



LUNDS
UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Oberoende äldres upplevelser av subjektiv hälsa

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Johanna Erneholt
Margareta Tolf

Handledare: Lina Behm

Magisteruppsats

Hösten 2015

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Oberoende äldres upplevelser av subjektiv hälsa

En kvalitativ intervjustudie

Författare: Johanna Erneholt
Margareta Tolf

Handledare: Lina Behm

Magisteruppsats

Hösten 2015

Abstrakt

De äldre äldre, dvs. personer över åttio år, blir allt fler i vårt samhälle. Studier har visat att insatser för att nå en god hälsa har som störst betydelse om de sätts in i förebyggande syfte. För att få reda på vilka faktorer de hälsofrämjande och förebyggande arbetet ska fokusera på behövs kunskap om hur de äldre äldre definierar god hälsa. Syftet med studien var därför att undersöka oberoende äldres (80+) upplevelser av subjektiv hälsa. Metoden som användes var en semistrukturerad intervjustudie där femton personer över åttio år, boendes i en mellanstor kommun (15 000 invånare), intervjuades. Materialet analyserades med innehållsanalys. Resultatet visade att hälsa uppfattades att som äldre få vara en del av samhället och känna sig behövd och medräknad.

Nyckelord

(Oberoende, Hälsa, Äldre, Äldre äldre, Salutogenes, KASAM, Distriktsköterska, Behövd)

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	5
Definitioner	5
Teoretisk referensram	5
Begreppet hälsa	8
Salutogenes - hälsans ursprung	Fel! Bokmärket är inte definierat.
Åldrande	9
Hälsosamt åldrande (healthy ageing)	10
Syfte.....	11
Metod.....	12
Urval	12
Datainsamling.....	12
Analys av data	13
Forskningsetiska avvägningar	14
Resultat	15
Nöjd med att klara sig själv	16
Nöjd med att inte vara beroende av någon	16
Att kunna röra sig och vara fri från krämpor	17
Att orka med	18
Att ha någon att dela glädje och sorg med	19
Att slippa vara ensam.....	20
Att känna sig medräknad, behövd och sedd	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion	23
Konklusion och implikationer	26
Referenser.....	27
Bilaga 1	31

Introduktion

Problemområde

Sverige är ett av de länder som har högst andel väldigt gamla personer (80 år eller äldre) (United Nations, 2008). Antalet äldre i världen har ändrats från att i mitten av 1900-talet utgöra fem procent av befolkningen till att beräknas vara 16 procent år 2050 (United Nations, 2008). Studier visar att insatser för en god hälsa har stor betydelse, även om de sätts in sent i livet (Folkhälsomyndigheten, 2014). År 2050 beräknas medellivslängden i Sverige ha ökat till 86.2 år för kvinnor och 83.6 år för män. Att jämföras med 1700-talets 36.6 respektive 33.7 år. Allt fler lever allt längre, och allt fler äldre klarar sig själva (a.a.).

Utvecklingen i samhället har bidragit till att de äldre har blivit allt fler (Jeste et al., 2013) och i Sverige kommer antalet personer som är 80 år eller äldre att öka med 87 % fram till år 2050 (Statistiska Centralbyrån, 2014). Detta innebär stora utmaningar för framtidens äldrevård om inte insatser sätts in i tid. Enligt en studie av Bowling och Dieppe (2005) är samhällets syn på hälsa på väg att ta en vändning, istället för att mest syfta till bot och lindring har kraven ökat på att istället verka för att skydda och främja hälsa. I denna studie framkommer att insatser som är riktade till äldre personer har bäst effekt på de som ännu inte utvecklat funktionsnedsättning och beroende av omvårdnadsinsatser (a.a.). Den forskning som finns idag om äldres upplevelse av hälsobegreppet fokuserar antingen på sköra äldre (Ebrahimi, Wilhelmson, Moore & Jakobsson, 2012) eller äldre mer generellt (Bowling & Dieppe, 2005), mindre är känt om väldigt gamla dvs. äldre äldre (80+) som är oberoende av omvårdnadsinsatser i hemmet och är självständiga dvs. inte har någon inskränkning i det personliga utrymmet utan själv kan bestämma över sina liv (Torres & Hammarström, 2007). Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) reglerar inte bara de sjukvårdande insatserna utan även de förebyggande och hälsofrämjande.

Anja Willman skrev i sin FOU-rapport från 1996 att det saknas forskning om patienters upplevelser av hälsa och forskning om de omvårdnadshandlingar som utvecklar hälsa. Hon föreslog för framtida forskning i detta ämne intervjuer av äldre personer och deras upplevelse av vad det innebär att **ha god hälsa. Martin et al (2014) menar** i sin studie att det

nya tekniska samhälle som vi idag lever i medför en allt friskare befolkning även i högre åldrar.

Kommenterad [JE1]: Flytta denna ner ett hack? Under nästa stycke?

Framtida generationer av äldre personer kommer att ha god nytta av all framgångsrik forskning av hälsa och vad det för med sig. Därför måste fokus på åldrande ligga på friska äldre och inte bara handla om sjukdomar.

På grund av ovanstående problem blir bibehållen god hälsa även i hög ålder en utmaning och ett mål för samhället och hälso- och sjukvården. Viktigaste anledningen till detta är att äldre personer ska kunna få ha kvar sin integritet och värdighet samt känna trygghet. För att främja hälsa hos dessa personer behöver vi kunskap om hur de upplever subjektiv hälsa, detta förklaras som en upplevelse vilken är präglad av varje individs levda erfarenheter.

Bakgrund

Definitioner

I litteraturen definieras personer som fyllt åttio år som äldre äldre. Författarnas uppsats berör denna ålderskategori, men författarna kommer vidare att benämna dessa som äldre.

Kommenterad [JE2]: Ta bort?

Med oberoende äldre menas att dessa personer fortfarande bor kvar i det egna hemmet och klarar sig utan omvårdnadsinsatser från samhället. Med subjektiv hälsa menas individens egen uppfattning av sitt hälsotillstånd, oberoende av sjukdom eller funktionshinder.

Teoretisk referensram

Distriktssköterskans arbete ska bygga på en holistisk människosyn där hon ser på människan som ett subjekt, där kropp och själ bildar en helhet (Kompetensbeskrivning för legitimerade distriktssköterskor, 2005). Föreliggande studie grundar sig på en humanistisk människosyn, som bygger på att se hela människan utifrån den situation där individen befinner sig.

Kommenterad [JE3]: ?? Vår studie??

Många forskare söker svar på frågorna om varför vissa personer har ett längre och lyckligare liv än andra och hur de får kraft att klara prövningar och motgångar på ett bra sätt (Kallenberg och Larsson, 2004). En rad faktorer spelar självklart roll. Ärftliga förutsättningar, en vilja till ett meningsfullt liv, att ha förmågan att ta dagen som den kommer och kunna anpassa sig till

livets och ålderns förändringar är några utav dem. De flesta människor värderar en god hälsa högst av allt i livet (a.a.), och en av de viktigaste hörnstenarna är att trots hög ålder få känna sig som en socialt fungerande del av samhället (Bowling, 2007). Tornstam (2011) beskriver två olika sätt att se på ensamhet utifrån Weiss (1973); *social isolering* och *emotionell isolering*. I svenska språket används endast termen ensam för att uttrycka båda dessa aspekter. Att vara socialt isolerad objektivt och ha få sociala kontakter behöver inte vara likvärdigt med en inre känsla av ensamhet. Likadant som att det kan vara omvänt, dvs. upplevelse av ensamhet trots många sociala relationer (Tornstam, 2011).

Att nå en hög ålder innebär att man allt eftersom måste anpassa sig till de förändringar som sker biologiskt, mentalt och socialt (Baltes & Baltes, 1990). Många definitioner av hälsa blir svåra att använda då man ämnar att definiera äldre personers hälsa som god endast i frånvaro av sjukdom (Bowling & Dieppe, 2005). Många äldre anser sig vara lyckliga och vid god hälsa trots att de har en diagnostiserad sjukdom eller funktionsnedsättning (a.a.). En mer holistisk syn på hälsa är det salutogena synsättet myntat av Antonovsky (2005). Hans synsätt grundar sig på att alla människor i någon bemärkelse är friska. Det bärande begreppet inom Antonovskys forskning är KASAM, känsla av sammanhang. I begreppet finns tre delbegrepp; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Låg KASAM leder till större oro och ängslighet och därmed också större risk för ohälsa. Antonovsky betonar vikten av att inte bara se sjukdomen utan se till människans hela historia för att kunna förstå och hjälpa vidare. En människa med ett starkt KASAM och en bra hälsa har en bättre förmåga att hantera problemsituationer (Antonovsky, 2005).

Salutogenes betyder hälsobringande, det innebär att tonvikten läggs på friskfaktorer istället för på riskfaktorer (Eriksson, 2015). När det gäller ett salutogent synsätt på omvårdnad kan detta i sin tur innebära ett förbättrat välbefinnande och hälsa hos individen genom att stärka meningsfullheten, begripligheten samt hanterbarheten i livet (Antonovsky, 2005).

Salutogenes är ett synsätt där man belyser människors förmågor och inneboende krafter. Begreppet myntades av professor Aaron Antonovsky när han ville beskriva vad som gjorde att vissa människor kunde ha hälsan i behåll trots svåra motgångar (Antonovsky, 2005). Han menar vidare att forskningen borde fokusera mer på anledningen till god hälsa än vad som orsakar sjukdom. God mental hälsa är nära förknippad med stark känsla av sammanhang (Eriksson, 2015).

Ordet salutogenes omfattar ett flertal olika begrepp och teorier (Eriksson, 2015). De tre centrala och mest kända begreppen är *Resiliens*, *Empowerment* och *Inre styrka*. Resiliens kan förklaras som en egenskap vissa människor har där de trots svåra upplevelser tar sig igenom livet med god livskvalité. Det är ett komplext begrepp som saknar en allmänt accepterad definition. Empowerment kan beskrivas som medinflytande, bemyndigande och egenmakt. Detta kan i sin tur hjälpa patienter att bli medvetna om sina inre styrkor att bemästra situationen. Inre styrka kan beskrivas som en individs välbefinnande trots sjukdom och upplevda livshändelser. Det innefattar fyra kärndimensioner som alla går in i varandra. Dessa är *samhörighet*, *att känna sig medräknad*, *stabilitet i tillvaron* och *flexibilitet/kreativitet*. Äldre människor som innehar en stor inre styrka har en stabilitet i livet oberoende av yttre påverkan. De känner att de tillhör en sfär som innefattar familj, vänner, samhälle och naturen, men har också förmåga att sätta sig själv i ett större sammanhang. De ser möjligheter i vardagen genom att vara kreativa och flexibla samt har styrka att själv skapa mening i sitt eget liv (a.a.). Posadzki, Stockl, Musonda och Tsouroufli (2010) menar att personer med stark salutogenes har ett sundare hälsobeteende.

Antonovsky menar vidare att meningsfullhet kan upplevas av individen genom en känsla av delaktighet i olika beslutsfattande som rör dem själva och över det som sker. Att få varje individ att känna motivation i de dagliga sysslorna samt att det man gör har ett syfte och ett mål. Att kunna se sig själv i ett socialt sammanhang vilket innebär att ha vänner, känna sig behövd och efterfrågad av andra. Begriplighet handlar om hur respektive individ upplever information och intryck som är förståliga, strukturerade och förutsägbara. Detta förklaras som att individen har en stabil förmåga att klara av att bedöma och förstå verkligheten. Begriplighet är ett mått på kontroll och är en självklarhet för nästa komponent hanterbarhet. Denna sista komponent innebär hur man kan möta olika händelser i livet utan att bli offer trots olika omständigheter (Antonovsky, 2005).

Wiesman och Hannich beskriver i sin studie från 2006 att äldre personer med stor uppfinningsrikedom, stor tilltro till sin egen förmåga, god självkänsla och med hög utbildning hade en stark känsla av sammanhang och upplevde ett positivt subjektivt välbefinnande.

Begreppet hälsa

“To be whole is to be healthy, and to be healthy is to be whole” (Caplan, Engelhardt, McCartney, 1981). Det engelska ordet för hälsa, *health*, kommer från ordet *wholeness*, att vara välbehållen, frisk och i en helhet (a.a). Nordenfelt (2007) beskriver dynamiken i begreppet hälsa och definierar det som möjlighet att nå sina respektive mål inom ramen för för varje enskild individ från fullgod hälsa till ett stadie av ohälsa.

Begreppet hälsa beskrivs i litteraturen på olika sätt. Saracchi´s beskriver hälsa som ett tillstånd av välbefinnande som är fritt från svagheter eller sjukdomar och enligt honom är hälsa en grundläggande mänsklig rättighet (Saracci, 1997). Bircher (2005) definierar däremot hälsa som ett tillstånd som är föränderligt över tid men som speglas och påverkas av individens psykologiska och mentala förmågor som i sin tur möjliggör kraven i livet uppfyllts i proportion till ålder, kulturella skillnader och ansvarskänsla.

Svenska Nationalencyklopedin definierar ordet hälsa enligt följande: *tillstånd av välbefinnande och fullgoda kroppsfunktioner hos människa (eller djur), såväl om det tillfälliga som det mer permanenta kroppstillståndet*. Redan filosofen Freud beskrev hälsa: *Frisk är den människa som förmår älska och arbeta* (Freud 1931/1976). Willman (1996) beskriver hälsa som något naturligt hos den mänskliga rasen, och genom åren har det påverkats av bland annat krig, näringsbrist och bristande hygien. Vidare menar Willman (1996) att ordet hälsa är ett begrepp, men har många innebörder beroende på vem man frågar. Samhället i sig påverkar i mångt och mycket hur vi tänker angående begreppet hälsa och när någon har för avsikt att beskriva hälsa förekommer ord som sund, frisk, hälsosam, lycka och harmoni, men innebörden i dessa ord varierar från person till person (a.a.).

Världshälsoorganisationen (WHO) antog följande beskrivning 1947: *”We conceive of health as being a state of complete physical, mental and social well-being, not merely the absence of disease or infirmity”*. Även om denna definition blivit väldigt kritiserad används den än idag, trots att flera tillägg och förtydliganden har gjorts.

Åldrande

Enligt Kristensson och Jakobsson (2010) så är åldrandet en långsam, individuell process som startar vid födseln, och kan variera i mångt och mycket beroende på vilka möjligheter och svårigheter individen möter längs vägen. Hur vi tar oss igenom livet beror på en mängd olika faktorer, som till exempel gener, livsstil och miljöfaktorer. Men för oss alla leder det oundvikligt till döden (a.a.).

Kristensson och Jakobsson, (2010) delar in människans åldrande i två grupper; primärt och sekundärt. Det primära åldrandet är det som drabbar oss alla och som sker normalt, medan det sekundära påverkas av yttre faktorer. Primärt åldrandet kommer långsamt, är irreversibelt, och kan inte bero på andra tillstånd. Vidare menar Kristensson och Jakobsson, (2010), att det psykologiska åldrandet inte är lika enhälligt och klarlagt som det biologiska. Det sociala åldrandet omfattar hur vi påverkas av förändringar i vår omgivning, som till exempel ensamhet, att förlora en livspartner, vårt förhållande till familjemedlemmar osv. (a.a.).

Äldres uppfattningar om vad som är viktigast i ett lyckat åldrande är kvarvarande fysiska funktioner, innehållsrika sysselsättningar och aktiviteter, kvarvarande mental förmåga samt sociala relationer och kontakt med andra människor (Bowling, 2007). En underkategori som framkom i Bowlings (2007) kvalitativa studie var att äldre tyckte det var viktigt med träning, både fysisk, att hålla igång de vitala funktionerna, och psykisk, genom till exempel korsord och pussel. En skillnad var dock att bland de äldre var det i störst utsträckning den psykiska träningen som nämndes, förmodligen beroende på begränsningar av den fysiska träningen pga. just hög ålder. Respondenterna i Bowling's studie betonade även hur viktig läsningen var för deras välbefinnande. Detta var gemensamt för de äldre oavsett kön, ålder eller äktenskaplig status. Den enda socioekonomiska skillnaden som kopplades ihop med ett aktivt, lyckat åldrande var bostadssituationen; övervägande av de som var väldigt aktiva var husägare. Vidare i Bowling's studie visade det sig att de äldre som ansåg sig ha ett gott åldrande även hade en optimal hälsostatus, vilket innebar frånvaro av långvarig ohälsa. De äldre som var mest nöjda med sitt åldrande var de som fokuserade och accepterade sitt nuvarande liv till skillnad från de som hela tiden försökte förbättra det. Bowling menar vidare att utmaningen för dagens samhälle är att vi måste ändra attityd och normer gentemot både friska och sköra äldre, och involvera dessa grupper av människor i vårt samhälle i stället för att exkludera dem (Bowling, 2007).

Kommenterad [JE4]: Ta upp studien i resultat diskussion?

Hälsosamt åldrande (healthy ageing)

Enligt Folkhälsomyndigheten (2014) finns det ett klart samband mellan hälsa och inkomst; högre inkomst har visat sig minska risken för att drabbas av ohälsa, likaså en högre utbildning. SFI menar vidare att fyra grundläggande behov ska vara tillgodosedda för att en person ska uppleva en god hälsa. Dessa är fysisk aktivitet, bra kost, sociala kontakter och att känna sig behövd. Institutet förespråkar hälsosamtal i förebyggande syfte.

Baltes och Baltes (1990) har utvecklat en modell för det goda åldrandet som passar särskilt bra till äldre individer då förlusterna av viktiga funktioner ofta ökar, t.ex. syn, hörsel och rörelseförmåga. Modellen innehåller tre grundstenar: Selektion, Optimering och Kompensation. Selektion innebär att koncentrera sig på och prioritera de aktiviteter som individen bäst klarar av och har störst glädje av dvs. som ger störst tillfredsställelse där individen befinner sig nu. Med optimering menar författarna att aktiviteterna förbättras så att de kan bibehållas och vidareutvecklas trots en hög ålder hos individerna. Kompensation innebär att man tar tillvara på de hjälpmedel som samhället har att erbjuda så att individen kan fortsätta med önskad aktivitet, t.ex. hjälpmedel som kan underlätta syn- och hörselnedsättningar (a.a.).

I en artikel från Norge gällande ett framgångsrikt åldrande beskrivs en tydlig skillnad om upplevelsen av åldrandet mellan män och kvinnor (Dale, Söderhamn & Söderhamn, 2012).

Män upplevde en större tillfredsställelse med livet som äldre än vad kvinnorna gjorde.

Detta finns även beskrivet från andra delar av världen. En sannolik anledning till detta fenomen som författarna också tar upp är att kvinnorna oftast levde längre än männen och alltså då i större utsträckning överlevde sin partner. Männen hade också oftast haft ett mer välbetalt arbete än kvinnorna och hade då också ett större socialt kontaktnät. De menar att samtidigt som det hos många kunde vara negativt för hälsan att förlora sin livspartner så gällde det inte alla. Hos vissa äldre som t ex under flera år dragit den tunga bördan som det innebär att ta hand om någon som är sjuk, så kunde livet och hälsan ta en positiv vändning när man fick möjligheten att ta hand om sig själv i stället. Enligt Dale et al (2012) var grunden för ett lyckat åldrande uppbyggd runt två saker; att ha möjligheten att göra och ha möjligheten att vara, being able to do and being able to be. I dessa grunder ingick vardagliga och enkla ting som t ex att kunna gå upp varje morgon och göra sin egen frukost, att själv få bestämma över sin tid och låta saker och ting ta den tid som behövdes, bara man klarade det själv. Intervjupersonerna i den norska studien betonade också vikten av att ta ett eget ansvar för sin

Kommenterad [JE5]: Vidare i studien...

Kommenterad [JE6]: Var har vi ref?

hälsa, att inte bara ta god hälsa för givet, utan att var och en tog ansvar och omsorg för att bibehålla den goda hälsan även i hög ålder. Den största skrällen var att de kognitiva sinnena skulle försämrans, så att de inte själva kunde påverka sitt dagliga liv. "*Other things don't matter as long as my head is clear*" (a.a.).

Ett flertal studier är gjorda utifrån vilka riskfaktorer och psykosociala förhållanden som kan påverka vår hälsa negativt (Kallenberg & Larsson, 2004). En stor faktor som påverkar negativt är stress. Negativ stress förekommer i huvudsak på grund av tre olika anledningar. *Fysiologisk stress*, t ex pga. buller, kyla eller gifter, *psykologisk stress*, t ex besvikelse, oro och svartsjuka och *social stress*, t ex vid skilsmässa, dödsfall, arbetslöshet och ensamhet, vilket förekommer i alla människors livt, men hur vi tar oss igenom det varierar från individ till individ (a.a.).

Flera studier har visat att kärnan för bibehållen god hälsa i hög ålder är starkt förknippad med att kunna bo kvar i det egna hemmet (Haak, Fänge, Iwarsson & Dahlin Ivanoff, 2007; Fänge & Dahlin Ivanoff, 2007). I dessa studier framkom hur hemmet i sig innefattar mycket som de äldre värderar högt, som t ex frihet, oberoende, trygghet och självbestämmande. Även om förmågan att klara sig helt själv blev begränsad, så övervägde de positiva effekterna av att få bo kvar i hemmet.

Samhället behöver vidareutveckla strategier för att förbättra förutsättningarna för äldre att vara fortsatt aktiva och oberoende i hemmet. För att underlätta för äldre att bo kvar hemma i möjligaste mån och klara sig själva måste distriktssköterskan veta *hur* de vill leva sitt liv, vilka värderingar och prioriteringar de har. För att kunna ta god hand om äldre om och när de blir sjuka måste vi veta hur de vill leva sina liv som friska för att kunna bevara värdigheten och se den friska människan bakom sjukdomen. Vad kan vi i vår yrkesprofession som distriktssköterskor göra för att förebygga ohälsa hos äldre personer som fortfarande är friska och upplever god hälsa? För att få reda på det måste vi först veta hur dessa personer definierar att ha god hälsa, vilken innebörd det har i det dagliga livet.

Syfte

Syftet med studien var att utforska oberoende äldre personers (80+) upplevelser av subjektiv hälsa.

Metod

Urval

Från och med första september 2014 fick alla invånare som var 80 år i en medelstor skånsk kommun (ca 15 000 invånare) erbjudande om ett hälsosamtal tillsammans med en distriktssköterska. Totalt femton personer rekryterades utifrån dessa samtal. Deltagarna inkluderades allt eftersom hälsosamtalen utfördes.

De som erbjöds ett hälsosamtal hade inte några omsorgsinsatser sedan tidigare och bodde i ordinärt boende. Hälsosamtalen ägde rum i de äldres egna hem. Syftet med hälsosamtalen var att främja hälsa och förebygga ohälsa. Distriktssköterskan informerade bland annat om vilka aktiviteter för äldre som kommunen erbjöd och vad personen själv kunde göra för att främja hälsa och underlätta det dagliga livet. Under hälsosamtalet tillfrågades de äldre personerna om deltagande i en studie som bygger på två olika uppsatser med sitt eget syfte. De som tackade ja till att medverka i studien kontaktades av författarna via telefon och informerades då ytterligare om studiens upplägg och syfte. Författarna hade fått godkänt av verksamhetschefen innan kontakt togs med de äldre. Föreliggande studie handlar om oberoende äldres uppfattning av subjektiv hälsa. Av de femton informanterna var tio gifta, två änkor, två skilda och en person singel. Könsfördelningen var tretton kvinnor och två män.

Datainsamling

Författarna genomförde semistrukturerade intervjuer i informanternas egna hem med stöd av en intervjuguide (bilaga 1). Frågorna anpassades till det som diskuterades i den pågående intervjun i enlighet med Danielson, (2014a). Medellängden för intervjuerna var 30 minuter. Av de totalt femton intervjuerna som genomfördes medverkade båda författarna i åtta fall. Två pilotintervjuer genomfördes för att testa och eventuellt omformulera frågorna som förespråkas av Danielson (2014a). Pilotintervjuerna godkändes av handledaren, och användes i resultatet då framkommen information svarade mot syftet. Ursprungsfrågorna behölls genom alla intervjuer, men författarna försökte fortsättningsvis få informanterna att svara djupare genom probes, dvs. uppmanrandefrågor, som t.ex. *Kan du utveckla? Hur menar du med det?* Detta för att få en möjlighet till att utveckla svaret ytterligare.

Kommenterad [JE7]: Följande,

Kommenterad [JE8]: Var det 8? Eller mindre??

Ljudupptagningen skedde genom smartphones. I de fall då båda författarna medverkade, spelade båda in för att säkerställa dokumentationen av informanternas berättelse som rekommenderas av Denscombe (2000).

Analys av data

Författarna använde kvalitativ innehållsanalys för bearbetning av materialet (Danielsson, 2014). Med hjälp av denna metod kommer betydelsen av det som sägs i texten fram, och på så sätt nås meningen med det framtolkade resultatet, vilket betyder att ju längre analysen fortgår, desto mer tolkande blir den (Kristensson, 2014). Enligt Graneheim och Lundman (2004) ska intervjuerna inte behandlas som individuella utan som en helhet. Det är därför viktigt att fokus ställs in på helheten innan påbörjandet av själva analysen.

Graneheim och Lundman (2004) redogör för sin analysprocess som konkret beskrivs steg för steg, från identifiering till meningsbärande enheter och kodning av dessa. Författarna arbetade utifrån denna analysprocess när intervjuerna transkriberades och kodades. Analysen skedde stegvis och resulterade i teman samt kategorier i enlighet med Graneheim och Lundman (2004).

Kommenterad [JE9]: Kolla mellanslag

Efter att ordagrant transkriberat intervjuerna i separata Word dokument, lästes dessa igenom upprepade gånger av båda författarna, detta för att få en känsla för helheten. Sedan plockades de meningar eller uttryck ut som ansågs motsvara syftet. Graneheim och Lundman benämner dessa för meningsbärande enheter. Dessa enheter kondenserades ner av författarna. Detta betyder att meningen förkortas till några få ord men med bibehållet innehåll. Därefter kodades orden eller meningarna, som till slut mynnade ut i olika kategorier som vissa koder hamnade i en subkategori för att till slut utmyнна i den slutgiltiga kategorin som bildade de teman som resultatet grundade sig på.

Tabell 1: Exempel från analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Kategori
Ja, om jag har kunnat någonting, om jag har lagat mat någon gång. Det gjorde jag för en tid sen, och då var jag jättenöjd. Ja, det var jag.	Nöjd över att kunna laga mat	Nöjd att klara själv	Nöjd över att vara autonom
Ja...så att nä och jag har ju stöd i mina barn och även om vi inte ses så ofta så finns det ju telefoner tack och lov	Stöd från sina barn via telefonen	stöd från barn	Att vara en del av ett sammanhang

Hsieh och Shannon (2005) förespråkar ett noggrant beskrivet tillvägagångssätt för att skapa ett enhetligt språk för omvårdnadsforskare.

Kommenterad [JE10]: Ska vi flytta upp denna?

Forskningsetiska avvägningar

Grunden inom forskningsetiken är att hitta balansen mellan behovet av ny kunskap och samtidigt tillvarata och skydda de medverkandes intressen (Kjellström, 2014). Under studiens gång togs hänsyn till de grundläggande etiska principerna: autonomiprincipen, godhetsprincipen, att inte skada principen och rättvisepincipen (Beauchamp & Childress 2009) samt Helsingforsdeklarationens (WMA 2013) etiska principer. Den sistnämnda är också mest välkänd inom medicinsk klinisk forskning och kom till redan år 1964, sedan dess har den uppdaterats och vidareutvecklats genom åren, senast 2013.

Datainsamlingen skedde på ett sådant sätt att de berörda informanterna inte riskerade att utsättas för kränkning eller skada, med tanke på tidigare ovan nämnda etiska principer. Vid kvalitativa studier bör författarna ha i åtanke att i intervjusituationer kommer man närmre sina informanter än vid t.ex. enkätstudier, risk för omedveten påverkan på informanten ökar. Det är av vikt att den etiska reflektionen är närvarande under hela forskningsprocessen hos författarna. (Kjellström, 2014). Deltagarna informerades både skriftligt och muntligt om att deltagandet var helt frivilligt och att allt intervjumaterial avidentifieras och att de kunde avsluta intervjun när de ville om så önskades. Vidare informerades att allt intervjumaterial förvarades i låst rum under studiens gång och raderades efter godkänd Magisteruppsats. Vid varje intervjutillfälle fick informanterna skriftlig information samt undertecknade en samtyckesblankett. Ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden skickades in och godkändes innan intervjuerna genomfördes.

Kommenterad [JE11]: Gällande deltagandet då det var helt

Kommenterad [JE12]: samt

Resultat

Efter bearbetning och analys av texten framkom ett tema, tre huvudkategorier och sju underkategorier, (tab 2). Varje underkategori har belysts med citat från de intervjuade äldre personerna. Det övergripande temat som framkom var *“Tacksamhet över att fungera i och vara en del av samhället”*.

Tabell 2: Underkategorier, kategorier och temat som framkom efter bearbetning och analys av intervjuerna

Underkategori	Huvudkategori	Tema
Nöjd att klara sig själv	Nöjd med att vara autonom	Tacksamhet över att fungera i och vara en del av samhället
Att inte vara beroende av någon		
Att kunna röra sig och vara fri från krämpor	Glädje över fungerande fysik	
Att orka med		
Att ha någon att dela glädje och sorg med	Känna stöd och vara en del av ett sammanhang	
Att slippa vara ensam		
Att känna sig medräknad, behövd och sedd		

Nöjd med att vara autonom

De äldres upplevelser av hälsa var starkt förknippat med förmågan att kunna klara sig själv i de vardagliga situationerna samt kunna få bestämma när och på vilket sätt saker och ting ska ske. Viktigt var även bibehållen förmåga vad gäller planering av vardaglig sysslor samt att själv kunna genomföra dessa.

Kommenterad [JE13]: ta bort

Kommenterad [JE14]: vad det gäller och

Kommenterad [JE15]: när så önskas?

Nöjd med att klara sig själv

De äldre beskrev hälsa som att klara sig själv. Att klara sig själv innebar att klara de vardagliga bestyren, de enkla ting som nästan alla människor tar för givet varje dag, till exempel att kunna laga sin egen frukost, att duscha, tvätta och städa. Denna självständighet gjorde att de äldre kände sig stolta över sin förmåga och kapabla. Acceptansen var hög för att saker och ting som skulle utföras tog längre tid än förr. Oavsett om det behövdes flera uppehåll för vila och återhämtning, var det allra viktigaste att de hade klarat av det på egen hand.

“Ja det är roligt, i alla fall när det är färdigt. Då kan man sitta här och njuta och ta en cigarett och tänka fy fan vad duktig du e” (i,14).

Att klara sig själv innebar att de själva kunde bestämma över hur de vardagliga sakerna skulle utföras vilket medförde att de fortfarande hade möjlighet att bestämma hur de ville ha saker och ting, hur städningen skulle utföras och hur hushållet skulle skötas. Det beskrevs även som roligt och njutbart att utföra de dagliga aktiviteterna själv.

“Att vi själv kan laga mat och allt och städa och ja jag tycker det är det bästa av allt, ja” (i,2).

Nöjd med att inte vara beroende av någon

God hälsa hade stark koppling till känslan av oberoende, möjligheten kunna leva kvar i hemmet utan att bli beroende av hemtjänst eller flytta till särskilt boende. Att på ålderns höst tvingas bli beroende av någon annan för att klara det vardagliga livet sågs som ett hot mot hälsan. Många såg det som en fasansfull tanke att till exempel bli beroende av någon annan för att kunna sköta sin personliga hygien. Här kom även känslan av obehag då saker och ting blev gjorda på det sätt som man själv önskade.

“När jag kom hem från Orup hade jag hemtjänst som kom, och det är fasansfullt. Och så skulle jag ju, jag är rädd för att jag inte kunde duscha själv” (i, 1).

“Att vara beroende av att det ska komma hit folk här och städa och krångla och ha sig och sen när de går så tänker man fan de gör inte som vi” (i, 14).

En förutsättning för att kunna förbli oberoende även som äldre var att ha nära till det nödvändiga i samhället, som till exempel affär, bibliotek och vårdcentral. De som inte hade nära upplevde att de var mycket beroende utav sin bil och beskrev den som en förutsättning för att kunna klara sig själv. Att plötsligt inte kunna eller få köra bil längre sågs som ett förödande slag mot autonomin. De tvingades bli beroende av andra för att kunna klara av sin vardag, och kunde därmed inte ens ha möjlighet bestämma vid vilken tidpunkt vissa aktiviteter skulle ske.

“Det innebär ju större rörlighet så kallat men det är klart i förhållande till det, kunde man köra egen bil är det ju begränsat och det krävs en helt annan planering man kan inte bara, vad jag förstår, ringa och säga ”kan ni komma och hämta mig nu jag ska till city-gross och handla” utan det får planeras. Får väl ringa dagen innan och säga ”kan ni hämta mig klockan tio alltså.” (i, 9).

Glädje över fungerande fysik

De äldre upplevde hälsa som frånvaro av olika krämpor som hindrade dem i sin vardag samt att de kunde använda kroppen som de alltid gjort, dvs. att kroppen fungerade som den skulle. Att kroppen fungerar som den ska innebar att de kunde röra sig, att de var fria från krämpor och kroppen gav dem möjlighet att orka med allt de ville göra.

Att kunna röra sig och vara fri från krämpor

Att kunna gå ut och gå beskrevs som en viktig del i att kunna uppleva god hälsa. Helt enkelt att kroppen kunde utföra det hjärnan ville utföra, oavsett om det var gymnastik, en promenad i skogen eller bara att själv ta sig ur sängen på morgonen. För vissa betydde att röra sig att kunna gå på gymnastik flera gånger i veckan, och för andra att bara kunna gå till affären och klara de vardagliga ärendena själv. Många av de äldre som intervjuades bodde fortfarande i hus, och just trädgården gav ofta upphov till stor rörlighet, att bara få gå där och pyssla lite.

”över lag tycker jag t ex aldrig att det är motbjudande att gå ut i trädgården och sånt. Jag längtar hellre att gå där ute alltså, och bara pilla i jorden. Jag kan gå där i flera timmar om dagen faktiskt. Det har jag alltid tyckt” (i, 8).

Kommenterad [JE16]: Ändra radavstånd!!

”ja, hälsa betyder ju att man kan stå på benen och att man kan komma ut litegrann som igår när min man och jag körde upp till Pulken” (i, 13).

Även om ingen av de äldre betonade att just god hälsa var likvärdigt med frånvaro av sjukdom, beskrev många smärta och krämpor som gjorde det svårare att uppleva god hälsa. Ständig värk stod i vägen för att kunna må riktigt bra. De bästa av dagar var de då ingen smärta fanns med i bilden då krämpor och smärta satte käppar i hjulet för att de äldre skulle kunna leva sina liv fullt ut och ha möjlighet att njuta av livet och känna att de hade god hälsa.

”Ja det är för att jag alltid har ont och då känner jag att min hälsa är inte ..den är inte bra egentligen därför att jag ständigt har smärta” (i, 7)

”Jag behöver bara ha några bra dagar där jag inte har ont så mycket så...det räcker för mig och att jag kan se positivt. Jag ser positivt på mitt liv då” (i, 13).

Att vara klar i sitt huvud nämndes även som viktigt för de äldre, likaså att slippa psykiska krämpor. Att bli dement var något många tog upp som en stor skräck. Därför var det viktigt att varje dag kunna läsa en bok, lösa ett sudoku eller att på en viss tid ta sig igenom morgontidningens korsord.

Kommenterad [JE17]: Ska vi ta med ett citat här?

Att orka med

Orken var en viktig grund för att de äldre skulle uppleva god hälsa. Även om det ibland tog emot var det viktigt att kämpa vidare, att orka ta hand om trädgården själv trots att man knappt mäktade det vissa dagar, gav god tillfredsställelse. De dagar då orken tröt för att nattsömmen varit dålig var också dagar då sämre hälsa upplevdes.

”Ja det är att man är rörlig och man kan förflytta sig och man kan köra och handla utan att ha något bekymmer med det. Ja vi kan ju laga mat och städa och det. Och trädgården för att inte tala om den det orkar man ju med knappt men fullföljer ändå” (i, 14).

Det viktiga var inte precis vad som åstadkommit utan det som betydde mest var att man hade orkat genomföra det själv. Oavsett hur lång tid det tog eller hur jobbigt det hade upplevts så var tillfredsställelsen stor när det mäktats med.

“men ehh är inte så roligt när man är mitt uppe i en sak och gör och sen helt plötsligt ohh jag orkar inte jag klarar inte men jag måste ju jag e envis till tusen det vet jag så jag skall göra det färdigt alltså sen kvittar det hur ont jag har ...sen e man ju mer nöjd efteråt ..jag klarade det ..ja....” (i, 7).

Känna stöd och vara i ett sammanhang

Trots att orken sinade så de äldre inte alltid kunde slutföra vardagliga sysslor vägde det upp med någon nära släkting eller vän som fanns nära och som stöttade i svåra situationer. Viktigt var även att kunna ha någon närstående som fanns där både i med- och motgång som orkade lyssna.

Kommenterad [JE18]: Ta bort

Kommenterad [JE19]: Ha känslan av att en närstående...
Eller veta att det finns någon som man kan vända sig till.. då de sociala nätverket krymper med åren av naturliga skäl.

Att ha någon att dela glädje och sorg med

“Men det är bra med vänner, vi har roligt och när vi har ont så gnäller vi för varandra för man kan gnälla för en riktigt god vän tycker jag” (i, 12).

Viktigt för de äldre var att ha någon att dela sina vardagsbestyr med, någon som finns i deras närhet både i med- och i motgång. Det behövde inte vara en äkta hälft, utan kunde vara allt från barn och barnbarn till någon släkting, nära vän eller en god granne. Det viktiga var inte vem som fanns där utan att någon fanns som de kunde anförtro sig både glädjeämnen och motgångar. Vissa nämnde självklart den äkta hälften som de kunde dela vardagens bestyr med, någon tvättade och någon städade, det viktiga var att de hjälptes åt och att var och en gjorde de uppgifter som han eller hon mäktade med och klarade av. Men många nämnde även glädjen i att bara veta att det fanns någon som de kunde åka och hälsa på eller som kom över om så bara på en kopp kaffe. Barn och barnbarn var en stor källa till glädje för de flesta. Många av de äldre nämnde också att just avsaknaden av nära vänner, som ju av naturliga skäl blir färre med åren, var en stor orsak till att de upplevde sämre hälsa.

“Ja alltså om man säger att jag mår bra när jag träffar mina barn och mina barnbarn och mina barnbarns barns så nu har jag tre snart fyra stycken.. liksom det ger hälsa. Det e väl det som håller en uppe idag man att man har dom runt omkring sig och kan umgås och ..vårt

ena barn barn fyller tjugo år nu i nästa månad så att de ... jag fyller 80 och hon fyller 20 så att (skratt) hon föddes nästan på min 60 års dag och nä men det är väl barnbarns barn och barnbarn som ..även barnen givetvis dom är jättesnälla och dom ställer upp , kommer och hälsar på undrar hur det är så det e väl det som jag anser är hälsa . “ (i, 7).

Kommenterad [JE20]: Ta bort allt?

Att slippa vara ensam

Ensamheten bland de äldre är en stor källa till ohälsa. Många av de äldre hade erfarenhet då ens äkta hälft gått bort vilket medförde per automatik att många vänner också försvann då de inte visste hur de skulle bemöta sorgen till änkan/änklingen. Detta gav upphov till mycket oro, man blev helt enkelt bortglömd av många när man blev ensam och egentligen behövde människor omkring en som mest.

Kommenterad [JE21]: Negativ stress

Kommenterad [JE22]: Vi skriver det som att vår ainformantr hade det i vår studie?

Kommenterad [JE23]: Ska vi skriva kring att detta är många äldre rädda för??

Kommenterad [JE24]: Rädslan för att bli bortglömd

Kommenterad [JE25]: Men ensamheten som jobbig gäller ju inte alla...

För de som bodde ensamma innebar föreningslivet en stor källa till gemenskap, där kunde de träffa andra människor att umgås med. Vissa hade flera aktiviteter på fasta dagar var vecka. Men några nämnde också svårigheten med att skaffa nya nära vänner ju högre upp i åldern man kom.

Kommenterad [JE26]: Här kan distriktssköterskan vid sitt hälsosamtal ha en stor betydande roll genom att ge olika förslag och erbjudanden på vad som kanske kan passa...

“Det är svårare också att hitta gemenskap och det är kanske också lite vår egen skull att vi inte är med i föreningar och sånt som vi kanske borde lite mer” (i, 15).

Känslan av att inte vara ensam var en stor källa till trygghet, och just tryggheten var viktigt för de äldre. Känslan av god hälsa var nära förknippad med att känna trygghet. Självvald ensamhet kunde vara något positiv, det var ofta förknippat med lugn och ro och frihet. Däremot den påtvingade ensamheten var något de flesta fruktade, att plötsligt bli ensam efter att ha levt i tvåsamhet till långt upp i åldern var oerhört skrämmande.

“Nä det är klart att bli ensamt och jobbigt om man börjar fundera på det. Om B hon skulle avlida, då har jag ingen aning om vad jag skulle göra med mitt liv. Det kommer att bli fruktansvärt ensamt” (i, 14).

Att känna sig medräknad, behövd och sedd

Viktigt var också att känna sig sedd som människa och vara medräknad i samhället. Att ha ett aktivt föreningsliv och bestämda dagar med olika aktiviteter gav en känsla av att vara behövd och medräknad i samhället.

Kommenterad [JE27]: en del av...

Hälsa beskrevs av de äldre som känslan av att de betydde något för någon annan, att de faktiskt fortfarande spelade någon roll. Den känslan gav trygghet, en trygghet av att de äldre var medräknade fast de var gamla. Det som ingav en känsla av betydelse var om de till exempel hjälpte en granne med blommorna när de var bortresta, eller skriva ett protokoll för den förening man var verksam i. Känslan av att ha utträttat något gav en känsla av god hälsa. Många nämnde just glädjen i att kunna hjälpa barn eller barnbarn.

Kommenterad [JE28]: ta bort? Uppreping? Ta och istället?

Kommenterad [JE29]: Att bland annat

“Vi är där också och hjälper till ..ett barnbarn som har flyttat ut ohh jag skulle ha en ny sladd ... ja det är du som är .. (tittar på maken) M: jaha får jag fixa det.. amen det är kul sånt” (i, 4).

Att slippa ha segdragna tvister med kommun och landsting i vad som var rätt och riktigt angående sin egen hälsa. Många nämnde just hur viktigt det var att i möten med vårdpersonal bli sedd som en egen individ och inte bara som en gammal människa.

“Det kom en fin hyrläkare hit.. mm...som ehh vi blev väldigt bekanta med kan man säga han sa någonting väldigt sant för han sa man måste ju lyssna på sina patienter sa han. Han kunde inte va här han försvann, han ville va här men han kunde inte vara kvar” (i, 4).

Diskussion

Metoddiskussion

Författarna valde att genomföra studien som en kvalitativ intervjustudie. Målet var att analysera materialet latent, men eftersom arbetstiden för studiens genomförande var kort blev djupet begränsat. För att komma åt kärnan i ämnet lämpar sig semistrukturerade intervjuer med öppna frågor bäst. Enligt Danielsson (2014) medför denna typ av intervjuer en möjlighet

Kommenterad [JE30]: då

att öppna upp för att kunna anpassa frågorna allteftersom intervjun fortgår, och frågorna behöver inte tas i en viss ordning (Danielsson, 2014).

En fördel med intervjuer är att endast enkel utrustning, som i detta fall mobiltelefoner behövs.

Kommenterad [JE31]: behövs

Medan nackdelen var att vissa av de äldre som intervjuades inte var helt komfortabla med att spelas in, utan slappnade av och pratade mer fritt när den tekniska utrustningen stängdes av. En av förklaringarna till detta kan vara att de äldre blev stressade och trodde själva att det endast fanns rätt eller fel svar på frågorna.

Kommenterad [JE32]: ta bort?

Författarna var överens om fördelen med att vara två som satt med under intervjun och kunde komplettera varandras frågor. Att vara två intervjuare är en fördel enligt Trost (2010), då detta kan bidra till djupare förståelse för det som sägs och även mängden information ökar. I förväg bestämdes vem som var huvudintervjuare och styrde intervjun. Detta underlättade hela intervjuprocessen. En viktig aspekt av intervjukonsten som författarna blev varse om, var hur viktigt det var att spegla tillbaka svaret för att komma djupare in i frågans kärna.

Vid två av intervjuerna medverkade intervjupersonens make helt eller delvis, detta försvårade både själva intervjun och bearbetningsprocessen eftersom intervjun blev svårstyrd och åsikterna under intervjuens gång påverkades av maken. För studien innebar det ett spretigare resultat som var svårare att kondensera.

Inget bortfall av informanter förekom i studien.

Tillförlitligheten i en kvalitativ studie utgår från tre begrepp, dessa är trovärdighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim, Lundman, 2004). Med tillförlitlighet menas hur trovärdiga resultaten är och hur väl de stämmer överens med studiens syfte. Författarna anser att validiteten på genomförd studie är hög då metod, urval och analysmetod ansågs lämpliga för studiens syfte. För att öka trovärdigheten så lästes transkriberat material samtidigt som intervjun avlyssnades av båda författarna samt en tredje part (handledaren) (Kvale och Brinkman, 2009).

Författarna var medvetna om sin egen förförståelse i ämnet, dels på grund av arbetet med bakgrunden där ett flertal artiklar granskats angående äldre och hälsa, men också eftersom författarna själva har mer eller mindre erfarenhet av att arbeta med äldre i vården.

Förförståelse syftar på att vara medveten om den kunskap i ämnet man har innan man påbörjar själva studien (Priebe och Landström, 2014). Flertalet felkällor finns som man bör vara uppmärksam på när man genomför en studie, och en av dessa är den så kallade Rosenthal-effekten. (Karlsson, 2001). Den innebär att forskaren omedvetet för över sina förväntningar på de som intervjuas, som i sin tur svarar på dessa outtalade förväntningar. Social önskvärdhet är en annan felkälla, där de som intervjuas ger de svar som de tror att intervjuaren vill ha. Den sistnämnda felkällan upplevde författarna i flertalet intervjuer där de äldre var rädda att de skulle svara fel på frågorna och också gav uttryck för bristande tilltro på sin egen förmåga att kunna förmedla rätt svar.

I början av analysprocessen upptäckte författarna svårigheterna med att sortera ut lagom stora meningsbärande enheter som endast innehöll en företeelse. Problem kan lätt uppstå i detta skede enligt Graneheim och Lundman (2004). Om för stora enheter tas ut kan de lätt innehålla flera företeelser, och för små enheter kan leda till att materialet blir sönderhackat. Varje meningsbärande enhet ska kunna härröras till en unik kategori och inte delas bland flera. Författarna gick under hela analysfasen tillbaka från del till helhet för att verifiera och ompröva sina kategorier.

Ambitionen gällande resultatets trovärdighet är att studien ska vara överförbar, dvs. att någon utomstående kan komma fram till samma eller liknande resultat och detta med hjälp av det material som den ursprungliga studien grundar sig på (Graneheim & Lundman, 2004). Författarna har därför försökt beskriva undersökningsgruppen så grundligt som möjligt.

Resultatdiskussion

Det övergripande tema som framkom i föreliggande studie stämmer väl överens med vad som redan finns beskrivet i lagtext. Enligt socialtjänstlagen (SOSFS 2010:427, kap.5, 4 §) ”skall socialtjänsten verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt, under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra”.

En av de äldre personerna sa: *“Hur känner man när man har hälsa? Man tänker man är ju glad så länge man hälsan”*, men när upplever då **äldre personer** att de har god hälsa? Självklart spelar frånvaron av sjukdom, krämpor och smärta stor roll för att de äldre ska

kunna uppleva god hälsa, likväl som för människor i alla åldrar. Men viktigast för de äldre är att de ska känna meningsfullhet i sin tillvaro, att de själva bestämmer vad som ingår i den meningsfullheten, och hur vardagen ska utformas och se ut. Integriteten är också oerhört viktig och ska respekteras oavsett hur situationen ser ut.

Att kunna klara sig själv och att inte vara beroende av andra upplevdes som hälsa för de äldre i föreliggande studie. Jönsson (2009) beskriver hur samhället ofta likställer åldrandet med att vara i behov av vård. Han menar att forskningen mest har utgått från de negativa sidorna av åldrandet som innehåller kroppsligt förfall och förluster på biologisk, psykologisk och social nivå. Parallellt med denna forskning har därför en annan sida av åldrandet legat till grund för ny forskning, där man strävar till att bibehålla ett aktivt liv även som äldre och ha kvar sitt oberoende (a.a.). Innebörden av vad som definieras som meningsfullt är högst individuellt och grundar sig i vilka behov den enskilde individen har, både psykologiskt och socialt, och vad som i sin tur krävs för att få detta tillgodosett (Norberg, Lundman & Santamäki Fischer, 2012).

De äldre som hade en förmåga att kunna anpassa sysslor och aktiviteter allt eftersom kroppens funktioner förändrades kunde i sin tur uppleva en känsla av glädje och meningsfullhet i tillvaron. De äldre ansåg att grunden till god hälsa var en acceptans av kroppen och dess förändringar. Enligt Nygren (2006) kan åldrandet bli positivt för individen om utrymme och möjlighet ges till ett aktivt deltagande i livets olika skede. Med hjälp av aktivt åldrande kan individen uppleva hälsa och god livskvalitet en längre tid. Detta innebär att individen accepterar en ständigt föränderlig process där anpassning och kompensation går hand i hand i livets alla områden för att kunna fungera optimalt. (a.a.). Möjlighet till aktiviteter i vardagen har visat sig kunna påverka livskvaliteten hos äldre personer (Levasseur, Desrosiers & Tribble, 2008). Viktigt för de äldre är att kunna anpassa aktiviteterna efter fysisk förmåga. Viktigt var även att aktiviteterna anpassades för att matcha varje individ bäst. Utmaningen blir att hitta möjligheter till aktivitet även för de som är begränsade båda fysiskt och kognitivt. (a.a.). Resultatet från föreliggande studie visade att aktivitet hade positiv effekt på upplevd smärta och fysisk begränsning. Lundman et al (2010) beskrev att de äldre som innehar en stark inre styrka, bestående av känsla av samhörighet, kreativitet och flexibilitet har också större möjlighet att uppleva god hälsa trots ändrade livsvillkor. Stark inre styrka är förknippat med att ta ansvar för såväl sitt eget liv som för andras, att tro på de egna möjligheterna att kunna påverka och styra sitt liv i en meningsfull riktning. Att kunna handskas med

omställningar i livet är lika viktigt som att känna att livet är värt att engagera sig i trots motgångar och svårigheter (a.a.).

Författarna anser att det är av vikt att kunna erbjuda **individanpassad** vård och aktiviteter för äldre, och då ta stor hänsyn till vad de önskar kunna genomföra och på vilket sätt. Vidare anser författarna att det är viktigt att på något sätt hitta och stötta de äldre som har behov av ett utökat socialt nätverk.

Kommenterad [JE33]: Ett hälsosamtal till alla äldre och på så sätt...

I en studie av Berg (2006) som studerar skillnaden i upplevd hälsa hos män respektive kvinnor framkom det att män i högre grad än kvinnor angav sänkt livstillfredsställelse i samband med förlust av partner. Detta sattes i relation till att kvinnor ofta lever längre, vilket medför att männen i större grad hade stöd av sin partner under sjukdomstillfällena. Vidare beskrivs att då en kvinna lever längre tid som änka har hon större möjlighet till anpassning och därmed öka chansen till att kunna bygga upp ett nytt socialt nätverk.

Berg (2006) menar att när det gäller gruppen äldre äldre (80+) så är de i större utsträckning utsatta vad det gäller fysisk, emotionellt och socialt välmående samt individens egen uppfattning av livskvalitet så som änkstillstånd, åldersrelaterade sjukdomar, komorbiditet (samsjuklighet) och förändringar i den sociala tillvaron (a.a.). Upplevd hälsa är ingen känsla som är lätt att värdera (Nilsson, 2002). Alla individer utsätts för större eller mindre motgångar under sin livstid, men var och en reagerar olika på dessa. Därför är det oerhört svårt att möta och värdera hälsan. Det är själva upplevelsen av välbefinnandet som är viktig, vad den enskilda individen själv anser vara god hälsa (a.a.)

I föreliggande studie upplevdes hälsa som att ha stöd och att vara i ett sammanhang. **Kallas** (2010) diskuterar det starka sambandet mellan god hälsa och livskvalitet och redovisar även de stora grundpelarna gällande god hälsa hos äldre som glädje, uppskattning och belåtenhet med de små sakerna i livet samt socialt umgänge. Den sociala gemenskapen har visat sig vara väldigt viktig för de äldre, och god kontakt med familjen verkar bara bli starkare förknippad med god hälsa ju högre upp i åldern man kommer (**Kallas**, 2010). I en artikel från 2006 påvisades att det inte var kvantiteten i det sociala umgänget som var viktig, utan kvaliteten i mötena med andra människor (Berg, Hassing, McClearn & Johansson, 2006).

Kommenterad [JE34]: ref

Kommenterad [JE35]: ref

Ensamhet är i dag ett växande globalt problem och en bidragande orsak till ohälsa över hela världen (Nilsson, 2012), vilket är i linje med resultatet från föreliggande studie. Hauge och Kirkevold (2012) menar att känslan av ensamhet varierar från individ till individ. Vissa äldre klarar av det lättare och kan finna en meningsfullhet i tillvaron trots en känsla av ensamhet medan andra upplever ensamhet som endast plågsamt. Graneheim och Lundman (2010) har i sin studie beskrivit hur olika nedsatta kroppsfunktioner kan yttra sig som ofrivillig isolering vilket resulterar i en svår ensamhet. De fann att de som var ofrivilligt beroende av andra upplevde en känsla av hjälplöshet. Istället för att ta emot hjälpen för att kunna vara med på givande aktiviteter så stannade de hellre hemma vilket ökade känslan av ensamhet och social isolering. Vidare förklaras i studien att förlust av sinnen medför en kraftlöshet som i sin tur hindrar de äldre från att delta i sociala aktiviteter. Detta resultat kan betyda att de olika delarna i vad som upplevdes som hälsa i föreliggande studie hänger ihop. Om det blir obalans i den ena medför det obalans i den andra.

Konklusion och implikationer

Om vi ska kunna ta hand om de äldre så måste vi känna till riskerna för ohälsa och hur dessa kan undvikas eller förebyggas på bästa sätt men samtidigt måste vi kunna förstå sjukdom och död. Det är av fördel att vi kan förstå vilka resurser eller processer som kan hjälpa till att utveckla hälsa i riktning mot välbefinnande, livskvalitet och en hållbar utveckling

Författarna anser att projektet den kommun där studien är utförd, där distriktsköterskan har hälsofrämjande samtal med friska äldre som klarar sig utan insatser från samhället är en god förebild i hur vi ska mäta den växande andelen äldre. Det salutogena arbetssättet måste ligga till grund för arbetet, att fokusera på det friska och se möjligheter. Det optimala hade varit att arbeta preventivt och kunna planera framtida behov tillsammans med de äldre, samt att informera om vilka insatser som finns i samhället den dag det behövs.

Referenser

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Baltes, P B & Baltes, M M., (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. Baltes, P B & Baltes, M M (Red), Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University Press.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2009). Principles of Biomedical Ethics (6. uppl.) New York: Oxford University Press
- Berg, A I., Hassing, L B., Mcclearn, G E. & Johansson, B.(2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old?. *Aging & Mental Health*, 10(3), 257-264. doi: 10.1080/13607860500409435.
- Bircher, J., Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 2005. 8(1): p. 335-341.
- Bowling, A., (2007). Enhancing later life: How older people perceive active ageing?, *Aging & Mental Health*, 12:3, 293-301. Doi: 10.1080/13607860802120979
- Bowling, A., Dieppe, P., (2005). What is successful aging and who should define it? *BMJ*, 2005; 331(7531): 1548-1551. Doi: 10.1136/bmj.331.7531.1548
- Caplan, AL., Engelhardt, HT., Jr, McCartney, JJ. eds. (1981). *Concepts of Health and Disease Interdisciplinary Perspectives*. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Company.
- Dale, B., Söderhamn, U., Söderhamn, O. (2012). Life situation and identity among single older home-living people: A phenomenological-hermeneutic study. *Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2012:7. Doi: 10.3402/qhw.v7i0.18456.
- Danielsson, E. (2014). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB: Lund.
- Danielson, E. (2014a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB: Lund.
- Denscombe, M. (2000). *Forskningshandboken för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Studentlitteratur AB: Lund.
- Ebrahimi, Z., Wilhelmson, K., Moore, C. D., & Jakobsson, A. (2012). Frail elders' experiences with and perceptions of health. *Qualitative health research*, 22(11), 1513-1523.
- Eriksson, M. (2015). Samband mellan SOC och hälsa - en kunskapsinventering. I M Erikssons (Red.), *Salutogenes - om hälsans ursprung, Från forskning till praktisk tillämpning*. Liber AB: Stockholm.

- Freud, S., (1931/1976). *Complete psychological works of Sigmund Freud*. New York: Norton.
- Fänge, A., Dahlin Ivanoff, S., (2007). The home is the hub of health in very old age: Findings from the ENABLE-AGE Project. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2009;48, 340-345. Doi: 10.1016/j.archger.2008.02.015
- Graneheim, U.H., & Lundman, B., (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Graneheim, U.H., & Lundman, B., (2010). Experiences of loneliness among the very old: The Umeå 85+ project. *Aging & Mental Health*. 2010;14, 433-438.
- Granskär, Monica, Höglund-Nielsen, Birgitta. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2008). Studentlitteratur AB: Lund.
- Haak, M., Fänge, A., Iwarsson, S. & Dahlin Ivanoff, S., (2007). Home as a signification of independence and autonomy: Experiences among very old Swedish people. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2007;14: 16-24. Doi: 10.1080/11038120601024929.
- Hauge, S. & Kirkevold, M. (2010). Older Norwegians' understanding of loneliness. *Qualitative Studie on Health and Well-being*, 5(1), ss. 1-7.
- Hsieh, H-F., & Shannon, S E., (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Reseach*, Vol 15. No 9. 1277-1288. doi:10.1177/104973230527 6687
- Jeste, D., Savla, G., Thompson, W., Vahia, I., Glorioso, D., Martin, A S.,...Depp, C., (2013). Older Age is Associated with More Successful Aging: Role of Resilience and Depression. *Am J Psychiatry*. 170(2): 188-196. Doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12030386
- Jönsson, H (2009) Äldreomsorgen, ålderismen och de nästa döda. I Jönsson, H (red) *Äldrande, åldersordning, ålderism*. Linköping: Linköping University Electronic Press.
- Kallenberg, K., & Larsson, G. (2004). *Människans hälsa – livsåskådning och personlighet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kalfoss, M. (2010). Quality of Life Among Norwegian Older Adults. *Research in gerontological Nursing*, 3(2), 100-112. doi: 10.3928/19404921-20091207-99
- Karlsson, L. (2001). *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S., (2014). Forskningsetik. Henricsson, M. (Red). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB: Lund.
- Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor, (2005). Socialstyrelsen. Hämtad 10 oktober 2015 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Kristensson, J., 2014. *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Natur och kultur: Stockholm.

Kristensson, J., & Jakobsson, U., (2010) Olika perspektiv på åldrandet. Ekwall, A. I (Red.). *Äldres hälsa och ohälsa – en introduktion till geriatrisk omvårdnad*. Studentlitteratur AB, Lund.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Levasseur, M. Desrosiers, J. St-Cyr Tribble, D. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and Quality of Life Outcomes*. 2008; 6(30).

Lundman, B., Aléx, L., Jonsén, E., Norberg, A., Nygren, B., Santamäki Fischer, R. & Strandberg, G. (2010). Inner strenght - A theoretical analysis of salutogenic concepts. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 251-260.

Martin, P., Kelly, N., Kahana, B., Kahana, E., Willcox, B., Willcox, C., & Poon, L., (2014). Defining Successful Aging: A Tangible or Elusive Concept? *The Gerontologist*. 00(00), 1-12. Doi: 10.1093/geront/gnu044

Nilsson, B. (2002). *Vad betyder känsla av sammanhang i våra liv? Aspekter på stabilitet, kön, hälsa och psykosociala faktorer*. Umeå University Medical Dissertations, New series No 806.

Nilsson, B (2012). Ensamhet. I Wiklund Gustin, L., Bergbom, (Red) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Studentlitteratur: Lund.

Norberg, A., Lundman, B. & Santamäki Fischer, R. (2012). *Det goda åldrandet*. Studentlitteratur: Lund

Nordenfelt, L., (2007), *The concepts of health and illness revisited*. Medicine, Health Care and Philosophy.

Nygren, B. (2006). *Inner strength among the oldest old*. Umeå: Umeå University.

Posadzki, P., Stockl, A., Musonda, P., & Tsouroufli, M. (2010). A mixed - method approach to sense of coherence, health behaviors, self-efficacy and optimism: Towards the operationalization of positive health attitudes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 246-252.

Priebe, G & Landström, C. (2014). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar - grundläggande vetenskapsteori. I Henricsson, M. (Red). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB: Lund.

Saracci, R., (1997). The World Health Organization needs to reconsider its definition of Health. *BMJ*.

SCB. Sveriges framtida befolkning 2014-1060. Demografisk rapport. Stockholm 2014.

SOSFS 2010:427. Socialtjänstlagen (2001:453). Hämtad 2 oktober, 2015,
https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/#K5

Statens Folkhälsoinstitut, (2005). *Sammanfattning av Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar - En kunskapssammanställning*. Rapport 2005:6. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Tornstam, L., (2011). *Åldrandets socialpsykologi*. Upplaga 8. Nordstedts Förlagsgrupp AB.

Torres, S., & Hammarström, G., Hög ålder som ohälsa och hot. Jönsson L-E., & Lundin, S., (Red). *Åldrandets betydelser*. (2007) Studentlitteratur AB

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur

United Nations, (2008). *World Population Prospects: The 2006 Revision Population Database*. Available from: <http://esa.un.org/unpp/>

Weiss, R.S. (1973). *Loneliness. The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge, MA, US; The MIT Press.

Wiesmann, U., & Hannich, H-J. (2008). A salutogenic view on subjective well-being in active elderly persons. *Aging & Mental Health*, 12(1), 56-65.

Willman, A. FoU Rapport 47 (1996). *Hälsa är att leva*. Vårdförbundet SHSTF, Stockholm.



**LUNDS
UNIVERSITET**
Medicinska fakulteten

Intervjuguide för magisteruppsats i ämnet oberoende äldres uppfattning om samt vad som förstärker subjektiv hälsa

Intervjun startar med en vanlig konversation med information om studien och dess syfte. Intervjuguiden är baserad på två huvudfrågor som också ligger till grund för två separata magisteruppsatser.

1. Oberoende äldres upplevelser av fenomenet subjektiv hälsa.
2. Oberoende äldres upplevelser av vad som förstärker subjektiv hälsa.

Huvudfråga;

Berätta vad begreppet hälsa innebär för dig?

Vidare frågor som ställs är beroende på det första svarets utgång. Frågorna skall innebära fördjupad förståelse om hur intervjupersonen upplever fenomenet hälsa

Kan du beskriva en vardaglig situation då du upplever hälsa?

Vad ger dig en känsla av god hälsa?

Vad är det viktigaste som möjliggör att du kan uppleva god hälsa idag?

Kan du beskriva en vardaglig situation där du inte upplever god hälsa eller upplever sämre hälsa?

Vad ger dig en känsla av dålig hälsa?

Vad saknar du i dag som skulle kunna hjälpa dig att uppleva god hälsa?

Följdfrågorna som kommer syftar till att komma djupare in i ämnet och nå dess kärna, samt att förmå intervjupersonerna att vidare utveckla sin upplevelse av hälsa.

Kan du berätta mer om dina upplevelser, tankar och känslor som innefattar god hälsa i ditt vardagliga liv, ge gärna exempel på olika situationer.

