

Dagmar Huld Matthíasdóttir, Sunnuhlíð hjúkrunarheimili
 Ingibjörg Hjaltadóttir, öldrunarsviði Landspítala og hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands
 Rúnar Vilhjálmsson, hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

DÆGRASTYTTING Á ÍSLENSKUM HJÚKRUNARHEIMILUM

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur og markmið rannsóknarinnar var að lýsa virkni til dægrastyttingar hjá heimilismönnum hjúkrunarheimila með tilliti til bakgrunns þeirra og líkamlegrar og andlegrar færni.

Aðferð. Úrtakið (N=1825) voru heimilismenn hjúkrunarheimila á landinu sem voru metnir með RAI-matstækinu haustið 2004. Þetta er þversniðsrannsókn og við gagnavinnslu var notuð bæði lýsandi og skýrandi tölfræði.

Niðurstöður sýndu að 26,1% heimilismanna voru virkir í daglegum athöfnum. Í 45,9% tilvika var meðaltími í virkum athöfnum mikill eða þó nokkur. Eftirlætisvistarvera þegar fólk tekur sér eitthvað fyrir hendur var eigið herbergi en eftirlætistómstundir til dægrastyttingar voru samræður, tónlist og að hlusta á útvarp og horfa á sjónvarp. Í ljós kom að því minni sem geta heimilismanns var til að sinna athöfnum daglegs lífs (ADL) því minni var virkni hans og einnig að því meiri sem vitræn skerðing var því minni var virknin. Tónlistin skar sig úr sem dægrastytting að því leyti að allir kusu hana, burtséð frá ADL-færni eða vitrænni getu.

Ályktanir. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að sá hópur, sem þarf sérstaklega að horfa til varðandi það að auka dægrastyttingu á hjúkrunarheimilum, eru þeir sem eru með mikla vitræna skerðingu og þeir sem þurfa mikla aðstoð við athafnir daglegs lífs (ADL). Hjúkrunarheimili ættu að ýta með markvissum hætti undir að heimilismenn stytta sér stundir og starfsfólk að hvetja til og skipuleggja dægrastyttingu á hjúkrunarheimilum með áherslu á samskipti, samveru og tónlist.

Lykilorð: Virkni, vitræn skerðing, athafnir daglegs lífs, dægrastytting, aldraðir, hjúkrunarheimili.

INNGANGUR

Mikilvægt er að skapa eins innihaldsríkt líf á hjúkrunarheimili og unnt er miðað við heilsufar einstaklinganna og þær aðstæður sem þar eru. Hjúkrunar- og dvalarheimili eru oftast síðustu heimili þeirra sem þar búa og allir þekkja mikilvægi heimilisins sem gríðastaðar sem styrkir andlega líðan einstaklinganna. Innan heimilisins sinnir fólk sínum helstu þörfum ásamt þörfum annarra í fjölskyldunni. Hluti þeirra þarfa er dægrastytting. Fólk velur sér áhugamál sem það vill sinna til að slaka á og láta sér líða vel. Vegna heilsufarsvandamála eða annarra hamlandi þátta, svo sem frá umhverfi, á hinn aldraði oft erfitt með virka þátttöku og það getur síðan komið fram sem skortur á dægrastyttingu. Erfitt getur líka verið að finna dægrastyttingu sem hæfir getu og þörfum íbúa á hjúkrunarheimilum auk þess sem aðstæður stýra því hvað hægt er að bjóða upp á (Rantz og Popejoy, 2001).

Rannsóknir, sem gerðar hafa verið á um þrjátíu ára tímabili, sýna að skjólstæðingar hjúkrunarheimila eru meirihluta af tíma sínum aðgerðalausir, sofa og bíða, og fara frá 56% til 65% af tíma þeirra í þetta aðgerðaleysi (Harper Ice, 2002,

ENGLISH SUMMARY

Matthíasdóttir, D.H., Hjaltadóttir, I., and Vilhjálmsson, R.
 The Icelandic Journal of Nursing (2009). 85 (4), 30–36

RECREATIONAL ACTIVITIES IN NURSING HOMES

Aim. The purpose of this study was to describe the recreational activities of nursing home residents in relation to their background and physical and cognitive abilities.

Method. The sample consisted of Icelandic nursing home residents (N=1825) who were assessed with the RAI instrument in the autumn of 2004. This was a cross-sectional study and descriptive and bivariate statistics were used to analyse the data.

Results. 26.1% of the residents were actively involved in the activities of the nursing home. 45.9% spent high or average time in nursing home activities. The most preferred activity setting was the resident's own room, and the most preferred activities were participating in conversation, listening to radio and music, and watching TV. The results showed that those who needed much help in performing activities of daily living (ADL), and those who were severely cognitively impaired, were less active. Music differed from other activities in that everyone seemed to prefer it regardless of their cognitive impairment, and the help they needed in performing activities of daily living.

Conclusions. The findings indicate that nursing home staff needs to pay special attention to how to increase the activity of those who are severely cognitively impaired and those who need more help with activities of daily living. For this group of residents, the emphasis should be on developing recreational activities that are important to them like social interaction, being together, and music. Nursing homes should offer recreational activities systematically and nursing home staff should encourage and organize such activities.

Keywords: Activity, cognitive impairment, ADL, recreational activities, elderly, nursing home.

Correspondance: dagmar@sunnuhlid.is

og Cohen-Mansfield, Marx og Werner,1992). Það er því mikilvægt að starfsfólk hjúkrunarheimila geri sér grein fyrir mikilvægi dægrastyttingar til lífsánægju og leiti úrræða til að stuðla að aukinni virkni til dægrastyttingar og vellíðanar hjá skjólstæðingum.

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna virkni með tilliti til dægrastyttingar hjá skjólstæðingum hjúkrunarheimila og tengsl virkni við aldur, kyn, fyrri búsetu, ADL-kvarða, vitræna getu og RUG-III-flokkun sem er álagsflokkunarkerfi RAI-

Ritrynd fræðigreina

gagnasafnins sem notað er við þessa rannsókn, enn fremur að lýsa eftirlætisvistarverum skjólstæðinga hjúkrunarheimila til dægrastyttingar og tómstundum sem þeir helst kjósa. Þannig var reynt að varpa ljósi á hvaða þættir skipti mestu máli og hvað gæti orðið til að auka virkni til dægrastyttingar og hvað til að letja.

Dægrastytting er hluti af þeim virku athöfnum sem hver og einn þarf á að halda til að lifa innihaldsríku lífi. Virkni vísar gjarnan til þess að vera virkur við ýmsar athafnir svo sem vinnu eða aðrar athafnir daglegs lífs, svo sem þvott, klæðnað o.s.frv. (Jón Hilmar Jónsson, 1994; Mördur Árnason, 2002b). Þá vísar virkni líka til þeirra virku athafna sem einstaklingur stundar sér til afþreyingar og dægrastyttingar. Það er sú merking sem notuð var í þessari rannsókn.

Dægrastytting merkir afþreyingu, dægradvöl eða skemmtun (Mördur Árnason, 2002a). Það segir því til um hvernig fólk stytir sér daginn með því að skapa sér ánægju, vellíðan og innihaldsríkara líf.

Virginia Henderson (1976) skiptir frumpörfum sjúklinga og einstökum þáttum almennar hjúkrunar niður og einn þáttinn nefnir hún skemmtanir, „að taka þátt í ýmiss konar skemmtunum eða dægradvöl“. Það sem hér er nefnt virkni til dægrastyttingar kallar Henderson skemmtanir eða dægradvöl og hún segir skemmtun eða leik venjulega hafa annan tilgang en hin daglegu störf, þ.e. að láta tímann líða á ánægjulegan hátt án þess að hafa annað að markmiði. Henderson segir líka (1976) „Þeir sem eiga starfsgeði í ríku mæli kunna því eflaust illa að skörp skil séu dregin milli starf- og skemmtitómstunda.“ Rantz og Popejoy (2001) benda á að nýrri kenningar varðandi virkni ganga út frá því að könnuð sé virkni og atburðir í lífi eldri einstaklinga með þeim aðferðum að yfirfara lífshlaup einstaklingsins og upprifjun minninga (reminiscence). Þær aðferðir hafa rutt sér til rúms við umönnun aldraðra og þá sérstaklega að því er varðar dægrastyttingu.

Virkni til dægrastyttingar á hjúkrunarheimilum á Íslandi hefur ekki verið rannsökuð áður á þann hátt sem hér var gert. Hins vegar hafa verið dregnar saman tölulegar niðurstöður úr árlegum RAI-mælingum hér á landi sem hafa þá meðal annars sýnt takmarkaða virkni meðal íbúa hjúkrunarheimila. Samkvæmt skýrslunni Daglegt líf á hjúkrunarheimili (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1995), sem byggðist á fyrstu mælingum sem voru gerðar hér á landi með RAI-matstækinu árið 1994, voru 17,8% íbúa í hjúkrunarrými á höfuðborgarsvæðinu virkir í daglegum athöfnum en 13,4% í hjúkrunarrými á Akureyri. Milli 70 og 80% þessara íbúa vörðu engum eða litlum tíma í virkar athafnir á höfuðborgarsvæðinu en yfir 80% á Akureyri. Hjá báðum þessum hópum voru eftirlætisvistarverur til virkni eigið herbergi og flestir kusu að horfa á sjónvarp eða hlusta á útvarp. Höfundar skýrslunnar benda því á að takmörkuð virkni íbúa í hjúkrunarrými bendi til þess að á þessu sviði mætti bæta um betur.

Dægrastytting gerir oft kröfur um tíma til samskipta og samveru bæði milli starfsfólks og heimilismanna svo og góðra samskipta

allra aðila við aðstandendur. Í rannsókn Ingibjargar Hjaltadóttur (2001), þar sem líkamlega veikburða aldraðir á hjúkrunarheimili voru spurðir hvað væri mikilvægast varðandi gæði lífs á hjúkrunarheimili, kom fram að samskipti við aðstandendur og starfsfólk skiptu miklu máli, auk þess að finna öryggi og hafa eigið herbergi. Dobbs o.fl. (2005) athuguðu hvað gæti orðið til að auka virkni á hjúkrunarheimilum og komust að því að þátttaka fjölskyldu í félagslífi og í mati á virkni tengdist meiri virkni heimilismanna. Sama gerðist ef starfsfólk hvatti til aukinnar virkni.

Upprifjun minninga er ein af þeim aðferðum sem hafa verið notaðar til dægrastyttingar á hjúkrunarheimilum. Á þeim byggist sú upplýsingasöfnun sem aflað er nú orðið á mörgum hjúkrunardeildum fyrir heilablaða með svokölluðu æviágripi, en upplýsingar um æviágrip skjólstæðinga eru nauðsynlegar fyrir upprifjun minninga. Vegna skertrar færni heimilismanna verður starfsfólk hjúkrunarheimila oft að treysta algjörlega á upplýsingar um æviágrip frá aðstandendum við að meta þarfir í tengslum við fyrri venjur, reynslu og sérkenni. Meðferð með upprifjun minninga gerir kröfur til þess að starfsfólk gefi sér tíma með skjólstæðingunum til að sinna dægrastyttingu í þeim tilgangi að láta fólki líða vel og eiga innihaldsríkar stundir. Sejerøe-Szatkowski (2002) bendir líka á að heilablaðir, sem oft eru óruggir, muna fortíðina mun betur en nútíðina og upprifjun minninga getur orðið til þess að þeir finni öryggi í tengslum við eitthvað sem þeir þekkja.

Buettner og Kolanowski (2003) hafa bent á að leiðinn og einangrunin, sem kemur til vegna skorts á dægrastyttingu, geti leitt til hluta þess óróleika og óvirku hegðunar sem sést hjá þessari kynslóð aldraðra með heilabilun. Heimilismenn, sem eru órólegir eða í uppnámi, slaka betur á þegar notaðar eru markvissar aðferðir til dægrastyttingar eins og tónlist, snerting og handarnudd og það hefur síðan jákvæð áhrif á vellíðan og samvinnu (Clark o.fl., 1998; Sambandham og Schirm, 1995; Snyder o.fl., 1995). Rannsóknarniðurstöður hafa enn fremur sýnt að heimsóknir aðstandenda hafa góð áhrif á suma heimilismenn sem eru órólegir og að heimilismenn eru frekar órólegir þegar þeir hafa ekkert fyrir stafni (Cohen-Mansfield o.fl., 1992). Það er því mikilvægt að starfsfólk hvetji aðstandendur til heimsókna og samskipta við sína nánustu á hjúkrunarheimilum.

Vanda þarf vel til klínískrar greiningar á skorti á dægrastyttingu. Það eykur líkur á að valin sé rétta eða hentugasta meðferðin. Það sem einum finnst vera dægrastytting er ekki víst að annar upplifi sem svo. Hjá einum einstaklingi gæti það að sitja og horfa út um gluggann verið merki um leiða en öðrum þætti það notalegt og liti á það sem hluta af sinni dægrastyttingu. Starfsfólk þarf því ætíð að taka mið af hverjum einstaklingi fyrir sig. Einnig er mikilvægt að taka mið af aðstæðum og ástandi einstaklingsins hverju sinni, þ.e. hvað geta hans leyfir. Rantz og Popejoy (2001) telja upp eftirfarandi neikvæð einkenni sem geti fylgt ef skortur á dægrastyttingu er ekki greindur, þ.e. leiði, minni lífsánægja, þunglyndi og frekari afturför í líkamlegu þoli, samstillingu og vitsmunalegri getu.

Umhverfisþættir skipta líka miklu máli við að hvetja til dægrastyttingar. Huga þarf að því að umhverfið sé jákvætt og stuðli að virkni og þar skipta viðhorf umönnunaraðila meginmáli og að þeir hafi getu til að hafa áhrif á slíka þætti (Messecar, 2000). Þá er mikilvægt að hafa í huga að einstaklingar, sem eru andlega veikir, þola illa skipulagsleysi og kröfur umfram getu en bregðast best við ró og kyrrð, skýrum boðskiptum og fastri reglu í öllum hlutum (Ebersole og Hess, 2001).

Rannsóknarspurningar, sem leitast var við að svara í rannsókninni, voru því eftirfarandi:

1. Hversu stór hluti skjólstæðinga hjúkrunarheimila er virkur í daglegum athöfnum? Er um að ræða mun eftir a) aldri, b) kyni, c) fyrri búsetu, d) ADL-kvarða, e) vitrænum kvarða og f) RUG-III-flokkun?
2. Hversu mikill er meðaltími í virkum athöfnum hjá skjólstæðingum hjúkrunarheimila? Er um að ræða mun eftir a) aldri, b) kyni, c) fyrri búsetu, d) ADL-kvarða, e) vitrænum kvarða og f) RUG-III-flokkun?
3. Hverjar eru eftirlætisvistarverur skjólstæðinga hjúkrunarheimila til virkni? Er um að ræða mun eftir a) aldri, b) kyni, c) fyrri búsetu, d) ADL-kvarða, e) vitrænum kvarða og f) RUG-III-flokkun?
4. Hverjar eru þær tómsundurir sem íbúinn helst kýs? Er um að ræða mun eftir a) aldri, b) kyni, c) fyrri búsetu, d) ADL-kvarða, e) vitrænum kvarða og f) RUG-III-flokkun?

AÐFERÐ

Framkvæmd

Gögnin í þessari þversniðsrannsókn voru unnin upp úr gagnasafni um heilsufar og hjúkrunarþörf íbúa á öldrunarstofnunum. Það gagnasafn byggist á RAI-mati. RAI stendur fyrir „Resident Assessment Instrument“ og á íslensku hefur það verið nefnt „Raunverulegur aðbúnaður íbúa“. Leyfi fyrir rannsókninni var fengið hjá RAI-stýrinfélagi, Persónuvernd og Vísindasiðanefnd. Unnið var með ópersónugreinanleg gögn sem fengin voru úr lokuðum RAI-gagnagrunni sem hýstur er af verkfræðistofunni Stika.

Þýði og úrtak

Þýðið var allir sem voru á hjúkrunarheimilum á landinu haustið 2004. Þá voru á landinu öllu leyfð 2346 hjúkrunarrými (Ríkisendurskoðun, 2005). Úrtakið er allir heimilismenn sem voru metnir með RAI-matstækinu 1. september – 26. október 2004 (þ.e. hefðbundið RAI-mat) á hjúkrunarheimilum á öllu landinu að undanskildum þeim sem voru yngri en 67 ára. Alls var það RAI-mat frá 1825 einstaklingum. Ef gert er ráð fyrir því að öll hjúkrunarrými á landinu hafi verið nýtt er úrtakið 82,5% þýðisins. Úrtakið var því 1825 manns og af þeim voru 67% (1222) konur og 33% (603) karlar. Aldur var skoðaður með því að skipta hópnum í 5 ára aldursbil. Flestir eru á aldursbilinu 82-91 árs eða 52,4%.

Matstækið

Sjálfstækið heitir „Minimum Data Set 2.0“, skammstafað MDS. Á íslensku hefur það verið nefnt „Gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarþarfir íbúa á öldrunarstofnunum“ en hérlendis

er oftast vísað til þess sem RAI-matstækisins og verður það gert hér. RAI-matstækið er hluti af stærra matstæki „Resident Assessment Instrument“ sem hefur verið nefnt Raunverulegur aðbúnaður íbúa (RAI) (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1998; Morris o.fl., 1997).

RAI-mat er gert á öllum hjúkrunarheimilum á Íslandi samkvæmt reglugerð frá heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu frá 1995 (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1995). Áreiðanleiki og réttmæti RAI-matstækisins hefur verið margstaðfest með áralangri þróunarvinna ýmissa fagaðila í Bandaríkjunum og með áreiðanleikaprófum víðs vegar um Bandaríkin (Hawes o.fl., 1995; Morris o.fl., 1990). Áreiðanleiki var mældur hér á landi og niðurstaðan var sú að nánast öll atriði matstækisins, sem á annað borð var hægt að reikna áreiðanleika fyrir, höfðu viðunandi áreiðanleika, þ.e. yfir 0,4 samkvæmt kappastuðli eða 95% atriða. Matstækið var þýtt og bakþýtt og yfirfarið af upphaflegum höfundum í Bandaríkjunum (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1995; Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1998; Sgadari, o.fl., 1997). Rannsókn Mor o.fl. (1995) sýndi að MDS-matstækið fyrir hjúkrunarheimili er bæði áreiðanlegt og réttmætt til að meta þátttöku heimilismanna á hjúkrunarheimili í félagslífi og dægrastyttingu.

Sjálfstækið tekur til um 400 atriða sem skiptast niður í 20 flokka. Markmið upplýsingasófnunarinnar er að meta færni, óskir og þarfir aldraða og ná heildarmynd af getu þeirra. Upplýsinga er aflað úr mörgum áttum, þ.e. frá íbúanum, með því að ræða við hann og fylgjast með honum, aðstandendum hans, með því að fara yfir sjúkraskrá íbúans og ræða við annað heilbrigðisstarfsfólk sem annast hann. Hjúkrunarfræðingar, sem setið hafa 8 tíma námskeið um notkun matstækisins, eru ábyrgir fyrir matinu en njóta aðstoðar annarra fagstétta eftir því sem við á (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1998; Morris o.fl., 1997).

Háðar breytur

Eins og rannsóknarspurningar gefa til kynna snertir þessi rannsókn þær breytur RAI-gagnasafnsins sem tengjast virkni. Annars vegar er virkni í daglegum athöfnum. Þar er spurt hvort viðkomandi sé virkur í daglegum athöfnum á heimilinu, t.d. eignist vini/viðhaldi vinskapi, sé þátttakandi í hópstarfi, sýni jákvæð viðbrögð við nýjungum, aðstoði við guðspjónustur. Svarið er annaðhvort já eða nei (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (HTR), 2000; Morris o.fl., 1997). Hins vegar er meðaltími í virkum athöfnum sem segir til um hve lengi íbúinn var virkur af þeim tíma sem hann hefur til umráða. Þetta er sá tími sem varið er í sjálfstæðar athafnir, svo sem vökva blóm, lesa, skrifa bréf, félagsleg samskipti við fjölskyldu, íbúa og starfsfólk eða sjálfboðaliða, eða hvort íbúinn var einn eða í félagsstarfi með öðrum. Viðmiðin varðandi meðaltíma í virkum athöfnum eru: mikill (meira en 2/3 af tímanum), þó nokkur (1/3-2/3 af tímanum), lítil (minna en 1/3 af tímanum) og enginn (HTR, 2000; Morris o.fl., 1997). Athugað var hverjar væru eftirlætisvistarverur skjólstæðinga hjúkrunarheimila til virkni. Í þessum lið í RAI-gagnasafninu á að merkja við á alla staði þar sem íbúinn vill helst vera þegar hann tekur sér eitthvað fyrir hendur. Gefnir eru eftirfarandi svarmöguleikar: a) eigið herbergi, b) dagstofa, c)

Ritrynd fræðigreina

innan stofnunar en utan deildarinnar d) utan stofnunar e) ekkert af ofanskráðu (HTR, 2000; Morris o.fl., 1997). Þá voru skoðaðar þær tómsundurir sem íbúinn kaus helst, í RAI-gagnasafninu er merkt við alla virkni sem íbúinn kýs hvort heldur hún er möguleg innan eða utan stofnunar. Gefnir eru eftirfarandi svarmöguleikar: a) spil – aðrir leikir, b) handavinna/hannyrðir/smíði, c) leikfimi/hreyfing, d) tónlist, e) lestur/skriftir, f) trúarbrögð/andlegar athafnir, g) ferðalög/innkaupaferðir, h) göngutúrar/hjólástóll utandyra, i) horfa á sjónvarp, j) blóm eða garðyrkja, k) samræður, l) hjálpa öðrum, m) ekkert af ofanskráðu, n) útvarp (HTR, 2000; Morris o.fl., 1997).

Óháðar breytur

Þrjár af þeim kvörðum, sem búinir hafa verið til í tengslum við RAI-matstækið, voru meðal óháðra breyta rannsóknarinnar, þ.e. kvarði til að meta getu til athafna daglegs lífs (ADL), vitræna getu og RUG-III-flokkun. ADL-kvarðarnir í RAI-mælitækinu fyrir hjúkrunarheimili eru tveir, þ.e. stuttur ADL-kvarði og langur ADL-kvarði. Reiknuð eru meðalstig sjálfsbjargagetu. Stuttur ADL-kvarði hefur gildi á bilinu 0-16 en langur ADL-kvarði gildi á bilinu 0-28. Því hærra sem gildið er því minni er færnin (Morris o.fl., 1999). Vitræni kvarðinn segir til um vitræna getu og hefur gildi á bilinu 0 (engin vitræn skerðing) til 6 (mjög mikil vitræn skerðing) (Morris o.fl., 1994). RUG-III-flokkun er flokkunarkerfi sem sérstaklega hefur verið búið til, til að meta álag vegna umönnunar íbúa á hjúkrunarheimilum. Í því flokkunarkerfi eru 7 yfirflokkar sem nefnast endurhæfing, umfangsmikil hjúkrun, sérhæfð hjúkrun, flókin hjúkrun, andleg skerðing, hegðunarvandamál og líkamleg skerðing (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1998). Það er ekki bara ADL-færni sem ræður röðuninni í flokkana heldur líka þörf t.d. á mikilli endurhæfingu.

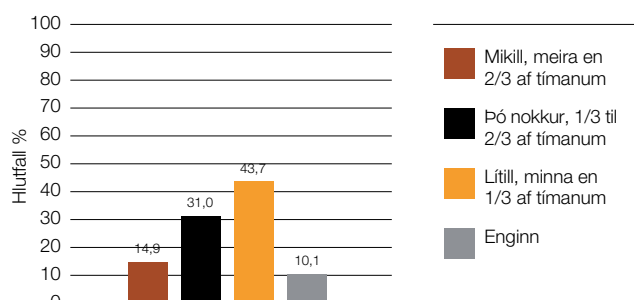
Loks voru með í rannsókninni bakgrunnsbreyturnar aldur, kynferði og búseta fyrir komu á hjúkrunarheimilið. Bæði er spurt hvort viðkomandi hafi búið einn og þá eru möguleikarnir þrjár, þ.e. nei, já og á annarri stofnun. Síðan er það fyrri búseta og þá eru möguleikarnir sex, þ.e. fyrri búseta á þessu hjúkrunarheimili, annað hjúkrunarheimili/stofnun, heimili/stofnun fyrir geðsjúka, heimili/stofnun fyrir þroskahefta, ekkert af ofanskráðu og þjónustuhús fyrir aldraða (HTR, 2000; Morris o.fl., 1997).

Tölfræðileg úrvinnsla

Við rannsóknina var notuð megindleg aðferðafræði. Unnið var úr gögnum í SPSS-forritinu. Settar voru fram lýsandi tölulegar upplýsingar (meðaltal, hlutfall, fjöldi), marktækni athuguð með kí-kvaðratprófi og t-prófi (byggðu á Spearman's rho-stuðlinum) og reiknuð fylgni á milli breyta með Cramér's V og Spearman's rho-stuðlunum. Cramér's V stuðullinn nær frá 0 (engin fylgni) til 1 (fullkomin fylgni), og Spearman's rho-stuðullinn frá 0 til +1 eða -1 (fullkomin jákvæð eða neikvæð fylgni). Þegar vísað er til fylgni í niðurstöðunum verður viðmiðið eftirfarandi: 0,00 er engin fylgni, frá 0,10-0,30 er veik fylgni, frá 0,30-0,60 er talsverð fylgni, frá 0,60-1,00 er sterk fylgni en 1,00 er fullkomin fylgni (Levin og Fox, 2003). Það kom nokkrum sinnum fyrir í breytum að gildi vantaði (atriðabrottfall). Atriðabrottfall var mest 1,04%.

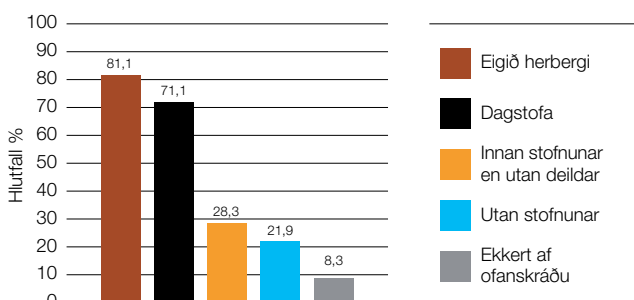
NIÐURSTÖÐUR

26,1% (477) einstaklinganna voru virkir í daglegum athöfnum á heimilinu. En þegar spurt var um meðaltíma í virkum athöfnum voru það 45,9% (838) sem voru miklum eða þó nokkrum tíma í virkar athafnir (sjá nánar mynd 1).



Mynd 1. Meðaltími í virkum athöfnum.

Fyrir komu á hjúkrunarheimilið höfðu 45,8% (835) þátttakenda búið einir og 11,5% (210) höfðu búið á annarri stofnun. Eigið herbergi var eftirlætisvistarvera til virkni hjá 81,1% (1480) íbúanna en að öðru leyti var skipting eins og sést á mynd 2.



Mynd 2. Eftirlætisvistarverur til virkni.

Þegar spurt var um þær tómsundurir sem íbúar kjósa helst, kusu flestir samræður, næstflestir að hlusta á útvarp, síðan að horfa á sjónvarp og þar á eftir fylgdi tónlist en nánara yfirlit yfir þær tómsundurir, sem íbúar kjósa helst, er í töflu 1.

Tafla 1. Tómsundurir sem íbúinn helst kýs (N=1825).

	%	N
Samræður	68,5	1250
Útvarp	64,1	1170
Sjónvarp	61,2	1117
Tónlist	50,3	918
Lestur og skriftir	41,8	762
Leikfimi/hreyfing	32,2	588
Göngutúrar/hjólástólar utandyra	30,5	556
Handavinna/hannyrðir/smíði	22,4	409
Trúarbrögð og andlegar athafnir	20,1	367
Spil og aðrir leikir	18,3	334
Ferðalög og innkaupaferðir	13,4	245
Hjálpa öðrum	12,4	227
Blóm og garðyrkja	4,1	75
Ekkert af ofanskráðu	8,8	160

Dreifing á vitræna kvarðanum var þannig að flestir lentu á miðjum kvarða með gildið 3 eða 25,1% eða efst á kvarðanum með gildið 6 (minnst vitræn geta) eða 26,7%. Skipting á ADL-kvarða var mjög jöfn þó lítillega fleiri lentu í allra efsta hlutanum.

Við RUG-III-flokkun lentu flestir í flokknum „skert líkamleg færni“, næst kom svo flokkurinn „sérstök endurhæfing“ en fæstir voru í flokknum „umfangsmikil hjúkrun“.

Hlutfall skjólstæðinga hjúkrunarheimila sem eru virkir í daglegum athöfnum

Ekki var marktækur munur á virkni í daglegum athöfnum eftir aldri ($p = 0,262$). Hins vegar voru hlutfallslega fleiri konur virkar heldur en karlar ($p < 0,01$) en sambandið var veikt (Cramérs $V = 0,068$). Hlutfallslega fleiri þeirra sem höfðu búið einir fyrir komu voru virkir heldur en þeir sem höfðu búið með öðrum ($p < 0,01$) en sambandið var einnig veikt. Munur var á virkni eftir fjölda stiga á ADL-kvarða ($p < 0,001$) og fylgnin var talsverð bæði varðandi stuttan (Cramérs $V = 0,353$) og langan ADL-kvarða (Cramérs $V = 0,350$). Eftir því sem einstaklingurinn var með minni ADL-færni var virkni minni hlutfallslega. Talsverð fylgni var milli vitræna kvarðans og virkni í daglegum athöfnum (Cramérs $V = 0,350$), þ.e. því meiri sem vitræn skerðing var því minni var virkni hlutfallslega. Munur var milli röðunar í RUG-III flokka og virkni ($p < 0,001$) en veik fylgni (Cramérs $V = 0,177$). Sambandið var þó ekki einhlítt, þ.e. það fylgdist ekki að öllu leyti að því þyngri sem einstaklingurinn væri samkvæmt RUG-III því minni væri virkni. Þeir skáru sig t.d. úr sem voru í flokknum „sérstök endurhæfing“ þannig að þeir einstaklingar voru hlutfallslega virkari en aðrir þó sá flokkur vegi næstþyngst í RUG-III-flokkuninni.

Meðaltími í virkum athöfnum hjá skjólstæðingum hjúkrunarheimila

Munur var á meðaltíma í virkum athöfnum eftir aldri ($p = 0,001$) en veik fylgni ($r_s = 0,078$). Því eldra sem fólk var því minni var meðaltími í virkum athöfnum. Ekki var munur milli kyns og meðaltíma í virkum athöfnum ($p = 0,246$). Munur var milli fyrri búsetu og meðaltíma í virkum athöfnum ($p < 0,001$) en fylgnin þó veik (Cramérs $V = 0,104$), þ.e. þeir sem bjuggu einir áður en þeir komu á heimilið vörðu hlutfallslega meiri tíma í virkum athöfnum. Eftir því sem ADL-færni var lakari var meðaltími í virkum athöfnum minni ($p < 0,001$) og var fylgnin talsverð bæði við langa ($r_s = 0,416$) og stutta ADL-kvarðann ($r_s = 0,421$). Því meiri sem vitræn skerðing var því minni var meðaltími í virkum athöfnum ($p < 0,001$) og fylgnin talsverð ($r_s = 0,467$). Marktækur munur var milli RUG-III röðunar og meðaltíma í virkum athöfnum ($p < 0,001$) en fylgnin var veik ($r_s = 0,091$). Það fylgir þó ekki alltaf að því þyngri sem einstaklingurinn er samkvæmt RUG-III-flokkun því minni sé virkni, því þeir skáru sig m.a. úr sem voru í flokknum sérstök endurhæfing og voru hlutfallslega með meiri meðaltíma í virkum athöfnum þó sá flokkur vegi næstþyngst í RUG-III flokkuninni.

Eftirlætisvistarverur skjólstæðinga hjúkrunarheimila til virkni

Eins og fram hefur komið kýs 81,1% íbúa eigið herbergi til að vera í þegar þeir taka sér eitthvað fyrir hendur. Munur var eftir

aldri ($p < 0,05$) en sambandið var veikt (Cramérs $V = 0,085$). Hlutfall þeirra sem kjósa síður eigið herbergi eykst með aldrinum en þó sker yngsti aldurshópurinn sig úr og fylgir þeim elsta. Ekki var munur á óskum eftir kyni ($p = 0,9$). Þeir sem bjuggu einir fyrir komu á heimilið kusu frekar eigið herbergi ($p = 0,001$). Hlutfall þeirra sem kusu síður eigið herbergi jókst eftir því sem þeir höfðu minni ADL-færni ($p < 0,001$) á bæði stuttum (Cramérs $V = 0,243$) og löngum (Cramérs $V = 0,232$) kvarða. Talsverð fylgni (Cramérs $V = 0,341$) var við vitræna kvarðann, þ.e. því meiri sem vitræn skerðing var því færri hlutfallslega kusu eigið herbergi þegar þeir taka sér eitthvað fyrir hendur ($p < 0,001$). Hvorki var aldurs- ($p = 0,068$) né kynjamunur ($p = 0,469$) á þeim sem völdu dagstofuna þegar þeir taka sér eitthvað fyrir hendur. Hins vegar kusu fleiri dagstofu af þeim sem bjuggu einir fyrir komu á hjúkrunarheimilið ($p < 0,05$) en fylgnin var veik. Hlutfallslega færri í hópi þeirra sem voru með minni ADL-færni fannst dagstofan besti staðurinn til dægradvalar ($p < 0,001$) en fylgnin var veik bæði við langa og stutta kvarðann. Einnig kom í ljós að því meiri sem vitræn skerðing var því fleiri kusu dagstofu til dægradvalar ($p < 0,001$) en þó sker elsti hópurinn sig úr, fylgnin var veik. Fleiri hinna yngri kusu að vera innan stofnunar en utan deildar þegar þeir stytta sér stundir ($p < 0,01$). Því minni sem ADL-færni var því færri hlutfallslega kusu að vera innan stofnunar en utan deildar í dægradvöl ($p < 0,001$). Því meiri sem vitræn skerðing var því færri hlutfallslega kusu að vera innan stofnunar en utan deildar við að stytta sér stundir ($p < 0,001$). Þeir sem eru yngri vildu frekar dvelja utan stofnunar við dægradvölinu ($p < 0,001$). Karlar vildu líka frekar vera utan stofnunar við dægradvölinu ($p < 0,001$) en kynjamunurinn var þó lítil. Þeir sem höfðu minni ADL-færni vildu síður vera utan stofnunar ($p < 0,001$). Sama átti við um vitræna kvarðann, þ.e. því meiri sem vitræn skerðing var því færri kusu að vera utan stofnunar ($p < 0,001$). Ekki verður fjallað nánar um RUG-III-flokkunina í niðurstöðukaflanum þar sem hún hefur ekki frekara gildi, sér í lagi þar sem endurhæfingarflokkurinn skar sig úr eins og kom fram hér fyrir ofan og það varð því ekki fylgni við þyngd RUG-III-flokkana.

Þær tómsundur sem íbúinn helst kýs

Oft var ekki kynjamunur á vali á tómsundum en þó kusu konur frekar handavinnu, hannyrðir eða smíði en karlar ($p < 0,001$). Þær kusu líka frekar trúarbrögð eða andlegar athafnir en sambandið var veikt ($p < 0,01$; Cramérs $V = 0,065$) og hlutfallslega fleiri konur en karlar kusu blómarækt eða garðyrkju ($p < 0,01$). Þá var lítil en marktækur munur milli kynjanna á þann hátt að hlutfallslega fleiri karlar en konur kusu göngutúra eða vera í hjólastól utandyra ($p < 0,01$). Hlutfallslega fleiri karlar en konur kusu líka að horfa á sjónvarp ($p < 0,01$) og hlusta á útvarp ($p < 0,01$) en munurinn var lítil. Varðandi getu til ADL og vitræna getu þá var það í öllum tilvikum þannig að því minni sem getan var því færri kusu tómsundamöguleikann nema þegar um tónlist var að ræða. Tónlist skar sig því úr við val á tómsundum.

UMRÆÐA

Samkvæmt niðurstöðum þessarar rannsóknar eru 26,1% íbúa hjúkrunarheimila í landinu virkir í daglegum athöfnum.

Ritrynd fræðigreina

Samkvæmt skýrslunni Daglegt líf á hjúkrunarheimili (Anna Birna Jensdóttir o.fl., 1995) voru 17,8% íbúa í hjúkrunarrými á höfuðborgarsvæðinu virkir í daglegum athöfnum en 13,4% í hjúkrunarrými á Akureyri árið 1994. Því má draga þá ályktun að heldur hafi miðað áleiðis í þessum efnunum á hjúkrunarheimilum á Íslandi á þessu tíu ára tímabili. Í skýrslunni frá 1995 voru eftirlætisvistarverur til virkni eigið herbergi og flestir kusu að horfa á sjónvarp eða hlusta á útvarp. Eigið herbergi er enn eftirlætisvistarvera til dægurstyttingar en nú kjósa flestir samræður og síðan útvarp og sjónvarp. Hugsanlegt er að aukin áhersla á samræður endurspeglar að einhverju leyti viðhorfsbreytingu meðal starfsfólks hjúkrunarheimila þannig að frekar sé gert ráð fyrir samræðum á heimilunum. Sömuleiðis hafa rannsóknir undanfarinna ára bent á mikilvægi samskipta og samveru (Gunther og Allgood, 2002; Ingibjörg Hjaltadóttur, 2001).

Varðandi þátttöku í dægurstyttingu þá skipta aldur og kyn almennt litlu, þ.e. lítilla fleiri konur voru virkar en karlar, en ekki var munur á milli kynja þegar spurt var um meðaltíma í virkum athöfnum. Ekki var heldur munur eftir aldri þegar spurt var um hvort viðkomandi tæki þátt í félagslífi en þó reyndist munur, þó lítill væri, þegar borinn var saman aldur og meðaltími í virkum athöfnum, þ.e. því eldri sem menn voru því minni var meðaltími í virkum athöfnum. Marktækt fleiri konur en karlar kjósa handavinnu. Samkvæmt rannsókn Voelkl, Fries og Galecki (1995), sem m.a. byggðist á RAI-niðurstöðum, voru konur virkari en karlar þannig að almennt virðast niðurstöður rannsókna benda í þessa átt.

Þeir sem þjuggu einir áður en þeir komu á hjúkrunarheimili voru virkari og vörðu meiri tíma í dægurstyttingu. Þeir sem höfðu áður dvalist á núverandi hjúkrunarheimili eða á öðru hjúkrunarheimili eða stofnun voru minna virkir enda trúlega verr á sig komnir en þeir sem komu heiman frá sér.

Einnig kom í ljós að það sem mest áhrif hafði á virkni var geta til að sinna athöfnum daglegs lífs (ADL) og vitræn geta. Þessir tveir þættir skerða mjög það svigrúm sem einstaklingar hafa til tómtunda og fækka möguleikum til dægurstyttingar. Langflestir kjósa eigið herbergi, en það vekur athygli að þeir sem eru með litla ADL-færni kjósa síður eigið herbergi en þeir kjósa líka síður dagstofu. Það sama á við um tengsl vitrænnar getu og vals á einstaklingsherbergi, með öðrum orðum þeir sem hafa minni vitræna getu kjósa síður einstaklingsherbergi, en munurinn er ekki eins afdráttarlaus varðandi dagstofu. Það vekur upp þá spurningu hvar þessir einstaklingar vilja vera til að stytta sér stundir. Hluti af skýringunni gæti verið að þeir taka lítinn eða engan þátt í dægurstyttingu og geti því ekki valið eftirlætisvistarverur til virkni. Þeir merkja einnig við færri atriði en aðrir varðandi eftirlætistómstundir en kjósa samt öryggið því að þeir vilja síður vera utan deildar við dægurvölinu. Yngri einstaklingar kjósa frekar að vera úti eða utan deildar og sömuleiðis þeir sem eru betur á sig komnir varðandi ADL. Það er ekki margt sem þeir kjósa sem hafa lélega ADL-færni og skerta vitræna getu, enda eiga þeir líklega ekki auðvelt með það. En þeir kjósa tónlist fram yfir annað. Geta skiptir engu

máli hvort tónlist er valin enda má segja að tónlistin sé þess eðlis að allir geti notið hennar að einhverju leyti og þar sker hún sig frá öðru. Tónlist ætti því að nýtast vel til dægurstyttingar á hjúkrunarheimilum og hún virðist hafa jákvæð áhrif, minnka árásarheigð og auka vellíðan hjá fólki með heilabilun (Clark o.fl., 1998; Sambandham og Schirm, 1995).

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að sá hópur, sem þarf sérstaklega að horfa til varðandi dægurstyttingu á hjúkrunarheimilum, séu þeir sem eru með mikla vitræna skerðingu og þeir sem þurfa mikla aðstoð við ADL. Þeir einstaklingar verja minni tíma til virkni og kjósa færri atriði sem eftirlætistómstundir. Svipaða niðurstöðu fengu Dobbs o.fl. (2005), þ.e. að það sem einkenni þá sem ekki eru félagslega virkir sé mikil vitræn skerðing, hegðunarvandamál, þunglyndi og léleg ADL-færni. Svipaða sögu er að segja um rannsókn Voelkl og félaga (1995) á virkum tíma eftir mismunandi persónueinkennum heimilismanna á hjúkrunarheimili. Þar kom í ljós að mestar áhyggjur þarf að hafa af þeim sem velja fá virkniatriði, þeim sem vilja vera í eigin herbergi, þeim sem eru vitmunalega mjög skertir og þeim sem lenda hátt á RUG-III kvarðanum. Í þessari rannsókn komu reyndar fram aðeins aðrar niðurstöður varðandi það hvar einstaklingar lenda í RUG-III-flokkun, þ.e.a.s. ekki kemur fram línulegt samband milli RUG-III-flokkunar og þátttöku í dægurstyttingu. Flokkurinn „sérstök endurhæfing“ sker sig mjög úr þannig að þeir sem eru í þeim flokki eru virkari en þyngd þessa RUG-III-flokks gefur tilefni til að ætla. Sá flokkur er næst þyngstur samkvæmt RUG-III sem ákvarðar greiðslu til hjúkrunarheimilanna. Það kemur ekki á óvart að RUG-flokkun tengist ekki virkni línulega eins og ADL. Eins og kemur fram hér fyrir í þessari grein er það ekki bara ADL-færni sem ræður röðinni í RUG-III-flokkana heldur líka t.d. þörf á mikilli endurhæfingu frá sérhæfðum og þá dýrari starfsmönnum. Einstaklingur, sem lendir í flokknum „mikil endurhæfing“, þarf ekki að vera með eins mikið skerta færni og sá sem lendir í léttari RUG-III-flokki en hann hefur að öllum líkinum þörf fyrir sérhæfða og dýrari þjónustu. En eins og fram kom fyrir sýna niðurstöður þessarar rannsóknar að því minni sem getan til að sinna ADL var því minni var dægurstyttingin og því meiri sem vitræn skerðing var því minni var dægurstyttingin.

Erfitt er að segja til um hversu mikla dægurstyttingu þeir kjósa sem eru með skerta andlega og vitræna getu. Hér þarf einnig að horfa til þess að stundum kjósa þessir einstaklingar (sem og aðrir íbúar) frekar rólegheit og hvíld. Í rannsókn, sem Kalis o.fl. gerðu 2005 og byggðist á viðtölum við fagmenntað starfsfólk á nokkrum hjúkrunarheimilum, kom í ljós að þegar starfsfólk var spurt hvað væri gott líf fyrir fólk með heilabilun (dementia) var svarið friður og rólegheit, að byggja á reynslu einstaklingsins og beita ekki þvingunum. Svörin féllu ekki að þeirri stefnumörkun sem heimilin studdust við þar sem sjálfærði og frelsi, einstaklingurinn og lífstill voru efst á blaði.

LOKAORÐ

Bæði þessi rannsókn og aðrar sem vitnað er í hér benda til mismunandi aðferða til dægurstyttingar hjá þeim sem

eru vistmunalega skertir og með mikið skerta líkamsfærni annars vegar og svo hinna sem eru betur á sig komnir. Taka þarf þó ávallt tillit til einstaklingsins, óska hans og vilja, m.a. með hliðsjón af fyrri reynslu og sérkennum. Hjúkrunarheimili hér á landi ættu að skoða hvernig koma má til móts við mismunandi þarfir og þá sérstaklega þarfir þeirra sem eru verr á sig komnir en meirihluti íbúa hjúkrunarheimila fellur undir þann hóp. Þar mætti sérstaklega útfæra betur ýmislegt sem bent hefur verið á bæði í þessari rannsókn og öðrum að sé mikilvægt til dægrastyttingar hjá þessum einstaklingum. Þar má nefna samskipti, samveru og þátttöku fjölskyldu í mati og dægrastyttingu. Starfsfólk ætti að hvetja til og skipuleggja dægrastyttingu á hjúkrunarheimilum í minni hópum, t.d. með upprifjun minninga í rólegu umhverfi sem einstaklingarnir þekja því þeir sem eru með skerta færni vilja síður vera utan deildar. Þáttur tónlistar er líka mjög mikilvægur og í hópi þeirra sem kusu hana skipti færni ekki máli. Tónlist er því meðal þess sem nota þarf markvisst til dægrastyttingar hjá fólki með skerta færni. Hjúkrunarheimili á Íslandi ættu að hafa alla burði til að gera þetta vel, heimilismönnum til gleði og ánægju.

ÞAKKIR

Öldrunarráði Íslands og Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga eru færðar þakkir fyrir að styrkja rannsóknina.

HEIMILDIR

- Anna Birna Jensdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Hrafn Pálsson, Ingibjörg Hjaltadóttir, Pálmi V. Jónsson, Ómar Harðarson og Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir (1995). *Daglegt líf á hjúkrunarheimili. Heilsufar og hjúkrunarpörf íbúa á öldrunarstofnunum*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Anna Birna Jensdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Hrafn Pálsson, Ingibjörg Hjaltadóttir, Pálmi V. Jónsson, Ómar Harðarson og Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir (1998). Gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarfærni aldrafólka á elli- og hjúkrunarheimilum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 74, 209-212.
- Buettner, L., og Kolanowski, A. (2003). Practice guidelines for recreation therapy in the care of people with dementia. *Geriatric Nursing*, 24, 18-25.
- Clark, M.E., Lipe, A.W., og Bilbrey, M. (1998). Use of music to decrease aggressive behaviors in people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 24, 10-17.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., og Werner, P. (1992). Observational data on time use and behaviour problems in the nursing home. *The Journal of Applied Gerontology*, 11, 111-121.
- Dobbs, D., Munn, J., Zimmermann, S., Boustani M., Williams, C.S., Sloane, P.D., og Reed, P.S. (2005). Characteristics associated with lower activity involvement in long-term care residents with dementia. *The Gerontologist*, 45, 81-87.
- Ebersole, P., og Hess P. (2001). *Geriatric nursing and healthy aging*. St. Louis: Mosby.
- Gunther, M., og Allgood, M.R. (2002). A discipline-specific determination of high quality nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 38, 353-359.
- Harper Ice, G. (2002). Daily life in a nursing home – has it changed in 25 years? *Journal of Aging Studies*, 16, 345-359.
- Hawes, C., Morris J.N., Phillips, C.D., Mor,V., Fries, B., og Nonemaker, S. (1995). Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). *The Gerontologist*, 35, 172-178.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (1995). *Reglugerð um mat á heilsufari og aðbúnaði íbúa á öldrunarstofnunum*. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2000). *Gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarpörf íbúa á öldrunarstofnunum* (útg. 2.0). Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Henderson, V. (1976). *Hjúkrunarkver: Grundvallarþættir hjúkrunar* (2. útgáfa). (Ingibjörg R. Magnúsdóttir þýddi.) Akureyri: Prentverk Odds Björnssonar.
- Ingibjörg Hjaltadóttir (2001). *Physically frail elderly residents' perception of quality of life in nursing homes*. Óbirt meistaratgerð. Háskóli Íslands, hjúkrunarfræðideild.
- Jón Hilmar Jónsson (1994). *Orðastaður, orðabók um íslenska málnotkun*. Reykjavík: Mál og menning.
- Kalis, A., Schermer, M.H., og van Delden, J.J. (2005). Ideals regarding a good life for nursing home residents with dementia: Views of professional caregivers. *Nursing Ethics*, 12, 30-42.
- Levin, J.L., og Fox, J.A. (2003). *Elementary statistics in social research* (9. útgáfa). Boston. Pearson education group.
- Messecar, D.C. (2000). Factors affecting caregivers ability to make environmental modifications. *Journal of Gerontological Nursing*, 26, 32-42.
- Mor, V., Branco, K., Fleishman, J., Hawes, C., Phillips, C., Morris, J., og Fries B. (1995). The structure of social engagement among nursing home residents. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 50B, P1-8.
- Morris, J.N., Fries, B.E. og Morris, S.A. (1999). Scaling ADLs within the MDS. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 54A, M546-M553.
- Morris, J.N., Fries, B.E., Mehr, D.R., Hawes, C., Phillips, C.D., Mor, V., og Lipsitz, L.A. (1994). MDS cognitive performance scale. *Journal of Gerontology*, 49, M174-M182.
- Morris, J.N., Hawes, C., Fries, B.E., Phillips, C.D., Mor, V., Katz, S., Murphy, K., Drugovich, M.L., og Friedlob, A.S. (1990). Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *The Gerontologist*, 30, 293-302.
- Morris, J.N., Murpy, K., og Nonemaker, S. (1997). *Leiðbeiningar fyrir gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarpörf á öldrunarstofnunum* (2. útg.). Íslensk þýðing og staðfæring: Anna Birna Jensdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir og Ingibjörg Hjaltadóttir. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Mörður Árnason (ritstj.) (2002a). *Íslensk orðabók A-L*. (3. útg., bls. 247.) Reykjavík: Edda.
- Mörður Árnason (ritstj.) (2002b). *Íslensk orðabók M-Ö*. (3. útg., bls. 1759.) Reykjavík: Edda.
- Rantz, M.J., og Popejoy, L. (2001). Diversional activity deficit. Í M.L. Maas, T. Tripp-Reimer, K.C. Buckwalter, M.G. Titler, M.D. Hardy og J.P. Specht (ritstj.), *Nursing care of older adults: Diagnosis, outcomes and interventions* (bls. 385-396). St.Louis: Mosby.
- Ríkisendurskoðun (2005). *Þjónusta við aldrada, stjórnsýsluúttekt*. Reykjavík: Ríkisendurskoðun.
- Sambandham, M., og Schirm, V. (1995). Music as a nursing intervention for residents with Alzheimer's disease in long-term care. *Geriatric Nursing*, 16, 79-83.
- Sejerøe-Szatkowski, K. (2002). *Demens kommunikation og samarbejde*. Árósum: Klim.
- Sgadari, A., Morris, J.N., Fries, B.E., Ljunggren, G., Jónsson, P.V., DuPaquier, J.-N., og Schroll, M. (1997). Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age and Ageing*, 26, 27-30.
- Snyder, M., Egan, E.C., og Burns, K.R. (1995). Interventions for decreasing agitation behaviors in persons with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 21, 34-40.
- Voelkl, J.E., Fries, B.E., og Galecki, A.T. (1995). Predictors of nursing home residents' participation in activity programs. *The Gerontologist*, 35, 44-51.