

Athafnir og þátttaka eldri borgara: Lýðgrunduð rannsókn á 65 til 91 árs íbúum á sunnanverðum Vestfjörðum

Tilgangur

Meðalævilengd Íslendinga fer stöðugt hækkandi og á sama tíma eru vaxandi kröfur um að aldraðir eyði ævikvöldinu í heimahúsum. Árið 2013 voru 13,6% íbúa á sunnanverðum Vestfjörðum 65 ára eða eldri. Tilgangur verkefnisins var að rannsaka athafnir og þátttöku í daglegu lífi meðal heimabúandi eldri borgara á þessu svæði.

Aðferð

Rannsóknin var lýsandi þversniðsrannsókn og byggðist á heildarúr-taki allra íbúa rannsóknarsvæðisins sem höfðu náð 65 ára aldri og bjuggu heima. Þátttakendur voru 68 konur og 61 karl á aldrinum 65–91 árs (þátttökulutfall=80,1%). Gögnum var safnað með staðlaða mælitækini „Efri árin, mat á færni og fötlun“ þar sem þátttakendur meta erfiðleika sína við athafnir, tíðni þátttöku sinnar og takmörkun sína á þátttöku. Niðurstöðurnar eru á jafnbilakvarða (0–100) þar sem fleiri stig þýða minni erfiðleika við athafnir, tíðari þátttöku eða minni takmörkun á þátttöku. Niðurstöður voru bornar saman eftir kyni og aldurshópum (65–74 ára og 75–91 árs) og marktæktarmörk sett við $p < 0,05$.

Niðurstöður

Í heildina álitu karlar erfiðleika sína við athafnir minni ($M=68,0$) en konur ($M=61,3$) og hið sama gildi um yngri aldurshópinn ($M=72,2$) miðað við þann eldri ($M=57,4$). Konur tóku oftari þátt í athöfnum ($M=51,9$) en karlar ($M=49,2$) og yngri aldurshópurinn ($M=52,0$) var einnig virkari en sá eldri ($M=49,3$). Eldri hópurinn taldi þátttöku sína líka takmarkaðri en sá yngri ($M=68,8$ og $M=78,8$). Þátttakendur lýstu ýmiss konar hindrunum sem eldri borgarar þurfa að yfirstíga til að eiga möguleika á að sjá um sig sjálfa og að taka þátt í samfélaginu.

Ályktanir

Niðurstöðurnar gefa innsýn í athafnir og þátttöku eldri borgara á af-mörkuðu dreifbýlu svæði og hafa hagnýtt gildi fyrir öldrunarþjónustu á rannsóknarsvæðinu.

Lykilorð: athafnir daglegs lífs (ADL), dreifbýli, félagsleg þátttaka, heilsa, öldrun.

Inngangur

Íslendingar eru með langlífari þjóðum heims og því er spáð að meðalævilengd landsmanna haldi áfram að hækka (Hagstofa Íslands, e.d.. Á efri árum aukast verulega líkurnar á að fólk glími við langvinna sjúkdóma og skerta líkamsstarfsemi og eigi erfitt með mikilvægar athafnir og þátttöku í daglegu lífi (He og Larsen, 2014; Goodman o.fl., 2016; Arnadóttir o.fl., 2011). Slíkum erfiðleikum fylgja margvíslegur vandi sem getur snúið að einstaklingnum sjálfum, þjóðfélaginu og öldrunarþjónustu. Þessa erfiðleika og vanda er mikilvægt að þekkja og sjá fyrir, en rannsóknir sýna að með viðeigandi ihlutun og hvetjandi umhverfi er mögulegt að efla samfélagsþátttöku og bæta líf eldri borgara (Christensen o.fl., 2009).

Á sunnanverðum Vestfjörðum hefur hlutfall eldri borgara vaxið jafnt og þétt á síðustu árum, hraðar en á landinu í heild (Hagstofa Íslands, e.d.. Í byrjun árs 2013 voru 13,6% íbúa á svæðinu 65 ára eða eldri en það var tæplega einu prósentustigi hærra en á landsvísi (12,9%). Árið 1992 var þetta hlutfall aðeins 9,2% og þá það sama og á landinu öllu. Á Heilsumvefsjá Embættis landlæknis fyrir árið 2013 mátti sjá að óvenjuhátt hlutfall aldraðra bjó í heimahúsum á þessu landsvæði. Heilsa og færni eldri borgara á þessu tiltekna svæði hefur hins vegar ekki verið rannsökuð.

Í lögum um málefni aldraðra kemur skýrt fram að það er réttur hvers alraðs einstaklings að búa í heimahúsum og fá tilhlýðilega heilbrigðis- og félagsþjónustu (Lög um málefni

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Nýjungar: Upplýsingar um daglegar athafnir og félagslega þátttöku eldri borgara á sunnanverðum Vestfjörðum og þá þætti sem takmarka þátttöku þeirra.

Hagnýting: Niðurstöðurnar gefa vísbendingu um að hvaða einstaklings- og umhverfisþáttum skuli beina þjónustunni í þeim tilgangi að bæta líf eldri einstaklinga á svæðinu.

Þekking: Rannsóknir hafa í takmörkuðum mæli beinst að sambandinu á milli athafna og þátttöku eldri borgara og búsetu þeirra á strjálbýlum svæðum.

Áhrif á störf hjúkunarfræðinga: Niðurstöðurnar gætu hvatt heilbrigðisstarfsmenn, svo sem hjúkunarfræðinga, til að beina athyglinni meira að hinu flókna samspili sem á sér stað milli líkamlegrar getu eldri einstaklinga og umhverfisins.

aldraðra nr.125/1999). Til að geta boðið upp á lögboðna og viðeigandi öldrunarþjónustu þurfa þeir sem skipuleggja og veita hana að hafa greinargóðar upplýsingar um færni, fötlun og heilsufar eldri borgara á hverjum tíma. Ein leiðin að slíkum veruleika er að rannsakendur á sviði öldrunar og forsvarsmenn í heilbrigðisþjónustu vinni saman að því að undirbúa þjóðfélagið fyrir fyrirséða fjölgun í elstu aldurshópnum með því að greina, fylgjast með og nýta upplýsingar um faraldursfræði fötlunar meðal eldri borgara í ólíkum byggðum landsins.

Færni, fötlun og heilsa eru flókin hugtök sem erfitt getur verið að mæla. Þessi þrjú hugtök mynda kjarnann í hugmyndafræði flokkunarkerfisins „*International Classification of Functioning, Disability and Health*“, eða ICF, (World Health Organization [WHO], 2001) sem tengist flokkunarkerfinu ICD-10 fyrir sjúkdóma og aðra heilsufarsvanda (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 1996). Samkvæmt ICF ráðast færni og fötlun aldraðs manns af samspilinu milli heilsufars hans og aðstæðna en aðstæður eru ýmist umhverfis- eða einstaklingsbundnar (WHO, 2001; Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin o.fl., 2015). Færni og fötlun birtast meðal annars í athöfnum og þátttöku fólks en þessi hugtök hafa sterka tengingu við sjálfsbjargargetu og almenna líðan fólks á efri árum. Í ICF er athöfn skilgreind sem verk sem einstaklingur innir af hendi og þátttaka skilgreind sem félagsleg aðild einstaklings að daglegu lífi (WHO, 2001; Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin o.fl., 2015).

Tilgangur þessa verkefnis var að rannsaka athafnir og þátttöku í daglegu lífi meðal eldri borgara sem búa í heimahúsum á sunnanverðum Vestfjörðum. Leitað var svara við eftirfarandi rannsóknarspurningum: (1) Hversu erfitt eiga eldri borgarar með margbreytilegar athafnir sem reyna á líkamlega getu? (2) Hversu oft taka eldri borgarar þátt í einstaklingsbundnum og félagslegum athöfnum? (3) Hversu takmarkaðir eru möguleikar eldri borgara á að taka þátt í einstaklingsbundnum og félagslegum athöfnum?

Aðferð

Rannsóknarsvæði

Rannsóknin fór fram á sunnanverðum Vestfjörðum sem ná yfir tvö sveitarfélög á rúmlega 1500 ferkílómetra svæði. Þorpin Patreksfjörður og Bildudalur tilheyra Vesturbyggð og það gera einnig sveitirnar á Barðaströnd. Í Tálknafjarðarhreppi er þorpið Tálknafjörður og sveitirnar þar í kring (mynd 1).

Þátttakendur

Í þýði rannsóknarinnar voru allir íbúar svæðisins sem bjuggu í heimahúsum og höfðu náð 65 ára aldri, en þegar gögnum var safnað árið 2013 voru þeir 13,6% af heildaríbúafjöldanum, eða 161. Einföld greining á tölfræðilegu afli (e. power analysis) með forritinu G*Power 3 sýndi að það þurfti 128 þátttakendur til að ná miðlungsáhrifastærð (Cohens $d = 0,5$) (Faul o.fl., 2007). Útreikningarnir byggðust á óháðu t -prófi, $(1 - \beta) = 0,80$, $\alpha = 0,05$ og tvíhliðaprófi. Reiknað var með 80% þátttökuhlutfalli og því var úrtakið skilgreint sem allt þýðið.



Mynd 1. Kort af rannsóknarsvæðinu, sunnanverðum Vestfjörðum (birt með leyfi frá Landmælingum Íslands).

Siðfræði

Rannsóknin var samþykkt af Siðanefnd Sjúkrahússins á Akureyri (nr. 1/2013). Nöfn, heimilisföng og kennitölur voru fengnar hjá Þjóðskrá og væntanlegum þátttakendum send upplýsingabréf um rannsóknina og þeim boðin þátttaka. Bréfunum var síðan fylgt eftir með símtali til að kanna hug fólks til þátttöku. Ekki náðist í sjö manns, aðrir sjö voru fjarverandi á rannsóknartímabilinu og 15 afþökkuðu þátttöku. Alls urðu það því 129 manns sem tóku þátt í rannsókninni, eða 80,1% af upphaflegu úrtaki (þýðinu öllu).

Mælitæki

Tvö stöðluð mælitæki, *Efri árin, mat á færni og fötlun* (e. Late Life Function and Disability Instrument), eða LLFDI, (Jette o.fl., 2002a) og *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein o.fl., 1975) voru notuð til að afla gagna auk sérútbúins lista fyrir bakgrunnsupplýsingar. Rannsakandi hitti alla þátttakendur á heimilum þeirra þar sem gögnunum var safnað með samtölum. Í upphafi heimsóknar var gengið frá siðfræðilegum atriðum sem fólu í sér nákvæma útskýringu á framkvæmd rannsóknarinnar og undirritun upplýsts samþykkis. Því næst var safnað viðeigandi bakgrunnsupplýsingum og MMSE og LLFDI lögð fyrir. Í lokin voru þeir þátttakendur, sem töldu möguleika sína á þátttöku vera töluvert, mjög eða algjörlega takmarkaða, beðnir um að tilgreina hvaða umhverfisþættir og einstaklingsbundnu þættir hindruðu þátttöku (til dæmis heilsufar, andleg eða líkamleg orka, fjarlægðir milli staða, aðgengi, fjárhagur eða félagslegar aðstæður). Heimsóknin tók að meðaltali einn klukkutíma á hvern þátttakanda (0,5–2,5 klst. á þátttakanda) og gagnasöfnunartímabilið spannaði 6 mánuði í allt.

LLFDI (Jette o.fl., 2002a) er staðlað mælitæki sem er ætlað til að nota með einstaklingum 60 ára og eldri. Það er samið eftir hugmyndafræði Nagi en niðurstöður þess má auðveldlega túlka í ljósi hugtaka ICF. Mælitækið er til í íslenskri þýðingu og hefur verið notað í rannsóknum á högum aldraðra hér á landi (Árnadóttir, 2010). Það er lagt fyrir með viðtali þar sem fylgja þarf

stöðluðum framgangsmáta sem er ítarlega lýst í handbók (Jette o.fl., 2002a).

LLFDI mælitækið inniheldur 64 atriði alls og gefur af sér 10 mælikvarða, fjóra sem lýsa athöfnum (athafnahluti LLFDI) og sex sem lýsa þátttöku (þátttökuhluti LLFDI).

Athafnahluti LLFDI inniheldur 32 atriði þar sem viðmælandi metur hversu erfitt hann á með að framkvæma hjálparlaust daglegar athafnir sem reyna á líkamlegt atgervi. Svör við þessum hluta gefa stig á heildarmælikvarða sem kallast „Erfiðleikar við athafnir — heild“. Þessum stigum er síðan deilt á þrjá mælikvarða. Þeir eru: „Erfiðleikar við athafnir sem reyna á efri útlími“ (svo sem að skrúfa lok af krukku), „Erfiðleikar við athafnir sem reyna á neðri útlími“ (svo sem að fara inn og út úr bíl) og „Erfiðleikar við athafnir sem reyna mikið á neðri útlími“ (til dæmis að standa upp af gólf). Fyrir þá sem nota göngu-hjálpartæki að staðaldri er hægt að velja hvort þeir svara miðað við að þeir noti hjálpartækið eða ekki (Haley o.fl., 2002). Í þessari rannsókn voru þátttakendur beðnir um að svara spurningunum miðað við að þeir væru með þau hjálpartæki sem þeir nota venjulega.

Þátttökuhluti LLFDI greinist í tvo heildarmælikvarða sem kallast „Tíðni þátttöku — heild“ og „Takmörkun á þátttöku — heild“ og hvor um sig inniheldur 16 atriði. Fyrir „Tíðni þátttöku — heild“ metur viðmælandinn hversu oft hann tekur þátt í ákveðnum athöfnum (svo sem heimilishaldi eða skipulögðu félagsstarfi). Svör um tíðni þátttöku deilast síðan á aðra tvo mælikvarða, „Tíðni samskipta við aðra“ og „Tíðni eigin umsjár“. Fyrir „Takmörkun á þátttöku — heild“ metur viðmælandinn að hvaða marki hann álitur þátttöku sína í þessum athöfnum takmarkaða vegna persónulegra eða utanaðkomandi hindrana. Þegar um slíkar hindranir er að ræða er viðmælandinn beðinn um að tilgreina þær. Svör um takmörkun á þátttöku deilast síðan á aðra tvo mælikvarða, „Takmörkun á virkni“ og „Takmörkun á stjórn á eigin lífi“ (Jette o.fl., 2002b).

Öll atriðin í LLFDI eru metin á fimm þrepa raðkvarða. Gildið 5 stendur fyrir minnstu erfiðleika við athafnir, hæstu tíðni þátttöku og minnstu takmörkun á þátttöku og gildið einn fyrir mestu erfiðleika, lægstu tíðni og mestu takmörkun. Reiknuð er samtala (e. raw score) fyrir hvern mælikvarða og henni umbreytt í mælitölu (e. scaled score), þ.e. tölugildi með jöfnum bilum frá 0–100, samkvæmt töflu í handbók mælitækisins (Jette o.fl., 2002a). Taflan byggist á Rasch-greiningu á niðurstöðum úr rannsóknunum sem gerðar voru í stöðlunarferli mælitækisins (Haley o.fl., 2002; Jette o.fl., 2002b).

Rannsóknir á LLFDI hafa leitt í ljós vel viðunandi áreiðanleika og réttmæti og að gólf- og rjáfuráhrifa gætir í takmörkuðum mæli. Rannsóknir á áreiðanleika hafa sýnt innanflokksstuðul (e. coefficient alpha) á bilinu 0,91–0,98 fyrir athafnahlutann (Haley o.fl., 2002) og 0,68–0,82 fyrir þátttökuhlutann (Jette o.fl., 2002b). Niðurstöður þáttgreiningar og Rasch-greiningar renna stöðum undir réttmæti mælitækisins (Jette o.fl., 2002a; Haley o.fl., 2002; Jette o.fl., 2002b). Að auki hafa fjölmargar rannsóknir stutt við hugsmíða (e. construct) réttmæti og sýnt fram á næmi LLFDI til að mæla breytingar (e. sensitivity to change) í hópi eldri borgara almennt og afmarkaðra hópa með ákveðna sjúkdóma (Beauchamp o.fl., 2016).

Úrvinnsla

Forritið SPSS 22.0 var notað við tölfræðilega úrvinnslu. Með lýsandi greiningu fengust upplýsingar um miðsækni, dreifingu, tíðni og hlutföll fyrir hópinn í heild, karla og konur og yngri (65–74 ára) og eldri (75–91 árs) aldurshópa. *T*-próf óháðra úrtaka voru notað til að greina marktækan mun milli hópa á samfelldum breytum sem uppfylltu skilyrði um normaldreifingu og jafna dreifni (allir mælikvarðar LLFDI, vitræn geta, aldur og menntunarstig í árum). Kí-kvaðrat próf var notað við greiningu á tvíkosta bakgrunnsbreytum og *Mann-Whitney U* próf fyrir sjálfsmat á heilsu. Miðað var við marktæktarmörkin $p < 0,05$ og ekki var leiðrétt fyrir endurteknar prófanir. Þeir 79 þátttakendur sem sögðu þátttöku sína vera takmarkaða voru beðnir um að nefna þær hindranir sem takmörkuðu þátttöku þeirra. Þessi svör þátttakenda voru sett upp í tíðnitöflu og flokkuð í heilsufar og líkamlega og andlega starfsemi, umhverfisþætti og einstaklingsbundna þætti, með hliðsjón af flokkunarkerfi ICF (WHO, 2001).

Niðurstöður

Bakgrunnsupplýsingar

Þátttakendurnir 129 voru á aldrinum 65 til 91 árs og íslenska var móðurmál þeirra allra. Kynjahlutfallið var nokkuð jafnt, 52,7% konur ($n=68$) og 47,3% karlar ($n=61$). Tafla 1 sýnir bakgrunnsupplýsingar um þátttakendur greindar eftir kyni og aldurshópum. Karlarnir óku frekar bíl en konurnar, voru frekar í hjónabandi eða sambúð og bjuggu síður einir. Konurnar áttu frekar ættingja og vini á svæðinu og þær þáðu frekar óformlega aðstoð en karlarnir. Marktækur munur var á nær öllum bakgrunnsbreytum þegar yngri (65–74 ára) og eldri (75–91 árs) aldurshóparnir voru bornir saman. Þegar rýnt var í niðurstöður MMSE kom í ljós að 94 (72,9%) voru með stig frá 27–30 (af 30), 29 (22,5%) voru með stig frá 22–26 og sex (4,7%) voru með stig frá 17–20.

Athafnir og þátttaka (LLFDI)

Tafla 2 sýnir allar niðurstöður úr mælitækinu LLFDI og greiningu þeirra eftir kyni og aldri. Niðurstöðurnar sýna að á mælikvörðunum fyrir erfiðleika við athafnir voru lægstu mælitölurnar (mestu erfiðleikarnir) fyrir athafnir sem reyna mikið á neðri útlími. Að jafnaði áttu þátttakendur síst í erfiðleikum (hæstu mælitölurnar) með athafnir sem reyna á efri útlími. Meðaltal mælitölunnar fyrir „Tíðni þátttöku“ var frekar lágt ($M=50,6$) og mun lægra en fyrir „Takmörkun á þátttöku“ ($M=73,6$). Greining á LLFDI niðurstöðum eftir kyni sýndi að í heildina voru karlar með hærri mælitölu fyrir athafnir sem reyna á líkamlega getu og byggði það á hærri útkomu fyrir bæði „Erfiðleika við athafnir sem reyna á efri útlími“ og „Erfiðleika við athafnir sem reyna mikið á neðri útlími“. Þrátt fyrir meiri erfiðleika kvennanna við athafnir þá mátu þær sig hærra á kvarðanum „Tíðni þátttöku“ og byggði það sérstaklega á tíðum samskiptum þeirra við aðra. Ekki greindist kynjamunur á „Takmörkun á þátttöku“. Greining á LLFDI niðurstöðum eftir aldurshópum sýndi að yngri aldurshópurinn (65–74 ára) var með

Tafla 1. Bakgrunnsupplýsingar um þátttakendur greindar eftir kyni og aldri

Bakgrunnsbreytur	Allir N=129	Konur n=68	Karlar n=61	p-gildi*	65-74 ára n=62	75-91 árs n=67	p-gildi*
Aldur, $M \pm SF$ (lægsta-hæsta)	75,1 \pm 7,0 (65-91)	75,7 \pm 7,0 (65-91)	74,4 \pm 7,0 (65-88)	0,281			
75 ára eða eldri, n (%)	67 (52)	39 (57)	28 (46)	0,194			
Býr í þorpi (en ekki sveit), n (%)	104 (81)	56 (82)	48 (79)	0,599	51 (82)	53 (79)	0,651
Fjöldi ára í skóla, $M \pm SF$ (lægsta-hæsta)	8,2 \pm 3,4 (2-18)	7,8 \pm 2,9 (2-17)	8,6 \pm 3,8 (2-18)	0,217	9,7 \pm 3,6 (4-18)	6,7 \pm 2,4 (2-14)	<0,001
Á vinnumarkaði, n (%)	49 (38)	21(31)	28 (46)	0,079	42 (68)	7 (10)	<0,001
Ekur bíl, n (%)	103 (80)	48 (71)	55 (90)	0,006	58 (94)	45 (67)	<0,001
Í hjónabandi eða sambúð, n (%)	77 (60)	32 (47)	45 (74)	0,002	48 (77)	29 (43)	<0,001
Býr ein(n), n (%)	41 (32)	28 (41)	13 (21)	0,016	10 (16)	31 (46)	<0,001
Að minnsta kosti eitt barn á svæðinu, n (%)	94 (78)	53 (79)	41 (67)	0,128	42 (68)	52 (78)	0,157
Ættingjar og vinir á svæðinu, n (%)	122 (95)	66 (98)	56 (92)	0,018	57 (92)	65 (97)	0,019
Heimilishjálp frá sveitarfélagi, n (%)	31 (24)	19 (28)	12 (20)	0,272	3 (5)	28 (42)	<0,001
Óformleg aðstoð eða umönnun, n (%)	58 (45)	38 (56)	20 (33)	0,011	20 (32)	38 (57)	0,004
Notar gönguhjálpartæki, n (%)	37 (29)	16 (24)	21 (34)	0,189	8 (13)	29 (43)	<0,001
Er með a.m.k. einn langvinnan sjúkdóm, n (%)	91 (71)	48 (72)	43 (71)	0,886	39 (63)	52 (78)	0,048
Vitræn færni, MMSE**, $M \pm SF$ (lægsta-hæsta)	27,2 \pm 2,7 (17-30)	27,4 \pm 2,8 (17-30)	27,0 \pm 2,6 (19-30)	0,425	28,1 \pm 2,3 (19-30)	26,4 \pm 2,8 (17-30)	<0,001
Mat á eigin heilsu, n (%)				0,844			0,038
Mjög góð	26 (20)	14 (21)	12 (20)		18 (29)	8 (12)	
Góð	54 (42)	27 (40)	27 (44)		24 (39)	30 (45)	
Miðlungs	37 (29)	21 (31)	16 (26)		16 (26)	21 (31)	
Slæm	10 (8)	4 (6)	6 (10)		2 (3)	8 (12)	
Mjög slæm	2 (2)	2 (3)	0 (0)		2 (3)	0 (0)	

* Munur telst marktækur ef p -gildi < 0,05

** MMSE = Mini-Mental State Examination, tölugildi frá 0-30, hærra gildi tákna meiri vitræna færni. Ath. Við fimm spurningum vantaði svör frá einum eða tveimur þátttakendum. Prósentuútreikningar byggjast á fjölda þeirra sem svöruðu hverri spurningu.

Tafla 2. Niðurstöður fyrir athafnir og þátttöku greindar eftir kyni og aldri

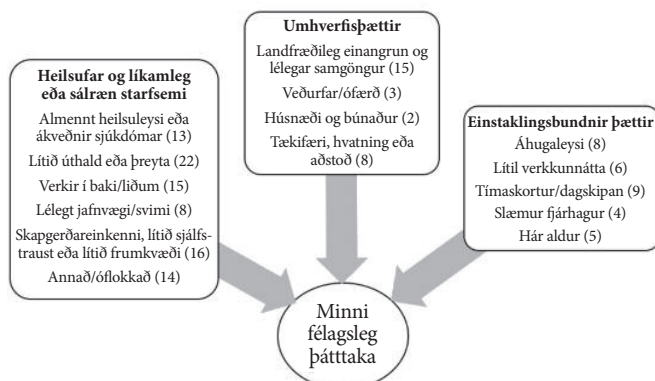
Mælikvarði* $M \pm SF$ (lægsta-hæsta)	Allir N=129	Konur n=68	Karlar n=61	p-gildi**	65-74 ára n=62	75-91 árs n=67	p-gildi**
Erfiðleikar við athafnir — heild	64,5 \pm 13,6 (36,9-100)	61,3 \pm 11,7 (36,9-81,7)	68,0 \pm 14,8 (41,3-100)	0,005	72,2 \pm 12,2 (47,3-100)	57,4 \pm 10,6 (36,9-90,3)	<0,001
— Erfiðleikar við athafnir sem reyna á efri útlimi	83,5 \pm 15,4 (41-100)	77,7 \pm 15,1 (41-100)	89,9 \pm 13,2 (47,7-100)	<0,001	89,7 \pm 12,0 (59,2-100)	77,7 \pm 16,1 (41-100)	<0,001
— Erfiðleikar við athafnir sem reyna á neðri útlimi	75,6 \pm 16,7 (42,2-100)	73,6 \pm 17,1 (42,2-100)	77,8 \pm 16,1 (51,8-100)	0,147	84,2 \pm 15,3 (55,5-100)	67,5 \pm 13,8 (42,2-100)	<0,001
— Erfiðleikar við athafnir sem reyna mikið á neðri útlimi	56,8 \pm 19,4 (11,4-100)	52,9 \pm 17,6 (11,4-88,6)	61,0 \pm 20,5 (27,5-100)	0,018	67,5 \pm 16,6 (27,7-100)	47,0 \pm 16,5 (11,35-100)	<0,001
Tíðni þátttöku – heild	50,6 \pm 5,3 (37,4-70,6)	51,9 \pm 5,0 (43,2-70,6)	49,2 \pm 5,4 (37,4-59)	0,003	52,0 \pm 5,3 (37,4-63,6)	49,3 \pm 5,0 (38,1-70,6)	0,005
— Tíðni samskipta við aðra	45,4 \pm 6,9 (23,8-70,3)	46,7 \pm 6,3 (30,1-64,7)	44,0 \pm 7,2 (23,8-70,3)	0,027	47,7 \pm 7,0 (33,3-70,3)	43,3 \pm 6,0 (23,8-54,9)	<0,001
— Tíðni eigin umsjár	60,7 \pm 14,4 (37,5-100)	62,8 \pm 13,7 (37,5-100)	58,2 \pm 15,0 (38,9-100)	0,069	61,2 \pm 13,8 (40,3-100)	60,2 \pm 15,1 (40,3-100)	0,700
Takmörkun á þátttöku – heild	73,6 \pm 13,7 (44,9-100)	71,8 \pm 14,6 (44,9-100)	75,6 \pm 13,7 (47,9-100)	0,117	78,8 \pm 12,6 (53,7-100)	68,8 \pm 13,0 (44,9-100)	<0,001
— Takmörkun á virkni	73,0 \pm 14,8 (39,8-100)	70,8 \pm 14,6 (39,8-100)	75,5 \pm 14,7 (43,4-100)	0,069	78,6 \pm 13,4 (44,5-100)	67,8 \pm 14,2 (39,8-100)	<0,001
— Takmörkun á stjórn á eigin lífi	89,3 \pm 11,8 (56-100)	89,6 \pm 12,0 (60,1-100)	89,0 \pm 11,7 (56-100)	0,780	93,0 \pm 9,2 (67,5-100)	86,0 \pm 12,9 (56-100)	0,001

* Allir mælikvarðar (og breytur) fyrir athafnir og þátttöku byggjast á mælitækinu Efri árin, mat á færni og fötlun (Late-life function and disability instrument). Mælitölur geta spannað bilið frá 0 til 100 og hærra tala tákna minni erfiðleika við athafnir, tíðari þátttöku og minni takmörkun á þátttöku.

** Munur telst marktækur ef p -gildi < 0,05.

hærrí mælitölur en sá eldri (75–91 árs) á öllum mælikvörðum athafna og þátttöku nema „Tíðni eigin umsjár“, en þar stóðu þeir eldri jafnfætis þeim yngri.

Meirihluti þátttakenda ($n=79$; 61,2%) tilgreindi að minnsta kosti eitt atriði þar sem þátttaka var töluvert, mjög eða algjörlega takmörkuð vegna innri eða ytri hindrana. Þátttakendur í eldri hópnum (75–91 árs) voru frekar en þeir í þeim yngri (65–74 ára) í þessum hópi, eða 71,6% á móti 50% ($p=0,012$). Hlutfall kvenna (60,3%) og karla (62,3%) var hins vegar sambærilegt ($p=0,816$). Hindranirnar voru margvíslegar og tengdust heilsufari þátttakenda (t.d. gigtsjúkdómar) og skertri líkamsstarfsemi (t.d. þreyta). Auk þess voru nefnd dæmi um félagslegt (t.d. skortur á aðstoð) og efnislegt (t.d. landfræðileg einangrun) umhverfi og einstaklingsbundna þætti eins og áhugaleysi. Mynd 2 sýnir helstu flokka hindrana, en sumar hindranir var ekki unnt að flokka þar sem lýsing þátttakenda á þeim var ónákvæm, svo sem „slæmska í öxlum“, „lappalaus“ eða „ónýtar hendur“.



Mynd 2. Algengustu hindranir á þátttöku. Tölur í svigum tákna fjölda þátttakenda sem tilgreindu hindrun í viðkomandi flokki.

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar staðfesta að með hækkandi aldri eiga eldri borgarar í meiri erfiðleikum með ýmsar athafnir sem reyna á líkamlega getu. Hærrí aldur tengdist líka minni tíðni á þátttöku og meiri takmörkun á þátttöku, nema við eigin umsjá þar sem ekki greindist munur á þátttöku eftir aldri. Meðaltöl á mælikvörðunum fyrir tíðni þátttöku voru að jafnaði frekar lág en ljóst er að þátttakendur tengdu þetta ekki beint við takmörkun á þátttöku þar sem mælitölurnar á þeim mælikvörðum öllum voru mun hærri. Konur reyndust eiga erfiðara en karlar með athafnir sem reyna á líkamlega getu en höfðu hins vegar tíðari samskipti við aðra. Auk þessara niðurstaðna varpar rannsóknin ljósi á þær margvíslegu hindranir sem eldri borgarar þurfa að yfirstiga til að eiga möguleika á þátttöku í samfélaginu og spjara sig á eigin spýtur. Þessar hindranir tengjast heilsufari og líkamsstarfsemi, félagslegu og efnislegu umhverfi og einstaklingsbundnum þáttum.

Við túlkun á niðurstöðum rannsóknarinnar er mikilvægt að hafa eftirfarandi takmarkanir hennar og kosti í huga. Rannsóknarsvæðið afmarkaðist við sunnanverða Vestfirði og það

hefur áhrif á alhæfingargildi niðurstaðna. Þó má leiða að því líkum að önnur dreifbýl svæði á Íslandi geti dregið af þeim lærdóm. Úrtakið var lítið og það dró úr möguleikum á frekari greiningu gagnanna. Niðurstöðurnar sýna meðaltöl fyrir svæðið í heild, en aldursdreifing íbúa og þjónustumöguleikar eru mismunandi eftir því hvort um er að ræða þorp eða sveitir. Smæð úrtaksins og það að rannsóknin var á afmörkuðu landsvæði gerði hins vegar rannsakanda kleift að heimsækja alla þátttakendur og afla gagna með viðtölum og því þurfti ekki að útiloka neina vegna skertrar heyrnar eða sjónar eða erfiðleika við að skrifa. Þátttökuhlutfallið var einnig gott eða riflega 80%. Hlutfall einstaklinga 65 ára og eldri á rannsóknarsvæðinu var einungis tæplega prósentustigi hærra en á landinu öllu árið 2013 og kynjahlutfallið var sambærilegt. Spurningalistar voru notaðir við gagnaöflun en þegar þannig háttar til er alltaf hætta á að þátttakendur ofmeti eða vanmeti getu sína og þátttöku. Hins vegar eru spurningalistar hagkvæm leið til að afla upplýsinga um daglegar athafnir og þátttöku.

Niðurstöður úr bæði athafnahluta og þátttökuhluta LLFDI birtast í mælitölu, eða í fjölda stiga frá 0–100. Engin staðal- (e. standard scores) eða markgildi (e. criterion scores) eru til fyrir þennan aldurshóp og því eingöngu hægt að bera saman niðurstöður á milli hópa í rannsókninni eða við niðurstöður annarra rannsókna þar sem LLFDI hefur verið notað. Annars vegar lýstu þátttakendur í rannsókninni svipuðum erfiðleikum við athafnir sem reyna á efri útlími ($M=83,5$), neðri útlími ($M=75,6$) og mikið á neðri útlími ($M=56,8$) eins og norðlenskir jafnaldrar þeirra ($M=86$, $M=76$ og $M=56$; í réttri röð) (Arnadóttir o.fl., 2011). Hins vegar lýstu þátttakendur í rannsókninni minni heildarerfiðleikum við athafnir ($M=64,5$) en sænskir jafnaldrar þeirra ($M=58$) (Roaldsen o.fl., 2014). Mælitala þátttakenda fyrir erfiðleika við athafnir var hæst fyrir athafnir sem reyna á efri útlími og lægst fyrir athafnir sem reyna mikið á neðri útlími sem er í samræmi við aðrar öldrunarrannsóknir (Roaldsen o.fl., 2014; Zunzunegui o.fl., 2015).

Á heildina lítið áttu konur erfiðara með athafnir en karlar og þetta gildi einnig um alla undirflokkana athafna nema þær sem reyna á neðri útlími, eins og að ganga stiga og standa upp úr sófa. Þessi munur á líkamlegri getu eldri karla og kvenna er þekktur um allan heim og hefur skýringa meðal annars verið leitað í líffræðilegum mun, kynbundnum lífsstíl og mismunandi hlutverkum kynjanna á lífsleiðinni (Zunzunegui o.fl., 2015). Sambærilegur kynjamunur hefur komið fram í öðrum rannsóknum á eldri Íslendingum (Arnadóttir o.fl., 2011; Hlíf Guðmundsdóttir o.fl., 2004) og niðurstöðurnar eru jafnframt í takt við erlendar rannsóknir sem sýna vaxandi erfiðleika við athafnir með hækkandi aldri (He og Larsen, 2014; Jindai o.fl., 2016). Þessara aldurstengdu áhrifa á færni gætir mest hjá fólki um eða yfir áttætt en eldri aldurshópurinn í þessari rannsókn var á bilinu 75–91 árs.

Eldri íbúar á sunnanverðum Vestfjörðum tóku örlítið oftar þátt í einstaklingsbundnum og félagslegum athöfnum ($M=50,6$) en jafnaldrar þeirra á Norðurlandi ($M=48$) en töldu samt frekar þátttöku sína vera takmarkaða ($M=73,6$, $M=79$) (Arnadóttir o.fl., 2011). Í þessum tveimur íslensku rannsóknum er áhuga-vert að sjá sömu tilhneingingu, það er að þrátt fyrir frekar lág

meðaltöl fyrir tíðni þátttöku þá telja eldri borgarar þátttöku sína ekki vera verulega takmarkaða. Ef til vill hentar meiri þátttaka þeim ekki þrátt fyrir að möguleikarnir séu fyrir hendi. Þessar niðurstöður eru ólíkar erlendum rannsóknum sem hafa sýnt að aldraðir með skerta færni telja gjarnan að hindranir í umhverfi þeirra séu meginástæðan fyrir lítilli þátttöku (Keysor o.fl., 2010; White o.fl., 2010). Hæsta mælitalan á LLFDI var á kvarðanum „takmörkun á stjórn á eigin lífi“ (lítill takmörkun) og sú lægsta á kvarðanum „Tíðni samskipta við aðra“. Ef til vill má túlka þetta svo að þrátt fyrir landfræðilega einangrun, versnandi heilsufar og skerta líkamsstarfsemi telji eldri borgarar á sunnanverðum Vestfjörðum sig almennt vera við stjórnvöllinn í sínu lífi og eiga möguleika á að vera virkir þó þeir velji að halda sig til hlés. Þarna hafði þó aldurinn áhrif því fólk í eldri hópnum upplifði meiri takmörkun en sá yngri og tók sjaldnar þátt. Þetta gæti tengst því að stór hluti yngri hópsins var enn þá útívinandi, en þeir sem eru í launaðri vinnu eru gjarnan virkari í félagslegum athöfnum en aðrir (Hsu, 2007). Þátttaka á vinnumarkaði útskýrir samt ekki tíðari heildarþátttöku kvenna en karla, en þar munar mest um samskipti kvenanna við aðra. Ekki var munur eftir aldurshópum á tíðni eigin umsjár en það getur ef til vill útskýrst af því að slík þátttaka fer fyrst og fremst fram inni á heimilinu (Haak o.fl., 2007). Niðurstöður Desrosiers (2005) bentu reyndar til hins gagnstæða, en þegar aldurinn færðist yfir hafði mest dregið úr getu hinna öldruðu til að sinna sjálfum sér og eigin húsnæði.

Í rannsókn innan OECD-ríkjanna kemur fram að Íslendingar lifa lengst þeirra þjóða án fötlunar eftir 65 ár, eða í 15 ár, en það þýðir að um áttætt fer verulega að halla undan fæti (OECD, 2015). Í sömu rannsókn er því spáð að árið 2050 verði 8% íslensku þjóðarinnar 80 ára og eldri. Með auknum fjölda aldraðra, eykst þörfin á að rannsaka hagi eldri borgara og skipuleggja öldrunarþjónustu framtíðarinnar með það að markmiði að lengri æfi einkennist ekki af heilsuþrengingum og takmörkunum á athöfnum og þátttöku. Í þessu samhengi hljóta forvarnir meðal aldraðra að verða mikilvægari með hverju árinu sem líður (OECD, 2015). Eitt af markmiðum velferðaráðuneytisins er að 80% þeirra sem eru 80 ára og eldri búi heima. Það kallar á aukna þjónustu í heimahúsum og þar eru aldraðir á landsbyggðinni í sérstakri stöðu, einkum á strjálbýlum svæðum þar sem samgöngur eru erfiðar. Takmarkaðar upplýsingar eru til um athafnir og þátttöku aldraðra eftir búsetu og því eru niðurstöður þessarar rannsóknar mikilvægt innlegg í öldrunarrannsóknir í dreifðum byggðum. Sambærilegar rannsóknir á öðrum svæðum landsins geta gefið fræðimönnum og þeim sem sjá um öldrunarþjónustu mikilvægar upplýsingar sem nýta má til að efla færni og heilsu eldri borgara.

Þakkir

Þakkir fá vísindasjóður félags sjúkraþjálfara og Bygðastofnun fyrir veittan fjárstuðning við gerð rannsóknarinnar. Einnig ber að þakka fjárhagslegan stuðning frá bæjarráði Vesturbyggðar og sveitarstjórn Tálknafjarðarhrepps. Þakkir fá allir þeir sem tóku þátt í rannsókninni fyrir að gefa sér tíma í þetta þarfa verkefni.

Heimildir

- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (1996). *Alþjóðleg tölfraeðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála: ICD 10* (ritstjóri Magnús Snædal). Reykjavík: Orðabókasjóður læknafélaganna.
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, Háskólinn á Akureyri og Embætti landlæknis (2015). *ICF: Alþjóðlegt flokkunarkerfi um færni, fötlun og heilsu. Stutt útgáfa*. Reykjavík: Embætti landlæknis.
- Arnadóttir, S.A., Gunnarsdóttir, E.D., Stenlund, H., og Lundin-Olsson, L. (2011). Participation frequency and perceived participation restrictions at older age: Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. *Disability and Rehabilitation*, 33 (22–23), 2208–2216.
- Arnadóttir, S.Á. (2010). *Physical activity, participation and self-rated health among older community-dwelling Icelanders*. Doktorsritgerð: Háskólinn í Umeå, Svíþjóð.
- Beauchamp, M.K., Jette, A.M., Ni, P., Latham, N.K., Ward, R.E., Kurlinski, L.A., ... Bean, J.F. (2016). Leg and trunk impairments predict participation in life roles in older adults: Results from Boston RISE. *Journals of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(5), 663–669. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/glv157>.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., og Vaupel, J.W. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *Lancet*, 374(9696), 1196–1208. DOI: [doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4).
- Desrosiers, J. (2005). Participation and occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(4), 195–203.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., og Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., og McHugh, P.R. (1975). “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.
- Goodman, R.A., Ling, S.M., Briss, P.A., Parrish, R.G., Salive, M.E., og Finke, B.S. (2016). Multimorbidity patterns in the United States: Implications for research and clinical practice. *Journals of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(2), 215–220. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/glv199>.
- Haak, M., Ivanoff, S.D., Fänge, A., Sixsmith, J., og Iwarsson, S. (2007). Home as the locus and origin for participation: Experiences among very old Swedish people. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27(3), 95–103.
- Hagstofa Íslands (e.d.). Mannfjöldaspá. Sótt á <https://hagstofa.is/talnaefni/ibuar/mannfjoldaspa/mannfjoldaspa/>.
- Haley, S.M., Jette, A.M., Coster, W.J., Kooyoomjian, J.T., Levenson, S., Heeren, T., og Ashba, J. (2002). Late life function and disability instrument: II. Development and evaluation of the function component. *Journals of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(4), M217–M222. DOI: doi.org/10.1093/gerona/57.4.M217.
- He, W., og Larsen, L.J. (2014). *Older Americans with a disability: 2008–2012*. Sótt á <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2014/acs/acs-29.pdf>.
- Hlíf Guðmundsdóttir, Kristín Björnsdóttir og Ragnar F. Ólafsson (2004). Líkamleg færni og stuðningur frá formlegum og óformlegum stuðningsaðilum hjá 90 ára og eldri á Íslandi. *Öldrun*, 22(2), 10–15.
- Hsu, H.C. (2007). Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment? *Aging and Mental Health*, 11(6), 699–707. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607860701366335>.
- Jette, A.M., Haley, S.M., og Kooyoomjian, J.T. (2002a). *Late-Life FDI Manual*. Boston, Massachusetts, Bandaríkjunum: Boston University.
- Jette, A.M., Haley, S.M., Coster, W.J., Kooyoomjian, J.T., Levenson, S., Heeren, T., og Ashba, J. (2002b). Late life function and disability instrument: I. Development and evaluation of the disability component. *Journals of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(4), M209–M216. DOI: doi.org/10.1093/gerona/57.4.M209.
- Jindai, K., Nielson, C.M., Vorderstrasse, B.A., og Quinones, A.R. (2016). Multimorbidity and functional limitations among adults 65 or older,

- NHANES 2005–2012. *Preventing Chronic Disease*, 13, 160174–160181. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.160174>.
- Keysor, J.J., Jette, A.M., LaValley, M.P., Lewis, C.E., Torner, J.C., Nevitt, M.C., og Felson, D.T. (2010). Community environmental factors are associated with disability in older adults with functional limitations: The MOST study. *Journals of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences*, 65(4), 393–399. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/glp182>. *Lög um málefni aldraðra* nr. 125/1999.
- OECD (2015). *Health at a glance 2015: OECD indicators*. Sótt á http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oced/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page0.
- Roaldsen, K.S., Halvarsson, A., Sarlija, B., Franzen, E., og Ståhle, A. (2014). Self-reported function and disability in late life: Cross-cultural adaptation and validation of the Swedish version of the late-life function and disability instrument. *Disability and Rehabilitation*, 36(10), 813–817. DOI: <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.819387>.
- White, D., Keysor, J., Lavalley, M., Lewis, C., Torner, J., Nevitt, M., og Felson, D.T. (2010). Clinically important improvement in function is common in people with or at high risk of knee OA: The MOST study. *Journal of Rheumatology*, 37(6), 1244–1251. DOI: [Doi.org/10.3899/jrheum.090989](https://doi.org/10.3899/jrheum.090989).
- World Health Organization [WHO]. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Genf: World Health Organization.
- Zunzunegui, M.V., Alvarado, B.E., Guerra, R., Gómez, J.F., Ylli, A., Guralnik, J.M., og IMIAS Research Group (2015). The mobility gap between older men and women: The embodiment of gender. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 140–148. DOI: [Doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.005](https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.005).

English Summary

Brynjólfssdóttir, M., Palmadóttir, G., Arnadóttir, S.A.

Activities and Participation among older Adults: Population based Study on 65–91 Years Residents in Southern Westfjords

Aim: The mean life expectancy for Icelanders is steadily growing at the same time as there are increasing demands that older people stay in their own homes. In southern Westfjords, 13.6% of the residents were 65 years or older in the year 2013. The purpose of this study was to investigate daily activities and participation among community-dwelling older people in this area.

Method: A descriptive cross-sectional design was used and the sample consisted of all community-dwelling residents, 65 years or older. Participants were 68 women and 61 men, aged 65–91 years (participation rate=80.1%). Data was collected with the Late Life Function and Disability Instrument where participants self-assessed their difficulties in activities as well as frequency and limitations of participation. The instrument provides interval scale scores (0–100) where a higher score means less difficulties in activities, more frequent participation, and less participation restrictions. Data was analysed by gender and age-groups (65–74 years and 75–91 years) and statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: Overall, men reported less difficulties in activities ($M=68.0$) than women ($M=61.3$), and the same was true for the younger age-group ($M=72.2$) compared to the older ($M=57.4$). Frequency of participation was higher for women ($M=51.9$) than men ($M=49.2$) and also higher for the younger age-group ($M=52.0$) than the older ($M=49.3$). Moreover, the older age-group experienced their participation to be more limited than the older group ($M=68.8$ and $M=78.8$). Participants described variety of barriers that older citizens have to overcome for participation in self-care and social life.

Conclusion: The results provide valuable information on activities and participation of older residents in a rural setting and have practical implications for community services in the research area.

Key-words: Activities of daily living; Aging; Geriatrics; Health; Social participation, Rural.

Correspondent: maggabr@gmail.com