

Äldres livskvalitet i Österbotten

En empirisk studie över vilka faktorer de äldre i Österbotten anser att påverkar deras livskvalitet

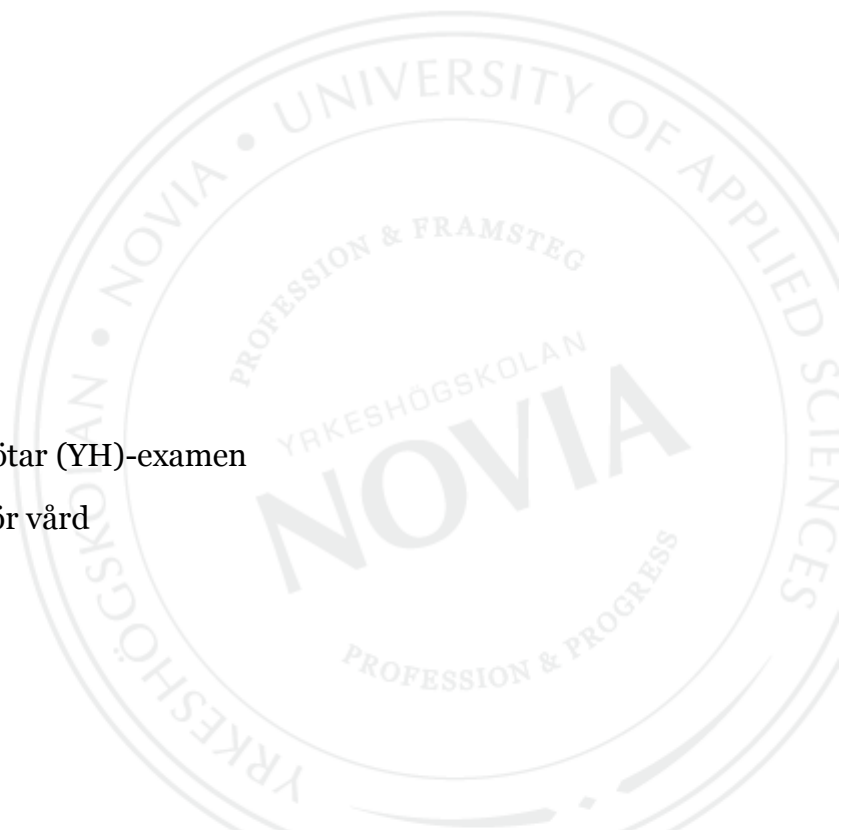
Madelene Kåll

Pia Lund

Examensarbete för sjukskötar (YH)-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare: Madelene Kåll och Pia Lund
Utbildningsprogram och ort: Vård/ Vasa
Inriktningsalternativ/Fördjupning: Vårdarbete
Handledare: Barbro Mattson-Lidsle

Titel: Livskvalitet bland äldre i Österbotten – en empirisk studie över vilka faktorer de äldre i Österbotten anser att påverkar deras livskvalitet

Datum: juni 2013 Sidantal 30 Litteraturkällor 26 Bilagor 3

Abstrakt

Syftet med detta examensarbete var att undersöka vilka faktorer som påverkar de äldres livskvalitet i Österbotten. Respondenterna undersökte detta på grund av intresse för de äldre och hur de med denna information kan hjälpa de äldre att må bra i vardagen.

Examensarbetet är ett beställningsarbete för enheten för forskning- och utveckling vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. De teoretiska utgångspunkterna bestod av Eriksson (1993, 1995) och Sarvimäki (1996a, 1996b, 2000). Examensarbetet är en kvalitativ intervjustudie och intervjuerna analyserades genom innehållsanalys. Examensarbetets frågeställningar var: Vad associerar du till då du hör ordet livskvalitet? Vad betyder livskvalitet för dig? Kan du med egna ord beskriva hur livskvaliteten kommer till uttryck i ditt dagliga liv? Om du skulle välja tre element som påverkar din livskvalitet, vilka är de? Skulle du säga att din upplevelse av livskvalitet påverkar ditt välbefinnande? Upplever du att din känsla av livskvalitet har ett samband med dina relationer och vilka relationer i så fall?

I resultatet framkom att hälsa, sociala relationer, möjligheten att vara aktiv, att få vara självständig, att hjälpa andra och naturen vara de viktigaste faktorerna för de äldre att känna livskvalitet.

Språk: Svenska

Nyckelord: Äldre, åldrande, livskvalitet

Förvaras: Finns på webbiblioteket Theseus.fi och i Yrkeshögskolans bibliotek på Seriegatan i Vasa

BACHELOR'S THESIS

Respondents: Madelene Kåll och Pia Lund
Degree Programme: Health Care/ Vasa
Specialization line: Nursing
Supervisors: Barbro Mattson-Lidsle

Title: Quality of life among elderly in Ostrobothnia –an empirical study over what factors influence the elderly in Ostrobothnia to feel quality of life.

Date: June 2013 Number of pages 30 References 26 Appendices 3

Summary

The aim of this study was to investigate what affects the quality of life has on older people in Ostrobothnia. Respondents investigated in this because of the interests of the elderly people and how this information can help the elderly to feel good in their everyday life.

This study was ordered by the Division of Research and Development at Novia University of applied Sciences in Vaasa. The theoretical frame of reference was Eriksson (1993, 1996). And Savimäki (1996a, 1996b, 2000).The study is a qualitative survey by personal interviews and the interviews were then analyzed through content analysis.

The questions from the respondents were: What to associate when you hear the word quality of life? What would you say the quality of life mean to you? Can you in your own words describe how the quality of life expresses itself in terms of your daily life? If you were to choose three elements that affect your quality of life, who are they? Would you say that your experience of life affect your wellbeing? Do you feel that your sense of quality of life is related to your relationships and what relationships in that case? The result indicated that health, social relationships, opportunity to stay active, to live an independent life, to help others and also nature was the most important factors for the elderly to feel quality of life.

Language: Svenska

Key words: Elderly, aging, quality

Filed at: Weblibray Thesus.fi and at University of Applied Sciences library at Seriegatan in vasa

Innehåll

1. Inledning	1
2. Syfte och problemprecisering.....	2
3. Teoretiska utgångspunkter.....	2
3.1 Hälsa	2
3.2 Sambandet mellan hälsa och sjukdom	3
3.3 Livskvalitet	4
4. Teoretisk bakgrund	5
4.1 Åldrandet	5
4.2 Ärftligt, miljöpåverkat och slumpmässigt åldrande.....	6
4.3 Framgångsrikt åldrande	7
4.4 Det aktiva åldrandet	7
5. Tidigare forskning	8
5.1 Hälsoresurser.....	8
5.2 Hembesök och hemhjälp.....	10
5.3 Trygghet.....	11
5.4 Ensamhet.....	12
5.5 Humor.....	13
5.6 Sammanfattning av forskningarna.....	15
6. Undersökningens genomförande	16
6.1 Val av informanter.....	16
6.1 Intervju.....	17
6.2 Innehållsanalys.....	20
7. Undersökningens praktiska genomförande	20
8. Etiska riktlinjer.....	21
9. Resultatredovisning	22
9.1 Hälsa	22
9.2 Sociala relationer	23
9.3 Möjlighet att få vara aktiv	24
9.4 Självständighet.....	24
9.5 Att hjälpa andra.....	25
9.6 Naturen.....	25
10. Tolkning	25

11. Kritisk granskning.....	27
12. Diskussion	29

Litteratur

Bilagor

Innehåll

1. Inledning	1
2. Syfte och problemprecisering.....	2
3. Teoretiska utgångspunkter.....	2
3.1 Hälsa	2
3.2 Sambandet mellan hälsa och sjukdom	3
3.3 Livskvalitet	4
4. Teoretisk bakgrund	5
4.1 Åldrandet	5
4.2 Ärftligt, miljöpåverkat och slumpmässigt åldrande.....	6
4.3 Framgångsrikt åldrande	7
4.4 Det aktiva åldrandet	7
5. Tidigare forskning	8
5.1 Hälsoresurser.....	8
5.2 Hembesök och hemhjälp.....	10
5.3 Trygghet.....	11
5.4 Ensamhet.....	12
5.5 Humor.....	13
5.6 Sammanfattning av forskningarna.....	15
6. Undersökningens genomförande	16
6.1 Val av informanter.....	16
6.1 Intervju.....	17
6.2 Innehållsanalys.....	20
7. Undersökningens praktiska genomförande	20
8. Etiska riktlinjer.....	21
9. Resultatredovisning	22
9.1 Hälsa	22
9.2 Sociala relationer	23
9.3 Möjlighet att få vara aktiv	24
9.4 Självständighet.....	24
9.5 Att hjälpa andra.....	25
9.6 Naturen.....	25
10. Tolkning	25

11. Kritisk granskning.....	27
12. Diskussion	29

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

I dagens samhälle lever vi längre tack vare bättre diagnostik, vård och medicinsk utveckling. Förhållanden utanför sjukvården som gör att medellivslängden har ökat är bättre bostadsförhållanden, hygien, kost och arbetsförhållanden (Faresjö & Åkerlind, 2005, 115). Ca 15 % av Finlands befolkning är över 65 år idag och år 2030 kommer var fjärde finländare att vara över 65 år. Bara på några år har medellivslängden ökat ganska så rejält. Den sjukdomsfria medellivslängden för en finländare är idag 77,4 år (Bionet, 2002). Kulla rapporterar (enligt Allardt, 1981; Hyypä, 2001; Population Structure, 2001) att andelen finlandssvenskar är cirka sex procent av Finlands befolkning och genom tidigare studier har man kommit fram till att finlandssvenskar är friskare och lever längre än majoriteten av de finsktalande finländarna.

Det är en aktiv äldre generation idag och aktiviteter som trädgårdsskötsel, semesterresor, att vistas i skog och mark, museibesök och andra kulturella aktiviteter har ökat sedan man började undersöka dessa aktiviteter (Bravell, 2011, 52).

I Österbotten finns ett stort antal äldre och Äldrecentrum Österbotten II arbetar för hälsa och livskvalitet för de äldre i Österbotten. Bland annat så ordnar de seminarier, stormöten, utbildar personal och skapar mötesplatser för de äldre (Fagerström, 2012).

I jämförelse med hela landet är andelen personer över 64 år lite högre i Österbotten än i hela landet och jämför man andelen äldre i landskapet så finns de flesta äldsta i Sydösterbotten (Nori, 6/2011).

Respondenterna vill med detta lärdomsprov ta reda på vilka faktorer som de äldre i Österbotten anser att påverkar deras livskvalitet och vilka de faktorerna är som ger mening med livet. Examensarbetet kommer att göras genom att intervjua ett antal äldre i Österbotten. Med äldre menar vi i detta arbete personer över 70 år och äldre. Lärdomsprovet görs som ett beställningsarbete för enheten för forskning och utveckling vid Yrkeshögskolan Novia.

Orsaken till att respondenterna har valt att göra en studie om vilka faktorer som påverkar de äldres livskvalitet är att vi som blivande sjukskötare kommer att komma i kontakt med äldre nästan överallt i vården. Respondenterna har även ett intresse för de äldre och vården av de äldre och vill få mera kunskap om vad som ger mening åt livet på äldre dagar för att i sitt kommande yrke bättre kunna hjälpa de äldre att må bra.

2 Syfte och problemprecisering

Studiens övergripande syfte är att undersöka vilka faktorer som de äldre i Österbotten anser att påverkar deras livskvalitet samtidigt som respondenterna vill veta vad livskvalitet innebär för de äldre.

1. Vad innebär livskvalitet för de äldre i Österbotten?
2. Vilken betydelse anser de äldre i Österbotten det är att ha livskvalitet?
3. Hur framkommer upplevelsen av livskvalitet i det dagliga livet?

3 Teoretiska utgångspunkter

Som teoretiska utgångspunkter har vi valt att utgå från Katie Erikssons syn på hälsa och Anneli Sarvimäkis syn på livskvalitet.

3.1 Hälsa

I alla tider har vetenskapsmän försökt förklara och beskriva människors hälsa. En vanlig bild av hälsa är att se sjukdom som motsats till hälsa. Enligt Eriksson (1990, 8) kan en svår sjukdom leda till att människan börjar värdera sin hälsa och kämpa för den. Under våra liv passerar man flera olika stadier av väl- och illabefinnanden. Eriksson (1990, 8) anser även att den enskilda individens syn på hälsa och

därmed även på hälsobeteendet är präglad av uppfostran och en många gånger ensidig påverkan. Även samhället har en viss kontroll över individens hälsa genom att man med politiska och ekonomiska beslut skapar en tillåten hälsonivå.

Man kan utgå från två olika kategorier av hälsobegrepp; det teoretiska och det praktiska. Det teoretiska hälsobegreppet kan ses som det "ideala" som på ett generellt och abstrakt plan utgör det centrala målet för den vårdvetenskapliga verksamheten (Eriksson, 1990, 9). Det praktiska hälsobegreppet kan man beskriva som en utgångspunkt för vårdverksamheten. Det är det begrepp som styr målsättningarna för hälso- och sjukvården (Eriksson, 1990, 9).

Enligt Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996) beskriver begreppen hälsa-ohälsa helheten och ser människan som en total person och subjekt. En människa har hälsa om det råder balans mellan hennes biofysiska, sociokulturella, känslomässiga, intellektuella och religiöst-existentiella dimension.

3.2 Sambandet mellan hälsa och sjukdom

Hälsa har inom hälso- och sjukvården traditionellt sett varit bunden till en naturvetenskaplig och medicinsk tradition. Definitioner av hälsa och sjukdom grundar sig oftast på objektiva mått, det vill säga det mätbara. Det är sedan dessa objektiva mätningar som kan konstatera om en människa är frisk eller sjuk. I forskning som har gjorts om hälsa där man har försökt definiera begreppet samt ge nya klassificeringar har man vanligtvis inte granskat hälsan som något som människan upplever, utan utifrån vad hon personligen värderar eller utifrån hennes personliga livssituation.

Man kan konstatera att den kunskap som har producerats om hälsa ofta grundar sig på olika från varandra avvikande kunskapsteoretiska synsätt, varvid förståelsen av hälsan blir diffus. Inom vårdforskningen internationellt sätt, karakteriseras läger av ett ökande forskningsintresse för hälsa som ett mångdimensionellt begrepp. Hälsan utforskas idag från perspektivet av många vetenskaper och är i detta avseende mångdimensionell, därav uttrycket den mångdimensionella hälsan. Det talas till exempel om fysisk, psykisk och social hälsa. Utifrån den ontologiska hälsomodellen ses hälsa som en integrerad del av människans liv och varande, en helhetsbild. Att uppleva sig som hel innebär i

själva verket att känna vördnad för sitt eget liv, för sig själv som människa och som någonting unikt. Om man tittar historiskt betyder hälsa helhet och helighet. Genom helighet menar man att människan kan uppnå en djupare medvetenhet om vår unikheter samt vårt ansvar som människa och medmänniska. Med helhet menar man människans varande som kropp, själ och ande som oskiljaktiga dimensioner (Eriksson, 1995, 5-11).

3.3 Livskvalitet

Enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996a, 18-19, 48-54; 1996b, 19-20, 179-180; 2000) består kärnan av livskvalitet av tre aspekter: känsla av välbefinnande, mening och känsla av värde. Upplevelsen av livskvalitet påverkas av faktorer som hälsa och socio-ekonomi, men god hälsa och god socio-ekonomi i sig garanterar inte en god livskvalitet. Strategier för att främja en bra livskvalitet är att förebygga sjukdomar, främja hälsan och hjälpa människor att bli friska. Att åldras innebär att prestationsförmågan och hälsan försämras i större eller mindre grad och det kan således påverka livskvaliteten negativt. Om det inte är möjligt att återställa funktionsförmågan så är det viktigt att hjälpa patienten på andra sätt att ha en så bra livskvalitet som möjligt genom att till exempel lindra smärta.

Samarbete mellan många yrkesgrupper är viktigt för att främja patientens livskvalitet. Välbefinnandets kriterium betonar att livet måste innehålla en viss minimimängd av välbefinnande och till det goda livet hör njutning och tillfredsställelse. Upplevelser av mening och värde räknas till meningsfullhetens kriterium. De flesta människor anser att god hälsa förknippas med livskvalitet och det förbättrar människans möjligheter att förverkliga det goda liv.

En människa förverkligar och uttrycker sig i fem skilda dimensioner: den biofysiska, den sociokulturella, den emotionella, den intellektuella och den andligt-existentiella men processerna påverkar varandra. Den biofysiska dimensionen består av till exempel andning, utsöndring, cirkulation, skelett, muskulatur, hormonsystem och matsmältning. Hur en person uppfattar sig själv och världen, uttrycker känslomässiga tillstånd och känslor utgör den emotionella dimensionen och reaktionerna varierar från individ till individ. Den intellektuella dimensionen består av fem funktioner. Receptiva funktioner är till exempel varseblivning,

tänkande, minne och inläring. Expressiva funktioner är kommunikation och den sista, flexibilitet/rigiditet är en övergripande dimension som har att göra med hur en individ anpassar sig tanke- och beteendemässigt. Det sätt hur vi förhåller oss till verkligheten omkring oss räknas till den andligt-existentiella. Livsåskådning det vill säga de ideal, normer, moral och värderingar som en person har räknas också hit. Att höra till en viss etnisk grupp, att ha en viss kultur och att ha interpersonella relationer hör till den sociokulturella dimensionen och individen förverkligar sig som en del i ett kulturellt och socialt sammanhang.

Sarvimäki (1998, 11-25) skriver också att livskvaliteten inte nödvändigtvis försämras då vi åldras, att det finns äldre som njuter av livet, som tycker livet är meningsfullt och som har en stark självkänsla. Faktorer som främjar en bra livskvalitet är god hälsa, bra funktionsförmåga, goda sociala relationer, en fungerande bostad och ekonomisk trygghet.

4. Teoretisk bakgrund

4.1 Åldrandet

Ofta beskrivs åldrandet som något negativt som är förknippat med svårigheter såsom handikapp och sjukdom. Många förknippar även åldrandet med ensamhet samt att man är isolerad eller behöver hjälp med att klara av det mest elementära i livet. Åldrandet kan faktiskt även ses som en positiv period, en period i livet där man har möjlighet att göra allt som man har längtat efter. Man bör komma ihåg att den personliga utvecklingen pågår fortfarande och ett helt livs erfarenheter ger goda möjligheter till en överblick samt en bättre förmåga att lösa problem.

Åldrandet kan förklaras som en rad komplicerade biologiska, psykologiska och sociala processer som man ännu i dagens läge saknar de mest grundläggande kunskaperna om. Det finns på så sätt ingen allmän accepterad definition av vad som menas med åldrande. De flesta forskare är dock överens om att åldrandet är en långsam och tilltagande process. Man blir alltså inte gammal över en natt eller bara för att man har uppnått en viss ålder. Ur biologisk synvinkel skulle man kunna

förklara åldrandet som en nedgång eller som en försämring samt även som att åldrandet är en process som finns inom varje individ och som är styrt av ärftliga faktorer. Ur en psykologisk och social synvinkel kan man däremot se åldrandet som en utvecklingsprocess där man vanligen betonar förändring snarare än försämring. Med en sådan definition kan åldrandet beskrivas som *"de regelbundna förändringarna som uppträder med ökad kronologisk ålder hos mogna, genetiskt representativa organismer som levt och lever under representativa miljöbetingelser"* (Berg, 2007, 12).

4.2 Ärftligt, miljöpåverkat och slumpmässigt åldrande

Man kan dela in de faktorer eller processer som påverkar hur vi kommer att fungera som gamla i tre olika grupper vilka är ärftliga processer eller äkta åldrande, miljöpåverkat eller oäkta åldrande och slumpen. Det ärftliga åldrandet eller äkta åldrandet kan beskrivas som en ökad mottaglighet för negativ påverkan från miljön och att det i sin tur ökar risken för nedsatt funktionsförmåga, sjukdom och död. Exempel på äkta åldrande är att strukturer inom en del av kroppens celler förändras, att immunförsvaret försvagas och att en del av kroppens stödjevävnad får en förändrad sammansättning. Oäkta eller miljöpåverkat åldrande kan förklaras som en förändring eller nedsättningar i funktionsförmågan som beror på att man har levt eller lever i speciell miljö. Det finns flera exempel på intryck som man tror sig vara äkta åldersförändringar men är istället effekter av olika miljöfaktorer. Några exempel är förslitningar på grund av felaktiga arbetsställningar, matvanor, inaktivitet eller rökning. Psykologiska och sociala miljöfaktorer kan även de göra att äldre fungerar på en lägre nivå än vad de skulle ha kapacitet till. Därför kan negativa attityder i till äldre i samhället leda till tillbakadragenhet, isolering och minskat självförtroende, vilket gör att en del äldre fungerar sämre än vad som är nödvändigt. Med slumpen eller tillfälligheter menar man bland annat att den stora variationen som finns mellan olika individer under livets gång kan bero på biologiska slumpmässiga variationer hos celler eller olika fysiologiska processer. Slumpmässiga förändringar till exempel från fosterstadiet upp till puberteten kan ha grundläggande påverkan senare i livet som exempelvis hur nervsystemet eller ämnesomsättningen fungerar (Berg, 2007, 13).

4.3 Framgångsrikt åldrande

Begreppet framgångsrikt åldrandet kommer från det engelskans "successful aging" som har använts under en lång tid. Ursprungligen användes begreppet för att bevisa att många äldre människor lyckades med att undvika sjukdomar och funktionsnedsättningar samt bibehålla god hälsa, hög fysik och kognitiv funktion långt upp i åldern. Människor som åldras framgångsrikt beskrivs som friska och aktiva. Genom att behålla hälsa, spänstighet och undvika sjukdomar kan de leva ett aktivt och vitalt liv och samtidigt bidra till samhället, vilket i sin tur ökar deras självkänsla (Rowe & Khan 1987; 1997). Ryff (1989) beskriver gott åldrande som något som inkluderar olika dimensioner av positiv funktion såsom att acceptera sig själv, ha positiva relationer med andra, ha kontroll över sin närmsta omgivning och att uppleva mening i livet. Man kan även beskriva framgångsrikt åldrande som att trots förluster av olika slag så behåller man ändå en lyckad balans mellan förluster och styrkor samt en känsla av välbefinnande och tillfredsställelse med livet. (Baltes & Baltes, 2010).

4.4 Det aktiva åldrandet

Vanor att vara aktiv grundläggs tidigt i livet och är av stor vikt för den fysiska funktionsförmågan och välbefinnandet i allmänhet. Val av aktivitet väljs efter intresse och den fysiska förmågan. Det bör vara roligt och ge den äldre ett ökat välbefinnande. Den vanligaste aktiviteten för de över 70 är ta en promenad, därefter följer trädgårdsskötsel, turer i skog och mark, gymnastik, dans, cykling, simning, byggarbete och träning på gym. Vare sig man har varit fysiskt aktiv tidigare eller ej så ger påbörjandet av någon form av träning välbefinnande, minskar risken för bland annat diabetes, benskörhet och hjärt- och kärlsjukdomar (Grimby, 2001, 89-90). Vardagssysslorna utgör en av de viktiga friskhetsfaktorerna. Till dessa hör att klara att sköta sin personliga hygien, laga mat, handla, städa, sköta ekonomin, delta i samhällets aktiviteter och vara social. De dagliga sysslorna höjer hjärtfrekvensen och man kan jämföra det med att promenera och de är därför viktiga för att bibehålla funktions- och aktivitetsförmågan (Grimby, 2001, 103-105). Problem med balansen är vanligt då vi blir äldre och det påverkar livskvaliteten i vissa fall lika mycket som för en person som

har cancer. Fysisk aktivitet betyder mycket för att behålla en god balans. Det är bra att träna balansen lite varje dag genom att gå ut och promenera i skogen, gå på en sandstrand eller något annat mjukt underlag, gå med stavar, dansa och träna hemma med en fysioterapeut om man inte kan gå ut (Bagger-Sjöbäck, 2007, 59-61). Även det psykologiska välbefinnandet ökar vid fysisk aktivitet tack vare känslan av kontroll. Fysiskt aktiva personer är mindre deprimerade, har bättre självförtroende och självkänsla samt att motionen bidrar till förbättring av kognitiva funktioner (Bravell, 2011, 157). I en studie publicerad i den erkända tidskriften *Neurology* och gjord i USA bland 720 äldre med en genomsnittsålder på 82 år visade det sig att även lätt aktivitet såsom att diska och städa minskade risken för att insjukna i demens. Undersökningen är intressant på grund av att det är första gången man har mätt den fysiska aktiviteten hos äldre med en rörelsemätare runt handleden och genom de äldres egna värderingar (Duodecim, 2012).

5 Tidigare forskning

Kunskap från tidigare forskning hjälper forskaren att gå vidare i ämnet och inte fastna vid sådant som redan har undersökts. Vi har sökt fram sådan forskning som vi har nytta av i vår studie om äldres livskvalitet.

5.1 Hälsoresurser

Kulla, Sarvimäki och Fagerström (2006) gjorde en hermeneutisk studie för att undersöka hälsoresurserna och hälsostrategierna bland hemmaboende finlands-svenskar som var äldre än 75 år. Målet var att utveckla den hälsofrämjande omvårdnaden för denna grupp. Datainsamlingen gjordes genom att spela in semistrukturerade samtal med 22 äldre personer. Samtalen transkriberades och tolkades genom ett hermeneutiskt närmelsesätt. Materialet lästes flera gånger och sammanställdes till 22 berättelser med relevanta citat. Berättelserna blev därefter sammanfattade till en kärnberättelse under varje större kategori för att presentera hälsoresurserna och hälsostrategierna. Forskarna hittade sex kategorier: den Positiva, den Sociala, den Aktiva, den Anpassande, den Envisa och den Passiva. I

den Positiva kategorin spelade moralen viktig roll som hälsoresurs och hälsostrategi. Sociala aktiviteter ansågs både som hälsoresurs och hälsostrategi, medan saknad av sociala aktiviteter sågs som ett hälsohinder inom den Sociala kategorin. Ett brett intervall med fysiska aktiviteter spelade en viktig roll inom den Aktiva kategorin. Inom den Anpassande kategorin var belåtenhet en hälsoresurs. Envisheten själv räknades som hälsoresurs inom den Envisa kategorin, medan en stark tro ansågs som en hälsostrategi. Inom den Passiva kategorin ansågs belåtenhet och försiktighet som hälsoresurser även om hälsohinder genomsyrade livet. Visionen av framtiden varierade från förtroendefullt inom den Positiva kategorin till osäkert förhärskande inom den Passiva kategorin. De huvudsakliga hälsoresurserna och hälsostrategierna som användes av de äldre finlandssvenskarna var relaterade till sociala och andra aktiviteter samt till personligheten. Att förvandla hälsohinder till hälsoresurser kunde vara en hälsofrämjande vårdstrategi.

Fagerström (2010) har gjort en studie vars syfte var att upptäcka, i relation till bakgrundsfaktorer såsom språk, livssituation och kultur, hur personer i åldern 65 år och 75 år upplevde livsorientering. Studien är en populationsbaserad tvärsnittsundersökning där materialet togs från 3370 enkäter som bestod av sex frågor ur Life Orientation scale. Det statistiska SPSS version 14,0 programmet användes för alla beräkningar och Chi-kvadrattest applicerades för att bestämma om det fanns några signifikanta skillnader mellan grupperna. Det som man såg i denna studie var att respondenterna som var 65 år (85 %) och de som var 75 år (73,2 %) erfor en hög grad av positiv livsorientering, klart uttryckte livsglädje (93,5 %), var generellt nöjda med sitt liv (88,4 %) och kände att de behövdes (83,7 %). Lägre poäng fick det att sällan eller aldrig vara deprimerade (55,3 %) och att sällan eller aldrig känna sig ensamma (71,8%). Ungefär varannan respondent (51,8 %) hade planer för framtiden. En klar minskande trend till positiv livsorientering sågs hos de 75 år gamla respondenterna i jämförelse med de 65 år gamla. Endast frågan "Är du nöjd med livet?" visade ingen signifikant skillnad. Språk och kultur verkade klart påverka erfarenheterna av livsorientering och välbefinnande. I tillägg rapporterade äldre ensamboende signifikant fler negativa responser på alla områden i livsorienteringen. Positiv livsorientering är en viktig hälsoresurs för äldre. Följaktligen borde hälsofrämjandet för äldre personer fokusera på att underlätta

underhållet av viktiga och nära kontakter och man borde inkludera äldre personers behov av att känna sig behövda.

5.2 Hembesök och hemhjälp

Fagerström, Wikblad & Nilsson (2009) har gjort en litteraturstudie med systematisk litteratursökning i databaserna Ebsco, CINAHL, Medline, Science Direct och CSA från perioden 1984 till 2004. Studien hade två syften: utforska och värdera den hälsofrämjande effekten av förebyggande hembesök genom att analysera aktiviteterna under hembesöket samt att kritiskt granska om förebyggande hembesök kännetecknas i perspektivet av att vara en individuell hälsoresurs. Totala antalet vetenskapliga artiklar som forskarna hittade genom den systematiska sökningen var 49 varav 18 är inkluderade i studien. Analysmetoden var en fyra stegs integrerande forskningsöversikt. Översikten beskriver följande innehåll som rör aktiviteter under hembesök: kontroll, observation och utvärdering, rådgivning, stöd, remittering till vård och annan service, uppföljning och individuell hjälp. Positiva effekter som uppstod var minskad dödlighet, förbättrad funktionsförmåga, förbättrad livskvalitet, förbättrad subjektiv hälsa, färre inläggningar för vård, äldre personers erfarenheter av hembesök och mer kunskap om hälsa. Oklara, negativa effekter var intagning för vård, ingen effekt på dödligheten, opåverkad effekt på funktionaliteten, opåverkat allmänt hälsotillstånd och ingen påverkan på livskvaliteten. Förebyggande hembesök hade förverkligats på basen av ett individuellt perspektiv i 13 av de 18 studierna. Fokus på sjukdom var överraskande klart och i 10 av de 18 studierna saknades ett hälsoresursperspektiv. Effekterna av förebyggande hembesök har ifrågasatts, men trots detta så har man kommit fram till i studier gjorda nyligen att förebyggande hembesök har en positiv inverkan på äldre människors hälsa och välbefinnande. Denna typ av vård måste likaväl utvecklas till att bestå av omfattande kontroller och ingripanden samt att den äldre personens individuella hälsoresursbehov och önskemål ska vara utgångspunkten för varje hembesök.

Dale och Lorensen m.fl. (2001) har gjort en norsk studie om livskvaliteten hos äldre som bor hemma och som får hemhjälp. Syftet med studien var att identifiera vad som var viktigt för patienter som bor hemma samt vad som gör att de ser sin situation som god trots förändringar som beror på ålderdom och ökad sjukdoms-

frekvens. Följande två frågor ställdes till patienterna i undersökningen: Vilka faktorer anser patienten vara viktigast för dem för att uppnå livskvalitet? och Vilka faktorer tror de bidrar till att minska livskvalitet? Man frågade även om hur nöjda äldre patienter inom hemvården är med olika områden i livet, vad som är viktigt för dem samt hur de utvärderar livskvalitet? Studien gjordes som en pilotstudie och man intervjuade personerna i deras eget hem. Totalt 57 äldre patienter deltog i studien varav 61 % var kvinnor och 39 % män. Resultatet av studien var bland annat att patienterna i studien överlag utvärderade sitt liv som bra. Det som patienterna ansåg vara sämst var deras hälsa och funktionsförmåga. Deltagarna i studien utvärderade sina sociala kontakter, speciellt kontakten till sina barn och sin familj, som väldigt viktigt. De ansåg även att möjligheten att bo i sitt eget hem var viktigt för deras livskvalitet. Deltagarna ansåg att detta endast var möjligt tack vare tillgången till hemhjälp. Man ansåg också att god hälsa och funktionell status var de viktigaste faktorerna för livskvalitet. Detta kan bero på det faktum att bristen på detta bidrar till att personen i fråga förlorar kontrollen samt att man blir beroende av andra för hjälp. Detta ansåg man vara ett bidragande faktor för sänkt livskvalitet. Det är därför viktigt att hem och hälsovårdare hjälper patienten på deras villkor för att anpassa sig till miljön och ge hjälp för maximal självständighet.

5.3 Trygghet

Fagerström, Gustafson, Jakobsson, Johansson och Vartiainen (2011) har undersökt vilka möjliga inre och yttre källor av trygghet det finns hos personer som är 65 år och 75 år. Under år 2005 genomfördes populationsbaserade tvärsnittsundersökningar i 15 kommuner i Västerbotten i Sverige och i 18 kommuner i Österbotten i Finland. En 15-sidig enkät (84 frågor) distribuerades med en total svarsprocent på 68,4 % (n=3370) varav 1825 var svensktalande svenskar, 926 svensktalande finnar och 621 finsktalande finnar. De statistiska analyserna var trestegs analyser, inkluderande en nominal stegvis regressionsanalys. Resultatet visade att äldre personer som anger sig vara trygga är sannolikare att tycka att livet är meningsfullt och de kan mästra olika kriser i livet. Dessutom har de förtroende för ekonomiska institutioner och är mer sannolika att känna sig ekonomiskt trygga. En svag tro på familj, vänner eller grannar och en minskad funktionsförmåga verkade göra att de subjektivt kände sig otrygga. Konklusionen blir att vårdgivare borde fokusera på att stöda äldre människor i att ha ett meningsfullt liv och hur trygghetskänslan kan styrkas med förtroendefulla

relationer och aktivitet. I vården borde det vara mera fokus på de inre hälsoresurserna, inkluderande positiv livsorientering och meningsfullhet i livet.

5.4 Ensamhet

Holmen, Ericksson, Andersson & Winblad (1992) har gjort en svensk studie där syftet var att undersöka äldres upplevelse av ensamhet. Man ville undersöka relationen mellan ensamhet, socialt nätverk, hälsa och funktionsförmåga. I undersökningen deltog 1725 personer och alla var 75 år gamla eller äldre. Undersökningen utfördes med hjälp av enkäter där deltagarna svarade på frågor om ensamhet, hälsa, socialt nätverk, boende, ålder, kön, civilstånd osv. Resultatet av undersökningen var att man kunde konstatera att kvinnor kände sig mera ensamma än män. Känslan av ensamhet ökade även i samband med åldern och enligt undersökningen var känslan av ensamhet som högst i åldrarna 84-90 år. De som upplevde sig som minst ensamma var de som bodde tillsammans med en partner. De som däremot upplevde sig som de ensamaste var de som hade förlorat sin man eller hustru. Man kunde även konstatera att regelbundna besök av vänner var viktigt för deltagarna för att inte känna sig ensamma. Nästan hälften av deltagarna ansåg dock att de inte hade tillräckligt med socialt stöd av närstående. Man kunde även konstatera att upplevelser av ensamhet kunde vara en riskfaktor för isolation som i sin tur kan leda till psykiska sjukdomar.

Birkeland & Natvig (2008) har gjort en undersökning där man ville få fram hur äldre människor som bor hemma upplever sin sociala situation. Undersökningen utfördes genom intervjuer och 20 personer deltog totalt i undersökningen. Alla som blev intervjuade var över 70 år gamla och hade haft hemhjälp i minst två månader. De som deltog i undersökningen måste även kunna föra ett samtal och berätta om sina upplevelser och erfarenheter. Resultatet av undersökningen var att deltagarna kände sig ensamma i sitt eget hem. De tillbringade mycket tid i sitt eget hem ensamma och de som hade familj och anhöriga fick oftast bara korta besök. Deltagarna ansåg dock att telefonen kunde kompensera för bristen på ansikte mot ansikte-kontakt. De upplevde även att de saknade hjälp att komma ut ur sitt hus och man kände sig på så sätt ensamma och isolerade. Många uppskattade kontakten som man fick från hemhjälpen men man upplevde att det fanns för lite tid att prata, speciellt på kvällar och helger. Men det kom även fram i undersökningen att deltagarna värderade möjligheten att bo hemma väldigt högt.

5.5 Humor

Petzäll och Olsson (2007) har gjort en studie där de ville undersöka hur kommunikation innehållande humor påverkar det subjektiva välbefinnandet hos de äldre i det dagliga livet. Studien gjordes som en interventionsstudie och bestod av två grupper äldre personer i Sverige. Grupp I (n=16) rekryterades från ett äldreboende i en stad i centrala Sverige med 50 000 invånare och grupp II (n=19) var hemmaboende äldre som bodde i en stad i centrala Sverige med 100 000 invånare. Man använde sig av ett validitets- och reliabilitetstestat frågeformulär inklusive ett penna och papper- test. Interventionsstudien pågick i 10 veckor i bägge grupperna. Under ett förtest (vecka 1) fick respondenterna besvara PGWB (Psychological General Well-Being) - frågeformuläret och sex tilläggsfrågor. I efter testet (vecka 10) besvarade respondenterna PGWB- frågeformuläret igen. Studien visade att respondenterna som bodde i sitt eget hem hade en högre känsla av subjektivt välbefinnande än de som bodde på ett vårdhem. Humorinterventionen hade en signifikant positiv betydelse för grupp I medan man inte kunde märka någon skillnad efter undersökningen i grupp II. Intresset och den ökade förståelsen för humor gjorde att man ändå startade humorgrupper i bägge grupperna. Man fick fram nio faktorer som påverkade det subjektiva välbefinnandet och dessa var ångest/oro, stimulans genom humor, positivt välbefinnande, allmän hälsa, vitalitet, nätverk av kontakter, typ av boende, självkontroll och depression.

Forssén (2007) har gjort en svensk studie om hur humor, skönhet och kulturella aktiviteter hjälper till att upprätthålla ett psykiskt välbefinnande på äldre dagar. I studien deltog 20 svenska kvinnor i åldrarna 63-83. Studien var gjord som en intervju där man ställde frågor som berörde kvinnornas tankar om vad som var viktigt för dem i deras liv för att hållas friska. Resultatet av studien var att man kunde konstatera att kvinnorna i undersökningen var väl medvetna om vad de behövde för att kunna upprätthålla en psykisk och mental styrka i sitt liv. De var även duktiga på att omge sig med det som hade positiv inverkan på deras liv. De tre kategorierna som framkom genom intervjuerna var humor, skönhet och kultur. Det var alltså det som kvinnorna ansåg vara det viktigaste för att upprätthålla ett psykiskt välbefinnande. Man kunde konstatera att humor var viktigt för kvinnorna oavsett ålder, utbildning och klass. Det hjälpte mot ensamhet, fungerade som

avslappning och gav bot mot psykisk smärta. Kvinnorna i studien ansåg även att humor var en del av dem och deras personlighet och de försökte använda sig av humorn så mycket som möjligt. Kvinnorna i studien ansåg även att det var viktigt att omge sig med skönhet. Att ha ett vackert och bekvämt hem var högt i värde. Kulturella aktiviteter såsom teater, konserter och litteratur var även viktigt för kvinnorna i studien. Kulturella aktiviteter gav kvinnorna styrka och tröst samt bättre självkänsla. Även dans ansåg flera kvinnor öka deras välbefinnande.

Marzialia, McDonald & Donahue (2008) har gjort en undersökning där man ville undersöka hur man kan använda sig av humor, andlighet och socialt stöd för att upprätthålla fysik och psykisk hälsa. Undersökningen genomfördes genom att man intervjuade 73 äldre personer som bodde på äldreboenden. Frågorna som man ställde vid intervjutillfället var bland annat att man skulle uppmana deltagarna att prata om sig själv, deras hälsostatus samt deras kontakt med familj och vänner. Resultatet av undersökningen var att man kunde konstatera att behovet av socialt stöd från familj och vänner under tiden av fysisk sjukdom var viktigt för läkningsprocessen och efterföljande rehabilitering. Man kunde även konstatera att det var viktigt att använda sig av humor och skratt i vissa situationer. Känslor av hjälplöshet och hopplöshet kunde botas med hjälp av humor likaså depression och ångest. Att använda sig av humor för att hantera stress visade sig även vara användbart. Andlighet och tro visade sig dock inte vara lika viktig för deltagarna men man menade i undersökningen att det är svårt att mäta ens tro och andlighet så därför är det resultatet inte helt tillförlitligt.

5.6 Sammanfattning av forskningarna

Vi kommer att sammanfatta forskningsresultaten i detta kapitel för att få en överskådlig bild av resultaten.

Petzäll och Olsson (2007) kom i sin undersökning fram till att humorn hade en positiv betydelse för välbefinnandet speciellt för de personer som bodde på vårdhem. I Forsséns (2007) resultat framkom det även där att humorn var viktig för att upprätthålla ett psykiskt välbefinnande oavsett ålder, utbildning eller klass. Humorn hjälpte mot ensamhet, fungerade som avslappning och kunde även ge

bot mot psykisk smärta. Marzialia, McDonald & Donahue (2008) kom i sin undersökning fram till att det var viktigt att använda sig av humor och skratt i vissa situationer. Känslor av hjälplöshet och hopplöshet kunde botas med hjälp av humor, likaså depression och ångest. Att använda sig av humor för att hantera stress visade sig även vara användbart.

Kulla, Sarvimäki och Fagerström (2006) kom i sin undersökning fram till att sociala aktiviteter ansågs både som hälsoresurs och hälsostrategi, medan saknad av sociala aktiviteter ansågs som ett hälsohinder. Ett brett intervall med fysiska aktiviteter spelade en viktig roll. Belåtenhet räknades som en hälsoresurs vilket även envishet gjorde, medan en stark tro ansågs som en hälsostrategi. Fagerström (2010) kunde konstatera utgående från sitt resultat att respondenterna hade en hög grad av positiv livsorientering som klart uttryckte livsglädje. De var även generellt nöjda med sitt liv.

Fagerström, Wikblad & Nilsson (2009) kom i sitt resultat fram till att hembesök har en positiv inverkan på äldre människors hälsa och välbefinnande. Denna typ av vård måste ändå utvecklas till att bestå av omfattande kontroller och ingripanden samt att den äldre personens individuella hälsoresursbehov och önskemål är utgångspunkten för varje hembesök. Dale och Lorensen m.fl. (2001) kom i sitt resultat fram till att respondenterna i studien utvärderade deras sociala kontakter speciellt kontakten till sina barn och familj som väldigt viktiga. De ansåg även att möjligheten att bo i sitt eget hem var viktigt för deras livskvalitet. Deltagarna ansåg att detta endast var möjligt tack vare tillgången till hemhjälp. Man ansåg också att god hälsa och funktionell status var de viktigaste faktorerna för livskvalitet.

Fagerström, Gustafson, Jakobsson, Johansson och Vartiainen (2011) kom i sin undersökning fram till att äldre personer känner sig trygga när de upplever att de har ett meningsfullt liv. Däremot bidrar en svag tro på familjen, vänner och grannar och även en minskad funktionsförmåga till att man känner sig otrygg.

Holmen, Ericksson, Andersson & Winblads (1992) undersökning resulterade i att man kunde konstatera att kvinnor kände sig mera ensamma än män. De som kände sig minst ensamma var de som hade en partner och de som upplevde sig som mest ensamma hade förlorat sin man eller hustru. Birkeland & Natvig (2008) kom i sin undersökning fram till att deltagarna kände sig ensamma i sitt eget hem. Man ansåg dock att telefonen kunde kompensera för ansikte mot ansikte-kontakt.

Deltagarna kände sig även isolerade och upplevde även att det var svårt att komma sig ut ur sitt hem. Det kom även fram i undersökningen att deltagarna värderade möjligheten att bo hemma väldigt högt.

6 Undersökningens genomförande

Undersökningen är en kvalitativ studie och som datainsamlingsmetod har respondenterna valt att använda sig av intervjuer med öppna svarsalternativ. Som dataanalysmetod används innehållsanalys. Genom forskningsfrågorna uppkom kategorier som analyserades och svaren bröts sedan ned i mindre bitar och relevanta kategorier som sedan utarbetades och kodades. Man använde sig även av citat som fungerade som stöd under varje kategori, vilket hjälper läsarna att bättre få en bild av informanternas åsikter och tankar.

6.1 Val av informanter

Respondenterna har valt att intervjua fyra personer mellan åldrarna 79-85 års ålder från Österbotten i denna studie. De fyra informanterna var inte handplockade utan hade valts på förhand av respondenterna från deras bekantskapskrets. Kraven på informanterna var att de skulle vara 75 år eller äldre samt hemmaboende.

6.2 Intervju

Intervju är en bra datainsamlingsmetod när forskaren vill få insikt om människors åsikter, uppfattningar, känslor och erfarenheter. För att en intervju skall lyckas är det viktigt med noggrann planering och ordentliga förberedelser.

Som forskare måste man ta hänsyn till om intervju som datainsamlingsmetod är genomförbart med tanke på om det är möjligt att få direkt kontakt med intervjuobjekten och om intervjuerna är genomförbara på grund av ekonomi och tid.

Det finns olika typer av forskningsintervjuer: strukturerade intervjuer, semi-strukturerade intervjuer, ostrukturerade intervjuer, personliga intervjuer och gruppintervjuer. I den strukturerade intervjun har forskaren en i förväg uppgjord lista med frågor och respondenten erbjuds en uppsättning svarsalternativ samt att alla respondenter erhåller identiska frågor. Den strukturerade intervjun liknar en frågeformulärsmetod. Den semistrukturerade formen av intervju är mera flexibel när det gäller frågornas ordningsföljd. Den intervjuade får utveckla sina synpunkter och svaren är öppna. I den ostrukturerade intervjun får respondenten i ännu högre grad utveckla sina tankar. Forskaren introducerar temat och så får respondenten berätta med egna ord. De personliga intervjuerna är relativt lätta att arrangera och uppfattningar och synpunkter härstammar från den intervjuade (Denscombe, 2009, 231-236).

Innehållsrika och komplexa svar fås på enkla och raka frågor i en kvalitativ intervju. Man får ett rikt material där man hittar intressanta händelser, åsikter och mönster. I en kvalitativ forskning bildar man kategorier.

Det finns många slag av intervjuer och man kan skilja dem åt enligt grad av standardisering och grad av strukturering. Hög grad av standardisering innebär att intervjuerna görs så identiskt som möjligt; intervjusituationen och frågorna är lika för alla respondenter. I en strukturerad intervju är svarsalternativen fasta och intervjun är också strukturerad om den har en struktur, det vill säga om forskaren vet vad han vill fråga om och ämnet är givet. De kvalitativa intervjuerna är i allmänhet högt strukturerade och lågt standardiserade.

I en kvalitativ intervju vill man förstå hur respondenten tänker, känner, vilka erfarenheterna är och hur respondentens föreställningsvärld ser ut. Trost (2010, 50-51) refererar Kvalets kvalitativa intervjuer i sju stadier: tematisering, design, intervjuandet, överförandet till bearbetningsbar form, resultat och rapportering. Den enda intressanta personen är den intervjuade och han måste finna intervjuaren spännande samt gärna uppfatta intervjun som ett samtal. Intervjuaren däremot skall inte uppfatta intervjun som ett samtal utan vara den som ställer frågorna för att få fram den intervjuades åsikter och känslor. Intervjuaren måste kunna känna empati, kunna lyssna aktivt och ha förmåga att sätta sig in i den intervjuades föreställningsvärld.

Vid den första kontakten med den intervjuade bör man informera om att man som intervjuare har tystnadsplikt, att det som kommer fram i intervjun kommer att behandlas konfidentiellt och att den intervjuades anonymitet garanteras. Man bör också informera om att den intervjuade när som helst kan dra sig ur eller avsluta intervjun. Platsen för intervjun kan man låta den intervjuade bestämma men intervjuaren kan ge förslag var intervjun kunde hållas. Frågorna som intervjuaren ställer måste vara relevanta för ämnet.

Då man gör en kvalitativ intervju skall man göra en lista över frågeområden och inte ha i förväg formulerade frågor. Intervjuaren skall vara inläst på ämnesområdet och ta med få men stora frågeområden. Att ta upp intervjun med ljudupptagare gör att man kan lyssna till tonfall och ordval efteråt samt ordagrant återge intervjun. Metoden är dock tidskrävande och många intervjuade vill inte att man använder ljudupptagare och det måste man respektera. Materialet kan också bli hundratals sidor långt då man skriver ut det. Då det gäller kvalitativa intervjuer är det viktigt att det är forskaren själv som intervjuar för redan under intervjun startar bearbetningen och analysen (Trost, 2010, 25-80).

En väl genomförd intervju kräver en del förberedelser men är en effektiv metod för att få information om respondenternas tankar och känslor. Forskarens syfte med studien bestämmer vem som skall intervjuas. Då man har preciserat sitt syfte och skall välja ut de som skall intervjuas vänder man sig till en organisation där man finner respondenter som kan tänkas motsvara det syfte som man har. Ett annat sätt att välja ut respondenter är att använda sig av något som kallas snöbollsurval, vilket innebär att då man funnit en person som är aktuell för ämnet så kan denna person i sin tur rekommendera andra som kan vara aktuella. Använder man sig av snöbollsurval så måste det vara speciella frågeställningar som gäller eller då man vill undersöka en speciell företeelse. Ibland kan man få tag i speciella listor då man skall göra ett urval, till exempel listor från Statistiskcentralbyrån. Man kan också annonsera på olika anslagstavlor då man vill få kontakt med personer att intervjuas.

Antalet intervjuade i en kvalitativ undersökning behöver inte bestämmas då man påbörjar intervjuerna och antalet kan "leva" medan studien pågår. Det är en fördel i en kvalitativ studie att intervjuas några personer och sedan analysera intervjuerna. Detta gör man turvis tills man har uppnått en mättnad det vill säga när man börjar

känna igen svaren och när samma svarsmönster börjar förekomma i flertalet intervjuer.

Platsen där intervjun skall ske bör vara ostörd och ofta sker intervjun i hemmamiljö då man intervjuar privatpersoner. Det kan vara motiverat med en liten kompensation till den intervjuade då det gäller intervjuer av privatpersoner, visa att man uppskattar att de ställer upp. Då man sedan har bestämt vem man skall intervjua så är det dags att avtala en tid för intervjun.

Det kan vara riskabelt att ange hur länge intervjun kommer att hålla på. Om man beräknar att intervjun tar längre än en timme, kan man komma överens om att träffas flera gånger. En väl förberedd intervju ger bättre resultat men det går inte att undvika att det kan uppstå problem i en intervjusituation. För att lära sig intervjuteknik kan det vara bra att prova intervjun på någon eller att låta sig bli intervjuad av någon annan. Det krävs mellanmänniska kompetenser för en lyckad intervju. Då man avslutar intervjun bör man berätta hur studien kommer att fortsätta och fråga om man kan ta ny kontakt om det visar sig att man behöver det. Vid användandet av ljudupptagare bör man likaväl ha med ett anteckningsblock för att kunna kommentera ansiktsuttryck, gester och annat som inte kommer med vid ljudupptagningen. Man måste ha samtycke av den intervjuade för att få spela in intervjun (Ahrne(red.) & Eriksson-Zetterquist, 2011, 36-57).

6.3 Innehållsanalys

Innehållsanalys kännetecknas av att man på ett systematiskt och stegvist sätt klassificerar data för att lättare kunna identifiera mönster och teman. Det finns flera olika modeller för innehållsanalys men alla har gemensamt att man på ett systematiskt sätt skall kunna analysera data som i detta fall är intervjuer. Ett exempel är manifest innehållsanalys, vilket innebär en analys av direkt synliga mönster eller teman i texten genom kvantitativa beräkningar (Forsberg & Wengström, 2008, 151). Ett annat exempel är latent innehållsanalys. Denna analys innebär en identifiering av meningsbärande enheter, kodning av kategorier, identifiering av centrala teman och utveckling av teorier och modeller. (Forsberg & Wengström, 2008, 151). Innehållsanalys består av analyser där mönster, teman

och kategorier baserar sig på data. Detta hjälper forskaren att bli medveten om mönster och kategorier som inte är tydligt uttalade.

Första steget vid en analys är att söka efter variabler eller samband. Genom att göra upp kodscheman kan man notera till exempel vissa ord i texten med hjälp av en sifferkod. Kodschemat talar om i detalj vilka noteringar som skall göras i de analyserade texterna. (Boreus & Bergström, 2005, 49). Man bör läsa igenom texten flera gånger för att få en helhetsbild om innehållet i materialet. Intresset ligger i att få reda på vem som ger informationen, var, när det hände, varför och vad som undersöktes (Kyngnäs & Vanhanen, 2000, 4-7). När alla intervjuer har analyserats och man har fått en slutlig text blir resultatet bäst om man redogör för både citat och kommentarer parallellt och att även ta med omgivningen, sinnesstämningen och upplevelserna.

7 Undersökningens praktiska genomförande

Detta examensarbete är ett beställningsarbete för enheten för forskning och utveckling vid Yrkeshögskolan Novia. Respondenterna har gjort en kvalitativ intervjustudie med öppna frågor bland fyra äldre hemmaboende finlandssvenskar i Österbotten. Intervjuerna gjordes i tidsperioden november 2012 till januari 2013 hemma hos informanterna vilket man hade kommit överens om på förhand. En temaguide användes som grund för intervjun och kompletterades med egna frågor. (Bilaga 3). De fyra intervjuerna togs upp med ljudupptagare, transkriberades, kategoriserades och analyserades genom innehållsanalys.

Med krav på att forskningarna skall vara vetenskapliga och mindre än tio år gamla har respondenterna sökt forskningarna i databasen EBSCO och på Nelli-portalen. Sökord som respondenterna har använt sig av är; elderly, aging, well-being, quality of life, age 70+, swedish-speaking finns, Sarvimaki och nursing. Respondenterna har också gjort manuella sökningar i tidskrifterna *Vård i Norden*, *Scandinavian Journal of Caring Sciences* och *Geriatric Nursing*.

Antalet informanter är fyra stycken i åldern 79 – 85 år och alla är från Österbotten. Intervjutillfällena avtalades per telefon. Informanterna fick information om undersökningens syfte både muntligt och skriftligt. (Bilaga 1). Informanterna fick också underteckna ett dokument om informerat samtycke och det informerades om att informanterna skulle komma att vara anonyma under hela undersökningen. (Bilaga 2). Informanterna fick också information om att ljudbanden skulle förstöras så fort de var transkriberade.

8 Etiska riktlinjer

FN:s deklaration om mänskliga rättigheter och Helsingforsdeklarationen ligger som grund för forskningsetiken. Vårdforskningen vägleds i huvudsak av fyra etiska principer, det vill säga principen om autonomi, rättvisa, att göra gott och att inte skada (Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden, 2003, 11-12).

Innan intervjuerna inleds måste forskaren få tillåtelse av informanterna att banta intervjuerna och försäkra informanterna om att det som sägs under intervjun kommer att behandlas konfidentiellt (Denscombe, 2010, 255).

Vanliga forskningsetiska regler är att skaffa sig tillåtelse, att berätta att inskaffad information behandlas konfidentiellt och att skydda identiteten för informanterna. Forskaren måste också öppet berätta vad forskningen skall användas till och få informerat samtycke av informanterna (Denscombe, 2010, 177).

9 Resultatredovisning

Respondenterna redovisar resultatet med hjälp av kvalitativ innehållsanalys genom att respondenterna kodar materialet som framkom i de fyra intervjuerna som gjordes för att därefter bilda olika kategorier. För att underlätta läsningen skrivs de olika kategorierna med fet stil. Respondenterna belyser de olika

kategorierna med citat som markeras med kursiv stil, mindre fontstorlek och citationstecken. En temaguide med sex frågor användes som utgångspunkt för alla intervjuerna och kompletterande frågor ställdes under intervjun beroende på informantens svar. De olika kategorierna som framkom var: hälsa, sociala relationer, möjlighet att få vara aktiv, självständighet, att hjälpa andra samt naturen.

9.1 Hälsa

I alla fyra intervjuer framkom det tydligt att hälsa var en viktig faktor för livskvaliteten. Förmågan att kunna motionera framkom som väldigt viktig för informanterna och de hade alla gemensamt att de upplevde förmågan att kunna vara fysiskt aktiva i sin vardag som ett tecken på god livskvalitet. Även att ha god syn och hörsel ansågs som viktigt samt att få vara frisk psykiskt. På så sätt framkom även sambandet mellan hälsa och sjukdom tydligt. Från alla intervjuer framkom det att det var viktigt att ta hand om sin hälsa och upprätthålla den så bra som möjligt genom bland annat regelbundna läkarbesök, tandläkarbesök samt fotvård.

”Att ha någotsånär hälsa samt att förståndet fungerar trots hög ålder är livskvalitet”

”Livskvalitet är att få känna sig ganska så frisk på morgonen när man stiger upp”

”Jag går till läkarin och tandläkarin en gång i året”

”Jag motionerar för att hålla mig i form med att skida då det är vind och väder för det”

9.2 Sociala relationer

Sociala relationer var en kategori som också ansågs som viktig. Exempel på sociala relationer var bland annat att få träffa sina barn och barnbarn. Även relationen till sina medmänniskor ansågs som viktig. Att få vara föreningsaktiv i olika föreningar och på så sätt få träffa andra människor framkom. Att få bo med sin make eller maka ansågs även som viktigt. Andra sociala relationer som framkom var möjligheten att få umgås med djur. Att gå på olika kurser, delta i

pensionärsträffar, gå ut och dansa, gå på ishockey och fotboll ansåg en informant var en möjlighet att vara social.

"Jag har aldrig varit någon riktig hemmamänniska utan alltid velat vara social"

"Har ju också börjat gå på pensionärsträffarna från gamla jobbet"

"Barnen och barnbarnen kommer och hälsar på då de har tid"

"Promenerar till stan flera gånger i veckan för att prata med känt folk på torget"

9.3 Möjlighet att få vara aktiv

Alla informanter som deltog i intervjun upplevde förmågan att få vara aktiv som viktigt. Man vill känna att man får göra något meningsfullt samt få göra det som man tycker om. Från intervjuerna framkom bland annat att möjligheten att få vara aktiv i församlingen, att få sjunga, lyssna på radio samt att få läsa som meningsfullt. En av informanterna sa att så länge han orkar gå på kurs, sköta hushållet utan inblandning, gå på ishockey och fotboll, gå ut och dansa, få hjälpa andra och vara ute i skog och mark så hade han det bra.

"För mig så betyder livskvalitet att kunna göra saker som jag vill göra"

"Att få arbeta lite så att man får tiden att gå"

"Att man får göra något meningsfullt"

"Så länge jag orkar gå på ishockey, fotboll, fara till skären, gå ut och dansa, gå i skogen och plocka bär och svamp"

9.4 Självständighet

Att få vara självständig och klara sig själv ansågs även det som viktigt. Att få bo hemma och att inte ligga till last för samhället framkom av flera informanter. Att få bo i ett självständigt land som Finland ansågs viktigt enligt en informant. Ekonomisk trygghet var även det viktigt. På frågan vad livskvalitet betyder för

informanterna svarade tre av dem att få rå om sig själv utan inblandning hade stor betydelse för dem.

"Det bästa vi har är att få leva i Finland"

"Det bästa som finns är att få bo och leva och rå om sig själv"

"Att få rå om sig själv utan inblandning från andra"

"Som tur ha de inte bjudit ut nån städare eller nå annat som de vist brukar göra med de som är så gammal som jag"

9.5 Att hjälpa andra

Att få hjälpa andra tyckte en informant gav mera livskvalitet. Även att få möjlighet att ta hand om barnbarnen ansåg en informant gav livskvalitet. Också att vara med i föreningar som Röda Korset och ge bort saker till andra behövande genom att till exempel sticka sockor och skicka vidare gav en sorts mening ansåg en annan informant.

"Brukar till exempel vara och hjälpa en kärring i Laihela med att klippa gräs och fixa sånt som jag kan fixa"

"Genom kurserna jag gått på har jag lärt känna en del kvinnor som behövt hjälp med olika saker"

"Å ti få göra det man tycker om till att göra och hjälpa till så gott man kan"

9.6 Naturen

Möjligheten att få frisk luft och att vistas ute dagligen var viktigt för flera informanter. Att få bo på landet och ha närhet till skog och natur som man alltid har haft tillgång till ansågs av en informant som viktigt för livskvaliteten. För en av informanterna var det också viktigt att få vara ute i skog och mark, att fiska, hugga ved och vara på skären.

"Att få siti och skåd ut över sjön och drick en öl efter bastun, he e live he"

"Bor ju i skogen då det är bär och svamptider"

"Plockar hjortron, tranbär, blåbär, lingon, kantareller, trattkantareller och pressar havtorn ute på holmarna"

10 Tolkning

I detta kapitel tolkas de resultat som respondenterna har fått i undersökningen. Respondenterna tolkar resultaten mot de teoretiska utgångspunkterna och den tidigare forskningen. De teoretiska utgångspunkterna utgörs av Erikssons (1993, 1995) och Sarvimäkis (1996a, 1996b, 2000) syn på hälsa och livskvalitet. Respondenterna skriver de olika kategorierna med **fet stil** och kategorierna tolkas en åt gången.

Hälsa var en viktig faktor för alla informanter. För att bibehålla hälsan ansåg informanterna att motion, att uppsöka läkare och tandläkare regelbundet, att vara social och att vara ute i skog och mark påverkar hälsan positivt. Eriksson (1995) nämner i sin forskning att man inte har granskat hälsan som något som människan upplever utan utifrån vad hon personligen värderar eller utifrån hennes personliga livssituation. Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996a, 1996b, 2000) säger att de flesta människor förknippar god hälsa med livskvalitet. Sarvimäki (1998) menar också att livskvaliteten inte nödvändigtvis försämras då vi åldras, att det finns äldre som njuter av livet.

Att vara **social** ansågs som viktigt av alla informanter. Enligt Sarvimäki (1996a, 1996b, 2000) förverkligar och uttrycker sig en människa genom att höra till en viss etnisk grupp, att ha en viss kultur och att ha interpersonella relationer. Kulla m.fl. (2006) ansåg att sociala aktiviteter var både en hälsoresurs och en hälsostrategi medan saknad av sociala aktiviteter ansågs som ett hälsohinder. I en studie gjord av Fagerström (2010) borde hälsofrämjandet för äldre personer fokusera på att underlätta underhållet av viktiga och nära kontakter.

Självständighet i olika bemärkelse framkom i alla svaren som informanterna gav såsom att leva i ett självständigt land, att få bo hemma och att få sköta sitt hem

utan inblandning från utomstående. Enligt Fagerström m.fl. (2009) måste hembesök utvecklas så att personens individuella hälsoresurser, behov och önskemål är utgångspunkten för varje hembesök. Dale m.fl. (2001) kom fram till att möjligheten för de äldre att bo hemma var viktigt för livskvaliteten.

Aktiviteter av olika slag ansågs i alla intervjuer vara viktiga för att höja livskvaliteten. En av informanterna dansar, går turer i skog och mark, hugger ved, promenerar och skidar. Sociala aktiviteter som att vara föreningsaktiv var viktigt för en av de andra informanterna. Två av informanterna sa att få sköta hushållsarbetet utan inblandning från utomstående var viktigt i det dagliga. Rowe & Khan (1987, 1997) säger att människor som åldras framgångsrikt beskrivs som friska och aktiva. Grimby (2001) skriver att de vanligaste aktiviteterna för de över 70 år är att ta en promenad, trädgårdsskötsel, turer i skog och mark, gymnastik, dans, cykling, simning och träning på gym. Enligt en artikel i *Duodecim* (2012) visade det sig att även lätt aktivitet såsom att diska och städa minskade risken för demens.

11 Kritisk granskning

Examensarbetet och examensarbetets tillförlitlighet granskas i den kritiska granskningen genom att använda sig av Larssons (1994) kvalitetskriterier för kritisk granskning.

Larsson (1994, 173-175) skriver att resultaten bör ha en god struktur och största möjliga enkelhet skall vara den övergripande normen. Detta betyder att resultatet bör vara så enkelt och ha en så klar struktur som möjligt. För att få fram en bra struktur bör forskaren tydligt markera vad som är huvudsaker och vad som är bisaker. Den röda tråden bör även vara synlig under hela arbetets gång.

I forskningen har respondenterna följt de anvisningar som finns för hur man skriver ett examensarbete och på så sätt har man kunnat få fram en struktur på arbetet. I detta examensarbete har man försökt märka ut vad som är viktigt och vad som är bisaker så tydligt som möjligt genom att lyfta fram huvudsakerna.

Respondenterna upplever att studiens namn, syfte och frågeställningar finns med som en röd tråd genom hela studien. Man har också markerade kapitel och rubriker så att de redogör tydligt vad som skall behandlas.

Larsson (1994, 168-170) avser med intern logik en harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod. Detta innebär att forskningsfrågorna bör vara avgörande för valet av insamlingsmetod samt dataanalysmetod.

I detta examensarbete anser respondenterna att det finns ett samband mellan forskningsfrågorna, datainsamlingsmetoden och dataanalysmetoden. Forskningsfrågorna påverkade dock inte valet av insamlingsmetod eftersom man hade valt intervju som insamlingsmetod redan från början innan forskningsfrågorna var färdiga. Detta genom att examensarbetet är ett beställningsarbete från enheten för forskning och utveckling vid Yrkehögskolan Novia. Respondenterna valde även intervju som insamlingsmetod för att på så sätt få mera innehållsrika svar samt ha möjlighet att utveckla svaren för att få mera innehållsmaterial.

Forskningsfrågorna påverkade dock uppkomsten av kategorier vid analyseringen och svaren bröts ned i mindre bitar och relevanta kategorier som sedan utarbetades och kodades. Man använde sig även av citat som fungerade som stöd under varje kategori, vilket hjälper läsarna att bättre få en bild av informanternas åsikter och tankar.

Larsson (1994, 171-172) anser att en viktig del av studien är huruvida den uppvisar ett etiskt värde. Man bör därför alltid väga kravet på ny kunskap mot kravet på skydd av informanterna. Det är viktigt att informanternas anonymitet garanteras samt att man upprätthåller en god etik genom hela forskningsprocessen. Man får därför inte heller dölja eller förvränga insamlat material.

Respondenterna upplever att detta har uppnåtts samt att studien har upprätthållit en god etik genom hela forskningsprocessen. Man har garanterat informanterna anonymitet redan före själva intervjutillfället. Respondenterna har även informerat informanterna om att deras deltagande är frivilligt samt att de kan avsluta intervjun när de vill. Respondenterna har även informerat om att allt material förstörs när studien är klart.

När det är fråga om kvalitativa studier är innebördsrikedomen det som ger det centrala värdet för den kvalitativa metoden samtidigt som innebördsrikedomen och strukturen står emot varandra. Man måste se till att resultatet inte blir för enkelt och innehållsfattigt, men samtidigt skall resultatet inte heller vara för invecklat och innehålla oväsentlig information. (Larsson, 1994, 172-175).

Respondenterna har försökt i detta examensarbete att redovisa resultatet i forskningen på ett lättförståeligt sätt genom att presentera resultatet i olika kategorier för att underlätta läsandet samt även att lyfta fram det centrala i arbetet. Samtidigt har man också försökt göra det så innehållsrikt som möjligt och tagit med det centrala och viktigaste från intervjuerna.

För att man skall kunna kalla sin forskning för empirisk är en förutsättning att man har en förankring av forskningen i ett empiriskt underlag. Den empiriska förankringen handlar om en överensstämmelse mellan tolkningen och verkligheten. (Larsson, 1994, ss 180-183).

Respondenterna har i tolkningen presenterat det material som man har fått från intervjuerna och ställt det mot den tidigare forskningen och de teoretiska utgångspunkterna. På så sätt har man kunnat förena det teoretiska i arbetet med resultatet för att få fram en bild av hur det stämmer överens med verkligheten. Man har därför kunnat konstatera att det teoretiska materialet överensstämde med verkligheten.

Processen att hitta tidigare forskningar som ansågs vara användbara för detta examensarbete upplevde man inte som något problem. Man hittade många studier som handlade om äldre hemmaboende, hälsa och livskvalitet. De tidigare undersökningarna som man sedan valde att ta med upplever respondenterna stämmer bra med temat för den egna undersökningen.

Respondenterna upplever att man till viss del fick bra svar av informanterna eftersom de berättade fritt men att de samtidigt hade lite svårt att hålla sig till ämnet och även att förstå meningen med vissa frågor. Man märkte att flera frågor gick in i varandra samtidigt som vissa var svåra att utveckla vidare för att få ett mera innehållsrikt svar. Man kunde kanske ha utökat antalet informanter för att få ett större material i undersökningen.

12 Diskussion

Syftet med detta examensarbete var att undersöka vilka faktorer de äldre i Österbotten anser vara viktiga för livskvaliteten. Med äldre menar vi i detta arbete personer över 70 år och äldre. De faktorer som betydde mest för informanterna var hälsa, sociala relationer, självständighet, att få hjälpa andra, möjlighet att få vara aktiv och att vistas ute i naturen.

Vi valde som teoretisk bakgrund Erikssons (1990) syn på hälsa samt Sarvimäkis (1996, 1998, 2000) syn på livskvalitet. Det var lätt att hitta relevanta artiklar för arbetet eftersom det finns mycket skrivet om de äldre idag då ämnet är aktuellt. I efterhand tycker vi att de teoretiska utgångspunkterna var relevanta för examensarbetet. I bakgrunden tog vi upp åldrandet ur olika perspektiv. Vi är nöjda med valet av teoretisk bakgrund och resultatet kunde tolkas mot den teoretiska bakgrunden utan problem.

Valet av informanter gjordes i vår närmiljö och det var inget problem att hitta informanter som ställde upp på att bli intervjuade. Då vi tänker i efterhand hade det troligtvis varit enklare att intervjua okända personer. Informanterna berättade fritt men hade problem att förstå vissa frågor och svårt att hålla sig till ämnet. Temaguiden hjälpte oss att hålla oss till ämnet och var ett bra stöd under intervjuerna. Vi kunde ha haft fler än sex frågor för att få mera material även om vi ställde tillägsfrågor under intervjun.

Resultatet visade utifrån vår undersökning att informanterna upplevde att de hade en god livskvalitet. Att ha god hälsa framkom som en viktig aspekt för att ha livskvalitet. I det stora hela var informanterna nöjda med sin tillvaro så länge de klarade sig utan hjälp och fick bo hemma. Trots att de ville klara sig utan inblandning utifrån var det viktigt för dem att ha kontakt med familjen, barnbarnen, vänner och andra sociala kontakter.

Med tanke på undersökningens reliabilitet kunde urvalet av informanter varit större. Vi tycker ändå att undersökningen gav svar på våra frågor och vi uppnådde syftet med undersökningen. Vi upplever ämnet som intressant och vi hoppas att vi har kunnat belysa vilka faktorer de äldre i Österbotten tycker är viktiga för att de

skall må bra. Vi är fortfarande noviser vad gäller forskning men vi har fått ett mera vetenskapligt tankesätt.

Examensarbetet är ett beställningsarbete av enheten för forskning- och utveckling vid Yrkeshögskolan Novia och vi hoppas att de kan ha nytta av undersökningen i sitt vidare arbete.

Litteratur

- Ahrne, G. & Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber Förlag.
- Bagger-Sjöbäck, D. (2007). *Det goda åldrandet*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Begström, G. & Boreus, K. (2005). *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Bionet. (2002). *Längre liv*. [Online]
http://www.bionetonline.org/svenska/content/ll_leg2.htm (hämtat 9.12.2011).
- Birkenland, A. & Natvig, G. (2008). Gamle, hjelpetrengende og alene. *Vård i Norden*, 28 (1), 18–21.
- Dale, B., Dale, JG. & Lorensen, M. (2001). Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. *Vård i Norden*, 21 (2), 4-10.2/2001.
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Duodecim. (2012). *Aktiiviset vanhukset välttyvät dementialta*. [Online]
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=109&p_artikkeli=uut15568 (hämtat 6.5.2012).
- Eriksson, K. (1993). *Hälsans idé*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1995). *Den mångdimensionella hälsan: verklighet och visioner*. Stockholm: Liber.
- Ernst Bravell, M. (red.) (2011). *Äldre och åldrande*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
- Fagerström, J. (2012). *Äldrecentrum i Österbotten*. [Online]
<http://www.korsholm.fi/sv/document.aspx?docID=10720> (hämtat 30.11.2011).
- Fagerström, L. (2010). Positive life orientation - an inner health resource among older people. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24; 349-356.
- Fagerström, L., Gustafson, Y., Jakobsson, G., Johansson, S. & Vartiainen, P. (2011). Sense of security among people aged 65 and 75: external and inner sources of security. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1305-1316.
- Fagerström, L., Wikblad, A. & Nilsson, J. (2009). An integrative research review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23; 558-568.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av vårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

- Forssén, A. (2007). Humour, beauty, and culture as personal health resources: Experiences of elderly Swedish women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35; 228-234.
- Grimby, A. & Grimby, G. (red.). (2001) *Åldrandets villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Holmén, K., Ericsson, K., Andersson, L. & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1); 43-51.
- Kulla, G., Sarvimäki, A. & Fagerstöm, L. (2006). Health resources and health strategies among older Swedish-speaking Finns – a hermeneutick study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20 (1); 51-57.
- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterierna i kvalitativa studier. Ingår i : Starrin, B. & Svensson, P-G. (red). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (163-189). Lund: Studentlitteratur.
- Marzialia, E., McDonald, L. & Donahue, P.(2008). The role of coping humor in the physical and mental health of older adults. *Aging & Mental Health*, 12,(6); 713–718.
- Nori, I. (6/2011). *Österbotten i siffror - statistik- och prognostiseringsportal*. [Online] http://www.tilastokeskus.fi/hae_sv?pos=4&q=%C3%B6sterbotten%202012&submit (hämtat 7.5.2012).
- Petzäll, K. & Olsson, H.(2007). Subjective well-being in old age. *Vård i Norden*, 27(4); 9-13.
- Sarvimäki,A. & Stenbock-Hult,B.(1996a). *Vård ett uttryck för omsorg*. Falköping: Gummessons Tryckeri AB.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (1996b). *Hoito, huolenpito ja opetus*. Helsinki: WSOY.
- Sarvimäki, A. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*,
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Ungern: Elanders Hungary Ktf.
- Xavier, F., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy, N. & Moriguchi, E. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25 (1), 31-39. [Online] <http://www.scielo.br/scielo>. (hämtat 31.03.2012).

Litteratur

- Ahrne, G. & Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber Förlag.
- Bagger-Sjöbäck, D. (2007). *Det goda åldrandet*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Begström, G. & Boreus, K. (2005). *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Bionet. (2002). *Längre liv*. [Online]
http://www.bionetonline.org/svenska/content/ll_leg2.htm (hämtat 9.12.2011).
- Birkenland, A. & Natvig, G. (2008). Gamle, hjelpetrengende og alene. *Vård i Norden*, 28 (1), 18–21.
- Dale, B., Dale, JG. & Lorensen, M. (2001). Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. *Vård i Norden*, 21 (2), 4-10.2/2001.
- Denscombe, M. (2009). *Forskningshandboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Duodecim. (2012). *Aktiiviset vanhukset välttyvät dementialta*. [Online]
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=109&p_artikkeli=uut15568 (hämtat 6.5.2012).
- Eriksson, K. (1993). *Hälsans idé*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1995). *Den mångdimensionella hälsan: verklighet och visioner*. Stockholm: Liber.
- Ernst Bravell, M. (red.) (2011). *Äldre och åldrande*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
- Fagerström, J. (2012). *Äldrecentrum i Österbotten*. [Online]
<http://www.korsholm.fi/sv/document.aspx?docID=10720> (hämtat 30.11.2011).
- Fagerström, L. (2010). Positive life orientation - an inner health resource among older people. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24; 349-356.
- Fagerström, L., Gustafson, Y., Jakobsson, G., Johansson, S. & Vartiainen, P. (2011). Sense of security among people aged 65 and 75: external and inner sources of security. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1305-1316.
- Fagerström, L., Wikblad, A. & Nilsson, J. (2009). An integrative research review of preventive home visits among older people – is an individual health resource perspective a vision or a reality? *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23; 558-568.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av vårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.

- Forssén, A. (2007). Humour, beauty, and culture as personal health resources: Experiences of elderly Swedish women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35; 228-234.
- Grimby, A. & Grimby, G. (red.). (2001) *Åldrandets villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Holmén, K., Ericsson, K., Andersson, L. & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: a population study. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1); 43-51.
- Kulla, G., Sarvimäki, A. & Fagerstöm, L. (2006). Health resources and health strategies among older Swedish-speaking Finns – a hermeneutick study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20 (1); 51-57.
- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterierna i kvalitativa studier. Ingår i : Starrin, B. & Svensson, P-G. (red). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (163-189). Lund: Studentlitteratur.
- Marzialia, E., McDonald, L. & Donahue, P.(2008). The role of coping humor in the physical and mental health of older adults. *Aging & Mental Health*, 12,(6); 713–718.
- Nori, I. (6/2011). *Österbotten i siffror - statistik- och prognostiseringsportal*. [Online] http://www.tilastokeskus.fi/hae_sv?pos=4&q=%C3%B6sterbotten%202012&submit (hämtat 7.5.2012).
- Petzäll, K. & Olsson, H.(2007). Subjective well-being in old age. *Vård i Norden*, 27(4); 9-13.
- Sarvimäki,A. & Stenbock-Hult,B.(1996a). *Vård ett uttryck för omsorg*. Falköping: Gummessons Tryckeri AB.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (1996b). *Hoito, huolenpito ja opetus*. Helsinki: WSOY.
- Sarvimäki, A. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4); 1025-1033.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Ungern: Elanders Hungary Ktf.
- Xavier, F., Ferraz, M., Marc, N., Escosteguy, N. & Moriguchi, E. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 25 (1), 31-39. [Online] <http://www.scielo.br/scielo>. (hämtat 31.03.2012).

Informationsbrev angående examensarbetet Livskvalitet bland äldre i Österbotten

Vi är två vårdstuderanden Pia Lund och Madelene Kåll vid Yrkeshögskolan Novia som skall skriva ett examensarbete som handlar om livskvalitet bland äldre i Österbotten. Som vår handledare fungerar lektor i vård Barbro Mattsson-Lidsle. Arbetet görs som ett beställningsarbete av Forsknings- och utvecklingsenheten vid Yrkeshögskolan Novia.

Syftet med studien är att ta reda på vilka faktorer det är som de äldre anser ger dem livskvalitet. Studien genomförs i form av intervjuer med äldre svensktalande personer i Österbotten. Intervjuerna genomförs av studerande Pia Lund och Madelene Kåll.

Intervjuerna kommer att bandas och skrivas ut ordagrant. Inga namn på de intervjuade kommer att nämnas vid ljudupptagningen och kommer inte heller att skrivas på de utskrivna intervjuerna. Endast vår handledare Barbro Mattsson-Lidsle och vårdstuderande Pia Lund och Madelene Kåll kommer att ha tillgång till ljudupptagningarna och de utskrivna intervjuerna. Ingen av de intervjuade kommer att kännas igen vid publiceringen. Banden kommer att förvaras inlåsta och raderas när arbetet är klart.

Deltagandet är frivilligt och Ni kan när som helst ångra Er eller avbryta utan att behöva uppge någon orsak.

Informerat samtycke

Jag har fått tillräcklig information om studien, förstått informationen och medverkar frivilligt i undersökningen.

Ort och datum: _____

Namn: _____

Namnförtydligande:

Ifall ni har något att fråga om angående studien kan Ni vända Er till Pia Lund, gsm.: 0505019164, Madelene Käll, gsm: 0403572197 eller Barbro Mattson-Lidsle tel.(0)63285338.

Temaguide

1. Vad associerar du till då du hör ordet livskvalitet?
2. Vad betyder livskvalitet för dig?
3. Kan du med egna ord beskriva hur livskvaliteten kommer till uttryck i ditt dagliga liv?
4. Om du skulle välja tre element som påverkar din livskvalitet, vilka är de?
5. Skulle du säga att din upplevelse av livskvalitet påverkar ditt välbefinnande?
6. Upplever du att din känsla av livskvalitet har ett samband med dina relationer och vilka relationer i så fall?