

Lev hela livet

Att åldras med livskvalitet

Michaela Lindholm & Jessica Roms

MASTERARBETE	
Arcada	
Utbildning:	Hälsofrämjande (HYH)
Identifikationsnummer:	8130, 8131
Författare:	Michaela Lindholm och Jessica Roms
Arbetets namn:	Lev hela livet – Att åldras med livskvalitet
Handledare (Arcada):	Annikki Aarola
Uppdragsgivare:	-
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med denna litteraturstudie var att utifrån tidigare forskning kartlägga vilka faktorer som främjade livskvaliteten hos den åldrande befolkningen. En globalt åldrande befolkning är idag ett utmanande pussel som så gott som alla nationer i världen kämpar med. Man behöver finna lösningar för att de äldre, som idag lever mycket längre än tidigare, skall kunna leva ett gott liv. Frågeställningarna i studien var: Vad behöver den åldrande människan för att uppnå livskvalitet? och Hur kan man påverka de faktorer som främjar livskvaliteten ur individ- och samhällsperspektiv? För att finna svaret till dessa gjordes en litteratursökning där 69 forskningar analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i sex huvudkategorier och tio underkategorier som beskrev vilka faktorer som påverkade livskvaliteten hos den äldre befolkningen utifrån tidigare forskning. Dessa sex huvudkategorier var: socialt kapital, personligt kapital, fysisk aktivitet/rörlighet, hälsa, utbildningsnivå och ekonomi samt samhället.</p> <p>Att acceptera åldrande, att ha en positiv livssyn, att leva hälsosamt och att upprätthålla funktionsförmågan är faktorer individen själv kan styra för att påverka sin egen livskvalitet. Samhället bör fundera över service tillgängligheten, tryggheten och säkerheten, omgivningen – såväl hur väl den är anpassad för äldre som hur estetisk den är, sociala och fysiska aktiviteter samt hur man skall öka frivillig arbetet.</p> <p>Som slutsats konstaterades att de styrdokument som finns representerade, vad gäller de äldres välbefinnande i samhället, går i linje med denna studies resultat. Lyckas man implementera detta på individ- och samhällsnivå kan man skapa en god ålderdom med upplevelsen av livskvalitet hos de äldre.</p>	
Nyckelord:	Åldrande befolkning, livskvalitet, välbefinnande, hälsa
Sidantal:	74
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	08.06.2021

MASTER'S THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Health promotion (Master)
Identification number:	8130, 8131
Author:	Michaela Lindholm and Jessica Roms
Title:	Live your life – To age with a quality of life
Supervisor (Arcada):	Annikki Aarola
Commissioned by:	-
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of this literature study was based on earlier research to chart which factors improved the quality of life of the aging population. The global aging population today is a challenging puzzle that as good as all nations are struggling with. One need to find solutions for the elderly, that now live longer than ever, to live a good life. The research questions in the study were: What do the aging population need to achieve a quality of life? and How can you influence the factors that improve the quality of life from both a individual and societal perspective? To find the answers to these questions a literary search was made, analyzing 69 researches with the help of a qualitative content analyzes. The analyze resulted in six main categories and ten sub categories that described which factors affected the quality of life of the aging population based on previous research. These six main categories were: social capital, personal capital, physical activity/mobility, health, level of education and economy and also the society.</p> <p>To accept aging, having a positive look on life, healthy living and maintaining functional ability are factors that the individual can control themselves to improve their quality of life. The society should consider availability of service, safety and security, the environment-how well is it suited for the elderly and how esthetic it is, social and physical activities and also how to increase voluntarily work.</p> <p>The stated conclusion is that the control document represented regarding the well-being of the aging population in society is the same as the result of this study. If one can succeed to implement this on individual and social level, one can create a good old age with the experience of quality of life among the elderly.</p>	
Keywords:	Aging population, quality of life, well-being, health
Number of pages:	74
Language:	Swedish
Date of acceptance:	08.06.2021

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Terveyden edistäminen (YAMK)
Tunnistenumero:	8130, 8131
Tekijä:	Michaela Lindholm ja Jessica Roms
Työn nimi:	Elää elämäsi – Ikääntyminen elämänlaadulla
Työn ohjaaja (Arcada):	Annikki Aarola
Toimeksiantaja:	-
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli aikaisemman tutkimuksen perusteella kartoittaa mitkä tekijät edistävät elämänlaatua ikääntyneellä väestöllä. Maailmanlaajuisesti väestön ikääntyminen on tänä päivänä haastava palapeli, jonka kanssa useimmat maailman kansakunnat kamppailevat. On keksittävä ratkaisuja, jotta ihmiset, jotka tänään elävät yhä kauemmin myös elävät hyvän elämän. Tutkimuskysymykset olivat: Mitä ikääntyvä ihminen tarvitsee elämänlaadun saavuttamiseksi? ja Miten voimme vaikuttaa niihin tekijöihin jotka edistävät elämänlaatua yksilön ja yhteiskunnan näkökulmasta? Löytääkseen vastauksen näihin tehtiin kirjallisuushaku ja lopulta analysoitiin 69 tutkimusta laadullisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Analyysin tulos oli kuusi pääluokkaa ja kymmenen alaluokkaa, jotka kuvailevat ikääntyvän väestön elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä aikaisemman tutkimuksen perusteella. Nämä kuusi pääluokkaa olivat: sosiaalinen pääoma, henkilökohtainen pääoma, fyysinen aktiivisuus/liikkuvuus, terveys, koulutustaso ja talous sekä yhteiskunta.</p> <p>Ikääntymisen hyväksyminen, positiivinen elämäntapa, terveellinen elämäntapa ja toimintakyvyn ylläpitäminen ovat tekijöitä, joita yksilö itse voi määrätä vaikuttaakseen omaan elämänlaatuunsa. Yhteiskunnan tulisi miettiä palvelun saatavuutta, turvallisuutta ja varmuutta ja ympäristöä- sekä sitä, kuinka hyvin se on sopeutunut iäkkäille, että sen esteettisyys, sosiaalista ja fyysistä toimintaa ja kuinka lisätä vapaaehtoistyötä.</p> <p>Johtopäätöksenä todettiin, että ne hallitsevat asiakirjat, jotka ovat edustettuina, koskien ikääntyneiden hyvinvointia yhteiskunnassa, menee tämän tutkimuksen tuloksen mukaisesti. Jos onnistut toteuttamaan tämän, sekä yksilö- että yhteiskuntatasolla, voit luoda hyvän vanhuuden kokemuksella hyvästä elämänlaadusta iäkkäillä.</p>	
Avainsanat:	Ikääntyvä väestö, elämänlaatu, hyvinvointi, terveys
Sivumäärä:	74
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	08.06.2021

INNEHÅLL

1	INLEDNING	9
2	BAKGRUND OCH TIDIGARE FORSKNING	10
2.1	Vem är den äldre befolkningen?	11
2.2	Den åldrande människan	11
2.2.1	<i>Biologiskt åldrande</i>	12
2.2.2	<i>Psykologiskt åldrande</i>	13
2.2.3	<i>Socialt åldrande</i>	16
2.2.4	<i>Hälsa, välbefinnande och åldrande</i>	17
2.3	Ett åldersvänligt Finland	18
2.4	WHO:s globala strategi och handlingsplan för hälsosamt åldrande	20
2.5	Sammanfattning av den tidigare forskningen.....	22
3	TEORETISK REFERENSRAM	23
3.1	Det goda åldrandet.....	23
3.2	Livskvalitet	24
3.2.1	<i>Synsätt om Livskvalitet</i>	26
3.2.2	<i>Felce och Perrys teori om livskvalitet</i>	27
3.2.3	<i>Livskvalitetsmätare</i>	31
4	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	32
5	METOD	32
5.1	Datainsamling.....	32
5.2	Urval och kvalitetsgranskning.....	34
5.3	Dataanalys.....	35
5.4	Etiska överväganden	37
6	RESULTAT	37
6.1	Socialt kapital	38
6.1.1	<i>Familjen</i>	38
6.1.2	<i>Kontakter och stöd</i>	38
6.1.3	<i>Sociala aktiviteter</i>	39
6.2	Personligt kapital	40
6.2.1	<i>Personliga värderingar</i>	40
6.2.2	<i>Utveckling</i>	41
6.3	Fysisk aktivitet/rörlighet	41
6.4	Utbildningsnivå och ekonomi.....	42
6.5	Hälsa	43

6.5.1	<i>Livsstil</i>	43
6.5.2	<i>Objektiv hälsa</i>	44
6.6	Samhället.....	44
6.6.1	<i>Hälsofrämjande arbete</i>	44
6.6.2	<i>Omgivningen</i>	45
6.6.3	<i>Samhällsekonomi</i>	45
6.7	Sammanfattning	46
7	DISKUSSION	47
7.1	Resultat diskussion.....	47
7.1.1	<i>Individens egen påverkan på livskvaliteten</i>	47
7.1.2	<i>Samhällets påverkan på livskvaliteten</i>	49
7.2	Metod diskussion.....	50
8	SLUTSATSER	53
	Källor	54

Figurer

Figur 1. Utvecklingsstegen, fritt efter Erik H. Erikssons utvecklingsteori. (Tornstam 2011).....	15
Figur 2. De olika domänerna för livskvalitet enligt Felce och Perry, 1997 - fritt översatt.	30
Figur 3. Litteratursökningen.	33
Figur 4. Urvalsprocess.	35
Figur 5. Exempel på hur analysen från meningsenheter till huvudkategorier gått till. ..	36
Figur 6. Livskvalitet enligt tidigare forskning.....	46

FÖRORD

Detta arbete har både givit och tagit och det är nu med både vemod och lättnad vi slutför denna process och svänger blad i våra liv. Denna process har givit en enorm kunskap inom området Livskvalitet och det är med en gnutta hopp vi kan se fram emot en aktiv, social och rik ålderdom. Rik på både kunskap, sociala kontakter och framför allt rik på fysisk aktivitet. Vårt huvudintresse var egentligen hälsoekonomi i förhållande till en åldrande befolkning, men under arbetets gång har fokuset flyttat till hur man kan åldras med Livskvalitet. Under denna tid har vi både skrattat, gråtit, tränat, joggat, skålat och även öppnat ett företag. Detta företag heter JesMic Hemtjänst Ab och erbjuder Livskvalitet för den äldre befolkningen. Vår målsättning är att de äldre på ett tryggt sätt kan fortsätta bo i sina egna hem. Härmed kan vi glatt konstatera att just idag känner vi att vi är experter på vad som ger Livskvalitet på äldre dagar!

I ett förord brukar man även tacka de personer som fungerat som stöd, bollplank och lyssnare. Härmed vill vi först och främst rikta ett stort tack till varandra, det är en enorm rikedom att vara två då man genomför en sådan här studie. Då man kört fast finns det alltid någon som är insatt i ämnet och tillsammans lyckas man föra processen vidare. Vi passar även på att rikta ett tack till vår handledare Annikki och granskare Ira som har hjälpt oss genom processen, även då tidsramen blev knapp. Tacka kan vi även våra familjer, som tålmodigt med inte smärtfritt stått ut under denna tid och ett stort tack även till alla våra vänner som har lyssnat och tillsammans med oss reflekterat över detta viktiga ämne, Livskvalitet!

1 INLEDNING

Att åldras hälsosamt och med värdighet utan att ändå vara en för stor belastning för samhället är en ekvation som kan vara svår att få att gå ihop. Detta är en ännu större utmaning med tanke på att de äldre i samhället blir allt fler hela tiden. Medellivslängden ökar och servicebehovet blir således större när man lever längre. De finländare som idag är 65 år har framför sig ännu i medeltal 20 levnadsår. I Finland har 90-åringar och äldre tiodubbats sedan 1970-talet då det fanns cirka 5000 90-åringar och äldre, år 2018 var antalet 52 000 90-åringar och äldre. (Jylhä et al. 2019) Den äldre befolkningen ökar även ur ett globalt perspektiv. WHO rapporterade 2018 att det fanns 900 miljoner människor på jorden som var 60 år och äldre och den siffran kommer att stiga till cirka 2 miljarder år 2050. (Bao et al. 2018)

Den förväntade livslängden bland kvinnor 2080 förutspås vara 91,1 år och bland män 87 år (Pensionsskyddscentralen 2020). 2018 var den förväntade livslängden i Finland 84,3 år för kvinnor och 78,9 år för män (Statistikcentralen 2019/2). Prognosen för år 2030 visar att minst var fjärde invånare i Finland i de flesta kommunerna kommer att vara 75 år eller äldre. I och med att den äldre befolkningen ökar minskar också samtidigt den arbetsföra befolkningens andel. Prognoser visar att den demografiska försörjningskvoten kommer att försvagas, det vill säga hur många personer under 15 år och över 65 år det finns per 100 personer i arbetsför ålder. Kvoten var 2018 60,8 och förutspås stiga över 80 till år 2070. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30 s. 3; Statistik- och indikatorbanken Sotkanet.fi © Institutet för hälsa och välfärd 2005–2020) Vi kommer alltså att ha mycket mer äldre i samhället än tidigare och fler äldre som bor hemma som behöver mer hjälp än tidigare, då vi tillika kommer att ha en mindre del av befolkningen som är arbetsföra och ska utföra dessa arbeten som hela tiden ökar.

Även Finlands social- och hälsovårdsutgifters utveckling är ohållbar. Mellan åren 2004–2014 ökade kostnaderna inom social-, hälso- och sjukvården från 16 miljarder euro till cirka 28 miljarder euro. Socialvården stod för cirka 40 % av kostnaderna och 60 % var hälso- och sjukvårdstjänster. Fortsätter kostnaderna att öka i samma takt är kostnaderna fördubblade år 2030. Den äldre befolkningens andel av dessa kostnader är ju bara en del,

men med kostnader som stiger i denna grad blir de hälsoekonomiska aspekterna aktuella – vad är det värt att satsa på, när resurserna inte räcker till allt. (Groop 2016)

Det finns otaliga mängder litteratur, livsstilsböcker och rekommendationer på hur man skall leva ett hälsosamt liv och ett hållbart leverne för ett långt friskt liv. Hur skall befolkningen leva enligt rekommendationerna och inte bli en belastning då man når ålderdomen. Till åldrandet hör ju även sjukdomar och ju längre vi lever desto sjukare lever vi. De som lever längre är sjukare i slutskedet i livet än de som lever kortare. Det att vi idag lever längre och att åldersgruppen ”allra äldsta” blir större kräver utveckling av nya metoder och nya former av samarbete av sjukhus och den medicinska vården, av primärvården, hemvården, rehabiliteringssystem och av dygnet runt vården i samhället. Det kommer också att krävas nya resurser till detta. (Jylhä et al. 2019) Jylhä et al. (2019) säger att det är mänskligt och etiskt att tänka på att de sista åren av livet är lika viktiga som de första.

Det är en stor utmaning vi står inför och denna problematik ligger som grund till denna studie. Vi kommer att studera det som ger den äldre befolkningen livskvalitet, vad det kan innebära samt hur man skulle kunna främja de friska levnadsåren, inom ramen för de förutsättningar som individen har och som finns i samhället idag.

2 BAKGRUND OCH TIDIGARE FORSKNING

Litteratur inom ämnet ”*de äldre*” visar att ämnet är högaktuellt och det finns mycket forskat inom området. Publikationer som WHO:s globala strategi och handlingsplan för hälsosamt åldrande (2017) och Social och Hälsovårdsministeriets publikation ”*Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen 2020–2023 Målet är ett åldersvänligt Finland*” påvisar att ämnet är aktuellt såväl nationellt som på ett globalt plan och att det är viktigt för hela världen att fundera på de äldre och de blivande äldre i samhället. Den äldre befolkningens stigande antal är i dag ett globalt problem. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30 s. 11)

2.1 Vem är den äldre befolkningen?

Åldrandet kan anses börja efter 30–35 års ålder då kroppens funktioner är största möjliga och börjar därefter gradvis avta (Rundgren & Dehlin 2016 s. 14). I västvärlden använder man den kronologiska åldern 60–65 år för att definiera den äldre befolkningen. Enligt en europeisk studie framkom det att finländarna ansåg personer som fyllt 61 år som gamla. (Forsman & Nordmyr 2020) Man kan även dela in åldrandet i flera olika faser så som *yngre äldre* vilket är personer i åldern 65–85 år, personer över 85 år är de *äldre äldre* och personer över 90 år är de *allra äldsta* (Nilsson 2004 s. 30). Lagen i Finland säger dock att de som hör till den äldre befolkningen är de personer som har rätt till ålderspension. (Lag om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre 980/2012 1§).

2.2 Den åldrande människan

Att åldras kan delas in i biologisk ålder, psykologisk ålder och social ålder. Där den biologiska åldern är en värdering av kroppens fysiska funktion, den psykologiska åldern är hur man anpassar sig i det nya sociala mönstret man lever i och den sociala åldern är åldersrelaterat beteende. (Forsman & Nordmyr 2020 s. 19) Att åldras betyder för människan förändringar som ofta kan bestå av förluster. Det finns de som upplever åldrandet som något positivt och sedan de som upplever det som negativt. I ett positivt åldrande belyser man erfarenhet, visdom och frihet, när ett negativt åldrande kännetecknas av sjukdom, förändrat utseende, ensamhet och nedsatt funktionsförmåga. (Rundgren & Dehlin 2016 s. 34)

Människans ålder har sedan tidigare delats in i perioder så som uppväxtår, vuxen år och ålderdom. Eftersom den åldrande människan i nutid är alltmer frisk mellan 65–75 år började man på 1990-talet dela in ålderdomen i den tredje och fjärde åldern. Den tredje åldern representerar tiden i livet efter pensioneringen, en aktiv tid då det finns tid för självförverkligande och ett rikt fritidsliv. Den fjärde åldern representerar tiden efter cirka 75 års ålder, då ökar risken att drabbas av sjukdom och funktionsnedsättning eller också är det nära anhöriga som drabbas av sjukdom eller avlider. Det är en tid då livet närmar sig sitt slut. Denna tid representerar ofta stora förändringar då människans funktionsförmåga

förändras i snabb takt och man skall klara av både stresshantering och livsstilsförändringar. Man klarar kanske inte av att bo kvar där man alltid bott utan behöver hjälp av en annan person för att klara av en normal livsföring. Denna tid i livet är inte enbart negativ utan kan även vara en tid då man upplever meningsfullhet och livslust. (Rennemark & Bratt 2020 s. 13-14)

2.2.1 Biologiskt åldrande

Biologiskt åldrande kan delas in i primärt och sekundärt åldrande. Det primära åldrande är den biologiska naturliga process som sker hos alla individer och kan inte påverkas av andra tillstånd eller omständigheter utifrån. Det sekundära åldrandet är där sjukdom blandas med åldrande och det sker i kombination med miljö och livsstil. Faktorer som kan påverka detta är t.ex. rökning, alkoholkonsumtion, arbetsförhållanden och miljöfaktorer. Det har även visat sig att slumpen har en inverkan på om man insjuknar i en allvarlig sjukdom eller inte. (Kristensson & Jakobsson 2010 s. 19-20; Ernsth Bravell 2017 s. 93-94)

Det fysiska som sker då människan åldras är bland annat att människan blir kortare eftersom kotorna pressas samman. Kroppsvikten minskar på grund av minskad muskelmassa och blodcirkulationen minskar. Cirkulationen i hjärtat blir sämre vilket kan leda till blodtrycksfall då man reser sig från liggande till stående. Muskelmassan minskar och man orkar inte lika mycket som tidigare, detta kan man dock motarbeta med att röra på sig regelbundet. Immunsystemet försvagas och hjärnan åldras och minskar i vikt med 20–30 %. Detta betyder att det inte längre bildas lika mycket nya kopplingar i hjärnan, vilket leder till att det tar längre tid att lära sig nya saker samt är det lättare att komma ihåg gammal kunskap än ny. När man åldras blir man känsligare för läkemedel eftersom matsmältningen förändras och rörelsen i tarmarna blir långsammare vilket kan leda till trög mage och förstoppning. Urininkontinens är även vanligt då man åldras eftersom muskulaturen i urinblåsan försvagas. Även människans känselsinnen försvagas så som lukt, smak, syn, hörsel, känsel och balanssinnet. Gällande utseendet sker det även förändringar, när man åldras får man rynkor, insjukna ögon och grått hår. (Kristensson & Jakobsson 2010 s. 21-22; Lindqvist 2016 s. 11-20; Ernsth Bravell 2017 s. 108-115)

Sexualiteten är en stor del av människans liv då det är ett av människans grundbehov. Sexualiteten är inte enbart kroppslig och en fysisk prestation utan den är även en del av människans identitet och känsloliv. Då man åldras kan det uppstå problem på den sexuella fronten. Problemen kan vara fysiska besvär, till exempel torra slemhinnor för kvinnor och erektionsproblem för män. Det kan även vara att man har svårt att röra på sig på det sätt som man vill, urinläckage gör att man känner sig obekvämt och det känns inte bekvämt att vara nära någon eller har man drabbats av en sjukdom som gör att man inte orkar, vill, eller kan utföra samlag. Utöver fysiska besvär kan det vara stora förändringar på det sociala området som orsakar problem, så som att man har blivit ensam och lever som änka/änkling. En ofrivillig "skilsmässa" kan också bli ett problem, då ena partnern har flyttat in på ett servicehus/servicehem för äldre, vilket kan leda till att man inte kan känna sig trygg med att vara nära sin partner ifall personalen kommer in i rummet utan att knacka på dörren. Sexualitet bland äldre har varit tabubelagt och det är inte länge sedan man började forska inom området. Förutfattade meningarna om att äldre människors lust och förmåga till samlag försvinner med åldern har dock kunnat motbevisas och många äldre har ett aktivt sexliv långt upp i åren. (Boström & Ernst Bravell 2017 s. 187-188, 195-196; Lindqvist 2016 s. 24-25)

2.2.2 Psykologiskt åldrande

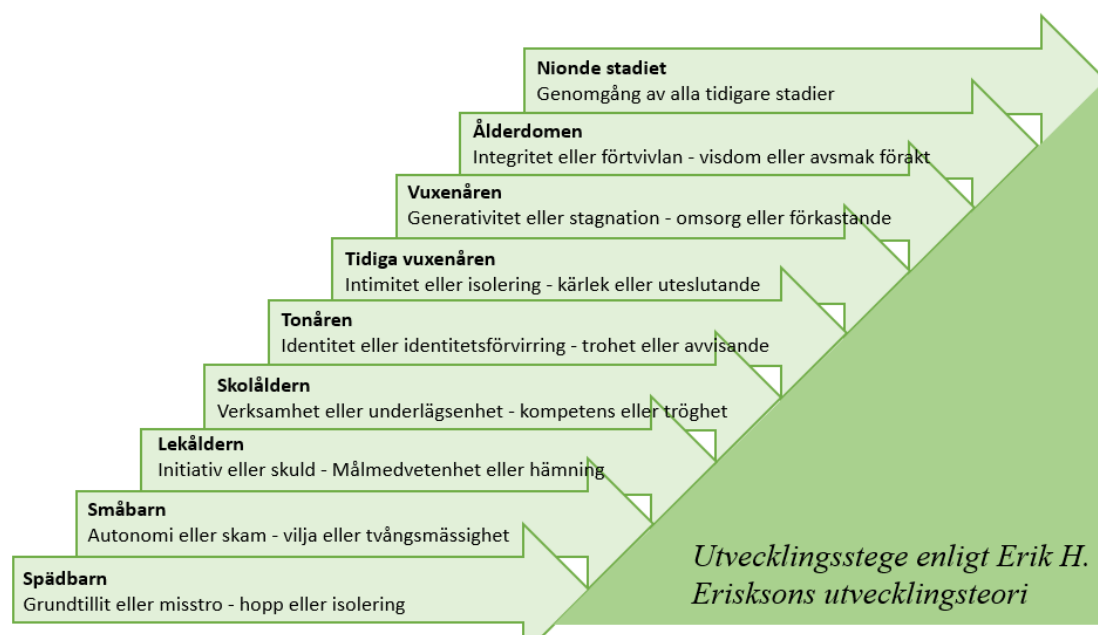
Det psykologiska åldrande betyder att den intellektuella förmågan, minnet, kognitionen och personligheten förändras i takt med att man åldras. (Kristensson & Jakobsson 2010 s. 22) Gällande minnet har äldre svårare att lära sig nya saker. Det har visat sig att personer som har en högre utbildningsnivå har lärt sig organiserade minnestekniker vilket gör det lättare att hålla information i minnet. Det är dock inte för sent att lära sig nya saker då man åldras. Äldre människor har mera tid att repetera nya saker och de kan förknippa ny kunskap med gamla erfarenheter och på så vis lära sig nya saker. Gällande minnesproblematik är den största riskfaktorn hög ålder. (Dahl 2017 s. 142-145)

Intelligens kan delas in i kristalliserad intelligens och fluid intelligens eller flytande intelligens som det heter på svenska. Kristalliserad intelligens är då man använder tidigare kunskap och erfarenheter för att lösa problem och flytande intelligens är då man löser nya problem utan tidigare kunskap. Den kristalliserade intelligensen ökar ända upp till 60 års

ålder och efter det kan man ännu se en ökning men inte lika stark som tidigare i livet. Den flytande intelligensen börjar redan avta så tidigt som i medelåldern. Till den kristalliserade intelligensen hör till exempel verbala förmågor och det har man kunnat se att minskar först i riktigt hög ålder. (Dahl 2017 s. 151-153; Kristensson & Jakobsson 2010 s. 22-23)

Människans personlighet utvecklas genom hela livet och det är personligheten som gör oss till unika individer. Det är vår personlighet som berättar hur vi är på det ena eller på det andra sättet. Huvudpunkterna i personligheten är hur vi tänker, känner och agerar i olika situationer. Enligt Dahl 2017 verkar det som att det inte sker några stora förändringar på personligheten efter 65 års ålder även om den är föränderlig även i hög ålder. När man blir äldre blir man emotionellt lugnare, mer stabil, mer ansvarsfull och omsorgsfull och mer noggrann och dessutom blir man mera socialt smidigare ju äldre man blir. På grund av försämrat hälsotillstånd och nedsatt funktionsförmåga kan man ändå se att äldre människor är mindre öppna för nya erfarenheter så som resor och att träffa nya människor. (Dahl 2017 s. 158)

Erik H. Erikssons utvecklingsteori har fokus på människans psykiska åldrande. Hans teori omfattar hela människans utvecklingsprocess och startar från det att man föds. Erik H. Eriksson själv utvecklade åtta olika utvecklingsfaser gällande människans psykiska åldrande. Efter hans död utvecklade hans fru, Joan Eriksson, den nionde fasen som handlar om personer som har uppnått en mycket hög ålder. Grundtanken i hans teori var att individen utvecklas genom de olika psykosociala kriser man genomgår i livet och man går antingen ur kriserna i en positiv eller en negativ riktning beroende på hur man löser kriserna. I *figur 1* ses de olika stadierna från spädbarn till det nionde stadiet. Där illustreras även de olika motpolerna gentemot den positiva eller den negativa utgången som krisen får. (Malmberg & Ågren 2017 s. 168-169; Hagberg & Rennemark 2004 s. 10; Tornstam 2011 s. 222-224)



Figur 1. Utvecklingsstegen, fritt efter Erik H. Erikssons utvecklingsteori. (Tornstam 2011)

Eftersom detta arbete tangerar åldrande och ålderdomen kommer vi enbart att beskriva den åttonde och den nionde fasen i utvecklingsteorin. Lars Tornstam som har vidare utvecklat Erik H. Eriksons teori om ålderdomen till gerotranscendens beskriver det åttonde och det nionde stadiet enligt följande. I det åttonde stadiet, det vill säga i ålderdomen, går människan igenom det liv som man har levt. Om man inte upplever det som meningsfullt och givande känner man en förtvivlan och en fruktan inför döden. Om man känner sitt liv som meningsfullt och givande har krisen utvecklats positivt och man upplever visdom. Om man känner förtvivlan över sitt liv och fruktan inför döden har krisen utvecklats negativt och man känner avsmak och förakt. (Tornstam 2011 s. 224) Den nionde fasen, som Erik H. Eriksons fru Joan Erikson utvecklade, når man i mycket hög ålder och där går den äldre igenom livets alla faser. Man analyserar alla kriser från de tidigare stadierna och ifrågasätter vinsterna/förlusterna i dem. Som äldre räcker det inte med att ha det tryggt och säkert i nuet, utan alla krisers resultat från de tidigare utvecklingsstadierna påverkar människan i nuläget. Negativa resultat påverkar den äldre negativ, som till exempel ensamhet i ålderdomen kan vara en känsla som funnits i ett tidigare stadie i livet och påverkar den äldre idag trots ett rikt socialt nätverk. (Malmberg & Ågren 2017 s. 169; Tornstam 2011 s. 225)

2.2.3 Socialt åldrande

Då man slår upp ordet socialgerontologi i Nationalencyklopedin står ”socialgerontologi för ett område inom gerontologin som undersöker samspelet mellan individ och social miljö under åldrandet, till exempel reaktioner på de sociala förändringar som har att göra med pensionering eller en nära anhörigs död och det sociala nätverket för välbefinnande och livstillfredsställelse. (Nationalencyklopedin) Inom den gerontologiska forskningen har man bedrivit mycket forskning och data har samlats in men man har sällan fördjupat det i teorier. Därför har forskning inom gerontologi emellanåt beskrivits som ”rik på data men fattig på teori” eller som ”öar utan några broar emellan”. (Malmberg & Ågren 2013 s. 163) Enligt Andersson (2013) är teorier inom området socialgerontologi viktiga då man utvecklar åtgärdsprogram och kliniska interventioner. Om man inte grundar forskning på en väl grundad teori misslyckas sannolikt projektet, policyn och åtgärdsprogrammet. (Andersson 2013 s. 21)

Det sociala åldrandet innebär den äldres situation från flera olika perspektiv. Dessa perspektiv är den äldres situation och problem som skildrar den äldres ensamhet, relationer, sociala status, om man är gift, änka/änkeman eller om man är pensionerad. Det sociala åldrandet ses ur individnivå, gruppnivå och samhällsnivå samt omfattar både psykologiska och sociologiska perspektiv. (Kristensson & Jakobsson 2010 s. 23-24) Då man åldras socialt kan både barn och barnbarn bli mycket viktiga för en, då det finns mera tid efter pensioneringen, det vill säga om barn och barnbarn har tid för en. Då man åldras ändras även rollerna som att man blir pensionerad, man kan göra vad man vill och för många är det här en tid för personlig utveckling. För de som har väntat på sin pensionstid kan det här vara en god tid, men för de som har identifierat sig starkt med sin yrkesroll kan det kännas som en stor förlust. Denna del av åldrandet är även en tid då det sker stora förändringar man missar arbetskamrater, vänner, grannar eller kanske ens partner. (Lindqvist 2016 s. 27-28)

2.2.4 Hälsa, välbefinnande och åldrande

Världshälsoorganisationen (WHO) har år 1946 utkommit med en definition på hälsa som *”state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (Fallon & Karlawish 2019). Vilket betyder att hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning. Enligt Rowe och Kahn är deras definition på ett hälsosamt åldrande frihet från sjukdom och sjukdomsrelaterat funktionshinder, bibehållande av fysisk och kognitiv funktionsförmåga och bibehållande av aktivt engagemang (Ehrnst Bravell 2017 s. 160). En god hälsa under ålderdomen bygger på fyra grundpelare. Dessa fyra grundpelare är social gemenskap och socialt stöd, meningsfullhet och delaktighet – att få känna sig behövd, fysisk aktivitet och goda matvanor. Då man diskuterar hälsa bland äldre har det bland annat gjorts en kunskapsöversikt i Sverige under 2000-talet som heter *”Liv till åren”*. Den kunskapsöversikten tar upp att för att främja hälsa bland äldre behövs insatser som främjar fysisk, psykisk och kulturell aktivitet samt bra matvanor och sociala nätverk. Det är även viktigt att de äldre har meningsfulla sysselsättningar som är anpassade enligt deras funktionsförmåga. Det har också visat sig att dagliga sociala och fysiska aktiviteter minskar dödligheten bland äldre personer och dessa aktiviteter bör även kännas meningsfulla för den äldre. (Ernst Bravell 2017 s. 160-162)

Den fysiska aktiviteten är mycket betydelsefull för ett hälsosamt åldrande. Den har en direkt påverkan på muskelstyrkan och muskelvolymen, kolesterolet, hjärtfunktionen, bättre reglering av blodsockernivåerna, förbättrad kondition och balans och rörelseförmåga. Alla dessa förbättrade fysiska faktorer påverkar direkt på hur säker människan känner sig i utförande av dagliga aktiviteter och bidrar till känslan av kontroll. Fysiska aktiviteter påverkar direkt på den psykiska hälsan och välbefinnandet. Det har visat sig att personer med en aktiv livsstil har en högre livskvalitet, mindre depression och har en mindre risk för kognitiv funktionsnedsättning. (Ernst Bravell & Edberg 2017 s. 163-164; Fristedt 2017 s. 131; Lundin-Olsson & Rosendahl 2012 s. 194-196)

Det har även visat sig att delaktighet i aktiviteter är en av de viktigaste faktorerna för att åldras med hälsa (Fristedt 2017 s. 129). Hälsan kan bevaras om människan fortsätter vara aktiv i olika arenor. En av de viktigaste delarna är ändå att människan är delaktig i de

aktiviteter som upplevs meningsfulla för människan och då aktiviteterna känns meningsfulla stöder det till ett självständigt liv. En del av hälsan är även att den åldrande människan accepterar åldersförändringen och kan anpassa sig till den nya situationen. Engagemang är även en nyckelfaktor då man diskuterar hälsa. Det har visat sig att personer som deltar aktivt i fritidsaktiviteter eller till exempel håller på med trädgårdsarbetet lever längre än de personer som inte är lika engagerade i aktiviteter. Det kan tolkas som att aktiviteter är hälsofrämjande då personen upplever dem som meningsfulla. (Fristedt 2017 s. 127-129; Ernst Bravell & Edberg 2017 s. 165)

2.3 Ett åldersvänligt Finland

Social- och hälsovårdsministeriet i Finland har 2020 publicerat en kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen 2020–2023. Målsättningen med rekommendationen är ett åldersvänligt Finland där man vill öka antalet friska levnadsår hos den äldre befolkningen som idag lever längre än någonsin tidigare. Rekommendationen är ämnad för ledare och beslutsfattare i kommuner och samarbetsområden, för planering och utvärdering av den verksamhet och det stöd de genomför. Den är även ämnad för andra aktörer inom social- och hälsovården och för klienter och dess anhöriga. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30 s. 12-13)

De centrala utvecklingsområdena i rekommendationen är: ”*främjande av de äldres funktionsförmåga, ökning av frivilligarbetet, utnyttjande av digitalisering och teknik, utveckling av boende och boendemiljöer samt produktion och ordnande av tjänster samt utveckla samordnade jämlika och ekonomiska tjänster*”. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30 s. 12-13)

Främjande av de äldres funktionsförmåga - för att de äldre skall kunna bevara sin funktionsförmåga skall samhället upprätthålla arenor där de äldre kan träffas för att upprätthålla sina sociala kontakter, de skall kunna på rättvisa grunder delta i samhällets aktiviteter och sköta sina ärenden. För att upprätthålla funktionsförmågan är planeringen av tjänster och samhällets utbud av stor vikt, det är även viktigt att fundera på planeringen av service gällande rörlighet och promenadmiljöer. Dessa tjänster skapas i samarbete mellan olika aktörer så som kommuner, organisationer, församlingar, företag, paneler för äldre, medborgare, klienter och närstående vårdare. Även influensavaccinationen hos 65 år och

äldre ingår som en förebyggande insats i programmet. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30 s. 21-22, 24)

Frivilligarbete - denna punkt talar om frivilligarbete både på individnivå och på organisationsnivå. Då man når pensionsåldern kan man ha till och med 40 år kvar att leva. Frivilligarbete fyller givande roller och ger en mening i livet och den frivilligas hälsa stärks. Frivilligarbetet styrs i huvudsak från församlingar och från organisationer och det kan vara aktiviteter i form av ledd motionsverksamhet, hobbyverksamhet, friluftsverksamhet eller hjälp med digitala verktyg. Frivilligarbete kan även vara i form av att hjälpa äldre att röra sig utomhus och vara en del av ett nätverk för de som annars skulle vara isolerade och utslagna. Frivilligarbetare kan även vara med och informera om vilka tjänster det finns i samhället. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30 s. 27-28)

Digitalisering och teknik - det förutsätts att alla skall ha kunskap i att använda digitala verktyg och därför skall man ha tillgång till digitalt stöd. Tekniken stöder möjligheten att bo hemma så som intelligenta kylskåp, vårdpersonalen har videosamtal med klienterna och personal från hemvården kan arrangera fjärrstyrda gruppmåltider med seniorer. Tekniken stöder även hemmaboendet i form av teknik som stöder rörelse, möjliggör lokalisering och uppföljning. Det är viktigt att poängtera betydelsen av att personalens kunskande inom teknik måste stärkas så att man kan utnyttja alla fördelar som tekniken för med sig, samt känna till de begränsningar som t.ex. en minnessjukdom för med sig. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30 s. 32-33)

Boende och boendemiljöer - boendeyråden skall planeras så att det är till fördel för de äldre. Gång- och cykelleder samt platser att pausa på skall planeras in så att det stöder rörligheten. Även bostäderna skall planeras så att de passar den äldre befolkningen. Samarbetet mellan kommunernas social- och hälsovårdssektor, bostadssektor, tekniska sektorn samt företag och organisationer skall stärkas. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30 s. 37-38, 41)

Jämlika och ekonomiska tjänster - kommunerna ansvarar för ordnandet av tjänster. Tjänsterna skall styras av ett klientorienterat tänkande vilket även innefattar att beakta de äldre klienters anhöriga och närstående. Närståendevårdare behöver stöd och upplysning gällande sitt arbete och även vilka tjänster som erbjuds. Klienten skall bemötas med respekt, ses som en jämbördig aktör och klientens självbestämmanderätt skall tas i beaktande.

Klienten har rätt till en målmedveten vård- och serviceplan som även innefattar munvård och tjänsterna ges enligt god vård och verksamhetspraxis. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30 s. 43, 45-46)

I THL:s rapport som de gett ut 2018 (Rissanen et al., se Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30 s. 20) där de utvärderat social- och hälsovårdstjänsterna i Finland konstaterade man att vi står inför stora utmaningar då det gäller den äldre befolkningens ökande antal i framtiden i Finland. Utvecklingen av social- och hälsovårdstjänsterna är olika i olika regioner. Identifieringen i tillräckligt tidigt skede och tjänsternas tillgänglighet, speciellt brist på läkare i primärvården hör till de större utmaningarna. Kommunerna har kapacitet att bedöma en äldre persons servicebehov i brådskande situationer men rapporten visar att många kommuner har skärpt kriterierna för beviljande av dessa tjänster och det finns således ett otillfredsställt servicebehov hos den äldre befolkningen idag. Anmälningar och kontakt om missnöje och missförhållanden då det gäller servicetjänster för äldre har också ökat. (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30 s. 20)

Enligt forskningsrapporten ”*Suomalaisten hyvinvointi 2014*” som THL gav ut hade majoriteten av 80 år fyllda finländare bra levnadsförhållanden och en god livskvalitet. Fysisk och mental funktion, tillfredställande relationer, en tillräcklig försörjning, lämpligt boende och tillgång till tjänster visade sig vara viktiga för livskvaliteten för människor över 80 år. Däremot försämrades livskvaliteten för äldre på grund av funktionshinder, ensamhet och depression, försörjningsproblem och bostadsbrist och lokala tjänster som var för långt borta. Undersökningen visade att de äldre fick hjälp av anhöriga för att klara sig i hemmet då enbart en femtedel hade kommunens hemvård eller hemservice. En femtedel fick hjälp av make/maka men huvudsakligen kom hjälpen från egna barn eller från makens/makans barn. En femtedel av de som deltog i undersökningen upplevde att de inte fick tillräckligt med hjälp för att klara sig och en femtedel upplevde att de hade problem gällande livsvillkor och livskvalitetsproblem. (Vaarama 2014 et al. s. 40-42)

2.4 WHO:s globala strategi och handlingsplan för hälsosamt åldrande

WHO:s globala strategi och handlingsplan 2016–2020 utgår från en värld där alla kan leva ett långt och ett hälsosamt liv. Termen ”Hälsosamt åldrande” betecknas som

processen för att utveckla och upprätthålla den funktionella förmågan som möjliggör välbefinnande i äldre ålder. Funktionell förmåga bestäms av personens inneboende kapacitet som är en kombination av individens fysiska och mentala förmåga, betydelsefulla miljöfaktorer och samspelet mellan dessa två. De flesta människor kommer att kunna se fram emot att fylla 60 år och år 2050 kommer en av fem att vara 60 år eller äldre. Denna strategi och handlingsplan ligger som grund för att säkerställa ett decennium av ett hälsosamt åldrande 2020–2030. Ett längre liv ger större möjligheter och för att individer och samhället skall kunna dra nytta av dessa extra år ligger grunden i nyckelfaktorn hälsa. Denna strategi kommer att uppnås genom fokus på fem strategiska mål. Dessa mål är: *förbinda sig till handling, anpassa hälsosystemen enligt behoven hos den äldre befolkningen, utveckla äldre vänliga miljöer, stärka boendemöjligheter och förbättra forskning och mätbarheten*. Dessa mål implementeras genom följande principer: mänskliga rättigheter, jämlikhet och icke-diskriminering på grund av ålder, jämställdhet mellan könen och solidaritet mellan generationerna. (WHO 2017)

Förbinda sig till handling - kräver ledarskap och engagemang för att främja ett hälsosamt åldrande. Att försäkra att de politiska och operativa plattformarna finns krävs samarbete mellan regering och andra aktörer, inklusive tjänsteleverantörer, designers och akademiker. *Anpassa hälsosystemen enligt behoven hos den äldre befolkningen* - då människor åldras tenderar deras behov av hälsa bli mer komplex. Hälso- och sjukvårdssystemen behöver ses över inom äldreomsorgen både gällande hur vården organiseras, finansieras och levereras. *Utveckla äldre vänliga miljöer* - äldre vänliga miljöer främjar hälsa, ger stöd för människor med funktionsnedsättning, är fri från fattigdom, en plats där man kan fortsätta personlig utveckling, en plats där man kan åldras säkert och är trygg och där de äldre kan bidra till samhället och samtidigt behålla sin autonomi och hälsa. Att skapa åldersvänliga miljöer kräver samarbete och samordning mellan flera sektorer och att även inkludera de äldre. *Stärka boendemöjligheter* - över hela världen är antalet äldre som behöver vård och stöd ökande. Varje land behöver ha ett integrerat system för boendemöjligheter och systemet ska hjälpa äldre att upprätthålla bästa möjliga nivå av funktionell förmåga. Systemet skall även låta de äldre leva med värdighet och njuta av deras grundläggande mänskliga rättigheter och grundläggande friheter. *Förbättra forskning och mätbarhet* - de mätare och metoder som nu används inom fältet åldrande är bristfälliga vilket förhindrar en fullständig förståelse för upplevelsen av hälsoproblem bland äldre och

nyttan av insatser för att använda dem. Fokuserad forskning och förbättrad mätning är viktigt för att bättre förstå och agera på ett hälsosamt åldrande. (WHO 2017)

2.5 Sammanfattning av den tidigare forskningen

I Finland idag anses den äldre befolkningen vara de personer som har rätt att lyfta ålderspension. Mängden äldre i Finland ökar och den förväntade medellivslängden blir längre och till exempel år 2030 kommer minst en av fyra att vara 75 år och äldre i de flesta kommunerna i Finland. En åldrande befolkning är även ett internationellt problem då det år 2050 kommer att finnas ca 2 miljarder personer över 65 år på jorden. I och med detta globala problem med en ökande åldrande befolkning har flera styrdokument utvecklats för att klara av utmaningen med en åldrande befolkning. WHO har utvecklat en handlingsplan för ett hälsosamt åldrande 2020-2030 och Finland har gjort en kvalitetsrekommendation för ett åldersvänligt Finland, där målsättningen är att trygga den åldrande befolkningen och förbättra servicen 2020-2023. Dessa styrdokument tar upp på vilket sätt man skall tackla utmaningen med en åldrande befolkning och bygga samhället så att det är anpassat för de äldre.

WHO har definierat hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och funktionsnedsättning. Att åldras är en naturlig process som man kan dela in i biologiskt åldrande, psykologiskt åldrande och socialt åldrande. Människan är en komplex helhet och hälsa i ålderdomen bygger på fyra grundpelare som är social gemenskap och socialt stöd, meningsfullhet och delaktighet – att få känna sig behövd, fysisk aktivitet och goda matvanor (Ernst Bravell 2017 s. 161). Åldrandet är individuellt betingat och kan uppfattas både som någonting positivt och negativt. Enligt Erik H Erikssons teorier om utvecklingsfaser i livet är det beroende på hur man har lyckats ta sig igenom de olika utvecklingsfaserna i livet en del av hur ålderdomen ter sig.

3 TEORETISK REFERENSRAM

Den teoretiska referensramen tar upp det goda åldrandet tillsammans med livskvalitet ur olika synvinklar, lyfter upp Felce och Perrys teori om livskvalitet samt olika mätinstrument som används för att mäta livskvalitet.

3.1 Det goda åldrandet

”Att åldras är ingenting för veklingar” är ett amerikanskt uttryck som är ett mycket använt uttryck för personer som har uppnått en mycket hög ålder. Personer som har uppnått en hög ålder skall klara av att anpassa sig till förändringar och klara av de olika utmaningarna som sker i livet dessutom i en mycket snabbare takt än personer i andra åldersgrupper. De äldre skall klara av att anpassa sig till förändringar i livet som till exempel försämrad hälsa, förlust av närstående och andra svårigheter. Dock är det viktigt att poängtera att man inte kan se äldre som en heterogen grupp, då man inte kan dra alla över samma kam. Alla äldre har inte en försämrad hälsa, alla misstar inte en nära anhörig eller lider av andra svårigheter. Många äldre idag har en god hälsa och får uppleva mycket positivt under ålderdomen. (Malmberg & Ågren 2013 s. 175)

Ett positivt åldrande kan även ses som ett framgångsrikt åldrande. Termen ett framgångsrikt åldrande myntades under 1950-talet och blev mera känt under 1980-talet. Ett framgångsrikt åldrande kännetecknas bland annat som frånvaro av sjukdom och ingen eller liten funktionsnedsättning i den äldre ålderdomen, upplevelse av hälsa, engagemang och meningsfullhet i livet. Ett framgångsrikt åldrande kännetecknas även av att man som äldre känner uppskattning av familj och vänner, man känner sig nöjd med sin ekonomiska situation och ett möjligt arbete och fritid. (Rundgren & Dehlin. 2016 s. 34)

Ett gott åldrande eller ”successful aging” är ett använt och populärt begrepp. Då begreppet ett gott åldrande myntades, symboliserade det de äldre som lyckades åldras utan sjukdomar. Det som man ofta har knutit samman med ett gott åldrande är att man kan och klarar av att anpassa sig till både de yttre och inre förändringarna som sker då man åldras. (Rundgren & Dehlin 2016 s. 34)

3.2 Livskvalitet

Alla har en åsikt om sin livskvalitet, men ingen vet exakt vad det betyder i allmänhet. Diskussionen om vad livskvalitet är började för mer än två årtusenden sedan av Aristoteles och fortfarande diskuterar man vad livskvalitet betyder. Det Aristoteliska begreppet ”gott liv” är inte bara något att leva för utan också något att leva efter. (Netuveli & Blane 2008) Det finns ingen specifik teori eller definition på vad livskvalitet är även om forskning inom området har bedrivits i flera årtionden. Vilken definition man väljer att använda beror på synsätt och tradition. (Vaarama et al. 2014 s. 22) Begreppet livskvalitet likställs ofta med begreppet välbefinnande eller som ett övergripande begrepp för upplevt välbefinnande. Termerna ”livskvalitet”, ”välbefinnande” och ”lycka” betecknar olika betydelser och ibland används de som ett paraplybegrepp för alla värden och vid andra tillfällen som enskilda begrepp. (Veenhoven 2000)

Forskare är dock eniga om vilka nyckelfaktorerna är för upplevelsen av en god livskvalitet eller en dålig livskvalitet (Eckersley 2000; Cummins 1997; Walker & Mollenkopf 2007; Pieper & Vaarama 2008; Diener 2009; Vaarama et al. 2010 se Vaarama et al. 2014 s. 22) Det traditionella nordiska synsättet kännetecknas av ett objektiva eller resursbaserat perspektiv på upplevt välbefinnande, medan det amerikanska synsättet kännetecknas av ett subjektivt eller en erfarenhetsbaserad inställning till välbefinnande. Helhetssynen på teorier om livskvalitet är att man kombinerar båda synsätten och hittar gemensamma faktorer för livskvalitet. Dessa faktorer är upplevt välbefinnande och hälsa, mentalt välbefinnande, sociala relationer, meningsfullt görande och materiella levnadsförhållanden och livsmiljöns kvalitet. (Cummins 2007; Eckersley 2000; Diener; Vaarama et al. 2010 se Vaarama et al. 2014 s. 22)

Livskvalitet kan definieras på flera olika sätt och studeras utifrån flera ämnesområden. WHO:s definition på livskvalitet är:

“Quality of life is defined as individuals perceptions of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social

relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment” (WHOQOL Group 1996)

Lindqvist har översatt WHO:s definition till svenska enligt följande:

”Livskvalitet omfattar individens uppfattning om sin situation i tillvaron utifrån den kultur och det värdesammanhang som hon befinner sig i och i relation till personliga mål, förväntningar, normer och intressen. Det är ett vitt begrepp som påverkas av individens fysiska hälsa och psykologiska tillstånd, grad av oberoende, sociala förhållanden och relationer till betydelsefulla händelser i livsmiljön.” (Lindqvist 2016 s. 124)

Inom sociologin och psykologin har begreppet livskvalitet använts sedan 1960-talet. Sociologen Erik Allardt har skrivit om välbefinnande och relaterade begrepp som livskvalitet på 1970- och 1980-talet. Enligt honom inkluderar livskvalitet alla nödvändiga saker för mänskligt välbefinnande. I det här fallet hänvisar begreppet till den materiella levnadsstandard, sociala relationer, meningsfullhet och spänning i livet, upplevelse, subjektiv tillfredsställelse och en bekväm miljö. (Allardt 1973 se Aalto et al. 2013 s. 4)

Felce och Perrys (1995) definition på livskvalitet inkluderar också faktorer som objektiva levnadsvillkor, sociala relationer, personliga värderingar, mål och uppfyllande samt subjektiv upplevelse av livet. Lawtons (1983; 1991) definition på livskvalitet är flera olika dimensioner så som fysisk, psykisk, social- och miljödimension. Miljödimensionen inkluderar även försörjning och andra levnadsförhållanden och även förhållandet mellan miljön och personen. (Vaarama et al. 2014 s. 22-23)

Det har också visat sig att livskvaliteten varierar något i olika åldrar och i olika livssituationer. Särskilt hos äldre är hälsorelaterade faktorer mer uttalade än i andra åldersgrupper. (Hawthorne et al. 2006; Walker & Mollenkop 2007; Vaarama & Pieper 2014, se Vaarama et al. 2014 s. 24) Faktorer som stärker eller försämrar livskvaliteten kan också variera i olika åldrar och i olika livssituationer. (Vaarama 2009; Vaarama et al. 2010 se Vaarama et al. 2014 s. 24) Livskvalitet är ett dynamiskt koncept, det varierar också för samma individ vid olika tidpunkter och i olika situationer. Att bli sjuk kan få en person att utvärdera sitt liv ur ett nytt perspektiv, prioritetsordningen kan förändras och en person

kan uppleva sin livskvalitet ännu bättre än innan han blev sjuk. Livskvalitet kan också variera under sjukdom på olika sätt och i olika dimensioner. (Aalto et al. 2013 s. 5)

Livskvalitet kan skilja sig betydligt från människa till människa, den är individuell och ses som vad det är som gör livet värt att leva, frågan om det goda livet. Det är ett komplext begrepp och behöver inte betyda hälsa eller frånvaro av sjukdom, utan det är något personligt som är olika för var och en. (Lindqvist 2016 s. 124; Rennemark & Bratt 2020 s. 146) Man kan se på livskvalitet ur ett filosofiskt perspektiv som att livskvalitet är en värde-term och en person som har en hög livskvalitet har ett bra liv och en person med låg livskvalitet har ett dåligt liv (Brülde 2003 s. 10). Livskvalitet kan man också se som någonting som måste "matas", det vill säga livskvalitet är en färskvara och det är en känsla som man upplever just i denna stund. Livskvalitet är individens egen upplevelse av sitt fysiska, psykiska och sociala välbefinnande. Hälsa, familj, socialt umgänge, ekonomi, boende och känsla av samhörighet är komponenter som spelar in då man diskuterar livskvalitet. (Skog & Grafström 2013 s. 29-30)

3.2.1 Synsätt om Livskvalitet

Det finns flera olika teorier om livskvalitet och en bra teori borde kunna ge svar på tre frågor. Den första frågan skall kunna ge svar på; Vad är det som har ett värde för en person, positivt eller negativt? Det vill säga vilka situationer eller episoder är det som påverkar människans livskvalitet positivt eller negativt. Den andra frågan skall kunna ge svar på; Hur bra eller dåligt ett sakförhållande är för en person, det sakförhållande gäller både lokalt och globalt. Den skall även kunna ge svar på hur mycket man har av en bra sak i förhållande till saker som personen upplever att är bra. Det kan till exempel vara frågan om vänskap, om vänskap upplevs som en bra sak för personen så är det frågan om hur mycket vänskap man har. Den tredje frågan skall ge svar på; Hur bra en människas liv är som helhet vid exakt denna tidpunkt, det vill säga var på livskvalitetsskalan man befinner sig? Den tredje frågan skall till en del kunna räkna ut en persons livskvalitet från värdena på en persons delar av upplevelser, relationer och verksamheter. Med hjälp av dessa frågor skall man kunna ge svar på vad livskvalitet är. Dock kan man poängtera att livskvalitet skiljer sig från hälsa eftersom det inte verkar finnas ett entydigt svar på vad

hälsa är. Syftet med en teori om livskvalitet är att komma fram till sanningen om saken. (Brülde 2003 s. 17-18, 21-25)

Enligt Brülde finns det i stort sett tre teorier inom område livskvalitet: hedonismen, önskeuppfyllelseteorin och den objektivistiska pluralismen. Den hedonistiska teorin ser helt utgående från hur en människa mår. Att ha ett bra liv är det samma som att må bra och ett dåligt liv symboliserar att må dåligt. Önskeuppfyllelseteorin utgår helt och hållet från hur en människa lever det liv som man vill. Om en person lever det liv som man själv vill ha, har man en hög livskvalitet och om personen inte är nöjd med sitt liv har personen en låg livskvalitet. I den objektivistiska pluralismen är det vissa förutbestämda saker som är bra eller dåliga för människan, oberoende vad man själv anser om dessa saker. Sedan är det beroende på hur mycket man har av dessa saker i sitt liv. Dessa saker är till exempel intima relationer till andra, meningsfull verksamhet, personlig utveckling, kunskap och verklighetskontakt. (Brülde 2003 s. 31-37, 59-62, 103-107)

3.2.2 Felce och Perrys teori om livskvalitet

Även Felce och Perry (1997) tar upp att begreppet livskvalitet är ett multidimensionellt begrepp och förknippat med intima förhållanden, familjeliv, vänner, levnadsstandard, arbete, grannskap, bostadsort, nationen man bor i, bostad, utbildning och hälsa. (Campbell 1981 se Felce & Perry 1997 s. 57) Enligt Felce och Perry utgör livskvalitet ett allmänt välbefinnande som påverkas av objektiva omständigheter och subjektiva uppfattningar över olika livsdomäner. Figur 2 illustrerar de olika domänerna som utgör livskvalitet enligt Felce och Perry (Felce & Perry 1997 s. 64).

Felce och Perry kategoriserade fem domäner till livskvalitet. Dessa domäner är fysiskt välbefinnande, materiellt välbefinnande, socialt välbefinnande, emotionellt välbefinnande och produktivt välbefinnande. De olika domänerna skiljer sig mellan individer och är individuella. En persons subjektiva bedömning och de objektiva omständigheterna är i förhållande till de värden som en person har. Till exempel för en mer sällskaplig person är storleken på det sociala nätverket viktigt och för en materialistisk person är inkomsten viktig. De tre huvuddimensionerna objektiva omständigheter, subjektiv bedömning av omständigheter och personliga värden är hela tiden beroende av varandra. En förändring

av en dimension kan påverka en annan. Till exempel kan erfarenhet av ökad rikedom tillfredsställa de livsstilsmöjligheter som rikedom kan förändra en persons uppskattning av inkomstens betydelse. Det kan också leda till större tillfredsställelse i sig och till en översyn av personernas värderingar med avseende på materiellt välbefinnande. (Felce & Perry 1997 s. 67) Här kommer en bredare beskrivning över de fem olika domänerna som innefattar livskvalitet enligt Felce och Perry.

Det *fysiska välbefinnandet* berör främst hälsa och hälsans begrepp innefattar kondition, rörlighet och personlig säkerhet. Kondition och rörlighet är främst den fysiska förmågan till utförande av dagliga aktiviteter och det är även förknippade med produktivt välbefinnande. Personlig säkerhet är frihet från skada och kan förknippas med kvaliteten på grannskapet man bor i. (Felce & Perry 1997 s. 58)

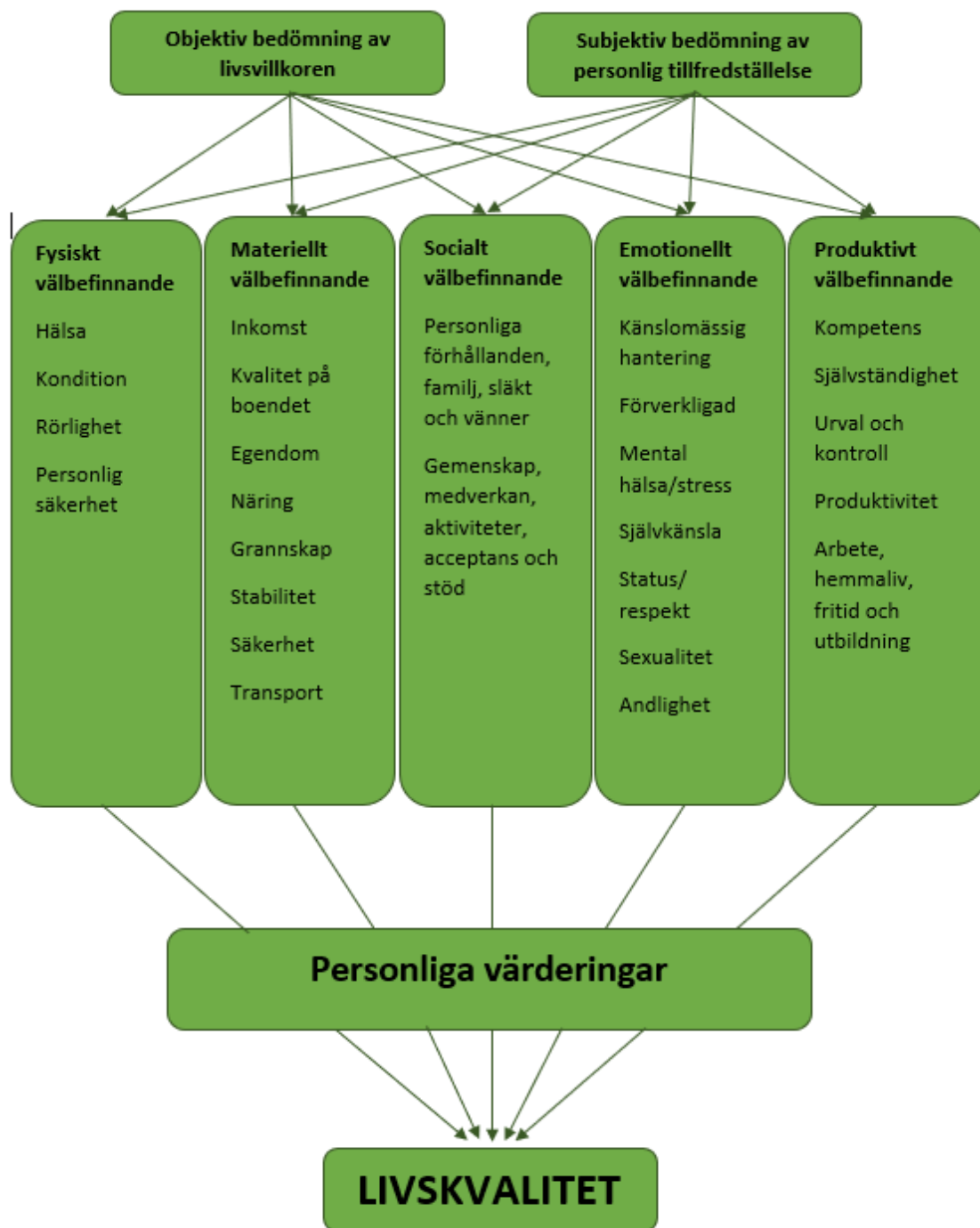
Materiellt välbefinnande är en fråga som berör allmänheten och återspeglas tydligast av inkomst. Materiellt välbefinnande är förknippat till kvaliteten på den miljö man lever i, kvaliteten på huset man bor i och nivån på möblerna man äger. En mer allmänekonomisk säkerhet/osäkerhet och arbete gör att människor oroar sig för sin nuvarande situation och för framtiden. Tillgång till transport hör också till materiellt välbefinnande och är förknippat med vilka möjligheter en person har att upprätthålla eller förlänga sitt deltagande i sociala arenor, arbetslivet, utbildning, medborgar- och fritidsaktiviteter. Därför stöder tillgången till transport även andra dimensioner av välbefinnande. (Felce & Perry 1997 s. 58)

Det *sociala välbefinnandet* innefattar två stora dimensioner: förhållandet mellan personer och samhällsengagemang. Den första dimensionen, förhållandet mellan personer, avser förhållanden inom kärnfamiljen, den ”större” familjen och släktingar samt vänner och bekanta. Storleken på det sociala nätverket och kvaliteten på förhållandet har en aspekt då man talar om förhållanden mellan personer. Det vill säga graden av intimitet, graden av stöd, ömsesidighet och jämlikhet. Den andra dimensionen gällande socialt välbefinnande är samhällsengagemang. En aspekt av samhällsengagemang återspeglar sig i omfattningen av aktiviteter som görs i samhället och användningen av tjänster och bekvämligheter som är tillgängliga för allmänheten. Den andra aspekten av samhällsengagemang

är nivån på acceptans eller stöd från samhället gällande den lokala infrastrukturen och andra invånare. (Felce & Perry 1997 s. 58-59)

Det *emotionella välbefinnandet* innefattar påverkan, förverkligande, stress och mentalt mående, självkänsla och status, andlighet och sexualitet. Förverkligande kan uppnå både sociala och funktionella syften. Stress kan påverka i vilken grad man får tillfredsställelse från livet och är en faktor som kan bidra till eller försämra emotionellt välbefinnande. (Felce & Perry 1997 s. 59)

Produktivt välbefinnande handlar om en persons utveckling och förmåga att använda sin tid konstruktivt enligt sina egna principer. Förmåga till egna val och självkontroll är kopplade till kompetens och utveckling av en persons färdigheter, erfarenheter och självbestämmande. Det skall strävas till funktionella aktiviteter på olika arenor så som i hemmet, arbetet, fritiden och inom utbildningen. (Felce & Perry 1997 s. 59)



Figur 2. De olika domänerna för livskvalitet enligt Felce och Perry, 1997 - fritt översatt.

3.2.3 Livskvalitetsmätare

För att mäta livskvalitet har det utvecklats flera olika mätinstrument. Dessa mätinstrument är främst utvecklade för hälsoforskningens behov. Mätarna består av flera delskalor som mäter olika dimensioner och poängen för de olika delskalorna kan användas för att beskriva livskvalitet som en "livskvalitetsprofil". Mätare som mäter hälsorelaterad livskvalitet fokuserar främst på fysisk funktionsförmåga vilket beror på att dessa mätare utvecklades för att mäta effektiviteten av en specifik hälsoinsats. Inom forskning gällande hälsa och välbefinnande kan livskvalitet mätas på en allmän nivå med så kallade generiska mätvärden. Det finns ingen specifik hänvisning till något hälsoproblem och därför är dessa mätare lämpliga för till exempel övervakning av befolkningens livskvalitet och för olika patientgrupper eller åldersgrupper. Vid sjukdomar där smärta är central är det bra att använda mätare som har smärtupplevelser som ett specifikt mätvärde. (Aalto et al. 2013 s. 6-7)

I Finland används främst fem olika livskvalitetsmätare, dessa mätare är 15D, EQ-5D, RAND-36, WHOQOL-BREF och EuroHIS-8. Alla dessa livskvalitetsmätare beaktar flera aspekter av livskvalitet och alla mätare har frågor gällande den fysiska och den mentala dimensionen och Euro HIS-8, RAND-36 och WHOQOL-BREF har även den sociala dimensionen med. (Aalto et al. 2013 s. 7, 9)

Livskvalitetsmätare för att mäta livskvaliteten bland äldre personer har visat sig vara utmanande. Dessa utmaningar är den lägre utbildningsnivån bland de äldre och minnesstörningar som de äldre lider av. Flera mätvärden kartlägger inte viktiga frågor för äldre, till exempel: självförtroende, säkerhet och sociala relationer (Gabriel och Bowling 2004 se Aalto et al. 2013 s. 15). För att kunna förebygga behövs information om hur man mäter livskvalitetens långsiktiga naturliga effekter på livskvaliteten. De kan användas för att bedöma känsliga livskvalitetsområden som kan påverkas. (Aalto et al. 2013 s. 15)

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie är att utifrån tidigare forskningar kartlägga hur forskningen beskriver främjandet av livskvaliteten hos den åldrande befolkningen.

1. Vad behöver den åldrande människan för att uppnå livskvalitet?
2. Hur kan man påverka de faktorer som främjar livskvaliteten ur individ- och samhällsperspektiv.

5 METOD

Arbetet är en litteraturstudie som bygger på data som samlats in av andra. Litteraturstudier är till fördel att använda då man vill kartlägga och granska vad som finns forskat inom ett visst område från tidigare och sedan analysera eller komma fram till slutsatser på basen av det (Jacobsen 2012 s. 59-61). Litteraturstudier lämpar sig inom områden där det finns mycket forskat, det kan dock vara rätt arbetsdrygt och förknippas inte med småskaliga projekt. (Denscombe 2018 s. 216)

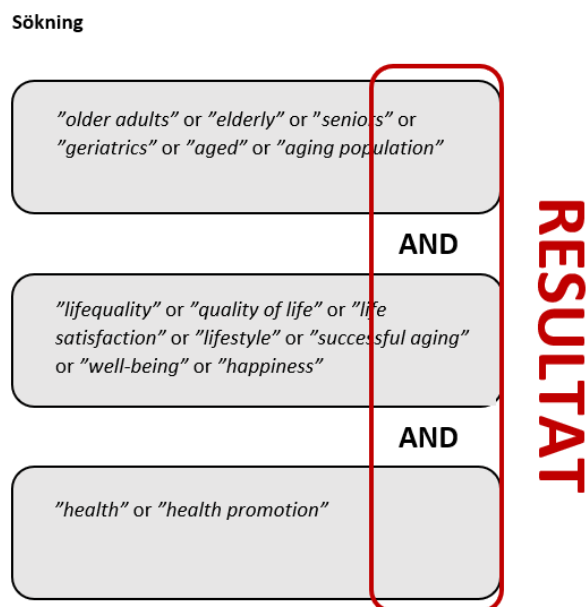
Litteratursökningen gjordes systematiskt så att litteratur som fyllde kriterierna för sökningen i de databaser som valts togs med. Angreppssättet var induktivt där data samlades in så öppet som möjligt och styrde så lite som möjligt för att få maximal variation inom ämnet där ämnet beskrevs i olika sammanhang. Utgångsläget var empirin, i detta fall andras forskningar, varifrån man försökte hitta gemensamma nämnare. (SBU 2013 s. 7, 78)

5.1 Datainsamling

Sökningen gjordes systematiskt i databaserna Academic Search Complete (EBSCO) och PubMed, dessa två innehåller så väl tvärvetenskapliga, humanvetenskapliga, samhällsvetenskapliga, ekonomi/affärsvetenskapliga samt sociala- och vårdvetenskapliga artiklar. Dessa innehåller även båda ett stort antal av artiklar i fulltext. (Arcada libguides 2020; Karlsson 2018 s. 82-83) En systematisk översikt anses vara tillräcklig då den görs i minst två databaser (SBU 2013 s. 35).

En testsökning gjordes i databasen Academic Search Complete (EBSCO) för att hitta de rätta termerna för ämnet i fråga och för att få en bild över hur stora sökmängder man hade att förvänta sig samt för att kontrollera att frågeställningarna var tillräckligt väldefinierade. (SBU 2013 s. 26-27).

Den egentliga sökningen (figur 3) gjordes som en blocksökning bestående av tre block. Det första blocket skulle fånga ålderdomen och sökorden var följande: *"older adults"* or *"elderly"* or *"seniors"* or *"geriatrics"* or *"aged"* or *"aging population"*. Det andra blocket skulle fånga upp känslan av livskvalitet och sökorden som styrde här var: *"lifequality"* or *"quality of life"* or *"life satisfaction"* or *"lifestyle"* or *"successful aging"* or *"well-being"* or *"happiness"*. Det tredje blocket var hälsan som tillkom i samband med testsökningen. Hälsa verkade vara en viktig faktor då man diskuterade åldrandets betydelse ur ett livskvalitetsperspektiv. Det tredje blockets sökord var således: *"health"* or *"health promotion"*. Inom blocken kopplades sökorden tillsammans med boolska operatören "OR" och mellan blocken med "AND". "OR" användes för att inom blocken öka sensitiviteten, medan "AND" användes mellan blocken för att avgränsa och säkra att resultatet skulle vara träffsäkert och fånga ämnet mera specifikt (Karlsson 2018 s. 90).



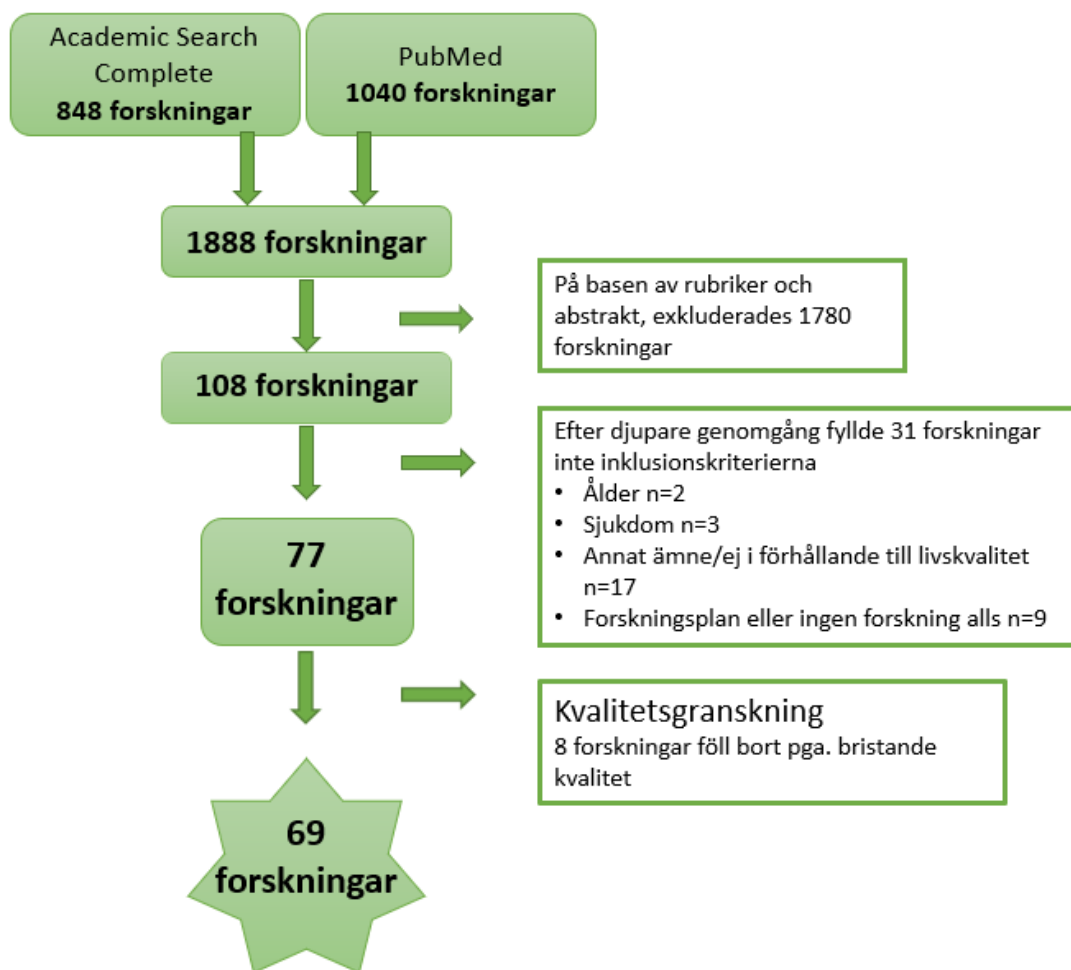
Figur 3. Litteratursökningen.

5.2 Urval och kvalitetsgranskning

Sökningen avgränsades till artiklar publicerade mellan åren 2016–2021. Övriga avgränsningar var att alla artiklar skulle vara referent granskade och finnas i fulltext och gratis, detta med tanke på tidsramar och kostnader (SBU 2013 s. 31). Inklusionskriterierna var artiklar som publicerats på engelska, svenska, finska, norska eller danska, samt de artiklar som behandlade livskvalitet hos den normalt åldrande befolkningen och inte hos de med sjukdomar. En annan betydande inklusionskriterie var åldern. I denna studie valdes endast de artiklar som behandlade den äldre befolkningens förhållande till livskvalitet, inte hela befolkningens. Exklusionskriterierna var sjukdom hos den åldrande befolkningen i förhållande till livskvalitet.

Urvalet skedde genom en bedömning av hur relevant forskningen var i förhållandet till syftet och frågeställningarna, samt hur väl de fyllde inklusions- och exklusionskriterierna. Endast relevanta forskningar gick vidare till kvalitetsgranskningen. Relevansbedömningen skedde i två steg där forskningarna först gick igenom på basen av titel och abstrakt och i steg två lästes de texter som gått igenom steg ett i sin helhet för att göra en djupare bedömning av relevansen. I steg ett var det bättre att ta med än att fälla, för att inte missa någon väsentlig forskning. Irrelevanta föll sedan ändå bort i steg två. (SBU 2014 s. 39) Se figur 4.

De forskningar som gick vidare till kvalitetsgranskningen granskades beroende av forskningens design med hjälp av kvalitetsmallar (SBU 2013). Dessa mallar fungerade enbart som stöd i bedömningsprocessen men underlättade granskningen och utvärderingen. Värderingen resulterade i låg, medelhög eller hög studie kvalitet. Gällande icke-experimentella studier, som nästan hälften av forskningarna som slutligen analyserades var, innebar låg kvalitet begränsat antal deltagare samt en bristfällig eller tveksam analysmetod medan en hög kvalitet stod för stort antal deltagare, väl beskriven analysmetod och gärna även en längre uppföljningsperiod. Då det fanns tillräckligt med forskningar som hade medelhög eller högstudiekvalitet exkluderades de med låg kvalitet. (SBU 2013 s. 39-40; Rosén 2018 s. 384-385) Slutliga antalet som gick vidare till analyskedet var 69 forskningar (bilaga 1).

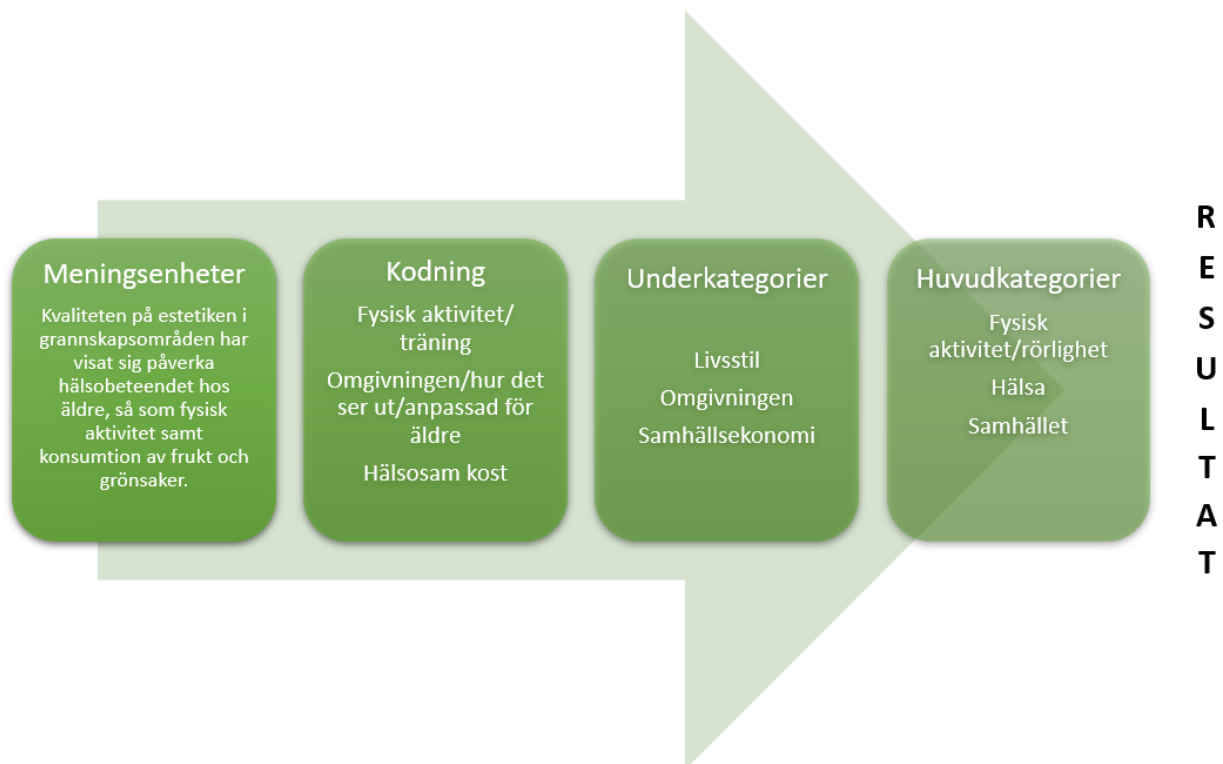


Figur 4. Urvalsprocess.

5.3 Dataanalys

I studien användes en kvalitativ analysmetod. Forskningarna lästes, tolkades, kodades och innehållet kategoriserades. Denna metod bygger på forskarens subjektiva tolkning av texternas innebörd och ger en möjlighet att dra giltiga slutsatser vars syfte är att ge mera kunskap och insikt inom området. (Elo & Kyngäs 2008) En induktiv ansats användes, vilket innebär att det inte användes i förväg bestämda kategorier utan kategorierna formades fram ur texterna. (Danielsson 2018 s. 290-291; Elo & Kyngäs 2008)

Analysen gjordes i tre steg. I det första steget lästes forskningarna flera gånger för att få en djupare förståelse, dvs de lästes och tolkades. I det andra steget organiserades innehållet i texterna med att ta ut meningsenheter, ord eller meningar som valdes att analyseras och som var kopplade till studiens syfte. Dessa meningsenheter kodades sedan på basen av dess egenskaper och bildade underkategorier och slutligen huvudkategorier (figur 5). Underkategorierna som bildades ur meningsenheter bestod av faktorer som höjde eller sänkte livskvaliteten hos de äldre och på basen av egenskaperna bildades större gemensamma huvudkategorier. I det tredje steget redovisades resultatet. (Elo & Kyngäs 2008)



Figur 5. Exempel på hur analysen från meningsenheter till huvudkategorier gått till.

5.4 Etiska överväganden

För att en studie skall kunna motiveras som etisk skall den inom humanforskning kunna gagna såväl individen, samhället som professionen eller åtminstone två av dem. Ämnet skall vara väsentligt och ha en god vetenskaplig kvalitet samt skall det utföras på ett etiskt sätt. (Kjellström 2018 s. 65) Ämnet är högaktuellt i dessa tider, med målsättningen att de äldre ska kunna åldras med livskvalitet.

Då detta är en litteraturstudie är inga informanter direkt deltagande. Det är dock viktigt att man i en sådan studie presenterar den data man samlat in på ett så fullständigt och korrekt sätt som möjligt. Man får inte lämna bort data som skulle ha betydelse för slutresultatet, ej heller förfalska data eller resultat. Allt material man använder bör således även vara tillgängligt för andra för att motbevisa förfalskningar eller fel presentationer. (Jacobson 2012 s. 37) De etiska riktlinjerna vid Arcada, "God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada", har även följts under denna process. (Forskningsetiska Delegationen 2012).

6 RESULTAT

Resultatet utmynnade i sex huvudkategorier och tio underkategorier. Huvudkategorierna som främjade god livskvalitet var *socialt kapital*, *personligt kapital*, *fysisk aktivitet/rörlighet*, *utbildningsnivå och ekonomi*, *hälsa samt samhället*. *Socialt kapital* bestod av underkategorierna – kontakter och stöd, aktiviteter och familj. *Personligt kapital* bestod av underkategorierna – personliga värderingar och utveckling. *Hälsa* bestod av underkategorierna – livsstil och objektiv hälsa. Under huvudkategorin *Samhället* fanns underkategorierna hälsofrämjande arbete, omgivningen och samhällsekonomi.

Det som verkade ha störst inverkan på den äldres livskvalitet var socialt kapital och personligt kapital. Den fysiska aktiviteten/rörligheten hade i sig själv även en stor inverkan på livskvaliteten och låg också som grund för många av de andra kategorierna, då man utan fysisk aktivitet och rörlighet fick svårigheter att uppfylla de andra kategoriernas innehåll.

6.1 Socialt kapital

Den åldrande individen behöver, för att uppnå livskvalitet, bland annat socialt kapital. Det sociala kapitalet innehåller de äldres kontakter till såväl familjen, vänner, grannar och övriga i samhället. Hit hör även de sociala aktiviteterna som finns i samhället och det stöd och den säkerhet som den äldre upplever från samhället och sin närmiljö.

6.1.1 Familjen

Socialt kapital som påverkade livskvaliteten positivt kunde betyda att man skulle ha någon att bo med, en maka/make eller större gemensamma familjer (Pius & Mini et al. 2019; Ladusingh & Ngangbam 2016), man skulle helst vara gift och det äktenskapet skulle vara av god kvalitet (Carr & Weir 2017), man skulle ha goda kontakter till sina barn (Grønning et al. 2018) och barnen skulle ha ett gott liv så att man inte behövde vara orolig för dem. Barnen skulle dessutom ge autonomi till sina föräldrar. (Xu et al. 2017; Bosch-Farré et al. 2020) Boendearrangemang som gav äldre interaktion med andra familjemedlemmar och socialt stödnätverk var faktorer som bidrog till motståndskraft hos den äldre, vilket kunde innebära att klara sig, anpassa sig och reagera positivt på den förändring som skedde då man åldrades. Dock var det inte enbart familjerelationen i sig som gav positiv inverkan, utan det var kvaliteten på familjerelationen som påverkade, så som att familjemedlemmarna respekterade de äldres autonomi och oberoende. (Lima et al. 2019)

6.1.2 Kontakter och stöd

Personliga relationer, så som vänner var även viktiga för att den äldre skulle ha en god livskvalitet (Smith & Bryant 2019). Social gemenskap påverkade även livskvaliteten positivt hos den äldre (Hasan & Linger 2016). Det skulle finnas möjlighet att träffa andra och speciellt då man var äldre minskade vänskapskretsen pga. sjukdom och dödsfall och då behövdes arenor för att skaffa nya kontakter. Dessa träffpunkter skulle det vara viktigt att samhället ordnade för den äldre (Huang et al. 2019). Internet kunde även vara en port för socialsamvaro och gemenskap och här behövdes också stöd för att de äldre skulle klara av att använda internet och annan teknisk utrustning som smarttelefoner (Hasan & Linger 2016; Fang et al. 2018). Socialt kapital visade sig vara en av de kategorierna som hade flest kopplingar till livskvalitet. Att ha något att göra, kontakter, familj, vänner,

grannar, stöd, gemenskap, känsla av trygghet och säkerhet och andra sociala aktiviteter, var de faktorer som var mycket viktiga när de äldre definierade livskvalitet. Ensamhet över lag visade på sämre mental hälsa och sänkt livskvalitet (Zali et al. 2017).

6.1.3 Sociala aktiviteter

Sociala aktiviteter och deltagande i gruppverksamhet eller föreningsverksamhet hade en betydande inverkan på livskvaliteten, så hade även fysisk aktivitet. Den fysiska aktiviteten kom mycket starkt fram i dessa studier, dock var det inte alltid den fysiska aktiviteten som var den avgörande faktorn till att man upplevde högre livskvalitet. Många gånger var det andra faktorer så som sociala kontakter, gemenskap och att ha något meningsfullt att göra som kunde vara de bidragande faktorerna till högre livskvalitet (Kell & Rula 2019).

För att ha social gemenskap kunde även den äldre delta i frivilligverksamhet, både som aktiv frivilligarbetare och som mottagare av tjänster (Michèle et al. 2019; Withall et al. 2018) Användningen av olika aktivitetsprogram vars målsättning var att engagera och få ut de äldre, där de äldre deltog bland annat i olika former av frivilligt arbete, höjde livskvaliteten för de äldre. Detta gav dem flera sociala kontakter, förtroende, en känsla av prestation samt en mening i vardagen. (Withall et al. 2018)

Förluster inom de sociala aktiviteterna, som att t.ex. vara tvungen att flytta, var direkt kopplat till det sociala välbefinnandet och påverkade detta negativt. Att mista grannskapet och det sociala liv man byggt upp omkring sig var förluster som påverkade livskvaliteten negativt (Afshar et al. 2017) Även hög ålder och antalet kroniska sjukdomar var direkt kopplat till sämre livskvalitet i förhållande till den sociala domänen (Ćwirlej-Sozańska et al. 2018). Däremot har det visat sig att måttlig alkoholkonsumtion, speciellt gällande vin, förknippades med en mer aktiv livsstil och ett mer socialt liv vilket och gav högre självskattad hälsa som ledde till högre livskvalitet hos de äldre. (González-Rubio et al. 2016)

6.2 Personligt kapital

Det personliga kapitalet kunde i många fall ses som grunden till livskvalitet hos den äldre. På vilket sätt man såg på sin egen situation och hur man hanterade åldrandet var av stor betydelse när det gällde livskvaliteten. Att fortsätta med det man tidigare gjort även på äldre dagar var även av betydelse för många. Livskvaliteten hos äldre visade sig vara fast i hur livskvaliteten var man var yngre och livskvaliteten var inte känslig för kortvariga förändringar utan visade sig vara stabil i de äldre åren (Brett et al. 2019).

6.2.1 Personliga värderingar

Att acceptera åldrandeprocessen och sin situation, att ha en positiv livssyn och inställning samt att uppleva att man själv kunde påverka sin egen lycka var en del av livskvaliteten. (Carr & Weir 2017; Turner et al. 2017; Aw et al. 2019). Religiositet visade sig även höja livskvaliteten hos de som upplevde det meningsfullt (Lifshitz et al. 2019) och sexuellt välbefinnande, främst i form av emotionell närhet, påverkade den äldres livskvalitet positivt (Štulhofer et al. 2019).

Vilken inställning man själv hade på att åldras var av avgörande betydelse i flera forskningar då det gällde livskvalitet (Smith & Bryant 2018; Carr & Weir 2017). Att man lärt sig att acceptera händelserna i livet, ta dagen som den kommer och inte oro sig så mycket inför framtiden. Det var också viktigt att acceptera de begränsningar som kom med åldern, så som svårigheter att röra sig, förlust av fysisk kapacitet och sociala förändringar. Forskningarna visade att de som hade en mer positiv attityd och njöt av dagen hade en bättre livskvalitet. (Ćwirlej-Sozanska et al. 2018)

”To learn to accept what it comes. To not despair, to resist, and to think another day comes afterwards.”

(P5_woman_OL)

(Ćwirlej-Sozanska et al. 2018)

Användningen av internet visade sig i fler fall att påverka livskvaliteten positivt, dock inte direkt som en enskild faktor, utan det krävde ett socialt nätverk som man kunde ha kontakt med via internet, samt att det även måste finnas riktiga kontakter, ansikte mot

ansikte, för att internetanvändningen skulle påverka livskvaliteten positivt. (Khalaila & Vitman-Schorr 2018) Internetanvändningen gav positiva resultat i form av känsla av sammanhang, självkänsla, egenvärde, personlig utveckling, produktivitet, sysselsättning, självförsörjning och att ha kontroll samt njutning. (Hasan & Linger 2016)

Depressiva symptom och funktionshinder var de två faktorer som starkast förutspådde en sämre livskvalitet hos äldre. (Henchoz et al. 2019) Det fanns även ett starkt samband mellan ålder och livskvalitet. Livskvaliteten avtog när åldern steg (Etxeberria et al. 2019; Khalaila & Vitman-Schorr 2018) och betydelsen av olika domäner gällande livskvaliteten avtog också med åldern, speciellt för de som hade sämre utgångsläge gällande hälsa och sociodemografiska faktorer (Abolhassani et al. 2019).

6.2.2 Utveckling

Den äldre behövde även känna uppskattning och erkännande (Abolhassani et al. 2019), uppleva personlig utveckling (Hasan & Linger 2016), självkänedom (Turner et al. 2017) och känna mening med livet (Friedman et al. 2017). Depressiva symptom var direkt kopplat till sämre livskvalitet och ett klart samband fanns bland aktiva äldre och lägre nivå av depressiva symptom. Aktiviteter i form av att vara i arbetslivet, delta i grupper, kroppsligt arbete och att läsa och prata med vänner var alla faktorer som påverkade livskvaliteten positivt. (Galli et al. 2016) Att ha ett arbete var direkt hälsosamt för en del äldre, förutom de fysiska, mentala och ekonomiska fördelarna så höjde det även de äldres egenvärde. (Seah et al. 2020)

6.3 Fysisk aktivitet/rörlighet

För att den äldre skulle kunna delta i olika sociala arenor var det viktigt att hålla sig fysisk aktiv. Fysisk aktivitet var grunden till att inte drabbas av fysisk funktionsnedsättning. Funktionsnedsättning var den största orsaken till att de äldre blev begränsade i det dagliga livet som i sig påverkade deras livskvalitet negativt (Groessl et al. 2019; Rétsági et al. 2020). Fysisk rörlighet förknippades med att kunna sköta all dagliga uppgifter själv, som att tvätta sig, klä på sig eller kanske gå till butiken och att laga mat, dessa faktorer var alla kopplade till höjd livskvalitet hos den äldre och en mycket viktig del av det (Etxeberria

et al. 2019). Den fysiska aktiviteten var även en av grundpelarna till hälsa vilket var en stor del av livskvaliteten (Lara et al. 2020). Hälsa för äldre innebar att den äldre inte hade så många kroniska sjukdomar (Pius et al. 2019) samt var kost och motion en stor del av hälsan (Tran et al. 2019; Grønning et al. 2018). Att känna sig frisk då man inte hade så många sjukdomar, att inte vara beroende av en annan persons hjälp för att klara av den normala livsföringen och känslan av att vara oberoende av andra var alla faktorer som höjde livskvaliteten hos de äldre (Abolhassani et al. 2019; Lara et al. 2020; Etxeberria et al. 2019).

Fysisk aktivitet var även i många fall direkt kopplat till hälsa eller vice versa, över lag var den fysiska aktiviteten kopplat till de flesta kategorier då det gällde livskvaliteten. Fysisk aktivitet gav förutom rörlighet och styrka, även hälsa, självständighet och en god sömn samt social gemenskap. (Lara et al. 2020) Fysiska aktivitetsprogram visade ett direkt samband mellan ökad fysisk aktivitet och höjd livskvalitet (Rödger et al. 2016; Broekhuisen et al. 2016). Den fysiska aktiviteten skulle utföras för att vara ändamålsenlig ca 150 minuter per vecka (Ćwirlej-Sozańska et al. 2018).

Att kunna röra sig självständigt, att kunna sköta sina ärenden själv och framför allt att kunna röra sig ute och få frisk luft var mycket viktiga faktorer när det gällde de äldre och deras livskvalitet (Rantakokko et al. 2016) Den fysiska aktiviteten påverkade en balanseerad hälsa genom den fysiska, mentala och sociala domänen. Funktionell hälsa var resultatet från den fysiska aktiviteten, mentalt välbefinnande genom aktivt sinne och njutning samt socialt välbefinnande genom den sociala samhörigheten. (Komatsu et al. 2017)

6.4 Utbildningsnivå och ekonomi

God ekonomi var även det en del av livskvaliteten för äldre. Det visade sig att de som hade en god ekonomi hade även en bättre hälsa och upplevde således högre livskvalitet (Bosch-Farré et al. 2020; Read et al. 2016). God ekonomi var kopplat till utbildning och personer med hög akademisk utbildning hade bättre livskvalitet (Read et al. 2016). God ekonomi påverkade även att man kunde välja sitt boende samt hur omgivningen omkring såg ut. Personer med lägre socialt kapital och lägre inkomster hade inte samma

möjligheter att välja, därför var boendet och omgivningen extra viktigt för dem i förhållande till deras livskvalitet (Tan et al. 2019).

Vissa samband mellan livskvalitet och socioekonomiska faktorer visade sig vara förknippade med sämre subjektiv hälsa och välbefinnande. Dessa faktorer var bland annat utbildningsnivå, inkomster, förmögenhet och finansiella tillgångar. (Read et al. 2016) Däremot fanns även ett positivt samband mellan faktorerna högre utbildning, fysisk aktivitet och högre livskvalitet. (Rétsági et al. 2020) Faktorer som att vara man och med hög utbildning var även det direkt kopplat till högre livskvalitet. (Chirinda & Phaswana-Mafuya 2019).

6.5 Hälsa

Trots att hälsa inte är samma som livskvalitet, var hälsa ändå en stor del av livskvaliteten. I forskningarna undersökte man ofta den hälsorelaterade livskvaliteten som främst fokuserade på den fysiska funktionsförmågan och var kopplad till individens egen upplevelse av sin hälsa. Att ha god hälsa var att vara funktionellt oberoende. Hälsotillståndet påverkade de funktionella förmågorna som påverkade eller hindrade strävan efter det man uppfattade som meningsfullt (Seah et al. 2020).

6.5.1 Livsstil

Hälsa sågs som en nyckelfaktor för att acceptera den åldrande processen. Hälsosamma vanor så som mat och/eller fysisk aktivitet fungerade som redskap för ett kunna njuta av livskvalitet då man åldrades. Att känna sig fysisk och emotionellt stark möjliggjorde en bättre acceptans i åldrande processen. (Bosch-Farre´ et al. 2020) Självpuppfattad hälsa var direkt kopplat till livskvalitet. Hur den äldre uppfattade sitt eget hälsotillstånd styrde livsstilen och påverkade oundvikligen livskvaliteten. (Maniscalco et al. 2020)

Hälsosamma matvanor visade på mindre psykisk ohälsa hos de äldre och således bättre välbefinnande. Att vara singel eller änka var faktorer som påverkade matvanorna negativt samt visade det sig att kvinnor hade hälsosammare matvanor än män. Rökning och alkoholkonsumtion var kopplade till högre nivå av psykisk ohälsa och således även påverkade

negativt på välbefinnandet, hälsan, fysiska funktionen och det sociala stödet. (Grønning et al. 2018) Ensamma personer hade en ohälsosammare livsstil, så som ofta förekommande rökning, ett lägre intresse av att gå på hälsoundersökningar, man upplevde större psykisk stress och man hade inte tid att ta hand om sig själv gällande fysisk aktivitet. Detta påverkade livskvaliteten negativt. (Maniscalco et al. 2020)

6.5.2 Objektiv hälsa

Att förbli frisk var ett viktigt primärt tema för ett framgångsrikt åldrande, så som även aktivt engagemang och att hålla en positiv syn på livet. (Carr & Weir 2017) Hälsa var att ha energi, bibehålla energi och uthållighet (Nivestam et al. 2020). Att drabbas av ohälsa och sjukdomar var direkt kopplat till lägre livskvalitet och kunde även ses som genetiskt och inte alltid fast i individen själv (Carr & Weir 2017). Dock var hälsa i många fall relaterad till fysiska och motoriska färdigheter och så länge man kunde röra på sig och orka göra saker upplevde man hälsa (Nivestam et al. 2020), det var inte alltid sjukdomstillståndet i sig som avgjorde om man hade hälsa eller inte.

“We want good health, with our hands and legs functioning, so that life will be easier. We can go anywhere we like, do the things we want.” (Chew See, 73).

(Seah et al. 2020)

6.6 Samhället

Samhället hade en central roll då det gällde att åldras med livskvalitet. Omgivningen, grannskapet, naturen och servicen var viktiga delar. Hur samhället hade det ekonomiskt och vilka insatser samhället gjorde för de äldre var även av betydelse.

6.6.1 Hälsöfrämjande arbete

Samhället kunde stödja hälsosamt åldrande med förebyggande hälsöfrämjande hembesök hos de äldre. På dessa hembesök skulle det vara viktigt att ta upp både positiva och negativa diskussioner för att man skulle kunna kartlägga om det fanns ett problem för att kunna arbeta både hälsöfrämjande och riskförebyggande för att upprätthålla eller förbättra hälsan. Det fanns ett behov av folkhälsoåtgärder med fokus på hälsöfrämjande som riktade

sig till äldre personer, såsom förebyggande hälsofrämjande hembesök. För att stödja äldre människors förmåga att hantera och uppleva god hälsa, måste mentala och fysiska faktorer på samhälls nivå utvecklas. (Nivestam et al. 2020)

Preventiva hembesök som gjordes av sjukskötare, fysioterapeut och socialarbetare i förhållande till den hälsorelaterade livskvaliteten höjde den hälsorelaterade livskvaliteten hos de äldre men avtog direkt då besöken slutade. (Liimatta et al. 2019)

6.6.2 Omgivningen

Hur omgivningen där man bodde var byggd och planerad undersöktes i en del av forskningarna. I de asiatiska länderna där befolkningstätheten var väldigt hög, planerade man in olika former av miljöer innefattande grönområden, servicenätverk etc., för att de äldre skulle trivas bättre. Hur dessa var planerade och byggda inverkar på de äldres välbefinnande. (Gao et al. 2017) Områden med tillgång till sociala och fysiska aktiviteter i närmiljön var av betydelse för livskvaliteten (Huang et al. 2019), samt även tillgången till hälso- och sjukvårdsservice (Carmel et al. 2017). Grannskapet och den sociala sammanhållningen samt hur väl man kunde röra sig/ta sig fram i områden var alla faktorer som påverkade livskvaliteten hos de äldre (Gao et al. 2017). Möjligheten att kunna ta sig ut och få frisk luft var även det viktigt för de äldre och deras livskvalitet (Rantakokko et al. 2016).

6.6.3 Samhällsekonomi

Här kom samhällets kapacitet och ansvar in. Områden som var äldre anpassade, i form av service tillgänglighet, grönområden, parker samt ”gångbarheten” (”walkability”), hur väl man kunde ta sig fram, och hur väl omgivningen fungerade för den äldre påverkade livskvaliteten hos de äldre positivt. (Tan et al. 2019; Nieboer 2018) God kommunal ekonomi (Tran et al. 2018) och gott socialt samhällskapital var faktorer som påverkade de äldres livskvalitet (Lu et al. 2016). Socialt samhällskapital kan spela en kompenserande roll för upprätthållande av äldre människors psykiska hälsa. Det var särskilt viktigt för äldre vuxna som saknade familjestöd och/eller led av social isolering och ensamhet i lokala samhällen. (Lu et al. 2016)

6.7 Sammanfattning

Det sammanfattade resultatet är illustrerat i figur 6 nedan. Paraplyet symboliserar livskvaliteten. Under livskvalitetsparaplyet finns de huvudkategorier som framkom ur denna studies resultat samt under huvudkategorierna finns underkategorierna som tillsammans representerar en god livskvalitet hos den äldre. Regndropparna är de faktorer som påverkar livskvaliteten negativt enligt denna studies resultat.



Figur 6. Livskvalitet enligt tidigare forskning.

7 DISKUSSION

7.1 Resultat diskussion

Studiens syfte var att utifrån tidigare forskning kartlägga hur forskningen beskriver främjandet av livskvaliteten hos den åldrande befolkningen. Samt att utifrån forskningsfrågorna svara på hur individen och samhället kan påverka de faktorer som främjar livskvaliteten hos den åldrande människan. Socialt kapital, personligt kapital, fysisk aktivitet/rörlighet, hälsa, utbildningsnivå och ekonomi samt samhället bildade huvudkategorier ur resultatet och innebörden i dessa korrelerade med Felce och Perrys livskvalitetsteori (Felce & Perry 1997 s. 57-59, 64).

Ur resultatet framkom att den åldrande individen behöver för att uppnå livskvalitet social gemenskap, släkt och vänner, någon att bo med, ett gott äktenskap och goda kontakter till sina barn. Den åldrande individen behöver även fysisk aktivitet och hälsa som är sammankopplade och stöder varandras förutsättningar. Ur resultatet framkom även att den åldrande individen behöver en god ekonomi och utbildning inte enbart ur individperspektiv utan även ur samhällsperspektiv. Trots olika huvudkategorier fanns det ett dynamiskt samband mellan dessa och de inverkade på varandra. Den åldrande individen behöver av alla dessa kategorier för att uppnå livskvalitet. En god livskvalitet ligger i den äldres personliga värderingar, hur man accepterar sitt eget åldrande och vilken inställning man har till det egna livet, detta påverkar utfallet för möjligheterna att uppnå livskvalitet.

7.1.1 Individens egen påverkan på livskvaliteten

En god fysik och en hälsosam livsstil var byggstenarna till upprätthållande av hälsan. Hälsan påverkade de funktionella förmågorna och då man hade dessa kunde man även göra det som kändes meningsfullt för en. Trots att hälsa inte var livskvalitet, upplevdes inte alltid livskvalitet om man inte hade hälsa. Livskvaliteten var individuell och det var de personliga värderingarna som styrde den individuella livskvaliteten. Det som var av stor betydelse för en person hade kanske inte samma betydelse för en annan person. Detta stöds även i Felce och Perrys livskvalitetsteori där alla kategorier till livskvalitet går igenom de personliga värderingarna innan livskvalitet uppnås. För livskvalitet

behövdes delar från alla huvudkategorier, medan förhållandet mellan kategorierna kunde variera och baserade sig på vad som var viktigt för individen, vilket stöds i Felce och Perrys teori om livskvalitet (Felce och Perry 1997) och enligt önskeuppfyllelseteorin (Brülde 2003) där de egna värderingarna styr hur din livskvalitet är. Detta kan innebära att trots t.ex. ohälsa och funktionsnedsättning kan man ändå uppleva livskvalitet om man anser att faktorer som t.ex. vänner har ett högt värde och man har mycket vänskap i sitt liv.

I resultatet framkom viss evidens för att de som accepterat åldrandeprocessen och såg den som någonting positivt upplevde en högre livskvalitet. Självinsikt och personlig utveckling i ett tidigt stadiet i livet där man bör fundera över vad man vill med sitt liv. Den egna inställningen var ändå en av nyckelfaktorerna till en god livskvalitet. En annan aspekt som framkom i resultatet var att man måste vara tillfreds med sig själv och sitt liv. Under livets gång kanske man gifter sig och skaffar barn, där goda familjerelationer till sina barn och ett gott äktenskap ger en god livskvalitet under ålderdomen. Allting kan man dock inte påverka själv, som t.ex. att hitta någon att bo med om man inte har gjort det, och har man inte haft lyckan att få barn kan man ej heller göra någonting åt det, då är det kanske vänner och andra sociala kontakter som fyller ens livskvalitet. Livskvaliteten präglas även av det liv man lever, var man har turen att födas och växa upp. Livskvaliteten är ett vitt begrepp och det beskrivs även i WHO:s definition på livskvalitet. Det grundar sig i individens uppfattning och utifrån kulturen och de värdesammanhang man befinner sig i och att det påverkas av såväl objektiva som subjektiva upplevelser (WHOQOL Group 1996). Ett direkt svar på livskvalitet på individnivå finns kanske inte, enbart ingredienserna, sedan ser resultatet ut olika för alla.

Sammanfattningsvis visade resultatet att upprätthållande av funktionsförmågan och fysisk aktivitet var den del av livskvaliteten som individen kunde till största del påverka själv. Med en god funktionsförmåga var förutsättningarna inom de övriga kategorierna större. Utan funktionsförmåga drabbas man lättare av sjukdom. Man har svårt att upprätthålla sociala aktiviteter och trots att samhället bjuder på innehåll i vardagen försvårar nedsatt funktionsförmåga fritt deltagande och man blir ofta beroende av andra, vilket redan i sig sänker livskvaliteten. Då det är vid 30-35 års ålder som individen börjar åldras är det i det här skedet dags att fundera över hur man som individ vill må och leva sitt liv

då man åldras gällande ens egen livskvalitet. Eftersom kroppens funktioner i det här stadiet är på sin topp och därefter börjar avta (Rundgren & Dehlin 2016 s. 14) skall man senast i denna ålder börja fundera över sin hälsa om man inte redan då har gjort det. Vi behöver läras tidigt i livet att fysisk aktivitet och motion är ordagrant, livsviktigt, så att det blir en livsstil och upprätthålls livet ut.

7.1.2 Samhällets påverkan på livskvaliteten

Beroende på hur samhället mår ekonomiskt och vad samhället väljer att satsa på, påverkar de äldres livskvalitet. För ett åldersvänligt samhälle och ett samhälle som satsar på god livskvalitet för äldre bör man utifrån resultaten satsa på lätt tillgänglig service, samhället skall vara en trygg och säker plats, omgivningen skall vara anpassad för äldre så att de lätt kan ta sig fram och den skall vara estetisk. Utöver detta behöver samhället fundera på de äldres sociala och fysiska aktiviteter. De äldre behöver stöd i att röra på sig och upprätthålla sin funktionsförmåga och de behöver sociala kontakter och meningsfullt innehåll i sitt liv. De behöver även få stöd och hjälp med användningen av modern teknologi för att känna sig självständiga och delaktiga. Finlands kvalitetsrekommendationer för att trygga ett bra åldrande stöder alla dessa punkter (Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30). Det hälsofrämjande arbetet är av stor betydelse och kan i längden vara lönsammare än att åtgärda ohälsa (Feldman et al 2017). Resultatet visade på positiva effekter av hälsofrämjande hembesök, där dessa besök höjde livskvaliteten hos de äldre. Samhället står inför en stor utmaning då de äldre i samhället blir allt fler och de äldre lever längre än någonsin tidigare. Denna problematik har aktiverat såväl forskare som andra styrande organ runt om i världen och man försöker hitta de avgörande faktorerna för att kostnadseffektivt stöda de äldre till en god ålderdom. Detta ligger i såväl samhällets som individens intresse.

Den frivilliga verksamheten hade stor betydelse för de äldre och gav de som fick hjälp och stöd högre livskvalitet och de gav även innehåll och värde för de äldre som kunde vara med i verksamheten och hjälpa andra. Det är ett omfattande arbete som krävs av kommunerna i Finland för att möta upp de äldres behov i förhållande till livskvaliteten utifrån resultatet i denna studie och även utifrån de presenterade kvalitetsrekommendationerna. Detta klarar inte kommunerna ensamma, utan behöver hjälp av olika

organisationer och föreningar, företag, församlingar och andra frivilliga aktörer i samhället. Man behöver även fundera på hur man kan få personer med t.ex. funktionsnedsättning mer socialt aktiva eller hur personer som är socialt isolerade mera aktiva. Förutsättningarna till bland annat aktiviteter skall vara lika för alla och i de finländska kvalitetsrekommendationerna understryks även rättvisan och jämlikheten.

Sammanfattningsvis kan konstateras att utifrån denna studies resultat, gällande livskvaliteten för de äldre, stöder de finländska kvalitetsrekommendationerna livskvalitet i ålderdomen. Livskvaliteten bland de äldre i Finland var på en god nivå enligt forskningsrapporten *"Suomalaisten hyvinvointi 2014"*, där man konstaterade att majoriteten av 80 år fyllda finländare hade bra levnadsförhållanden och en god livskvalitet.

7.2 Metod diskussion

Enligt Mårtensson och Fridlund (2018) skall ett arbete för att anses vara en vetenskaplig forskning uppfylla vissa krav. Det krävs att forskaren har ett kritiskt förhållningssätt till sitt eget arbete och det material som man använt sig av, man skall med hjälp av systematiska utprovade metoder producera ny kunskap med en teoretisk utgångspunkt. Andra skall kunna punktligt följa med alla delar i processen och inget får döljas. Forskaren skall i sitt arbete även presentera hur han gått till väga för att säkerställa kvaliteten och ansvaret för att säkerställa/bedöma kvaliteten ligger hos såväl forskaren som hos läsaren. (Mårtensson & Fridlund 2018 s. 421-424)

Efter en genomgång av tidigare litteratur om livskvalitet upplevdes att det inte fanns ett klart svar på vad livskvalitet är för den äldre befolkningen och därför valdes en systematisk litteraturstudie för att dessa är till fördel då man är vill veta vad som finns forskat inom ett område. Sökordens funktion testades och visade på en omfattande bredd inom området. I efterhand konstaterades att ordet "hälsa" eventuellt begränsade sökresultatet och gjorde att väsentlig litteratur gällande den åldrande individens livskvalitet kan ha uteblivit. Väsentliga forskningar kan även ha uteblivit på grund av avgränsningar som - forskningar publicerade under de senast 5 åren, forskningar endast i fulltext samt forskningar som var tillgängliga utan extra avgifter.

Tanken var att göra en bredare spridning gällande årtalen av de forskningar som skulle analyseras, men resultatet blev ohanterligt då det de senaste åren publicerats många forskningar inom detta område. 2018 har Brian Keum publicerat en artikel där han gjort en litteraturstudie i tre databaser om äldre och välbefinnande mellan åren 1991–2015. Detta gjorde han för att se hur mycket det fanns material inom detta högaktuella ämne eftersom världen idag bör förbereda sig för en åldrande global befolkning. I hans resultat framkom dock att denna grupp enbart var presenterad i 1-2% av artiklarna, beroende på databas. Så han efterlyste således forskningar inom de äldres välbefinnande. Då sökningen gjordes kunde man se en mycket tydlig ökning inom detta område under de senaste fem åren, vilket gjorde att en begränsning gjordes till dessa år. Således kan tänkas att materialresultatet innehöll en heltäckande beskrivning av forskningsområdet.

Inom ramen för detta arbete blev antalet forskningar som skulle gås igenom i största laget. Såväl kvalitetsmässigt som innehållsmässigt gav Academic Search Complete ett mera träffsäkert resultat. PubMed släppte igenom många forskningar/artiklar som borde ha exkluderats med sökstrategin. Det positiva var att forskningarna var av rätt god kvalitet och endast 8 forskningar exkluderades på basen av låg kvalitet. Kvalitetsgranskningen var dock en mycket utmanande del i arbetet. Då forskningarna var 108 till antalet så utvecklades bedömningsfärdigheten under arbetets gång och krävde en ny genomgång av forskningarna för att garantera en tillförlitlig kvalitetsgranskning.

Majoriteten av forskningarna var tvärsnittsstudier, 33st, övriga var longitudinella observationsstudier 8st, interventionsstudier RCT 6st, interventionsstudier utan kontrollgrupp 2st, kvalitativa undersökningar 8st, kohortstudier 6st, litteraturstudier 4st, kvasiexperimentella 1st samt även en fall-kontroll studie. RCT studier – randomiserade kontrollerade studier – och systematiska översikter anses, om de är välgjorda, ha ett högt vetenskapligt värde. Övriga studier som välgjorda kan tillmätas ett högt vetenskapligt värde är kohort- och fall-kontrollstudier. Vissa tvärsnittsstudier kan anses vara av rätt lågt vetenskapligt värde på grund av sin natur – att mätningarna görs vid ett tillfälle kan göra att orsak och följer till utfallet uteblir helt. De kvalitativa studierna är ofta mycket informativa och ger god kunskap och förståelse om fenomenet som studeras. (Rosén 2018 s. 383; Forsberg & Wengström 2013 s. 92-93)

Trots att resultatet innehöll en stor mängd tvärsnittsstudier, upplevdes helheten, på grund av det stora deltagarantalet och antalet forskningar som studerades ha rätt hög kvalitet. De undersökte ofta stora befolkningsgrupper och mätarna de använde sig av var validerade mätare. Forskningarna värderade med låg kvalitet var till antalet endast 8st och de togs inte med i analysen. Orsaker till den låga kvaliteten var bland annat stort bortfall under studiens gång eller oklart tillvägagångssätt. Kvalitetsgranskningen lämnade rum för egna tolkningar och utvärderingar och kan på grund av detta ha påverkat tillförlitligheten. Vi har dock enligt bästa förmåga försökt värdera dessa forskningar, med SBU:s granskningsmallar som stöd, på ett tillförlitligt sätt. Styrkan i detta arbete var att vi hela tiden varit två som granskat och gått igenom alla processer under arbetets gång. Vi har båda gått igenom abstrakten och tillsammans diskuterat vilka forskningar som fyllde kriterierna för denna studie samt har vi analyserat innehållet och tillsammans diskuterat oss fram till kategorierna.

Då man analyserar en systematisk litteraturstudie använder man sig oftast av en metaanalys eller metasyntes. Dessa lämpade sig inte för oss i denna studie då vi sökte bredd inom området och forskningarna i översikten var mycket olika till sin natur. (Rosén & Anttila 2018; Willman & Stoltz 2018) Därför valdes en kvalitativ innehållsanalys där man mera kunde beskriva innehållet och de samlade faktorerna som var kopplade till livskvalitet i forskningarna.

Trots att forskningarna kom från många olika delar av hela världen kunde man se att livskvaliteten i stora drag var av samma värde oberoende plats. Vissa kulturella skillnader fanns men påverkade enbart graden av livskvalitet i de områdena och visade inte på att dessa faktorer skulle på något vis varit annorlunda än i andra delar i världen. Resultatet som var samlat från hela världen och sammanställt är väl överförbart i sin helhet, dock är olika delar i resultatet viktigare i vissa länder och andra viktigare i andra länder, men resultatet är så pass omfattande att alla nyanser är samlade och passar de flesta. Hur samhället kan påverka livskvaliteten hos de äldre är dock en del som inte är lika möjligt på alla ställen i världen på grund av till exempel kulturella eller ekonomiska skillnader.

8 SLUTSATSER

För att kunna påverka livskvaliteten hos de äldre kan man på basen av de resultat som framkom i denna studie samt de rekommendationer som finns representerade kan man utifrån denna studie öka förståelsen för vilka faktorer det är som ger livskvalitet hos de äldre i dagens samhälle. Socialt kapital, personligt kapital, fysisk aktivitet/rörlighet, utbildningsnivå och ekonomi, hälsa subjektiv/objektiv samt samhället var de kategorier som fungerade som grund i livskvaliteten. Genom att få en djupare förståelse för vad livskvalitet är kan individens livskvalitet påverkas ur såväl samhälls- som individperspektiv.

Med tanke på en globalt åldrande befolkning behövs ännu mer kvalitativ forskning inom området livskvalitet för att möta upp de äldres behov för ett gott åldrande. Lyckas man här kan även vi födda på senare delen av 1900-talet se fram emot en ålderdom med god livskvalitet.

KÄLLOR

- Aalto, A-M., Korpilahti, U., Sainio, P., Malmivaara, A., Koskinen, S., Saarni, S., Valkeinen, H. & Luoma, M-L., 2013, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, *Aikuisten geneeriset elämänlaatumittarit terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa sekä terveys- ja kuntoutuspalvelujen vaikutusten arvioinnissa*. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016092224121> Hämtad: 25.2.2021.
- Abolhassani, N., Santos-Eggimann, B., Bula, C., Goy, R., Guessous, I. & Henchoz, Y., 2019. Temporal changes in importance of quality of life domains: a longitudinal study in community-dwelling Swiss older people. *Quality of Life Research*, 28(2), pp. 421-428. Hämtad 3.2.2021.
- Afshar, P.F., Foroughan, M., Vedadhir, A. & Tabatabaei, M.G., 2017. The effects of place attachment on social well-being in older adults. *Educational Gerontology*, 43(1), pp. 45-51. Hämtad 3.2.2021.
- Ahangar, A.A., Khoshmanzar, H., Heidari, B., Bijani, A., Hosseini, R., Gholinia, H., Saadat, P. & Babaei, M., 2019. Prevalence and the Determinants of Physical Activity in an Elderly Cohort of 60 years and more. A Cross-Sectional Case-Control Study. *Ageing International*, 44(4), pp. 399-410. Hämtad 3.2.2021.
- Andersson, L., (Red), 2013, *Socialgerontologi*, Studentlitteratur, Lund.
- Arcada libguides*, 2020, Tillgänglig: <https://libguides.arcada.fi/idrottfysio> Hämtad: 20.10.2020.
- Aw, S., Koh, G.C.H., Tan, C.S., Wong, M.L., Vrijhoef, H.J.M., Harding, S.C., GERonimo, M.A.B. & Hildon, Z.J.L., 2019. Theory and Design of the Community for successful ageing (ComSA) program in Singapore: connecting BioPsychoSocial health and quality of life experiences of older adults. *BMC geriatrics*, 19(1), pp. 254. Hämtad 3.2.2021.
- Bao, C., Yu, Z., Yin, X., Chen, Z., Meng, L., Yang, W., Chen, X., Jin, M., Wang, J., Tang, M. & Chen, K., 2018, The development of the social health scale for the elderly. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16:67. Tillgänglig: <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0899-6> Hämtad: 8.10.2020.

- Boström, M. & Ernsth Bravell, M., 2017, Sexualitet och åldrade. Ernsth Bravell M. (Red), *Äldre och åldrande grundbok i gerontologi*, 2(1), s187-199. Gleerups, Falkenberg.
- Bosch-Farré, C., Malagón-Aguilera, M.C., Ballester-Ferrando, D., Bertran-Noguer, C., Bonmatí-Tomás, A., Gelabert-Vilella, S. & Juvinyá-Canal, D., 2020. Healthy Ageing in Place: Enablers and Barriers from the Perspective of the Elderly. A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), pp. 6451. Hämtad 3.2.2021.
- Bratt, A.S., Stenström, U. & Rennemark, M., 2017. Effects on life satisfaction of older adults after child and spouse bereavement. *Aging & Mental Health*, 21(6), pp. 602-608. Hämtad 3.2.2021.
- Broekhuizen, K., De Gelder, J., Wijsman, C.A., Wijsman, L.W., Westendorp, R.G.J., Verhagen, E., Slagboom, P.E., De Craen, A.J., Van Mechelen, W., Van Heemst, D., Van Der Ouderaa, F. & Mooijaart, S.P., 2016. An Internet-Based Physical Activity Intervention to Improve Quality of Life of Inactive Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 18(4), pp. e74. Hämtad 3.2.2021.
- Brett, C.E., Dykiert, D., Starr, J.M. & Deary, I.J., 2019. Predicting change in quality of life from age 79 to 90 in the Lothian Birth Cohort 1921. *Quality of Life Research*, 28(3), pp. 737-749. Hämtad 3.2.2021.
- Brülde, B., 2003, *Teorier om livskvalitet*, Studentlitteratur, Lund.
- Carmel, S., Raveis, V.H., O`rourke, N. & Tovel, H., 2017. Health, coping and subjective well-being: results of a longitudinal study of elderly Israelis. *Aging & Mental Health*, 21(6), pp. 616-623. Hämtad 3.2.2021.
- Carr, K. & Weir, P.L., 2017. A qualitative description of successful aging through different decades of older adulthood. *Aging & Mental Health*, 21(12), pp. 1317-1325. Hämtad 3.2.20121.

- Cheung, K.S. & Lau, B.H., 2016. Successful aging among Chinese near-centenarians and centenarians in Hong Kong: a multidimensional and interdisciplinary approach. *Aging & Mental Health*, 20(12), pp. 1314-1326. Hämtad 3.2.2021.
- Chirinda, W. & Phaswana-Mafuya, N., 2019. Happy life expectancy and correlates of happiness among older adults in South Africa. *Aging & Mental Health*, 23(8), pp. 1000-1007. Hämtad 3.2.2021.
- Ćwirlej-Sozanska, A.B., Sozanski, B., Wisniowska-Szurlej, A. & Wilmowska-Pietruszynska, A., 2018. Quality of life and related factors among older people living in rural areas in south-eastern Poland. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(3), pp. 539-545. Hämtad 3.2.2021.
- Dahl, A., 2017, Psykologiskt åldrande. Ernst Bravell, M., *Äldre och åldrande en grundbok i gerontologi*, 2(1), s.141-159. Gleerup, Falkenberg.
- Danielson, E., 2018, Kvalitativ innehållsanalys. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, 2(1), s 285-299. Studentlitteratur, Lund.
- Denscombe, M., 2018. *Forskningshandboken – För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Studentlitteratur, Lund.
- Doosti-Irani, A., Nedjat, S., Nedjat, S., Cheraghi, P. & Cheraghi, Z., 2019. Quality of life in Iranian elderly population using the SF-36 questionnaire: systematic review and meta-analysis. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 24(11), pp. 1088-1097. Hämtad 3.2.2021.
- Elo, S. & Kyngäs, H., 2008, The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), pp 107-115. Tillgänglig: <https://academic.csuohio.edu/kneuendorf/c63309/ArticlesFromClassMembers/Amy.pdf>
Hämtad: 3.11.2020.
- Ernst Bravell, M., 2017, Biologiskt åldrande. Ernst Bravell, M. (Red), *Äldre och Åldrande Grundbok i gerontologi*. 2 uppl., Gleerups Falkenberg.

- Ernst Bravell, M. & Edberg, A-K., 2017, Äldres hälsa och välbefinnande, Blomqvist, K., Edberg, A-K., Ernst Bravell, M. & Wijk, H. (Red), *Omvårdnad & Äldre*, Studentlitteratur, Lund.
- Ettxeberria, I., Urdaneta, E. & Galdona, N., 2019. Factors associated with health-related quality of life (HRQoL): differential patterns depending on age. *Quality of Life Research*, 28(8), pp. 2221-2231. Hämtad: 3.2.2021.
- Fallon, C.K. & Karlawish, J., 2019. Is the WHO Definition of Health Aging Well? Frameworks for "Health" After Three Score and Ten. *Am J Public Health*, 109(8), pp. 1104-1106. Hämtad: 12.10.2020.
- Fang, Y., Chau, A.K.C., Wong, A., Fung, H.H. & Woo, J., 2018. Information and communicative technology use enhances psychological well-being of older adults: the roles of age, social connectedness, and frailty status. *Aging & Mental Health*, 22(11), pp. 1516-1524. Hämtad: 3.2.2021.
- Felce, D. & Perry, J., 1997, Quality of life: the scope of the term and its breadth of measurement. Brown, R. (Red), *Quality of Life for people with disabilities second edition, models research and practice*, Google Scholar. Hämtad: 1.4.2021.
- Feldman, I., Johansson, P., Hagberg, L. & Engman, O., 2017, Har vi råd att inte arbeta förebyggande? Hälsoekonomiska analyser som prioriteringsunderlag, *Socialmedicinsk tidskrift*, 2/2017, s. 226-235. Tillgänglig: <https://docplayer.se/114383637-Har-vi-rad-att-inte-arbeta-forebyggande-halsoekonomiska-analyser-som-prioriteringsunderlag.html> Hämtad: 28.5.2021.
- Forsberg, C. & Wengström, Y., 2013, *Att göra systematiska litteraturstudier*, Natur & Kultur, Stockholm.
- Forskningsetiska Delegationen (TENK), 2012, God vetenskaplig praxis (GVP). Tillgänglig: <https://tenk.fi/sv/forskningsfusk/god-vetenskaplig-praxis-gvp> Hämtad: 21.5.2021.

- Forsman, A-K. & Nordmyr, J., 2020 *Att åldras på 2020-Talet: Social Delaktighet som grund för ett gott åldrande*. Tillgänglig: <https://www.agenda.fi/Rapport/att-aldras-pa-2020-talet-social-delaktighet-som-grund-for-ett-gott-aldrande/> Hämtad: 6.10.2020.
- Friedman, E.M., Ruini, C., Foy, R., Jaros, L., Sampson, H. & Ryff, C.D., 2017. Lighten UP! A community-based group intervention to promote psychological well-being in older adults. *Aging & mental health*, 21(2), pp. 199-205. Hämtad: 3.2.2021.
- Friedman, E.M., Ruini, C., Foy, C.R., Ms, Jaros, L., Love, G. & Ryff, C.D., 2019. Lighten UP! A Community-Based Group Intervention to Promote Eudaimonic Well-Being in Older Adults: A Multi-Site Replication with 6 Month Follow-Up. *Clinical gerontologist*, 42(4), pp. 387-397. Hämtad: 3.2.2021.
- Fristedt, S., 2017, Funktionellt åldrande, Ernsth Bravell, M. (Red), *Äldre och Åldrande Grundbok i gerontologi*. 2 uppl., Gleerups, Falkenberg.
- Fuller-Iglesias, H., Antonucci, T., Fuller-Iglesias, H. & Antonucci, T.C., 2016. Familism, Social Network Characteristics, and Well-being among Older Adults in Mexico. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 31(1), pp. 1-17. Hämtad: 3.2.2021.
- Galli, R., Moriguchi, E.H., Bruscato, N.M., Horta, R.L. & Pattussi, M.P., 2016. Active aging is associated with low prevalence of depressive symptoms among Brazilian older adults. *Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology*, 19(2), pp. 307-316. Hämtad: 3.2.2021.
- Gao, J., Weaver, S.R., Fu, H., Jia, Y. & Li, J., 2017. Relationships between neighborhood attributes and subjective well-being among the Chinese elderly: Data from Shanghai. *BioScience Trends*, 11(5), pp. 516-523. Hämtad: 3.2.2021.
- González-Rubio, E., San Mauro, I., López-Ruiz, C., Díaz-Prieto, L., Marcos, A. & Nova, E., 2016. Relationship of moderate alcohol intake and type of beverage with health behaviors and quality of life in elderly subjects. *Quality of Life Research*, 25(8), pp. 1931-1942. Hämtad: 3.2.2021.

- Groessler, E.J., Kaplan, R.M., Rejeski, W.J., Katula, J.A., Glynn, N.W., King, A.C., Anton, S.D., Walkup, M., Lu, C.J., Reid, K., Spring, B. & Pahor, M., 2019. Physical Activity and Performance Impact Long-term Quality of Life in Older Adults at Risk for Major Mobility Disability. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(1), pp. 141-146. Hämtad: 3.2.2021.
- Groop, J., 2016, Kostnaderna fortsätter att öka: Hur kan utvecklingen påverkas? I: Henriksson, L. (red), *Perspektiv på vården i verkligheten*, Agenda. Tillgänglig: <https://www.agenda.fi/Rapport/perspektiv-pa-varden-i-verkligheten/#kostnaderna-fortsatter-att-oka-hur-kan-utvecklingen-paverkas-johan-groop> Hämtad: 30.10.2019.
- Grønning, K., Espnes, G.A., Nguyen, C., Rodrigues, A.M.F., Gregorio, M.J., Sousa, R., Canhão, H. & André, B., 2018. Psychological distress in elderly people is associated with diet, wellbeing, health status, social support and physical functioning- a HUNT3 study. *BMC geriatrics*, 18(1), pp. 205. Hämtad: 3.2.2021.
- Gustafsson, S., Berglund, H., Faronbi, J., Barenfeld, E. & Ottenvall Hammar, I., 2017. Minor positive effects of health-promoting senior meetings for older community-dwelling persons on loneliness, social network, and social support. *Clinical interventions in aging*, 12, pp. 1867-1877. Hämtad: 3.2.2021.
- Hagberg, B. & Rennemark, M., 2004., *Den åldrande människans psykologi Ett livsloppsperspektiv*. Studentlitteratur, Lund.
- Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., Steinmann, S., Weyerer, S., Werle, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Stein, J., Luck, T., Bickel, H., Mösch, E., Wolfsgruber, S., Hesel, K., Maier, W., Scherer, M., Riedel-Heller, S. & König, H., 2016. Gender differences in the effect of social support on health-related quality of life: results of a population-based prospective cohort study in old age in Germany. *Quality of Life Research*, 25(5), pp. 1159-1168. Hämtad: 3.2.2021.
- Hasan, H. & Linger, H., 2016. Enhancing the wellbeing of the elderly: Social use of digital technologies in aged care. *Educational Gerontology*, 42(11), pp. 749-757. Hämtad: 3.2.2021.

- Henchoz, Y., Abolhassani, N., Büla, C., Guessous, I., Goy, R. & Santos-Eggimann, B., 2019. Change in quality of life among community-dwelling older adults: population-based longitudinal study. *Quality of Life Research*, 28(5), pp. 1305-1314. Hämtad: 3.2.2021.
- Huang, N., Chu, C., Kung, S. & Hu, S.C., 2019. Association of the built environments and health-related quality of life in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. *Quality of Life Research*, 28(9), pp. 2393-2407. Hämtad: 3.2.2021.
- Jacobsen, D.I., 2012. *Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Studentlitteratur, Lund.
- Jylhä, M., Enroth, L. & Halonen, P., 2019, Vanhoista vanhimpien terveys ja toimintakyky, *Duodecim*, 135, s 1085-1091. Tillgänglig: <https://www.duodecimlehti.fi/duo14950> Hämtad: 27.10.2020.
- Kadariya, S., Gautam, R. & Aro, A.R., 2019. Physical Activity, Mental Health, and Wellbeing among Older Adults in South and Southeast Asia: A Scoping Review. *BioMed research international*, 2019, pp. 6752182. Hämtad: 3.2.2021.
- Karlsson, E., 2018, Informationssökning. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, 2(1), pp. 81-97. Studentlitteratur, Lund.
- Karppinen, H., Pitkälä, K.H., Kautiainen, H., Tilvis, R.S., Valvanne, J., Yoder, K. & Strandberg, T.E., 2017. Changes in disability, self-rated health, comorbidities and psychological wellbeing in community-dwelling 75–95-year-old cohorts over two decades in Helsinki. *Scandinavian journal of primary health care*, 35(3), pp. 279-285. Hämtad: 3.2.2021.
- Kato, K., Zweig, R., Schechter, C.B., Barzilai, N. & Atzmon, G., 2016. Positive attitude toward life, emotional expression, self-rated health, and depressive symptoms among centenarians and near centenarians. *Aging & Mental Health*, 20(9), pp. 930-939. Hämtad: 3.2.2021.

- Kell, K.P. & Rula, E.Y., 2019. Increasing exercise frequency is associated with health and quality-of-life benefits for older adults. *Quality of Life Research*, 28(12), pp. 3267-3272. Hämtad: 3.2.2021.
- Keum, B.T., 2018. Older adult research in the *Journal of Counseling Psychology, The Counseling Psychologist, and Counselling Psychology Quarterly*: A 15-year review and implications for research. 31(4), pp. 446-459. Hämtad: 7.10.2020.
- Khalaila, R. & Vitman-Schorr, A., 2018. Internet use, social networks, loneliness, and quality of life among adults aged 50 and older: mediating and moderating effects. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(2), pp. 479-489. Hämtad: 3.2.2021.
- Kjällström, S., 2018. Forskningsetik. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, 2(1), pp. 57-79. Studentlitteratur, Lund.
- Komatsu, H., Yagasaki, K., Saito, Y. & Oguma, Y., 2017. Regular group exercise contributes to balanced health in older adults in Japan: a qualitative study. *BMC geriatrics*, 17(1), pp. 190. Hämtad: 3.2.2021.
- Kristensson, J. & Jakobsson, U., 2010, Olika perspektiv på åldrandet, Ekwall, A. (Red.), *Äldres hälsa och ohälsa -en introduktion till geriatrisk omvårdnad*, s.16-18. Studentlitteratur, Lund.
- Ladusingh, L. & Gangbam, S., 2016. Domains and Determinants of Well-Being of Older Adults in India. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 31(1), pp. 89-111. Hämtad: 3.2.2021.
- Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre* 28.12.2012/980, Finlex. Tillgänglig: <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980> Hämtad: 23.11.2019.

- Lara, E., Martín-María, N., Forsman, A.K., Cresswell-Smith, J., Donisi, V., Ådmames, M., Kaasboll, J., Melby, L., Nordmyr, J., Nyholm, L., Rabbi, L., Amaddeo, F. & Miret, M., 2020. Understanding the Multi-Dimensional Mental Well-Being in Late Life: Evidence from the Perspective of the Oldest Old Population. *Journal of Happiness Studies*, 21(2), pp. 465-484. Hämtad: 3.2.2021.
- Lifshitz, R., Nimrod, G. & Bachner, Y.G., 2019. Spirituality and wellbeing in later life: a multidimensional approach. *Aging & Mental Health*, 23(8), pp. 984-991. Hämtad: 3.2.2021.
- Liimatta, H., Lampela, P., Laitinen-Parkkonen, P. & Pitkala, K.H., 2019. Effects of preventive home visits on health-related quality-of-life and mortality in home-dwelling older adults. *Scandinavian journal of primary health care*, 37(1), pp. 90-97. Hämtad: 3.2.2021.
- Lima, G.S., Souza, I.M.O., Storti, L.B., Silva, Mônica Maria D Jesus, Kusumota, L. & Marques, S., 2019. Resilience, quality of life and symptoms of depression among elderlies receiving outpatient care. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27, pp. e3212. Hämtad: 3.2.2021.
- Lindqvist, E., 2016, *Äldres hälsa och livskvalitet*, Gleerups, Malmö.
- Lu, N., Lum, T.Y.S. & Lou, V.W.Q., 2016. The impacts of community social capital on the life satisfaction of older adults in Hong Kong: the moderator role of inter-generational family capital. *Aging & Mental Health*, 20(11), pp. 1213-1220. Hämtad: 3.2.2021.
- Lundin-Olsson, L. & Rosendahl, E., 2012, Fysisk aktivitet för äldre personer. Nordberg, A., Lundman, B. & Santamäki, F. (Red), *DET GODA ÅLD RAND E T*, Studentlitteratur, Lund.
- Malmberg, B. & Ågren, M., 2017, Socialt Åldrande. Ernsth Bravell, M. (Red), *Äldre och Åldrande grundbok i gerontologi*. 2 uppl., Gleerups, Falkenberg.

- Maniscalco, L., Miceli, S., Bono, F. & Matranga, D., 2020. Self-Perceived Health, Objective Health, and Quality of Life among People Aged 50 and Over: Interrelationship among Health Indicators in Italy, Spain, and Greece. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), pp. 2414. Hämtad: 3.2.2021.
- Michéle, J., Guillaume, M., Alain, T., Nathalie, B., Claude, F. & Kamel, G., 2019. Social and leisure activity profiles and well-being among the older adults: a longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 23(1), pp. 77-83. Hämtad 3.2.2021.
- Mårtensson, J. & Fridlund, B., 2018. Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, 2(1), pp. 421-438. Studentlitteratur, Lund.
- Nationalencyklopedin*, 2021. Tillgänglig: [socialgerontologi - Uppslagsverk - NE.se \(arcada.fi\)](https://socialgerontologi.uu.se/arcada.fi) Hämtad: 8.2.2021.
- Netuveli, G. & Blane D., 2008, *Quality of life in older ages*. Tillgänglig: https://www.researchgate.net/publication/5571528_Quality_of_Life_in_Older_Ages Hämtad 24.3.2021.
- Nieboer, A.P. & Cramm, J.M., 2018. Age-Friendly Communities Matter for Older People's Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 19(8), pp. 2405-2420. Hämtad 3.2.2021.
- Nilsson, M., 2004, Att vara äldre. Blomqvist, K. & Edberg, A-K., (Red) 2004, *Att vara äldre "man har ju sina krämpor"*. Studentlitteratur, Lund.
- Nimrod, G., 2018. Technophobia among older Internet users. *Educational Gerontology*, 44(2), pp. 148-162. Hämtad 3.2.2021.
- Nivestam, A., Westergren, A., Petersson, P. & Haak, M., 2020. Factors associated with good health among older persons who received a preventive home visit: a cross-sectional study. *BMC public health*, 20(1), pp. 688. Hämtad 3.2.2021.

- Okabayashi, S., Kawamura, T., Wakai, K., Ando, M., Tsushita, K., Ohira, H., Ukawa, S. & Tamakoshi, A., 2019. Lifestyle and psychosocial factors and a decline in competence in daily living among Japanese early elderly people: from an age-specified community-based cohort study (NISSIN project). *Environmental health and preventive medicine*, 24(1), pp. 28. Hämtad 3.2.2021.
- Pensionsskyddscentralen*, 2020. Förväntad livslängd och försörjningskvot. Tillgänglig: <https://www.etk.fi/sv/arbete-och-pension-utomlands/internationell-jamforelse/pensionsalder/forvantad-livslangd-och-forsorjningskvot/> Hämtad: 08.10.2020.
- Pius, A., Mini, G.K. & Thankappan, K.R., 2019. Health Related Quality of Life and it's Correlates among Older Adults in Rural Pathanamthitta District, India: a Cross Sectional Study Using SF-36. *Ageing International*, 44(3), pp. 271-282. Hämtad 3.2.2021.
- Rantakokko, M., Portegijs, E., Viljanen, A., Iwarsson, S., Kauppinen, M. & Rantanen, T., 2016. Changes in life-space mobility and quality of life among community-dwelling older people: a 2-year follow-up study. *Quality of Life Research*, 25(5), pp. 1189-1197. Hämtad 3.2.2021.
- Read, S., Grundy, E. & Foverskov, E., 2016. Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging & Mental Health*, 20(5), pp. 529-542. Hämtad 3.2.2021.
- Rennemark, M. & Bratt, A., 2020. *Psykologiska perspektiv på åldrande och hälsa*. Studentlitteratur, Lund.
- Rétsági, E., Prémusz, V., Makai, A., Melczer, C., Betlehem, J., Lampek, K., Ács, P. & Hock, M., 2020. Association with subjective measured physical activity (GPAQ) and quality of life (WHOQoL-BREF) of ageing adults in Hungary, a cross-sectional study. *BMC public health*, 20, pp. 1061. Hämtad 3.2.2021.

- Rillamas-Sun, E., Lamonte, M.J., Evenson, K.R., Thomson, C.A., Beresford, S.A., Coday, M.C., Manini, T.M., Li, W. & Lacroix, A.Z., 2018. The Influence of Physical Activity and Sedentary Behavior on Living to Age 85 Years Without Disease and Disability in Older Women. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 73(11), pp. 1525-1531. Hämtad 3.2.2021.
- Rosén, M., 2018, Systematisk litteraturöversikt, I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, 2(1), pp. 375-389. Studentlitteratur, Lund.
- Rosén, M. & Anttila, S., 2018, Metaanalys, I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, 2(1), pp. 391-398. Studentlitteratur, Lund.
- Rundgren, Å. & Dehlin, O., 2016. *Människans funktionella åldrande.*, Studentlitteratur, Lund.
- Rödger, L., H Jonsdottir, I. & Börjesson, M., 2016. Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. *Scandinavian journal of primary health care*, 34(4), pp. 443-452. Hämtad 3.2.2021.
- Şahin, D.S., Özer, Ö & Yanardag, M.Z., 2019. Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*, 45(1), pp. 69-77. Hämtad 3.2.2021.
- SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. Version 2013-05-16 Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Tillgänglig: www.sbu.se/metodbok Hämtad: 19.10.2020.
- Seah, B., Espnes, G.A., Ang, E.N.K., Lim, J.Y., Kowitlawakul, Y. & Wang, W., 2020. Supporting the mobilization of health assets among older community dwellers residing in senior-only households in Singapore: a qualitative study. *BMC geriatrics*, 20(1), pp. 411. Hämtad 3.2.2021.

- Shen, K., Zhang, B. & Feng, Q., 2019. Association between tea consumption and depressive symptom among Chinese older adults. *BMC geriatrics*, 19(1), pp. 246. Hämtad 3.2.2021.
- Skog, M. & Grafström, M., 2013, *Äldres hälsa och livskvalitet*, Sanoma utbildning Ab, Stockholm.
- Smith, J.L. & Bryant, F.B., 2019. Enhancing positive perceptions of aging by savoring life lessons. *Aging & Mental Health*, 23(6), pp. 762-770. Hämtad 3.2.2021.
- Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2020:30*, Kvalitetsrekommendation för att trygga ett bra åldrande och förbättra servicen 2020-2023: Målet är ett åldersvänligt Finland. Tillgänglig: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-7192-9> Hämtad: 8.10.2020.
- Statistikcentralen, 2019/2. Den förväntade livslängden. Tillgänglig: https://www.stat.fi/til/kuol/2018/01/kuol_2018_01_2019-10-24_tie_001_sv.html Hämtad: 08.10.2020.
- Statistik- och indikatorbanken Sotkanet.fi © Institutet för hälsa och välfärd 2005–2020, CC BY 4.0. Tillgänglig: <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/metadatas/indicators/761> Hämtad: 07.10.2020.
- Štulhofer, A., Jurin, T., Graham, C., Enzlin, P. & Traeen, B., 2019. Sexual Well-Being in Older Men and Women: Construction and Validation of a Multi-Dimensional Measure in Four European Countries. *Journal of Happiness Studies*, 20(7), pp. 2329-2350. Hämtad 3.2.2021.
- Tajvar, M., Grundy, E. & Fletcher, A., 2018. Social support and mental health status of older people: a population-based study in Iran-Tehran. *Aging & Mental Health*, 22(3), pp. 344-353. Hämtad 3.2.2021.
- Tan, Z., Lau, K.K., Roberts, A.C., Chao, S.T. & Ng, E., 2019. Designing Urban Green Spaces for Older Adults in Asian Cities. *International journal of environmental research and public health*, 16(22), pp. 4423. Hämtad 3.2.2021.
- Tornstam, L., 2011, *Åldrandets socialpsykologi*, 8 uppl., Norstedts, Stockholm.

- Tran, T.Q., Nguyen, C.V. & Van Vu, H., 2018. Does Economic Inequality Affect the Quality of Life of Older People in Rural Vietnam? *Journal of Happiness Studies*, 19(3), pp. 781-799. Hämtad 3.2.2021.
- Tran, T., Hammarberg, K., Ryan, J., Lowthian, J., Freak-Poli, R., Owen, A., Kirkman, M., Curtis, A., Rowe, H., Brown, H., Ward, S., Britt, C. & Fisher, J., 2019. Mental health trajectories among women in Australia as they age. *Aging & Mental Health*, 23(7), pp. 887-896. Hämtad 3.2.2021.
- Tseng, Y., Liu, S.H., Lou, M. & Huang, G., 2018. Quality of life in older adults with sensory impairments: a systematic review. *Quality of Life Research*, 27(8), pp. 1957-1971. Hämtad 3.2.2021.
- Turner, J., Greenawalt, K., Goodwin, S., Rathie, E. & Orsega-Smith, E., 2017. The development and implementation of the Art of Happiness intervention for community-dwelling older adults. *Educational Gerontology*, 43(12), pp. 630-640. Hämtad 3.2.2021.
- Vaarama, M., Mikkilä, S. & Hannikainen-Ingman, K., 2014, Hyvinvointi ja Hyvinvointierot, Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P & Muuri, A. (Red), 2014, *Suomalaisten Hyvinvointi 2014*. Tillgänglig: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125340/THL_TEE022_2014verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y Hämtad 25.2.2021.
- Veenhoven, R., 2000, The four qualities of life ordering concepts and measures of the good life, *Journal of Happiness studies*. Tillgänglig: https://www.researchgate.net/publication/254803698_The_Four_Qualities_of_Life_Ordering_Concepts_and_Measures_of_the_Good_Life Hämtad 5.4.2021.
- Ward, M., McGarrigle, C.A. & Kenny, R.A., 2019. More than health: quality of life trajectories among older adults-findings from The Irish Longitudinal Study of Ageing (TILDA). *Quality of Life Research*, 28(2), pp. 429-439. Hämtad 3.2.2021.
- Willman, A. & Stoltz, P., 2018, Metasyntes, I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*, 2(1), pp. 399-410. Studentlitteratur, Lund.

- Withall, J., Thompson, J.L., Fox, K.R., Davis, M., Gray, S., De Koning, J., Lloyd, L., Parkhurst, G. & Stathi, A., 2018. Participant and Public Involvement in Refining a Peer-Volunteering Active Aging Intervention: Project ACE (Active, Connected, Engaged). *The Gerontologist*, 58(2), pp. 362-375. Hämtad 3.2.2021.
- WHO, World Health Organization, 2017, *Global strategy and action plan on ageing and health*. Tillgänglig: <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1> Hämtad 7.10.2020.
- The WHOQOL Group (1996)*, WHOQOL-BREF – Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. The World Health Organization, Geneva. apps.who.int. Tillgänglig: Hämtad 25.3.2021.
- Xu, L., Li, Y., Min, J. & Chi, I., 2017. Worry about not having a caregiver and depressive symptoms among widowed older adults in China: the role of family support. *Aging & Mental Health*, 21(8), pp. 879-888. Hämtad 3.2.2021.
- Yamashita, T., Keene, J., R., Moonie, S., A., Shien, J.J., Pharr, J., R. & Yoo, J.W., 2018. Literacy activity and health among older adults in the USA. *Educational Gerontology*, 44(10), pp. 627-638. Hämtad 3.2.2021.
- Zali, M., Farhadi, A., Soleimanifar, M., Allameh, H. & Janani, L., 2017. Loneliness, fear of falling, and quality of life in community-dwelling older women who live alone and live with others. *Educational Gerontology*, 43(11), pp. 582-588. Hämtad 3.2.2021.

Bilaga 1

Nr	Författare, år	Design, metod	Deltagare, land	Livskvalitetsfaktorer av betydande roll Meningsenheter	Kvalitet
1.	Abolhassani et al, 2019	Longitudinell, kohortstudie – 2011 och 2016 The Lausanne kohort 65+.	1947 mellan åldern 68-77. <u>Schweiz.</u>	Rangordning av domänen: -Hälsa och rörlighet -Känslan av säkerhet -Autonomi -Nära omgivning -Uppskattning och erkännande -Materiella resurser -Socialt och kulturellt liv Denna rangordning höll i dessa fem år, förutom gällande uppskattning och hälsa och materiella resurser – som bytte plats.	Hög
2.	Afshar et al, 2017	Tvårsnittsstudie Flerstegs klusterurval Deskriptiv analys	550 deltagare 60-94 år, medelålder 66,39. <u>Iran.</u>	Anknytning till en plats och sociala relationer -> påverkar det sociala välbefinnandet hos äldre vuxna. Ändringar i komponenter som tillhör omgivningen påverkar välbefinnande hos de äldre.	Medel
3.	Ahangar et al, 2019	Tvårsnitt Fall-kontrollstudie	1297 60 år och äldre, medelålder 70,15 Deltagare i AHAP projekt 2011 i norra <u>Iran.</u>	Utgångsläge – nedgång i fysisk aktivitet leder till sänkt livskvalitet. Kvinnligt kön Bra arm muskelstyrka Högre utbildningsnivå Åldern är den faktorn som mest påverkar den fysiska aktiviteten	Medel
4.	Aw et al, 2019	Tvårsnittsstudie. En del av en longitudinellstudie gjord 2016-2018.	321 deltagare medelåldern 70 år från Whampoa i <u>Singapore.</u>	Självuppfattning om åldrandet, livstillfredsställelse, interpersonell kommunikation, samhällsengagemang och socialt stöd.	Medel
5.	Bosch-Farré et al, 2020	En kvalitativ studie. Induktiv och deduktiv Tematisk analys användes.	71 äldre medvetet utvalda medelåldern 75,9 år. Från hälsoregionen Girona i Catalonia Spanien	Ha tillräckligt stark fysisk och psykisk hälsa för att kunna leva utan komplikationer, att ha en familj i närheten som har det bra och ha en stabil ekonomi	Medel
6.	Bratt et al, 2017	Longitudinell Tvärvetenskaplig Slumpmässigt urval	1402 deltagare, 817 kvinnor och 585 män i åldern 60-96 deltog i undersökningen i Blekinge, <u>Sverige.</u>	Negativt för livskvalitet – sorg efter barn/make/maka Sörjande män hade lägre livskvalitet än sörjande kvinnor.	Medel/ hög
7.	Broekhuisen et al, 2016	Interventionsstudie Slumpmässigt urval	Interventionsgrupp n=119. Kontrollgrupp n=116. 60-70 åriga inaktiva äldre. <u>Nederländerna.</u>	Fysiska aktivitetsprogram (även internet baserade) -> orsaken till höjd livskvalitet anses vara den ökade mängden fysisk aktivitet gjord. Höjd livskvalitet speciellt inom den emotionella och mentala delen samt inom hälsa över lag.	Medel
8.	Brett et al, 2019	Kohortstudie Longitudinell	Vid 79 år deltog 550 personer (alla födda 1921). Vid ålder 80-81 deltog 497 av dessa i en ny undersökning. Samma även vid ålder 83 och 87. Vid 90 års ålder var det endast 129 kvar som var kapabla att delta i den slutliga undersökningen. <u>Scotland.</u>	Självskattad hälsa Att inte vara ensam och att avsaknaden av funktionell och sinnes nedgång. Livskvaliteten hos äldre är fast i hur livskvaliteten var man var yngre. Livskvaliteten är inte känslig för kortvariga förändringar utan visar sig vara stabil i de äldre åren.	Medel/ hög
9.	Carmel et al, 2017	Longitudinell Slumpmässigt urval	Vid baslinjen intervjuades 1216 äldre, (75+) medelålder 81,1 år, personer och 1019 ett år senare. Bosatta i tre stora städer i <u>Israel.</u>	God hälsa och funktion, att förebygga sjukdom och olyckor för att behålla livskvalitet anses viktigt God tillgänglig hälsovårdsservice ökar subjektiva välbefinnandet.	Medel
10.	Carr & Weir, 2017	Kvalitativ deskriptiv design. Strategiskt urval.	42 i ålder 65-97 år (medelålder 79,6 år) Deltagarna grupperades efter årtionden i livet: 65-74 år (n=17), 75-84 år (n=17) och 85 år och äldre (n=8) Canada.	Primära teman – med underliggande sekundära teman (1) förbli frisk - Genetik, Livsstilsval (2) upprätthålla ett aktivt engagemang i livet - Socialt engagemang, Kognitivt engagemang, Socialt stöd, stödande nätverk, Framgångsrikt äktenskap, Ekonomisk trygghet	Hög/ medel

				(3) hålla en positiv syn på livet. -Acceptans och anpassning till ålderdomen	
11.	Cheung & Lau, 2016	Tvårsnittsstudie Flerdimensionellt och tvärvetenskapligt synsätt	120 hundraåringar med ett åldersintervall på 95-108 år från studien The Hong Kong Centenarian Study (HKCS) 2010 n=153 Urvalet var övervägande kvinnor (74,2%), de flesta deltagare födda i <u>Kina</u> (84,2%) och på landsbygden	För biomarkörer var framgångsrikt åldrande relaterat till högre lipoproteinkolesterol med hög densitet vilket tenderar att vara relaterat till bättre kognitiv kapacitet. Bo med familjemedlemmar Färre sjukdomar Färre hinder för att utföra sociala aktiviteter Högre nivå av optimism	Medel/ hög
12.	Chirinda & Phaswana-Mafuya, 2019	Tvårsnittsstudie	3840 deltagare 50 år och äldre. <u>Södra Afrika</u> .	God hälsa -> lycka Pensionering Fysisk rörlighet	Hög
13.	Cwirlej-Sozanska et al, 2018	Tvårsnittsstudie. Slumpmässigt urval	973 respondenter, 549 kvinnor och 424 män i åldern 60–80 år, medelålder 69,6 år. Deltagarna bodde på landsbygden i sydöstra <u>Polen</u>	Fysisk aktivitet 150 minuter per vecka, utbildning, samboende och socialt deltagande.	Medel
14.	Doosti-Irani et al, 2019	Systematisk litteraturstudie och metaanalys.	Av 2150 studier inkluderades 15, studier från internationella databaser. 16914 iranska äldre med en medelålder på 70.31 år. <u>Iran</u> .	Faktorer som ålder, kronisk sjukdom, rökning, alkoholkonsumtion, otillräcklig träning och brist på fysisk undersökning är förknippad med låg hälsorelaterad livskvalitet. Livskvalitet för äldre människor som lever i sina egna hem är bättre än hos dem som bor i ett vårdhem, eftersom äldre i sitt eget hem fick emotionellt och fysiskt stöd från deras familj	Medel
15.	Etxeberria et al, 2019	Tvårsnittsstudie	257 äldre, 65-104 år, delats i två grupper 65-84 år och 85år+. <u>Spanien</u> .	Inställningen och förmågan att hantera negativa saker påverkar livskvaliteten stark. Ett positivt tänkande ger positiva utfall och ett negativt mera negativa utfall – man är inte alltid så kapabel att själv komma ur en negativ inställning och här kan insatser sättas in för att hjälpa och stöda de äldre i sina situationer. Den andra stora gruppen som påverkar starkt är förmågan att kunna sköta de grundläggande aktiviteterna i vardagen för att ta hand om sig själv.	Hög
16.	Fang et al, 2018	Tvårsnittsstudie Slumpmässigt urval	1201 deltagare i åldern 50 och över bosatta i Hong Kong, <u>Kina</u> . 2016.	PWB förbättrades Känsla av att vara aktiv, delta och hålla sig uppdaterad. Bevarande av självständighet. Att kunna sköta sina affärer själv via nätet tex handel, bank osv	Medel
17.	Friedman et al, 2017	Interventionsstudie – pre- och postundersökning.	103 män och kvinnor i åldern 60 år eller äldre, Deltagarna placerades i grupper om 12–15. Av de 103 deltagarna slutförde 88 programmet. <u>USA</u> .	Att lära sig att identifiera och njuta av positiva upplevelser över flera domäner av eudaimoniskt välbefinnande. Länkarna mellan flera dimensioner av hälsa och eudaimoniska aspekter av välbefinnande, såsom mening i livet, tyder på att program som hjälper äldre vuxna att upprätthålla eller öka välbefinnandet också kan leda till breda förbättringar i livslängd och livskvalitet.	Medel
18.	Friedman et al, 2019	Observationsstudie. Longitudinell. Multi-site design	Män och kvinnor (N = 169) i åldern 60 år och äldre rekryterades från tre Wisconsin-samhällen, <u>USA</u> .	Självacceptans, positiva relationer och personlig tillväxt	Hög/ medel
19.	Fuller-Iglesias & Antonucci, 2016	Tvårsnitt Randomiserat urval	Ett urval av 556 äldre vuxna (50–99 år) Medelålder på 67,2. <u>Mexiko</u> .	Om familjen värderas högt rapporterades en bättre hälsa Familism kan ses som en förebyggande faktor när det gäller välbefinnandet hos de äldre vuxna i Mexiko.	Medel
20.	Galli et al, 2016	En befolkningsbaserad tvårsnittsstudie Slumpmässigt urval	1006 äldre vuxna, 60 år eller äldre, från en liten brasiliansk kommun. De flesta av de äldre var: vita, gifta och kvinnor. Medelåldern 73 år. <u>Brazilien</u> .	Att vara i arbetslivet, fysisk aktivitet eller kroppsligt arbete, läsning som intresse och att prata ofta med vänner -> lägre depressiva symptom -> högre livskvalitet. Gruppaktivitet. Deltagande i olika grupper minskade (starka bevis) även på symptom av depression	Medel/ låg
21.	Gao et al, 2017	Tvårsnittsstudie	2719 äldre, 60 år och uppåt i <u>Kina</u> från 47 olika grannskapsområden.	Estetiska grannskapsområden	Medel
22.	González-Rubio et al, 2016	Observationsstudie Tvärsnittsstudie	231 deltagare i åldern 55-85 år -Frivilligt deltagande - April 2012 and June 2013 BMI 18,5-30. <u>Spanien</u> .	Måttlig alkoholförbruk -> mera aktiv livsstil -> högre livskvalitet Även bättre mental hälsa. Ett glas vin om dagen	Medel

23.	Groessler et al, 2019	Multisite RCT Longitudinell	1,635 stillasittande äldre vuxna 70-89 år med risk för att få rörelsenedsättning under åren 2010-2011. USA .	Fysisk aktivitet	Hög
24.	Grønning et al, 2018	Tvårsnittsstudie	11621 deltagare 65 år och äldre. Norge .	Hälsosam diet, att vara kvinna, bo med någon, ej röka, mindre alkoholkonsumtion. Att vara social och att vara i samspel med familj och vänner är av stor betydelse för både att äta hälsosamt och för att upprätthålla en god psykisk hälsa.	Medel/hög
25.	Gusafsson et al, 2017	Sekundärdata från två randomiserade kontroll studier	459 och 131 deltagare. Sverige .	Hälsöfrämjande möten hade en positiv påverkan, då de äldre visste vem man kunde ställa frågor till.	Hög
26.	Hajek et al, 2016	Longitudinell Kohortstudie Redan gjord under åren 2003 och 2004 och sedan med 1,5 års mellanrum.	En befolkningsbaserad kohort av personer 75 år och äldre i Tyskland - vid baslinje N-3327 Våg 2 – N-2243 Våg 3 – N-1618	Resultat betonar den grundläggande rollen för socialt stöd i HRQoL i ålderdomen. Särskilt hos män.	Medel/hög
27.	Hasan & Linger, 2016	En 2-årig aktionsforskning. Kvalitativ	50-98 år, de flesta dock över 70 år. 9 deltagare på ett privat boende samt 21 deltagare från ett offentligt boende, varav 3 dog under perioden. Australien .	Sammanhang, självkänsla och egenvärde, personlig utveckling, produktivitet, sysselsättning, självförsörjning, att ha kontroll samt njutning, är faktorer som kommer fram i denna studie som bidrar till bättre livskvalitet utifrån deltagarnas egen syn.	Medel
28.	Henchoz, 2019.	Kohortstudie Longitudinell Startade 2004, i denna studie undersöktes åren 2011 och 2016	1845 äldre mellan åldrarna 68-77 som deltog i båda undersökningarna, 2011 som 2016. Schweiz .	Gruppaktiviteter, ålder, hur man bor, sinnesstämning (frånvaro av depression) Livskvaliteten minskade minst hos de som hade högre ålder, lägre utbildning, mångsjuka och bodde ensamma.	Medel/hög
29.	Huang et al, 2019	Tvårsnittsstudie	1222 äldre vuxna, 65 år och äldre. Medelålder 74,13. Taiwan .	Fysisk och social aktivitet.	Medel
30.	Kadariya et al, 2019	Systematisk narrativ studie	Äldre personer över 60 år, hemmaboende, eller boenden i samhällen, stödboende eller åldringshem. Taiwan, Pakistan och Thailand .	Daglig fysisk aktivitet, minskar depression, och förbättrar sömnkvaliteten för de äldre i södra och sydvästra Asien.	Hög
31.	Karppinen et al, 2017	Tvårsnittsstudie. Kohort Randomiserat urval	Sluppmässiga urval hämtades från befolkningsregistret. 75, 80, 85, 90 och 95 åringar undersöktes 1989 (n=660), 1999 (n=2598) och 2009 (n=1637) i Helsingfors, Finland .	Psykologiskt välbefinnande var högre hos de som hade högre utbildning och inte var änkor/änklingar	Medel
32.	Kato et al, 2016	Tvårsnittsstudie Använde sig även av information från tidigare studie - Longevity Genes Study	n=54 i åldern 98- 107 (78% kvinnor) medelålder 100,13. Av ett urval på 357 valdes 133 Juddiska äldre från Ashkenazi, Israel . Efter MMSE med resultat < 23 föll ytterligare 71 bort.	Positiv attityd och positiv personlighet -> minskad mental ohälsa -> högre livskvalitet	Medel
33.	Kell & Rula, 2019	Interventionsstudie utan kontrollgrupp Longitudinell studie	n= 46564 st 65 år och äldre (medelålder 73,2) som tidigare deltagit åtminstone lite i fysisk aktivitet på gym. USA .	Fysisk aktivitet Sociala kontakter Gemenskap I studien kunde dessa tre inte utesluta varandra och man kunde inte påvisa i vilken grad dessa faktorer påverkade resultatet.	Hög
34.	Khalaila & Vitman-Schorr, 2018	Tvårsnittsstudie Icke sluppmässigt urval Deskriptiv korrelationsstudie	503 respondenter i åldern 50-86 år som bor i norra Israel . Största delen var kvinnor. Medelålder 61,4 år. Tre folkgrupper, judar, FSU immigranter och araber.	Att vara anställd Sociala aktiviteter Familjekontakter Internetanvändningen minskar ensamheten som höjer livskvaliteten Högre utbildningsnivå gav högre livskvalitet. Hög ålder och ensamhet gav sämre livskvalitet.	Medel/låg
35.	Komatsu et al, 2017	Kvalitativ studie med målmedvetet urval	Deltagarna i fokusgruppsintervjuerna var 26 äldre vuxna med en medelålder på 74,69 år (intervall: 66-86). Japan .	Regelbunden gruppaktivitet -> Balanserad hälsa bestående av fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande – där fysiskt välbefinnande kommer från den funktionella hälsan – mentala välbefinnandet från aktivt sinne och njutning – socialt välbefinnande genom social samhörighet.	Medel

36.	Ladusingh & Ngangbam, 2016	Tvårsnittsstudie. Man har använt sig av mikrodata från en annan större longitudinell studie gjord i Indien	1255, från 45 år och uppåt. <u>Indien</u> .	Fysisk aktivitet, god ekonomi, att bo tillsammans med någon, läskunnighet och religiositet	Medel
37.	Lara et al, 2020	Kvalitativ studie med fokusgrupper.	117 deltagare, 80 år eller äldre. Medelålder 85,6. Fler kvinnor än män deltog (73,5 vs 26,5). <u>Finland, Norge, Italien och Spanien</u> .	Hälsa, fysisk aktivitet, självständighet, nära kontakt till familjen och upplevelser med vänner. Frukt samma och inspirerande aktiviteter för personlig utveckling och en positiv livs-syn. Den fysiska aktiviteten var grunden till många faktorer och grunden till den fysiska aktiviteten var god hälsa. Den social dimensionen var dock den som nämndes mest! Negativt var kognitiv och fysisk funktionsnedsättning (demens), förlust av familjemedlem, att måsta flytta, ensamhet och social isolering.	Hög/ medel
38.	Lifshitz et al, 2019	Tvårsnittsstudie Multidimensionell modell-mätning av både positiva och negativa aspekter av subjektivt välbefinnande	306 personer i åldern 55-77 år i <u>Israel</u>	Uppmuntra äldre människor att utveckla sin personliga andlighet och självtillväxt kan bidra till deras välbefinnande -> självmedvetenhet	Medel
39.	Liimatta et al, 2019	RCT Interventionsstudie	Hemmaboende äldre vuxna 75 år och äldre (medelålder 81,6) i Hyvinge, <u>Finland</u> , bestående av 2 grupper, en kontrollgrupp på 211 deltagare och en interventionsgrupp på 211 deltagare. 2013.	Preventiva hembesök av multiprofessionella grupper – svårt i denna studie att avläsa vilka de egentliga orsakerna till högre livskvalitet är.	Hög/ medel
40.	Lima et al, 2019	Tvårsnittsstudie	148 st, 60 år eller äldre. <u>Brasilien</u> .	Att ha livserfarenhet, familje- och socialt stödsystem och visdom bidrar till hanteringsmekanismer dvs motståndskraft i ålderdomen. Socioekonomiska förhållanden, utbildning, god ekonomi, hälsosam livsstil, bo tillsammans, kvaliteten på familjrelationen, autonomi i det dagliga livet, livstillfredsställelse är faktorer för god livskvalitet.	Medel
41.	Lu et al, 2016	Tvårsnittsstudie Kvoturval	372 äldre vuxna i åldern 60 år och äldre, medelålder 75,40år, som intervjuades i fyra distrikt, 3 stadsområden och en landsbygd, i Hong Kong, <u>Kina</u> , under 2011.	Socialt samhällskapital kan spela en kompenserande roll för att upprätthålla äldre människors psykiska hälsa. Det är särskilt viktigt för äldre vuxna som saknar familjestöd och / eller lider av social isolering och ensamhet i lokala samhällen	Medel/ låg
42.	Maniscalco et al, 2020	Tvårsnittsstudie Slumpmässigt urval	12 831 personer, varav 4110 var italienska (32%), 4308 var spanska (34%) och 4413 var grekiska (34%) Medelåldern på deltagarna från Spanien 68,3 år, Grekland 66,9 år, Italien 65,7 år.	Personer utan fysisk funktionsnedsättning hade bättre livskvalitet och personer med högre inkomster. Hur en äldre person uppfattar sitt eget hälsotillstånd påverkar livskvaliteten.	Medel
43.	Michele et al, 2019	Longitudinell studie 5 år	Information samlades in vid 3 tillfällen. Antalet deltagare 550, 410 och 374 personer (76, 79, 82 år) åren 2005, 2007 och 2009. Där 286 personer deltog i alla tre tillfällen, med en medelålder på 75,3 år (66-96). Frankrike.	De "aktiva" och de socialt aktiva uttryckte större tillfredsställelse gällande tidsfördriv och självkänsla. Fysisk aktivitet och social samvaro i form av frivilligt arbete och föreningsverksamhet.	Medel
44.	Nieboer & Cramm, 2018	Tvårsnittsstudie Stratifierat urval ur en tidigare studie gjord 2010 (T0)	Av totalt 945 deltagare, fick man svar av 588 st (62%). Mellan 70-93 år, medelålder 77,1 år. Äldre vuxna boende i Rotterdams distrikt i <u>Nederländerna</u> .	Boende i miljöer anpassade för äldre, Beteendebekräftelse, komfort och tillgivenhet och Livstatus – som direkt är kopplat till utbildning	Medel
45.	Nimrod, 2018	Tvårsnitt Slumpmässigt urval	537 internetanvändare i Israel från 60-87 år, medelålder 67,65 år. Online undersökning bland 50000 internetanvändare.	Teknofobi -> lägre livstillfredsställelse Interpersonell kommunikation och annan nyttig användning av internet höjer det subjektiva välbefinnandet.	Medel/ hög

46.	Nivestam et al, 2020	Tvårsnittsstudie	619 äldre personer äldre än 75 år medelåldern 80,6 år. Sverige.	Att ha hälsa är att ha energi och orka göra saker. Tänka på att hur behålla energi och uthållighet.	Medel
47.	Okabayashi et al, 2019	Kohort Longitudinell	3073 deltagare. Japan.	Att delta i aktiviteter, fysisk aktivitet, en liten mängd intag av etanol, en hög akademisk utbildning Medan depression och lite sömn var faktorer som påverkade så att nedgång skedde.	Medel
48.	Pius et al, 2018	Tvårsnittsstudie	300 äldre, mellan 60-93år, medelålder 70. <u>Indien</u> .	Skolning, garanti till inkomster, social trygghet, maka/make, frånvaro av kroniska sjukdomar	Medel
49.	Rantakokko et al, 2016	Kohortstudie (2012) 2 års uppföljning (2014)	848 äldre i åldern 75–90 i centrala <u>Finland</u> . 1-års uppföljning – 816 deltagare 2-års uppföljning 761 deltagare	Mobilitet, speciellt utanför hemmet kan hjälpa till att upprätthålla en bra Livskvalitet - -Upprätthållande av självständighet - gå ut och sköta sina ärenden själv -Frisk luft-vanligt i Finland och kopplat till livskvalitet Ensamhet och social isolation om man inte kan röra sig ute	Medel
50.	Read, Grundy & Foverskov, 2016	Systematisk narrativ litteraturgranskning	71 rapporter -Europa -ålder 60+ -1995-2013 Sökning gjordes i 7 databaser.	Högre socioekonomisk ställning -> högre subjektiv hälsa och välbefinnande Socioekonomiska faktorer som studerades var: utbildningsnivå, inkomster, förmögenhet, finansiella tillgångar, yrkesbaserad socialklass och områdesbaserade faktorer som visar på nedgång.	Medel/ hög
51.	Rétsági et al, 2020	Tvårsnittsstudie Bekvämlighetsurval	n = 243, medelålder 70,2 år. <u>Ungern</u> .	Fysisk aktivitet Högre utbildning	Medel
52.	Rillamas-Sun et al, 2018	Observationsstudie. Longitudinell.	Deltagare från Women's Health Initiative n=49612 delades in på basen av deras hälsa vid 85 års åldern, i 4 grupper. Medelåldern vid utgångsläget var 70,2 år och medeltiden för uppföljningen var 13,7 år. <u>USA</u> .	Dvs högre fysisk aktivitet har samband med mindre risk att drabbas av rörelsehinder eller död före ålder 85år. En förhöjd risk gällde även stillasittande kvinnor	Medel/ hög
53.	Rödger et al, 2016	Observationsstudie genomförd i en vanlig vårdmiljö över 2 års tid. Kontrollgruppen RCT	Den slutliga gruppen vid studiens slut bestod av 146 patienter som fick PAP från två olika primärvårdsenheter (n=96 respektive 50). Referensgruppen bestod av 58 patienter som rekryterats från två olika primärvårdsenheter i samma region. <u>Sverige</u> .	Ordinerade fysiska aktivitetsprogram -> ökar fysisk aktivitet - > höjer livskvaliteten	Medel
54.	Sahin et al, 2019	Tvårsnitt Slumpmässigt urval	517 deltagare 65 år och äldre. 2018. Medelåldern var 72,5 år. <u>Turkiet</u> .	Socialt stöd höjer såväl livskvaliteten som tillfredsställelsen med livet.	Medel/ hög
55.	Seah et al, 2020	Kvalitativ forskning	6 fokusgruppintervjuer - december 2016-maj 2017. <u>Singapore</u> .	God hälsa, positiv inställning, ekonomisk stabilitet, social anslutning, anställning, samhällsorganisationer.	Hög
56.	Shen et al, 2019	Observationsstudie. Longitudinell - 2005-2014.	Antalet deltagare från början var 13026 personer som intervjuades, 65 år och äldre, 5879 män och 7153 kvinnor. Antalet överlevande i uppföljningsundersökningarna var följande: 2008-2009: 5458, 2011-2012: 3033, 2014: 1919. <u>Kina</u> .	Endast konsekventa dagliga drinkare, de som hade druckit te nästan varje dag sedan 60 års ålder, kunde ha betydande fördelar för den mental hälsa.	Hög
57.	Smith & Bryant, 2018	Interventionsstudie, RCT	303 vuxna, medelålder 68,12 år. <u>USA</u> .	Viktigheten av personliga relationer Självacceptans och självständighet Andra faktorer (mindre vikt) Lära sig att oro sig mindre, göra bättre ekonomiska beslut och att ha en positiv inställning	Hög
58.	Stulhofer et al, 2019	Data användes från en tidigare studie gjord 2016 i fyra länder Norge, Danmark, Belgien och Portugal. Tvårsnittsstudie	2461 deltagare från 4 länder mellan ålder 60-75. 61,1% av deltagarna var gifta eller i ett förhållande vid undersökningen. <u>Norge, Danmark, Belgien och Portugal</u> .	Sexuellt välbefinnande är förknippat med livskvalitet Självskattad hälsa korrelerar med sexuellt välbefinnande.	Hög/ medel

59.	Tajvar et al, 2018	Tvårsnitt Slumpmässigt urval	800 personer i åldern 60 + Från Tehran, Iran 644 personer svarade	Socialt stöd från en annan/andra personer Ekonomiskt stöd från barnen.	Medel/ hög
60.	Tan et al, 2019	Kvalitativ, tvårsnittsstudie	326 deltagare från Hong Kong i Kina och Taina i Taiwan	Mycket tid på UGS Urban green areas främjar hälsa och välbefinnande, dvs omgivningen - grön områden. Dessa områden var extra viktiga för de med lågt socialt stöd och socialt kapital dvs lägre inkomstgrupper, äldre äldre och ensamboende äldre.	Medel
61.	Tran et al, 2018	Tvårsnitt Slumpmässigt urval	4007 personer i åldern 50 år och äldre. Vietnam .	Ekonomisk jämlikhet, såväl individuell som kommunal. Förebygga fattigdom Regelbunden inkomst Hälsotillstånd är en viktig faktor för lycka bland äldre	Medel
62.	Tran et al, 2019	Observationsstudie. Studien var en sekundär analys av kohortstudien från Australien Longitudinal Study on Women's Health (ALSWH)	I utgångsstudien deltog 12 432 kvinnor födda mellan 1921-26 Kvinnorna följdes från att de var 70 tills de var 85-90 år genom 6 st studier. Australien .	Sociala relationer, allmän hälsa, tillgång till fysisk aktivitet och hälsosam kost. Att upprätthålla mental hälsa när kvinnor åldras understöds av deltagande och engagemang i meningsfulla och målmedvetna sociala aktiviteter.	Medel
63.	Tseng et al, 2018	Systematisk litteraturstudie	23 studier Sökning i 6 databaser – EMBASE, PubMed, CINAHL, MEDLINE, Cochrane Library och Airiti Library.	Bevarande av syn och hörsel och uppmärksammande av förändringar i dessa. Nedsatt hörsel, syn eller båda kan även leda till depression och social isolering som ytterligare minskar livskvaliteten.	Medel
64.	Turner et al, 2017	Kvasiexperimentell design med icke ekvivalent jämförelsegrupp Pre-post test. Samt åtta djupgående intervjuer.	34 stycken, kvinnlig majoritet där de flesta var gifta och medelålder på 70,91. Förenta nationerna .	Självkänedom och förmågan att påverka sin egen lycka	Medel
65.	Ward et al, 2019	Longitudinell studie Prospektiv	Äldre vuxna i åldern ≥ 50 år bosatta i Irland . Del 1 – 6915 st Del 2 – 6003 st Del 3 – 5353 st	Faktorer som påverkar livskvalitet: De mest betydande var att fortsätta vara aktiv och sen sociala interaktionen – övriga så som samboende; självklassad hälsa; funktionella begränsningar; rädsla för att falla mental hälsa; ensamhet; sociala nätverk; Sociala aktiviteter; vård av barnbarn; inkomst; och makens död påverkade även livskvaliteten	Medel
66.	Withall et al, 2016	Kvalitativ studie	28 äldre vuxna som deltog i gruppen för interventionen – 25 kvinnor och 3 män i åldern 65-85 år. 9 äldre tidigare erfarna volontärer i åldern 65-78 år. 4 volontär ledare – alla kvinnor. USA .	Aktivt åldrande program -> Sociala kontakter Get out of house and engage Frivilligt arbete – högre förtroende, mer sociala kontakter, känsla av prestation och mening	Medel
67.	Xu et al, 2017	Tvårsnitt Randomiserat flerstegs urval	5331 änkorna vuxna i åldern 60 år och äldre ur National sample survey of the aged population in Urban /Rural China 30,8% män jämfört med 69,2% kvinnor) och medelåldern var 75,14	I Kina där den kulturella tron och tradition att den yngre generationen tar hand om den åldrande så kan man säga att familjen är en livskvalitets faktor. Oron sänker det psykologiska välbefinnandet.	Medel
68.	Yamashita et al, 2018	Tvårsnitt	2573 deltagare åldern 50år och uppåt analyserades ur studien Program for International Assessment of Adult Competence (PIAAC). USA.	Läsaktivitet -> högre utbildningsnivå och självklassad hälsa -> högre livskvalitet	Medel/ Låg
69.	Zali et al, 2017	Tvårsnittsstudie Jämförelsegrupper	218 äldre kvinnor -> 60år (116 bor ensamma, 102 bor med andra)	Förebyggande av ensamhet hos de som upplever ensamhet.	Medel/ låg