



Sektionen för Hälsa och Samhälle
Box 823
301 18 Halmstad

Äldre individers upplevelser av vad som bidrar till den egna hälsan och välbefinnandet

Anna Bengtsson

Idrottsvetenskapligt program
Avancerad nivå
Vårtermin, 2011

Titel	Äldre individers upplevelser av vad som bidrar till den egna hälsan och välbefinnandet
Författare	Anna Bengtsson
Sektion	Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad
Handledare	Solgun Folke/Maria Nyholm
Tid	Vårtermin 2011
Sidantal	33
Nyckelord	Hälsa, hälsofrämjande, kvalitativ innehållsanalys, välbefinnande, äldre
Sammanfattning	<p>Det finns fyra hörnstenar för gott åldrande: social gemenskap, meningsfull sysselsättning och delaktighet, fysisk aktivitet samt goda matvanor. Syftet med föreliggande studie var att beskriva vad äldre individer upplever bidrar till den egna hälsan och välbefinnandet. Kvalitativa semistrukturerade intervjuer genomfördes med 15 personer över 75 år. Intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Tre kategorier framkom under det latenta temat ”känsla av att ha tillgång till och kontroll över resurser som gör det möjligt att leva ett fortsatt aktivt och meningsfullt liv som äldre”: ”leva i en bra fysisk miljö”, ”känsla av meningsfullhet” och ”känsla av oberoende”. Det var viktigt för informanterna att ha en bra bostad och en trivsamt närmiljö. Meningsfullhet kom av social gemenskap och tillhörighet, meningsfulla aktiviteter och en positiv attityd och tro. Oberoende bestod av att vara frisk och att anpassa sina aktiviteter samt att ha god ekonomi och tillgång till transportmedel. Tillgång till och kontroll över dessa förutsättningar möjliggjorde att fortsätta leva ett aktivt och meningsfullt liv. Resultatet stämmer väl överens med tidigare forskning inom området. Det är viktigt att hälsofrämjande insatser kring äldres hälsa präglas av en helhetssyn och att samtliga behov hos äldre tillgodoses i största möjliga mån. Framtida forskning kan undersöka ämnet hos äldre med sämre självupplevd hälsa än i föreliggande studie.</p>

Titel	Elderly people's experiences of what contributes to the own health and well-being
Authors	Anna Bengtsson
Section	Section of Health and Community, University of Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad
Supervisor	Solgun Folke/Maria Nyholm
Time	Spring term, 2011
Pages	33
Keywords	Elderly, health, health promotion, qualitative content analysis, well-being
Abstract	<p>There are four main factors contributing to good ageing: social community, meaningful occupation and participation, physical activity and good eating habits. The purpose of this study was to describe what elderly people experience contribute to their own health and well-being. Qualitative semi structured interviews were conducted with 15 people aged 75 or more. The interviews were analyzed with qualitative content analysis. Three main categories emerged under the latent theme of "feeling of having access to and control over resources making it possible to live a continued active and meaningful life as an elderly": "living in a good physical environment", "feeling of meaningfulness" and "feeling of independence". It was important to the informants to have a good home and a nice neighbourhood. Meaningfulness came from social sense of community and belonging, meaningful activities and a positive attitude and faith. Independence consisted of feeling well and healthy and adapting activities as well as having a good economy and access to transportation. Access and control over these conditions made it possible to keep living an active and meaningful life. The result is in accordance to previous research within the area. It is important that health promoting efforts for the elderly has a comprehensive view and that all needs of the elderly are met as far as possible. Future research could investigate the subject in elderly with a lower self-perceived health.</p>

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	2
Befolkningsutveckling.....	2
Åldrandeprocessen	2
Hälsa, välbefinnande, KASAM och livskvalitet	3
Hälsofrämjande faktorer.....	4
Modell över hälsans bestämningsfaktorer.....	4
Sociala kontakter och meningsfulla aktiviteter	5
Fysisk aktivitet.....	6
Matvanor.....	7
Boende och närmiljö.....	8
Problemformulering	8
Syfte.....	9
Metod	10
Forskningsansats.....	10
Informanter	11
Datainsamling.....	11
Dataanalys	12
Etiskt övervägande	13
Resultat	14
Leva i en bra fysisk miljö	14
Att ha en bra bostad	15
Att bo i en trivsamt närmiljö.....	16
Känsla av meningsfullhet	17
Att känna social gemenskap och tillhörighet.....	17
Att ägna sig åt meningsfulla aktiviteter	19
Att ha en positiv attityd och tro	20
Känsla av oberoende.....	20
Att vara frisk och anpassa sina aktiviteter	21
Att ha god ekonomi och tillgång till transportmedel.....	22
Diskussion	23
Metoddiskussion.....	23
Resultatdiskussion	25
Leva i en bra fysisk miljö	26
Känsla av meningsfullhet	27
Känsla av oberoende.....	30
Konklusion	32
Implikation	32
Referenser	
Bilaga I	
Bilaga II	

Inledning

Andelen äldre i Sverige ökar. År 2025 beräknas att en tredjedel av Sveriges befolkning kommer vara över 60 år. Detta innebär förändrade krav på hälso- och sjukvård för de äldre. En friskare äldre befolkning belastar samhällsresurserna mindre då de behöver mindre sjukvård och hjälp. Äldre kan också bidra mer till samhället genom att exempelvis vara yrkesverksamma längre eller genom ideellt arbete (Statens Folkhälsoinstitut, 2009).

Det finns elva nationella folkhälsomål sammanställda av Sveriges regering. Inget av dessa mål rör specifikt äldre utan flera målområden kan avse äldre, exempelvis delaktighet och inflytande i samhället, ekonomiska och sociala förutsättningar, miljöer och produkter, hälsofrämjande hälso- och sjukvård, fysisk aktivitet, matvanor och livsmedel samt ett minskat bruk av tobak, alkohol, narkotika, doping och spel (Regeringen, 2008). Ansvaret för äldres hälsa ligger på flera olika instanser i samhället, exempelvis kommuner, landsting och regioner (Statens Folkhälsoinstitut, 2010). Kommunerna är den aktör som enligt Statens Folkhälsoinstitut (2010) har det största ansvaret och möjligheten att påverka äldres hälsa och förutsättningar för hälsa. Detta genom bland annat miljö, fysisk planering och verksamheter för äldre.

Statens folkhälsoinstitut (2008) har definierat fyra hörnpelare som viktiga för ett hälsosamt åldrande; social gemenskap, meningsfull sysselsättning och delaktighet, fysisk aktivitet samt goda matvanor. Bibehållen god motorik och ingen eller liten funktionsnedsättning, psykologiskt välbefinnande, uppskattning från familj och vänner samt en bra bostad verkar också för en god hälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Världshälsoorganisationen WHO (WHO, 2002) menar att ett aktivt deltagande i exempelvis sociala, kulturella och medborgerliga händelser är viktiga bestämningsfaktorer för hälsan för äldre personer.

Bakgrund

Befolkningsutveckling

Befolkningsutvecklingen i Sverige går mot att en allt större del av befolkningen består av äldre personer. Ökningen av andelen äldre beror till viss del på att storleken på barnkullarna minskat och att färre barn föds nu än förr (Statens Folkhälsoinstitut, 2009). Den beräknade ökningen av personer över 65 år under de närmaste decennierna beror till stor del på de höga födelsetalen under 1940-talet (Statens offentliga utredningar, 2003). Ytterligare en anledning till att befolkningen består av en större andel äldre är att medellivslängden såväl för män som för kvinnor ökar och förväntas öka ännu mer. Den beräknade medellivslängden idag är cirka 83 år för kvinnor och 78,5 för män. År 2050 beräknas medellivslängden ha ökat till cirka 86 år för kvinnor och nästan 84 år för män. Till följd av detta beräknas ökningen av personer över 80 år bli särskilt stor (Statens Folkhälsoinstitut, 2009).

På grund av förändringarna i befolkningssammansättningen kommer en allt mindre del av befolkningen vara i förvärvsarbetande ålder. Denna grupp kommer att få försörja en allt större del av befolkningen som inte längre arbetar. Genom att främja hälsa och förebygga ohälsa i den äldre delen av befolkningen kan denna arbeta längre, färre behöver ta ut förtidspension, färre behöver hjälp, blir sjuka eller skadar sig. En friskare äldre befolkning belastar sjukvården mindre (Statens Folkhälsoinstitut, 2007).

Åldrandeprocessen

När människan åldras från vuxenlivet och framåt förändras kroppen på flera olika sätt (1177.se, 2009). Fysiska förändringar som minskad muskelmassa leder till minskad kroppsvikt och minskad fysisk styrka medan stelare leder ger minskad rörelseförmåga. Minskad benmassa ger sämre skelettstyrka samt förändrad kroppslängd och kroppshållning. Syn och hörsel kan bli nedsatt och organfunktion i bland annat lever och njurar kan bli sämre (Sletvold, 2005). Känsligheten för insulin blir generellt sämre vilket ökar risken för diabetes. Blodkärlen runt hjärtat blir stelare vilket försvårar för hjärtat att fyllas med blod (1177.se, 2009). Även lungor och bröstorgon blir stelare vilket ger minskad lungkapacitet. Tillsammans bidrar dessa förändringar till sämre kondition vilket kan försvåra aktiviteter (1177.se, 2009; Sletvold, 2005). Även den kognitiva

funktionen, exempelvis minnet, försämras i takt med att hjärnan åldras och en äldre människa kan behöva längre tid för att komma ihåg något eller för att lära sig något nytt. Hur snabbt en person åldras beror på arv och gener men också till stor del av livsstilsfaktorer som fysisk aktivitet, matvanor, rökning och alkoholanvändande (1177.se, 2009).

Hälsa, välbefinnande, KASAM och livskvalitet

Det finns olika teorier om vad hälsa är och vad som ger hälsa. Den biomedicinska definitionen av hälsa är total avsaknad av sjukdom. De biomedicinska teorierna kritiseras då de bland annat utesluter vissa psykiska störningar som inte bedöms bero på fel i människokroppen. Hälsa i holistiska teorier definieras utifrån hur människan fungerar som helhet, det vill säga om såväl fysisk, psykisk och social funktionsförmåga finns (Brülde & Tengland, 2003).

I humanistiska teorier är individens egen upplevelse av hälsa utgångspunkten. I de teorierna är välbefinnande, det vill säga en subjektiv bedömning av att må bra, en viktig utgångspunkt. Relationen mellan hälsa och välbefinnande anges på olika sätt i olika teorier. En del likställer hälsa med välbefinnande medan välbefinnande andra gånger kan ses som en del av hälsa eller en väg mot hälsa. Ibland ses också hälsa som en del av eller väg mot välbefinnande. Motsatsen till välbefinnande kan därför ibland vara ohälsa och sjukdom. Det är också möjligt för en person att ha högt välbefinnande samtidigt som hon är sjuk, eller ha lågt välbefinnande trots objektiv hälsa, det vill säga avsaknad av sjukdom (Medin & Alexanderson, 2000). Att välbefinnande och hälsa kan skilja sig från varandra är en del av den kritik som finns kring teorierna om välbefinnande (Brülde & Tengland, 2003). WHO (1948) definierar hälsa som ”Ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte endast frånvaro av sjukdom och handikapp”. Definitionen är en kombination av andra teorier och tar fasta på hälsa både ur ett objektivt biomedicinskt synsätt men även som subjektivt välbefinnande. Denna definition kritiseras då det anses vara svårt att uppnå fullständigt välbefinnande såväl fysiskt, mentalt och socialt (Winroth & Rydqvist, 2008).

Synen på vad som påverkar och ger en god hälsa skiljer sig något åt mellan könen. Kvinnor framhåller socialt engagemang och socialt liv, fysisk och psykisk aktivitet, att vara oberoende och bestämma över sig själv samt att vara tillfreds med livet. Män

däremot betonar vikten av humor och en positiv attityd till livet för att åldras bra (Elgán, Axelsson & Fridlund, 2009; Wu, Goins, Liditka, Ignatenko & Goedereis, 2009).

Känsla av sammanhang, KASAM, är en annan teori om hälsa. Enligt Antonovsky (2005) beror hälsa hos en person på om personen har en hög känsla av sammanhang, KASAM. Hög KASAM består i sin tur av höga värden på de tre komponenterna begriplighet – om saker som sker är förståeliga och går att förutse och förklara, hanterbarhet – förmågan att hantera det som händer och meningsfullhet – att vara delaktig och se mening i det som händer. En hög KASAM ger motståndskraft att hantera motgångar i livet och bidrar därför till en god hälsa (Antonovsky, 2005).

Livskvalitet är ett begrepp som försöker beskriva en persons uppfattning av sitt liv utifrån faktorer som hälsa, oberoende och sociala relationer (WHO, 2002). En person med upplevd bra livskvalitet har en känsla av välmående, upplever en mening med livet och känner personligt värde (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2000). Personen upplever också autonomi och oberoende (WHO, 2002). Att kunna utföra dagliga aktiviteter och att uppleva sig själv som frisk och välmående höjer livskvaliteten (Moss, Hoffman, Mossey & Rovine, 2007), medan märkbara fysiska åkommor som fetma och nedsatt lungfunktion sänker livskvaliteten (Blane, Netuveli & Montgomery, 2008). Borglin, Jakobsson, Edberg och Rahm-Hallberg (2006) fann att låg livskvalitet är associerat med att vara över 85 år, att vara kvinna, ha hälsoproblem och sämre självupplevd hälsa, lågt socialt stöd, en minskad känsla av sammanhang (KASAM) och låg fysisk aktivitetsnivå.

Hälsofrämjande faktorer

Modell över hälsans bestämningsfaktorer

Enligt en modell av Dahlgren och Whitehead (1991) påverkas hälsan av en rad olika faktorer. Faktorerna ligger i olika nivåer som befinner sig på olika avstånd från individen. Ju närmare individen faktorerna befinner sig, desto större makt har individen att påverka dem själv. I nivån närmast individen återfinns levnadsvanor, till exempel matvanor och fysisk aktivitet, vilka är faktorer som individen har stor makt att själv påverka. I nivån utanför finns sociala relationer. Den näst yttersta nivån innehåller faktorer som utbildning, arbetsmiljö, hälso- och sjukvård samt bostäder, vilka är faktorer som i större utsträckning påverkas av samhället och som individen har mindre

makt över. I den yttersta nivån finns socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer som nationell säkerhet, jämlikhet mellan könen och social stabilitet. Denna nivå påverkas till stor del av nationell politik. Utöver dessa fyra nivåer finns ytterligare några faktorer som påverkar individen och som varken individ eller samhälle har någon makt att förändra: kön, arv och ålder (Dahlgren & Whitehead, 1991).

Sociala kontakter och meningsfulla aktiviteter

Människan är av naturen aktiv och interagerar med andra människor. Genom aktivitet och umgänge med andra människor får människan intryck, upplevelser och erfarenheter som påverkar henne (Kielhofner, 1995). Att vara aktiv i fritidsaktiviteter och att vara socialt aktiv tillsammans med andra människor är associerat med större livstillfredsställelse och bättre självupplevd hälsa (Inal, Subasi, Ay & Hayran, 2007; Lee, Jang, Lee, Cho & Park, 2008). Rekreation, fritid och kultur stimulerar människan både fysiskt, psykiskt och socialt och bidrar till en god hälsa (Statens Folkhälsoinstitut, 2004).

För många äldre utgörs en stor del av det sociala nätverket av familjen, framförallt partner och barn. Giftna eller sammanboende upplever sin hälsa som bättre än ensamstående och de som är eller har varit gifta har ofta ett större socialt nätverk än de som aldrig gift sig (Statens folkhälsoinstitut, 2003). Ett gott socialt nätverk kan fungera som en hälsobuffert mot nedåtgående hälsa (Borglin et al., 2006) och enligt Morita, Takano, Nakamura, Kizuki och Seino (2010) kan ett gott socialt nätverk vara en faktor som bidrar till en persons chans att leva längre. Enligt deras studie har personer som uppskattar sina sociala nätverk som goda större chans att fortfarande vara vid liv fem år efter första mättillfället, jämfört med dem som uppskattar sitt nätverk som sämre. Framförallt social aktivitet med familj, vänner och grannar är associerat med längre överlevnad (Morita et al., 2010).

Det är vanligare att kvinnor känner sig mer ensamma än vad män gör (Ekwall, Sivberg & Hallberg, 2005). Kvinnors hälsa påverkas också i större utsträckning än mäns av hur de upplever sitt sociala nätverk. Kvinnor som är nöjda med sitt sociala nätverk och sin förankring i detta och som deltar i sociala aktiviteter tenderar att uppleva sin hälsa som bättre (Lee et al., 2008; Rennemark & Hagberg, 1999). Kvinnor som inte är nöjda kan

få fysiska symptom som spända muskler och problem med magen (Rennemark & Hagberg, 1999).

Kvinnor, ensamstående och personer som delvis är beroende av hjälp från andra är mer sannolika att delta i program som tillhandahåller sociala aktiviteter (Berg-Warman & Brodsky, 2006). Sociala aktiviteter kan generera nya vänner, bättre psykiskt välmående och en känsla av att vara behövd (Routasalo, Tilvis, Kautiainen & Pitkala, 2008). Trots det kan den upplevda ensamheten och det sociala nätverket vara oförändrat mot innan programmets genomförande. Det kan bero på att det efter programmet är lättare att identifiera och erkänna känslor av ensamhet, men också att de aktiviteter som erbjöds i programmet inte täckte de behov som fanns (Berg-Warman & Brodsky, 2006; Routasalo et al., 2008). Enligt Greaves och Rogers-Clark (2010) är rädsla, bland annat rädsla för att vara ensam, en vanlig upplevelse i det dagliga livet för socialt isolerade personer med en försämrad hälsa. Den sociala isoleringen och rädslan för ensamhet kan öka på grund av att hälsan försämras vilket bland annat gör det svårare att ta sig ut i samhället. Personerna i studien avstod från att kontakta familj, vänner och grannar för att be dem om hjälp då de inte ville vara till besvär eller vara en börda, vilket ytterligare ökade den sociala isoleringen (Greaves & Rogers-Clark, 2010). Hälsoproblem, svårigheter att ta sig till en aktivitet, brist på tid eller att aktiviteten ligger på en opassande tid är de främsta hindren och anledningarna för att inte delta i sociala aktiviteter (Berg-Warman & Brodsky, 2006).

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet är enligt Pellmer och Wramner (2007) all rörelse som ökar ämnesomsättningen. Dit räknas inte bara träning och motion utan även aktiviteter som städning, trädgårdsarbete och belastning i arbetet. Enligt Fox, Stathi, McKenna och Davis (2007) är fysisk aktivitet associerad med högre livskvalitet och högre subjektivt välbefinnande.

När människan åldras minskar muskelmassan vilket ger mindre muskelstyrka (Sletvold, 2005). Minskad fysisk aktivitet, på grund av exempelvis svårigheter att röra sig kan ge stelare leder och vilket ytterligare försvårar rörelse (Borglin et al., 2006). Fysisk aktivitet kan bidra till att behålla och förbättra den fysiska prestationsförmågan hos äldre personer. Äldre som är fysiskt aktiva och tränar flexibilitet, muskelstyrka, balans

och kondition minst en gång i veckan kan förbättra sin fysiska funktion och styrka och undvika funktionsnedsättningar (Taguchi, Higaki, Inoue, Kimura & Tanaka, 2010).

Att förhindra en nedgång i hälsan är ett viktigt motiv för att vara fysiskt aktiv (Hardy & Grogan, 2009) medan smärta och värk, att vara i dålig fysisk form och uppleva andnöd, dålig balans och minskad flexibilitet utgör hinder för att ägna sig åt fysisk aktivitet. Även brist på socialt stöd kan verka hämmande för den fysiska aktiviteten (Jancey, Clarke, Howat, Maycock & Lee, 2009). Rädsla för att falla och skada sig kan påverka rörelsemönster och hindra en person från att utföra vissa aktiviteter. Personer med dålig fysisk förmåga, dålig hälsostatus och de som har fallit förut är rädda för att falla och avstår från aktiviteter på grund av fallrädsla (Murphy, Williams & Gill, 2002). Fysisk aktivitet i form av tai chi kan minska rädslan för att falla (Sattin, Easley, Wolf, Chen & Kutner, 2005) och fysisk aktivitet kan minska risken för fallolyckor (Swanenburg, Douwe de Bruin, Stauffacher, Mulder & Uebelhart, 2007).

Matvanor

Till följd av att den totala kroppsmassan minskar, framförallt genom förlust av muskelmassa, har äldre ofta ett lägre energibehov än yngre. Däremot är behovet av näringsämnen oförändrat vilket ställer krav på en balanserad kost som tillgodoser näringsbehovet men samtidigt har ett energiinnehåll som motsvarar personens energiförbrukning (Sortland, 2005).

Enligt Rössner (2006) äter äldre personer i Sverige ofta regelbundet frukost och ett eller flera lagade mål mat om dagen. Samtidigt är, enligt Johansson, Bachrach-Lindström, Carstensen och Ek (2008), ca 15 % av äldre i Sverige undernärda eller i riskzonen att blir undernärda. Låg självupplevd hälsa, svag greppstyrka i händerna, att ha en eller flera symptom på depression och kognitiv försämrad funktion är associerat med risk för undernäring. Kvinnor löper större risk för undernäring än män (Johansson et al., 2008). Trots det är kvinnor, tillsammans med äldre, personer med hög utbildning och säker ekonomi och personer som tränar och äter frukost regelbundet en grupp personer som i större utsträckning har ett hälsosamt ätbeteende (Shelton, 2005).

Boende och närmiljö

Enligt Statens Folkhälsoinstitut (2008) är en bra bostad viktig för äldres hälsa. Problem med bostaden, exempelvis trappor, eller försämrad hälsa hos partnern är vanliga anledningar till att äldre söker sig till anpassade boenden (Field, Walker & Orrell, 2002). Enligt Safran-Norton (2010) är det vanligt att äldre som bor i hus utan hiss väljer att flytta till annat boende. Vid jämförelser mellan att bo i serviceboende och att bo i eget boende framkommer inga skillnader i funktionell status, välbefinnande, mental hälsa, tillfredsställelse med livet eller känsla av ensamhet. Däremot upplever äldre boende i serviceboende högre autonomi och livskvalitet. De upplever också mer trygghet och mindre rädsla när de är ensamma hemma. Äldre som bor i serviceboenden är i större utsträckning delaktiga i sociala och kulturella evenemang (Van Bilsen, Hamers, Groot & Spreeuwenberg, 2008) och använder sig ofta av grupprum och gemensam tvättstuga (Field et al., 2002).

Utformningen och upplevelsen av närområdet kan påverka hälsan. Att känna sig säker från trafik och i parker är positivt associerat med den mentala aspekten i hälsorelaterad livskvalitet. Låg kriminalitet bidrar till att äldre lever aktivt och upplever att de är nöjda med sina liv (Lawton, Nahemow & Tsong-Min-Yeh, 1980). Enligt Piro, Noss och Claussen (2006) kan kriminalitet i bostadsområdet och rädsla för brott verka som ett hinder för äldre att röra sig fritt i området.

Äldre som bor i områden med mycket grönområden har större sannolikhet att uppleva god hälsa än de som bor i områden med mindre grönytor (Parra et al., 2010). Enligt Stigsdotter et al. (2010) används grönområden ofta för att minska upplevd stress. Problem i närområdet, såsom tung trafik, höga nivåer av buller och otillräcklig belysning är associerat med förhöjd risk för försämrad fysisk funktion hos äldre (Balfour & Kaplan, 2002).

Problemformulering

Ett väl fungerande folkhälsoarbete för äldre kan bidra till att den äldre delen av befolkningen mår bättre, kan bidra till samhället en längre tid samt belastar sjukvården mindre. Genom att undersöka vad äldre själva anser bidrar till deras egen hälsa och välbefinnande, samt hur dessa upplevelser är utformade, kan folkhälsoarbetet för äldre utvecklas och formas för att tillgodose de behov som de äldre själva anser vara

viktigast. Därför besvarar föreliggande uppsats frågeställningarna ”vad upplever äldre personer över 75 år bidrar till deras egna hälsa och välbefinnande?” samt ”Hur är dessa upplevelser utformade och på vilka sätt upplevs de bidra till hälsa och välbefinnande?”

Syfte

Syftet med studien var att beskriva vad äldre individer upplever bidrar till den egna hälsan och välbefinnandet.

Metod

Forskningsansats

Syftet med studien var att beskriva vad äldre individer upplever bidrar till den egna hälsan och välbefinnandet. Utefter detta valdes en kvalitativ forskningsansats, då en sådan undersöker personers upplevelser (Patel & Davidsson, 2003). Enligt Kvale och Brinkmann (2009) är intervjuer en metod för forskaren att få tillgång och förståelse för hur informanten upplever sin livsvärld. Som datainsamlingsmetod valdes intervju med intervjuguide. Intervjuguiden konstruerades utefter studiens syfte. Enligt Trost (2005) bör intervjuguiden bestå av frågeområden som tar upp stora delområden. Intervjuguiden i föreliggande studie bestod av öppna frågor samt uppföljningsfrågor som uppmanade informanterna att ange samt vidare utveckla vad de ansåg bidrog till deras hälsa och välbefinnande.

De ordagrant transkriberade intervjuerna, analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys beskriven av Graneheim och Lundman (2004, 2008). Innehållsanalys var inledningsvis en analysmetod som användes av massmedieforskare för att hantera stora mängder skrivna texter (Krippendorff, 2004). För närvarande finns två inriktningar av innehållsanalys: en kvantitativ som används för att exempelvis mäta antalet gånger ett ord upprepas, och en kvalitativ som används för att analysera och tolka texter exempelvis transkriberade intervjuer eller dagböcker (Graneheim & Lundman, 2004, 2008).

I kvalitativ innehållsanalys delas data in i lämpliga analysenheter, exempelvis en intervju. Intervjun delas sedan in i meningsenheter vilket är ord eller meningar som handlar om samma sak. Vidare kondenseras texten vilket betyder att den kortas ner utan att förlora sitt innehåll. Den kondenserade texten abstraheras och kodus genom att enheter med liknande innehåll får samma kod vilken beskriver innehållet i enheterna. Koderna grupperas och bildar kategorier och underkategorier som beskriver det manifesta innehållet i intervjuerna. Enligt Krippendorff (2004) är det viktigt att kategorierna utesluter varandra och att inga enheter tillhör flera kategorier eller inte tillhör någon kategori. Slutligen framkommer ett övergripande tema som beskriver det

latenta innehållet i intervjuerna, det vill säga det underliggande och outtalade innehållet som genomsyrar alla kategorier (Graneheim & Lundman, 2004, 2008).

Informanter

Urval av informanter skedde via bekvämlighetsurval, det vill säga att de personer som fanns tillgängliga och anmälde sitt intresse var de personer som togs med i studien (Trost, 2005). Informanterna kontaktades under våren 2010 via två aktivitetscenter för äldre samt i samband med ett möte i en pensionärsförening. Studiens syfte och upplägg presenterades muntligt och de närvarande tillfrågades om intresse för att medverka. Totalt genererade dessa besök 13 informanter. Vidare nåddes en informant via ett anslag (bilaga 1) och en via personlig kontakt. Förutom de personliga kontakterna var informanterna okända personer. Senare kontaktades informanterna per telefon. Vid det tillfället avtalades tid och plats för intervjun. En person för provintervju nåddes via personlig kontakt.

Gruppen av informanter bestod av fem män och tio kvinnor, alla över 75 år och med en medelålder på 81 år. Samtliga informanter bodde i eller utanför en stad i sydvästra Sverige. Sex var gifta eller sambo och nio bodde ensamma. Fem informanter bodde i villa och tio i lägenhet. Två informanter uppgav problem med värk och sjukdomar medan övriga uppskattade sig i huvudsak vara friska om än med lite förekomst av krämpor. Ingen hade vid intervjutillfället hjälp av hemtjänstpersonal. Personen för provintervju var en man född 1933.

Datainsamling

Innan intervjuerna genomfördes samtyckte samtliga informanter skriftligen till att medverka i studien (bilaga 2). Utifrån intervjuguiden genomfördes inledningsvis en provintervju. Provintervjun gjordes för att bedöma om ändringar av frågornas utformning behövdes för att undvika missförstånd. Några mindre ändringar i frågornas formulering gjordes efter provintervjun. Provintervjun användes inte i resultatet. Ytterligare 15 intervjuer genomfördes i april och maj 2010 av studiens författare. Intervjuerna kretsade kring huvudfrågan *"Vad tycker du bidrar till att du ska uppleva hälsa och välbefinnande?"* vilken uppmanade informanterna att fritt börja berätta. Allteftersom informanterna nämnde vad de upplevde bidrog till deras hälsa och välbefinnande ställdes uppföljningsfrågor för att få en djupare förståelse för

upplevelserna. Exempel på uppföljningsfrågor var *”Kan du utveckla det mer?”*, *”på vilket sätt upplever du att sociala kontakter bidrar till hälsa och välbefinnande?”* och *”på vilka sätt skulle förändringar i din bostad kunna påverka din hälsa?”*. Under intervjuerna gjordes stödanteckningar som registrerade vissa nyckelord samt kroppsspråk. Alla intervjuer utom fyra genomfördes i enskilda rum i informanternas hem. Tre intervjuer skedde i enskilt rum på de aktivitetscenter där några av informanterna ursprungligen kontaktats. En intervju skedde i en korridor på ett av aktivitetscentren. Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon och varade mellan 30 och 60 minuter.

Dataanalys

Data analyserades genom kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004, 2008). De inspelade intervjuerna skrevs ut ordagrant av författaren. I utskrifterna noterades även tonfall, skratt och suckar. Därefter lästes varje intervju noggrant igenom och en kort sammanfattning gjordes för att få en helhetsförståelse för intervjuens innebörd. Meningsbärande delar av texten som relaterade till studiens syfte markerades och kondenserades vilket innebar att de meningsbärande delarna förkortades men samtidigt behöll sitt innehåll vilket gjorde texten mer lätthanterlig. Exempelvis förkortades citatet *”Och sen är det ju ens barn och barnbarn och, en fin man som jag lever ihop med som, inte en massa bråk och kiv utan vi trivs väldigt bra och..”* till *”Barn, barnbarn och en bra partnerrelation”*. Meningsenheterna klipptes ut och grupperades efter innehåll. Meningsenheter med samma innehåll gavs en kod, det vill säga ett förtydligande namn som förklarade meningsenheternas innehåll. Exemplet ovan fick koden *”familj”*. De olika koderna grupperades sedan och bildade kategorier och underkategorier (tabell 1). Koden *”familj”* blev en del av underkategorin *”att känna social gemenskap och tillhörighet”* under kategorin *”känsla av meningsfullhet”*. Koder, kategorier och underkategorier ändrades flera gånger under analysens gång för att säkerställa att samtliga kategorier och underkategorier var ömsesidigt uteslutande och för att inga meningsenheter eller koder skulle hamna emellan två kategorier. Slutligen skapades ett tema, *”känsla av att ha tillgång till och kontroll över resurser som gör det möjligt att leva ett fortsatt aktivt och meningsfullt liv som äldre”*, som beskrev meningsenheternas latent innehåll.

Tabell 1: Kategorier, underkategorier och exempel på koder

Kategori	Leva i en bra fysisk miljö		Känsla av meningsfullhet			Känsla av oberoende	
	Under-kategori						
Under-kategori	Att ha en bra bostad	Att bo i en trivsamt närmiljö	Att känna social gemenskap och tillhörighet	Att ägna sig åt meningsfulla aktiviteter	Att ha en positiv attityd och tro	Att vara frisk och anpassa sina aktiviteter	Att ha god ekonomi och tillgång till transportmedel
Exempel på koder	trivsel balkong hiss ljus trygg lättskött lugnt bostadshus	natur tillgängligt närhet till service trygghet mötesplatser	familj vänner bekanta träffa nya vänner någon bryr sig om en grannar	fritids- aktiviteter fysisk aktivitet agenda för dagen föreningar valfria aktiviteter	positiv attityd religion	frisk röra sig klar i huvudet anpassa aktiviteter klara sig själv ej beroende av hjälp	buss egen bil ekonomisk trygghet gratis buss

Etiskt övervägande

Underlag för etiskt övervägande godkändes av lokal granskningsgrupp vid Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan i Halmstad. Studiens syfte och metod tog hänsyn till informanternas personliga integritet och uppskattades inte vara av karaktär som kunde orsaka informanterna något obehag. I studien togs hänsyn till Vetenskapsrådets (2002) fyra etiska krav; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet uppnåddes genom att informanterna muntligt och skriftligt informerades om vilka villkor som gällde för deltagande, att det var frivilligt att delta samt att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. Samtyckeskravet tillgodosågs genom att informanterna skriftligt och aktivt samtyckte till medverkan i studien och att de var väl införstådda med innebörden av sin medverkan. De informanter som på grund av synsättningar inte kunde läsa det informerade samtycket fick detta uppläst för sig och signerade sedan på egen hand. Konfidentialitet garanterades då informanternas identitet endast var känd av författaren och genom att all information avidentifierades och förvarades inlåst. Nyttjandekravet tillgodosågs då informanternas information endast användes i föreliggande studie samt tilldelades Region Halland som vid studiens inledningsfas planerade att genomföra en konferens om äldres hälsa.

Resultat

Temat ”Känsla av att ha tillgång till och kontroll över resurser som gör det möjligt att leva ett fortsatt aktivt och meningsfullt liv som äldre” uttrycker det latenta innehållet av resultatet som utgörs av tre kategorier; leva i en bra fysisk miljö, känsla av meningsfullhet och känsla av oberoende (tabell 2). Goda bostadsförhållanden såväl i den egna bostaden som i närmiljön utgjorde en bra fysisk miljö att leva i. En känsla av meningsfullhet kom av social gemenskap och tillhörighet, fritidsaktiviteter och en positiv attityd och tro. Att vara frisk och anpassa sina aktiviteter samt att ha god ekonomi och tillgång till transportmedel gav en känsla av oberoende. Dessa förutsättningar och resurser gjorde det möjligt för informanterna att fortsätta leva det liv de ville leva, som de var vana vid och som de ansåg önskvärt och meningsfullt.

Tabell 2: Tema, kategorier och underkategorier över äldre individers upplevelser av vad som bidrar till den egna hälsan och välbefinnandet.

Tema	Känsla av att ha tillgång till och kontroll över resurser som gör det möjligt att leva ett fortsatt aktivt och meningsfullt liv som äldre		
Kategori	Leva i en bra fysisk miljö	Känsla av meningsfullhet	Känsla av oberoende
Underkategori	Att ha en bra bostad Att bo i en trivsam närmiljö	Att känna social gemenskap och tillhörighet Att ägna sig åt meningsfulla aktiviteter Att ha en positiv attityd och tro	Att vara frisk och anpassa sina aktiviteter Att ha god ekonomi och tillgång till transportmedel

Leva i en bra fysisk miljö

Denna kategori beskriver hur boende- och närmiljön upplevdes påverka hälsa och välbefinnande. De två underkategorierna beskriver närmare innehållet i kategorin som handlar om vikten av att ha en bra bostad och trivsamt närmiljö. En lättillgänglig, trygg

och trivsamt bostad värderades högt liksom natur, grönska och strövområden i närmiljön.

Att ha en bra bostad

Bostadsförhållandena skiljde sig åt mellan informanterna. En vanlig utsaga var att det var viktigt att bostaden var trivsamt och att grannarna var lugna och skötsamma. Flertalet informanter hade bott en längre tid i sin bostad vilket gav en känsla av tillhörighet och att vara hemmastadd. Det upplevdes vara en avgörande anledning till att inte söka sig till ett annat boende. Ljus och rymlighet samt tillgång till natur eller trädgård via balkong, altan eller terrass bidrog till bostadens trevnad. De som bodde i villa uppskattade trädgården medan de som bodde i lägenhet uppskattade att inte ha ansvar för trädgård och att slippa det kroppsarbete som fordrades för att sköta den. Dessa nyttjade istället sin balkong och utsikten från denna som en kontakt med naturen direkt från sin bostad.

”Jag har en underbar balkong mot väster. Jag ser, jag ser då naturen växa fram i den här gården uppifrån. Kastanjen här nedanför balkongfönstret den, den håller på nu och den spricker ut för varje dag så naturen är för mig en, en glädje till välmående då, eller en källa till välmående, det måste jag säga”. Kvinna, född 1922.

Somliga informanter hade aktivt sökt sig till en bostad i markplan för att undvika eventuella problem med trappor och för att göra bostaden mer lättillgänglig. Detta upplevdes öka tryggheten. Andra bodde högre upp men hade tillgång till hiss vilket minimerade problem med trappor. Att bo på en högre våning kunde också bidra till trygghet genom att risken för inbrott upplevdes som mindre. Informanter som bodde i lägenhet högre upp än markplan utan tillgång till hiss uppskattade den dagliga motion som trapporna gav men menade samtidigt att hiss i huset hade varit att föredra. Enbart trappor ansågs kunna bli ett hinder för att kunna bo kvar i framtiden. En kvinna som flyttat till ett lägenhetshus som äldre uttryckte sig så här:

”Man får inte flytta så att man blir fånge i sin egen bostad. Och då måste man ha hiss”. Kvinna, född 1930.

Att kunna bo kvar i den nuvarande bostaden, även om hälsan skulle försämrats, bedömdes som viktigt för många. Det var en anledning till att några informanter valt att bo i tillgänglighetsanpassade bostäder som var lättillgängliga, lättskötta, i markplan eller hade hiss. De saknade även trösklar för att minska risken för fall. Hjälp med småsysslor eller tyngre arbeten från familj, vänner och grannar gjorde det möjligt att bo kvar i bostaden. God kontakt med hyresvärderna upplevdes som positivt då det var bra att kunna få hjälp av denne vid problem eller fel i bostaden.

Att bo i en trivsamt närmiljö

En trivsamt närmiljö upplevdes påverka välbefinnandet och hälsan positivt. Tillgång till natur och grönska i form av närliggande grön- och strövområden var för många en källa till välbefinnande. För de flesta fanns någon form av grönområde inom gång- eller cykelavstånd. Grönområdena användes för fysisk aktivitet såsom promenader och cykling samt för att uppleva djurliv och se årstidernas förändringar.

Jo, självklart är det viktigt med grönområden (...) Där är fågelliv och det växer och blomstrar (...) det är mycket viktigt, det är det! Man, född 1934.

Snöröjda vintervägar, gång- och cykelbanor utgjorde trygghet i närområdet då det gjorde det möjligt att gå ut även i dåligt väglag vilket möjliggjorde utevistelse och utförande av dagliga sysslor. Dåligt vinterskötta gång- och cykelbanor gjorde att det kändes otryggt att gå ut och hämmade därför informanterna i deras dagliga bestyr. Att ha bott en längre tid i området och att känna sig väl bekant med det bidrog till trygghet men det var många som uttryckte att de kände sig för otrygga för att gå ut ensamma på kvällen. Rädsla för att träffa otrevliga och hotfulla människor var mest överhängande och hindrade informanterna från att gå ut efter att det blivit mörkt.

Upplevelsen av närhet till service såsom affärer, apotek, bibliotek, post, läkare och vårdcentral bidrog också till en positiv upplevelse av närområdet. Närheten till kyrka och kulturevenemang såsom lokaler för musik eller teater var också uppskattat. För vissa fanns service inom gångavstånd i närområdet. Andra upplevde att de hade nära till service genom bra bussförbindelser. Några framhöll hur smidigt det var med köpcentrum där det var möjligt att handla allt på en och samma plats istället för att gå i stan där avstånden upplevdes som längre. Att apotek sedan en tid tillbaka finns

tillgängligt på affärer bidrog till att förenkla de äldres vardag eftersom alla vardagliga ärenden kunde utföras på en och samma plats. Mötesplatser i närmiljön, såsom bouleplaner och grillplatser i anslutning till boendet var uppskattade. Bänkar och bord i parker var önskvärda inslag i miljön och utgjorde naturliga mötesplatser där det var möjligt att sätta sig ner och kanske ta en fika.

Känsla av meningsfullhet

Kategorin beskriver hur meningsfulla personer, aktiviteter och känslor i vardagen påverkar hälsa och välbefinnande. De tre underkategorierna; att känna social gemenskap och tillhörighet, att ägna sig åt meningsfulla aktiviteter och att ha en positiv attityd och tro beskriver ytterligare vilka dimensioner av den meningsfulla vardagen som bidrar till hälsa.

Att känna social gemenskap och tillhörighet

Familj, vänner och bekanta ansågs vara mycket viktiga för hälsan och välbefinnandet. Att höra av, träffa och umgås med andra människor gav glädje och en känsla av att vara betydelsefull och behövd. Det gav trygghet att någon ringde och hörde så att allt var som det skulle eller kom på besök. Det sociala nätverket upplevdes ha blivit än mer betydelsefullt efter pensionering, då den dagliga kontakten med arbetskamrater då försvann och det varit nödvändigt att söka kontakt med andra människor genom andra forum.

”Ja det är klart utan umgänge känner du dig väldigt ensam. Och att vara ensam tror jag är bland det värsta man kan tänka sig. Framförallt som gammal. Därför då behöver man ju eftersom man inte har ett arbete och gå till utan man blir sittande ensam gärna va. Och så är det ju bra att se till att man har ett umgänge för den sociala delen är mycket betydelsefull. Även den för välbefinnandet framför allt. Det tror jag. Så det får man se till”. Man, född 1928.

För många informanter var familjen en stor del av det sociala umgänget. Att ha en livskamrat gav trygghet och livsglädje, någon att dela livet och upplevelser med. Utöver livskamraten var barn och barnbarn viktiga personer. Att se dem växa upp, vara friska och lyckas väl i livet var en källa till glädje. Informanterna uttryckte en önskan om att få

vara med dem så länge som möjligt. Att få vara frisk och att kunna umgås med barn och barnbarn var en anledning till att ta hand om sig och sin hälsa.

”Barn och barnbarn är ju det som är, och barnbarnsbarn då (...) Det är liksom vårt liv alltså. Och det gör ju att man är, man försöker hålla sig så frisk som möjligt för att få vara med dem”. Kvinna, född 1934.

Vänner och bekanta var också viktiga delar av det sociala umgänget och gav någon att dela gemensamma aktiviteter med och diskutera aktuella händelser vilket gav nya intryck och en djupare upplevelse av en händelse. Vänner kunde också ge stöd, exempelvis vid svåra händelser som när en partner eller annan nära anhörig går bort. Flera informanter hade som äldre träffat nya vänner och bekanta, exempelvis via sociala mötesplatser eller föreningar. Det ansågs viktigt att aktivt söka sig till sociala mötesplatser, oavsett form, för att träffa nya människor. Speciellt viktigt kunde det vara för dem som inte kom från trakten utan som flyttat dit som äldre. De kände behov av att skapa sig ett nytt socialt nätverk, något som inte var helt enkelt och kunde upplevas som oroande.

”Då får man ha en inre kraft och tvinga sig ut och skaffa vänner, men man, de ramlar inte på en när man är så här gammal. Och det är liksom att, alla, alla har sin, sitt umgänge och, ja, de släpper inte gärna in nån så där nära, men jag har ändå lyckats”. Kvinna, född 1930.

Samtidigt som nya vänner och människor var en viktig del av det sociala nätverket betonades att det var viktigt att hålla fast vid vänner från barn- och ungdomsåren. Med vännerna från förr gick det att tala om ”gamla saker” och gemensamma minnen vilket upplevdes som betydelsefullt för att vänskapen skulle vara djupa. Samma förhållande kunde inte uppnås med nya vänner.

”(...) Man får inga vänner när man blir äldre, man får bara bekanta. Vännerna har man från barn, barn och ungdom. För då har man så mycket och dela med dem. Som, som dessa som sitter här ute, det är bekanta. Men, vi har trevligt i alla fall, men vi har inget gammalt att prata om”. Kvinna, född 1930.

En viktig del av den sociala samvaron var också att känna sig som en del av samhället och av bostadsområdet. Detta kunde ta sig i uttryck genom kontakten med den lokala affären där personalen hälsade och kände igen kunderna och noterade om någon saknades ett par dagar. För några informanter var grannar en stor del av det sociala kontaktnätet medan andra ansåg att kontakten med grannar gärna skulle hållas på en lagom nivå. Det var trevligt att byta ett par ord i trappan men någon närmare vänskap var inte eftertraktad. Att ha barnfamiljer som grannar upplevdes som positivt och uppiggande. Ett par informanter framhöll att det var trevligt med en blandning av människor, exempelvis att såväl unga som gamla, svenskar och nysvenskar tillhörde grannskapet.

Att ägna sig åt meningsfulla aktiviteter

Meningsfull sysselsättning, fritidsintressen och att fylla sin dag med aktiviteter ansågs vara av värde för att må bra. Olika aktiviteter och intressen som att lyssna på musik, gå på teater, titta på idrott, spela golf, handarbete, gå på promenader, cykla, utföra hushållsarbete eller läsa fyllde dagarna. Aktiviteter som att handla och laga mat var en del av vardagen medan andra aktiviteter utfördes för att de var roliga och underhållande. Flera informanter framhöll betydelsen av att både ha en agenda för dagen men även att ha en plan för aktiviteter under tiden som pensionär för att fylla sin tid med meningsfulla aktiviteter.

Fysisk aktivitet utfördes ofta eller dagligen. Det ansågs vara av stor betydelse att vara fysiskt aktiv för att må bra. Fysisk aktivitet bedrevs både för att det var nöjsamt, för att det gjorde gott för stunden och för att det bidrog till att hålla sig frisk och rörlig. Även att laga och äta nyttig och bra mat samt att sova ordentligt var aktiviteter som bidrog till att må bra.

”Jag måste ju hålla igång va för att kunna må bra, i min ålder va. Skulle jag lägga mig ner och bli sjuk en vecka har jag svårt att komma igen. Så det är ju, a och o är det ju att man, liksom har aktiviteter utav något slag (...) Rör du dig inte så fungerar ju inte blodomloppet och tarmarna, det tystnar ifall du lägger dig ner. Då blir du hård i magen och får ett helsike med det. Och kärnen slaggas ju igen ifall du inte gör nåt. Särskilt när man blir äldre. Så det tycker jag är det viktigaste absolut”. Man, född 1933.

Några informanter var involverade i olika sorters hjälp- och frivilligarbete. Det gav dem en känsla av välmående att veta att de hjälpt någon annan och det tog fokus från eventuella personliga problem som de själva hade. Att vara obunden och ha valfriheten att välja aktiviteter själv var mycket väsentligt för flera informanter, speciellt de kvinnor som upplevde sig ha varit relativt bundna under tider med barn och arbete. De värdesatte pensionärlivets frihet och att själva få rå över sin tid och att vara aktiva med olika aktiviteter men betonade att de själva valde när, hur och vad de gjorde.

”Jag har varit bunden så länge va, har inte kunnat göra.. Nu vill jag bara göra det jag vill. Inget annat gör jag. Nej. Vill jag bara sitta här och titta en hel dag så gör jag det”. Kvinna, född 1934.

Att ha en positiv attityd och tro

För att uppleva hälsa och välbefinnande betonade flera informanter betydelsen av att ha en positiv attityd och en god inställning till livet. En positiv attityd påverkade de flesta aspekter av vardagen. En positiv attityd gjorde att medgångar och positiva händelser uppskattades mer och livet uppfattades som mer nöjsamt. Det gav också kraft att kämpa på i motgångar. Religion och att ha en tro påverkade också känslan av att må bra. Tro gav tillförsikt till livet och en känsla av trygghet och meningsfullhet.

”Och en annan sak är att man är positivt inställd till livet i allmänhet och sitt eget liv i synnerhet då. Att man inte tycker att allting är äsch eller usch och, (...) nä ingen bryr sig om mig och jag har det.. Man, man måste bry sig om sig själv! Tror jag. (...) För att känna sig pigg och då blir man ju pigg också. Så, så man måste vara positiv till, till, inställning till, positivt inställd till livet. Och till tillvaron. Och tycka, eller se de ljusa sidorna i tillvaron, inte gå och hänga upp sig på de som är tråkiga”. Kvinna född 1920.

Känsla av oberoende

Denna kategori beskriver vikten av att klara sig själv och vara oberoende. Att uppleva sig som frisk och att anpassa sina aktiviteter efter rådande omständigheter samt att ha god ekonomi och tillgång till transportmedel påverkade känslan av oberoende och gjorde det möjligt för informanterna att klara sig själva.

Att vara frisk och anpassa sina aktiviteter

Viktigt för att uppleva hälsa och välbefinnande var upplevelsen av att vara frisk både i kroppen och mentalt. Att vara frisk upplevdes vara en förutsättning för att klara sig själv och vara oberoende. Informanterna upplevde också att uppfattningen av omvärlden påverkades av hur kroppen kändes. En dag med mycket värk upplevdes hela världen som sämre medan en dag då kroppen kändes bra gjorde allt mycket roligare och bättre. Den nuvarande fysiska och psykiska hälsan ansågs påverkas av arv samt levnadsvanor under hela livet, exempelvis måttliga mängder alkohol och avhållande från rökning och snusning.

”Det blir ju ett helt annat liv och livsmönster om man har sin hälsa. Det gör det. Så det, det är verkligen viktigt (...) Det gäller inte bara som gammal utan det, jag får säg, för egen del har jag haft en väldigt bra hälsa hela mitt liv. Och det ska man ju va väldigt tacksam för.” Man, född 1934.

Flera informanter beskrev hur de, i de fall kroppen inte var stark nog att göra saker på det sätt de var vana vid, anpassade sina aktiviteter efter rådande förhållanden. Exempelvis kunde tempot på aktiviteterna sänkas, de kunde göras på ett annat sätt, få ta längre tid, utföras sittande istället för stående eller så kunde en paus läggas in i mitt i arbetet för att ge tid för återhämtning. Det fanns också möjlighet att använda sig av olika hjälpmedel eller mediciner. Exempelvis gjorde en rullator det möjligt att ta promenader utan att vara rädd för att ramla eller behöva bära tunga kassar i händerna. Flera informanter upplevde att de kunde få hjälp av familj och vänner om de behövde, men beskrev att de helst önskade kunna klara de flesta sysslor själv. De ville inte vara till besvär för andra och när exempelvis familjen kom på besök värdesattes tid att umgås med varandra mer än att be om och få hjälp. Vissa aktiviteter valdes medvetet att inte göras alls. Genom att anpassa aktiviteterna efter rådande förutsättningar var det möjligt att fortsätta göra dem själv vilket gav en känsla av oberoende.

”Det är ju väldigt viktigt att man klarar att göra det mesta man ska själv ju. Det är ju otroligt viktigt (...) det var en av anledningarna till att vi flyttade från huset (...) Man vill inte utnyttja sina barn och .., om det inte är rent nödvändigt för att, var och en, de har sitt (...) Det, man vill ju försöka klara sig själv så mycket som möjligt. Det känner jag som väldigt viktigt, det gör jag.” Man, född 1933.

Att ha god ekonomi och tillgång till transportmedel

En god ekonomi upplevdes påverka förutsättningarna för oberoende och självbestämmande. Tillgång till pengar gjorde det möjligt att oberoende välja bostad efter tycke, att ägna sig åt aktiviteter efter smak och att köpa tjänster. En god ekonomi utgjorde trygghet såväl nu som i framtiden där en eventuellt försämrad hälsa kanske skulle innebära förändrade behov. Ekonomisk trygghet upplevdes vara en förutsättning för hälsa och välbefinnande.

”Och sen har jag en, en ordnad ekonomi. Det betyder ju också mycket. Så att jag behöv.. behöver inte tänka så där ekonomiskt utan jag kan sköta mig själv”. Kvinna, född 1925.

Att på ett enkelt sätt kunna ta sig till olika platser upplevdes också påverka känslan av oberoende. En del informanter hade tillgång till bil, medan andra nyttjade bussar för transporter. Bilägarna uppskattade den frihet som bilen gav dem men menade samtidigt att bussen var bra att ha den dagen de eventuellt inte skulle kunna köra bil längre. De informanter som åkte buss upplevde å andra sidan att bussen gav dem frihet och att den gav dem möjlighet att göra saker som annars krävde bil. Bussen nyttjades såväl för praktiska ärenden som att handla men också för nöjesresor och för att ta sig till familj eller vänner. En ekonomisk förmån som var mycket uppskattad var att alla över 75 år får åka gratis buss under några timmar mitt på dagen i den kommun där informanterna bodde. Att bussen var gratis gjorde att den nyttjades mer än om den hade kostat pengar.

”Men i och med att vi har bilen vet du så åk.. så åker man ju med den. Men det, jag tänker närmast på den dagen man inte vill köra längre, eller inte kan köra längre eller kanske.. Då är det ju bra med bussarna. Men då får man ju också, eh, man blir mera bunden till bostaden. Det är oifrånkomligt. Lite svårare att handla och fixa såna saker va för bilen är ju ruskigt bra så länge man nu vill köra va”. Man, född 1928.

Diskussion

Metoddiskussion

Syftet med föreliggande studie var att beskriva vad äldre individer upplever bidrar till den egna hälsan och välbefinnandet. Den breda definitionen av hälsa, såväl hälsa som välbefinnande, valdes för att inte utesluta någon informants upplevelse av hälsa. Risker med en snävare definition hade kunnat vara att informanterna exempelvis endast hade utgått från hälsa ur ett biomedicinskt perspektiv, det vill säga avsaknad av sjukdom. Utefter syftet valdes en kvalitativ forskningsansats med intervju som datainsamlingsmetod. I intervjustudier blir resultatet från intervjuerna en spegling av den specifika undersökningsgruppens upplevelser av det som undersöks. Likaså är det svårt för forskaren att vara fullständigt objektiv då intervjuerna är ett samspel mellan forskare och informant. Forskaren pendlar mellan närhet och avstånd till intervjupersonen och det är därför svårt för en kvalitativ forskare att vara helt objektiv i sin undersökning. Resultatet blir alltid i någon mån påverkat av forskarens medverkan (Kvale & Brinkmann, 2009).

Under processens gång eftersträvades att ge studien så stor trovärdighet som möjligt genom att ta hänsyn till studiens giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2008). Genom en god analysprocess kan studiens trovärdighet stärkas. Föreliggande studies giltighet beaktades genom att en kvalitativ datainsamlingsmetod och analysmetod valdes utefter syftet som efterfrågade upplevelser, genom att studien strävade efter en bred undersökningsgrupp samt genom att resultatet stöddes med citat från intervjuerna. Tillförlitlighet tillgodosågs då alla data under analysprocessen hanterades av författaren, och risken för att datainsamlingsmetoden skulle förändras under processen minimerades genom att innehållet i intervjuguiden följdes. Dock är det enligt Trost (2005) inte nödvändigt att intervjusamtalet helt följer intervjuguidens ordning, bara samtliga delar i intervjuguiden kommer med. Det är istället viktigare att samtalet är följsamt och att de frågor som ställs relaterar till det som nyss sagts i samtalet. Hur väl ett resultat kan överföras till andra grupper och situationer är svårt att bedöma och tillgodose i kvalitativa studier. Överförbarheten försökte stärkas genom att undersökningsgrupp, datainsamling och dataanalys noggrant beskrevs i metoddelen (Graneheim & Lundman, 2008). Trovärdigheten stärktes också genom att en

provintervju genomfördes. Enligt Trost (2005) kan det vara bra att genomföra en provintervju med en bekant person men en sådan intervju bör ej användas i resultatet. Personen för provintervjun i föreliggande studie var bekant för författaren och analyserades inte.

Gruppen av informanter valdes genom bekvämlighetsurval (Trost, 2005). Besök på aktiviteter för äldre, anslag och personlig kontakt gav 15 informanter vilket bedömdes vara tillräckligt. Det upplevdes också att detta antal gav mättnad, då ingen ny information uppkom i de senare intervjuerna. Det enda uttalade kriteriet var att informanterna skulle vara över 75 år. Denna åldersgräns valdes för att få informanter som inte var nypensionerade utan som varit äldre (över 65 år) en längre tid och som kanske på något sätt kände av sin ålder, i form av någon ålderskrämpa eller ett förändrat livsmönster. Informanterna kontaktades genom besök på sociala aktiviteter, anslag och personlig kontakt eftersom det varken var praktiskt, etiskt eller ekonomiskt möjligt att använda någon form av befolkningsregister för att få ett annat urval. Urvalsgruppens utformning påverkades av sättet de rekryterades på och det är troligt att ett annat tillvägagångssätt i urvalsprocessen hade kunnat ge en grupp informanter med andra egenskaper. Det är sannolikt att gruppen till större del kom att bestå av utåtriktade och pigga personer då de egenskaperna troligen bidrog till att de i större utsträckning än andra personer kunde tänka sig medverka i studien. Spridningen i gruppen får ändå bedömas som god då den bestod av både män och kvinnor samt personer med olika ålder, civilstatus, bostadsförhållanden och boendeplats (mindre ort, stad och stadskärna) samt upplevd hälsa. En grupp bestående av yngre eller äldre personer med bättre eller sämre hälsostatus hade kunnat ge svar som skiljde sig från aktuell undersökningsgrupp. Det hade också kunnat vara till studiens fördel om någon informant bott i ett glesbygdsområde då denna kunde ha haft annorlunda upplevelser.

För att skapa en trygg intervjumiljö valdes intervjuplats av informanterna. Alla intervjuer utom en skedde i enskilda rum. En intervju genomfördes i en korridor på aktivitetscenter vilket gjorde att intervjun avbröts ett flertal gånger. Några intervjuer i informanternas hem avbröts av telefonsamtal. Avbrotten bedöms av författaren inte ha påverkat intervjuerna nämnvärt eftersom det upplevdes som att intervjusamtalen snabbt hittade tillbaka till där de var innan avbrotten. Vid några tillfällen sade informanterna något som de inte ville skulle skrivas ut i transkriberingen, vilket inte heller har gjorts.

Resultatdiskussion

När informanterna tillfrågades vad de upplevde bidrar till deras egna hälsa och välbefinnande framkom tre kategorier: leva i en bra fysisk miljö, känsla av meningsfullhet och känsla av oberoende. Dessa kategorier samlades under temat ”känsla av att ha tillgång till och kontroll över resurser som gör det möjligt att leva ett fortsatt aktivt och meningsfullt liv som äldre” vilket uttryckte det latent innehåll i kategorierna.

Tidigare forskning har framhållit social gemenskap, meningsfull sysselsättning och delaktighet, fysisk aktivitet, goda matvanor (Statens folkhälsoinstitut, 2008), fysisk och psykisk hälsa och god funktion (Bowling, 2008), att vara oberoende, tillfreds med livet och att ha en positiv attityd (Elgán et al., 2008; Wu et al., 2009) som associerat med gott åldrande, god självupplevd hälsa och välbefinnande. Föreliggande studie har undersökt vad äldre själva upplever bidrar till deras hälsa och välbefinnande vilket ger en djupare förståelse för de behov som finns bland dagens äldre. Föreliggande studies resultat stämmer väl överens med tidigare forskning. Det som framkommit som bidragande för hälsa och välbefinnande är bra fysisk miljö genom bostad och närmiljö, känsla av meningsfullhet genom sociala kontakter, meningsfulla aktiviteter och positiv attityd samt en känsla av oberoende genom att uppleva sig som frisk och anpassa sina aktiviteter samt att ha god ekonomi och tillgång till transportmedel.

Det som framkommit som bidragande till hälsa och välbefinnande i föreliggande studie återfinns på nästan samtliga nivåer i modellen över hälsans bestämningsfaktorer (Dahlgren & Whitehead, 1991). De finns i nivåerna för livsstilsfaktorer, sociala nätverk och kontakter samt bostäder och hälso- och sjukvård. Undantaget är att inga upplevelser av vad som bidrar till hälsa och välbefinnande som faller in i den yttersta halvcirkeln i modellen över hälsans bestämningsfaktorer har framkommit, det vill säga socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer. Detta kan tyda på att det som informanterna i föreliggande studie framförallt ser som påverkande för deras hälsa är sådana som de själva har helt eller delvis makt över och kan påverka och förändra genom olika aktiviteter och val. Det är också möjligt att de socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorerna i modellen, vilket är exempelvis nationell säkerhet, jämlikhet i samhället och social stabilitet, inte togs upp av informanterna i föreliggande

studie då det är saker som upplevs fungera väl i Sverige. Om samma studie genomförts exempelvis i ett annat land med andra samhälleliga förutsättningar hade dessa faktorer eventuellt framkommit i resultatet.

Leva i en bra fysisk miljö

Att bo bra upplevdes som viktigt för att må bra och ha hälsan av samtliga informanter vilket också stämmer överens med tidigare forskning (Ng, Broekman, Niti, Gwee & Kua, 2009; Statens Folkhälsoinstitut, 2008). Enligt Field et al. (2002) kan problem med bostadens utformning leda till att äldre flyttar och enligt Safran-Norton (2010) är just avsaknad av hiss i bostaden associerat med att flytta till ett annat boende som äldre. Somliga informanter i föreliggande studie hade gjort ett aktivt val att flytta till ett tillgänglighetsanpassat boende som äldre. Flera informanter framhöll också att hiss i byggnaden var en viktig förutsättning för att de skulle kunna bo kvar i huset. Att flytta som äldre kan ha en negativ inverkan på hälsan (Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, 2001) och flera informanter i föreliggande studie framhöll att det var viktigt för dem att kunna bo kvar i sitt nuvarande boende. Att aktivt välja att flytta kan troligen ha mindre negativ effekt på hälsan än om individen tvingas flytta på grund av nedåtgående hälsa. Det är möjligt att med små förändringar i bostadens utformning öka möjligheterna att bo kvar i nuvarande boende (Safran-Norton, 2010). Den bostadsanpassning och hemtjänst som erbjuds av Sveriges kommuner kan påverka och öka äldre personers möjligheter att bo kvar i det egna boendet (1177.se, 2010).

Subramanian, Kubzansky, Berkman, Fay och Kawachi (2006) fann att ett grannområde som framförallt bestod av äldre var associerat med god självupplevd hälsa hos äldre. Det skulle kunna vara så att ett område med många äldre inte bidrar till hälsa på grund av sammansättningen av personer, utan för att området i övrigt innehåller saker som främjar hälsan, exempelvis bra bostäder, service och trygghet. Innehållet i området kan vara själva anledningen till att personerna som bor där till stor del är äldre. Informanterna i föreliggande studie framhöll att det var viktigt för hälsan att grannskapet kändes tryggt, vilket kan jämföras med en studie av Lawton et al. (1980) som fann att äldre som bodde i lugna områden med låg kriminalitet levde aktivt och var nöjda med sina liv. Kriminalitet i bostadsområdet och rädsla för brott kan vara ett hinder för att röra sig i området (Piro et al., 2006) vilket i så fall kan påverka de andra

omständigheterna som informanterna i föreliggande studie upplever bidrar till hälsa, exempelvis fysisk aktivitet.

Enligt Stigsdotter et al. (2010) är närhet till natur och grönområden associerat med bättre självupplevd hälsa och mindre stress och grönområden används ofta för att reducera stress. Informanterna i föreliggande studie framhöll närhet till grönområden som viktigt för deras välbefinnande. Grönområden användes för att utöva olika former av fysisk aktivitet. Forskning visar att skillnaden i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper är mindre i områden med närhet till natur och grönområden (Mitchell & Popham, 2008). Personer som bor i bostadsområden med grönytor är mer sannolika att skatta sin hälsa som bra eller mycket bra än personer som bor i områden med mindre gröna ytor (Parra et al., 2010). Närhet till grönområden är därför en viktig del i den fysiska samhällsplaneringen.

Informanterna upplevde att närhet till service i bostads- och närområdet påverkade deras välbefinnande och hälsa då det gjorde det enkelt för dem att utföra dagliga ärenden, umgås med andra människor och delta i kultur och fritidsutbudet. Resultatet strider dock mot resultat av Subramanian et al. (2006) enligt vilka service i närområdet inte är associerat till bättre självupplevd hälsa. Det kan vara så att vad som upplevs som närhet till service varierar, då en del informanter i föreliggande studie hade ett längre avstånd till service, men upplevde närhet då de hade en god bussförbindelse som tog dem mellan platserna. Lätthet att få tag i olika slags service kan troligen öka användandet av service samt känslan av valmöjlighet och självbestämmande.

I modellen över hälsans bestämningsfaktorer ligger bostäder i den näst yttersta halvcirkeln (Dahlgren & Whitehead, 1991). Individerna har troligen relativt mycket makt över sina bostadsförhållanden då det är möjligt att välja en bostad som möter de personliga krav som finns och som ligger i ett område som känns tilltalande. Det är viktigt att lämpliga och tilltalande bostäder för äldre finns tillgängliga för att underlätta för äldre som behöver byta bostad.

Känsla av meningsfullhet

Sociala kontakter, aktiviteter och en positiv attityd och tro utgjorde meningsfullhet för informanterna. Detta kan jämföras med Antonovskys (2005) teori om KASAM, där

hälsa utgörs av höga värden på komponenterna begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet. I KASAM består komponenten meningsfullhet av hur delaktig individen är i det som händer och om individen ser mening i det som sker. Meningsfullhet i KASAM-teorin har både likheter och skillnader med kategorin känsla av meningsfullhet i föreliggande studie. En likhet är att individens delaktighet i händelser bidrar till hälsa, i föreliggande studie delaktighet i sociala nätverk och aktiviteter. En skillnad är att KASAM-teorin utgår ifrån att en person kan ha god hälsa trots svårigheter och motgångar i livet just för att personen i fråga ser att det som hänt varit meningsfullt. I föreliggande studie var meningsfullheten inte kopplad till negativa utan till positiva upplevelser som gemenskap och nöjen.

Att goda sociala relationer är bra för hälsan är flertalet forskare överens om (Borglin et al., 2006; Lee et al., 2008; Morita et al., 2010) och det betonades också av informanterna i föreliggande studie. Den nära familjen med livskamrat, barn och barnbarn samt vänner och bekanta var viktiga delar av det sociala nätverket och gav informanterna livsglädje och mening med livet. Personer som är eller har varit gifta har ofta ett större socialt nätverk än de som aldrig gift sig (Statens Folkhälsoinstitut, 2003) vilket kan bero på att de personerna genom sina partners och barn haft fler mötesvägar att träffa andra personer som kunnat bli betydelsefulla vänner och bekanta. Enligt Statens Folkhälsoinstitut (2004) är ett gott socialt nätverk viktigt för en individs återhämtning exempelvis vid en partners bortgång, något som också påpekades av en informant i föreliggande studie.

I en interventionsstudie med syftet att öka äldres empowerment och sociala integration upplevde flera äldre i interventionsgruppen att de fått nya vänner men samtidigt hade den upplevda ensamheten och det sociala nätverket inte förändrats efter interventionens slut (Routasalo et al., 2008). I föreliggande studie ansåg ett par informanter att det var svårt att hitta nya vänner som äldre. En informant betonade speciellt att de nya sociala kontakter som knöts bara blev bekanta, inte vänner, och att det därför var mycket viktigt att hålla kvar vid vänner från de yngre åren. Det synsättet skulle dock kunna innebära problem om det är så att vänner från förr går bort och en person ensam lever kvar men finner det svårt att hitta nya vänner. Då är det angeläget att personer i omgivningen och samhället stöttar den äldre personen för att undvika att personen drabbas av social isolering. Genom att under livet vara aktiv i olika sociala sammanhang, exempelvis

föreningar, kan det sociala nätverket tidigt komma att bestå av en blandning av olika personer i olika åldrar.

Sociala kontakter och nätverk återfinns i den näst innersta halvcirkeln i modellen över hälsans bestämningsfaktorer, vilket tyder på att det är en faktor som individen själv har relativt stor makt över (Dahlgren & Whitehead, 1991). Enligt Berg-Warman och Brodsky (2006) kan hälsoproblem och svårigheter att ta sig till aktiviteter hindra en person från att delta i sociala aktiviteter. Om hindren är av sådan art att individen inte själv kan påverka dem, skulle plötsligt de sociala kontakterna och nätverken kunna hamna helt utanför individens makt. Genom att främja god fysisk och psykisk hälsa kan individens förmåga att själv underhålla sina sociala nätverk bibehållas.

Enligt Kielhofner (1995) är det grundläggande i människans natur att vara aktiv och enligt Inal et al. (2007) är deltagande i fritidsaktiviteter associerat med högre tillfredsställelse i livet. Informanterna i föreliggande studie ansåg att sysselsättning och fritidsintressen påverkade deras välbefinnande. Ett par kvinnliga informanter framhöll betydelsen av att vara fri i valet av aktiviteter då de ansåg sig ha varit bundna av exempelvis arbete och barn i många år. Samma resultat framkom i en studie där kvinnor som ombads beskriva sin livsstil betonade vikten av att själv bestämma över sitt eget liv och vilka aktiviteter de skulle göra (Elgán et al., 2009).

Att vara fysiskt aktiv är viktigt för att behålla den fysiska styrkan som äldre (Taguchi et al., 2010). Informanterna uppgav att ett viktigt motiv för dem att vara fysiskt aktiva var att hålla sig friska och rörliga, vilket överensstämmer med en studie av Hardy och Grogan (2009). Resultatet kan jämföras med Antonovskys (2005) KASAM, där begriplighet är en av tre komponenter som bidrar till hälsa. Att se sambandet mellan levnadsvanor, hälsa och friskhet kan ha utgjort begriplighet för informanterna i föreliggande studie. Enligt Jancey et al. (2009) är inaktiva äldre väl medvetna om de generella positiva effekterna av fysisk aktivitet, men upplever att smärta och värk hindrar dem från att vara fysiskt aktiva. Fysisk aktivitet som tai chi och fysisk aktivitet kombinerat med vitamin- och mineralintag kan minska risken för äldre att falla (Sattin et al., 2005; Swanenburg et al., 2007). Rädsla för fall kan annars verka hämmande på den fysiska aktiviteten (Murphy et al., 2002) vilket kan leda till en ond cirkel där risken att falla ökar på grund av minskad fysisk aktivitet. Det är viktigt att äldre uppmuntras

och stöds i sin fysiska aktivitet då brist på socialt stöd för fysisk aktivitet kan hindra äldre från att vara fysiskt aktiva (Jancey et al., 2009).

Informanterna uppgav att de försökte äta bra mat då de upplevde att det fick dem att må bra. Generellt äter äldre personer bra mat (Rössner, 2006; Shelton, 2005) men samtidigt befinner sig många äldre i riskzonen för undernäring (Johansson et al., 2008). Genom information om hur äldres energi- och näringsbehov förändras när de åldras kan äldre uppmuntras att göra hälsosamma matval.

Att ha en positiv attityd och inställning till livet påverkade informanternas vardag och gav den mening. En positiv attityd förstärkte livets goda egenskaper och gav kraft att hantera mindre bra händelser. Enligt Kim (2008) är höga förväntningar på ålderdomen associerat med bättre fysisk och psykisk hälsa och med hälsofrämjande beteende. Det är troligt att hälsofrämjande beteende, exempelvis fysisk aktivitet som i sig själv leder till högre välbefinnande (Fox et al., 2007), och en positiv attityd och livsglädje samverkar och leder till en mer hälsofrämjande livsstil och högre välbefinnande. Förutom en positiv attityd var religion betydelsefullt för upplevelsen av hälsa för några informanter. Enligt Lawler-Row och Elliott (2009) är existentiellt välmående, vilket för vissa kan vara religion, och en känsla av mening och ändamål kopplat till hälsa.

Känsla av oberoende

I föreliggande studie framkom att informanterna värdesatte att vara friska och att de anpassade sina aktiviteter då det upplevdes ge dem oberoende. Detta kan jämföras med komponenten hanterbarhet i KASAM-teorin (Antonovsky, 2005), vilken anger vilken förmåga och vilka resurser individen har för att hantera det som händer. Även en god ekonomi och tillgång till exempelvis bil eller buss var resurser som gjorde vardagen hanterbar på egen hand för informanterna.

Att uppleva sig själv som frisk, enligt biomedicinska termer definierat som total avsaknad av sjukdom (Brülde & Tengland, 2003) och av informanterna troligen menat som avsaknad av allvarlig sjukdom eller fysiskt funktionshinder då flera av dem hade lite småkrämpor, upplevdes påverka känslan av hälsa och välbefinnande. Informanternas upplevelse av att vara frisk kan också jämföras med de holistiska teorierna om hälsa där funktionsförmågan står i fokus (Brülde & Tengland, 2003).

Enligt Girardi Paskulin och Molzahn (2007) är ”att vara nöjd med sin hälsa” den störst bidragande faktorn till livskvalitet. God hälsa är också betydelsefullt för att känna tillfredsställelse i vardagen (Tsutsui, Hachisuka & Matsuda, 2001) vilket överensstämmer med hur några av informanterna framhöll hur dagsformen påverkade övriga aspekter av livet en dag och hur synen på livet i allmänhet pendlade beroende på hur kroppen kändes en viss dag.

Informanterna i föreliggande studie framhöll både arv och livsstilsvanor som påverkande för hälsan. Enligt modellen över hälsans bestämningsfaktorer är arv och kön faktorer som individen inte själv kan påverka. Livsstilsfaktorer däremot, ligger i modellen nära individen och är något som individen själv har stor makt över. Dock styrs livsstilsvalen av faktorer i samhället, exempelvis utbildning, erfarenhet och intryck från andra människor, vilket kan göra det svårt att göra de rätta valen (Dahlgren & Whitehead, 1991). Det är möjligt att äldre skulle kunna ha nytta av att ta del av information om hälsa för att bättre kunna göra hälsosamma livsstilsval.

För att klara saker själva och vara oberoende anpassade flera av informanterna sättet de gjorde saker på. Det stämmer överens med en studie av Larsson, Haglund och Hagberg (2009) där äldre anpassade sina aktiviteter genom att ta fler pauser och arbeta sittande istället för stående. Enligt Birkeland och Natvig (2009) är det en viktig copingstrategi, det vill säga strategi för att hantera ett problem i livet (Kostenius & Lindqvist, 2006), att acceptera att livssituationen förändrats och att aktiviteter måste utföras på annorlunda och anpassade sätt. Acceptansen kan vara passiv och resignerad vilket kan tyda på att anpassningen och förändringarna är påtvingade, men i studien framhöll de äldre att deras acceptans inte var att ge upp (Birkeland & Natvig, 2009). Det var också viktigt för informanterna att kunna klara sina aktiviteter själva vilket överensstämmer med en studie av Tollén, Fredriksson och Kamwendo (2008) i vilken informanterna betonade betydelsen av att kunna utföra aktiviteter utan hjälp. Att vara oberoende och självbestämmande kan enligt WHO (2002) bidra till livskvalitet. En vilja att klara sig själv kombinerat med att inte vilja vara till besvär och då inte be personer i sin närhet om hjälp kan dock leda till social isolering då det kan leda till att en person inte har möjlighet att komma ut i sociala sammanhang (Jancey et al., 2009).

Genom tillgång till buss eller egen bil tog sig informanterna mellan olika platser och att kunna förflytta sig själv upplevdes ge frihet. Enligt Donorfio, D'Ambrosio, Coughlin och Mohyde (2009) ger förmågan att kunna köra bil själv oberoende och en möjlighet att hålla kontakten med samhället och det som upplevs som viktigt i livet. Att inte längre kunna köra kan leda till en känsla av beroende och instängdhet i boendet (Donorfio et al., 2009).

Flertalet informanter framhöll att en god ekonomi var viktigt för att de skulle må bra vilket överensstämmer med resultat av Girardi Paskulin och Molzahn (2007) där äldre framhöll betydelsen av att ha tillräckligt med pengar. En god ekonomi möjliggör flera av de andra delarna som i denna studie framkommit som betydelsefulla för hälsa och välbefinnande; en bra bostad, möjlighet att delta i meningsfulla och sociala aktiviteter, att köpa bra mat och att kunna få hjälp vid behov. Ekonomi utgör på så sätt en trygghetsaspekt som säkerställer morgondagen även om hälsan eller förutsättningarna i omgivningen skulle förändras.

Konklusion

Föreliggande studies resultat sammanfattades i tre kategorier: leva i en bra fysisk miljö, känsla av meningsfullhet och känsla av oberoende. Kategorierna samlades under temat "känsla av ha tillgång till och kontroll över resurser som gör det möjligt att leva ett fortsatt aktivt och meningsfullt liv som äldre". En bra bostad och närhet till natur och service bidrog till en bra fysisk miljö. Känsla av meningsfullhet innebar social samvaro med familj, vänner och bekanta och meningsfulla aktiviteter som vardagssysslor, roliga aktiviteter och hälsofrämjande aktiviteter. Flera informanter framhöll också en positiv attityd och tro vilket upplevdes ge mening åt livet. Att vara frisk och anpassa sina aktiviteter samt att ha god ekonomi och tillgång till transportmedel bidrog till en känsla av oberoende. Tillsammans gjorde dessa förutsättningar det möjligt för informanterna att fortsätta leva aktiva och meningsfulla liv.

Implikation

Att veta vad äldre upplever bidrar till deras egen hälsa och välbefinnande kan vara av intresse för kommuner, landsting, regioner, folkhälsostateger och andra personer som arbetar med äldre frågor. Hälsofrämjande insatser för äldre bör samordnas för att tillgodose så många behov hos de äldre som möjligt. Det är viktigt att såväl "hårda

värden” som bostads- och stadsplanering som ”mjuka värden” som social samvaro tillgodoses. Det är också viktigt att insatserna kan anpassas efter den äldre individens förutsättningar samt stödjer individens känsla av oberoende. Hälsofrämjande insatser bör därför inte vara av sådan karaktär att de tar bort individens självständighet.

I framtida undersökningar kan det vara av intresse att undersöka äldre med annorlunda förutsättningar än i föreliggande studie. Exempelvis kan äldre med sämre självupplevd hälsa eller äldre med annan bakgrund än svensk/skandinavisk vara av intresse då deras upplevelser av hälsa kan vara annorlunda än i föreliggande studie. Genom att belysa ämnet från olika vinklar kan en större förståelse för vad som bidrar till hälsa och välbefinnande för äldre i olika skeden i livet och med olika förutsättningar nås.

Referenser

1177.se. (2009). *Att bli äldre*. Hämtad från <http://www.1177.se/Tema/Liv-och-halsa/Aldrande/Att-bli-aldre/> den 17 april 2011

1177.se (2010). *Äldreomsorg*. Hämtad från <http://www.1177.se/Regler-och-rattigheter/Aldreomsorg/> den 20 mars 2011.

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

Balfour, J. L., & Kaplan, G. A. (2002). Neighborhood Environment and Loss of Physical Function in Older adults: Evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*, *155*, 507-515.

Berg-Warman, A. & Brodsky, J. (2006). The Supportive Community: A new concept for enhancing the quality of life of elderly living in the community. *Journal of Aging & Social Policy*, *18*, 69-83.

Birkeland, A., & Natvig, G. K. (2009). Coping with ageing and failing health: a qualitative study among elderly living alone. *International Journal of Nursing Practise*, *15*, 257-264.

Blane, D., Netuveli, G. & Montgomery, S. M. (2008). Quality of life, health and physiological status and change at older ages. *Social Science & Medicine*, *66*, 1579-1587.

Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A-K. & Rahm Hallberg, I. (2006). Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence. *Health and Social Care in the Community*, *14*, 136-146.

Bowling, A. (2008). Enhancing later life: How older people perceive active ageing? *Aging and Mental Health*, *12*, 293-301.

Brülde, B., & Tengland, P-A. (2003). *Hälsa och sjukdom – en begreppslig utredning*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for future studies.

Donorfio, L. K. M., D'Ambrosio, L. A., Coughlin, J. F., & Mohyde, M. (2009). To drive or not to drive, that *isn't* the question – the meaning of self-regulation among older drivers. *Journal of Safety Research*, 40, 221-226.

Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of advanced nursing*, 49, 23-32.

Elgán, C., Axelsson, Å. & Fridlund, B. (2009). Being in charge of life: perceptions of lifestyle among women of retirement age. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 730-735.

Field, E. M., Walker, M. H., & Orrell, M. W. (2002). Social networks and health of older people living in sheltered housing. *Aging & Mental Health* 6, 372-386.

Fox, K. R., Stathi, A., McKenna, J. & Davis, M. (2007). Physical activity and mental well-being in older people participating in the Better Ageing Project. *European Journal of Applied Physiology*, 100, 591-602.

Girardi Paskulin, L. M., & Molzahn, A. (2007). Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 10-26.

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.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Greaves, M. & Rogers-Clark, C. (2010). The experience of socially isolated older people in accessing and navigating the health care system. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 27, (2), 5-11.

Hardy, S. & Grogan, S. (2009). Preventing disability through exercise. Investigating older adults' influences and motivations to engage in physical activity. *Journal of Health Psychology*, 14, 1036-1046.

Inal, S., Subasi, F., Ay, S. M., & Hayran, O. (2007). The links between health-related behaviors and life satisfaction in elderly individuals who prefer institutional living. *BMC Health Services Research*, 7, 1-17.

Jancey, J. M., Clarke, A., Howat, P., Maycock, B. & Lee, A. H. (2009). Perceptions of physical activity by older adults: A qualitative study. *Health Education Journal*, 68, 196-206.

Johansson, Y., Bachrach-Lindström, M., Carstensen, J., & Ek, A-C. (2008). Malnutrition in a home-living older population: prevalence, incidence and risk factors. A prospective study. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1354-1364.

Kielhofner, G. (1995). *The model of Human Occupation – en sammanfattning av aktuella begrepp*. (FoU-rapport, nr 8). Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.

Kim, S. H. (2008). Older people's expectations regarding ageing, health-promoting behaviour and health status. *Journal of advanced nursing*, 65, 84-91.

Kostenius, C., & Lindqvist, A-K. (2006). *Hälsovägledning. Från ord och tanke till handling*. Lund: Studentlitteratur.

Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis. An introduction to its methodology*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.

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

Larsson, Å., Haglund, L., & Hagberg, J-E. (2009). Doing everyday life – experiences of the oldest old. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16, 99-109.

Lawler-Row, K. A., & Elliott, J. (2009). The role of activity and spirituality in the health and well-being of older adults. *Journal of Health Psychology*, 14, 43-52.

Lawton, MP., Nahemow, L., & Tsong-Min-Yeh. (1980). Neighborhood environment and the wellbeing of older tenants in planned housing. *International Journal of Aging and Human Development*, 11, 211-227.

Lee, H. Y., Jang, S-N., Lee, S., Cho, S-I., & Park, E-O. (2008). The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1042-1054.

Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Mitchell, R. & Popham, F., (2008). Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. *The Lancet*. 372, 1655-1660.

Morita, A., Takano, T., Nakamura, K., Kizuki, M. & Seino, K. (2010). Contribution of interaction with family, friends and neighbours, and a sense of neighbourhood attachment to survival in senior citizens: 5-year follow-up study. *Social Science & Medicine*, 70, 543-549.

Moss, M. S., Hoffman, C. J., Mossey, J. & Rovine, M. (2007). Changes over 4 years in Health, Quality of Life, Mental Health, and Valuation of Life. *Journal of Aging Health*, 19, 1025-44.

Murphy, S. L., Williams, C. S., & Gill, T. M. (2002). Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 516-520.

Ng, TP., Broekman, BF., Niti, M., Gwee, X., & Kua, EH. (2009). Determinants of successful aging using a multidimensional definition among Chinese elderly in Singapore. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 407-416.

Parra, D. C., Gomez, L. F., Sarmiento, O. L., Buchner, D., Brownson, R., Schimd, T., Gomez, V., & Lobelo, F. (2010). Percieved and objective neighbourhood environment attributes and health related quality of life among the elderly in Bogotá, Colombia. *Social Science & Medicine*, 70, 1070-1076.

Patel, R., & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.

Pellmer, K., & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Piro, FN., Noss, O., & Claussen, B. (2006). Physical activity among elderly people in a city population: the influence of neighbourhood level violence and self perceived safety. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 626-632.

Regeringen (2008). *En förnyad folkhälspolitik. Proposition 2007/08:110*. Hämtad från <http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/10/09/78/2ee01484.pdf> den 1 maj 2011.

Rennemark, M. & Hagberg, B. (1999). Gender specific associations between social network and health behavior in old age. *Aging & Mental Health*, 3, 320-327.

Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H., & Pitkala, K. H. (2008). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 65, 297-305.

Rössner (2006). Kost, kostvanor och kroppsvikt. I D. Bagger-Sjöbäck (Red.), *Det goda åldrandet* (s. 138-151). Stockholm: Carlsson Bokförlag.

Safran-Norton, C. E. (2010). Physical home environment as a determinant of aging in place for different types of elderly households. *Journal of Housing for the Elderly*, 24, 208-231.

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1025-33.

Sattin, R. W., Easley, K. A., Wolf, S. L., Chen, Y., & Kutner, M. H. (2005). Reduction in fear of falling through intense tai chi exercise training in older, transitionally frail adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 1168-1178.

Shelton, N. J. (2005). What not to eat: inequalities in healthy eating behaviour, evidence from the 1998 Scottish Health Survey. *Journal of Public Health*, 27, 36-44.

Sletvold, O. (2005). Biologiskt åldrande. I M. Bondevik & H. Nygaard (Red.), *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv* (s. 17-28). Lund: Studentlitteratur.

Sortland, K. (2005). Äldre och kosten. I M. Bondevik & H. Nygaard (Red.), *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv* (s. 149-174). Lund: Studentlitteratur.

Statens Folkhälsoinstitut (2003). *Bättre hälsa hos äldre!* Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut (2004). *Liv till åren*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut (2007). *Äldres hälsa – en utmaning för Europa. Kortversion*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut (2008). *Var med och bestäm! Delaktighet och inflytande – en förutsättning för hälsosamt åldrande*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut (2009). *Det är aldrig för sent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet*. Östersund: Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Folkhälsoinstitut (2010). *Folkhälsopolitisk rapport 2010. Framtidens folkhälsa – allas ansvar*. Östersund, Statens Folkhälsoinstitut.

Statens Offentliga Utredningar (2003). *Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning*. Stockholm: Fritze.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (2001). *Äldres hälsa och välbefinnande – en utmaning för folkhälsoarbetet*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns landsting.

Stigsdotter, UK., Ekholm, O., Shipperijn, J., Toftager, M., Kamper-Jørgensen, F., & Randrup, TB. (2010). Health promoting outdoor environments - associations between green space, and health, health-related quality of life and stress based on a Danish national representative survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 411-417.

Subramanian, SV., Kubzansky, L., Berkman, L., Fay, M., & Kawachi, I. (2006). Neighbourhood effects on the self-rated health of elders: uncovering the relative importance of structural and service-related neighbourhood environments. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 61B, 153-160.

Swanenburg, J., Douwe de Bruin, E., Stauffacher, M., Mulder, T., & Uebelhart, D. (2007). Effects of exercise and nutrition on postural balance and risk of falling in elderly people with decreased bone mineral density: randomized controlled trial pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 21, 523-534.

Taguchi, N., Higaki, Y., Inoue, S., Kimura, H., & Tanaka, K. (2010). Effects of a 12-month multicomponent exercise program on physical performance, daily physical activity, and quality of life in very elderly people with minor disabilities: an intervention study. *Journal of Epidemiology*, 20, 21-29.

Tollén, A., Fredriksson, C., & Kamwendo, K. (2008). Elderly persons with disabilities in Sweden: their experiences of everyday life. *Occupational therapy international*, 15, 133-149.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Tsutsui, Y., Hachisuka, K., & Matsuda, S. (2001). Items regarded as important for satisfaction in daily life by elderly residents in Kitakyushu, Japan. *Journal of UOEH*, 23, 245-254.

Van Bilsen, P. M. A., Hamers, J. P. H., Groot, W., & Spreeuwenberg, C. (2008). Sheltered housing compared to independent housing in the community. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 265-274.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab.

WHO (1948). *WHO definition of Health*. Hämtad från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> den 17 april 2011

WHO (2002). *Active Ageing – a policy framework*. Hämtad från: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf den 17 april 2011.

Winroth, J., & Rydqvist, L-G. (2008). *Hälsa & Hälsopromotion. Med fokus på individ-, grupp- och organisationsnivå*. Stockholm: SISU Idrottsböcker.

Wu, B., Goins, R. T., Laditka, J. N., Ignatenko, V. & Goederes, E. (2009). Gender differences in views about cognitive health and healthy lifestyle behaviors among rural older adults. *The Gerontologist*, 49, 72-78.

Bilaga II

Hej!

Mitt namn är Anna Bengtsson och jag studerar Folkhälsovetenskap vid Högskolan i Halmstad. Under våren ska jag i samarbete med Region Halland skriva en magisteruppsats i ämnet folkhälsovetenskap där syftet är att beskriva äldres syn av vad som bidrar till hälsa. Jag vill därför under en intervju samtala med Dig för att ta del av vad hälsa är för just Dig.

Intervjun kan genomföras på en för Dig lämplig plats. Den beräknas ta ungefär en timme och spelas in på band för att sedan skrivas ut ordagrant av mig. Intervjuerna avidentifieras och analyseras under handledning av Solgun Folke vid Högskolan i Halmstad. Resultatet sammanställs och presenteras i uppsatsen.

Det är frivilligt att medverka i intervjuerna och Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan att behöva ange orsak. Allt material behandlas konfidentiellt, vilket betyder att ingen obehörig får ta del av det. I uppsatsen kommer det inte avslöjas att Du deltagit i studien eller vad just Du sagt under intervjun.

Med vänlig hälsning

Anna Bengtsson
Bolmensgatan 13
302 48 Halmstad
Telefon: 073-954 59 45

Solgun Folke
Sektionen för hälsa och samhälle
Högskolan i Halmstad
301 18 Halmstad

Jag har informerats om studiens syfte, om hur information samlas in, bearbetas och handhas. Jag har dessutom fått tillfälle att ställa frågor, samt fått dem besvarade. Jag är även medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta min medverkan utan att ange orsak.

Jag samtycker härmed till att medverka i intervjustudien om äldres syn kring hälsa.

Ort, datum: _____

Namnunderskrift: _____

Namnförtydligande: _____