

Bachelorarbeit

Motivationsstrategien zur Förderung der körperlichen Aktivität
bei Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern.

– Ein Literaturreview

eingereicht von

Sandra Maria Winter

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter Anleitung von

Sen.Lecturer Dr.rer.cur.in Schoberer Daniela BSc MSc

Graz, 25. 3. 2020

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

25. 3. 2020

Sandra Maria Winter, eh“

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Gruppe der über 65-Jährigen ist die am stärksten wachsende Altersgruppe weltweit. Neben chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Polypharmazie führt auch der Bewegungsmangel im Alter zu einem Problem für die Betroffenen. Zu körperlicher Aktivität zu motivieren ist vor allem bei Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern eine große Herausforderung.

Ziel: Das Ziel ist es Motivationsstrategien aufzuzeigen, die der Förderung der körperlichen Aktivität bei Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern dienen. Dabei sollen auch Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden.

Methode: Ein Literaturreview, wobei die Recherche in den drei Datenbanken Pubmed, Cinahl und Web of Science erfolgte. Die ausgewählten Studien (n=9) wurden mittels MMAT kritisch bewertet.

Ergebnisse: Es ergaben sich vier konkrete Programme zur Motivationsförderung, zwei davon mit signifikanten Ergebnissen: das Programm *Wii Fit Exergames* und das *High-intensity Functional Exercise-Programm (HIFE)*. Zusätzlich wurden einige einzelne Aspekte herausgefiltert, wie z. B. Ermutigungen oder gemeinsame Ziele setzen, die der Motivation älterer Personen dienen. Aus den qualitativen Studien gehen mehrere Motivatoren und Hindernisse sowie Barrieren hervor, die die Bewohnerinnen und Bewohner motivieren oder hemmen, an den körperlichen Aktivitäten teilzunehmen.

Schlussfolgerung und Praxisempfehlungen: Besonders die einzelnen motivationsfördernden Maßnahmen ließen sich ohne größere Aufwendungen in den Alltag im Pflegeheim implementieren.

Schlüsselwörter: Motivation, Empowerment, Aktivierung, Pflegeheim, Bewohner, Betreutes Wohnen, Körperliche Aktivität

Abstract

Background: The group of the older people within the age of 65+ is the greatest growing group worldwide. Besides chronical diseases, multi morbidity and polypharmacy there is also decreasing physical activity a big problem. To empower and activate older people is especially in nursing homes a big challenge.

Aim: The aim of this literature review is to identify motivation strategies for a greater physical activity in nursing home residents.

Methods: A literature review with research in the three databases Pubmed, Cinahl and Web of Science. The studies selected for the review (n = 9) were appraised for quality using the MMAT.

Results: Four programs to improve motivation were found, two of them showed significant results (Wii Fit Exergames and HIFE-Program). Additionally, there were some aspects filtered, for example encouraging or setting goals, which motivate. In the qualitative studies residents told about their motivators and barriers to attend in physical activities.

Conclusion and Practice recommendations: Especially the aspects of motivation can be used in daily routine.

Keywords: motivation, empowerment, activation, nursing home, residents, assisted living, physical activity, exercise

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Gesundes Altern	2
1.2 Körperliche Aktivität im höheren Lebensalter	4
1.3 Motivation zur körperlichen Aktivität	6
1.4 Pflegerelevanz der Motivation zur körperlichen Aktivität	7
1.5 Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage	7
2 Methode	9
2.1 Literaturrecherche.....	9
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	12
2.3 Kritische Bewertung.....	13
2.4 Analyse/Synthese der Ergebnisse	13
3 Ergebnisse.....	14
3.1 Charakteristika der eingeschlossenen Studien	15
3.2 Qualität der eingeschlossenen Studien.....	25
3.3 Strategien bzw. Programme zur Förderung der körperlichen Aktivität.....	29
3.4 Aspekte und einzelne Strategien zur Förderung der körperlichen Aktivität.....	30
3.5 Motivatoren und Hindernisse für Bewohnerinnen und Bewohner: Ergebnisse aus qualitativen Befragungen.....	31
4 Diskussion & Ausblick.....	33
4.1 Stärken und Schwächen.....	34
4.2 Empfehlungen für Forschung und Praxis.....	35
5 Schlussfolgerung	36
6 Literaturangaben.....	37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Adaptiertes Flowchart nach Moher et al. 2009	14
---	----

Abkürzungsverzeichnis

Cinahl	
Cumulative Index to Nursing	III
<i>HALE</i>	
Healthy Life Expectancy	2
<i>HIFE</i>	
High-intensity Functional Exercise	III
MMAT	
Mixed Methods Appraisal Tool	III
PEDro	
Physiotherapie Evidenz Datenbank	34
Pubmed	
Public Medicine	III
USA	
Vereinigte Staaten von Amerika	2
WHO	
World Health Organization	2

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien anhand des PICO-Schemas	8
Tabelle 2: Schlüsselwörter, Synonyme und Suchbegriffe.....	10
Tabelle 3: Suchstring in den Datenbanken	11
Tabelle 4: Charakteristika der inkludierten Studien.....	17
Tabelle 5: Qualitative Studien.....	25
Tabelle 6: Quantitative randomisiert-kontrollierte Studien	26
Tabelle 7: Quantitative nicht-randomisierte Studien	27
Tabelle 8: Studien mit gemischten Designs	28

1 Einleitung

Die Gruppe der über 65-jährigen Personen soll bis zum Jahr 2050 in Europa über 25 Prozent betragen. Diese Personengruppe ist die am stärksten wachsende Altersgruppe. Um den Versorgungsanforderungen gerecht zu werden, ist eine gute Sozial- und Gesundheitspolitik erforderlich (World Health Organization, 2012). Der Anteil der Personen mit über 60 Jahren macht in Österreich derzeit rund ein Viertel der Gesamtbevölkerung aus (Statistik Austria, 2018a).

Die demographische Entwicklung zeigt, dass diese Personengruppe zunimmt. Mit zunehmendem Alter treten immer mehr physiologische Veränderungen auf und chronische Erkrankungen werden immer häufiger (World Health Organization, 2015). Typische chronische Erkrankungen im Alter sind z. B. Diabetes, Demenz, Inkontinenz, Bluthochdruck oder Arthrose. Auch chronische Schmerzzustände, Multimorbidität und Polypharmazie kommen vermehrt im höheren Lebensalter vor. Die Wahrscheinlichkeit, dass Mehrfacherkrankungen auftreten und diese komplexer sind, steigt mit zunehmendem Alter (Kuhlmey, 2009).

Chronische Erkrankungen stellen die Betroffenen vor große Herausforderungen. Die Krankheiten sind oft nicht heilbar und verschlechtern sich im Laufe der Zeit. Betroffene Personen müssen lernen mit der Erkrankung umzugehen, genauso wie deren Umfeld. Oft ist die Pflege im fortgeschrittenem Stadium nicht mehr in der häuslichen Umgebung möglich und ein langfristiger Umzug in eine Pflegeeinrichtung ist notwendig. In Österreich gab es im Jahr 2017 über 82.000 Personen in stationären Betreuungs- und Pflegeeinrichtungen. Diese Zahl umfasst die professionelle Pflege in Pflegeheimen, Kurzzeitpflege sowie alternative Wohnformen wie z. B. Betreutes Wohnen (Statistik Austria, 2018b).

International gesehen sind die Wohnformen für pflegebedürftige Personen, jenen zu österreichischen, verschieden. In den USA gibt es beispielsweise *Residential Homes*. Diese Einrichtungen sind vergleichbar mit dem Betreuten Wohnen in Österreich. In den *Residential Homes* leben grundsätzlich weniger stark eingeschränkte Personen, die innerhalb ihres Appartements auch ihr eigenes Leben führen können. Trotzdem gibt es Sozialräume für Gruppenaktivitäten und es ist auch immer eine Sozialarbeiterin oder ein Sozialarbeiter vor Ort.

1.1 Gesundes Altern

Trotz der häufig auftretenden chronischen Erkrankungen ist es nach wie vor ein großes Ziel für Betroffene, so lange als möglich selbstständig mit der Erkrankung zurecht zu kommen und so viele Lebensjahre als möglich in guter Gesundheit zu leben. Es gibt einen Zusammenhang zwischen Gesundheit im Alter und der Lebensqualität der Betroffenen.

Die *Healthy Life Expectancy (HALE)* wird als die Lebenserwartung in guter Gesundheit definiert (World Health Organization, 2019). Sie wird anhand des Gesundheitszustandes der jeweiligen Bevölkerung berechnet. Die HALE gibt Auskunft darüber, mit wie vielen gesunden Jahren ein Neugeborenes rechnen kann. Es gibt starke regionale Unterschiede bezüglich der *HALE*, wie auch der allgemeinen Lebenserwartung. Die globale *HALE* betrug 2015 für Männer und Frauen gesamt 63,1 Jahre. Dieser Wert liegt insgesamt durchschnittlich 8,3 Jahre unter der normalen Lebenserwartung. Das bedeutet einen Verlust von 8 gesunden Lebensjahren pro Person. Dieser Wert ist von vielen Faktoren beeinflusst, so auch von der körperlichen Aktivität einer Person (World Health Organization, 2019).

Healthy Ageing ist ein Begriff der von der *World Health Organization (WHO)* geprägt wurde. Gemeint ist damit eine ganzheitliche Denkweise bezogen auf das Altern mit guter Lebensqualität für die Betroffenen (World Health Organization, 2015). Dieses Szenario wird im Folgenden anhand von zwei Beispielen beschrieben.

Beispiel 1: Eine Person ist chronisch krank und seitens der Medikation gut eingestellt. Demnach hat die Person trotz der Erkrankung kaum Einschränkungen im

Alltagsleben. Kommt zusätzlich noch eine körperliche Einschränkung hinzu, so kann diese vielleicht auch gut durch eine Gehhilfe kompensiert werden.

Beispiel 2: In anderen Fällen kann es jedoch auch vorkommen, dass Erkrankungen sehr schwer behandelbar sind, die Person körperlich stark eingeschränkt ist, vielleicht auch im ländlichen Gebiet wohnt und die öffentlichen Verkehrsmittel im ländlichen Raum nicht geeignet für z. B. Rollstuhlfahrer sind. Dies soll verdeutlichen, dass besonders bei der Versorgung von älteren Personen das biopsychosoziale Umfeld miteinzubeziehen ist.

Laut der *WHO* beginnt das *Healthy Ageing* bereits bei der Geburt. Genetische Faktoren und der persönliche Charakter, der auch geprägt ist vom Umfeld in dem man aufwächst, beeinflussen das *Healthy Ageing* schon früh. Des Weiteren gibt es Einflüsse vom Umfeld auf die funktionellen Fähigkeiten. Eine große Rolle spielt auch der derzeitige Trend, in den urbanen Gebieten zu leben. Um den Einfluss all dieser Faktoren auf das *Healthy Ageing* begrenzen zu können ist die Widerstandsfähigkeit des Einzelnen wichtig. Die sogenannte Resilienz wird als die Widerstandsfähigkeit in persönlichen Krisen definiert und soll in verschiedensten Stadien einer Krankheit helfen, diese zu bewältigen. Mithilfe der Resilienz kann die Betroffene bzw. der Betroffene auf persönliche Ressourcen zurückgreifen um eine Krise zu überwinden. Somit kann ein gewisses Level an funktioneller Fähigkeit aufrechterhalten, oder verbessert werden (World Health Organization, 2015).

Um das *Healthy Ageing* zu unterstützen ist es notwendig die beeinflussenden Faktoren von gesunden Lebensjahren zu kennen um dort ansetzen zu können. Primär sollte das Ziel sein, die chronischen Erkrankungen durch präventive Maßnahmen zu vermeiden. Sobald die chronische Erkrankung vorhanden ist, sollten die Folgen auf die Funktionalität der Person eingedämmt werden bzw. es sollte mit den Einschränkungen umgegangen werden (World Health Organization, 2015).

Nicht nur die chronischen Erkrankungen der älteren Personen führen zu Funktionseinschränkungen im Alltag, auch Bewegungsmangel spielt eine große Rolle. Viele Krankheiten sind durch Bewegungsmangel verursacht oder begünstigt. Verminderte körperliche Aktivität verursacht häufig kardiovaskuläre Erkrankungen wie z. B. Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus (Broocks, 2005, Henkel et al., 2014).

1.2 Körperliche Aktivität im höheren Lebensalter

Laut internationalen Studien wirkt sich körperliche Aktivität positiv auf die meisten chronischen Erkrankungen aus. Damit ist nicht nur die Eindämmung und Prävention gemeint, sondern auch die Behandlung (Pedersen and Saltin, 2015). Des Weiteren geht aus Studien hervor, dass sich die körperliche Aktivität auch positiv auf die mentale Gesundheit auswirkt. Außerdem ist sie für die Behandlung von psychologischen und neurologischen Erkrankungen förderlich (Broocks, 2005, Henkel et al., 2014).

Laut der Definition der *WHO* und von Caspersen et al. bezeichnet man als körperliche Aktivität jede körperlich ausgeübte Kraft, die zu einem Energieverbrauch oberhalb des Grundumsatzes führt. Die Definition ist bewusst breit gewählt um jede körperliche Betätigung miteinzubeziehen. Somit sind auch Freizeitaktivitäten und Alltagsbewegungen inkludiert. Im Gegensatz dazu hat Sport einen Wettkampfcharakter und beim Fitnesstraining sind eine bewusste körperliche Ertüchtigung und die Förderung der Gesundheit die obersten Ziele. Fitnessübungen sind geplante Einheiten, die mit strukturierten Bewegungen einhergehen. Der Energieaufwand ist bei beiden Formen der körperlichen Aktivität je nach Intensität verschieden (Caspersen et al., 1985, World Health Organization, 2010). In Pflegeheimen wird körperliche Aktivität hauptsächlich in Alltagsbewegungen wie z. B. Treppensteigen, sowie Freizeitbewegungen wie z. B. längeren Spaziergängen umgesetzt. In vielen Institutionen gibt es auch mehrmals pro Woche Übungseinheiten wie z. B. Turngruppen oder Einheiten mit Dehnungsübungen.

Laut der *WHO* bewegen sich nur rund ein Viertel aller Personen über 65 Jahre ausreichend (World Health Organization, 2018). Die Folgen von Bewegungsmangel können weitläufig sein. Europaweit sterben jährlich rund 600.000 Menschen an den Folgen von Bewegungsmangel (World Health Organization, 2010). Von internationalen Experten wird täglich zumindest eine halbe Stunde an körperlicher Aktivität mittlerer Intensität empfohlen. Dadurch kann das Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes sowie Brust- und Darmkrebs reduziert werden (World Health Organization, 2006).

Die Empfehlungen der körperlichen Bewegung sind, angepasst an die Lebensabschnitte, unterschiedlich. Im höheren Lebensalter wird empfohlen, so viel Bewegung als möglich in den Alltag einzubringen. Mögliche Aktivitäten dafür sind tägliche Spaziergänge und arbeiten im Garten. Es sollte jede Möglichkeit für Bewegung genutzt werden wie beispielsweise Stiegen steigen anstatt den Lift zu benutzen und auch Sportarten wie Schwimmen oder Radfahren (World Health Organization, 2006).

Obwohl ein Teil der älteren Personen regelmäßig körperlich aktiv ist, gibt es auch einige Personen, besonders ältere, gebrechliche Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner, die der Meinung sind, dass körperliche Aktivität aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen nicht wirksam ist (Schoberer et al., 2016).

Um das *Empowerment*, also die Selbstbestimmung von Bewohnerinnen und Bewohnern zu stärken, wäre es demnach wichtig die Motivatoren dieser Gruppe zu kennen. Laut der *WHO* ist die Motivation ein zentrales Element der Gesundheitsschulung und –beratung. Als Ziel dieser kann die Verbesserung der Gesundheit z. B. durch Motivation angesehen werden (Schoberer et al., 2016).

1.3 Motivation zur körperlichen Aktivität

Unter Motivation ganz allgemein versteht man die Gesamtheit aller Beweggründe, die dazu führen, dass man eine Handlung setzt, um ein bestimmtes erstrebtes Ziel zu erreichen (Gruyter, 2002).

Es gibt intrinsische und extrinsische Faktoren, die die Motivation beeinflussen. Bei den extrinsischen Faktoren unterscheiden Barbuto und Scholl zwischen der instrumentellen Motivation (*instrumental motivation*), dem externen Selbstverständnis (*external self concept*) und der Internalisierung von Zielen (*goal internalization*) (Barbuto and Scholl, 1998). Beispiele für die instrumentelle Motivation wären Belohnungen bzw. Vorteile von außen z. B. jemand bekommt Geld für seine gemalten Bilder. Beim externen Selbstverständnis geht es um Idealvorstellungen, die vom jeweiligen Umfeld geprägt sind, z. B. auch das Zugehörigkeitsmotiv. Das Zugehörigkeitsmotiv kann als Verbundenheit oder Identifikation mit einer bestimmten Gruppe wie beispielsweise der Familie oder einem Verein erklärt werden. Durch den Einfluss dieser Gruppe wird man zu gewissen Handlungen motiviert. Die Internalisierung, auch Verinnerlichung, von Zielen ist initiiert von größeren Zielen, denen man als Einzelner beisteuern will, durch Erreichen dieser Ziele. Man setzt sich z. B. die Ziele einer Firma als eigene Ziele. Bei den intrinsischen Faktoren gibt es die intrinsische Prozessmotivation (*intrinsic process*) und das interne Selbstverständnis (*internal self concept*). Bei der intrinsischen Prozessmotivation wird eine Handlung durchgeführt, weil man sie selbst so gerne macht z. B. ein Musiker macht Musik, weil er das gerne tut. Das interne Selbstverständnis ist geprägt von den eigenen Wertvorstellungen sich selbst gegenüber. Diese haben oft keine eruierbaren Gründe. Es wird nach der Idealvorstellung der Person gehandelt (Barbuto & Scholl, 1998). Bei Pflegeheimbewohnern hat auch die Motivation einen besonders hohen Stellenwert.

1.4 Pflegerelevanz der Motivation zur körperlichen Aktivität

Für die professionelle Pflege würde sich vermehrte körperliche Bewegung der Bewohnerinnen und Bewohner durchaus positiv auswirken. Die pflegebedürftigen Personen könnten mehr Aktivitäten zur Selbstversorgung durchführen, was zur Erleichterung in der Pflege führen würde. Wichtig ist sowohl eine Prävention der körperlichen Einschränkung, als auch die Behandlung von Krankheitszuständen mittels körperlicher Aktivität. Beispiele dafür wären Bewegungsübungen, die an die körperliche Verfassung der Personengruppen angepasst, durchgeführt werden können, um so den funktionalen Status der Pflegebedürftigen zu erhalten, oder im Optimalfall zu verbessern.

Pflegepersonen sind meist die Personen, die in Pflegeheimen die Alltagsaktivitäten der Bewohnerinnen und Bewohner planen. Hierbei werden die Wünsche der Pflegebedürftigen, an den gesundheitlichen Zustand und an die vorhandenen Ressourcen angepasst, teilweise miteinbezogen. Ein primäres Ziel der Pflege sollte immer noch die Durchführung von aktivierender und motivierender Pflege sein.

Oftmals ist für die Pflegepersonen aber nicht klar, welche Strategien zur körperlichen Aktivierung angewandt werden sollen. Das Wissen über motivationsfördernde Strategien wäre hierbei sehr wichtig. Aus den bereits genannten Gründen, wäre es von Vorteil zu wissen, wie man Personen im höheren Alter dazu motivieren kann, vermehrt körperlich aktiv zu sein.

1.5 Forschungslücke, Forschungsziel und Forschungsfrage

Derzeit gibt es, laut Wissen der Autorin, keine systematische Zusammenfassung zu Motivationsstrategien bzw. Motivatoren von älteren Menschen im Pflegeheim. Um diese Lücke zu füllen wird im Rahmen der Bachelorarbeit dieses Literaturreview durchgeführt. Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Motivationsstrategien aufzuzeigen, die der Förderung der körperlichen Aktivität dienen. Dabei sollen auch Empfehlungen für die Pflegepraxis abgeleitet werden.

Die folgende Forschungsfrage soll dabei beantwortet werden:

Welche Motivationsstrategien zur Förderung der körperlichen Aktivität bei Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern gibt es?

Die Forschungsfrage wird nachfolgend im PICO-Schema dargestellt (siehe Tabelle 1). Das PICO-Schema wird oft in der *Evidence Based Practice (EBP)* verwendet. Es soll die Suche erleichtern und gibt einen Überblick über die einzelnen Bestandteile (Polit and Beck, 2017).

- P: steht für „population or patients“
- I: steht für “intervention, influence or exposure”
- C: steht für “comparison”
- O: steht für “outcomes”

(Polit and Beck, 2017)

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien anhand des PICO-Schemas

P	Ältere Personen (Alter: 65+) im Pflegeheim und Betreutem Wohnen
I	Implementierung einer Motivationsstrategie (konkretes Programm), einzelne Strategien oder förderliche und hemmende Faktoren von körperlicher Aktivität
C	Studien mit und ohne Kontrollgruppe
O	Selbstversorgung, Selbstwirksamkeit, Autonomie, etc.

2 Methode

Das Forschungsdesign ist ein Literaturreview. Dieses wird als kritische Zusammenfassung eines für die Forschung interessanten Themas definiert (Polit and Beck, 2017). Oft wird dadurch ein Forschungsproblem in den Kontext gestellt (Polit and Beck, 2017).

2.1 Literaturrecherche

Ein erstes Einlesen in das Thema erfolgte mittels Internet und Büchern. Im Zeitraum von Oktober 2019 bis Jänner 2020 fand die Literatursuche in den einschlägigen Datenbanken *Public Medicine (Pubmed)*, *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (Cinahl)* und *Web of Science* statt. Ebenso wurde mittels Handsuche in der Datenbank *Google Scholar* und in Referenzlisten nach relevanter Literatur gesucht.

Um möglichst alle entscheidenden Artikel zu finden, wurden keine sprachlichen Einschränkungen getroffen. Für die Suche in den Datenbanken wurden die Schlüsselwörter, die sogenannten *Keywords*, auf Englisch verwendet (siehe Tabelle 2).

Mithilfe der *Subject Headings*, in *Pubmed* auch *MeSh Terms (Medical Subject Headings)* genannt, wurde die Suche in den Datenbanken spezifiziert indem die Suchbegriffe *Motivation*, „*Assisted Living Facilities*“ und „*Nursing Homes*“ verwendet wurden. Bei den *Subject Headings* wird die Suche mithilfe eines Überbegriffes in eine bestimmte Richtung vertieft, je nachdem welche Gruppierungen schon in der Datenbank vorhanden sind (Polit and Beck, 2017). Insofern, dass die *Subject Headings* in den Datenbanken möglich und auch passend waren, wurden sie angewendet (siehe Tabelle 3). Zusätzlich zu den *Subject Headings* wurde der gleiche Begriff auch in die Freitextsuche eingegeben, da die gefundenen Resultate nicht immer ident sein müssen (Polit and Beck, 2017). Als Suchbegriffe für das Setting Pflegeheim wurden „*Nursing homes*“ (*Mesh*), „*nursing home*“, „*care home*“, „*residential home*“, „*Assisted Living Facilities*“ (*Mesh*) und „*assissted liv**“ mit dem Boolesche Operator *OR* verbunden.

Ebenso wurden die folgenden Suchbegriffe bezogen auf die Motivation mit *OR* verbunden: *Motivation (Mesh)*, *motivat**, *incentive*, *activat** und *empower**. Die Suchbegriffe für körperliche Bewegung waren: *activity*, *exercis**, *fitness*, *performance* und *workout*. Diese wurden ebenfalls untereinander mit *OR* verbunden. Die genannten drei Gruppierungen wurden mit dem Booleschen Operator *AND* verbunden.

Die Trunkierung (*) wurde verwendet, um die Suche in den Datenbanken zu erweitern. Indem man das Sternchen (*) vor oder hinter einen Wortstamm stellt, erhält man alle Abwandlungen davon (Polit and Beck, 2017). Die Anführungszeichen („“) wurden verwendet, um sicher zu gehen, dass das Wort in Kombination gesucht wird (Polit and Beck, 2017).

Tabelle 2: Schlüsselwörter, Synonyme und Suchbegriffe

Schlüsselwörter	Synonyme	Suchbegriffe
Pflegeheim	nursing home, care home, residential home, assisted living	„Nursing homes“ (Mesh) „nursing home“ „care home“ „residential home“ "Assisted Living Facilities" (Mesh) „assisted liv*“
Strategien zur Motivation	motivation, incentive, activate, activation, empower, empowerment	Motivation (Mesh) motivat* incentive activat* empower*
Körperliche Aktivität	physical activity, activity, physical exercise, exercise, workout, fitness, physical fitness	activity exercis* fitness workout

Tabelle 3: Suchstring in den Datenbanken

Pubmed	((((((("Motivation"[Mesh]) OR motivat*) OR incentive) OR activat*) OR empower*)) AND (((activity) OR exercis*) OR fitness) OR workout)) AND (((((((("assisted liv*") OR "Assisted Living Facilities"[Mesh]) OR "Nursing Homes"[Mesh]) OR "residential home") OR "care home") OR "nursing home"))	Filter: über 65 Jahre
Cinahl	((((((MH "Motivation") OR (motivat*) OR (incentive) OR (activat*) OR (empower)) AND (((activity) OR (exercis*) OR (fitness) OR (workout)) AND ((((MH "Nursing Homes") OR ("nursing home") OR ("care home") OR ("residential home") OR (MH "Assisted Living") OR ("assisted liv*"))	Filter: über 65 Jahre
Web of Science	((motivate)* OR (incentive) OR (activat*) OR (empower)) AND ((activity) OR (exercis*) OR (fitness) OR (workout)) AND (("nursing home") OR ("care home") OR ("residential home") OR ("assisted liv*"))	Keine Filter

Nach der Suche in den Datenbanken werden die Duplikate entfernt. Danach erfolgt ein Titel- und Abstractscreening betreffend der Relevanz der Studien. Weiteres erfolgt ein Screening, wobei die Volltexte hinsichtlich der Erfüllung der Ein- und Ausschlusskriterien überprüft werden.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Das Augenmerk dieser Literaturübersicht liegt auf älteren Personen. Gemeint sind Personen von 65 Jahren und älter. Dieses Alter wird in der Literatur als einschneidendes Alter und Abschnittswechsel zu den „jungen Alten“ (65 Jahre bis unter 85 Jahre) und der Gruppe der „alten Alten“ (85 Jahre und älter) genannt (Tesch-Römer and Wurm, 2009).

Eingeschlossen wurden Studien mit Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeheimen über 65 Jahren mit und ohne kognitiven Einschränkungen. Ebenso wurde das Setting *Assisted Living*, welches mit dem österreichischen Betreuten Wohnen vergleichbar ist, miteinbezogen (siehe Tabelle 1). Reviews wurden ausgeschlossen. Um möglichst alle themenbezogenen Artikel zu finden, wurden keine sprachlichen Limitationen gesetzt. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich nicht mit der Thematik befassen. Es sollen die Motivationsstrategien, die sowohl die extrinsische, als auch die intrinsische Motivation beeinflussen, behandelt werden.

Auch Studien, die Alltagsaktivitäten wie Spaziergänge und Übungseinheiten behandeln, sollen in die Literaturübersicht inkludiert werden. Für Bewohnerinnen und Bewohner mit höherem Pflegeaufwand sollen auch passive Bewegungsübungen miteinbezogen werden. Eine Intervention könnte z. B. die Implementierung einer Motivationsstrategie, eines konkreten Programmes, oder einer einzelnen Strategie sein. Zusätzlich werden auch Studien und Befragungen beachtet, in denen es um die beeinflussenden förderlichen oder hemmenden Faktoren von körperlicher Aktivität geht. Es werden Studien sowohl mit, als auch ohne Kontrollgruppe miteinbezogen.

Der Outcome sind z.B. die Selbstversorgung der Bewohnerinnen und Bewohner, das gewonnene *Empowerment* oder die Selbstwirksamkeit. Unter *Empowerment* versteht man die Selbstbestimmung oder Autonomie von Personen, die Selbstwirksamkeit, im Englischen *self-efficacy*, ist die eigene Überzeugung, dass man auch schwierige Lebenssituationen meistern kann.

2.3 Kritische Bewertung

Kritisch bewertet werden die Studien mit dem *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)*. Das *MMAT* ist ein Bewertungsinstrument, welches bei Reviews mit verschiedenen Studiendesigns eingesetzt wird. Es ermöglicht die Bewertung der methodischen Qualität in fünf Kategorien: qualitative Studien, randomisiert-kontrollierte Studien, nicht-randomisiert-kontrollierte Studien, deskriptive Studien und Studien mit gemischten Methoden (*mixed-methods*) (Hong et al., 2018).

Aufgebaut ist das Bewertungsinstrument wie folgt: Zu Beginn gibt es zwei Einstiegsfragen für alle Designs. Alle Fragen können mit „Yes“, „No“ oder „Can´t tell“ beantwortet werden. Nach der Beantwortung der ersten zwei Fragen folgen fünf weitere Fragen, die je nach Design der Studie unterschiedlich sind. Außerdem gibt es zu jedem Design eine genaue Erklärung zu den Fragen (Hong et al., 2018). Anhand dieser Bewertung werden die gefundenen Studien in das Literaturreview miteinbezogen oder, bei Beantwortung der ersten zwei Fragen des Fragebogens *MMAT* mit „No“ oder „Can´t tell“, ausgeschlossen. Somit sollen nur empirische Studien miteinbezogen werden.

2.4 Analyse/Synthese der Ergebnisse

Der Verlauf der Auswahl der Studien wird mittels Flowchart dargestellt. Die Studiencharakteristika werden extrahiert und in einer Tabelle dargestellt. Die Ergebnisse werden nach konkreten Programmen/Motivationsstrategien, einzelnen Strategien und beeinflussenden förderlichen und hemmenden Faktoren von körperlicher Aktivität gegliedert.

3 Ergebnisse

Die Literaturrecherche hat 449 Ergebnisse in den Datenbanken erzielt. Zusätzlich wurden mittels Handsuche 2 passende Studien gefunden. Die kritische Bewertung von 9 Studien erfolgte mit dem Bewertungsbogen *MMAT* nach Hong et al..

Anschließend wurden die bewerteten Studien inkludiert (siehe Abbildung 1).

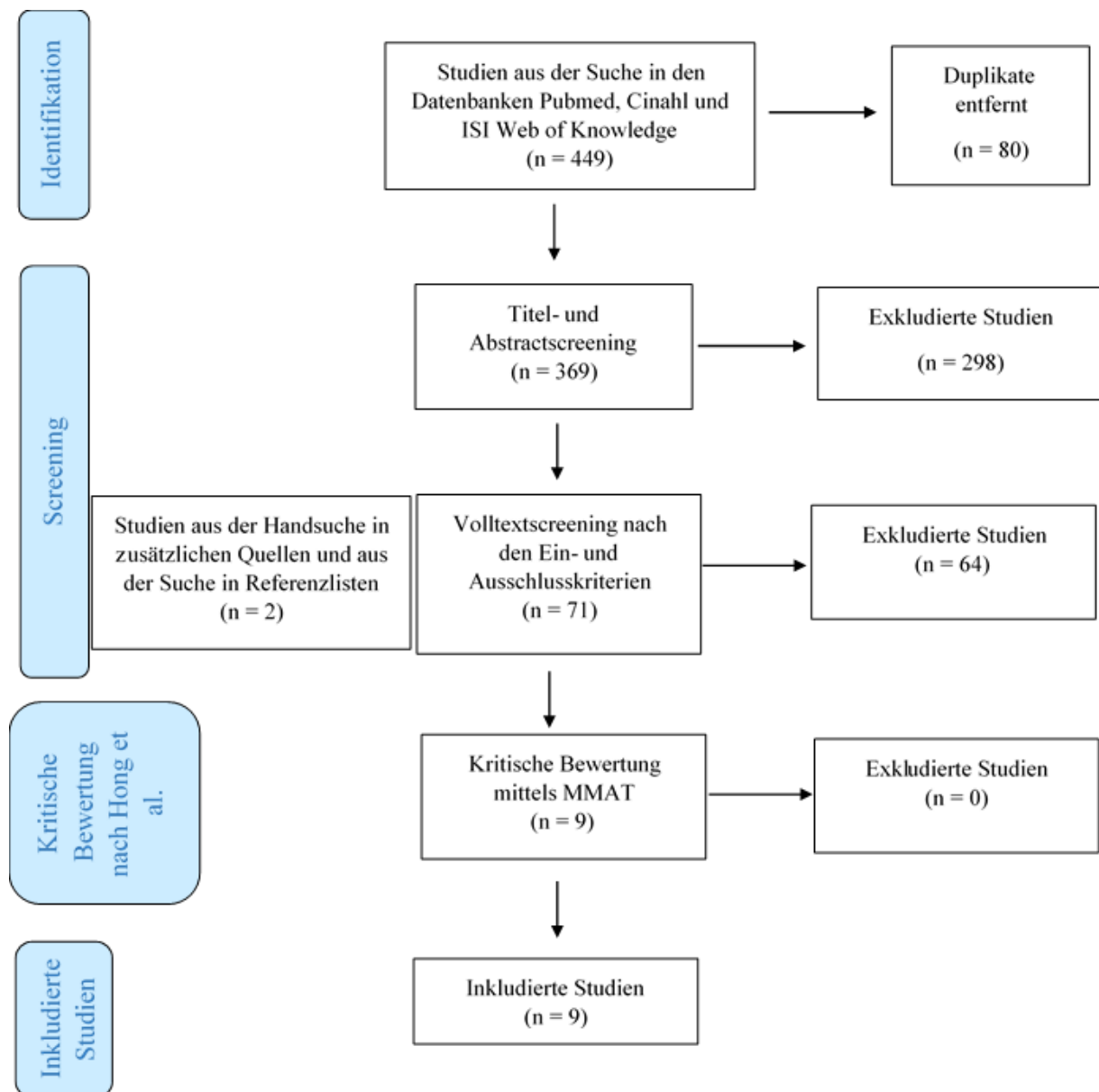


Abbildung 1: Adaptiertes Flowchart nach Moher et al. 2009

(Moher et al., 2009)

3.1 Charakteristika der eingeschlossenen Studien

Insgesamt beschäftigten sich vier Studien mit körperlichen Übungsprogrammen, zwei davon mit *Wii Fit Exergames* und zwei mit dem *HIFE*-Programm – teilweise waren es gemischte Studiendesigns, die angewendet wurden (Chao et al., 2015, Chao et al., 2013, Olsen et al., 2015, Sondell et al., 2018). Zusätzlich gab es eine Studie, die ein Übungsprogramm den Bewohnerinnen und Bewohnern aushändigte, welches zur selbstständigen Ausführung bestimmt war (Vanroy et al., 2019). Drei Studien erforschten mittels persönlichen Befragungen die Motivatoren für körperliche Aktivität, sowie Hindernisse um an Aktivitäten nicht teilzunehmen oder nicht teilnehmen zu können. Ebenso wurde auf die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner eingegangen (Chen and Li, 2014, Tak et al., 2015, Jenull-Schiefer, 2004). Eine Studie behandelte die Einführung von *Restaurative Care* (Resnick et al., 2009).

Wii Fit Exergames ist ein interaktives Video-Übungsprogramm der Firma Nintendo, welches häufig in Gesundheitseinrichtungen genutzt wird. Es stellt sinnvolle, intensive, angenehme zielgerichtete Aktivitäten zur Verfügung. Dieses Übungsprogramm bietet eine attraktive Audio- und Videoübertragung, welche Personen dazu motivieren kann dieses Programm zu nutzen. Zusätzlich kann *Wii Fit Exergames* auf Änderungen der Richtung und Geschwindigkeit reagieren (Chao et al., 2015).

Das *High-Intensity Functional Exercise*-Programm (*HIFE*) wurde entwickelt um die Kraft der unteren Extremitäten, das Gleichgewicht und die Mobilität von älteren Personen mit unterschiedlichem Grad der Beeinträchtigung zu fördern. Das Programm umfasst 39 Übungen, welche in funktionellen Belastungspositionen durchgeführt werden. Diese sollen Bewegungen wie etwa das Aufstehen von einem Sessel, Bewegungen im Rumpf, Gehen und Stiegen steigen, wie sie im Alltag stattfinden, nachahmen (Sondell et al., 2018).

Restaurative Care ist eine Pflegephilosophie, die darauf abzielt, die Bewohnerinnen und Bewohner angesichts von Komorbiditäten in ihren höchstmöglichen funktionellen und physischen Zustand zu versetzen und diesen zu erhalten. Ein Beispiel dafür sind Anweisungen während des Badens, sodass die Bewohnerin bzw. der Bewohner die Tätigkeit ausführt, anstelle der Pflegeperson (Resnick et al., 2009). Die Charakteristika der inkludierten Studien werden anhand der folgenden Tabelle dargestellt (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Charakteristika der inkludierten Studien

Titel, Autoren, Jahr und Land	Ziel	Design und Dauer	Population und Setting	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
„Physical and Psychosocial Effects of Wii Fit Exergames Use in Assisted Living” (Chao et al., 2015), USA	Den Unterschied in körperlicher Funktion, Angst vor Stürzen, Depression und Lebensqualität bei Bew. ¹ im Betreuten Wohnen zu untersuchen, wobei eine Gruppe die SAHA ² Intervention erhält und die andere ein Gesundheitsschulungsprogramm.	Design: Quasi-experimentell, pre/post-test Dauer: 4 Wochen	32 Bew. aus dem Setting ALF ³ .	Wii Fit Gruppe: 16 Bew. erhielten das SAHA—Programm und eine motivierende Intervention bestehend aus 4 Strategien die Selbstwirksamkeit zu verbessern (basierend auf Bandura`s 1997 Selbstwirksamkeitstheorie). Zusätzlich wurde ein übungsbezogenes Poster und eine Gesundheitsschulungsbroschüre ausgehändigt. Das Programm wurde 2x pro Woche für 4 Wochen ausgeführt und dauerte ca. 60 Min. pro Session. Die Übungen wurden in 2er Teams durchgeführt, wobei jeder TN⁴ ca. 30 Min. Spielzeit hatte.	Gesundheits-schulungsprogramm-Gruppe: 16 Bew. erhielten eine Gesundheitsschulung in der Dauer von 30 Minuten 1x pro Woche für 4 Wochen. Zusätzlich erhielten sie ein übungsbezogenes Poster und eine Gesundheitsschulungsbroschüre. Die TN wurden im Rahmen von Gesprächen mit den Forschungsassistenten dazu ermutigt an den Routine-Körperübungen in der ALF teilzunehmen.

„The feasibility of an intervention combining self-efficacy theory and Wii Fit exergames in assisted living residents: A pilot study” (Chao et al., 2013), USA	Die Annehmbarkeit, Sicherheit und Effizienz des SAHA Programmes zu untersuchen und zu evaluieren wie sich die Intervention, die auf der Selbstwirksamkeitstheorie basiert, auf die Bew. bezüglich der Weiterführung von körperlicher Aktivität auswirkt. Ebenso sollen die Konsequenzen von körperlicher Aktivität untersucht werden.	Design: single-group pre/post test design Dauer: 8 Wochen	7 Bew. aus dem Setting ALF.	Motivationsintervention: Um die Selbstwirksamkeit zu fördern wurden 4 Grundsätze implementiert. Außerdem wurde in Pärchen gearbeitet. Es erfolgten Ermutigungen und Unterstützung von den Teammitgliedern und den Forschern und eine Gesundheitsberatung. <i>Wii Fit Exergames</i>-Intervention: Die Intervention erfolgte 2x pro Woche für 8 Wochen und dauerte je ca. 30 Min. pro Person (als Team ca. 60 Min.). Nach 30 Min. erfolgte ein Wechsel der Partnerin/des Partners und die trainierende Person wurde von der anderen Person ermutigt. <i>Wii Fit Exergames</i> Erfahrungsfragebogen: Der Erfahrungsfragebogen erfragte die Annehmbarkeit der Intervention (1. Teil vor der Intervention: Vorerfahrung mit <i>Wii Fit Exergames</i>; 2. Teil nach Beendigung des 8 Wochen-Programmes: Erfahrungen mit <i>Wii Fit Exergames</i>).	Keine KG⁵
---	--	---	------------------------------------	---	-----------------------------

„Can a framed intervention motivate older adults in assisted living facilities to exercise?“ (Vanroy et al., 2019), Belgien	Zu untersuchen ob ältere Menschen zu Widerstandsübungen motiviert werden können und den Mechanismus zu untersuchen, der ältere Menschen dazu motiviert, Sport zu betreiben.	Design: semi-RCT⁶ Dauer: 3 Wochen	111 Bew. aus dem Setting ALF.	Die TN wurden in 3 Gruppen unterteilt: N⁷, PV⁸ und PM⁹. Die TN der Gruppen PV und PM erhielten ein 3-Wochen Übungsprogramm mit den Unterlagen um diese selbstständig ausführen zu können. TN der Gruppe PV und PM erhielten zusätzlich Unterlagen zu den Ergebnissen, die sie zu erwarten hätten, bei regelmäßiger Ausführung Bei dem Übungsprogramm gab es Standard Sessions von ca. 20 Min. mit 8 funktionellen Übungen. Empfohlen wurden mind. 4 Sessions pro Woche und mind. 12 h zwischen 2 Einheiten. Ebenso wurde auch die Steigerung der Wiederholungen der Übungen pro Woche empfohlen. Es gab 4 Meetings für die Gruppen PV und PM (t1 - t4). Diese fanden ca. alle 6-8 Tage statt und dauerten ca. 1 Stunde.	TN der Gruppe N erhielten ein 3-Wochen Übungsprogramm mit den Unterlagen um diese selbstständig ausführen zu können. Bei dem Übungsprogramm gab es Standard Sessions von ca. 20 Min. mit 8 funktionellen Übungen. Empfohlen wurden mind. 4 Sessions pro Woche und mind. 12 h zwischen 2 Einheiten. Ebenso wurde auch die Steigerung der Wiederholungen der Übungen pro Woche empfohlen.
--	--	--	--------------------------------------	---	--

„Nursing Home Resident Outcomes from the Res-Care Intervention” (Resnick et al., 2009), USA	Den Effekt der Res-Care ¹² Intervention bei Bew. zu erforschen.	Design: RCT Dauer: 12 Monate	487 Bew. aus dem Setting PH.	Ein 6-Wochen Schulungsprogramm von NAs¹⁰ durch APNs¹¹. Diese haben die Restaurative-Care-Intervention dann an den 256 Bew. angewendet. Die Schulungsthemen umfassten die Philosophie von Restorative Care, die Motivation von Bew., Selbstwirksamkeitsinterventionen, das Anwenden von Res-Care bei täglichen Aktivitäten, Res-Care bei einfachen Körperübungen, Dokumentation und schwierige Situationen, die auftreten können.	Eine einmalige Schulung von NAs über den Umgang mit schwierigen Situationen. Diese Schulung wurde im Alltag an den 231 Bew. angewendet.
---	--	-------------------------------------	------------------------------	---	---

“Increased self-efficacy: the experience of high-intensity exercise of nursing home residents with dementia – a qualitative study” (Olsen et al., 2015), Norwegen	Die positiven und negativen Erfahrungen mit einem <i>HIFE</i>-Programm bei Bew. mit Demenz, aus der Perspektive der Bew., zu erforschen.	Design: Qualitative Studie mit vorhergehender Pilotstudie für eine RCT, Dauer: 10 Wochen	8 Bew. aus dem Setting PH¹³.	Das <i>HIFE</i>¹⁴-Programm mit 5 Min. Aufwärmphase bestehend aus mind. 2 Stärkungsübungen für die unteren Gliedmaßen und 2 Balanceübungen. Die Übungen wurden überwacht von Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten. Die Intensität wurde ebenfalls von den Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten gewählt und dokumentiert. Es wurde 3x pro Woche für ca. 50-60 Min. trainiert. Eine Woche nach der letzten Session erfolgten semi-strukturierte Interviews über die Teilnahme am <i>HIFE</i>-Programm. Dabei wurden Fotos von den Aktivitäten und Interviewguides verwendet. Die Interviews dauerten ca. 1h pro Interview und wurden aufgenommen.	Keine KG
---	---	--	--	---	-----------------

„Motivators for Physical Activity among Ambulatory Nursing Home Older Residents” (Chen and Li, 2014), Taiwan	Die selbst-identifizierten Motivatoren für körperliche Aktivität bei ambulanten Bew. eines PH zu erforschen.	Design: qual. exploratives Design Dauer: ca. 30-40 Min pro Interview	18 Bew. aus dem Setting PH.	Es wurden Interviews mit den Bew. im Zimmer der Bew. oder im Garten durchgeführt. Gestartet wurde mit Smalltalk, danach wurden Dinge besprochen, die die Bew. zur Durchführung von körperlicher Aktivität motivieren. Die Interviews wurden aufgenommen.	Keine KG
„Activity Engagement: Perspectives from Nursing Home Residents with Dementia” (Tak et al., 2015), USA	Die Arten der Beteiligung und Hindernisse für Aktivitäten zu beschreiben, die von Bew. mit Demenz berichtet wurden.	Design: Content Analyse innerhalb eines Ethnographischen Rahmens (qualitative Studie) Dauer: 15-30 Min. pro Interview	37 Bew. aus dem Setting PH.	Die Interviews mit den Bew. beinhalteten die derzeitige Aktivität, die derzeitige Involviertheit in Aktivitäten sowie Hindernisse und Motivatoren für die Aktivitäten.	Keine KG

„Geri-Aktiv“ – Die Aktivierung von Pflegeheimbewohnern“(Jenull-Schiefer, 2004), Österreich	Zu untersuchen, ob und inwieweit die Aktivitäten, die im PH angeboten werden, den Wünschen und Bedürfnissen der Bew. entsprechen. Ebenso, an welche Faktoren eine selbstbestimmte Aktivierung ansetzen kann.	Design: Methodenkombination („Mixed Methods“)	<u>Phase 1:</u> aus 255 Bew. und 171 Pflegepersonen aus dem PH. <u>Phase 2:</u> 61 Bew. aus dem PH.	<u>Phase 1:</u> Status-quo-Erhebungen des Stellenwertes von Aktivität im PH durch Interviews mit Bew., sowie einem Fragebogen, der an das Pflegepersonal gerichtet war. <u>Phase 2:</u> Vertiefende qualitative Interviews mit den Bew..	Keine KG
--	--	---	--	---	----------

“Motivation to participate in high-intensity functional exercise compared with a social activity in older people with dementia in nursing homes” (Sondell et al., 2018), Schweden	Die Motivation von älteren Menschen mit Demenz, welche an hoch-intensiven funktionalen Körperübungen teilnahmen, zu evaluieren und dies mit der Teilnahme in einer sozialen Gruppenaktivität zu vergleichen.	Design: cluster-RCT; Teil einer größeren Studie (UMDEX¹⁵) Dauer: 4 Monate	186 Bew. aus dem Setting PH	Das Körperliche Übungsprogramm basierte auf dem <i>HIFE</i>-Programm. In Gruppen von 3-8 Personen, wurden ca. 45 Min. lang, 5 mal in 2 Wochen Sessions abgehalten (insgesamt wurden 40 Sessions für jede Gruppe abgehalten). Überwacht wurden die Übungen von 2 Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten oder 1 Ergotherapeutin/Ergotherapeuten.	Die soziale Gruppenaktivität fand in Gruppen von 3-8 Personen statt. Überwacht wurde die Gruppenaktivität von 1 Ergotherapeutin/Ergotherapeuten und 1 Assistentin/Assistent der Ergotherapie. Die Aktivitäten wurden nach Themen gegliedert, die als interessant für die älteren Personen galten (z. B. Jahreszeiten, Gartenarbeit, ...). Während der Aktivität wurde gesungen, Musik gehört, Bilder angeschaut und die Personen unterhielten sich untereinander.
--	---	--	------------------------------------	---	--

¹Bewohnerinnen und Bewohner; ²Staying Active Healthy Ageing; ³Assisted Living Facility; ⁴Teilnehmerinnen und Teilnehmer; ⁵Kontrollgruppe; ⁶Randomized Controlled Trial; ⁷Neutral Condition; ⁸Prevention Condition; ⁹Promotion Condition; ¹⁰Nursing Assistant; ¹¹Advanced Practice Nurse; ¹²Restaurative Care; ¹³Pflegeheim; ¹⁴High-intensity Functional Exercise; ¹⁵Umea Dementia and Exercise Study;

3.2 Qualität der eingeschlossenen Studien

Die Qualität der inkludierten Studien wird anhand des Bewertungsbogens *MMAT* von Hong et al. beurteilt. Die Fragen werden mit „Ja“, „Nein“ oder „Weiß nicht“ beantwortet. Bei der Beantwortung mit „Nein“ oder „Weiß nicht“ wird ein Kommentar angeführt. Nachfolgend ist die Beurteilung der Studien je nach Studiendesign dargestellt (Tabellen 5-8). Die Qualität der verwendeten Studien wird von der Autorin als gut bis sehr gut eingeschätzt. Kommentare zu den einzelnen Unterpunkten der Bewertung der Studien werden in der nachfolgenden Tabelle veranschaulicht.

Tabelle 5: Qualitative Studien

1. Qualitative Studien	S1. Eindeutige FF ¹ ?	S2. Beantwortung der FF durch die gesammelten Daten?	1.1. Ist der qualitative Ansatz zur Beantwortung der FF geeignet?	1.2. Sind die Datenerhebungsmethoden geeignet um die FF zu beantworten?	1.3. Sind die Ergebnisse angemessen abgeleitet?	1.4. Ist die Interpretation der Ergebnisse durch Daten angemessen begründet?	1.5. Gibt es einen Zusammenhang zwischen qualitativen Datenquellen, Sammlung, Analyse und Interpretation?
(Olsen et al., 2015)	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.
(Chen and Li, 2014)	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.
(Tak et al., 2015)	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.

¹ Forschungsfrage; (Hong et al., 2018)

Tabelle 6: Quantitative randomisiert-kontrollierte Studien

2. Quantitative RCT ¹	S1. Eindeutige FF ² ?	S2. Beantwortung der FF durch die gesammelten Daten?	2.1. Wurde die Randomisierung angemessen durchgeführt?	2.2. Sind die Gruppen zu Beginn der Studie vergleichbar?	2.3. Sind alle TN ³ bis zum Ende angeführt?	2.4. Sind die Prüfer der Ergebnisse verblindet?	2.5. Haben sich die TN an die zugewiesene Intervention gehalten?
(Sondell et al., 2018)	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Weiß nicht. Kein Hinweis darüber in der Studie.	Ja.
(Resnick et al., 2009)	Ja.	Ja.	Ja.	Ja. Nur in Bezug auf die Hautfarbe nicht.	Ja.	Ja.	Ja.

¹Randomisiert-kontrollierte Studie; ²Forschungsfrage; ³Teilnehmerinnen und Teilnehmer; (Hong et al., 2018)

Tabelle 7: Quantitative nicht-randomisierte Studien

3. Quantitative nicht-randomisierte Studien	S1. Eindeutige FF ¹ ?	S2. Beantwortung der FF durch die gesammelten Daten?	3.1. Sind die TN ² repräsentativ für die Population?	3.2. Sind die Messungen angemessen für beide Gruppen?	3.3. Sind alle TN bis zum Ende angeführt?	3.4. Sind die Störfaktoren beachtet worden?	3.5. Erfolgte die Intervention wie geplant im Untersuchungszeitraum?
(Vanroy et al., 2019)	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.
(Chao et al., 2015)	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.	Ja.
(Chao et al., 2013)	Ja.	Ja.	Ja.	Weiß nicht. Es gibt nur 1 Versuchsgruppe.	Ja.	Ja.	Ja.

¹Forschungsfrage; ²Teilnehmerinnen und Teilnehmer; (Hong et al., 2018)

Tabelle 8: Studien mit gemischten Designs

5. Methodenkombination („Mixed methods“)	S1. Eindeutige FF ¹ ?	S2. Beantwortung der FF durch die gesammelten Daten?	5.1. Gibt es eine angemessene Begründung für die Verwendung von mehreren Designs in Kombination?	5.2. Sind die qualitativen und quantitativen Komponenten der Studie effektiv integriert um die FF zu beantworten?	5.3. Werden die Ergebnisse der Integration qualitativer und quantitativer Komponenten angemessen interpretiert?	5.4. Werden Divergenzen zwischen qualitativen und quantitativen Ergebnissen angemessen berücksichtigt?	5.5. Werden die Qualitätskriterien der qualitativen und quantitativen Methode eingehalten?
(Jenull-Schiefer, 2004)	Ja.	Ja.	Ja.	Weiß nicht. Der genaue Ablauf der 2 Phasen ist anhand des Artikels nicht genau nachvollziehbar.	Weiß nicht. Die Analyse wird in dem Artikel nicht beschrieben, die Ergebnisse sind zwar vorhanden, aber der Weg dorthin nicht beschrieben.	Nein. Es gibt am Ende des Artikels ein Hauptergebnis, aber die qualitativen und quantitativen Ergebnisse werden nicht separat angeführt.	Weiß nicht. Keine näheren Angaben dazu im Artikel.

¹Forschungsfrage; (Hong et al., 2018)

3.3 Strategien bzw. Programme zur Förderung der körperlichen Aktivität

Das in zwei Studien behandelte Programm *Wii Fit Exergames* zeigt teilweise signifikante Verbesserungen in der körperlichen Fitness, konkret in der Balance ($p < 0,01$), und dem Abstellen der Beine auf einem Hocker ($p = 0,01$) (Chao et al., 2015) sowie in der Mobilität ($p < 0,063$) und der zurückgelegten Gehstrecke ($p < 0,063$) (Chao et al., 2013). Laut Erfahrungsberichten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gab es auch ein großes Interesse an dem Training mit *Wii Fit Exergames* und sie würden es ihren Freunden und Familien weiterempfehlen (Chao et al., 2013). Ebenso wird berichtet, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine nähere Beziehung mit ihren Trainingspartnerinnen und Trainingspartnern aufgebaut haben (Chao et al., 2013). Weiteres gab es signifikant weniger Anzeichen von Depression ($p < 0,05$) am Ende der Studie mit einer *Wii Fit Exergames*-Intervention (Chao et al., 2015). Außerdem zeigen die Ergebnisse vermehrte Sicherheit bei den täglichen Aktivitäten ohne zu stürzen ($p < 0,058$) (Chao et al., 2013).

Das *HIFE*-Programm ist ein weiteres Programm, das zur Motivation der Bewohnerinnen und Bewohner beitragen kann. Laut Interviews mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern haben sich fünf Kategorien gebildet, welche die Motivation für die Teilnahme an dem *HIFE*-Programm beschreiben sollen. Diese sind: die eigenen Grenzen ausreizen, Bewohnerinnen und Bewohner als wichtiger Bestandteil und als wertvolle Investition einer Institution, Beziehungen zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern erleichtern die Teilnahme an Aktivitäten, körperliche Übungen revidieren den Körper, erhöhen die Unabhängigkeit und verbessern das Selbstwertgefühl und die körperliche Aktivität als genannte grundlegende menschliche Notwendigkeit – „*use it or lose it*“ (Olsen et al., 2015). Bei der Gegenüberstellung von zwei Gruppen, einer *HIFE*-Gruppe und einer Sozialen Gruppenaktivität, konnte festgestellt werden, dass die Teilnahmerate in der körperlichen Übungsgruppe höher war (73,4 %) als bei der Gruppenaktivität (69,5 %). Während der beiden Interventionen war die hohe oder sehr hohe Motivation nahezu gleich (61 % in der körperlichen Übungsgruppe und 62,6 % bei der Gruppenaktivität).

Keine oder wenig Motivation wurden während der körperlichen Übung bei 11,5 % und bei der Gruppenaktivität bei 10 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfasst. Die Motivation beim Hingehen zu der Aktivität war bei der körperlichen Übungsgruppe niedriger (43,4 %), als bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppenaktivität (49,5 %). Demotivation oder sehr starke Demotivation wurden bei 35,1 % in der Gruppe mit den körperlichen Übungen und bei 21,5 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Gruppenaktivität gemessen (Sondell et al., 2018).

Eine weitere Möglichkeit um Bewohnerinnen und Bewohner zu mehr körperlicher Aktivität motivieren zu können ist ein vorgegebenes Übungsprogramm zur selbstständigen Ausführung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer inklusive regelmäßigen Meetings. Die Studie erhielt keine signifikanten Ergebnisse, auf die Motivation bezogen, es gab jedoch eine durchschnittliche Übungshäufigkeit von 4-5 Mal pro Woche in den Interventionsgruppen (Vanroy et al., 2019). Die Einführung von *Restaurative Care* und deren Effekt zu erforschen hatte eine weitere Studie zum Ziel. Signifikante Ergebnisse gab es bei der Mobilität und Balance sowie weniger Verluste in der Gangart. Keine signifikanten Veränderungen gab es bezüglich Kontrakturen, Stärke, Lebensqualität, Selbstwirksamkeit oder Ergebniserwartungen (Resnick et al., 2009).

3.4 Aspekte und einzelne Strategien zur Förderung der körperlichen Aktivität

Sowohl von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern berichtet, als auch Teil einer Intervention war die Motivation durch Gruppenarbeit oder Teamarbeit (Olsen et al., 2015, Chao et al., 2013, Chao et al., 2015). Weiteres konnten alle Aspekte, die die Selbstwirksamkeit der Bewohnerinnen und Bewohner stärken, zur Förderung der körperlichen Aktivität beitragen. In den Studien wurden hier Zielsetzung und Evaluation, Beratung, Unterstützung, Vorbilder, Ermutigungen und Umgang mit unangenehmen Situationen verwendet (Chao et al., 2015, Chao et al., 2013).

All diese Aspekte beruhen auf Bandura's (1997) Selbstwirksamkeitstheorie (Chao et al., 2015). Wettbewerb wurde in der Studie von Tak et al. als Motivation für körperliche Aktivität angesehen (Tak et al., 2015).

3.5 Motivatoren und Hindernisse für Bewohnerinnen und Bewohner: Ergebnisse aus qualitativen Befragungen

Aus Interviews mit Bewohnerinnen und Bewohner eines ambulanten Pflegeheimes haben sich fünf Motivatoren für körperliche Aktivität ableiten lassen: der Eifer nach Hause zurückzukehren, die Angst völlig abhängig zu werden, die Verbesserung des Stimmungszustandes durch körperliche Aktivität, sowie das Füllen von leerer Zeit und die körperliche Betätigung als kürzlich gepflegte Gewohnheit (Chen and Li, 2014). Bewohnerinnen und Bewohner geben an, dass sie im Pflegeheim nur Aktivitäten ausführen können, die von der Institution angeboten werden, obwohl sie sich oft andere Aktivitäten wünschen würden, die mit ihren früheren Hobbys übereinstimmen. Manche Aktivitäten wie Live-Musik mit Singen und Tanzen wären sehr beliebt. Das tägliche Spazieren wurde als wichtige Aktivität für die Bewohnerinnen und Bewohner benannt (Jenull-Schiefer, 2004, Tak et al., 2015).

Oft gab es Hindernisse um nicht an den Aktivitäten teilnehmen zu können. Dazu zählten vor allem die Beeinträchtigung der körperlichen Funktion (vor allem Schwierigkeiten mit den Fingern, Beinen, Knien, Rückenprobleme, eingeschränkte Sehfähigkeiten und Hörprobleme), Mangel an Zeitressourcen und keine Transportmöglichkeit zu den Aktivitäten (Tak et al., 2015). Aus einer weiteren qualitativen Studie gehen Ergebnisse hervor, die auf dem Drei-Ebenen-Modell der bedürfnisorientierten Aktivierung basieren. Dieses Modell besagt, dass es drei Ebenen gibt, die erfüllt werden wollen: Körperliche Aktivitäten (z. B. Tanzen, Schwimmen), mentale Aktivitäten (z. B. dichten, musizieren) und soziale Aktivitäten (z. B. Mitarbeit in div. Organisationen wie Pfarre oder Vereinen).

Für jede dieser drei Ebenen gibt es wiederum drei Motive, also Gründe dafür, warum Bewohnerinnen und Bewohner diese Aktivität durchführen: körperliche, mentale oder soziale Motive. Bei Einschränkungen einer Person (körperlich – z.B. Rollstuhl, mental – z. B. Konzentrationsprobleme oder sozial – z. B. keine Angehörigen) ist das Aktivierungsangebot an die Beeinträchtigung anzupassen (Jenull-Schiefer, 2004).

4 Diskussion & Ausblick

Ziel dieser Literaturarbeit war es, Motivationsstrategien und einzelne Aspekte zur Förderung der körperlichen Aktivität bei Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern zu identifizieren. Ebenso wurde das Setting Betreutes Wohnen miteinbezogen.

Als Ergebnisse von konkreten Motivationsstrategien zur Förderung der körperlichen Aktivität können zwei Programme angesehen werden, die auch signifikante Effekte erzielt haben: *Wii-Fit Exergames* und das *HIFE*-Programm. Zwei Programme zählen zu den Ergebnissen, die keine signifikanten Resultate erzielten: Die Einführung von *Restaurative Care* und ein vorgegebenes Übungsprogramm zur selbstständigen Ausführung durch die Bewohnerinnen und Bewohner im Betreuten Wohnen. Möglicherweise wurde beim vorgegebenen Übungsprogramm durch die verschiedenen Messmethoden der Motivation kein signifikanter Unterschied erreicht und es bedarf einer weiterführenden Studie zu diesem Thema mit einer anderen Messmethode zur Evaluation der Motivation um einen Vergleich zu erhalten. Außerdem wäre durch einen längeren Testzeitraum oder eine größere Stichprobe vielleicht ein anderes Ergebnis zu erwarten.

Die zu Beginn bereits hohe Selbstwirksamkeit der Bewohnerinnen und Bewohner könnte der Grund dafür sein, dass in der Studie um *Restaurative Care* kein signifikanter Effekt in der Selbstwirksamkeit oder Lebensqualität erzielt wurde. Möglicherweise wären weitere Studien, die dieses Thema behandeln, notwendig um auch mit Personen mit einer geringeren Selbstwirksamkeit als Ausgangslage zu starten (Resnick et al., 2009).

Studien bezüglich der qualitativen Befragungen von Bewohnerinnen und Bewohnern ergaben teilweise unerwartete Ergebnisse. Beispielsweise wurde als ein Motivator für körperliche Aktivität der Eifer nach Hause zurückzukehren, genannt (Chen and Li, 2014). Oft kommen Personen in das Pflegeheim, weil der Pflegeaufwand zu groß ist oder die pflegerische Versorgung zuhause nicht mehr möglich ist und die Entlassung zurück nach Hause ist nur noch selten gegeben. Die Aussage aus der Studie lässt

jedoch vermuten, dass in ambulanten Pflegeheimen in Taiwan die Möglichkeit besteht, wieder nach Hause zurückzukehren.

Einzelne Aspekte in Studien zeigen einfache Strategien die bei Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern angewandt werden können, um die Motivation der Bewohnerinnen und Bewohner steigern zu können. Auch Schoberer et al. benannten in einem Literaturreview Motivationsstrategien wie positives Feedback, motivierende Interviews, Zielsetzung auf Basis der Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner und auch Zielsetzung durch individuelle Pläne (Schoberer et al., 2016). Sowohl die motivierenden Interviews, als auch die Zielsetzung durch individuelle Pläne waren nicht Teil der Ergebnisse in dieser Studie. Dies ist möglicherweise auf zu enge Ein- und Ausschlusskriterien bezüglich des Alters der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zurückzuführen. Dadurch wurde viele Studien, die Personen bereits ab 60 Jahren inkludierten, ausgeschlossen.

4.1 Stärken und Schwächen

In der Literatursuche wurde eine Vielzahl an Synonymen für die Suchbegriffe verwendet. Es wurde mit *Subject Headings* und mit der Freitextsuche gearbeitet und es wurde in drei Datenbanken gesucht, was als Stärke dieser Studie hervorgehoben werden kann. Ebenso wurden keine sprachlichen und zeitlichen Limitationen gesetzt, um möglichst alle relevanten Studien in diese Literaturübersicht miteinbeziehen zu können. Die kritische Bewertung der Studien erfolgte mittels dem Bewertungsbogen MMAT. Dies ist ein Bewertungstool, das für alle Designs möglich ist.

Als Schwäche könnte angesehen werden, dass die Suche in Datenbanken der Physiotherapie nicht erfolgte (z. B. PEDro). Diese hätte vermutlich weitere relevante Treffer erzielt. Außerdem erfolgten die Selektion und die Bewertung der Studien, nur durch die Autorin, was zu einem möglichen Bias geführt haben könnte.

4.2 Empfehlungen für Forschung und Praxis

Weitere Forschung ist notwendig um den Effekt von *Restaurative Care* auf Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner zu erforschen. Empfehlenswert wäre dies besonders an einer Population die keine so hohe Selbstwirksamkeit zu Beginn der Studie aufweist. Weiteres kann empfohlen werden weitere Forschung zu vorgegebenen Übungsprogrammen, die das Ziel der Verbesserung der selbstständigen Durchführung von körperlichen Übungen verfolgen, durchzuführen. Für die Praxis sind vor allem die einzelnen Aspekte wie Ermutigungen und Gruppen- und Teamarbeit bei Aktivitäten von Bedeutung. Diese können teilweise einfach in den Alltag in Pflegeheimen und im Betreuten Wohnen integriert werden. Weitere Beispiele dafür sind Gespräche und gemeinsame Zielsetzung.

5 Schlussfolgerung

Die geringe körperliche Aktivität bei Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern ist ein globales Problem. Um diesem entgegenzuwirken wurden in dieser Literaturübersicht Motivationsstrategien zur Förderung der körperlichen Aktivität gefunden und benannt. Zwei komplexe Programme (*Wii Fit Exergames* und *HIFE-Programm*) mit signifikanten Ergebnissen können für die Praxis empfohlen werden. Weitere 2 Programme (*Restaurative Care* und ein vorgegebenes Übungsprogramm) bedürfen noch weiterer Forschung um deren Effektivität nachzuweisen. Laut Studien mit Befragungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gibt es auch Motivatoren und Hindernisse, die die Teilnahme an körperlicher Aktivität fördern oder hemmen. Förderliche Faktoren für die Teilnahme an körperlichen Aktivitäten sind beispielsweise um die eigenen Grenzen ausreizen zu können, Beziehungen zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern, die somit die Teilnahme an Aktivitäten erleichtern und körperliche Aktivität als Einflussfaktor auf die Erhöhung der Unabhängigkeit und ein verbessertes Selbstwertgefühl. Als hemmende Faktoren für die Teilnahme werden beispielsweise ein zu geringes Angebot an Möglichkeiten und Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen genannt.

Zusätzlich wurden einige einzelne Aspekt wie z. B. Teamarbeit oder Gruppenarbeit und Ermutigungen herausgefiltert, die sich in den Alltag von Bewohnerinnen und Bewohnern integrieren lassen können.

6 Literaturangaben

- BARBUTO, J. E. & SCHOLL, R. W. 1998. Motivation Sources Inventory: Development and Validation of New Scales to Measure an Integrative Taxonomy of Motivation. *Psychological Reports*, 82, 1011-1022.
- BROOCKS, A. 2005. [Physical training in the treatment of psychological disorders]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 48, 914-21.
- CASPERSEN, C. J., POWELL, K. E. & CHRISTENSON, G. M. 1985. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*, 100, 126-31.
- CHAO, Y. Y., SCHERER, Y. K., MONTGOMERY, C. A., WU, Y. W. & LUCKE, K. T. 2015. Physical and psychosocial effects of Wii Fit exergames use in assisted living residents: a pilot study. *Clin Nurs Res*, 24, 589-603.
- CHAO, Y. Y., SCHERER, Y. K., WU, Y. W., LUCKE, K. T. & MONTGOMERY, C. A. 2013. The feasibility of an intervention combining self-efficacy theory and Wii Fit exergames in assisted living residents: A pilot study. *Geriatr Nurs*, 34, 377-82.
- CHEN, Y.-M. & LI, Y.-P. 2014. Motivators for Physical Activity among Ambulatory Nursing Home Older Residents. *Scientific World Journal*, 329397-329397.
- GRUYTER, W. D. 2002. *Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch*, Berlin.
- HENKEL, K., REIMERS, C. D., KNAPP, G. & SCHNEIDER, F. 2014. [Physical training for neurological and mental diseases]. *Nervenarzt*, 85, 1521-8.
- HONG, QUAN N., PLUYE, P., SERGI FÀBREGUES, BARTLETT, G., BOARDMAN, F., CARGO, M., DAGENAIS, P., GAGNON, M. P., GRIFFITHS, F., NICOLAU, B., O'CATHAIN, A., ROUSSEAU, M. C. & VEDEL, I. 2018. *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)* [Online]. Available: http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com/w/file/attach/127916259/MMAT_2018_criteria-manual_2018-08-01_ENG.pdf [Accessed 15.11.2019].
- JENULL-SCHIEFER, B. 2004. "Geri-Aktiv" - the activation of nursing home residents. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 37, 360-362.
- MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J., ALTMAN, D. G. & GROUP, T. P. 2009. *PRISMA flow diagram* [Online]. Available: <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram.aspx> [Accessed 31.12.2019].
- OLSEN, C. F., TELENUS, E. W., ENGEDAL, K. & BERGLAND, A. 2015. Increased self-efficacy: the experience of high-intensity exercise of nursing home residents with dementia - a qualitative study. *BMC Health Serv Res*, 15, 379.
- PEDERSEN, B. K. & SALTIN, B. 2015. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*, 25 Suppl 3, 1-72.
- POLIT DENISE F., B. C. T. 2017. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Philadelphia, Wolters Kluwer.
- RESNICK, B., GRUBER-BALDINI, A. L., ZIMMERMAN, S., GALIK, E., PRETZER-ABOFF, I., RUSS, K. & HEBEL, J. R. 2009. Nursing Home Resident Outcomes from the Res-Care Intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 1156-1165.

- SCHÖBERER, D., LEINO-KILPI, H., BREIMAIER, H. E., HALFENS, R. J. & LOHRMANN, C. 2016. Educational interventions to empower nursing home residents: a systematic literature review. *Clin Interv Aging*, 11, 1351-1363.
- SONDELL, A., ROSENDAHL, E., SOMMAR, J. N., LITTBAND, H., LUNDIN-OLSSON, L. & LINDELOF, N. 2018. Motivation to participate in high-intensity functional exercise compared with a social activity in older people with dementia in nursing homes. *PLoS One*, 13, e0206899.
- STATISTIK AUSTRIA 2018a. Bevölkerung nach ausgewählten Staaten, 15-jährigen Altersgruppen und Geschlecht.
- STATISTIK AUSTRIA 2018b. Stationäre Betreuungs- und Pflegedienste 2012-2017.
- TAK, S. H., KEDIA, S., TONGUMPUN, T. M. & HONG, S. H. 2015. Activity Engagement: Perspectives from Nursing Home Residents with Dementia. *Educational Gerontology*, 41, 182-192.
- TESCH-RÖMER, C. & WURM, S. 2009. *Gesundheit und Krankheit im Alter* [Online]. Berlin: Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Robert Koch-Institut. Available: https://www.destatis.de/GPStatistik/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00000153/Gesundheit_und_Krankheit_im_Alter.pdf#page=8 [Accessed 21.3.2020].
- VANROY, J., SEGHERS, J., VAN UFFELEN, J. & BOEN, F. 2019. Can a framed intervention motivate older adults in assisted living facilities to exercise? *Bmc Geriatrics*, 19.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2006. *Physical Activity and Health in Europe: Evidence for Action* [Online]. Available: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf?ua=1 [Accessed 3.12.2019].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2010. *Bewegung und Gesundheit in Europa: Erkenntnisse für das Handeln* [Online]. Available: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/112405/E89490G.pdf [Accessed 3.12.2019].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2012. *Demographic change, life expectancy and mortality trends in Europe: fact sheet* [Online]. Available: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/185214/Demographic-change,-life-expectancy-Fact-Sheet.pdf [Accessed 3.12.2019].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2015. *World Report on Ageing and Health* [Online]. Available: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1 [Accessed 5.12.2019].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2018. *Austria Physical Activity Factsheet 2018* [Online]. Available: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/382338/austria-eng.pdf?ua=1 [Accessed 14.11.2019].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2019. *Healthy life expectancy (HALE) at birth* [Online]. Available: https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale_text/en/ [Accessed 3.12.2019].