & health promotion – Evidence-based Approaches to Practice, Blackwell Publishing Ltd. s.4

Nationalencyklopedin. Sökord: Hälsa. Tillgänglig: <http://www.ne.se/lang/hälsa> Hämtad 5.10.2011.

Nationalencyklopedin. Sökord: Äldre. Tillgänglig: <http://www.ne.se/sve/aldre> Hämtad 9.9.2011.

Oken, Barry, S; Fonareva, Irina; Haas, Mitchell, Wahbeh, Helane; Lane, James, B; Zajdel, Daniel; Amen, Alexandra. 2010, Pilot Controlled Trial of Mindfulness Meditation and Education for Dementia Caregivers, *The Journal Of Alternative And Complementary Medicine*, årg 16, nr 10, s. 1031–1038.

Omaishoitajat ja Läheiset -Liitto ry, Närståendevårdare och vänner förbundet rf. 2011, Tillgänglig: <http://www.omaishoitajat.fi/omaishoito> Hämtad 30.8.2011.

Paasivaara, Leena; Nikkilä, Juhani; Voutilainen, Päivi. 2002, Saumattomuus – palvelujen kirjosta yksilölliseksi kokonaisuudeksi. I: Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla; Finne-Soveri, U. Harriet. *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – Opas laatuun*, Helsinki: Stakes. s. 49-56.

Pohjanpalo, Olli. 2010, *Omaishoitajien toive seuraavalle hallitukselle: Yhdenvertaisuutta*, Helsingin Sanomat, 9.11.2010. Tillgänglig: <http://www.hs.fi/politiikka/artikkeli/Omaishoitajien+toive+seuraavalle+hallitukselle+Yhdenvertaisuutta/1135261504328> Hämtad 21.9.2011.

Ronkainen, Raili; Ahonen, Sari; Backman, Kaisa & Paasivaara, Leena. 2002, Hoito ja palvelu kotona. I: Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla; Finne-Soveri, U. Harriet. *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – Opas laatuun*, Helsinki: Stakes. s. 100-105.

Rostedt, Therese. 2011, *Ung*, Landstinget i Jönköpings län, Folkhälsoavdelningen. Tillgänglig: <http://www.lj.se/infopage.jsf?nodeId=32661> Hämtad 10.10.2011.

Rundgren, Åke. 2001, Åldrandet det unikt mänskliga. *Forskning och framsteg 7/2001*. Tillgänglig: <http://www.fof.se/tidning/2001/7/aldrandet-det-unikt-manskliga> Hämtad 14.9.2011.

Sidney, M, Jetté, K; Blümchen, G. 1990, Metabolic Equivalents (METS) in Exercise Testing, Exercise Prescription, and Evaluation of Functional Capacity, *Clinical Cardiology*, nr 13 (1990), s. 555-565.

Soveltava viikottainen liikuntapiirakka. 2011, UKK instituutti. Tillgänglig: http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuosituksset/soveltavat_1_iikuntapiirakat Hämtad 9.9.2011.

Stoltz, P; Uden & G; Willman, A. 2004, Support for family carers who care for an elderly person at home: A systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

Stöd för närståendevård. 2011, Social- och hälsovårdsministeriet. Tillgänglig: http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/socialtjanster/narstaendevard Hämtad 9.9.2011.

Sufacare – fysiska tester, opublicerat material.

Sufacare - enkätsvar, opublicerat material.

Sufacare - intervjuer, opublicerat material.

Sufacare projektet 2009. Tillgänglig:<http://sufacare.arcada.fi> Hämtad 30.8.2011.

Suomen fysioterapeutit ry 2006. *Fysioterapiasuosituskäsikirja.* 52 s. Tillgänglig: http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=96&Itemid=194 Hämtad 2.10.2011.

Suomen omaishoidon verkosto. 2011,Hemsida. Tillgänglig:omaishoidonverkosto.fi Hämtad 5.9.2011

Suomen Parkinson-liitto ry. 2008,*Parkinson postia 1/2008: Nya rekommendationer för hälsofrämjande motion, lämpliga även för Parkinsons sjukdom.* Tillgänglig: <http://www.parkinson.fi/julkaisut/artikkelit/nya-rekommendationer-f%C3%B6rh%C3%A4lsofr%C3%A4mjande-motion-l%C3%A4mpliga-%C3%A4ven-f%C3%B6r-parkinsons-sju> Hämtad 9.9.2011.

Sörensen, Silvia; Pinquart, Martin; Duberstein; Paul. 2002, How Effective are Interventions with Caregivers? An Updated Meta-Analysis, *The Gerontologist* årg. 43, nr 3 s. 356-372.

Talvitie, Ulla; Karppi, Sirkka-Liisa; Mansikkamäki, Tarja. 2006, *Fysioterapia*, 2. upplagan, Helsingfors: Edita, 467 s.

TOIMIVA-testi. 2005, Statskontoret. Tillgänglig: <http://www.valtiokonttori.fi/public/default.aspx?nodeid=16572> Hämtad: 31.10.2011.

Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi. 2002, Omais- tukena arjen areenoilla. I: Voutilainen, Päivi; Vaarama, Marja; Backman, Kaisa; Paasivaara, Leena; Eloniemi-Sulkava, Ulla; Finne-Soveri, U. Harriet. *Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – Opat laatuun*, Helsinki: Stakes. s. 77–83.

Waelde, Lynn, C; Thompson, Larry; Gallagher-Thompson, Dolores. 2004, A Pilot Study of Yoga and Meditation Intervention for Dementia Caregiver Stress, *Journal Of Clinical Psychology*, årg. 60, nr6, s. 677–687.

Wikland, M. 2007, *Om fysisk aktivitet.* Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting. Tillgänglig:

<http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Fysisk%20aktivitet/Om%20fysisk%20aktivitet.pdf> Hämtad 5.10.2011. 16 s.

Wilcox, Sara; King, Abby, C; Vitaliano, Peter, P; Brassington, Glenn, S. 2000, Anger Expression and Natural Killer Cell Activity in Family Caregivers Participating in a Physical Activity Trial, *Journal of Health Psychology*, årg. 5, nr 4, s. 431-440.

Vilkko-Rihelä, Anneli. 1999, *Psyyke – Psykologian käsikirja*, 1. Uppl., Helsingfors: WSOY, 755 s.

Von Känel, Roland; Mausbach, Brentt, T; Dimsdale, Joel, E; Mills, Paul, J; Patterson Thomas, L; Ancoli-Israel, Sonia; Ziegler, Michael, G; Roepke, Susan, K; Harmell, Alexandra, L; Allison, Matthew; Grant, Igor. 2010, Regular Physical Activity Moderates Cardiometabolic Risk in Alzheimer's Caregivers, *Medicine & Science In Sports & Exercise*, årg. 43, nr 1 (2011), s. 181-189.

Zarit, S; Reever, K; Bach-Peterson, J. 1980, Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, årg. 20, nr 6, s. 649–655.

Äldre. 2009, Social- och hälsovårdsministeriet. Tillgänglig:
http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/aldre Hämtad 9.9.2011.

BILAGOR

Bilaga 1 Kvalitetsgranskning av forskningsartiklarna

Kvalitetsgranskningen utfördes genom Forsbergs och Wengströms modell (2003) och Finlands fysioterapeuters (2006) klassificering på skala A-D. I denna bilaga finns de viktigaste punkterna för varje artikel: Syfte, frågeställningar, metoder, deltagare, urval och bortfall, inklusions- och exklusionskriterier, resultat, slutsats och varför artikeln är vald och varför de fått sina poäng. Det enda subjektiva som är inlagt är själva kvalitetsgranskningen och generaliserbarheten.

1 An Exercise Program for Women Who Are Caring for Relatives With Dementia

Castro, Cynthia, M; Wilcox, Sara; O'Sullivan, Paula; Baumann, Kellie; King, Abby, C 2002.

Syfte: Att evaluera genomförbarheten och framgången av ett långsiktigt hälsopromotions program fokuserat på att förbättra fysisk aktivitet hos äldre kvinnliga närstående vårdare.

Frågeställningar: Inga tydliga, men problemet är väl formulerat i inledningen. Man vill se om närstående vårdarna påverkas av att förbättra sitt hälsobeteende och om interventionen också påverkar psykologiska faktorer.

Design: RCT studie.

Inklusions- och exklusionskriterier: Till inklusionskriterierna hörde att man skulle ha genomgått klimakteriet eller vara 50 år eller äldre, bo med en person som blivit diagnostiserad med Alzheimers eller annan demens sjukdom av en läkare, ge minst 10 hjälptimmar per vecka obetalt till släktingen i fråga, inte är på väg att flytta bort från området inom nästa 12 mån, inte ha ett medicinskt tillstånd som kan påverka deltagandet i lätt till

måttlig motion, inte varit aktiv motionär de senaste 6 månaderna (dvs. träna mer än 3 gånger/ vecka o mer än 20 min per gång) och haft stabil medicinering minst 6 mån.

Män inkluderades inte eftersom det är mycket vanligare med kvinnor som är närståendevårdare.

Deltagare: 100 deltagare, 51 i interventionsgruppen och 49 i kontrollgruppen.

Mätmetoder: Frågeformulär om hur närståendevårdarskapet ser ut, Screen for Caregiver Burden- 25 frågors formulär, 20 frågors kort formulär Taylor Manifest Anxiety Scale, Beck Depression Inventory 21 frågor, Cohen Percieved Stress Scale 14 frågor, Interpersonal Social Evaluation List 40 frågor, tränings kunskap mättes med ett eget utformat formulär, motivationsberedskap mättes med ett formulär utformat av den transteoretiska modellen, RPE, mikroprocessor som bandade in hjärtfrekvens och kroppsrörelse, hälsopromotion per telefon.

Bortfall: 15 personer från 100 deltagare= 15 %

Huvudresultat: Deltagarna utförde 74 % av sina bestämda motionssessioner. De använde i medeltal 106 min per vecka på träning, 35 min per gång. Efter 12 mån hade deltagarna bättre kunskap om vilka positiva effekter träning har, och bättre motivation för motion än dietgruppen. Både kontroll- och interventionsgrupp hade mindre stress, börda, och depression än före interventionen. De som var äldre var mindre deprimerade men hade mer ångest före interventionen hölls bättre kvar i interventionen. I interventionsgruppen var depression, börda och nervositet signifikant mindre i slutändan än i kontrollgruppen.

Slutsatser: Viktigt att utföra detta slags program på närståendevårdare och nu är det bevisat att det fungerar. Mera studier av denna sort behövs.

Generaliserbarhet: Under 100 deltagare i slutändan, Kanske för snäva inklusionskriterier, måste också ta männen i beaktande.

Studien ger bra riktlinjer för att instruera och ge stöd i klinisk användning.

Jag använder artikeln och ger den en hög kvalitet (1), även om man kunde ifrågasätta studiegruppens storlek besvarades forskningsfrågorna. Klassifikation B.

2 Effects of Moderate-Intensity Exercise on Physiological, Behavioral, and Emotional Responses to Family Caregiving: A Randomized Controlled Trial

Castro, Cynthia, M; Wilcox, Sara; O'Sullivan, Paula; Baumann, Kellie; King, Abby 2002.

Syfte: Att utföra ett skräddarsytt träningsprogram för närståendevårdare och därigenom förbättra deras hälsa.

Frågeställningar: Ej tydliga men hypoteserna var att den fysiska aktiviteten skulle öka under ett år i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen och att de som deltagit i interventionen skulle visa mindre kardiovaskulära reaktioner på en emotionell utmaning ett år efter interventionsstart. Dessutom hypotiserades det att de som deltagit i programmet skulle ha bättre livskvalitets poäng än de i kontrollgruppen och att de i kontrollgruppen som fick en dietförändringsintervention bättre skulle veta vad för mat som är hälsosam och att dessa skulle ha bättre kostvanor än interventionsgruppen.

Design: RCT studie, bra designval för att jämföra två olika grupper.

Inklusions- och exklusionskriterier: Till inklusionskriterierna hörde att man skulle vara kvinna, ha genomgått klimakteriet eller vara 50 år eller äldre (yngre än 50 om man redan genomgått klimakteriet), bodde med en person som blivit diagnostiserad med Alzheimers eller annan demens sjukdom av en läkare, ge minst 10 hjälptimmar per vecka obetalt till släktingen i fråga, inte är på väg att flytta bort inom nästa 12 mån, inte ha ett medicinskt tillstånd som kan påverka deltagandet i lätt till måttlig motion, inte varit aktiv motionär de senaste 6 månaderna (dvs. träna mer än 3 ggr/ vecka o mer än 20 min per gång) och haft stabil medicinering minst 6 mån.

Deltagare: 100 närståendevårdare till sin förälder eller man. Interventionsgrupp (fysisk aktivitet) 51 personer, kontroll grupp (dietgrupp) 49 personer. För båda grupperna användes ett arbetssätt för motivation från social kognitiv teori.

Mätmetoder: Borgs skala, dagböcker från båda grupper, demografiska data mättes (ålder, civilstånd, utbildningsnivå, anställningsnivå), mediciner som användes, information om närståendevårdens utseende, Screen for Caregiverburden - 25 frågor, Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC) – 24 frågor, mikroprocessor som bandade in hjärtfrekvens och kroppsrörelse, hur ofta man tränade, Community Health Activity Model Program for Seniors (CHAMPS) – 41 frågor, ett utformat test för att mäta den kardiovaskulära reaktionen på emotionella förändringar, 19-item Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Perceived Stress Scale - 14 frågor, Beck Depression Inventory (BDI) – 21 frågor och Block 95 Food Frequency questionnaire. Många av formulären var reliabilitets- och validitetstestade.

Bortfall: 15 %.

Huvudresultat: Närståendevårdarna i motionsgruppen använde mera tid på fysisk aktivitet och använde flera kalorier än de i dietgruppen. Mängden fysisk aktivitet påverkade dessutom stresspåverkade blodtrycket positivt och närståendevårdarna fick bättre sömnkvalitet. Båda grupperna rapporterade förbättringar i psykologisk stress.

Signifikanta skillnader mellan fysisk aktivitetsgruppen och dietgruppen var att den första använde mera energi, stresspåverkad blodtrycksreaktivitet var lägre än vid start. Dietgruppen använde mera hälsosamma fetter.

Slutsats: Författarna drar slutsatsen att närståendevårdare har nytta av ett träningsprogram med medelhög intensitet i tanke på stress påverkad kardiovaskulär reaktivitet och förbättringar i sömnkvalitet.

Resultaten kan generaliseras till kvinnliga närståendevårdare eftersom bortfallet var litet och gruppen relativt stor. Resultaten har klinisk betydelse och riskerna med detta pro-

gram är små även om det krävs en del resurser för att kunna ha kontakt och motivera närstående vårdarna.

Jag inkluderar artikeln och ger den en god kvalitet. Eftersom författarna själv säger att det är den första studien som undersöker fenomenet ger jag den en klassifikation B på skalan A-D.

3 Effects of a telephone-based Exercise intervention for dementia caregiving wives – a randomized controlled trial

Connell, Cathleen, M & Janevic, Mary, R 2009

Syfte: Att öka hälsobeteendet hos äldre närstående vårdarfruar hos patienter med demens. Målet var att bedöma om deltagarna i Health First visade större förbättringar än kontrollgruppen direkt efter interventionen och 6 mån efter avslutandet i jämförelse med utgångspunkten.

Frågeställningar: Ej tydliga, endast faktum att det finns få studier som fokuserar på hälsobeteenden hos närstående vårdare och att vad målet med studien var.

Design: RCT studie och det passar med syftet eftersom man vill förbättra hälsobeteenden hos kvinnliga äldre närstående vårdare.

Inklusions- och exklusionskriterier: Till inklusionskriterierna hörde att man var kvinna, tog hand om sin man som var klassificerad av MARC och var villig till forskning. Till exklusionen hörde att man inte längre hade någon att ta hand om.

Mätmetoder: Sociodemografiska variabler: ålder, utbildning, ras, anställningsstatus. Annat som frågades i första intervjun och senare utvärderades var: fysisk hälsa, sjukdomar, fysisk funktion, hälsobeteende och närstående vårdar börda. Till dessa användes Short-Form General Health Survey, Revised Memory and Behavior Problem Checklist och 11-item Iowa, en kort version av the Center of Epidemiologic Studies Depression Scale.

Deltagare och bortfall: Efter färdig randomisering och val av undersökningsgrupp var 157 kvinnor med i studien. Bortfallet under studiens gång var 26 stycken, innebar ett bortfall på 15,9 %. Bortfallet var litet och kan därför accepteras eftersom andelen deltagare kvar var ganska stor.

Huvudresultat: Programmet Health First ökade träningsbeteendet hos de mindre aktiva äldre närståendevårdarna och ökade känslan att träna med hinder och minskade på stress genast efter interventionen. Efter 12 mån uppföljning var det bara den positiva effekten på att träna med hinder som kvarstod.

Skillnader mellan kontroll och interventionsgrupp var inte signifikanta mera efter uppföljningen 1 år efter interventions start men direkt efter interventionen fanns en större skillnad mellan hur mycket man tränar, och ökad känsla av att träna med hinder.

Slutsats: Författarnas slutsats är att man kan genom denna typ av intervention öka träningsmängden hos en närståendevårdare och eventuellt minska på stress för kortare tider. De kan också tänka sig att man kunde använda sig av Health First som ett billigt alternativ till att förbättra motionsvanor hos äldre närståendevårdar fruar.

Resultaten tordes kunna generaliseras till motsvarande population eftersom samplet var ganska stort och randomiserat. Eftersom motsvarande resultat har uppnåtts i tidigare studier borde detta ha en klinisk betydelse. Flera nyttor kom fram i studien och eftersom man också vet vilken allmän effekt motion har på hälsan är det alltid bra att motionera.

Jag tänker inkludera studien eftersom jag anser den ha en hög kvalitet (1-3=1). På en skala från A-D anser jag den ha en klassifikation A eftersom författarna hänvisade till tidigare studier med motsvarande resultat och de redan kunde hänvisa till att de antog att resultaten skulle rikta sig åt detta håll.

4 Effects of Three Caregiver Interventions: Support, Educational Literature, and Creative Movement

Donorfio, Laura, K, M; Vetter, Rheba ; Vraccvic, Marina. 2010.

Syfte: Att jämföra effektiviteten av tre olika interventioner om hur man minskar på stress, irritabilitet, depression, allmän börda och nervositet hos döttrar som tar hand om sina sjuka mödrar.

Frågeställningar: tydliga och specificerade:

1) Är de olika interventionerna effektiva strategier att minska stress, irritabilitet, depression, allmän börda och nervositet och öka koncentrationsförmågan hos närstående-vårdare? 2) Om föregående, vilken av de tre interventionerna är mest effektiv för att minska stress, irritabilitet, depression, allmän börda och nervositet och öka koncentrationsförmågan hos närståendevårdare? 3) På vilket sätt är varje intervention till hjälp eller inte för döttrar i medelåldern som tar hand om sina sjuka mödrar?

Design: Deltagarna fick själva välja vilken grupp de gick med i och detta kan påverka resultatet.

Inklusions kriterierna: Att man skulle vara en primär närståendevårdare, vara kvinna över 40 år och vårdmottagaren skulle vara närståendevårdarens mor.

Urvalsmetod: Deltagarna fick ge sina önskemål på vilken grupp de skulle bli delade i.

Undersökningsgrupp: Liten, med stor åldersklyfta. 16 personer inkluderades, sex stycken i litteraturgruppen, sex i stödgruppen och fyra i rörelsegruppen.

Mätmetoder: Demografiska data, information om hur närståendevårdarens vardag såg ut, ett eget utformat formulär med frågor om irritabilitet, stress, depression, nervositet och koncentrationsförmåga och ett annat eget utformat formulär med frågor om interventionerna.

Bortfall: Rörelsegruppen hade ett bortfall, sedan började en ny rörelsegrupp och då var det 2 personer som avslutade före slutet.

Huvudresultat: Gruppen med nyhetsbrev tyckte interventionen hjälpte mot stress medan gruppen med stöd fick hjälp för stress, depression och nervositet. I helhet tyckte stöd-

gruppen att interventionen hjälpt mera. Nyhetsbrevs gruppen ansåg att breven var bra men att de kunde ha varit mera specificerade för dem. Stödgruppen tyckte det var bra att man fick diskutera tillsammans, få stöd och ge stöd. Rörelsegruppen fick hjälp med att slappna av i hela kroppen. Alla grupper tyckte att interventionen hjälpte dem att klara av vardagen. Stödgruppen hade klart mest nytta av sin intervention.

Slutsatser: Att man kan göra flera studier med liknande interventioner eftersom deltagarna inte hade negativa erfarenheter av studien.

För litet sampel för att studien skall kunna generaliseras. Kan dock användas som grund för vidare studier. Jag tar gärna med artikeln i forskningsöversikten eftersom den ser på behandlingen ur en lite annan synvinkel. Eftersom artikeln var otydlig och många viktiga saker saknades, ger jag ändå den en låg kvalitet (3). På en klassifikation från A-D får den ett D.

5 A lifestyle Physical Activity intervention for caregivers of persons with alzheimer's disease

Farran, Carol, J; Staffileno, Beth, A; Gilley, David, W; McCann, Judith, J; Li, Yann; Castro, Cynthia, M; King, Abby, C 2008.

Syfte: Att utföra en Pilot studie för en RCT studie, för att prova effekterna av ett telefon baserat fysisk aktivitetsprogram i samband med utbildning och stöd i ett multikulturellt sampel av kvinnor och män som tar hand om sina nära med Alzheimers.

Frågeställningar: Man behöver interventioner för att hjälpa närstående vårdare att ta hand om sin fysiska och mentala hälsa så att de minskar på riskerna för sin egen hälsa när de tar hand om sin nära.

Design: Pilot-studie, prospektiv, kvasi-experimentell design. Lämplig eftersom författarna ville prova hur interventionen fungerar före man gör en RCT studie.

Inklusions- och exklusionskriterier: Vårdmottagare som hade en diagnos på demens, bor i samhället och får hjälp av huvudsakligen en närstående vårdare och en närståendevård-

dare som talar engelska, kan läsa, av alla etniska och ras- bakgrunder som har en nära släkt med Alzheimers sjukdom (21 år eller äldre), bor nära personen de tar hand om och tar han om denne 10 timmar i veckan eller mera, i minst 6 mån, kognitivt frisk med minst två fel på ett screening instrument, inte ha hälsoproblem som kan påverka deltagandet i studien, ha en telefon, och var villig att förbättra fysisk aktivitetsförmåga.

Urval: Ett konsekutivt urval, 15 personer som är närståendevårdare inkluderades.

Mätmetoder: 41-item Community Healthy Activities Model Program for Seniors Questionnaire, Mini Mitter, accelerometry-based activity monitor, pedometer. Reliabiliteten och validiteten för dessa instrument är testad.

Bortfall: En person dog under studien.

Huvudresultat: 50 % av deltagarna övergick från inaktiva till aktiva, 42 % ökade antalet minuter för moderat intensitets fysisk aktivitet. Inga direkta förbättringar i självrapporterad fysisk aktivitet och ingen deltog i kraftfull fysisk aktivitet.

Försämrade resultat i lätt och moderat fysisk aktivitet korrelerade med en monitor som mätte fysisk aktivitet runt midjan.

Slutsatser: Detta var den första studien som gjordes på detta vis och man vill nu ha fler i likande stil. Man har också visat på att det går att öka den fysiska aktiviteten.

För få deltagare för att generalisera resultaten, men detta var bara en pilotstudie och författarna var medvetna om problemet, också faktum att de inte hade någon kontrollgrupp. Jag behåller artikeln eftersom den passar bra som ett komplement till mina andra artiklar och för att den är välgjord även om gruppen var liten och kontrollgruppen saknades. Jag ger den en medelhög kvalitet (2) och en klassifikation C på skalan från A-D.

6 A Relaxation Training Program To Increase Self-Efficacy for Anxiety Control in Alzheimer Family Caregivers

Fisher, Pauline A. & Laschinger, H. S. 2001.

Hypotes: Närståendevårdare som tar hand om en familjemedlem med Alzheimers sjukdom får en förbättrad själv effektivitet för att kontrollera nervositet som är relaterad till att den närstående, under ett avslappningsprogram under 6 veckor.

Forskningsfrågan: Vad är den rapporterade incidensen av utmanande behov hos vårdmottagaren före och efter ett avslappningsprogram för närståendevårdaren?

Design: Kvasiexperimentell men utan kontrollgrupp och därutöver ingen randomisering.

Undersökningsgrupp: Valdes ut ur flera redan pågående stödgrupper i Ontario, Canada

Inklusions- och exklusionskriterier: Till inklusionskriterierna hörde att man gav frivillig vård minst två timmar om dagen till familjemedlemmar med en diagnos på Alzheimers sjukdom eller Alzheimers relaterad sjukdom. Man fick inte heller ha hälsoproblem som kunde förhindra genomgång av programmet och klara av att skriva och tala engelska.

Deltagare: Alla blev tillfrågade om de ville delta och sedan skrev de under att de godkänner att vara med. 36 personer inkluderades. Dessa blev 6 olika grupper som fick samma intervention.

Mätmetoder: Demografiska fakta, Memory and Behavior Problem Checklist (MBPC), 5-point Likert scale, dagbok på träningen

Validitetsdiskussion är förd, man har 3 studenter som blivit utbildade för att samla in data. Dessutom fanns en sjukskötare som var specialiserad inom geriatrik och handledde grupperna.

Bortfall: Inget.

Huvudresultat: Ångesten minskade och var tidigare förknippad med tiden man tog hand om sin närstående men efter interventionen var detta samband inte mera relevant.

Slutsatser: Att man skall öka på program och interventioner som ökar närståendevårdarnas välmående, stöd och livskvalitet.

För litet sampel för att generalisera. Artikeln är gjord ur en annan synvinkel, dessutom välgjord även om den inte har en kontrollgrupp. Jag ger den en medelhög kvalitet och en klassifering C eftersom man kunde ha utvecklat designen.

7 Physical and Psychological Outcomes of a Supported Physical Activity Program for older Carers

Hill, Keith; Smith, Robyn; Fearn, Marcia; Rydberg, Mary; Oliphant, Rachael 2007.

Mål: Att utvärdera effekten av ett fysiskt aktivitets program med stöd för att nå förbättrad fysisk, psykisk och allmän förbättrad hälsa för äldre närståendevårdare. Man ville också identifiera barriärer och aktiverare för fortsatt deltagande i programmet.

Inga frågeställningar framkommer.

Design: Kvasi-experimentell studie, många deltagare, ingen kontrollgrupp.

Deltagare: 116 äldre närståendevårdare deltog, 88 som avslutade programmet. Deltagarna samlades ur olika hälsotjänster, närståendevårdar stödgrupper och genom allmänt främjande i Melbourne, Australien.

Mätmetoder: Olika frågeformulär för att få reda på hälsotillstånd: ett startformulär som var utvecklat för att få reda på närståendevårdarens situation, Assessment of Quality of Life, Zarit Carer Burden Interview, en 15 punkters förkortad version av Geriatric Depression Scale, 94 punkters frågeformulär – Human Activity Profile, ett stegtest, test av gång snabbhet och uthållighet, sitt till stående-test på tid, Medical Outcomes Survey Short Form 36, utvärderingsblankett på slutet, avslutnings frågeformulär om man avslutade studien i mitten. Mätinstrumenten var valida och reliabla.

Bortfall: 76 % blev kvar i studien, 88 av 116. Man hade ett frågeformulär för alla som föll ur studien och man gjorde också en analys på skillnader mellan de som hoppade av och de som blev kvar, i start undersökningen fanns inga skillnader på dessa personer.

Huvudresultat: Liknande som i motsvarande studier med äldre som målgrupp, alltså om man anpassar träningen för personerna får man ett positivt resultat. De största förbättringarna sågs i depressionsresultat men också balans och ben styrka förbättrades signifikant. Från start till slutmätning förbättrades nästan alla variabler men signifikanta förändringar var depressionspoäng, balans, ben styrka, fysiska och mentala komponent poäng, livskvalitet, aktivitetsnivå, gång snabbhet och uthållighet.

Slutsatser: De som deltog förbättrades psykiskt och fysiskt och att många också mådde bättre och tyckte det var roligt.

Generaliserbarhet: Till en viss mån, eftersom deltagarna var många men eftersom det inte fanns en kontrollgrupp är det svårt att säga. Resultaten ger en bra bild på att det kanske inte handlar så mycket om vad för slags aktivitet som utförs utan huvudsaken är att man verkligen gör något.

Detta var en artikel där jag tyckte det fattades några viktiga delmoment men som hade en stor undersöknings grupp och som såg på problemet från en annan synvinkel. Jag ger artikeln medelhög kvalitet eftersom allting fanns utom de klara frågeställningarna. Klassifikation B.

8 Influence of regular exercise on subjective sense of burden and physical symptoms in community-dwelling caregivers of dementia patients: A randomized controlled trial

Hirano, Akemi; Suzuki, Yusuke; Kuzuya, Masafumi; Onishi, Joji; Ban, Nobutaro; Umegaki, Hiroyuki 2010.

Hypotes: Att bördan av att vara närstående vårdare skulle minska hos närstående vårdare för dementipatienter om man utvecklade ett hållbart protokoll på fysisk aktivitet med medel intensitet. Man undersökte effekten av regelbunden träning på den subjektiva

bördan fysisk aktivitets nivå (hur ofta man utför) och subjektiva fysiska symptom hos äldre närståendevårdare för dementipatienter.

Frågeställningar: Inga tydliga.

Design: RCT.

Inklusions- och exklusionskriterier: Till inklusionskriterierna hörde bra hälsa, ha bra kontroll på kroniska sjukdomar såsom högt blodtryck, diabetes och dåliga blodfetter, Målgruppen var närståendevårdare som tar hand om närstående med dementi och var 65 år eller äldre. Till exklusionen hörde de som tränar regelbundet (över 30 min/ session och två gånger i veckan), sådana som haft stroke, hjärtinfarkt och någon annan allvarlig sjukdom som förhindrade deltagaren att följa protokollen.

Deltagare: 17 personer ingick i interventionsgruppen och 14 i kontrollgruppen.

Mätinstrument: Den Japanska versionen av ZBI- 22 frågor om bördan att vara närståendevårdare, physical activity questionnaire score - ett mångdimensionerat frågeformulär om aktivitetsnivå, VAS- smärtskattning mellan 0 och 100 mm (i denna studie var det symptom som skattades), de närstående mättes med två mätmetoder: den japanska versionen av Neuropsychiatric Inventory och Mini-Mental State Examination. Mätmetoderna är reliabla och valida test.

Bortfall: Fem personer hoppade av studien för att de var för upptagna

Huvudresultat: Jämfört med kontrollgruppen fick interventionsgruppen förbättrade poäng på närståendevårdar bördan och sömnkvalitet var bättre. Dessa resultat visades genom signifikanta skillnader.

Slutsats: Resultaten visar att regelbunden fysisk aktivitet kan förbättra livskvaliteten hos närståendevårdare som tar hand om patienter med demens.

Resultaten kan eventuellt generaliseras men eftersom samplet var litet kan det ändå uppkomma skillnader. Den kliniska betydelsen av studien är stor eftersom det än en gång visar på de positiva effekterna av regelbunden fysisk aktivitet och ger rekommendationer om hur den kan utföras.

Jag inkluderar artikeln i studien och ger den en medelkvalitet eftersom själva interventionen inte var väldigt beskriven och samplet var ganska litet. På en skala från A-D klassificerar jag artikeln med ett B.

9 Structured intervention in family caregivers of the demented elderly and changes in their immune function

Hosaka, Takashi & Sugiyama, Yoko. 2003.

Syfte: Att undersöka en strukturerad interventions påverkan på mentalt och fysiskt obehag och immunfunktion hos 20 närståendevårdare.

Frågeställningar: Inga tydliga.

Design: Kvasiexperimentell studie, ingen kontrollgrupp.

Inklusions- och exklusionskriterier: Ingen nämns. Man blev informerad om studien i redan existerande möten för närståendevårdare och de som var intresserade fick dyka upp på ett vidare infotillfälle. 20 kvinnor deltog i studien. De var mellan 47 och 66 år gamla. De hade tagit hand om sin närstående mellan 1 och 12 år och hälften av patienterna de tog hand om hade Alzheimers sjukdom och den andra halvan hade vaskulär dementi.

Mätmetoder: Profile of Mood States som har 65 frågor om olika humörtillstånd som bl.a. ångest, depression och trötthet, General Health Questionnaire-30 som har 60 frågor om mental hälsa. Båda testen är reliabilitets och validitetstestade. Dessutom mättes NK cell aktiviteten genom blodprov.

Bortfall: En person föll bort från studien.

Huvudresultat: Signifikanta förbättringar i depressionspoäng, fientlighet, ilska, trötthet och förvirring och i poängen för fysiska symptom, nervositet-sinnesstämning störning och självmordsbenägenhet-depression. Det fanns också en signifikant ökning i NK-cell aktivitet.

Slutsatser: Interventionen var effektiv för att förbättra närståendevårdarens fysiska, mentala och immunologiska kondition/ tillstånd.

Artikeln använder sig av ett koncept som inte tidigare är provat och något man skall ta till sig. Jag ger artikeln en låg kvalitet p.g.a. att den var väldigt kortfattat beskriven och inte hade tydliga frågeställningar. Den får en klassifikation D på en skala från A-D.

10 Enhancing Physical and Psychological Functioning in Older Family Caregivers: The Role of Regular Physical Activity

King, Abby,C & Brassington Glenn. 1997

Syften: Det ena syftet var att genom en befolkningsbaserad studie undersöka den fysiska aktiviteten och relaterade hälsovanor och preferenser av ett randomiserat sampel av äldre närståendevårdare som bodde i ett nordkaliforniskt samhälle. Det andra syftet var att utvärdera genomförandet av ett kontrollerat fysiskt aktivitets program på medelhög nivå i hemmiljö hos äldre närståendevårdare och programmets eventuella effekt på ilske uttryck, börda och relaterade psykologiska resultat i samma population.

Frågeställningar: Inbakade i det tydliga syftet.

Design: RCT-studie.

Inklusions- och exklusionskriterier: Till inklusionskriterierna hör personer 50-75 år gamla som tar hand om en släkting med Alzheimers eller annan minnesstörning, inte har hjärt- och cirkulationssjukdom eller stroke, ej aktiv tränare, inte har problem i stöd och rörelseorganen som kan förhindra deltagande i fysisk aktivitet på medelhög nivå, inte tar blodtrycksmediciner eller psyko aktiva mediciner, BMI lägre än 40, medelhög stress

(enligt Likert-skalans stress frågor i National Health Interview Survey), kvinnor efter klimakteriet och stabiliserad medicinering de senaste 6 månaderna och personer som godtar att få randomiserade uppgifter.

Deltagare: Undersökningsgruppen är representativ och författarna hade till och med motiverat varför de valde denna grupp. 83 personer kontaktade studien för sitt intresse. Av dessa var 48 inom inklusionskriterierna, vissa kunde inte kontaktas vid telefonintervjun och några föll av p.g.a. för mycket att göra, kvar bestod 24 personer som randomiserades 12 i kontrollgruppen och 12 i interventionsgruppen.

Mätmetoder: I början och slutet av studien gjorde man ett test på gångmatta för att testa konditionen på deltagarna där man ökade bördan med 1-2 MET varannan minut. Under detta test hade deltagarna dessutom EKG på sig och efter testet mättes blodtrycket. Dessutom mättes högsta syrenivån under de två sista minuterna av testet. Man använde sig av en bärbar blodtrycks och pulsmätare för att kunna validera rapporterna av fysisk aktivitet som deltagarna skrev. För psykosociala mätmetoder användes Casio PB-1000 som är en fickdator.

Bördan för närståendevårdare mättes med Screen for Caregiver Burden, ett 25 frågors formulär. Ilcke uttryck och andra känslomässiga kognitiva status mättes med Anger Expression scale bestående av 20 frågor. Depressiva symptom mättes med Beck Depression Inventory som har 21 frågor. Nervositet mättes med det korta formuläret av Taylor Manifest Anxiety Scale som har 20 frågor och stress mättes med Percieved Stress Scale som har 14 frågor. Dessutom användes RPE skalan i dagböckerna och stages of exercise questionnaire för att mäta förändringar i träningsbeteendet. Testen är reliabilitets- och validitetstestade.

Huvudresultat: Interventionsgruppens fysiska aktivitetsmängd ökade, interventionsgruppen hade högre puls under dagen, gångbands testet förbättrades hos kontrollgruppen, interventionsgruppen hade lägre ångest poäng, ett positivt samband mellan fysisk aktivitet och närståendevårdar börda hittades och interventionsgruppen hade lägre blodtryck efter interventionen jämfört med kontrollgruppen. Alla resultaten visade signifikanta skillnader.

Slutsats: Ett fysiskt aktivitetsprogram med stöd kan hjälpa närståendevårdare att börja röra på sig aktivt och stöda grupper som möter mycket stress och börda i sin vardag.

Generaliserbarheten i detta läge är inte möjlig men man kan använda resultaten för att rekommendera närståendevårdare hur de skall röra på sig. Ingen skadade sig i studien och den visade sig ha positiva resultat. Jag använder mig av studien i forskningsöversikten och ger den en medelhög kvalitet på grund av den lilla studiegruppen. På en skala från A-D får den en klassifikation C.

11 Pilot Controlled Trial of Mindfulness Meditation and Education for Dementia Caregivers

Oken, Barry, S; Fonareva, Irina; Haas, Mitchell, Wahbeh, Helane; Lane, James, B; Zajdel, Daniel; Amen, Alexandra.

Syfte: Att förbättra möjligheterna för att göra en större studie med samma metod.

Frågeställningar: Inga tydliga.

Design: RCT-studie.

Inklusion och exklusion: Man skulle vara närståendevårdare som tog hand om sin närståendevårdare 12 timmar per vecka och ha 9 poäng eller mera på Percieved Stress Scale. Personen de tog hand om skulle ha dementi. Till exklusion hörde att deltagarna inte skulle ha ostabila medicinska tillstånd/ sjukdomar, kognitiva svårigheter med mindre än 25 poäng på Modified Telephone Interview for Cognitive Status, medicinering som inte stabiliserats inom de två senaste månaderna, stora begränsningar i synen och tidigare stressutbildning.

Deltagare: 45-85 år, 31 deltagare varav 4 inte avslutade programmet. Både män och kvinnor.

Mätmetoder: Demografiska fakta, stress: Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC) och en fråga lades till för att mäta själv effektiviteten, Caregiver

Appraisal Tool, Percieved Stress Scale, depression: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD), själv effektivitet: General Perceived Self-Efficacy Scale, sömn: Pittsburgh Sleep Quality Index, Epworth Sleep Questionnaire, Global Impression of Change scale, för coping: Coping Responses Inventory och Neuropsychiatric Inventory för de närståendes beteende.

Förväntad förbättring mättes med en standardiserad sex frågors förväntad/trovärdighetsskala och VAS. För mindfulness använde man Mindful Attention Awareness Scale och en annan mätning som används i flera olika mindfulness skalor (FFNJ measure of being nonjudgmental adapted from factor five). Erfarenhetsbaserad stickprovsundersökning gjordes med en digital handhållen apparat i hemsituationer.

För att mäta kognitiv förmåga användes en 10-ords lista från Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale, Stroop Color and Word Test och Attentional Network Test (ANT).

Psykologiska mätningar gjordes genom kortisolmätning via salivet, Interleukin-6 och tumor necrosis factor-alfa mättes med ELISA och C-reaktivt protein mättes med ett fast fas, konkurrenskraftigt kemiluminiscent analysystem.

För uppföljning användes dessutom en dagbok och telefonsamtal varannan vecka.

Bortfall: 4 personer

Huvudresultat: Signifikant minskad stress i både utbildnings och mindfulnessgruppen jämfört med före intervention och med kontrollgruppen. Dessutom fanns signifikant korrelation med mindfulness och självskattad stress och humör.

Slutsatser: Båda interventionerna har positiv påverkan på stress. För att kunna generalisera behövs dock fler män med i studierna.

För liten kontrollgrupp för generalisering. Studien kan ha klinisk betydelse om hur man skall utbilda närståendevårdare i stress och depressions minskning, också bra att veta att mindfulness fungerar för dem om de har tid för det.

Undersökningen var välutförd och hade många mätmetoder, kanske lite för många. Interventionen var välutförd och planerad och för att vara en pilotstudie fanns det överraskande många deltagare. Jag ger artikeln en hög kvalitet och en klassifikation B på skalan A-D.

12 A Pilot Study of Yoga and Meditation Intervention for Dementia Caregiver Stress

Waelde, Lynn, C; Thompson, Larry; Gallagher-Thompson, Dolores. 2004.

Mål: Att undersöka om man kunde påverka närståendevårdarens stress positivt.

Frågeställningar: Inte utskrivna.

Design: En pilotstudie med liten undersökningsgrupp.

Inklusions- och exklusionskriterier: Inklusionskriterierna var att man skulle vara minst 21 år gammal, kaukasian eller latin, kvinna, ta hand om sin närstående minst 4 timmar om dagen. Den närstående fick 23 poäng eller mindre på Mini-Mental Status Examination eller hade en diagnos på någon slags dementi som var bestämd utifrån en medicinsk undersökning.

Deltagare: 12 personer inkluderades.

Mätmetoder: Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) – 20 frågor, The Self-Efficacy for Controlling Upsetting Thoughts about Caregiving subscale of the Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy, State-Trait Anxiety Inventory – 20 frågor, The Revised Memory and Behavior Problem Checklist – 24 frågor, träningslogg för varje vecka, ett uppföljningsfrågeformulär på förbättring, ett frågeformulär på hur bra användning deltagarna hade av de olika delarna av interventionen. De mätmetoder som var använda tidigare är reliabilitets och validitetsgranskade.

Bortfall: 2 personer avslutade inte interventionen, beräknad bortfallsprocent 14.

Huvudresultat: Mindre depression, frustration, sömnproblem och ångest, ökad självfektivitet och aktivitetsnivå, energinivå och allmänt välmående. Depressionen och ångesten minskade signifikant i hela gruppen en månad efter studien och självfektiviteten ökade signifikant.

Slutsatser: Studien visar på att konceptet kan hjälpa kvinnliga närståendevårdare att minska stress och öka välbefinnandet men man behöver studier som visar liknande resultat i större grupper och med kontrollgrupp. Detta utvecklas nu av författarna.

Annan synvinkel, bra att ha med en studie som undersöker en specifik form av fysisk aktivitet. Får en medelhög kvalitet och klassificerad på en skala från A-D får den ett C.

13 Anger Expression and Natural Killer Cell Activity in Family Caregivers Participating in a Physical Activity Trial

Wilcox, Sara; King, Abby, C; Vitaliano, Peter, P; Brassington, Glenn, S 2000.

Mål: Undersöka om NKA cellen har samband med psykologiska funktioner hos närståendevårdare som har medelhöga till höga stressnivåer vid studiens början, få reda på om förändring av de psykologiska faktorerna påverkar NKA cellens aktivitet och om man efter en 4 mån intervention med medelhög fysisk aktivitet gör NKA cellens nivåer stiger hos stressade närståendevårdare. Frågeställningarna är inbakade i målen och man har hypoteser runt vad som skulle kunna vara svaren på frågorna.

Design: RCT, pilotstudie passar bra med syftet eftersom det är lättare att jämföra resultaten med en kontrollgrupp.

Inklusions- och exklusionskriterier: Till inklusionskriterierna hör personer 50-75 år gamla som tar hand om en släkting med Alzheimers eller annan minnesstörning, inte har hjärt- och cirkulationssjukdom eller stroke, ej aktiv tränare, inte har problem i stöd och rörelseorganen som kan förhindra deltagande i fysisk aktivitet på medelhög nivå, inte tar blodtrycksmediciner eller psyko aktiva mediciner, BMI lägre än 40, medelhög

stress(enligt Likert-skalans stress frågor i National Health Interview Survey), kvinnor efter klimakteriet, personer som godtar att bli randomiserade.

Deltagare: Liten undersökningsgrupp, mycket fler kvinnor än män (20/24 kvinnor), ok för en pilotstudie. Randomiserades i interventions grupp 12 st, och kontrollgrupp 12 st.

Mätmetoder: blodprov för NKA, Screen for Caregiver Burden, Anger Expression Scale – 20 frågor, Beck Depression Inventory 21 frågor, kort form av Taylor Manifest Anxiety Scale 20 frågor, Percieved Stress Scale 14 frågor. Mätinstrumenten är valida och reliabla.

Bortfall: 1 person från interventionsgruppen, fick mera arbete hemma.

Huvudresultat: Interventionsgruppen rapporterade mer fysisk aktivitet än kontrollgruppen och fick bättre kondition. Deltagarna i interventionsgruppen hade dessutom lägre poäng i ilska kontroll. Dessutom minskade den subjektiva bördan av att vara närstående vårdare i relation till själv effektivitet i fysisk aktivitet och längre löpbandsträning. Av de psykosociala faktorerna var det bara ilska kontroll som korrelerade med NKA, detta negativt. 'Anger-out' var positivt korrelerat med NKA.

Slutsatser: Fastän motion inte påverkade NKA har ändå träningen stor betydelse för stress.

Resultaten kan ej generaliseras eftersom gruppen var för liten. Kan påverka behandling men inte efter att större studier på området är gjort. Artikeln får medel kvalitet (2) och en klassifikation C. Dessutom ger artikeln en annorlunda synvinkel när de studerat direkta förändringar via blodprov.

Bilaga 2 Kvalitetgranskningsmodell: Klassifikation A-D

Ur: *Fysioterapiasuosituskäsikirja* s. 46 (Suomen fysioterapeutit ry 2006)

Näytön aste A

- On epätodennäköistä, että uudet tutkimukset muuttaisivat arviota vaikutuksen suunnasta tai suuruudesta.
- Vähintään kaksi tasokasta tutkimusta, joiden tulokset ovat samansuuntaiset.
- Tutkimuksissa on käytetty tutkittavan aiheen suhteen parasta saavutettavaa tutkimusasetelmaa.
- Lopputulosmuuttujalla on arvioitu suoraan kliinistä hyötyä tai haittaa.
- Tulosten alfa- ja beetavirheet sekä 95 %:n luottamusvälit ovat pieniä.
- Tutkitut väestöt vastaavat hoitosuosituksen kohdeväestöä tai ovat siihen sovellettavissa.

Näytön aste B

- Uudet tutkimukset saattavat vaikuttaa arvioon vaikutuksen suunnasta ja suuruudesta.
- Tasokkaita tutkimuksia on vain yksi.
- Tasokkaita tutkimuksia on useita mutta tuloksissa on vähäistä ristiriitaa.
- Useita kelvollisia tutkimuksia, joiden tuloksissa ei ole systemaattista virhettä ja tulokset ovat samansuuntaiset.
- Tutkimuksissa on käytetty tutkittavan aiheen suhteen parasta saavutettavaa tutkimusasetelmaa.
- Lopputulosmuuttujalla on arvioitu suoraan kliinistä hyötyä tai haittaa.
- Tutkitut väestöt vastaavat hoitosuosituksen kohdeväestöä tai ovat siihen sovellettavissa.

Näytön aste C

- Uudet tutkimukset todennäköisesti vaikuttavat arvioon vaikutuksen suunnasta ja suuruudesta.
- Tasokkaita tutkimuksia on useita mutta tuloksissa on merkittävää ristiriitaa.
- Kelvollisia kontrolloituja tutkimuksia, joiden tulokset voidaan yleistää kohdeväestöön, on ainakin yksi. Vertailtavien ryhmien tulee olla samanaikaisia, historiallinen kontrolliryhmä tai vertaaminen kirjallisuudesta poimituihin arvoihin ei riitä.
- Tutkimuksissa ei ole käytetty tutkittavan aiheen suhteen parasta saavutettavaa tutkimusasetelmaa.
- Lopputulosmuuttujalla ei ole arvioitu suoraan kliinistä hyötyä tai haittaa.
- Tutkitut väestöt eivät täysin vastaa hoitosuosituksen kohdeväestöä tai ole siihen sovellettavissa.

Näytön aste D

- Mikä tahansa arvio vaikutuksen suunnasta ja suuruudesta on epävarma.
- Tutkimuksia on olemassa, mutta ne eivät menetelmällisesti yllä luokkiin A–C.
- Tutkimusnäyttöä ei ole mutta suositusryhmä voi tehdä D-asteen kannanoton, kun on kysymys hoidon kannalta tärkeästä päätöskohdasta. Suosituslauseeseen liittyy silloin näytönastekatsaus, jossa perustellaan suositusryhmän kannanotto.

Se, että suosituslauseen näytön aste on C tai D, ei aina tarkoita sitä, että suositus olisi epäluotettava tai huono.