

EXAMENSARBETE

MINNA PITKÄMÄKI

**Kartläggning av betydelsefulla
aktivitetsområden för
finlandssvenska pensionärer**

Minna Pitkämäki

Arcada-Nylands svenska yrkeshögskola
Utbildningsprogrammet i Ergoterapi

Helsingfors 2010

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Ergoterapi
Identifikationsnummer:	7985
Författare:	Minna Pitkämäki
Arbetets namn:	Kartläggning av betydelsefulla aktivitetsområden för finlandssvenska pensionärer
Handledare:	Annikki Arola
Uppdragsgivare:	Svenska Pensionärsförbundet SPF
<p>Sammandrag</p> <p>Syftet med detta examensarbete var att kartlägga vilka aktivitetsområden är viktiga för finlandssvenska pensionärer för att det skall vara möjligt att utveckla ett Lifestyle Redesign program för finländska förhållanden. Utav studien fås fram vilka aktivitetsområden som äldre deltar i, hur betydelsefulla de är för dem och hur tillfredställda de är i sitt utförande av aktiviteterna inom aktivitetsområdena. Genom att veta vilka aktivitetsområden som är viktiga för finlandssvenska äldre får man reda på vilka aktivitetsområden som är väsentliga att använda i Lifestyle Redesign programmet för finlandssvenska pensionärer. Studien var kvantitativ och som metod användes enkätundersökning. Enkäterna skickades åt finlandssvenska pensionärer som var medlemmar i Svenska pensionärsförbundet rf. Från SPF:s register valdes 100 pensionärer ut till undersökningen av vilka 69 svarade. Enkäten skickades per post och kuvertet innehöll information om undersökningen, om enkäten, ett frankerat svarskuvert och svarsadress. Enkäten pilottestades före utskickandet. Enkätsvaren skrevs in på datorprogrammet SPSS. Därefter gjordes en frekvenstabell och en korstabell. Tabellerna tolkades och därefter analyserades de. Utgående från resultatet skulle personer ha mest nytta av att få stöd i aktivitetsområdena att lära sig nya saker, motionera och att ha socialt umgänge.</p>	
Nyckelord:	Enkätmetod, Lifestyle Redesign, aktivitet, ergoterapi, äldre, COPM och SPF
Sidantal:	99
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Occupational therapy
Identification number:	7985
Author:	
Title:	Make a map of which occupation areas are important for the Swedish-Finnish Finland pensioners
Supervisor (Arcada):	Annikki Arola
Commissioned by:	Svenska Pensionärsförbundet rf (SPF)
Abstract:	
<p>The purpose of this degree thesis was to make a map of which occupation areas are important for the Finland-Swedish pensioner. By finding out which occupation areas are important it is possible to make a Lifestyle Redesign program that fits Finland-Swedish circumstances. The study shows which occupation areas the pensioners participate in, which areas are important and how satisfied they are with their participation in activities. The Study was carried out using quantitative method by using a questionnaire. The questionnaires were sent to pensioners that were members in Svenska Pensionärsförbundet rf. From the SPF register 100 pensioners were chosen. From the 100 pensioners 69 persons replied. The questionnaires were sent by post and the envelope contained information of the study, the questionnaire, a stamped reply envelope and reply address. The questionnaire was tested before sending it to the pensioners. Answers from the questionnaire were written in to the SPSS computer program. A frequents table and a cross table were made from the answers. The tables were interpreted and analyzed. The result showed that activities that the pensioners need help with were to learn new things, exercise and to have social relations.</p>	
Keywords:	Questionnaire, Lifestyle Redesign, occupation, occupational therapy, elder, COPM and SPF
Number of pages:	99
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING:

1 INLEDNING	7
2 TEORETISK BAKGRUND	8
2.1 Statistik över den åldrande befolkningen	8
2.2 Service för äldre i Finland	9
2.3 Svenska Pensionärsförbundet rf	10
2.4 Hälsa och hälsofrämjande	11
2.5 Aktivitet och delaktighet enligt ICF-Klassifikation	13
2.6 Aktivitet och åldrande	15
2.6.1 Åldrande	15
2.6.1.1 Fysiskt åldrande	16
2.6.1.2 Psykiskt åldrande	17
2.6.1.3 Socialt åldrande	18
2.6.2 Aktivitet för äldre	18
2.6.3 Ergoterapi för äldre	21
3 TIDIGARE FORSKNING	24
3.1 Delaktighet	24
3.2 Utförande	25
3.3 Aktivitet	26
3.4 Miljöns betydelse	27
3.5 Hemmets roll	28
3.6 Ergoterapeutens roll	29
4 TEORETISK REFERENSRAMEN	30
4.1 Lifestyle Redesign	30
4.2 The Canadian model of occupational Performance (CMOP)	32
5 STUDIENS SYFTE OCH FORSKNINGSPRÅG	35
6 METODBESKRIVNING	36
6.1 Urval	38
6.2 Datainsamling	38
6.3 Databearbetning	39
6.4 Analys	39
6.5 Etiska reflektioner	41
7 RESULTATREDOVISNING	42

7.1 Demografisk data	42
7.2 Aktivitetsområden som respondenterna deltar i	43
7.2.1 Aktivitetsområden som respondenterna utför	43
7.2.2 Aktivitetsområden som är viktiga för respondenterna	44
7.2.3 Respondenternas åsikt om deras utförande av aktiviteter inom de olika aktivitetsområdena	45
7.3 Granskning av resultatet med hjälp av korstabeller	45
7.3.1 Sammanfattning av resultatet	49
7.4 Sammanfattning av öppna frågorna	49
8 DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING	51
8.1 Resultatdiskussion	51
8.2 Metoddiskussion	53
8.3 Implikationer	55
KÄLLFÖRTECKNING	57
Bilaga 1 Anhållan	62
Bilaga 2 Följebrevet	64
Bilaga 3 Enkäten	66
Bilaga 4 Bakgrundsinformationens frekvenstabeller	76
Bilaga 5 Aktivitetsområdenas frekvenstabeller	78
Bilaga 6 Korstabeller	86
Bilaga 7 Frivilliga frågor	94

Förord

Jag vill tacka Svenska Pensionärsförbundet rf för ett gott samarbete. Jag vill tacka min handlare Annikki Arola för hennes tålamod att handleda mig under hela processen. Jag vill också tacka lärarna Ann-Christine Sved och Jukka Surakka för deras hjälp i statistiska delen. Dessutom vill jag tacka Liv Wentzel och min mamma för deras hjälp med korrekturläsningen av arbetet. Slutligen vill jag ännu tacka min sambo för hans tålamod och hjälp under forskningsprocessen.

1 INLEDNING

Som undersökningstema har skribenten valt att undersöka vilka aktivitetsområden som är viktiga för finlandssvenska pensionärer. Utgående från denna studie skall man kunna utveckla ett Lifestyle Redesign program för finlandssvenska pensionärer. Lifestyle Redesign är ett hälsofrämjande program för äldre som har utvecklats i USA. Lifestyle Redesign är ett redskap för ergoterapeuter och ger exempel på interventioner för äldre. Programmet är menat för äldre som ännu klarar sig hemma. Genom programmet vill man ge information åt de äldre och ge dem en möjlighet att vara aktiva. Meningen med undersökningen är att kunna utveckla ett liknande program för finländska förhållanden. Studien är kvantitativ och som metod används enkätundersökning. Enkäterna skickas åt finlandssvenska pensionärer som är medlemmar i Svenska Pensionärsförbundet i Finland. Utav studien fås fram vilka aktivitetsområden äldre deltar i, hur betydelsefulla dessa aktivitetsområden är för dem och hur tillfredställda de är i sitt utförande av aktivitetsområdena. Undersökningen tar inte upp personers aktivitetsbakgrund, hur de deltar i aktiviteterna eller varför äldre deltar i vissa aktiviteter. Ämnet valdes p.g.a. att skribenten har arbetat som vårdare på åldringshem och varit intresserad av de äldres välmående och ställning i samhället. Skribenten vill att det skall vara möjligt för äldre att bo hemma och ha en möjlighet att delta i nöjsamma aktiviteter.

Arbetet är uppbyggt så att först tas upp arbetets teoretiska bakgrund och tidigare forskning. Sedan beskrivs undersökningens referensramar och studiens syfte och frågeställningar. Sedan beskrivs metoden för hur undersökningen gjorts och därefter redovisas resultatet av undersökningen. Till slut diskuteras undersökningens metod och resultatet samt dess konsekvenser.

2 TEORETISK BAKGRUND

Under rubriken teoretisk bakgrund tas upp information som stöder uppfattningen om att Lifestyle Redesign programmet skulle behövas i Finland. Här beskrivs statistik över äldre befolkningen, vad det finns för service i Finland och kort om verksamheten i Svenska Pensionärsförbundet. Därefter förklaras begreppen hälsa och hälsofrämjande samt aktivitet och delaktighet. Sedan tas fram aktivitet och åldrande. Lifestyle Redesign är ett hälsofrämjande program och det är därför viktigt att förstå vad hälsa och främjande av hälsa är för att sedan kunna utveckla ett sådant program.

2.1 Statistik över den åldrande befolkningen

Finlands population har ökat med 0,3 procent per år de senaste åren. Orsaken till ökningen beror på att det föds mindre barn än tidigare medan dödligheten är den samma som tidigare. Vidare ökar populationen genom migration. I huvudstadsregionen har befolkningen ökat medan befolkningen i Lappland och i östra Finland har minskat. Fertiliteten var som högst på 1940-talet då föddes 3,5 barn per kvinna, medan det idag föds ungefär 1,7 barn per kvinna. Dödligheten är den samma i dag som tidigare oberoende av att den äldre befolkningen lever längre. (Aromaa m.fl. 2006: 19) Det finns nu färre personer som är i fertil ålder, vilket gör att färre barn föds. Samtidigt har förstföderskornas medelålder höjts. Detta betyder att pensionärerna blir allt fler medan de yngre årskullarna blir allt mindre. De stora årskullarna föddes på 1940-talet då det var babyboom. De som föddes på 1940-talet kommer nu att avsluta sina arbetsliv och pensioneras, vilket gör att pensionärernas antal kommer att öka. De unga som börjar sin arbetskarriär kommer inte att räckas till för att ersätta de som avslutar sin arbetskarriär. (Hjerppe & Honkatukia 2005: 117) Befolkningspyramidens form beskriver hur fördelningen mellan de olika åldersgrupperna är i Finland. Befolkningspyramidens form var under 1950-talet som en pyramid där den var bredast nere och smalast uppe. 1950-talets pyramid betydde att det fanns mer av barnpopulationen än vad det fanns av äldrepopulationen. Enligt Finlands statistik kommer befolkningspyramiden i framtiden

att vara sådan att alla befolkningsgrupper är lika stora. (Aromaa m.fl. 2006: 19-20) Det här betyder att det finns mer äldre än vad det finns barn. Då befolkningen blir allt äldre ökar trycket på hälsovården och de offentliga hälsovårdskostnaderna stiger p.g.a. att äldre personer behöver mer hälsovårdstjänster än de yngre årskullarna. Efter att man fyller 65 år ökar efterfrågan på hälsovårdstjänster samt kostnaderna för dessa tjänster. Efter 80 års ålder ökar även kostnaderna för långvården. Social och hälsovårdskostnader i olika åldersgrupper visar att vid 15-64 års ålder är kostnaderna som lägst och därefter ökar kostnaderna och är som högst efter 85 års ålder. Det är osäkert hur Finlands befolkning kommer att se ut i framtiden, men man vet att pensionärernas antal kommer att öka runtom hela Finland. Man har beräknat att år 2030 har var fjärde finländare fyllt 65 år. (Hjerpe & Honkatukia 2005: 107, 144,146, 152-153)

2.2 Service för äldre i Finland

Kommunen har ansvar för att organisera service för de äldre. Tjänster som finns är förebyggande tjänster, bedömning av servicebehov, hälsovårdstjänster, veterantjänster, boendeservice, hemtjänst och hemsjukvård, institutionsvård, närstående vård och minnesrehabilitering. Till de förebyggande tjänsterna och rehabiliteringen hör att bevara de äldres funktionsförmåga genom t.ex. seniorinfo, hembesök, dagcenter, vaccinerings mm. På dagcenter kan äldre fördriva sin tid, träffa andra människor och delta i annan service som erbjuds där. Till servicen kan höra motion, rekreation och kultur. Förebyggande service ordnas även av församlingar och organisationer. (Social- och hälsovårdsministeriet 31.08.2009) Bedömning av servicebehovet kartlägger om följande tjänster är nödvändiga så som hemtjänst, närstående vård, anstaltsvård, handikappservice, utkomststöd eller andra sociala tjänster. Hälsovårdstjänster ordnas av hälsovårdscentralen i den egna kommunen. Hälsovårdscentralen ordnar med hälsokontroller, tandvård, hemsjukvård, rehabilitering och hjälpmedel medan sjukvårdsdistriktet sköter den specialiserade sjukvården efter behov. Veterantjänster och förmåner får de som tjänstgjort i kriget 1939-1945 och som behöver rehabilitering, vård och utkomst. (Social- och hälsovårdsministeriet 16.03.2009) Till veterantjänster hör rehabilitering för frontveteraner, tandvård, rehabilitering och service för krigsinvalidier samt förmåner för frontmän (Social- och hälsovårdsministeriet 08.09.2009).

Boendeservice möjliggör för äldre att självständigt bo hemma och därmed kan få ersättning för ombyggnad av hemmet eller om detta inte är möjligt erbjuds servicebostad. Hemservicen och hemsjukvården bildar tillsammans hemvården. Hemvården kan innehålla hjälp med den personliga vården och hjälp med vardagliga sysslor. Hemsjukvård är sjukvård i det egna hemmet och regelbundna besök på hälsocentralssjukhus. Till stödtjänster hör måltids-, skydds-, skjuts-, eskort- och städhjälp. Närståendevård är att en anhörig eller en närstående person vårdar den hjälpbehövande personen för att den skall kunna bo hemma. (Backman m.fl. 2002:45) Med minnesrehabilitering avses rådgivning och handledning för personer med minnesstörningar. Dessutom finns det föreningar som har expert- och stödcentraler, MinnesLotsar för att ge rådgivning och handledning för personer med minnesstörningar.(Social- och hälsovårdsministeriet 16.03.2009)

Förutom vad kommunen erbjuder räknas också den äldres egna nätverk, kommersiella tjänster och allmännyttiga samfund som tjänster för äldre. Till de kommersiella tjänsterna hör privata näringsidkare och företag. Till allmännyttiga samfund räknas organisationer, stiftelser och frivilliga. (Backman 2002: 45) I Helsingfors kan till allmännyttiga tjänster och kommersiella tjänster räknas församlingen, HelsinkiMissio, företag som skickar hem måltider, rekreativcentraler, Arbis, Helsingfors stads idrottsverk, handikapporganisationer, frivilligverksamhet, Röda korset och olika pensionärsföreningar. Från Seniorinfo kan äldre få mer information om tjänster för äldre i Helsingfors. (Helsingforstad; Socialverket, Hälsovårdscentralen. 2009: 16-17, 26-32)

2.3 Svenska Pensionärsförbundet rf

Examensarbetet görs i samarbete med Svenska Pensionärsförbundet rf (SPF) i Finland. SPF har ett register över sina medlemmar varifrån de valt ut deltagare till undersökningen. SPF passar bra som samarbetspartner p.g.a. att skribenten vill undersöka just pensionärer. Nedan beskrivs Svenska Pensionärsförbundet rf:s verksamhet.

Det Svenska pensionärsförbundet rf i Finland har drygt 18 000 medlemmar och drygt åttio medlemsföreningar. SPF har tre stora mål av vilka det första är intressebevakning. Vidare arbetar föreningen för att befrämja trivsel och mening med livet för pensionärerna. Som tredje mål har föreningen att äldre skall kunna vara delaktiga i samhället. SPF bildar tillsammans med fem finska pensionärsorganisationer PIO, Pensionärsförbundens intresseorganisation. PIO gör gemensamma framstötningar hos riksdagen och regeringen samt i olika kommunala instanser. SPF vill kunna påverka det samhällseliga beslutsfattandet. Medlemsföreningarna ordnar träffar, kurser, föreläsningar och andra verksamheter för äldre i deras närmiljö. Till verksamheterna hör bl.a. seniordans och stavgång, bridge, poker, hantverk och slöjd, gamla bilar och motorcyklar, mode, böcker, sång, mat och dryck. SPF utkommer också med en medlemstidning nio gånger om året. I tidningen finns information om förbundets medlemsföreningar och dess insatser samt kolumner, korsord, reseberättelser och personporträtt. SPF arrangerar också resor för de äldre. Vidare ger förbundet olika förmåner för pensionärer. SPF stöds av Penningförbundet RAY och av andra sponsorer. (Svenska Pensionärsförbundet rf 2009)

2.4 Hälsa och hälsofrämjande

Hälsa är ett brett begrepp som innehåller flera olika dimensioner. Det engelska ordet "health" alltså hälsa, kommer från ordet "heal" vilket betyder hela. Detta betyder att hälsa innefattar hela personen. WHO beskriver hälsa som ett tillstånd av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom eller svaghet. Individens kan delas in i olika dimensioner av hälsa som innehåller fysisk hälsa, mental hälsa, emotionell hälsa, social hälsa, spirituella hälsa och sexuell hälsa. Den fysiska hälsan innefattar kroppen, konditionen och frånvaron av sjukdomen. Till den mentala hälsan hör en positiv känsla av mening och en tro på att man är värd något. Till den emotionella hälsan hör förmågan att uttrycka känslor samt utveckla och upprätthålla relationer. Den sociala hälsan innefattar känslan av att man har stöd att få av familj och vänner. Den spirituella hälsan innefattar erkännande av och en förmåga att i praktiken kunna visa sin moral eller sina religiösa principer. Den sexuella hälsan är i sin tur att acceptera och uppnå en tillfredställande sexualitet. Utanför individen finns två

dimensioner; samhällshälsa och omgivningshälsa. Samhällshälsa betyder länken mellan hälsan och samhällsstrukturen. Detta innehåller allt som krävs för en god hälsa så som boende, föda och inkomst. Med omgivningshälsa menas den fysiska miljön som individen lever i. (Naidoo, Wills 2000: 5-7)

Inom ergoterapi anses hälsa vara mer än frånvaro av sjukdom. Hälsan påverkas av att ha valmöjlighet och kontroll i de vardagliga aktiviteterna. Hälsan har personliga dimensioner associerade med spirituellt mening och livstillfredsställelse i aktiviteter. Hälsan har sociala dimensioner som är associerade med rättvishet och lika möjlighet till aktiviteter. Hälsan påverkas starkt av vad individen gör i sitt vardagliga liv. Aktivitet anses som en avgörande del av hälsan. Hälsa är att ha valmöjligheter, förmågor och möjligheter att delta i meningsfulla aktivitetsmönster för att hitta sig själv, njuta av livet och bidra till social och ekonomisk konstruktion av samhället under hela livstiden. (Baptiste m.fl. 2002: 31, 35, 181)

Befrämjandet av hälsan kan ses som att handleda individen till att tillägna och upprätthålla hälsosamma levnadsvanor, använda ändamålsenliga hälsotjänster och delta i beslut gällande en hälsosam omgivning/miljö (Auvinen m.fl. 1993: 162). Främjande av hälsa innehåller individuell kunskap om kroppens funktion och är ett sätt att förebygga sjukdom, öka kompetens i att använda hälsovårdssystemet och öka medvetenhet om politiska och miljöfaktorer som inverkar på hälsan (Naidoo, Wills 2000: 87). Med förebyggandet vill man påverka sådana saker som kan ha en negativ effekt på den äldres funktionsförmåga, livskvalitet och levnadsförhållanden (Backman m.fl. 2002: 83).

Det finns olika sätt att främja individers hälsa. Det medicinska sättet, där meningen är att minska sjukdom och dödlighet genom primära, sekundära och tertiära förebygganden. Det primära förebyggandet som innehåller undervisning om sjukdomar och risker till sjukdomar. Det sekundära förebyggandet som innehåller förebyggande av sjukdomars fortskridning genom t.ex. screening samt diagnostisering och behandling av sjukdomar i ett tidigt skede. (Backman m.fl. 2002: 83) Det tertiära förebyggandet är igen att minska funktionsnedsättningar hos personer som redan insjuknat genom t.ex. rehabilitering och undervisning. Andra sätt att främja hälsa är att försöka påverka individens beteende eller livsstil genom att motivera individen till att anpassa sig till ett

hälsosamt beteende vilket förbättrar hälsan. Det fokuserar på att individen har förmågan att förbättra sin egen hälsa genom valet att ändra sin livsstil. Främjandet av hälsan kan göras genom undervisning där meningen är att ge information och kunskap åt individen och utveckla förmågor som behövs för att individen skall kunna göra val över sin hälsa. Valet att ändra sitt beteende är frivilligt. Undervisningen innehåller kognitiva, affektiva och beteende aspekter. Empowerment är också ett sätt att främja hälsan, där meningen är att individen skall identifiera sina egna problem, öka sina förmågor och få självförtroende för att kunna ändra sitt beteende. För att individen skall känna sig empowered är individen tvungen att förstå och erkänna sin maktlöshet och ha vilja att förändra sin situation och känna att han eller hon har förmåga till det. Genom information, stöd och livskunskaper får personen styrka att genomföra förändringar i sitt liv. Meningen är att förändra den fysiska, den sociala och den ekonomiska miljön, vilket har en befrämjande effekt på hälsan. (Naidoo, Wills 2000:92, 95, 97, 98, 100, 110) Samhället har ett visst ansvar för dessa tjänster, men individen har också ett eget ansvar för sin hälsa. Hälsan är i stor del beroende av individens eget beteende. Individen är ansvarig för sitt eget, sin familjs och miljöns hälsa. (Auvinen m.fl. 1993: 162) Hälsa och hälsofrämjande är en blandning av tro och värderingar som i sin tur reflekterar över den politiska ideologin (Naidoo, Wills 2000: 134).

2.5 Aktivitet och delaktighet enligt ICF-Klassifikation

Den internationella klassifikationen över funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) används för att beskriva delaktighetens och aktivitetens inverkan på hälsa. ICF har ett standardiserat språk för att beskriva hälsa och hälsorelaterade tillstånd och ICF beskriver delaktighet och aktivitet ur ett kroppsligt, personligt och socialt perspektiv. ICF har utvecklats av Världshälsoorganisationen (WHO) och klassifikationerna finns till för att man skall kunna kommunicera med ett gemensamt språk om hälsa och hälsovård med andra yrkesgrupper och vetenskaper runtom i världen. ICF kan användas som en ram för information inom hälso- och sjukvård, förebyggande verksamhet, friskvård och för ökad delaktighet för enskilda personer. (Socialstyrelsen 2001a: 9, 11)

ICF förklarar personens funktionstillstånd som en interaktion mellan olika komponenter. Till dessa komponenter hör delaktighet, aktivitet, hälsobetingelser (störning/sjukdom), kroppsfunktioner och anatomiska strukturer. Dessutom påverkas funktionstillståndet av omgivningsfaktorer och personliga faktorer och således påverkar alla komponenter varandra. Med delaktighet menar man en persons engagemang i en livssituation och om personen har problem inom detta kallas det delaktighetsinskränkning. Aktivitet är en persons genomförande av uppgifter eller handlingar och om personen har svårigheter inom detta har personen aktivitetsbegränsningar. Funktionstillstånd och funktionshinder påverkar aktiviteten och delaktigheten. Då funktionstillståndet inverkar positivt på människan medför det aktivitet och delaktighet, medan om det inverkar negativt så medför det aktivitetsbegränsning och delaktighetsinskränkning. En persons aktivitet och delaktighet bedöms genom personens genomförande av aktiviteten och kapacitet till uppgiften. Aktivitetsbegränsningen och delaktighetsinskränkning är en följd av en obalans mellan observerat och förväntat genomförande av aktivitet. Till personliga faktorer hör bl.a. kön, ras, ålder, hälsotillstånd, kondition, livsstil, vanor, uppfostran, sätt att klara av saker och andra faktorer. Till omgivningsfaktorer räknas fysisk, social och attitydmässig omgivning. Omgivningen kan ha både positiv och negativ inverkan på personen. (Socialstyrelsen 2001a: 14,15, 18-20,22, 23)

Komponenter som enligt ICF möjliggör aktivitet och delaktighet är att personen skall kunna ha möjlighet att lära sig, att tillämpa kunskap, att uppfylla allmänna uppgifter och krav, att kunna kommunicera, kunna förflytta sig, kunna sköta sin personliga vård, vara i mellanmänsklig interaktion och relation, kunna uppleva samhällsgemenskap, kunna ha ett hemliv, kunna engagera sig i viktiga livsområden och att ha ett socialt och medborgerligt liv. Lärandet och att tillämpa kunskap innebär att kunna lära sig, kunna tillämpa det man lärt sig, kunna tänka, lösa problem och fatta beslut. Allmänna uppgifter handlar om att genomföra, organisera uppgifter och hantera stress. Kommunikation innehåller drag av kommunikation såsom språk, tecken och symboler. Personen bör kunna ta emot och förmedla budskap, genomföra samtal och använda olika kommunikationsmetoder och hjälpmedel. Förflyttning är att förändra sin kroppsställning, förflytta sig från ett ställe till ett annat och kunna flytta föremål och kunna använda sig av olika transportmedel. Personlig vård består av att tvätta och torka sig själv, ta hand om sin kropp och klä sig, äta, dricka och sköta sin hälsa. Hemliv består

av husliga och av dagliga sysslor och uppgifter. Mellanmänskliga interaktioner och relationer innebär handlingar och uppgifter som behövs för grundläggande interaktion med människor. Viktiga livsområden innebär att man måste engagera sig och utföra uppgifter som kräver utbildning, arbete, anställning och ekonomiska transaktioner. Samhällsgemenskap, socialt och medborgerligt liv betyder handlingar som kräver engagemang i ett organiserat socialt liv utanför familjen. (Socialstyrelsen 2001a: 30-31, 117, 120, 123, 127, 136, 140-145, 152,154)

2.6 Aktivitet och åldrande

Då människan blir äldre förekommer det ofta fysiska förändringar som gör att människan börjar reflektera och bedöma sitt liv. Människan är tvungen acceptera att livet tar slut så småningom. Då man pensioneras eller då livspartnern eller andra vänner dör kan detta leda till depression, nedstämdhet och ihållande sorg. Ålderdomens uppgift är att anpassa människan till minskad fysisk styrka och hälsa, att pensioneras innebär minskad inkomst och att godkänna att de egna och närmaste dör. Åldrande innebär att upprätthålla ett självständigt boende, ansluta sig mer till sin egen åldersgrupp, uppfylla sociala förpliktelser och frivilligt arbete. (Hussey, O'Brien, Sabonis-Chafee 2007: 148) I detta kapitel kommer att förklaras åldrandets dimensioner, aktivitetens betydelse för äldre och hur ergoterapeuter kan stöda äldre i att anpassa sig till sitt liv efter pensioneringen.

2.6.1 Åldrande

Att åldras kan ses ur ett biologiskt, fysiskt, psykiskt och socialt perspektiv. Ur ett biologiskt åldrande inverkar gener och yttre faktorer så som levnadssätt och livsmiljö. (Haukka m.fl. 2007: 21) Med biologiskt åldrande menar man nedgång i funktion och kapacitet i celler, vävnader, organ och organsystem. Det biologiska åldrande är mycket

individuellt. Människan har en viss reservkapacitet som försämras när vi blir äldre. Försämringen sker långsamt och gradvis. (Berg 2007: 64)

2.6.1.1 Fysiskt åldrande

Fysiskt åldrande innebär bland annat en avtagning av kroppsfunktioner. Nervsystemets funktion blir långsammare. Sinnena förändras genom att synen förändras och hörseln försämras. Ögonlockets hud, muskler och stödvävnad förlorar sin elasticitet. Örats balansorgan försämras, vilket leder till att äldre faller lättare än unga. Smak och luktsinnet försämras, vilket gör att söta och saltiga smaker upptäcks sämre. Matlusten kan därmed minska. Benstommen förändras, vilket gör att äldre har större risk att få osteoporos och därmed ökar risken för benbrott. Muskelmassan minskar då man blir äldre vilket leder till att kroppsvikten minskar. Ledernas rörelseförmåga försämras och förslits när man blir äldre. Matsmältningskanalens konstruktion och funktion förändras. Salivens innehåll förändras så att den rengör munnen sämre och tänderna tar skada. Hjärta och blodkärl förändras så att den maximala kapaciteten minskar, vilket leder till att hjärtproblem blir vanligare. I andningsorganen sker det förändringar som gör att andningsorganen är mer utsatta för infektioner. Då människan åldras blir urinblåsan mindre töjbar och dess volym minskar p.g.a. att muskulaturen och vävnaden förändras i urinblåsan. Urininkontinens hör inte till det normala åldrandet. Hormonfunktionen försämras med åldern, men är tillräcklig under ålderdomen. Då människan åldras förnyas huden långsammare p.g.a. att ämnesomsättningen försämras. Ämnesomsättningen försämras p.g.a. att blodomloppet försämras. Hudens fetthalt minskar och gör att benbyggnaden syns bättre utåt. Då blodomloppet försämras blir huden blekare, såren läks långsammare, svettbildningen minskar och värmejusteringen försämras. Äldre personer klarar bra vardagliga aktiviteter, men under ansträngning är kroppen svag och sårbar. Förändringarna i kroppen är mycket individuella och fortskrider långsamt. Det fysiska åldrandet kan saktas ner med hälsosamma levnadsvanor som t.ex. att röra på sig. (Haukka m.fl. 2007: 21-25)

2.6.1.2 Psykiskt åldrande

Psykiskt åldrande kan beskrivas som en mognad. Människan är tvungen att leva ett allt långsammare liv i en kropp som förändras samt tvingas att acceptera dessa förändringar. För att uppleva en bra ålderdom bör människan gå igenom den sorg som förändringarna medför. Personligheten förändras inte märkbart efter 30 års ålder om personen inte hamnar i märkbara kriser. Personligheten styr människans beteende och är en psykisk helhet. Bra överlevnadsförmåga och en positiv livssyn förlänger livet. I allmänhet blir äldre mindre sociala och mindre utåtriktade. Den äldre försjunger in i sig själv, i sina känslor och tankar. Äldre reagerar långsammare, passivare och lugnare på händelser än unga. Äldre anses vara försiktiga och detta kan bero på att de anpassar sitt beteende till de förändringar som sker i kroppen. (Haukka m.fl. 2007: 25-26)

Identitet är vem jag är och vart jag hör. Den äldres identitet karakteriseras mer av det förflutna, det de utträttat, än den nuvarande livssituationen. Jag-bilden ger ett ingående svar på frågan vem jag är. Äldres jag-bild påverkas av den närvarande kulturen och dess negativa stereotyper av åldrande. Ju mer den äldre tror på dessa stereotyper ju sämre självkänsla har den äldre. Att upprätthålla sin jag-bild när man blir äldre är inte alltid lätt då kroppen förändras. Jag-bilden påverkas av att den äldre måste avstå från sitt arbete, vilket kan inverka negativt på den ekonomiska ställningen, den egna statusen, självkänslan samt på den sociala växelverkan. Istället för arbetet måste den äldre hitta andra sätt att upprätthålla sin självkänsla. Värderingarna i arbetslivet byts mot andra värderingar. Att avstå från arbete kan betyda förlust eller en vinst beroende på den äldres anpassningsförmåga. Att bli änka eller änklings kan också inverka på jag-bilden, inkomsterna och på det sociala livet. (Haukka m.fl. 2007: 26-27)

Intelligens är en kombination av förmågor. Problemlösningsförmågan försämras och informationsbehandlingen blir långsammare då man åldras. Att klara av vardagliga sysslor upprätthålls ända till 80-85 års ålder om det inte skett patologiska förändringar i det centrala nervsystemet. Den kognitiva förmågan beror mycket på vilken nivå den varit på. Ju bättre den kognitiva förmågan varit ju mer reservkapacitet har personen i fråga. På intelligensen inverkar kulturen, vanor, skolning och yrke. (Haukka m.fl. 2007: 27) Till intelligens kan räknas visdom vilket får sin höjdpunkt i ålderdomen. Visdom är

kunskap om livet och problemlösningsförmåga samt förståelse över livets situationsbundenhet, proportionellhet och ovisshet. (Haukka m.fl. 2007: 28)

Minnet har olika funktioner. Minnet för att tillfälligt hålla saker i minnet försämras inte avsevärt då människan åldras. Med arbetsminnet kan människan tillfälligt hålla saker i minnet och aktivt bearbeta informationen för att sedan kunna göra beslut. Arbetsminnet försämras då människan åldras. Episodiska minnet försämras t.ex. händelser och detaljer är svåra att minnas. Semantiska minnet försämras inte, till det innefattas t.ex. ordförråd och detta minne behövs för problemlösning. Det proseudala minnet försämras inte om det upprätthålls. Med det proseudala minnet menar man att komma ihåg olika färdigheter som behövs i vardagen. (Haukka m.fl. 2007: 28-29)

2.6.1.3 Socialt åldrande

Det sociala åldrandet binder ihop det biologiska, psykologiska och sociala åldrandet. I det sociala åldrandet granskar man relationen mellan den äldre och dennes omgivning. Till det sociala åldrandet kan höra förändringar i hälsa och funktionsförmåga, att avstå från arbete, de egna föräldrarnas död, barnen som flyttar hemifrån, att bli mor/farföräldrar och att bli änka eller änklig. Dessa förändringar formar människans och näromgivningens attityder och roller. (Haukka m.fl. 2007: 29)

2.6.2 Aktivitet för äldre

Då äldre lever allt längre gör det att aktivitet har betydelse för ett gott åldrande. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) är aktivitet viktigt för äldre och därför har WHO utvecklat en guide över "Aktivt åldrande". Guiden har tagit sina principer från Förenta Nationernas (FN) principer för den åldrande befolkningen. Till FN:s principer hör självständighet, delaktighet, omsorg, självuppfyllelse och värdighet för äldre personer. (Willcock 2006: 42) Aktivt åldrande hänför sig till individer och grupper. Aktivt åldrande ger möjlighet till fysiskt, socialt och mentalt välbefinnande genom hela livet.

Det möjliggör delaktighet i samhället utgående från behov och kapacitet. Aktiv refereras till fortlöpande delaktighet i sociala, ekonomiska, kulturella, spirituella och medborgerliga angelägenheter. Det aktiva åldrandets mål är att förlänga ett hälsosamt och ett kvalitativt liv för personer när de blir äldre. I aktivt åldrande är det viktigt att främja den mentala, sociala och den fysiska hälsan. Att upprätthålla självstyrande och självständighet är viktigt för äldre. Åldrande sker i den omgivning människor lever i. Kvaliteten på livet beror på vilka möjligheter individen haft under sin livstid. Självständighet är individens förmåga att klara av aktiviteter som har att göra med det dagliga livet. Självstyrande är individens förmåga att kontrollera, hantera och göra val gällande sitt eget liv. Då individen åldras beror livskvaliteten på förmågan att upprätthålla självstyrandet och självständigheten. Med aktivt åldrande vill man att äldre skall ha rätt till självständighet, delaktighet, värdighet, omsorg och självförverkligande. Sjukdomar och andra orsaker ökar då man blir äldre, men deras konsekvenser och kostnader för samhället kan förebyggas genom rehabilitering.(WHO 2002 :12-14)

För att kunna vara aktiv bör man ha funktionsförmåga och därför kommer begreppet funktionsförmåga att förklaras i detta kapitel. Genom funktionsförmågan får man fram åldrandets förändringar och sjukdomar som ålderdomen medför. Då äldre har svårt att klara av vardagliga sysslor kan orsaken vara försämrade funktionsförmåga eller problem i omgivningen. För att klara av vardagliga sysslor krävs det fysisk-, psykisk- och socialfunktionsförmåga. (Haukka m.fl. 2007: 57) Med funktionsförmåga menas individens förmåga att klara av aktiviteter såsom personlig vård, skötsel av arbets- och fritidsaktiviteter på ett sådant sätt som tillfredställer individens egna behov. Dessa aktiviteter kräver sensomotoriska, psykosociala och kognitiva färdigheter. Människan bör ses som en helhet p.g.a. att människans kropp, psyke och sociala funktioner samt miljön är i kontinuerlig växelverkan med varandra. (Heimonen & Voutilainen 1998: 16, Kettunen m.fl. 2002:20-21) Funktionsförmågan är individens egen upplevelse av en tillfredställande funktionsförmåga (Kettunen m.fl. 2002:21). Funktionsförmågan påverkas av ålder, utvecklingsfas, hälsotillstånd, mål och önskan samt av livsmiljöns krav och dess stöd (Heimonen & Voutilainen 1998: 16).

Människans funktionsförmåga kan ses från olika synvinklar från den fysiska dimensionen vilket betyder de anatomiska strukturerna och fysiologin. Genom kroppen bearbetar människan sin identitet, hälsa och känsla av funktionsförmåga. Sedan kan människans funktionsförmåga ses från hennes individuella aktivitetsdimension, vilket betyder att människan alltid har en mening med sitt handlande. Om människan inte anser att en aktivitet är trevlig och värdefull för henne själv, så kommer hon inte att utföra den. Med den psykiska funktionsförmågan avses hur bra individens mentala kapacitet räcker till för att klara av vardagens krav och krissituationer. Den psykiska funktionsförmågan är förmågan att klara av intellektuellt krävande uppgifter. Den sociala funktionsförmågan sammanhänger med den fysiska och den psykiska funktionsförmågan genom att tillsammans bilda en helhet. Den sociala funktionsförmågan kan innehålla anpassning till samhället, sociala förmågor och sociala resurser så som familj- och vänskapsförhållanden, inkomst, skolning och hälsa samt hur äldre kan upprätthålla relationer och roller i samhället. (Haukka m.fl. 2007: 58-59)

Människans handlande styrs av behov, resurser och motivation. Funktionsförmågan ur samhälls- och kulturperspektiv, vilket betyder att samhället, kulturen, tekniken och livsmiljön påverkar människans funktionsförmåga. Miljön kan både stöda eller begränsa klients handlande. Kulturella värderingar och attityder påverkar hur funktionsförmågan värdesätts och utvärderas. Kulturella värderingar inverkar på hur människan upplever sin funktionsförmåga. (Kettunen m.fl. 2002:20-21)

Funktionsförmågans försämringar blir allt vanligare efter 75 års ålder (Haukka m.fl. 2007: 58). Då resurserna och reservkapaciteten minskar p.g.a. åldrandeprocessen så finns det sätt att påverka åldrandets negativa konsekvenser. Förmågan att anpassa sig är viktig då man blir äldre. Kroppen har förmågan att anpassa sig till de fysiska förändringarna och på så sätt förbättras den fysiska förmågan. Då man åldras anpassar man sig psykiskt för det. Äldre relaterar sin förmåga i jämförelse med andra i samma ålder och kan därmed tycka att de har bra hälsa fastän den är sämre än tidigare. Äldre är tvungna minska på sina krav genom att göra val som motsvarar deras resurser. Genom att anpassa, välja, optimera och kompensera sina resurser kan äldre upprätthålla och förbättra sin funktionsförmåga. (Heikkinen & Marin 2002: 25-26)

Funktionsförmågan är med i människans aktiviteter i arbete, vardagen och i fritiden. Aktiviteten och funktionsförmågan är i växelverkan med varandra. Aktivitet kan förbättra funktionsförmågan, men genom att vara ensidig eller överväldig kan den försämra funktionsförmågan. Till ett lyckat åldrande hör aktivt fungerande, en aktiv livsstil som upprätthåller den fysiska och den psykiska funktionsförmågan samt sociala relationer och socialt deltagande. Motion och fysisk aktivitet samt att lära sig nya saker upprätthåller och förbättrar funktionsförmågan oberoende av ålder eller sjukdom. Bra funktionsförmåga är en viktig del av hälsa. Hälsa kan ses som en balans mellan funktionsförmågan, de egna målen och omgivningen. Då människor blir äldre sviker balansen, men man kan på olika sätt upprätthålla den. Funktionsförmågans försämring kan hindras genom rehabilitering, genom att ändra sina egna mål så att de stämmer överens med den egna funktionsförmågan, genom att förändra omgivningen så att det är lättare att fungera i den eller genom att öka på det sociala stödet. Att använda sig av den äldres resurser är också ett sätt att upprätthålla funktionsförmågan och hälsan. Den fysiska och den psykiska funktionsförmågan kan upprätthållas genom aktiviteter. Den fysiska hälsan upprätthålls genom motion, fysisk aktivitet, hälsosam mat och med balans mellan vila och arbete. Den psykiska hälsan upprätthålls genom balans mellan rekreation och belastning av det centrala nervsystemet, genom tillräckliga aktiviteter och genom hopp om en framtid. Den sociala hälsan kan upprätthållas genom ekonomisk säkerhet, nära människor och känslan av att höra någonstans ger också balans i livet. (Heikkinen & Marin 2002: 27-31)

2.6.3 Ergoterapi för äldre

Att pensioneras medför att personen drar sig ur sin position och sina aktiviteter i arbetslivet. Då personen pensioneras har personen ett behov att ersätta arbetsrollen med något annat. Personen bör ändra sin tidsanvändning, bilda nya utförandemönster, rutiner och roller. Det finns en länk mellan att pensioneras och hälsa p.g.a. att förlusten av arbetsrollen kan påskynda försämringen av hälsan. Pensionering kan öka risken för en mängd sjukdomar så som stress, depression, ökad alkoholanvändning, en nedgång i den fysiska och den mentala kondition, ett ökat antal självmord samt ökad dödlighet

överlag. Hälsan inverkas också av personens materiella status, socioekonomiska status, individens sjukförsäkring, sociala trygghet, attityder, kön, personens livshistoria och dennes anpassningsförmåga. Inkomst och arbete är en del av identiteten vilket kan leda till depression. Det sociala nätverket och det sociala stödet kan minska då man pensioneras. Att mista aktiviteter som är viktiga för en kan leda till att man känner sig mindre värd, hjälplös och meningslös. Enligt Havighurts aktivitets teori medför sysselsättning i aktiviteter livstillfredsställelse då man blir äldre. Att engagera sig i aktiviteter har en positiv effekt på hälsan och välbefinnandet hos äldre. (Latella & Meriano 2008: 363-365, 367)

En del personer kan ha svårt att anpassa sig i att åldras, medan andra klarar det bra med hjälp av närstående. Den äldre måste anpassa sig till de fysiska förändringarna och möjliga kognitiva besvär så som nedsatt minne. Äldre kan ändå ännu lära sig och det är viktigt att vara aktiv, självständig och må bra genom att vara aktiv i samhälls- eller familjearrangemang. Äldre lär sig att vara hjälplösa om personer i deras omgivning hjälper dem för mycket och inte låter den äldre bestämma över sitt eget liv. Det är viktigt att äldre är aktiva i saker de tycker är viktiga och detta kan ergoterapeuten hjälpa till med. (Hussey, O'Brien, Sabonis-Chafee 2007: 148-150)

Ergoterapi kan hjälpa äldre i att hjälpa dem att planera sin pension, hjälpa dem att kunna bo hemma samt hjälpa dem att kunna fortsätta att vara aktiva (Hussey, O'Brien, Sabonis-Chafee 2007: 53, Latella & Meriano 2008: 372). Planering av pensioneringen kan lindra förändringen från arbetslivet till pensionärlivet. Till planeringen hör att kunna se en framtid, planera ekonomin, förutse konsekvenser av ett visst beteende och göra medvetna val för att nå uppgjorda mål. Förebyggande ergoterapigrupper kan hjälpa till med att se en framtid. Ergoterapin kan innehålla en bedömning av det förflutna, en genomgång av ens värderingar och mål, bedöma och upprätthålla sociala kontakter, balansera tidsanvändningen, erkänna ålders- och hälsorelaterade anpassningar samt förändringar i sin livsstil. (Latella & Meriano 2008: 372-373)

Genom ergoterapi kan man hjälpa de äldre att tryggt bo hemma och känna sig trygga i samhället. Detta kan göras genom att modifiera hemmet och aktiviteter, konsultera, lära de äldre energisparande sätt, lära de äldre om sjukdomar, diagnoser och dess prognoser samt annan hjälp. Ergoterapeuten hjälper äldre med att klara av och att kompensera sin

fysiska funktion genom att anpassa aktiviteter. För att kunna bo hemma bör den äldre kunna ta sina mediciner, ha tillgång till nödtelefonnummer, veta vad göra vid nödsituationer, kunna reagera adekvat i olika situationer, kunna sköta sina dagliga aktiviteter, ha en trygg hemmiljö och ha förmåga att skydda sig själv från obekanta personer. Ergoterapeuten kartlägger klientens förmågor, hemmiljö och sociala nätverk. (Hussey, O'Brien, Sabonis-Chafee 2007: 53-54, 149-150)

3 TIDIGARE FORSKNING

I detta stycke beskrivs vad tidigare forskning tagit fram kring delaktighet, aktivitet, miljö och äldre samt ergoterapeutens roll i rehabilitering av äldre. De forskningar som tas upp här stöder undersökningens syfte genom att de beskriver att det finns problem i de äldres omgivning som gör att äldre personer inte kan vara delaktiga i aktiviteter som de anser vara viktiga för dem. Aktiviteter inverkar på de äldres hälsa positivt, deltagande i aktiviteter är viktiga också för de äldre och de beskriver vilka aktiviteter som är viktiga för äldre personer. Forskningarna beskriver delaktighetens dimensioner, dess betydelse och vad delaktighet kräver av äldre. Forskningarna beskriver också hur ergoterapeuter kan stöda äldre i att kunna vara delaktiga i aktiviteter. Forskningarna beskriver att det är viktigare att förstå de äldres upplevelser än ålder. Forskningarna stöder studiens syfte p.g.a. syftet är att främja de äldres hälsa och utreda på vilka aktiviteter som är viktiga för finlandssvenska äldre i Finland.

Litteraturen till tidigare forskning har sökts via databaserna Nelli, Pubmed, Ebesco, Helmet, Metcat och Ovid. Som sökord har använts sökorden Lifestyle Redesign, elderly, occupation, healthpromotion och aging och en kombination av dem. En del artiklar har också hittats manuellt. Sökningen av artiklarna har skett under våren och hösten 2009. Utgående av resultatet har artiklarna valts först enligt rubrik, innehåll och sedan har de valts genom att överensstämma med undersökningens tema.

3.1 Delaktighet

Enligt Fänge m.fl.(2008) är delaktighet i det dagliga livet grundläggande för ett tillfredställande och självständigt liv hemma vid hög ålder och det är mycket viktigt för de äldres välbefinnande. Delaktighet definieras som personers engagemang i livssituationer och har nio områden: inläring och användning av kunskapen, allmänna uppgifter och krav, kommunikation, rörlighet, vårda sig själv, privatliv, mellanmänniska interaktioner och relationer, största livsområden, samt gemenskap,

socialt och civilt liv. Till delaktighet hör engagemang av personens kropp, hjärna och själ. Delaktighet kräver kunskap, kompetens och är nödvändig för kontakt med andra, delaktighet är ett sätt som vi hittar mening och syfte för vårt liv. Eriksson m.fl.(2007) forskning visar att personer ansåg sig vara delaktiga i aktiviteter fastän de inte deltog fysiskt i dem. Att vara del av något innebär att ta parti, att räknas med, bli accepterad, delta i områden gällande livet och möjligheter till att använda sina resurser. Då personen hade i någon mån möjlighet att vara med i en aktivitet bidrog det till upplevelsen av att vara delaktig i livet. Delaktigheten påverkas av hur äldre blir vårdade och bemötta. Delaktighet i livet är en av de viktigaste aspekterna för ett gott åldrande. Enligt forskningen berodde inte brist på delaktighet alltid på funktionshindret utan mer på andras normer och attityder.

3.2 Utförande

Enligt Eriksson m.fl.(2007) är kapacitet vad personen kan göra, men den berättar inte vad personen upplever sig kunna göra. Aktivitetsmönster gör att personen är kapabel till aktiviteter och det ger en känsla av att vara kompetent. I studien kunde äldre acceptera nya svårigheter och kunde pröva på egna nya strategier för att komma över svårigheterna, även om de misslyckas. En del sökte sig till utmaningar och sådant som kräver nya förmågor bara för nöjes skull som t.ex. att göra korsord. Äldre personer utför sina dagliga aktiviteter genom strikta planer för när och hur de gör dem. Planerna ger kontroll i vardagen. Om planen sviker medför det stress och obalans. Enligt Carlsson m.fl.(2007) bidrar aktivitetsutförande till möjligheten att kontrollera sitt dagliga liv och sin upplevelse av hälsa. Åldersrelaterade funktionshinder kan medföra problem i aktivitetsutförandet. Dahlin-Ivanoff m.fl. (2007b) beskriver att då deltagarna märkte att deras utförande blev sämre så minskade de på sina krav på utförandets kvalitet eller så gav de helt upp aktiviteten.

3.3 Aktivitet

I Bass-Haugen m.fl.(2003) forskning beskrivs resultatet av "Designing a life of Wellness program". Programmet är menat för äldre och har utvecklats från Well elderly. Artikeln beskriver att det finns äldre som är självständiga, socialt aktiva och som har god hälsa, men att det också finns äldre som har hinder för att kunna delta i meningsfulla aktiviteter. Risken för att äldre isolerar sig och blir mer beroende av yttre stöd, risken för depression och försämring av den fysiska hälsan ökar om de inte har möjlighet att kunna delta i meningsfulla aktiviteter. Programmet "Designing a life of Wellness program" gav äldre möjlighet att vara sociala och det ansågs viktigt av de äldre som deltog i studien. Veckoprogram gav äldre något att vänta på samt ökade på deras vitalitet och mentala hälsa. Programmet ansågs passa bäst för mycket gamla, ensamboende äldre som inte längre kunde köra bil.

Enligt Carlsson m.fl.(2007)studie är aktiviteter som att träffa familjemedlemmar och vänner, ta promenader och att delta i kulturella aktiviteter viktiga för de äldre. Enligt Dahlin-Ivanoff m.fl. (2007b) deltar äldre i färre aktiviteter än de själva skulle önska. Enligt Ball m.fl. (2007) vet man att fritidsaktiviteter kan förhöja det fysiska välbefinnandet, den mentala hälsan och den sociala funktionen. Fritidsaktiviteter kan vara aktiva, passiva och sociala aktiviteter och alla dessa aktiviteter bidrar till god hälsa och välfärd. Studiens resultat visar att alla deltagarna ansåg sig ha en bred repertoar av fritidsaktiviteter. Trädgårdsskötsel och promenader var de mest utförda aktiviteterna. Till de passiva aktiviteterna hörde att se på tv, att lyssna på radio, att lyssna på musik och att lösa korsord. Att läsa var den populäraste passiva aktiviteten. Fler kvinnor än män deltog i hobbyverksamhet. Till hobbyverksamhet hörde utfärder, att äta ute, hantverk och att baka. Andra aktiviteter var att resa. Saker som motiverade de äldre att delta i fritidsaktiviteter var att de gav dem nöje, tillfredställelse, avslappning, var till nytta, gav lycka, vänskap och höjde på humöret. Både män och kvinnor ansåg vänskap vara en viktig del av att delta i fritidsaktiviteter. Det visade sig att män var mer aktiva i fysiska aktiviteter medan kvinnor deltog mer i sociala aktiviteter än män. Till sport aktiviteter hörde golf, badminton, bowla och dans och dessa var viktiga p.g.a. att aktiviteterna gav vänskap och god fysisk form. Slutsatsen av studien var att aktiviteter är viktiga i alla åldrar och att de är ett sätt att använda sin tid tillfredställande efter det

att man pensionerats. Det är viktigt att aktiviteterna kommer från en själv. Fritidsaktiviteter medförde hälsa, välbefinnande, social interaktion och intellektuell stimuli. Enligt Pereiras & Sagniittis (2008) forskning deltar äldre i flera meningsfulla aktiviteter och de äldre upplever dem som positiva och att de stöder deras hälsa. Flera av fritidsaktiviteterna innehöll socialisering och de äldre ansåg det viktigt att upprätthålla relationer till familj och vänner. Fritidsaktiviteterna stödde deras hälsa genom att stöda deras mentala hälsa och spiritualitet, vilket beskrevs som avslappning, att delta i något meningsfullt, leva längre och inte bli uttråkad. Fritidsaktiviteterna gjorde äldre glada och gav hälsorelaterad nytta.

3.4 Miljöns betydelse

Studierna gjorda av Fänge m.fl.(2008) och Carlsson m.fl. (2007) poängterar miljöns betydelse för att äldre skall kunna vara delaktiga i aktiviteter som är viktiga för dem. Fänge m.fl.(2008), Carlsson m.fl.(2007) och Bass-Haugen m.fl.(2003) studier kom fram till att problem i miljön medförde att äldre slutade med aktiviteter som var viktiga för dem. Studierna tog också fram hur viktigt det är med en fungerande lokaltrafik för att äldre skall kunna vara delaktiga i aktiviteter som är viktiga för dem. Fänge m.fl.(2008) studie visar att deltagare som hade bra lokaltrafik i närheten hade mer gemenskapsorienterad delaktighet, medan sådana som hade brist på kulturella möjligheter i närheten bidrog till mindre gemenskapsorienterad delaktighet. Att delta i kulturella aktiviteter kräver ofta att man använder sig av färdmedel vilket ofta medför problem för äldre.

I Carlsson m.fl. (2007) studie kom det fram att äldre ansåg det viktigt att komma ut från sina hem och fortsätta med de aktiviteter som de gjort förr. Personerna använde sig av sina resurser och av miljön utanför hemmet för att upprätthålla aktivitetsutförande utanför sitt hem. Först då de ansåg sitt aktivitetsutförande vara ineffektivt och otillfredsställande ansåg de ha problem i den fysiska kapaciteten eller i kraven som den fysiska miljön ställde. En trevlig grannmiljö ansågs viktigt och associerades med ökad fysisk aktivitet speciellt för kvinnor. Den sociala miljön ansågs också viktig genom att den möjliggjorde interaktion med andra. Deltagarna ansåg sig vara nöjda så länge som

de kunde komma ut och i någon mån vara delaktiga i det sociala livet runtom dem. Funktionella hinder och miljöhinder ansågs utgöra irriterande faktorer för deltagarna. De äldre beskrev att funktionella hinder och miljöhinder hindrade dem från att uppta nöjsamma aktiviteter. Äldre upprätthöll sin värdighet genom att hålla sig till omgivningar som de ansåg sig ha kapacitet till. Carlsson m.fl.(2007) studie kom fram till att det finns en relation mellan person, omgivning och aktivitet i att skapa aktivitetsutförande.

3.5 Hemmets roll

I studierna gjorda av Eriksson m.fl.(2007), Fänge m.fl.(2008), Dahlin-Ivanoff m.fl. (2007b) och Dahlin-Ivanoff m.fl. (2007a) tas det fram hur viktigt hemmet är för äldre. Fänge m.fl. (2008) beskriver att hemmet och grannmiljön är äldres livsmiljöer. Eriksson m.fl. (2007) beskriver att vi skapar mening i platser där vi lever och i det vi gör. Dahlin-Ivanoff m.fl. (2007a) beskriver att hemmet är mer än fysisk miljö, det stöder självkänslan, aktiviteter, minnen och ger känsla av att man hör hemma någonstans. Studien visar att trygghet i hemmet var viktigt och centralt för de äldre. Hjälpmedel som ges till äldre bör basera sig på de äldres egna erfarenheter och de bör passa in i de äldres vanor och rutiner. Hemmets meningsfullhet var relaterad till upplevd hälsa och minnen gav känsla av trygghet. Personer som bodde i hem som möjliggjorde tillgänglighet upplevdes av äldre vara mer användbara och meningsfulla. Tillgängligt hem relaterades till de äldres rutiner och adl-aktiviteter samt gjorde att de var mindre beroende av yttre hjälp. Hemmet är en del av de äldres miljö och det inverkar på vilka aktiviteter som ger mening och vilket utbud av aktiviteter den äldre deltar i. För att äldre skall kunna bo hemma är det viktigt att bostaden bedöms, hjälpmedel kartläggs och andra bedömningar görs (Dahlin-Ivanoff m.fl. 2007b). Enligt Dahlin-Ivanoff m.fl. (2007b) blir hemmet allt viktigare för personer när de blir äldre och det har en viktig roll för personens självständighet. Självständighet betyder att man kan fysiskt utföra personliga och sociala aktiviteter samt göra val gällande den egna kroppen och miljön. Studiens resultat visar att det finns krav på att utveckla strategier för att äldre skall kunna vara mer aktiva och kunna bo i sitt eget hem. Åldringsprocessen och aktiviteter samt hemmiljön

inverkar på hur de äldre anser sig vara självständiga. Att vara självständig i aktiviteter är viktigt för den äldres självförtroende.

3.6 Ergoterapeutens roll

Enligt Balls m.fl.(2007) studie förutses det att den äldre populationen kommer att fördubblas till år 2025 och detta gör att det är viktigt att äldre kan upprätthålla god hälsa, vara aktiva och ha ett tillfredställande liv. Enligt Fänge m.fl.(2008) och Carlsson m.fl.(2007) har ergoterapeuter en viktig roll i att planera samhället. Enligt Fänge m.fl.(2008) kan ergoterapeuter ta del i att planera samhället gällande transport, hushåll och trygg miljö för de äldre. Ett viktigt mål i befrämjandet av hälsan är att skapa hem och närmiljöer som stöder åldrande och subjektivt välbefinnande. Dahlin-Ivanoff m.fl. (2007b) beskriver i sin studie att för att äldre skall kunna bo hemma så är det viktigt att ergoterapeuten bedömer bostaden, kartlägger hjälpmedelsbehovet och gör andra bedömningar. Pereira & Sagnitti (2008) beskriver att i ergoterapin tror man att, för att äldre skall kunna njuta av ett kvalitativt liv under de äldre åren, bör de kunna delta i meningsfulla aktiviteter som förser dem med mönster för hälsa och välbefinnande. Enligt Eriksson m.fl.(2007) är det viktigt att ergoterapeuten ser de äldre som individuella människor, respekterar deras val, att adl-aktiviteter är unika för var och en och att de kan förändras. Det är viktigare att förstå upplevelsen av hälsa än att förstå den kronologiska åldern. Enligt Dahlin-Ivanoff m.fl.(2007b) är det viktigt att stöda äldre i att använda sina förmågor och ge dem en känsla av att vara behövda, för på så sätt upplever äldre självstyrande. Hälsoprogram som möjliggör att äldre kan bo hemma och vara självständiga är viktiga. Enligt Eriksson m.fl.(2007) är det viktigt att äldre får kontroll över information som gäller deras kapacitet och miljö samt får göra beslut gällande sitt liv. Enligt Dahlin-Ivanoff m.fl. (2007b) är det känslan av att kunna hantera sitt liv och att vara aktiv som ger tillfredställelse i det dagliga livet. Enligt studien var det viktigt att de äldre kunde vara med i beslutsfattande gällande hjälpmedel, hemhjälp och rehabiliteringen. Att andra tar hand om äldre gör att den äldre inte själv kan välja när saker och ting görs och utgör mindre frihet som är viktigt för äldre. Hemhjälpen ansågs av de äldre positivt så länge som de hade möjlighet att vara med i beslutsfattandet av den. Enligt Ball m.fl. (2007) är det viktigt att ergoterapeuter också tar hänsyn till den äldres fritidsaktiviteter.

4 TEORETISKA REFERENSRAMEN

Som referensram används Lifestyle Redesign och The Canadian Model of Occupational Performance. Lifestyle Redesign är en ergoterapeutisk referensram och kan användas för att utveckla ett hälsofrämjande program för finländska förhållanden. Lifestyle Redesign programmet är ett ergoterapeutiskt hälsofrämjande och förebyggande program för äldre. Referensramen The Canadian Model of Occupational Performance används i arbetet p.g.a. att den förklarar aktivitetens betydelse för människan och utgör ett instrument som mäter aktivitetsutförande.

4.1 Lifestyle Redesign

Lifestyle Redesign har utvecklats från projektet Well elderly study. Well elderly study har gjorts av The University of South California och projektet har visat att förebyggande ergoterapi förhöjer hälsa och livskvalitet för äldre som lever självständigt. Lifestyle Redesign är ett förebyggande program som är klientcentrerat och fokuserar på aktivitet. ”Occupational Lifestyle Redesign is the process of developing and enacting a customized routine of health promoting and meaningful daily activities” (Clark 1999: inroduction), vilket betyder att personer deltar i vissa aktiviteter som utgör personens livsstil. Omformningen av personens livsstil är en process för att utveckla nya och individuella aktiviteter för en individ. Personen får nya rutiner som främjar personens hälsa genom meningsfulla aktiviteter. Lifestyle Redesign är inte ett nytt koncept utan en förfinad version av vad ergoterapeuter traditionellt har gjort. Grundprinciperna är att aktivitet är livet i sig, aktivitet kan skapa nya visioner om det möjliga ”jaget”, aktivitet har en läkande effekt för den fysiska och psykiska hälsan samt aktivitet ger känsla av livsordning och rutin. I programmet hjälper ergoterapeuterna äldre personer att ändra sina dagliga rutiner så att de kan vara friska, produktiva och kunna se sin nya framtid. Lifestyle Redesign är en manual som kan användas som referensram i ergoterapeuters dagliga arbete. Exempen i manualen kan också användas för andra klientgrupper än äldre. Den är användbar för ergoterapeuter som hjälper klienter i att utveckla ett

tillfredställande och meningsfullt liv efter sjukdom. Förebyggande och aktivitetscentrerad terapi förbättrar den äldres livskvalitet och minskar hälsorelaterade kostnader. Den kan användas både i grupp och individuellt. Den ökar förståelse i storyberättande, storygörande och aktivitets självanalys. Enligt Lifestyle Redesign skall programmet modifieras enligt lokala behov. Bedömning av den lokala platsen ger terapeuten insyn i faktorer som livstillfredställelse, hälsa och produktivitet för äldre. (Clark m.fl. 1999: introduction, 4, 11-13)

Studien om Well elderly tog 9 månader. Well elderly skapades genom olika pilotstudier. Pilotstudierna gav bred uppfattning om åldrande, anpassning och process för aktivitets självanalys. Sedan gjordes en pilotstudie kring faktorer som personer ansåg sig behöva hjälp med. Följande faktorer kom upp i studien; ADL-aktiviteter, anpassning till multikulturella miljöer, användning av fritid, sjukdom och död, upprätthållande av hälsa, hälsosam rörlighet, personlig ekonomi, personlig trygghet, psykologiskt välmående och lycka samt relationer till andra. Pilotstudierna blev referensramen för Lifestyle Redesign programmet. Två ytterligare studier bidrog till mer fokuserad information om den lokala situationen hos de äldre. Till sist gjordes en meta analys över ergoterapiens effektivitet för äldre. Studien visade att ergoterapi för äldre var effektiv, den hade tillräcklig styrka och det fanns en sannolikhet att uppnå positiva resultat med den. (Clark m.fl. 1999: 1-4)

Lifestyle Redesign programmet innehåller teman utifrån aktivitetsperspektivet; aktivitetens inverkan, åldrande, hälsa, transport, trygghet, sociala relationer, kulturell medvetenhet och ekonomi. I programmet presenteras information för de äldre, det används storyberättande, personlig reflektion och direkta upplevelser. Allt som presenteras relateras till aktivitet. Storyberättande betyder att gruppmedlemmarna, alltså de äldre berättar om sina liv och hur de bemöter svårigheter. Direkta upplevelser betyder att äldre aktivt utför en aktivitet t.ex. går på utfärder. Personlig reflektion betyder att gruppmedlemmarna reflekterar över det som kommit upp under terapi gångerna. Genom programmet fick gruppmedlemmarna ett nytt sätt att vara i världen, vetenskap om aktivitet och dess inverkan på hälsa. Nyckelidéerna i Lifestyle Redesign är aktivitet och självanalys. Aktiviteten i sig själv utstrålar flera möjligheter till förändring och driver personen vidare i livet. Genom självanalysen får personen insikt om sig själv

och sitt beteende. Genom att förstå aktivitet och självanalys får personen redskap till att omforma sitt liv. (Clark m.fl. 1999: 28-31)

4.2 The Canadian model of occupational Performance (CMOP)

Organisationen The Canadian Association of Occupational Therapist (CAOT) och ergoterapeuter från Kanada har bidragit till nationella ergoterapeutiska riktlinjer från år 1980 framåt. CAOT publicerade 1997 *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. I *Enabling Occupation* beskrivs ergoterapi, dess processer och modeller. The Canadian model of occupational Performance (CMOP) är en referensram för ergoterapiarbete. Utgående från *Enabling Occupation* har Kanada publicerat nationella riktlinjer och instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM). COPM är ett klientcentrerat bedömningsinstrument som används i ergoterapin. (Baptiste m.fl. 1999: 2, Baptiste m.fl. 2002:xvii-xviii) Här nedan beskrivs modellen CMOP och instrumentet COPM.

CMOP är en modell som används för olika klientgrupper och i olika terapisammansättningar (Kielhofner 2004: 95). Ergoterapin är ett klientcentrerat arbete som befrämjar hälsa. I CMOP tror man att hälsa är mer än frånvaro av sjukdom, hälsan påverkas starkt av om människan har valmöjligheter och kontroll över sitt dagliga liv. Hälsan har personliga dimensioner och dit hör spirituell mening och livstillfredsställelse i aktiviteter samt sociala dimensioner som har att göra med rättvisa och lika möjligheter till aktivitet. Klientcentrerat arbetssätt är enligt CMOP att klienten har kunskap och erfarenhet om sina aktiviteter, klienten har en aktiv roll i den ergoterapeutiska processen, risktagning är väsentligt för att få positiv förändring och klientcentrerad ergoterapi fokuserar på att möjliggöra aktivitet. (Baptiste m.fl. 2002:31) Klientcentrerat arbetssätt är en allians som utformas mellan klienten och terapeuten där man använder sig av bådars förmågor och resurser för att uppnå klientens mål. Det innebär att terapeuten respekterar klienten och tar med denna i beslutsfattandet. Ergoterapeuten identifierar det unika i varje människa. Modellen kräver flexibilitet, betonar lärande och problemlösning och fokuserar på klientens mål. Modellen tror på att klienten själv har erfarenhet och kunskap om sitt eget aktivitetsutförande och vet sina behov bättre än

någon annan. Människan har olika utförande komponenter. Utförande komponenterna är fysiska, affektiva och kognitiva. Terapin utgår ifrån att underlätta, vägleda, träna, lära, uppmuntra, lyssna, reflektera, stöda eller samarbeta med klienten eller gruppen för att de skall ha möjlighet att forma deras eget liv. (Kielhofner 2004: 98-100)

Då ergoterapeutens roll enligt CMOP är att möjliggöra aktivitet betyder detta att ergoterapeuten möjliggör aktiviteter för personen i stället för att göra saker för personen. Att möjliggöra aktivitet betyder att personen väljer, organiserar och utför aktiviteter som är meningsfulla eller nyttiga för personen i en given miljö. Aktivitet är allt människan gör för att sysselsätta sig vilket innehåller att ta hand om sig själv, njuta av livet och bidra socialt och ekonomiskt till samhället. Förändringar som sker i omgivningen, personen eller i aktiviteten inverkar på personens utförande och tillfredställelse i aktiviteten. Aktivitetsutförande är ett resultat av relationerna mellan person, aktivitet och omgivning. Aktivitetsutförande är förmågan att välja, organisera och tillfredställande utföra en meningsfull aktivitet. Aktiviteten bör vara kulturellt definierat och vara lämplig i given ålder. (Baptiste m.fl. 2002:30) För att förstå relationen mellan person, aktivitet och omgivning kommer skribenten att förklara begreppen i följande stycke.

Enligt CMOP är varje människa en aktiv varelse, unik, värdig och kan göra val gällande sitt eget liv. Människan har kapacitet och självbestämmanderätt samt förmåga att delta i aktiviteter. Människan har olika förmågor att vara delaktig i aktiviteter, människan är formbar och formas av miljön. Människan har möjlighet att förändras och är en social och spirituellt varelse. (Baptiste m.fl. 2002:31) Spiritualitet är en central del av människan, den är en genomgripande livsdrivkraft, en andlig uppenbarelse av ett högre jag, en källa till vilja och självbestämmanderätt, den ger en känsla av mening och sammanhänger med människans upplevelse av sin omgivning. Varje människa har en spiritualitet oberoende av sjukdom. Sociala och kulturella upplevelser är en del av människan och inverkar på hur man uppfattar sig själv. (Kielhofner 2004: 97-98)

Aktivitet ger mening i livet, är viktigt för hälsan och välmåendet och organiserar beteendet. Aktiviteten utvecklas och förändras genom livet, den är formbar och formas av miljön. Aktivitet hänvisar till grupper av aktiviteter och uppgifter i det vardagliga livet som har ett namn, är organiserade, värderade och meningsfulla för individen och

kulturen. Aktivitet är människans grundläggande behov och avgörande för hälsa. Aktivitet är källa till mening, syfte, val och kontroll, källa för balans och tillfredsställelse. Aktivitet är ett medel för att organisera tid, organisera material och plats, medel för inkomst samt terapeutiskt medium (Baptiste m.fl. 2002:31, 34) Till aktiviteter räknas personlig vård, produktivitet och fritid (Kielhofner 2004: 97). Med personlig vård menas aktiviteter som har att göra med att ta hand om sig själv. Till dessa hör personlig vård, personliga skyldigheter, förflyttning och organisering av personligt utrymme och tid. Till produktivitet hör aktiviteter som utgör ett socialt eller ett ekonomiskt bidrag som t.ex. lek, skola, arbete, hushållsarbete, föräldraskap och frivilligt arbete. Fritid är aktiviteter som medför njutning och innehåller socialisering, kreativt uttryck, aktiviteter utomhus, spel och sport. (Baptiste m.fl. 2002:37)

Till omgivningen hör en institutionell, fysisk, social och kulturell dimension (Kielhofner 2004: 98). Till den kulturella miljön hör etnisk bakgrund, ras, ceremoni och rutiner som baserar sig på värden i en viss grupp. Till den institutionella miljön hör institutioner och praktiker. Till fysisk omgivning hör naturliga och byggda omgivningar som innehåller byggnader, vägar, trädgårdar, fordon, teknologi, väder och annat material. Till den sociala miljön hör relationer och personer som bor i ett organiserat samhälle, sociala grupper med likadana intressen, värden, attityder och tro. (Baptiste m.fl. 2002:46)

The Canadian Performance Measure (COPM) är ett individualiserat, klientcentrerat instrument som används av ergoterapeuter för att upptäcka förändringar i klientens utförande. Det kan användas för olika klienter med olika diagnos och i olika åldrar. COPM har använts i 35 olika länder och har översatts till över 20 olika språk. (Law m.fl. 2005) Klienten vet bäst om sin livssituation och COPM är utvecklad så att den hjälper klienten i att identifiera aktiviteter som är viktiga för honom eller henne. Den får också fram vilka aktiviteter klienten anser sig ha problem i, bedömer klientens utförande och hur nöjd klienten är med sitt utförande i en viss situation. (Baptiste m.fl. 1999: 2, Kielhofner 2004: 101)

5 STUDIENS SYFTE OCH FORSKNINGSPRÅGOR

Syftet är att kartlägga vilka aktivitetsområden som är viktiga för finlandssvenska pensionärer, för att det utifrån den informationen skall vara möjligt att utveckla ett Lifestyle Redesign program för finländska förhållanden.

- Vilka aktivitetsområden är viktiga för finlandssvenska pensionärer?
- Vilka aktivitetsområden kan finlandssvenska pensionärer utföra?
- Hur nöjda är finlandssvenska pensionärer med sitt utförande av aktiviteter inom aktivitetsområdena?

6 METODBESKRIVNING

Syftet är att kartlägga vilka aktivitetsområden som är viktiga för finlandssvenska pensionärer, för att det utifrån den informationen skall vara möjligt att utveckla ett Lifestyle Redesign program för finlandssvenska pensionärer. Skribenten är intresserad av en stor mängd respondenters åsikter om deltagande i aktiviteter och använder därför enkät som undersökningsmetod. Metodens fördelar är att det är billigt, svaren påverkas inte av intervjuareffekten och respondenten får själv välja när enkäten fylls i. Risker i metoden är att personer inte svarar på enkäten. (Bryman Allan 2001: 146-147; Denscombe 2000: 107; Jacobsen 2007:53-55) Enkäten är utformad av skribenten utgående från studiens syfte och frågeställningar. Teman som valts till enkäten är produktivitet, personliga dagliga aktiviteter och fritid vilka är tagna från Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Produktivitet innehåller betalt och obetalt arbete, att sköta hushållet, utbildning och lek. Personliga dagliga aktiviteter innehåller personlig vård, förflyttning och att klara sig i samhället. Fritid innehåller stillsam fritid, aktiv fritid och social samvaro. (Baptiste m.fl. 1999:2) Dessa teman och dess innehåll har valts till enkäten, men omformats så att äldre bättre kan förstå begreppen. I följande stycke beskriver skribenten hur enkäten är uppbyggd och varför.

Först bestämdes vilka personuppgifter som skribenten är intresserad av och varför. Ålder och kön var intressant för att få veta respondenternas åldersgrupp och könsfördelning. Boende miljön och den sociala miljön inverkar på delaktighet i olika aktivitetsområden och anses viktig i både COPM och i Lifestyle Redesign. COPM aktivitetsområden valdes för att täcka de flesta aktiviteter jämför Baptiste m.fl. 1999:2. Från enkäten skalades bort COPM:s aktivitetsområden arbete och lek p.g.a. de ansågs irrelevanta för pensionärer. De andra COPMs aktiviteterna omformades för att de skulle vara mer konkreta och för att äldre bättre skulle kunna förstå dem. Sköta hushållet förändrades till att sköta hemmet, utbildning ändrades till att studera/lära sig nya saker medan personlig vård och att klara sig i samhället ändrades inte. Förflyttning ändrades till att röra sig tryggt i hemmiljön, stillsam fritid ändrades till att utöva lugna fritidsaktiviteter, aktiv fritid ändrades till att motionera och social samvaro ändrades till

att ha socialt umgänge. Lifestyle Redesign programmets teman som aktivitetens inverkan, åldrande, hälsa, transport, trygghet, sociala relationer, kulturell medvetenhet och ekonomi föll inom COPM:s aktivitetsområden. Aktiviteten transport fanns inom att klara sig i samhället, trygghet fanns inom att röra sig tryggt i hemmiljön och i att klara sig i samhället, ekonomi fanns inom att sköta hemmet och sociala relationer fanns inom socialt umgänge. Aktivitetens inverkan, hälsa och kulturell medvetenhet tas inte upp i enkäten, men kan tas upp då programmet pilottestas i praktiken.

Till enkäten togs med COPM:s utförande, tillfredsställelse och betydelse för att de svarar på skribentens forskningsfrågor, men orden ansågs svårförståeliga så de förvandlades till hela meningar. Utförande förvandlades till *”Kan ni utföra aktiviteter som krävs för att t.ex. sköta hemmet?”*. Tillfredsställelse förvandlades till *”Hur nöjd är ni med det sätt ni nu utför dessa aktiviteter?”*. Betydelse förvandlades till *”Hur viktiga är dessa aktiviteter för er?”*. Skala 1-10 fanns i COPM, men ansågs för svår för äldre att förstå så en skala 0-4 användes. De vanligaste antalen svarsalternativ som används i undersökningar varierar mellan fem och sju och det är vanligt att alternativet ”vet inte” finns med (Jacobsen 2007:190). Svarsalternativen skrevs i ord för att äldre skulle ha lättare att förstå skalan 0-4. Orden för skalan i att utföra aktiviteter blev följande 0=Vet inte, 1=kan inte utföra, 2=kan något utföra, 3= kan ganska bra och 4=kan utföra. Skalan i hur viktigt aktivitetsområdet är blev 0=vet inte, 1=oviktig, 2=ganska oviktig, 3=viktig och 4=mycket viktig. Skalan i hur nöjd personen är med sitt utförande blev 0=vet inte, 1=missnöjd, 2=något missnöjd, 3=nöjd och 4=mycket nöjd. Till enkäten togs med två öppna frågor gällande enkäten och äldres delaktighet i aktivitet. Frågorna var ”Här nedan kan ni kommentera er om annat som inte kommit upp i enkäten gällande era möjligheter att delta i aktiviteter” och ”Här nedan kan ni kommentera er om vad ni tyckte om enkäten”. Frågorna togs med p.g.a. att Svenska Pensionärsförbundets önskat det och för att i man i fortsättningen skall kunna utveckla en ännu bättre enkät. Fonten som används i enkäten var Arial och storlek 14 för att det skulle vara mer läsbart för äldre. Radavstånd var 1,5 och 2,0 beroende på hur läsbar texten var. (se bilaga 3)

6.1 Urval

Undersökningspopulationen var finlandssvenska pensionärer, hemmaboende män och kvinnor som bor i Finland. Som samarbetspartner fungerade Svenska pensionärsförbundet rf (SPF) i Finland. Enligt statistiken ökar hälsokostnader efter 65 års ålder (Hjerppe & Honkatukia 2005:144) och p.g.a. detta valdes personer i pensionsålder till undersökningen. Pensionärsförbundet var en lämplig samarbetspartner då de har ett register över sina 18000 medlemmar. Från registret valde SPF ut 100 stycken pensionärer till undersökningen. Till undersökningen valdes 100 personer för att enkäten skulle besvaras av tillräckligt många och vara generaliserbar. Anhållan om lov att få använda SPF:s register gjordes före urvalet valdes. Se bilaga 1 med anhållan om lov.

6.2 Datainsamling

Pensionärerna kontaktades per post p.g.a. att skribenten antog att många äldre inte använder eller har tillgång till dator. Kuvertet innehöll information om undersökningen, enkäten, frankerat svarskuvert och svarsadress jämför Bryman Allan 2001: 149. Se bilagorna 2 och 3 med följbrevet och enkäten. Enkäten pilottestades på äldre personer i skribentens bekantskapskrets före den skickades iväg. Genom pilottestningen fick skribenten fram om frågorna var tillräckligt tydliga. Skribenten anhöll om lov av Etiska rådets arbetsutskott vid Arcada före enkäterna skickades ut. Varje frågeformulär hade ett eget kodnummer som skiljde enkäterna från varandra. Numret identifierade vem den skickats åt, adressen och när den skickats. Detta för att kunna veta till vem eventuella påminnelsebrev skulle skickas. Kodnumret kommer inte fram i resultaten för att inte personen skall kunna identifieras utifrån detta. Kodnumret var på frågeformulärets framsida för att det skulle vara lätt för skribenten att hitta det jämför Denscombe 2000: 111, 114, 116-117. För att veta när påminnelsebrevet skulle skickas ut fanns det en svarstid på två veckor från det enkäterna skickats ut. Efter att svarstiden gått ut och inga svar fått skickades ett påminnelsebrev innehållande enkäten.

6.3 Databearbetning

Svaren som fås från enkäterna skrevs in på dator, på SPSS-programmet och analyserades sedan. För att detta skulle kunna göras måste varje fråga och svarsalternativen förvandlades till nummer jämför Jacobsen 2007:234. Sedan gjordes en tabell över enkätfrågorna och alla enkäter som skickats ut. De som inte svarat eller de som lämnat frågor obesvarade räknades som bortfall jämför Bryman Allan 2001: 148; Ejlertsson 2005: 25. De öppna frågorna skrevs upp skilt och de olika svarsalternativen som fanns delades upp i grupper. Svar som hade med samma sak att göra hörde till en och samma grupp. Enkätfrågorna kring aktivitetsområdena var på ordinalnivå, vilket styrde vad för statistik det kunde göras av datat. Med ordinalnivås data går det att räkna upp saker och att kategorisera dem i viss ordning (Jacobsen 2007:184, 233, 265). Enkätfrågorna kring ålder och hur många det bor i samma hushåll är metriska data. Metriska värden går att grupperas och rangordnas (Jacobsen 2007:184). Enkätfrågorna kring kön, bostadsmiljö och civilstånd hör till nominal nivå och det betyder att de kan räknas upp och placeras i kategorier jämför Denscombe 2000: 209.

6.4 Analys

Univariat analys betyder att man gör en beskrivande statistik av variablerna (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen. 2003: 37). Med univariat analys fås fram hur svaren på de olika frågorna fördelar sig och vilket svar som är mest typiskt. Detta fås fram genom att göra en frekvensfördelning med mått för det typiska värdet. (Jacobsen 2007:235, 239, 249-250,254, 259) Genom bivariat analysnivå kan av variablerna göras korstabell och chi²-test. I univariat analys undersöks en variabel i gången, i bivariatanalys undersöks två variabler i gången. (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen. 2003: 43) Skribenten gjorde först en frekvensfördelning av varje fråga. För att få mer greppbar information kring utföra, betydelse och tillfredsställelse så sammanslogs vissa svarsalternativ. Skribenten sammanslog svarsalternativen ”kan lite utföra” och ”kan ganska bra utföra” aktivitetsområdet, för att dessa svar pekar på att respondenterna kan ha problem i att utföra aktivitetsområdet. Skribenten sammanslog svarsalternativen ”missnöjd” och ”något missnöjd” p.g.a. de var negativa svar. Svarsalternativen ”nöjd” och ”mycket

nöjd” sammanslogs också för att de var positiva svar. Svartalternativen ”oviktig” och ”något oviktig” sammanslogs samt svartalternativ ”viktig” och ”mycket viktig” sammanslogs p.g.a. att orden hade samma betydelse. Därefter gjordes en ny frekvenstabell och genom dessa svar jämfördes de olika aktivitetsområden med varandra. Därefter gjordes en korstabell för att få fram samband och skillnader mellan de olika aktivitetsområdena. Utgående från frekvenstabellens och korstabellernas information fick skribenten fram vilka aktivitetsområden som är relevanta för pensionärerna och vilka är relevanta att använda för att utveckla ett Lifestyle Redesign program för finlandssvenska pensionärer.

Generaliserbarheten tolkades enligt Mangione som beskriver att om svarsprocenten är över 85 procent så är resultatet utmärkt, om svarsprocenten är 70-85 procent är resultatet bra, om svarsprocenten är 60-70 procent är resultatet acceptabelt, om svarsprocenten är 50-60 procent är resultatet knappt godkänt och om svarsprocenten är under 50 procent är resultatet oacceptabelt (jmf. Bryman Allan 2001: 148). För att kunna generalisera svaren bör man veta urvalsstorleken, konfidensnivån och fyndets storlek. Urvalsstorleken var 100 och konfidensnivån var 95 %. Konfidensnivån redogör med hur stor sannolikhet man kan tolka fel. Felmarginalen överensstämmer om man fått 50 % av urvalsstorleken. Felmarginalen för olika svarmängder (se tabell 1).

Tabell 1 felmarginaler vid konfidensnivån 95 %

Urvalsstorlek	Fyndets storlek									
	5 %	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %
100	4,4	6	8	9,2	9,8	10	9,8	9,2	8	6

(Jacobsen 2007: 280)

Alla påståenden kan sägas med 95 % säkerhet att något är mellan två olika tal för hela populationen (jmf. Jacobsen 2007:278-280) i SFP:s förbund. Resultatets felmarginal för populationen har fåtts genom att resultatprocenten avrundats till närmaste hela procent för att kunna använda tabellen i boken skriven av Jacobsen(2007: 280) Genom att addera felmarginalen med svarsprocenten fås populationens övre gräns och genom att subtrahera fås populationens nedre gräns. Resultatets generaliserbarhet för populationen är inte hög p.g.a. att urvalets storlek har avrundats för att få fram felmarginalens storlek, men ger riktlinjer för mellan vilken mängd av populationen är av viss åsikt.

6.5 Etiska reflektioner

Studien har med människor att göra och p.g.a. detta var skribenten noga med att varje skede gick etiskt rätt. Skribenten hade information i introduktionsbrevet om att undersökningen inte utgör någon fara för personerna som deltar. Informationen beskrev hur skribenten kommer att hantera materialet. Skribenten kunde inte vara säker på att respondenterna förstod all information som beskrevs i brevet och därför tillfogades skribentens telefonnummer till enkäten så att respondenterna skulle ha möjlighet att kontakta skribenten. I informationsbrevet poängterade skribenten att deltagande i undersökningen var frivilligt och anonymt under hela processen. (jmf. Jacobsen 2007: 22-23) Frivillighet betyder också att respondenterna har rätt att dra sig ur undersökningen i vilket skede som helst (jämför Bryman 2001: 440). Genom att respondenterna skickat tillbaka enkäten förstod skribenten detta som att respondenten frivilligt deltagit i undersökningen. Utomstående hade inte möjlighet att identifiera respondenterna utifrån resultatet och undersökningsmaterialet hanterades konfidentiellt och skyddade därmed respondenternas privatliv. Skribenten hade ett kritiskt förhållningssätt till all information och till resultatet. Rapporten skrevs sanningsenligt och noggrant. (jämför Jacobsen 2007: 22, 24, 26-27) Enkäten och examensarbetsplanen granskades av Etiska rådets arbetsutskott vid Arcada innan enkäten skickades ut (jämför Denscombe 2000: 111). Endast skribenten och skribentens handledare hade tillgång till materialet. Efter att studien avslutats förvaras materialet hos uppdragsgivaren i ett låsbart skåp.

7 RESULTATREDOVISNING

I detta kapitel redovisas resultatet av undersökningen. Kapitlet börjar med en demografisk beskrivning. Därefter redovisas resultatet utgående från studiens syfte samt resultatets generaliserbarhet. Utgående från detta fås vilka aktivitetsområden kunde användas för att utveckla Lifestyle Redesign programmet för de finlandssvenska pensionärer.

7.1 Demografisk data

100 enkäter skickades ut 12.11.2009 av vilka 49 enkäter besvarades. Ett påminnelsebrev skickades ut åt 51 personer den 1.12.2009. Av 100 enkäter gav slutligen 69 svar, vilket är enligt Mangione en acceptabel mängd (jämför Bryman Allan 2001: 148). Här redovisas hur många män och kvinnor som deltog i undersökningen, vilken ålder de var, deras bostadsmiljö, civilstånd och hur många som bor i samma hushåll som de.

Utgående från bilaga 4 kan man säga att över hälften av respondenterna var kvinnor (63,2 %) och under hälften (36,8 %) var män. Respondenternas medelålder var 74 år. De flesta (44,9 %) respondenter bor på glesbygden på landsorten. Näst mest bodde i stadscentrum (26,1 %) och minst bodde i storstad (20,3 %) och i kommuncentrum eller tätort (8,7 %). Största delen av respondenterna var mellan 70-79 års ålder (52,2 %). Till åldersgruppen 60-69 hörde 22,4 % och till åldersgruppen 80-89 hörde 23,9 %. Några (1,5 %) hörde till åldersgruppen 90-99. De flesta respondenter var gifta (66,7 %), näst mest var änkor eller änklingar (24,6 %) och minst var frånskilda (5,8 %) eller ogifta (2,9 %). De flesta respondenter bodde tillsammans med någon annan (70,5 %) och ungefär en tredje del bodde ensamma (29,4 %).

7.2 Aktivitetsområden som respondenterna deltar i

Till aktivitetsområdena hör att sköta hemmet, att studera/ lära sig nya saker, personlig vård, att röra sig tryggt i hemmet, att klara sig i samhället, att motionera, att utöva lugna fritidsaktiviteter och att ha socialt umgänge. Först jämfördes hur respondenterna kan utföra de olika aktivitetsområdena. Sedan jämfördes hur viktiga de är för dem. Slutligen jämfördes hur nöjda respondenterna är med sitt utförande av de olika aktivitetsområdena. Kapitlet sammanfattar resultatet från enkäterna utgående från frekvenstabellerna i bilaga 5.

7.2.1 Aktivitetsområden som respondenterna utför

Resultatet visar att de flesta (67 %) av respondenterna kan utföra alla aktivitetsområden. Aktivitetsområden som de flesta respondenter kan utföra är att röra sig tryggt i hemmet, sköta personlig vård och att utöva lugna fritidsaktiviteter. Resultatet har en 95 % konfidensnivå, vilket betyder att man kan med 95 % säkerhet säga att mellan 79,5% (85,5 % - 6 %) och 91,5 % (85,5 % + 6 %) av alla pensionärer i SPF kan röra sig tryggt i hemmet. (Se tabell 2). Aktivitetsområden som respondenterna har problem med är att lära sig nya saker, motionera och att ha socialt umgänge. (se tabell 3).

Tabell 2 Aktivitetsområden som respondenterna kunde utföra

Aktivitetsområde	Antal	Hur många % kan utföra	Felmarginal
Röra sig tryggt i hemmet	N=59/69	85,5	+/- 6,0
Personlig vård	N=57/69	82,6	+/- 8,0
Lugna fritidsaktiviteter	N=54/69	78,3	+/- 8,0
Klara sig i samhället	N=45/68	66,2	+/- 9,2
Sköta hemmet	N=45/68	66,2	+/- 9,2
Socialt umgänge	N=44/69	63,8	+/- 9,8
Motionera	N=37/68	54,4	+/- 10,0
Studera/ lära sig nya saker	N=26/67	38,8	+/- 9,8
Medeltal	N=68	67,0	

Tabell 3 Aktivitetsområden som respondenterna hade problem med att utföra

Aktivitetsområde	Antal	Hur många % har problem med sitt utförande	Felmarginal
Studera/ lära sig nya saker	N=35/67	52,2	+/- 10,0
Motionera	N=27/68	39,7	+/- 9,8
Socialt umgänge	N=24/69	34,8	+/- 9,2
Klara sig i samhället	N=21/68	30,9	+/- 9,2
Sköta hemmet	N=21/68	30,9	+/- 9,2
Lugna fritidsaktiviteter	N=15/69	21,7	+/- 8,0
Personlig vård	N=64/69	14,5	+/- 6,0
Röra sig tryggt i hemmet	N=9/69	13	+/- 6,0

7.2.2 Aktivitetsområden som är viktiga för respondenterna

Resultatet visar att alla aktivitetsområden var viktiga för de flesta (93,7 %) av respondenterna. Aktivitetsområden som har mest betydelse för de flesta respondenterna är att röra sig i hemmet, att klara sig i samhället och att sköta hemmet. (Se tabell 4)

Tabell 4 Aktivitetsområden som var viktiga för respondenterna

Aktivitetsområde	Antal	För hur många % är aktivitetsområdet viktigt
Röra sig tryggt i hemmet	N=68/69	98,6
Klara sig i samhället	N=65/68	95,6
Sköta hemmet	N=65/68	95,6
Lugna fritidsaktiviteter	N=65/69	94,2
Socialt umgänge	N=65/69	94,2
Personlig vård	N=64/69	92,8
Motionera	N=62/67	92,5
Studera/ lära sig nya saker	N=57/66	86,4
Medeltal		93,7

7.2.3 Respondenternas åsikt om deras utförande av aktiviteter inom de olika aktivitetsområdena

Resultatet visar att de flesta (87,3 %) av respondenterna var nöjda med sitt sätt att utföra de olika aktivitetsområdena. Aktiviteter inom personlig vård, lugna fritidsaktiviteter och att röra sig i hemmet gav tillfredsställelse för över 90 % av deltagarna. (se tabell 5)

Tabell 5 Aktivitetsområden där respondenterna var nöjda med sitt eget utförande

Aktivitetsområde	Antal	Hur många % som är nöjda med sitt utförande
Personlig vård	N=64/69	92,8
Lugna fritidsaktiviteter	N=64/69	92,8
Röra sig tryggt i hemmet	N=63/69	91,3
Klara sig i samhället	N=60/68	88,2
Sköta hemmet	N=59/67	88,1
Socialt umgänge	N=59/68	86,8
Studera/ lära sig nya saker	N=53/65	81,5
Motionera	N=52/68	76,5
Medeltal		87,3

7.3 Granskning av resultatet med hjälp av korstabeller

I detta kapitel jämförs de olika aktivitetsområdenas utförande, betydelse och tillfredsställelse med varandra genom korstabeller (se bilaga 6), för att få fram vilka respondenter skulle ha nytta av det förebyggande program och vilka aktiviteter som skulle vara mest relevanta att ta upp i ett förebyggande program. Utgående från dessa aktivitetsområden kan ett Lifestyle Redesign program utvecklas för finländska förhållanden.

Utgående från resultatet kunde respondenterna delas upp i fem olika grupper. (se tabell 6) Aktiviteterna inom att röra sig tryggt i hemmet, personlig vård och lugna fritidsaktiviteter var viktiga för över 75 % av respondenterna i grupp ett. (se tabell 7). Dessa respondenter har inte akut behov att få stöd i att kunna utföra aktiviteter inom de olika områdena, men kunde i förebyggande syfte ha nytta av att få information om hur de i fortsättningen kan motionera och att lära sig nya saker.0

Tabell 6 Gruppindelning av respondenterna

Grupp	Tillfredsställelse	Betydelse	Utförande
1	Nöjd	Viktig	Kan utföra
2	Nöjd	Viktig	Har svårigheter
3	Missnöjd	Viktig	Kan i olika mån utföra
4	Missnöjd	Oviktigt/ vet inte	Kan i olika mån utföra
5	Nöjd	Oviktigt/ vet inte	Kan i olika mån utföra

Tabell 7 Aktivitetsområden som respondenterna var tillfredställda med, hade betydelse och kunde utföras

Grupp 1		
Aktivitetsområde	Antal	% av populationen
Röra sig tryggt i hemmet	N= 58/69	84
Personlig vård	N=57/69	82,6
Lugna fritidsaktiviteter	N=52/69	75,3
Klara sig i samhället	N=44/68	64,7
Sköta hushållet	N=43/67	64,2
Socialt umgänge	N=43/68	63
Motionera	N=35/67	52,2
Studera/ lära sig nya saker	N=26/65	40

Aktiviteterna inom att lära sig nya saker, sköta hushållet och klara sig i samhället samt socialt umgänge var aktiviteter som grupp två hade mest svårigheter med. Utgående från detta kan man anta att dessa personer börjar ha problem och skulle behöva i förebyggande syfte få hjälp med att kunna utföra aktiviteterna också i framtiden. (Se tabell 8)

Tabell 8 Aktivitetsområden som respondenterna var tillfredställda med, hade betydelse, men utgjorde problem

Grupp 2		
Aktivitetsområde	Antal	% av populationen
Studera/ lära sig nya saker	N=22/65	33,8
Sköta hushållet	N=15/67	22,4
Klara sig i samhället	N=15/68	22
Socialt umgänge	N=15/68	22
Motionera	N=13/67	19,4
Lugna fritidsaktiviteter	N=10/69	14,5
Röra sig tryggt i hemmet	N=5/69	7,2
Personlig vård	N=4/69	6

Aktiviteterna inom att motionera, lära sig nya saker och att ha socialt umgänge var aktiviteter som grupp tre är mest missnöjda med. Dessa respondenter har stort behov av att få hjälp i att kunna utföra bättre aktiviteter inom dessa områden. (Se tabell 9)

Tabell 9 Aktivitetsområden som respondenterna var otillfredsställda med, men hade betydelse och hade problem i utförande

Grupp 3		
Aktivitetsområde	Antal	% av populationen
Motionera	N=14/67	21,1
Studera/ lära sig nya saker	N=9/65	13,8
Socialt umgänge	N=7/68	10,3
Sköta hushållet	N=6/67	8,9
Klara sig i samhället	N=6/68	8,8
Röra sig tryggt i hemmet	N=5/69	7,2
Lugna fritidsaktiviteter	N=3/69	4,3
Personlig vård	N=3/69	4,3

Grupp fyra var ett litet antal av populationen och kunde behöva stöd i alla områden p.g.a. att de var missnöjda i att kunna utföra olika aktiviteter.(Se tabell 10)

Tabell 10 Aktivitetsområden som respondenter var missnöjda med, men i olika mån kunde utföra och ansåg aktivitetsområdena oviktiga eller visste inte om aktivitetsområdena var viktiga

Grupp 4		
Aktivitetsområden	Antal	% av populationen
Personlig vård	N=4/69	5,7
Studera/ lära sig nya saker	N=3/65	4,6
Motionera	N=2/67	2,9
Sköta hushållet	N=2/67	2,9
Klara sig i samhället	N=2/68	2,9
Socialt umgänge	N=2/68	2,9
Lugna fritidsaktiviteter	N=2/69	2,8
Röra sig tryggt i hemmet	N=2/69	2,8

Grupp fem var ett litet antal av populationen och behöver inte stöd i att kunna utföra aktivitetsområde p.g.a. att de var nöjda med sitt utförande av aktivitetsområdena (se tabell 11).

Tabell 11 Aktivitetsområden som respondenter var nöjda med och kunde i olika mån utföra, men ansåg aktivitetsområdena oviktiga eller visste inte om aktivitetsområdena var viktiga

Grupp 5		
Aktivitetsområden	Antal	% av populationen
Studera/ lära sig nya saker	N=5/65	7,7
Motionera	N=3/67	4,5
Personlig vård	N=3/69	4,3
Lugna fritidsaktiviteter	N=2/69	2,8
Sköta hushållet	N=1/67	1,5
Klara sig i samhället	N=1/68	1,5
Socialt umgänge	N=1/68	1,5
Röra sig tryggt i hemmet	N=0/69	0

7.3.1 Sammanfattning av resultatet

Utgående från resultatet har grupp 1, 2 och 3 nytta av att få delta i ett förebyggande program, men de har olika behov. Största behovet har grupp tre som har problem i utförande av viktiga aktivitetsområden som gör att respondenterna är missnöjda med sitt utförande. För grupp tre skulle de mest relevanta aktivitetsområdena vara att motionera, att lära sig nya saker och att ha socialt umgänge. Grupp två var nöjda med sitt utförande av viktiga aktivitetsområden, men började ha problem i att utföra dem och p.g.a. detta skulle de ha behov av att få stöd i framtiden. I denna grupp skulle de relevantaste aktiviteterna vara att lära sig nya saker, att sköta hushållet, att klara sig i samhället och att ha socialt umgänge. Grupp ett har inte ett akut behov av att få stöd i att kunna utföra aktiviteter inom de olika områdena, men kunde i förebyggande syfte ha nytta av att få information om hur de i fortsättningen kan motionera och att lära sig nya saker. Sedan fanns det ännu grupp fyra och fem där grupp fyra var missnöjd och grupp fem var nöjd, båda grupperna kunde i olika mån utföra de olika aktiviteterna, men ansåg aktivitetsområdena oviktiga. Grupp fyra kunde behöva stöd p.g.a. att de var missnöjda med sitt utförande, men enligt skribenten skulle dessa troligen inte vara motiverade i att förbättra sitt utförande av aktivitetsområden. Medan grupp fem inte var i behov av stöd p.g.a. att de var nöjda med sitt utförande. I resultatet bör beaktas att frågorna inom de olika aktivitetsområdena inte besvarats av alla respondenter, vilket påverkar på jämförbarhetens tillförlitlighet.

7.4 Sammanfattning av öppna frågorna

I detta kapitel tas upp vad respondenterna kommenterat i de öppna frågorna. Först redovisas kommentarerna kring de olika aktivitetsområdena och sedan frågan kring möjligheten att delta i aktiviteter.(se bilaga 7)

I aktivitetsområdet att sköta hemmet kommenterade 23 % (n=16) av respondenterna. Kommentarererna var att de klarar sig bra med att sköta hemmet, de hjälper varandra, men sjukdom inverkar på deltagandet. En del ansåg sig vara lata i att sköta hemmet och en del tog här upp fritidsaktiviteter som de deltog i. I aktivitetsområdet att lära sig nya

saker svarade 17,4 % (n=12) av respondenterna. Inom detta aktivitetsområde tog respondenterna fram att de kan lära sig nya saker, de är kreativa, utövar hjärngymppa och deltar i kurser, men för en del var det svårt att lära sig nya saker. I aktivitetsområdet personlig vård kommenterade 11,6 % (n=8) av respondenterna. Inom personlig vård kommenterade respondenterna kring att de klarar den själv, en del hjälper andra och en del behöver hjälp av andra, men för en del inverkar funktionsförmågan i att kunna delta i den. I aktivitetsområdet att röra sig tryggt i hemmet kommenterade 10,1 % (n=7) av respondenterna. Här togs upp hobbyn, att de var beroende av andras hjälp och att de ändrat bostaden för att kunna vara aktiva. I aktivitetsområdet att klara sig i samhället kommenterade 14,5 % (n=10) av respondenterna. Respondenterna berättade att de var aktiva i föreningar och att de kunde röra sig i samhället, men att en del var beroende av andras hjälp. I aktivitetsområdet att motionera kommenterade 29 % (n=20) av respondenterna. Respondenterna berättade att de deltog i flera motionsformer, men att funktionsförmågan inverkade på hur aktivt de kunde delta och att en del var beroende av andras hjälp eller av hjälpmedel. En var tacksam för att kunna röra på sig. Några ansåg att de borde eller ville motionera mera. Annat som kom fram var t.ex. att de ansåg att motion var viktigt för dem. I aktivitetsområdet att utöva lugna fritidsaktiviteter kommenterade 15,9 % (n=11) av respondenterna. Respondenterna berättade att de var fysiskt aktiva, deltog i kulturella evenemang och utövade hjärngymnastik. I aktivitetsområdet att ha socialt umgänge kommenterade 20,3 % (n=14) av respondenterna. Respondenterna berättade att vänner är viktiga och att en del var beroende av anhöriga. Vidare berättade de att föreningsverksamhet och hobbyverksamhet var viktiga för dem, men att funktionshinder inverkade på hur mycket de kunde delta i sociala aktiviteter.

I frågan gällande möjligheten att delta i aktiviteter kommenterade 30,4% (n=21) av respondenterna. Kommentarer som kom upp var att äldre deltar i flera aktiviteter så som dans och motion, de deltar i kulturella evenemang och andra fritidsaktiviteter. Sjukdomar och avstånd inverkade på hur de äldre kunde delta i aktiviteterna. Flera äldre var aktiva i olika föreningar. Här tog en del respondenter också upp andra saker som hindrar eller inverkar på att kunna vara aktiv t.ex. att kunna få service på sitt modersmål. De aktiviteter som respondenterna tog upp här kunde vara sådana som inte passat in i aktivitetsområdena i enkäten t.ex. att plocka bär eller att hugga ved.

8 DISKUSSION OCH KRITISK GRANSKNING

I detta kapitel jämförs resultatet med undersökningens referensram och tidigare forskning. Sedan diskuteras urvalets inverkan på resultatet. Därefter redovisas vilka saker skribenten kunde ha gjort annorlunda i sin undersökning och hur tillförlitligt resultatet är. Därefter beskrivs vad för fortsatta forskningar som kunde göras och till vad resultatet kan användas.

8.1 Resultatdiskussion

Studiens syfte var att kartlägga vilka aktivitetsområden som är viktiga för finlandssvenska pensionärer, för att det utifrån den informationen skall vara möjligt att utveckla ett Lifestyle Redesign program för finländska förhållanden. Studiens syfte och frågeställningar besvarades i studien. Studien kartlade betydelsefulla aktivitetsområden för personer i SPF, vilket referensramen Lifestyle Redesign programmet krävde (se Clark 1999: 4, 21). Undersökningen berättar att de flesta aktivitetsområden är viktiga för äldre, men att motion, att lära sig nya saker och att ha socialt umgänge medför mest problem för äldre i SPF förbundet. Genom att ge äldre verktyg i att analysera sina aktiviteter optimerar man de äldres funktion och välbefinnande (se Clark 1999: 1). I undersökningen kom fram Lifestyle Redesigns aktiviteter inom adl-aktiviteter, fritid, rörlighet och relationer och att de är viktiga för äldre. Sjukdom och död, upprätthållande av hälsa, ekonomi, personlig trygghet och psykologiskt välmående (se Clark 1999: 4) kom inte fram i undersökningen p.g.a. att de måste undersökas med en annan metod. För att få specifikare information om Lifestyle Redesign programmets innehåll och programmets betydelse för äldre bör det undersökas noggrannare och testas i praktiken (se Clark 1999: 21).

I studien användes referensramen CMOP genom att välja aktivitet från relationen person, omgivning och aktivitet. I studien fokuserades på CMOP:s aktivitetsområden och studiens enkät utformades utifrån COPM instrumentet. Relationen mellan aktivitet, omgivning och person undersöktes inte i denna undersökning, men det kan antas att då en del äldre uttryckte att de inte kunde utföra vissa aktivitetsområden kunde de ha problem i omgivningen, aktivitetsområdet eller i sig själv som person (se Baptiste m.fl. 2002:30). Undersökningens resultat i jämförelse med hälsa såsom beskrivs av Baptiste m.fl. (2002), så kan antas att de äldre upplever god hälsa p.g.a. de kan utföra aktiviteter i sitt dagliga liv och dessutom ansågs aktiviteterna viktiga och därmed kunde antas vara meningsfulla för dem. Denna undersökning fick fram vilka aktivitetsområden äldre kan eller kan inte utföra, vilka aktivitetsområden är viktiga eller oviktiga för dem och vilka aktivitetsområden de är nöjda eller missnöjda med i sitt utförande, vilket COPM instrumentet går ut på (se Baptiste m.fl. 1999: 2). Undersökningens resultat i jämförelse med CMOP:s aktivitetsområden personlig vård, produktivitet och fritid (se Baptiste 2002:37) visar att inom produktivitet och fritid har äldre mest behov att få stöd i.

Utgående ifrån resultatet kan man tänka sig att de flesta äldre har kunnat anpassa sig till pensioneringen och den kommande livssituationen. Latella & Meriano (2008) beskriver vad pensionering innebär och kräver av människan. Man kan också tänka sig att de som inte var nöjda eller inte kunde utföra aktiviteter som var viktiga för dem kunde ha ett samband med att anpassningen till pensioneringen inte löpt på ett bra sätt. I jämförelse med ICF:s tanke om delaktighet och aktivitet tyder undersökningens resultat på att de äldre kan vara aktiva och delaktiga (socialstyrelsen 2001a). ICF har definierat olika komponenter som kan inverka på personers förmåga att vara delaktiga och aktiva (Socialstyrelsen: 2001a), vilket denna undersökning inte tog upp. Utgående från undersökningens svar kan antas att de äldre har funktionsförmåga då de kan utföra aktiviteter, i jämförelse med hur Heimonen & Voutilainen (1998) och Kettunen (2002) beskriver funktionsförmåga. Resultatet kunde ha blivit ett annat om respondenterna varit över 75 år, vilket teorin enligt Haukka (2007) beskriver. Enligt Heikkinen & Marin (2002) relaterar äldre sin funktionsförmåga med andra jämnåriga, vilket kan ha inverkat på resultatet. Äldre anser sig ha en bra funktionsförmåga fastän den kanske är sämre än tidigare.

Undersökningens resultat att aktiviteter är viktiga för äldre stärker Fänges m.fl.(2008) tanke om att delaktighet i det dagliga livet är grundläggande för ett tillfredställande och självständigt liv hemma vid hög ålder och att det är mycket viktigt för de äldres välbefinnande. Erikssons m.fl.(2007) forskning visar att personer ansåg sig vara delaktiga i aktiviteter oberoende av om de inte de deltog fysiskt i dem. Skribentens undersökning tar inte fram på vilket sätt de äldre är delaktiga eller hur de kan utföra aktiviteterna. Undersökningens resultat visar att aktivitetsutförande möjliggör en känsla av kontroll i det dagliga livet och ger upplevelse av hälsa (jämför Carlssons m.fl.2007). Undersökningens resultat bekräftar Balls m.fl. (2007) studie om att äldre har flera aktiviteter och att de är viktiga för dem. Undersökningens resultat visar att de flesta kunde röra sig tryggt i hemmet och att de var för de flesta mycket viktigt, vilket stöder det som kommit fram i Dahlin-Ivanoff, Fänge, Haak, Iwarssons (2007a) studie. I studierna gjorda av Eriksson m.fl.(2007), Fänge m.fl.(2008), Dahlin-Ivanoff m.fl. (2007b) och Dahlin-Ivanoff, Fänge, Haak, Iwarsson (2007a) tas fram hur viktigt hemmet är för äldre.

Resultatet av denna undersökning kan tyda på att de äldre som hör till Svenska pensionärsförbundet är aktiva. Då medlemmarna i Svenska pensionärsförbundet kan antas vara aktiva kan det också ha inverkat på att resultatet av undersökningen blev så positivt. Det kan också hända att de äldre som inte är så aktiva inte svarat på enkäten. Undersökningens resultat visar att medlemmarna i SPF kan utföra flera aktiviteter och är nöjda med sitt utförande samt anser dem viktiga.

8.2 Metoddiskussion

Validitet betyder att man mäter det man vill mäta och att resultatet går att generalisera eller överföra till ett annat område (Jacobsen 2007: 268, 272). Generaliserbarhet betyder att man vill kunna säga i hur lång utsträckning det går att generalisera resultatet för den gruppen eller andra grupper. Genom att slumpmässigt välja urvalsrespondenterna kan man försäkra sig om att urvalet är så representativt som möjligt.(Bryman Allan 2001: 93)

Enkät som metod gav studien en överskådbar, men ytlig information kring många olika aktivitetsområden. Metodvalet ansågs bra p.g.a. att det svarade på studiens syfte och mätte det man ville mäta, vilket gör att studien har validitet. Metoden mätte hur respondenterna kan utföra ett aktivitetsområde, hur viktiga aktivitetsområdena är och hur tillfredställda de är med sitt utförande och därmed svarade det på studiens syfte. Nackdelen med studien var att begreppen från COPM ändrats så att en del begrepp t.ex. aktiv fritid och förflyttning ändrat innehåll och därmed fick studien inte med alla aktivitetsområden. Detta kunde ha kommit fram om enkäten skulle ha pilottestats flere gånger. I studien kunde skribenten ha använt sig av andra metoder såsom litteraturstudie eller att testa Lifestyle Redesign programmet i praktiken, men detta gjordes inte p.g.a. att de metoderna inte skulle ha svarat på studiens syfte.

Studiens urval av Svenska Pensionärsförbundets medlemmar valdes av förbundet, vilket gjorde att det är oklart om urvalet presenterar hela förbundets medlemmar. Resultatet visade att de som svarat på enkäten var aktiva äldre, vilket kan göra att de som inte är lika aktiva fallit bort. Storleken på urvalet var endast 100 personer, vilket är litet i jämförelse med alla (ung. 18000) medlemmar i förbundet. Dessa saker inverkar på resultatets generaliserbarhet, men urvalsstorleken var ändå tillräckligt för studiens omfattning och resultatet gav en riktgivande bild över vilka aktivitetsområden som är viktiga för förbundets medlemmar. Utav de 100 enkäter som skickats ut kom 69 stycken tillbaka, vilket är över hälften av enkäterna. Enligt Mangione är detta en acceptabel mängd (jämför Bryman Allan 2001: 147-148).

Reliabilitet handlar om de undersökta måttens och mätningarnas pålitlighet och följdriktighet. Reliabilitet handlar om stabilitet, vilket betyder att resultatet är så pass stabilt att man får samma resultat om man gör undersökningen på nytt. (Bryman Allan 2001: 86) Reliabiliteten kan bli starkare om en om testning görs, vilket betyder att man skickar ut enkäten en andra gång till en mängd personer och jämför svaret med den första undersökningsgruppen. (Jacobsen 2007:286-288)

Studien har gjorts noggrant genom kontrollering av inmatade materialet och av resultatet. Skribenten har fått hjälp av flere lärare för att hantera dataprogrammet SPSS och läst böcker om SPSS för att kunna använda programmet rätt och kunna göra rätta analyser. Skribenten är dock en nybörjare och har inte använt programmet SPSS

tidigare, vilket inverkar på resultatets reliabilitet. Skribenten kunde ha läst sig in mer på metoden och statistikprogrammet SPSS före utskickande av enkäterna för att förbättra resultatets tillförlitlighet. Studien skulle ha varit mer reliabel om resultatet skulle ha jämförts med en annan liknande undersökning eller om man skickat enkäten till två grupper av respondenter. Detta gjordes inte p.g.a. skribentens tidsbrist och brist på resurser. Sist och slutligen så gjordes undersökningen noggrant och studiens resultat svarade på undersökningens syfte och mätte det som skulle mätas och på så sätt är resultatet tillförlitligt.

8.3 Implikationer

Här nedan har skribenten utvecklat ett exempel på hur Lifestyle Redesign kunde se ut för en grupp inom aktivitetsområdena motion, att lära sig nya saker och att ha socialt umgänge. Skribenten har utgått ifrån Lifestyle Redesign programmets manual (se Clark 1999: 34) och undersökningsresultatet.

Lifestyle Redesign programmet för gruppen skulle innehålla teman som att lära sig nya saker, att motionera och att ha socialt umgänge. Utgående från den ursprungliga Lifestyle Redesign programmet så skulle teman relateras till aktivitetsperspektivet, därmed skulle första sessionen innehålla information om aktiviteter och dess inverkan på hälsan. Teman skulle presenteras så som i ursprungliga Lifestyle Redesign med information för de äldre, användande av storyberättande, personlig reflektion och direkta upplevelser. Programmet skulle innehålla gruppssessioner (2h/vecka) och individuella sessioner i nio månaders tid så som i Lifestyle Redesign programmet. Grupp sessionerna med teman motion och socialt umgänge kunde göras enligt det ursprungliga Lifestyle Redesign programmet. Innehållet i motion skulle vara stresshantering, avslappning, fysisk aktivitet och mental aktivitet. I socialt umgänge skulle innehållet vara relationer, kommunikation, kulturmedvetenhet och att hantera förlust och sorg. (se Clark 1999: 26,28-29, 34, 43-44, 51-52) Temat att lära sig nya saker finns inte i Lifestyle Redesign programmet, men metoder som används i Lifestyle Redesign kräver kunskaper i att lära sig saker. Innehållet i att lära sig nya saker kunde tas från ICF:s innehåll av lärande och att tillämpa kunskap. Enligt ICF innehåller

lärande och tillämpande av kunskap att använda sinnen, att använda olika sätt att lära sig t.ex. läsa, skriva, repetera mm. samt att tillämpa kunskap och att göra uppgifter med olika krav (se Socialstyrelsen 2001b: 41-42). Efter varje gruppsession skulle ergoterapeuten göra en sammanfattning av vad som behandlats och som sedan varje deltagare skulle få. I grupperna skulle Lifestyle Redesigns manual användas så långt som möjligt. I programmet kunde man använda även bedömningsinstrumentet COPM för att utvärdera deltagarnas utförande. Gruppen skulle avslutas så som det görs i det ursprungliga Lifestyle Redesign programmet (se Clark 1999: 55-56).

För att kunna utveckla ett finländskt Lifestyle Redesign program krävs det flera forskningar kring ämnet. För att få specifikare information om Lifestyle Redesign programmets innehåll och programmets betydelse för äldre bör det undersökas och testas i praktiken. Annan intressant forskning kunde vara att ta reda på de äldres verkliga situation. Önskar sig äldre kunna utföra flera aktiviteter än vad som kommit upp i undersökningen? Är äldre nöjda med sitt liv och sina aktiviteter som de deltar i? Hur inverkar åldrandet på deltagande i aktiviteter? Är den service som erbjuds i dag tillräcklig för de äldre?

Undersökningen ger information åt SPF om sina medlemmar och det kan sägas att SPF:s medlemmar är aktiva och nöjda. Resultatet av studien kan användas för att motivera att det krävs mer specifik undersökning kring aktiviteter och äldre. Studien stöder äldre och yngre personer i att se ålderdomen som något positivt, att det är möjligt att vara aktiv även som äldre och att de flesta äldre är aktiva och delaktiga. Studien stöder även tanken om att det är viktigt och har betydelse att vara aktiv då man blir äldre.

KÄLLFÖRTECKNING

Aromaa, Arpo; Huttunen, Jussi; Koskinen, Seppo; Teperi, Juha. 2006. Health in Finland [www]. Publicerad: Sep. 2006. *Finland*. National Public Health Institute KTL, National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES, Ministry of Social Affairs and Health. Tillgänglig: <http://www.ktl.fi/hif/hif.pdf>. Hämtat 19.2009. ISBN 951-740-631-2.

Auvinen, R; Dunderfelt, T; Erjanti, H; Hautala, M; Horelli, L; Huopalahti, P; Kinnunen, J; Kumpusalo, E; Kylmäläinen, S; Lepola, I; Liebkind, K; Lindqvist, M; Martikainen, T; Penttilä, U-R; Sivonen, K; Toiskallio, A; Toiskallio, J; Walls, L; Willman, H. 1993. *Johdatus sosiaali- ja terveydenhuoltoon*. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Helsinki. Vammalan Kirjapaino Oy. 228. ISBN 951-8963-00-2

Ball, Veronica; Corr, Susan; Knight, Judith; J Lowis, Michael. 2007. An investigation into the leisure occupations of older adults. *British journal of occupational therapy*. Vol 70. Num. 9. s393-400. ISSN 0308-0226

Backman, Kaisa; Eloniemi-Sulkava, Ulla; Finne-Soveri, Harriet; Voutilainen, Päivi; Vaaramaa, Marja; Paasivaara, Leena. 2002. *God vård och omsorg för äldre Handbok i kvalitet*. Stakes. Finland. ISBN 951-33-1348-4.

Baptiste, Sue; Brintnell, Sharon; Campanile, Loredana; Kramer, Christine; Law, Mary; Polatajko, Helene; Stanton, Sue; Swedlove, Fern; Thompson-Franson, Tracey; Townsend, Elizabeth. 2002. *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Revised edition. Ottawa. CAOT Publications ACE. ISBN 1 895437-58-X.

Baptiste, Sue; Carswell, Anne; Law, Mary; McColl, Mary, Ann; Polatajko, Helene; Pollock, Nancy. 1999. *Canadian Occupational Performance Measure*. Tredje upplaga. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

- Bass-Haugen, Julie; Flinn Nancy; Giles-Heinz, Amy; Matuska, Kathleen; Neighbor Michael. 2003. Outcomes of a Pilot Occupational Therapy Wellness for Older adults. *The American Journal of Occupational Therapy*. Vol 57.Numb. 2. s220-224.
- Berg, Stig. 2007. *Åldrande t- Individ, familj, samhälle*. Liber AB. Malm. ISBN 978-91-47-08647-4.
- Bryman, Alan. 2001. *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö. Liber AB. ISBN 91-47-06402-1
- Carlsson, Gunilla; Fridlund, Bengt; Hovbrandt, Pia. 2007. Very old people's experience of occupational performance outside the home: Possibilities and limitations *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.. 14: s77-85. ISSN 1103-8128
- Clark, Florence; Jackson, Jeanne; Mandel, Deosrah; Nelson, Laurie; Zemke, Ruth. 1999. Lifestyle redesign Implementing the well elderly program. *The American occupational therapy association*. ISBN 1-56900-120-0
- Dahlin-Ivanoff, S; Fänge, A; Haak, M; Iwarsson, S. 2007a. The Multiple meaning of home as experienced by very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 14: s25-32.
- Dahlin-Ivanoff, Synneve; Fänge, Agneta; Haak Maria; Iwarsson, Susanne. 2007b. Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 14: s16-24.
- Denscombe, Martyn. 2000. *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Sverige. Studentlitteratur. ISBN 91-44-01280-2
- Djurfeldt, Göran; Larsson, Rolf; Stjärnhagen, Ola. 2003. *Statistisk verktygslåda samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-04147-0

- Ejlertsson, Göran. 2005. *Enkäten i praktiken En handbok i enkätmetodik*. Andra upplaga. Lund. Studentlitteratur. ISBN 91-44-03164-5
- Eriksson, Bo; Hultberg, John; Hägglom-Kronlöf, Gerta; Sonn, Ulla. 2007. Experiences of daily occupations at 99 years of age. *Scandinavian journal of occupational therapy*. Num. 14. s192-200. ISSN 1103-8128
- Fänge, Agneta; Haak, Maria; Hortsmann, Vibeke; Iwarsson, Susanne. 2008. Two dimensions of participation in very old age and their relations to home and neighborhood environments. *American journal of occupational therapy*. 62. s77-86.
- Haukka, Ulla-Maija; Kivelä, Sirkka-Liisa; Pyykkiö, Virpi; Vallejo Medina, Aila. 2007. *Vanhustenhoito*. 1-3 painos. WSOY. ISBN 978-951-0-25323-6.
- Helsingforsstad; Socialverket, Hälsovårdscentralen. 2009. *VEM HJÄLPER? Serviceguide för svenskspråkiga äldre i Helsingfors*. [www]. Tillgänglig: http://www.hel.fi/wps/portal/Sosiaalivirasto_sv/Artikkeli?WCM_GLOBAL_CONTENT=/Sosv/sv/R_dgivning/Seniorinfo. Hämtat 4.12.2009.
- Heikkinen, Eino; Marin, Marjatta. 2002. *Vanhuuden voimavarat*. Toinen painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. ISBN 951-26-4857-1
- Heimonen, Sirkkaliisa; Voutilainen, Päivi. 1998. *Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä*. Kirjayhtymä Oy. Tampere. ISBN 951-26-4315-4
- Hjerppe, Reino; Honkatukia, Juha. 2005. *Suomi 2025 kestävän kasvun haasteet*. Helsinki. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. ISBN 951-561-575-5.
- Hussey, Susan; O'Brien, Jane; Sabonis-Chafee, Barbara. 2007. *Introduction to Occupational therapy*. Third edition. Mosby Elsevier. USA. ISBN-10: 0-323-03369-5

- Jacobsen, Ingvar, Dag. 2007. *Förståelse, beskrivning och förklarning Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Danmark. Studentlitteratur. ISBN 978-91-44-00638-3
- Kettunen, Reetta; Kähäri-Wiik, Kaija; Anne, Vuori-kemilä; Ihalainen, Jarmo. 2002. *Kuntoutumisen mahdollisuudet*. WSOY. ISBN 951-0-26108-4.
- Kielhofner, Gary. 2004. *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. Tredje upplaga. Philadelphia. F.A. Davis Company. s280. IBSN 0-8036-1137-4
- Latella, Donna; Meriano, Cathrine. 2008. *Occupational Therapy Interventions Function and Occupations*. SLACK Incorporated. USA. ISBN 978-1-55642-732-9
- Law et.al. 2005. *COPM Description*. [www]. Tillgänglig:
http://www.caot.ca/caot_copm.asp?pageid=2140. Hämtat 14.10.2009.
- Naidoo, Jennie; Wills, Jane. 2000. *Health Promotion Foundations for Practice*. Second edition. Baillière Tindall. 400. ISBN 0 7020 2448 1.
- Pereira, Robert; Stagnitti, Karen. 2008. The meaning of leisure for well-elderly Italians in an Australian community: Implications for Occupational Therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*. 55. s39-46.
- SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET. 16.03.2009. *Tjänster och förmåner för äldre*. [www]. Statsrådet. Tillgänglig:
http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/aldre/tjanster. Hämtat 21.10.2009
- SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET. 31.08.2009. *Förebyggande tjänster prioriteras*. [www] Statsrådet. Tillgänglig:
http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/aldre/tjanster/forebyggande_tjaner. Hämtat 21.10.2009.
- SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET. 08.09.2009. *Förmåner, rehabilitering och tandvård för veteraner*. Statsrådet. [www]. Tillgänglig:

http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/aldre/tjanster/veterantjanster.
Hämtat 21.10.2009.

Socialstyrelsen. 2001a. *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. Stockholm. WHO. ISBN 91-7201-755-4

Socialstyrelsen. 2001b. *Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa*. [www] Världshälsoorganisationen (WHO). ISBN 91-7201-755-4. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10546/2003-41_200342.pdf. Hämtat 9.2.2010.

Svenska pensionärsförbundet rf. *För fulla segel in i framtiden!*. [www] Svenska pensionärsförbundet rf. Tillgänglig: <http://www.spfpension.fi/omoss/>. Hämtat 27.8.2009.

Willcock, A, Ann. 2006. *An Occupational Perspective of health*. Second Edition. USA. ISBN-10: 1-55-642-754-9

World Health Organization .2002. *Active Ageing. A Policy Framework*. [www]. Tillgänglig: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf. Canada. Hämtat 31.12.2009.

Minna Pitkämäki

XX

XX

23.09.2009

Svenska Pensionärsförbundet rf

Pb 129

00101 Helsingfors

Anhållan om lov att använda information från Ert medlemsregister

Mitt namn är Minna Pitkämäki, jag studerar ergoterapi vid Arcada- Nylands Svenska Yrkeshögskola i Helsingfors. Jag skriver för tillfället mitt examensarbete där mitt syfte är att kartlägga om ett hälsofrämjande program om aktiviteter är relevant för finlandssvenska pensionärer. Ett liknande program har utvecklats i USA. Genom programmet vill man ge information åt äldre och ge dem möjlighet att vara aktiva. Min undersökning är en enkätundersökning där jag vill få fram vilka aktiviteter äldre deltar i, hur viktiga aktiviteter är för äldre och hur nöjda de är med sitt utförande av aktiviteterna samt vilka eventuella hinder det finns för att äldre skall kunna delta i aktiviteterna. Utgående från min undersökning kan följande studerande utveckla ett finländskt hälsofrämjande program för äldre.

Härmed anhåller jag om lov att få använda information från Svenska pensionärsförbundets register över deras medlemmar till min undersökning.

Till undersökningen skulle jag behöva göra ett slumpmässigt urval på 100 personer i pensionsålder från SPF:s register. Pensionärerna skulle kontaktas per post och brevet kommer att innehålla information om undersökningen, enkäten, frankerat svarskuvert och mina kontaktuppgifter. Enkätsvaren kommer att bearbetas statistiskt med hjälp av SPSS varefter svaren analyseras. Uppgifter som fås från registret kommer att hanteras konfidentiellt och anonymt under hela forskningsprocessen. Utomstående kommer inte att ha möjlighet att få tag på uppgifterna.

Uppgifterna kommer inte att synas i undersökningsresultatet och utomstående kommer inte heller att kunna identifiera deltagarna. Enkäten och examensarbetsplanen har granskats och godkänts av Arcadas etiska råd för att allt skall ske etiskt rätt. Materialet kommer att förvaras under bearbetningen hemma hos mig i ett låsbart skåp. Jag och mina handledare kommer endast ha tillgång till materialet. Efter att studien avslutats kommer den att förvaras i Arcada eller hos utdragsgivaren beroende på vad utdragsgivaren vill.

Godkännande: _____

Underskrift och datum

Namn och datum:

Studerande:

Minna Pitkämäki, X.X.2009

Samarbetspartner

SPF, X.X.2009

Skolan:

Arcada, X.X.2009

Underskrift

Underskrift

Underskrift

Bilaga 2 Följebrevet

1(2)

Bästa mottagare,

Mitt namn är Minna Pitkämäki, jag studerar ergoterapi vid Arcada- Nylands Svenska Yrkehögskola i Helsingfors. Jag skriver för tillfället mitt examensarbete där mitt syfte är att kartlägga om ett hälsofrämjande program om aktiviteter är relevant för finlandssvenska pensionärer. Ett liknande program har utvecklats i USA. Genom programmet vill man ge information åt äldre och ge dem möjlighet att vara aktiva. I min undersökning önskar jag få fram vilka aktiviteter Ni deltar i, hur viktiga aktiviteterna är för Er och hur nöjda Ni är med Ert utförande av aktiviteterna samt vilka eventuella hinder det finns för att Ni skall kunna delta i aktiviteterna. Utgående från min undersökning kan följande studerande utveckla ett finländskt hälsofrämjande program för äldre. Jag har valt detta ämne p.g.a. att jag är intresserad av de äldres välmående och ställning i samhället. Jag vill att det skall vara möjligt för äldre att bo hemma och kunna delta i nöjsamma aktiviteter.

Jag samarbetar med Svenska pensionärsförbundet(SPF) och via deras register har 100 personer slumpmässigt valts ut till undersökningen. Genom att Ni är medlem i SPF så har Ert namn kommit upp i registret och valts till undersökningen. För att få reda på Era åsikter så skulle jag vara tacksam om Ni vänligen svarade på frågeformuläret som är bifogat i detta brev. Frågeformuläret är 10sidor långt och innehåller 6 stycken frågor angående 8 olika aktiviteter samt 2 frivilliga frågor. Det tar ungefär 30 min att besvara frågorna. Frågeformulärets svar kommer sedan att skrivas in på dator och sedan kommer de att analyseras. Vänligen returnera frågeformuläret i bifogat svarskuvert senast 9.12.2009.

Denna studie kommer inte att medföra Er några negativa konsekvenser och Ni får själv välja om Ni vill delta i undersökningen. Ni har också rätt att dra Er ur undersökningen i vilket skede som helst. Ert namn eller andra kännetecken kommer inte att komma fram i resultatet av undersökningen. Eventuellt citat ur frågeformuläret kan komma fram i studien, men studien och resultaten kommer att behandlas anonymt. Frågeformuläret och examensarbetsplanen har granskats och godkänts av Arcadas etiska råd för att allt skall ske etiskt rätt.

2(2)

Materialet kommer att förvaras under bearbetningen hemma hos mig i ett låsbart skåp. Jag och min handledare kommer endast ha tillgång till materialet. Ingen utomstående kommer att ha tillgång till materialet. Efter att studien avslutats kommer materialet att förvaras på Arcada.

Tack för din hjälp!

För mer information och frågor kontakta gärna Minna Pitkämäki eller Annikki Arola per telefon eller per mail.

Med vänlig hälsning

Ergoterapi studerande:

Minna Pitkämäki

minna.pitkamaki@arcada.fi

GSM: XX

Handledare:

Annikki Arola,

Med. Mag.lektor i Ergoterapi

annikki.arola@arcada.fi

GSM: 0400-858545

Bilaga 3 Enkäten

1(10)

Delaktighet och aktivitet

Enkätкод

Besvara alla frågor, formulär som har många obesvarade frågor kan ej användas i undersökningen.

Exempel på hur fylla i följande frågor:

1. Ringa in ert kön: Man Kvinna
2. Skriv er ålder: Ålder: 75 år gammal
3. Ringa in er bostadsmiljö: Stadscentrum

1 Ringa in ert kön: A) Man B) Kvinna

2 Skriv er ålder: _____

3 Ringa in er bostadsmiljö?

- A) stadscentrum
- B) förort eller närheten av en storstad
- C) kommuncentrum eller annan tätort
- D) glesbygd på landsorten

4 Ringa in er närvarande civilstånd: A) ogift

- B) gift
- C) sambo
- D) i hemskillnad
- E) frånskild
- F) änka/änkling
- G) *annan vilken?*

5 Hur många personer bor det med er i samma hushåll? _____ personer

Räkna med er själva

6) Vilka aktivitetsområden deltar ni i?

2(10)

Ringa in om ni kan utföra aktiviteten, hur viktig aktiviteten är för er och hur nöjd är ni med ert utförande(göra) av aktiviteten. Ringa in det alternativ som passar er bäst. Efter varje fråga har ni möjlighet att kommentera ert svar. Att kommentera är frivilligt.

6.1 Att sköta hemmet

6.1.1 Ringa in hur ni kan utföra aktiviteter som krävs för att sköta hemmet?

4 Kan utföra

3 Kan ganska bra

2 Kan något utföra

1 Kan inte utföra

0 Vet inte

6.1.2 Ringa in hur viktiga dessa aktiviteter är för er?

4 Mycket viktig

3 Viktig

2 Ganska oviktig

1 Oviktig

0 Vet inte

6.1.3 Ringa in hur nöjd ni är med det sätt ni nu utför dessa aktiviteter?

4 Mycket nöjd

3 Nöjd

2 Något missnöjd

1 Missnöjd

0 Vet inte

Kommentar:

6.2 Att studera / lära sig nya saker

3(10)

6.2.1) Ringa in hur ni kan utföra aktiviteter som har att göra med att studera eller att lära sig nya saker?

4 Kan utföra

3 Kan ganska bra

2 Kan något utföra

1 Kan inte utföra

0 Vet inte

6.2.2) Ringa in hur viktiga dessa aktiviteter är för er?

4 Mycket viktig

3 Viktig

2 Ganska oviktig

1 Oviktig

0 Vet inte

6.2.3) Ringa in hur nöjd är ni med det sätt ni nu utför dessa aktiviteter?

4 Mycket nöjd

3 Nöjd

2 Något missnöjd

1 Missnöjd

0 Vet inte

Kommentar:

6.3 Personlig vård

4(10)

6.3.1) Ringa in hur ni kan utföra aktiviteter som har att göra med att sköta er personliga hygien?

4 Kan utföra

3 Kan ganska bra

2 Kan något utföra

1 Kan inte utföra

0 Vet inte

6.3.2) Ringa in hur viktiga dessa aktiviteter är för er?

4 Mycket viktig

3 Viktig

2 Ganska oviktig

1 Oviktig

0 Vet inte

6.3.3) Ringa in hur nöjd är ni med det sätt ni nu utför dessa aktiviteter?

4 Mycket nöjd

3 Nöjd

2 Något missnöjd

1 Missnöjd

0 Vet inte

Kommentar:

6.4 Att röra sig tryggt i hemmiljön

5(10)

6.4.1) Ringa in om ni kan röra er tryggt i er hemmiljö?

4 Kan röra mig i hemmiljön

3 Kan ganska bra röra mig i hemmiljön

2 Kan något/lite röra mig tryggt i hemmiljön

1 Kan inte röra mig tryggt i hemmiljön

0 Vet inte

6.4.2) Ringa in hur viktigt är det för er att ni kan röra er tryggt i er hemmiljö?

4 Mycket viktig

3 Viktig

2 Ganska oviktig

1 Oviktig

0 Vet inte

6.4.3) Ringa in hur nöjd är ni med det sätt ni nu kan röra er i er hemmiljö?

4 Mycket nöjd

3 Nöjd

2 Något missnöjd

1 Missnöjd

0 Vet inte

Kommentar:

6.5 Att klara sig i samhället

6(10)

6.5.1) Ringa in hur ni kan utföra aktiviteter som har att göra med att klara sig i samhället?

4 Kan utföra

3 Kan ganska bra

2 Kan något utföra

1 Kan inte utföra

0 Vet inte

6.5.2) Ringa in hur viktigt är det för er att ni klarar er i samhället?

4 Mycket viktig

3 Viktig

2 Ganska oviktig

1 Oviktig

0 Vet inte

6.5.3) Ringa in hur nöjd är ni med det sätt ni nu klarar er i samhället?

4 Mycket nöjd

3 Nöjd

2 Något missnöjd

1 Missnöjd

0 Vet inte

Kommentar:

6.6 Att motionera

7(10)

6.6.1) Ringa in hur ni kan utföra aktiviteter som har att göra med att motionera?

4 Kan utföra

3 Kan ganska bra

2 Kan något utföra

1 Kan inte utföra

0 Vet inte

6.6.2) Ringa in hur viktiga dessa aktiviteter är för er?

4 Mycket viktig

3 Viktig

2 Ganska oviktig

1 Oviktig

0 Vet inte

6.6.3) Ringa in hur nöjd är ni med det sätt ni nu utför dessa aktiviteter?

4 Mycket nöjd

3 Nöjd

2 Något missnöjd

1 Missnöjd

0 Vet inte

Kommentar:

6.7 Att utöva lugna fritidsaktiviteter

8(10)

6.7.1) Ringa in hur ni kan utföra aktiviteter som har att göra med att utöva lugna fritidsaktiviteter?

4 Kan utföra

3 Kan ganska bra

2 Kan något utföra

1 Kan inte utföra

0 Vet inte

6.7.2) Ringa in hur viktigt är det för er att kunna utföra dessa aktiviteter?

4 Mycket viktig

3 Viktig

2 Ganska oviktig

1 Oviktig

0 Vet inte

6.7.3) Ringa in hur nöjd är ni med det sätt ni nu utför dessa aktiviteter?

4 Mycket nöjd

3 Nöjd

2 Något missnöjd

1 Missnöjd

0 Vet inte

Kommentar:

6.8 Att ha socialt umgänge

9(10)

6.8.1) Ringa in hur ni kan utföra aktiviteter där ni har socialt umgänge med andra?

4 Kan utföra

3 Kan ganska bra

2 Kan något utföra

1 Kan inte utföra

0 Vet inte

6.8.2) Ringa in hur viktigt det är för er att kunna ha socialt umgänge med andra?

4 Mycket viktig

3 Viktig

2 Ganska oviktig

1 Oviktig

0 Vet inte

6.8.3) Ringa in hur nöjd är ni med ert sociala umgänge idag?

4 Mycket nöjd

3 Nöjd

2 Något missnöjd

1 Missnöjd

0 Vet inte

Kommentar:

7. Här nedan kan ni kommentera er om annat som inte kommit upp i enkäten gällande era möjligheter att delta i aktiviteter. Att kommentera är frivilligt.

8. Här nedan kan ni kommentera er om vad Ni tyckte om enkäten. Att kommentera är frivilligt.

Tack för ert deltagande!

Informationen ifrån enkäten kommer att hanteras så att det inte går att identifiera enskilda svar och personer. Materialet kommer att användas endast i denna undersökning.

Tabell 1 Kön

		Frekvens	Procent	Valid Procent	Kumulativ Procent
Valid	Man	25	36,2	36,8	36,8
	Kvinna	43	62,3	63,2	100,0
	Totalt	68	98,6	100,0	
Saknas		1	1,4		
Totalt		69	100,0		

Tabell 2. Medeltal och median kön och ålder.

		Kön	Ålder
N	Giltig	68	67
	Saknas	1	2
Medeltal		1,63	73,97
Median		2,00	73,00

Tabell 3 Åldersklass

		Frekvens	Procent	Valid Procent	Kumulativ Procent
Valid	60-69	15	21,7	22,4	22,4
	70-79	35	50,7	52,2	74,6
	80-89	16	23,2	23,9	98,5
	90-99	1	1,4	1,5	100,0
	Totalt	67	97,1	100,0	
Saknas		2	2,9		
Totalt		69	100,0		

Tabell 4 Bostadsmiljö

2(2)

Bostadsmiljö		Frekvens	Procent	Valid Procent	Kumulativ Procent
Valid	Stadscentrum	18	26,1	26,1	26,1
	Förort eller närheten av en storstad	14	20,3	20,3	46,4
	Kommuncentrum eller annan tätort	6	8,7	8,7	55,1
	Glesbygd på landsorten	31	44,9	44,9	100,0
	Totalt	69	100,0	100,0	

Tabell 5 Civilstånd

Civilstånd		Frekvens	Procent	Valid Procent	Kumulativ Procent
Valid	Ogift	2	2,9	2,9	2,9
	Gift	46	66,7	66,7	69,6
	Frånskild	4	5,8	5,8	75,4
	Änka/ änkling	17	24,6	24,6	100,0
	Totalt	69	100,0	100,0	

Tabell 6 Personer i hushållet

Personer		Frekvens	Procent	Valid Procent	Kumulativ Procent
Valid	1,0	20	29,0	29,4	29,4
	2,0	46	66,7	67,6	97,1
	3,0	2	2,9	2,9	100,0
	Totalt	68	98,6	100,0	
Saknas		1	1,4		
Totalt		69	100,0		

Tabell 1 Att sköta hemmet: utföra

Att sköta hemmet: utföra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kan inte utföra	2	2,9	2,9	2,9
	Kan något/ganska bra utföra	21	30,4	30,9	33,8
	Kan utföra	45	65,2	66,2	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		69	100,0		

Tabell 2 Att sköta hemmet: betydelse

Att sköta hemmet: betydelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vet inte	1	1,4	1,5	1,5
	Oviktig/ganska oviktig	2	2,9	2,9	4,4
	Viktig/mycket viktig	65	94,2	95,6	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		69	100,0		

Tabell 3 Att sköta hemmet: tillfredställelse

Att sköta hemmet: tillfredställelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Missnöjd/något missnöjd	8	11,6	11,9	11,9
	Nöjd/mycket nöjd	59	85,5	88,1	100,0
	Total	67	97,1	100,0	
Missing	System	2	2,9		
Total		69	100,0		

Tabell 4 Att studera/ lär asig nya saker: utföra

2(8)

Att studera/ lära sig nya saker: utföra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vet inte	1	1,4	1,5	1,5
	Kan inte utföra	5	7,2	7,5	9,0
	Kan något/ganska bra utföra	35	50,7	52,2	61,2
	Kan utföra	26	37,7	38,8	100,0
	Total	67	97,1	100,0	
Missing	System	2	2,9		
Total		69	100,0		

Tabell 5 Att studera/ lära sig nya saker: betydelse

Att studera/lära sig nya saker: betydelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vet inte	3	4,3	4,5	4,5
	Oviktig/ganska oviktig	6	8,7	9,1	13,6
	Viktig/mycket viktig	57	82,6	86,4	100,0
	Total	66	95,7	100,0	
Missing	System	3	4,3		
Total		69	100,0		

Tabell 6 Att studera/lär asig nya saker: tillfredställelse

Att studera/lära sig nya saker: tillfredställelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Missnöjd/något missnöjd	12	17,4	18,5	18,5
	Nöjd/mycket nöjd	53	76,8	81,5	100,0
	Total	65	94,2	100,0	
Missing	System	4	5,8		
Total		69	100,0		

Tabell 7 Personlig vård: utföra

3(8)

Personlig vård: utföra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vet inte	1	1,4	1,4	1,4
	Kan inte utföra	1	1,4	1,4	2,9
	Kan något/ganska bra utföra	10	14,5	14,5	17,4
	Kan utföra	57	82,6	82,6	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabell 8 Personlig vård: betydelse

Personlig vård: betydelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vet inte	1	1,4	1,4	1,4
	Oviktig/ganska oviktig	4	5,8	5,8	7,2
	Viktig/mycket viktig	64	92,8	92,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabell 9 Personlig vård: tillfredställelse

Personlig vård: tillfredställelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vet inte	1	1,4	1,4	1,4
	Missnöjd/något missnöjd	4	5,8	5,8	7,2
	Nöjd/mycket nöjd	64	92,8	92,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabell 10 Att röra sig tryggt i hemmiljön: utföra

4(8)

Att röra sig tryggt i hemmiljön: utföra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kan inte utföra	1	1,4	1,4	1,4
	Kan något/ganska bra utföra	9	13,0	13,0	14,5
	Kan utföra	59	85,5	85,5	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabell 11 Att röra sig tryggt i hemmiljön: betydelse

Att röra sig tryggt i hemmiljön betydelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vet inte	1	1,4	1,4	1,4
	viktig/mycket viktig	68	98,6	98,6	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabell 12 Att röra sig tryggt i hemmiljön: utföra

Att röra sig tryggt i hemmiljön :tillfredställelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vet inte	1	1,4	1,4	1,4
	Missnöjd/något missnöjd	5	7,2	7,2	8,7
	Nöjd/mycket nöjd	63	91,3	91,3	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabell 13 Att klara sig i samhället: utföra

5(8)

Att klara sig i samhället: utföra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kan inte utföra	2	2,9	2,9	2,9
	Kan något/ganska bra utföra	21	30,4	30,9	33,8
	Kan utföra	45	65,2	66,2	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		69	100,0		

Tabell 14 Att klara sig i samhället :betydelse

Att klara sig i samhället: betydelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	oviktig/ganska oviktig	3	4,3	4,4	4,4
	viktig/mycket viktig	65	94,2	95,6	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		69	100,0		

Tabell 15 Att klara sig i samhället: tillfredsställelse

Att klara sig i samhället: Tillfredsställelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Missnöjd/något missnöjd	8	11,6	11,8	11,8
	Nöjd/mycket nöjd	60	87,0	88,2	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		69	100,0		

Tabell 16 Att motionera: utföra

6(8)

Att motionera utföra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kan inte utföra	4	5,8	5,9	5,9
	Kan något/ganska bra utföra	27	39,1	39,7	45,6
	Kan utföra	37	53,6	54,4	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		69	100,0		

Tabell 17 Att motionera: betydelse

Att motionera: betydelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vet inte	1	1,4	1,5	1,5
	oviktig/ganska oviktig	4	5,8	6,0	7,5
	viktig/mycket viktig	62	89,9	92,5	100,0
	Total	67	97,1	100,0	
Missing	System	2	2,9		
Total		69	100,0		

Tabell 18 Att motionera: tillfredsställelse

Att motionera: tillfredsställelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Missnöjd/något missnöjd	16	23,2	23,5	23,5
	Nöjd/mycket nöjd	52	75,4	76,5	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		69	100,0		

Tabell 19 Att utöva lugna fritidsaktiviteter: utföra

7(8)

Att utöva lugna fritidsaktiviteter: utföra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kan något/ganska bra utföra	15	21,7	21,7	21,7
	Kan utföra	54	78,3	78,3	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabell 20 Att utöva lugna fritidsaktiviteter: betydelse

Att utöva lugna fritidsaktiviteter: betydelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vet inte	1	1,4	1,4	1,4
	oviktig/ganska oviktig	3	4,3	4,3	5,8
	viktig/mycket viktig	65	94,2	94,2	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabell 21 Att utöva lugna fritidsaktiviteter: tillfredställelse

Att utöva lugna fritidsaktiviteter: tillfredställelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Missnöjd/något missnöjd	5	7,2	7,2	7,2
	Nöjd/mycket nöjd	64	92,8	92,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabell 22 Att ha socialt umgänge: utföra

8(8)

Att ha socialt umgänge: utföra

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kan inte utföra	1	1,4	1,4	1,4
	Kan något/ganska bra utföra	24	34,8	34,8	36,2
	Kan utföra	44	63,8	63,8	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabell 23 Att ha socialt umgänge: betydelse

Att ha socialt umgänge: betydelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Vet inte	1	1,4	1,4	1,4
	oviktig/ganska oviktig	3	4,3	4,3	5,8
	viktig/mycket viktig	65	94,2	94,2	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Tabell 24 Att ha socialt umgänge: tillfredställelse

Att ha socialt umgänge: tillfredställelse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Missnöjd/något missnöjd	9	13,0	13,2	13,2
	Nöjd/mycket nöjd	59	85,5	86,8	100,0
	Total	68	98,6	100,0	
Missing	System	1	1,4		
Total		69	100,0		

Tabell 1 Att sköta hemmet: Totalt

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Hushållet utföra * hushållet betydelse * hushållet tillfredställelse	67	97,1%	2	2,9%	69	100,0%

Tabell 2 Att sköta hemmet: korstabell

Hushållet utföra * betydelse * tillfredställelse Crosstabulation

Hushållet tillfredställelse				Hushållet betydelse			Total	
				Vet inte	oviktig/ganska oviktig	viktig/mycket viktig		
Missnöjd/något missnöjd	Hushållet utföra	Kan inte utföra	Count	1	1	0	2	
			% of Total	12,5%	12,5%	,0%	25,0%	
		Kan något/ganska bra utföra	Count	0	0	6	6	
		% of Total	,0%	,0%	75,0%	75,0%		
	Total			Count	1	1	6	8
		% of Total		12,5%	12,5%	75,0%	100,0%	
Nöjd/mycket nöjd	Hushållet utföra	Kan något/ganska bra utföra	Count		0	15	15	
			% of Total		,0%	25,4%	25,4%	
		Kan utföra	Count		1	43	44	
		% of Total		1,7%	72,9%	74,6%		
	Total			Count		1	58	59
		% of Total			1,7%	98,3%	100,0%	

Tabell 3 Att studera/ lära sig nya saker: totalt

2(8)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Studera utföra * studera betydelse * studera tillfredställelse	65	94,2%	4	5,8%	69	100,0%

Tabell 4 Att studera/ lära sig nya saker: korstabell

Studera utföra * betydelse * tillfredställelse Crosstabulation

				Studera betydelse			Total
				Vet inte	oviktig/ganska oviktig	viktig/mycket viktig	
Missnöjd/något missnöjd	Studera utföra	Vet inte	Count	1		0	1
			% of Total	8,3%		,0%	8,3%
	Kan inte utföra	Count	1		1	2	
		% of Total	8,3%		8,3%	16,7%	
	Kan något/ganska bra utföra	Count	1		8	9	
% of Total		8,3%		66,7%	75,0%		
Total			Count	3		9	12
			% of Total	25,0%		75,0%	100,0%
Nöjd/mycket nöjd	Studera utföra	Kan inte utföra	Count		1	1	2
			% of Total		1,9%	1,9%	3,8%
	Kan något/ganska bra utföra	Count		4	21	25	
		% of Total		7,5%	39,6%	47,2%	
	Kan utföra	Count		0	26	26	
% of Total			,0%	49,1%	49,1%		
Total			Count		5	48	53
			% of Total		9,4%	90,6%	100,0%

Tabell 5 Personlig vård: Totalt

3(8)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Personlig vård utföra * betydelse. * tillfredsställelse.	69	100,0%	0	,0%	69	100,0%

Tabell 6 Personlig vård Korstabell

Personlig vård utföra * betydelse * tillfredsställelse Crosstabulation

				Personlig vård betyd			Total
				Vet inte	oviktig/ganska oviktig	viktig/mycket viktig	
Personlig vård tillfred	Personlig vård utföra	Vet inte	Count	1			1
			% of Total	100,0%			100,0%
		Total	Count	1			1
			% of Total	100,0%			100,0%
Missnöjd/något missnöjd	Personlig vård utföra	Kan något/ganska bra utföra	Count		1	3	4
			% of Total		25,0%	75,0%	100,0%
		Total	Count		1	3	4
			% of Total		25,0%	75,0%	100,0%
Nöjd/mycket nöjd	Personlig vård utföra	Kan inte utföra	Count		1	0	1
			% of Total		1,6%	,0%	1,6%
		Kan något/ganska bra utföra	Count		2	4	6
		% of Total		3,1%	6,3%	9,4%	
	Kan utföra	Count		0	57	57	
		% of Total		,0%	89,1%	89,1%	
Total	Count		3	61	64		
	% of Total		4,7%	95,3%	100,0%		

Tabell 7 Att röra sig tryggt i hemmiljön: Totalt

4(8)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Röra sig tryggt i hemmiljön utföra * hem betydelse * hem tillfredställelse	69	100,0%	0	,0%	69	100,0%

Tabell 8 Att röra sig tryggt i hemmiljön: Korstabell

Att röra sig tryggt i hemmiljön utföra * betydelse * tillfredställelse Crosstabulation

				Hem betydelse		Total
				Vet inte	viktig/mycket viktig	
Hem tillfred						
Vet inte	Hem utföra	Kan inte utföra	Count	1		1
			% of Total	100,0%		100,0%
	Total		Count	1		1
			% of Total	100,0%		100,0%
Missnöjd/något missnöjd	Hem utföra	Kan något/ganska bra utföra	Count		4	4
			% of Total		80,0%	80,0%
		Kan utföra	Count		1	1
			% of Total		20,0%	20,0%
	Total		Count		5	5
			% of Total		100,0%	100,0%
Nöjd/mycket nöjd	Hem utföra	Kan något/ganska bra utföra	Count		5	5
			% of Total		7,9%	7,9%
		Kan utföra	Count		58	58
			% of Total		92,1%	92,1%
	Total		Count		63	63
			% of Total		100,0%	100,0%

Tabell 9 Att klara sig i samhället: totalt

5(8)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
nyasamhälletutföra *	68	98,6%	1	1,4%	69	100,0%
nyasamhällbetydelse *						
nyasamhälletillfred						

Tabell 10 Att klara sig i samhället: korstabell

Att klara sig i samhället utföra * betydelse * tillfredsställelse Crosstabulation

				Samhället betydelse		Total
				oviktig/ganska oviktig	viktig/mycket viktig	
Samhället tillfred						
Missnöjd/något missnöjd	Samhället utföra	Kan inte utföra	Count	2	0	2
			% of Total	25,0%	,0%	25,0%
	Kan något/ganska bra utföra	Count	0	5	5	
		% of Total	,0%	62,5%	62,5%	
	Kan utföra	Count	0	1	1	
		% of Total	,0%	12,5%	12,5%	
Total		Count	2	6	8	
		% of Total	25,0%	75,0%	100,0%	
Nöjd/mycket nöjd	Samhället utföra	Kan något/ganska bra utföra	Count	1	15	16
			% of Total	1,7%	25,0%	26,7%
	Kan utföra	Count	0	44	44	
		% of Total	,0%	73,3%	73,3%	
	Total		Count	1	59	60
			% of Total	1,7%	98,3%	100,0%

Tabell 11 Att motionera: totalt

6(8)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Motion utföra * motion betydelse * motion tillfred	67	97,1%	2	2,9%	69	100,0%

Tabell 12 Att motionera: korstabell

Att motionera utföra * betydelse * tillfredställelse Crosstabulation

				Motion betydelse			Total
				Vet inte	oviktig/ganska oviktig	viktig/mycket viktig	
Motion tillfred Missnöjd/något missnöjd	Motion utföra	Kan inte utföra	Count		2	1	3
			% of Total		12,5%	6,3%	18,8%
		Kan något/ganska bra utföra	Count		0	12	12
		% of Total		,0%	75,0%	75,0%	
	Kan utföra	Count		0	1	1	
		% of Total		,0%	6,3%	6,3%	
	Total	Count		2	14	16	
		% of Total		12,5%	87,5%	100,0%	
Nöjd/mycket nöjd	Motion utföra	Kan något/ganska bra utföra	Count	1	1	13	15
			% of Total	2,0%	2,0%	25,5%	29,4%
		Kan utföra	Count	0	1	35	36
		% of Total	,0%	2,0%	68,6%	70,6%	
	Total	Count	1	2	48	51	
		% of Total	2,0%	3,9%	94,1%	100,0%	

Tabell 13 Att utöva lugna fritidsaktiviteter: totalt

7(8)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Fritid utföra * fritid betydelse * fritid tillfred	69	100,0%	0	,0%	69	100,0%

Tabell 14 Att utöva lugna fritidsaktiviteter: korstabell

Att utöva lugna Fritidsaktiviteter utföra * betydelse * tillfredställelse Crosstabulation

				Fritid betydelse			Total
				Vet inte	oviktig/ganska oviktig	viktig/mycket viktig	
Fritid tillfred							
Missnöjd/något missnöjd	Fritid utföra	Kan något/ganska bra utföra	Count	1	1	2	4
			% of Total	20,0%	20,0%	40,0%	80,0%
	Kan utföra	Count	0	0	1	1	
		% of Total	,0%	,0%	20,0%	20,0%	
	Total			Count	1	1	3
			% of Total	20,0%	20,0%	60,0%	100,0%
Nöjd/mycket nöjd	Fritid utföra	Kan något/ganska bra utföra	Count		1	10	11
			% of Total		1,6%	15,6%	17,2%
	Kan utföra	Count		1	52	53	
		% of Total		1,6%	81,3%	82,8%	
	Total			Count		2	62
			% of Total		3,1%	96,9%	100,0%

Tabell 15 Att ha socialt umgänge: totalt

8(8)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Social utföra * social betydelse * social tillfred	68	98,6%	1	1,4%	69	100,0%

Tabell 16 Att ha socialt umgänge: korstabell

Att ha socialt umgänge utföra * betydelse * tillfredställelse Crosstabulation

				Social betydelse			Total
				Vet inte	oviktig/ganska oviktig	viktig/mycket viktig	
Social tillfred Missnöjd/något missnöjd	Social utföra	Kan inte utföra	Count	0	1	0	1
			% of Total	,0%	11,1%	,0%	11,1%
		Kan något/ganska bra utföra	Count	1	0	6	7
		% of Total	11,1%	,0%	66,7%	77,8%	
		Kan utföra	Count	0	0	1	1
		% of Total	,0%	,0%	11,1%	11,1%	
	Total	Count	1	1	7	9	
	% of Total	11,1%	11,1%	77,8%	100,0%		
Nöjd/mycket nöjd	Social utföra	Kan något/ganska bra utföra	Count		1	15	16
			% of Total		1,7%	25,4%	27,1%
		Kan utföra	Count		0	43	43
		% of Total		,0%	72,9%	72,9%	
	Total	Count		1	58	59	
		% of Total		1,7%	98,3%	100,0%	
		Total					

Sköta hemmet

Frågan gällande att sköta hemmet kommenterades med ”konditionssal, vattengymppa, bocciaspel, bowling, stavgång en gång i veckan”, ” Men jag är ganska lat”, ” Dah diskprolaps så jag måste vara så försiktig. Pga. av min sjukdom går det inte så bra. Sjukdomen går väl över, hoppas jag.”, ” Spelar i blåsorkester 1 ggr i veckan.”, ” Är rörelsehämmad, svårt att röra mej tack vare ryggbesvär sedan 30 år.”, ” Slarvar med städningen”, ”Vi får hjälpas åt. Det som inte den ena kan, kan den andra.”, ”Blir trött, kan damsuga.”, ” Mitt hälsotillstånd är det, att allt går bra fortfarande.”, ” Vill inte ha främmande personer i huset”, ” Sköter också barnbarnet inkl. Matlagning, disk och tvätt.”, ” Klarar all städning”, ” Städar själv(när andan faller på). Mannen diskar sedan han blev pensionär, god mat är viktig, att torka dam inte så viktigt!, Är bohem. Lagom bäst, Gör hellre annat, är lat och tycker inte om hushållsarbete.”, ” Vill helst sköta hemmet själv, men pga. dålig balans måste jag ibland anlita hjälp.”, ” Tar för lång tid. Jag är långsam”, ”En viss invaliditet minskar givetvis möjligheterna.”.

Lära sig nya saker

Frågan gällande att studera/lära sig nya saker kommenterades med ”detta gäller mobilen och nya datorn”, ”har gått på datakurs i höst.”, Kan nog lära mig saker, men glömmer ganska lätt.”, ” Fylla i korsordet, sudoku” , ”Handarbete är avkopplande”, ” Började kocka och blev politiskt aktiv när jag blev pensionär från chefsjobbet(= min tidigare hobby blev ”arbete”)", ” Data hör ej till mina aktiviteter.”, ” Använder datorn, läser böcker med annat språk, är själv finskspråkig, jätte viktig! Är nyfiken, innovativ, påhittig med ”hyss”, ” En kurs i varierande ämnen aktiverar.”, ” Löser kryss och korsord, läser även finska böcker ibland för att hålla språket i minne. Nyheten på båda inhemska språken lyssnar jag dagligen på. Lyssnar på musik, gärna klassisk. Har ingen dator.”, ” In i ena örat och ut i det andra.”, ” Jag tycker om att själv hitta på olika saker att göra. Tex. av tyg, skinn, senast målning, träd med mera. Jag blir ibland kallad konstnär.”, ” Svårt att lära gamla hundar sitta.”.

Personli vård

2(5)

Frågan gällande personlig vård kommenterades med ”med andras hjälp”, ”Det vore underbart att ha badkar”, ” Då axlar och leder är styva och ömma är det ibland svårt.”, ” Klarar allt bra t.o.m. fötterna”, ” Min man behöver hjälp och det sköter jag.”, ” så länge vi får ha hälsa och krafter.”, ” Dusch alla dar, bastu en gång i veckan.”, ” Badar bastu ofta, besöker frissan mycket sällan, läppstift och parfym mycket lite.”

Röra sig tryggt i hemmiljön

Frågan gällande att röra sig tryggt i hemmet kommenterades med ” Stavgång, cykel, vid halka, rollator.”, ” Är beroende av att alltid ha något att ta stöd av ifall balansen sviker”, ” anpassar oss efter omständigheterna. Bytt ut sovrummet på övre våningen med vardagsrummet på nedrevåningen för att trapporna är besvärliga speciellt nattetid. Toaletten finns endast på nedrevåningen.”, ”Att ha nära till barn och barnbarn”, ” Arbetet i skogen går också bra.”, ” Bor i vedeldat stort egnahemshus. Aktiverar!”, ” ungdomsbeteende inverkar”.

Klara sig i samhället

Frågan gällande att klara sig i samhället kommenterades med ”med andras hjälp”, ”Jag kör bil, men har dåligt lokalsinne”, ”Är helt beroende av bilskjuts emedan jag ej kan gå eller bära något, endast obetydliga sträckor.”, ”Färdtjänsten borttagen.”, Men ingen Finska eller Engelska tyvärr!”, ” Får hjälp vb. Av söner.”, ” aktiv i kommun och församling.”, ”kör bil, cykel, går, klara i huvudet, rörlig, intresserad.”, ” Föreningsliv i små portioner viktigt”, ” Ägnat att höja själv tilliten.”.

Motionera

Frågan gällande att motionera kommenterades med ”Deltager både i torr och vattengymnastik m.m.”, ”med andras hjälp”, ”enligt min läkare, mera motion”, Dansar seniordans+gammaldans en gång i veckan”, ”Jag har en hund och en cykel och jag går 1 ggr. i veckan på gym, men det kunde vara 2 ggr.”, ” Jag är en flitig motionär och går på gym 1 ggr i veckan, annars, men nu just har jag sjukt i ryggen.”, Tränar 2-3ggr/vko. Tävlingsgång 5st FM hittills+Vm och NM tävlingar.”, ”Är oförmögen att motionera då jag ej kan gå utan rollator ute.”, ”Jumppa 1ggr/vko. Promenad 3-5 g/vko ca. 1h.”, ”3 km till butiken(ingen färdtjänst).”, ” Deltar i vattengymnastik varje vecka.”, ” Skulle velat ha mera motion. Har sitt jumppa och vattengymnastik 1 ggr/vko.”,

”Blir anfådd i motlut”, ” Friskluft och motion är bra för hälsan.”, ” Speciellt tacksam över att jag kan röra mig, var rörelsehindrad för 20 år sedan.”, ” Utför trädgårdsarbete(stor köksgård)”, ” Motionerar oftast med motorsåg.”, ”Dans, promenader, plocka bär och svamp, trädgårdsarbete m.m. Inga ”krämpor”, goda gener, min man är 104 år och ”pigga som en mört. Far blev 90 år.”, ” Aktiviteterna begränsas av dåligt knä, tyvärr.”, ” Sjukrygg.”

Utöva lugna fritidsaktiviteter

Frågan gällande att utöva lugna fritidsaktiviteter kommenterades med ”läser en bok/vko, spelar shanghai 2 packor ”, ” skall ut i skogen, med motorsågen och hugga ved”, ”Promenerar varje dag ca 4km”, ” Kan ej spela kort, lyssnar på radio, gärna på klassisk musik, avskyr modern nutids alldaglig musik, speciellt orden.”, ” Allt som ej direkt belastar rygg och ben går bra, såsom vila, läsa korsord, spela kort.”, ”Målar tavlor med pastellkritor, deltar i utställningar och kurser”, ” Vann en slant på korsord i HBL.”, ” Kunde vara mera stilla stunder”, ” läser, ser på tv, löser korsord, målar tavlor, gör unicef-dockor, språkkunnet, ”surfar” i datorn. Löser korsord på tre språk.”, ”Datamaskinen och det lokala biblioteket viktiga.”, ” inverkar på den mentala hälsan.”

Socialt umgänge

Frågan gällande att ha socialt umgänge kommenterades med ”Byaför.FBK kurs, Vet. För.stöd.medl.”, ”Deltar i pens.för.aktiviteter”, Alla har för bråttom. Att åka in till H:fors från Esbo är för dyrt för oss pensionärer.”, ” Att ha goda vänner och grannar betyder mycket i situationen, där man ej är så rörlig.”, ” hör dåligt, hörapparat, svårt att gå.”, ” Deltar i pensionärsförening och H:fors FBk damavdelning.”, ” Kan ibland bli lite förmycket på de stilla stundernas bekostnad. Mycket engagerad i kyrkliga sammankomster och andra evenemang.”, ” Lever ensam”, ” föreningsaktiviteter: Veteran- Martha-, Pensionärsföreningar.”, ” Resor, Styrelsemöten, kalas.”, ” Dansar med pensionärerna, hälsar på ensamma, e-mailar, är annars bara uttråkad och glad, hjälper andra som behöver hjälp. Kunde göra mera för andra och tycker att andra kunde lämna ” de vackra och djärva” och vara mera sociala.”, ”Umgängeskretsar krymper med åren.”, ” Folkdans- konditionsgymnastik, joga.”, ” Som boende i egnahemshus är man beroende av grannarna.”

7. Här nedan kan ni kommentera er om annat som inte kommit upp i enkäten gällande era möjligheter att delta i aktiviteter. Att kommentera är frivilligt.

”Bor i höghus 4 våning. Promenerar ner och upp”, ”Vården får jag ej på mitt modersmål svenska, vilket jag upplever ganska tungt efter min sjukdoms som är stroke”, ” Om vi lät bli att åka under rusningstiden vore det bra om vi fick rabatt på tåg och busspriserna.”, ” Jag sku hemst gärna ha vattengymnastik, men till ett sånt är det så långt så det går inte att tänka på för en pensionär.”, ”Är på 3-4 teater och musikal resor årligen till h:fors, Åbo och stockholm. + Pensionärs resor.”, ” Jag sjunger i två köror.”, ” jag tycker om att arbeta med trä såväl skogsarbete, som att snickra möbler och saker i trä.”, ”Vi aktiva pensionärer gör annat än sköter hemmet. Vi besöker utställningar, handarbetar, gör hantverk, målar tavlor, möten och föreningsliv och gör resor.”, ”Jag är en aktiv pensionär, stavgång 6km s.g.s. varje dag, 3ggr i veckan ic gym, leder lätt damgymnastik 1ggr/sko och gammaldans 2 kvällar i veckan. Dessutom hjälper jag andra äldre pensionärer i RK:sreju.”, ” isassyndrom 1985-(60% invalid), rehab. Regelbundet, fysioterpi, kronisk ryggbesvär, starkmedicin fortlöpande, i år diagnostiserad osteoporos, ortos smärta klinisk patient, smärtlindring, arbetar på dator bl.a. översättningar. Kapaciteten försämrats i år. Smärtmedicinering trötter.”, ”Är med i många föreningars styrelser och församlingsledning. Kan nästan bli för mycket av detta ibland. När jag ändå är sjukpensionerad.”, ” Kunde deltaga i flera aktiviteter, men pga. dialys är det begränsat.”, ” Kan går på pensionärsmöten och kan bjuda lunch för några personer. Kan klara mig i buss och taxi.”, ” Frågorna kommer kanske för tidigt. Blev pensionär från nyåret.”, ” Politiskt aktiv, föreningsaktiv, sköter barnbarnet på heltid, frivillig kock.”, ” Plockar mycket bär och svamp. Rör mig mycket i skogen.”, ”Som det framgår av enkäten är jag inte så gammal som prästbetyget anger. De generna, de generna. Alla är inte lika privilegierade!”, ” Mottagaren blivit intagen på kommunalt hem för dementerade. Mycket begränsade möjligheter att utföra/ delta i några som helst aktiviteter.”, ” Motion: Jag simmar, skripar, dansar, gymnastik, åker slalom, Cyklar m.m. Äldre personer måste utöva många olika motionsgrenar.”, ” Jag är tacksam för att ha fått vara frisk. Nöjd med min tillvaro. Intresserad av min familj, barnbarn och min hobby. I mitt hem har jag en vävstuga i källaren, ett syrum på vinden med flera trampsymaskiner. Jag har bormaskin och andra verktyg samt ett hobbyrum.”,

” Deltagandet i fysiska aktiviteter är naturligtvis beroende av konditionen. Vattengymnastik för krigsveteraner och bär- och svampplockning är viktigt.”

8. Här nedan kan ni kommentera er om vad Ni tyckte om enkäten. Att kommentera är frivilligt.

”Äter, behöver inga mediciner, tillvidare. Är tacksam för det. Livet är värt att leva.(2 barn, 7 barnbarn, 5barnbarnsbarn) Sätter guldknat”, ”Jag är tacksam att jag blev anlitad de som blev vald att svara med en varm hälsning till er som läser vad jag skrivit”, ” Det var härligt att få säga sin mening, lycka till Minna Pitkämäki med din examen.”, ”Bra”, ”Att deltaga i din enkät är inte betungande tycker jag. Tack för att jag fick deltaga.”, ”Bra.”, ”För mej, som är frisk- var dethär enkelt!”, ” Jag tycker enkäten är sakligt utformad. Hoppas enkäten är till någon nytta.”, ” Den var en aning ensidig.”, ”Enkäten är väl naiv, borde kanske sänts till en äldre person tex. 75 år. Saknar dessutom potroförsell svarskurvärtet.”, ”Litet ensidig(tårta på tårta)”, ” språket borde ha granskats. Fel ingår tex. ”kommentera er” är fel(kommentera, heter det)”, ”helt ok”, ” Bra, Kunde ha innehållit mer.”, ” Mycket bra, enkelt att svara.”, ”Ganska lätt”, ”Tack för att jag fick deltaga i undersökningen. Det var ett intressant ämne som frågeformuläret berörde. Hälsofrämjande är viktigt för äldre.”, ” Ensidiga frågor”, ”Bra”, ” Bra att det finns någon som vill engagera sig i oss äldre och vårt välbefinnande.”, ” Bra, Lycka till!”, ” Gick i en handövning att fylla i 30 min var ”skrämseltaktik.”, ” Det var ett nöje att svara på frågorna.”, ” Tack det tog 4 minuter, klara och tydliga frågor.”, ” Enkäter tycks passa bra närmast för sådana åldringar som ännu kan bo hemma.”, ” enkäten är bra formulerad.”, ”Enkäten är säkert viktig för er pro gradu avhandling av detta slag.”