



Den äldres tankar om ett gott åldrande

Livsglädjen hos äldre: En kvantitativ postenkät studie

Janina Forsblom

Examensarbete
Utbildningsprogrammet för Vård
2015

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård 12
Identifikationsnummer:	
Författare:	Janina Forsblom
Arbetets namn:	Den äldres tankar om ett gott åldrande; Livsglädjen hos äldre: En kvantitativ postenkät studie
Handledare (Arcada):	Annika Skogster
Uppdragsgivare:	Lovisa stad
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete är ett beställningsarbete från Lovisa stad. Fokuset ligger på de äldres välmående i Lovisa stad. Denna postenkätstudie tar reda på hur den äldre populationen i Lovisa stad mår, med hjälp av THL:s Livskvalitémätare. Frågeställningen i arbetet är: 1. Vad är det som stödjer äldres livskvalité, 2. Hur kan man hjälpa äldre att upprätthålla sin livsglädje och 3. Hurdan livskvalité har Lovisa stads äldre befolkning? Metoden som används är den kvantitativa forskningsmetoden, ögonblicks studie. Enkätens mening är att mäta livskvalitén hos individerna i populationen. Syftet är att se om det finns några samband med livskvalitén och livsstils- och levnadsförhållanden. Livskvalitémätaren som används har använts i flera vetenskapliga studier. Dataanalysen utfördes med SPSS - statistikprogrammet. Som teoretisk referensram har jag använt Katie Eriksons teori om hälsans idé.</p> <p>Resultat: Åldern och månadsinkomsten har visat sig ha en signifikant betydelse i denna studie, när man talar om livskvalitén hos äldre. Lägre ålder och högre månadsinkomst höjer livskvalitén. Då den äldre inte behöver vård och inte har kroniska sjukdomar, är livskvalitén också signifikant högre. Studien visar också att Lovisa stads äldre befolkning har en rätt hög livskvalité. Det är svårt att generalisera resultaten p.g.a. en svarsprocent på 42,3 %. Svarsprocenten från hemvården var också rätt låg, så majoriteten av svaren är från de aktivare äldre.</p> <p>Detta arbete kan bra användas som grund till att göra en kvalitativ studie genom att intervjua de äldre i Lovisa stad. Studien skulle också kunna få en bättre svarsprocent om forskaren skulle vara närvarande då enkäten fylls i, speciellt med hemvårdens klienter. Frågan ”Anser du själv att du har livsglädje?” skulle bra kunna tilläggas.</p>	
Nyckelord:	Äldre, Livskvalité, Livsglädje, Enkätstudie, Kvantitativt, Livskvalitetsmätaren 15D (THL), Lovisa stad
Sidantal:	44 + Bilagor
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	24.8.2015

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Vård 12
Identification number:	
Author:	Janina Forsblom
Title:	A good life as an elderly, from the eyes of one; Happiness of life as an elderly: A quantitative mail questionnaire study
Supervisor (Arcada):	Annika Skogster
Commissioned by:	Loviisa city
<p>Abstract:</p> <p>The degree thesis focus is on the well-being of the elderly people in Loviisa city. This mail questionnaire study defines how the elderly population in Loviisa city feel, using the THL: s Quality of life questionnaire. The degree thesis research questions are: 1. What is supporting the elderly's quality of life, 2. How can we help the elderly to retain the happiness in life and 3. What quality of life does the Loviisa city's elderly population have? In this degree thesis it's used the quantitative research method, survey study. The meaning of the questionnaire is to measure the quality of life of the individuals in the population and to pare them with some basic questions. And with that see if there's any connections between the quality of life and lifestyle and living conditions. The quality of life questionnaire that is used, have been used in several scientific research before. Data analysis was performed with the SPSS - statistics program. Katie Erikson's theory of the health idea, is used as the theoretical framework.</p> <p>Results: The age and the monthly income has showed in this study that there's a significant difference, when we speak about the elderly's quality of life. Lower age and a higher monthly income increases the quality of life. When the elderly doesn't need any health care and doesn't have any chronic diseases, the quality of life is also significant higher. The study also shows that the elderly population in Loviisa city have a very high quality of life. It's also hard to generalize the results because the response rate was only 42, 3 %. The response rate from the elderly who have homecare service was also quite low. So the majority of the answers is from the active elderly people.</p> <p>This degree thesis can be used as a foundation of doing a qualitative study, by interview the elderly people in Loviisa city. The study may also get a better response rate if the researcher would be present during the filling of the questionnaire, especially in the case of the elderly who have homecare service. The question "Do you feel like you have quality of life?" could well be added.</p>	
Keywords:	Elderly, Quality of life, Happiness in life, Quantitative study, Questioner, Quality of life questionnaire 15D (THL), Loviisa city
Number of pages:	44 + Attachments
Language:	Swedish
Date of acceptance:	24.8.2015

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Vård 12
Tunnistenumero:	
Tekijä:	Janina Forsblom
Työn nimi:	Hyvä vanheneminen vanhuksen näkökulmasta; Elämänilo vanhuksilla: Kvantitatiivinen postikysely tutkimus
Työn ohjaaja (Arcada):	Annika Skogster
Toimeksiantaja:	Loviisan Kaupunki
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämän opinnäytetyön on tilannut Loviisan kaupunki. Painopisteenä on Loviisan kaupungin vanhusten hyvinvointi. Tämä postikysely tutkimus ottaa selvää käyttämällä THL:llän Elämänlaatumittaria, miten Loviisan kaupungin vanhusväestö voi. Tutkimuskysymykset opinnäytetyössä ovat seuraavat: 1. Mikä tukee vanhuksen elämänlaatua, 2. Miten voidaan auttaa ylläpitämään vanhuksen elämäniloa ja 3. Minkälainen on Loviisan kaupungin vanhusväestön elämänlaatu? Käytetty menetelmä on kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, yleiskuva tutkimus. Kyselyn tarkoituksena on mitata yksilöiden elämänlaatua väestössä ja liittää niitä erilaisten peruskysymyksiensä kanssa. Tarkoituksena on selvittää löytyykö yhteyksiä elämänlaadun ja elämäntapojen ja elinolon kanssa. Elämänlaatumittaria jota käytetään, on käytetty monenlaisissa tieteellisissä tutkimuksissa. Data-analyysin on käytetty SPSS – tilastointi ohjelmaa. Katie Eriksonin teoria terveysterveystieteestä, on käytetty tässä opinnäytetyössä teoreettisena viitekehystenä.</p> <p>Tulokset: Iällä ja kuukausituloilla on merkittävä ero kun puhutaan vanhusten elämänlaadusta. Matalampi ikä ja korkeammat kuukausitulot edistävät elämänlaatua. Kun vanhus ei tarvitse kotihoidon apua eikä hänellä ole minkäänlaisia kroonisia sairauksia, niin elämänlaatu on merkittävästi korkeampi. Tutkimus osoittaa myöskin että Loviisan kaupungin vanhusväestöllä on korkea elämänlaatu. On kuitenkin hankalaa yleistää tuloksia koska vastausprosentti oli 42,3 %. Kotihoidon asiakkaiden vastausprosentti oli myös kovin alhainen. Näin vastauksien enemmistöön kuuluu aktiiviset vanhukset.</p> <p>Tätä opinnäytetyötä voi käyttää pohjana kvalitatiiviseen tutkimukseen, haastattelemalla Loviisan kaupungin vanhuksia. Opinnäytetyöhön olisi voinut saada paremman vastausprosentin jos tutkija olisi ollut läsnä kyselyn täyttämässä, erityisesti kotihoidon asiakkaiden kanssa. Kysymys ”Oletko sitä mieltä että sinulla on elämäniloa?” voisi hyvin lisätä kyselyyn.</p>	
Avainsanat:	Vanhuus, Elämänlaatu, Elämänilo, Kysely, Kvantitatiivinen, Elämänlaatumittari 15D (THL), Loviisan kaupunki
Sivumäärä:	44 + Liitteet
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	24.8.2015

INNEHÅLL

Förord

1	Inledning.....	8
2	Bakgrund.....	9
2.1	Faktorer som påverkar äldres välmående.....	9
2.1.1	<i>Sinnena</i>	10
2.1.2	<i>Känslor</i>	12
2.1.3	<i>Anhöriga</i>	13
2.2	Vårdarens insats av en god vård.....	14
2.2.1	<i>Organisationens strävan efter god vård</i>	15
2.3	Upprätthållande av hälsan.....	16
2.3.1	<i>Förändring av levnadsvanor</i>	17
3	Tidigare studier.....	19
3.1	Bakgrundsarbete av tidigare studier.....	19
3.2	Gott åldrande.....	20
3.3	Livskvalité.....	21
4	Syfte och frågeställning	22
5	Teoretisk referensram	23
6	Metod.....	24
7	Dataanalys & resultatredovisning	26
7.1	Resultat i korthet.....	33
8	Kritisk granskning	34
9	Etiska reflektioner.....	36
10	Diskussion.....	37
10.1	Det som stödjer äldres livskvalité	37
10.2	Hur hjälpa äldre att behålla sin livsglädje	38
10.3	Lovisa stads äldre befolkning livskvalité.....	40
10.4	Fortsatt forskning.....	41
	Källor	42
	Bilagor	

BILAGOR

Bilaga 1: Harri Sintonens godkännande av användning av Livskvalitetsmätaren 15D

Bilaga 2a: Livskvalitetsmätaren 15D, frågeenkäten

Bilaga 2b: Grundfrågorna, frågeenkäten

Bilaga 3: Etiskt lov från Lovisa stad

Bilaga 4: Följebrev

Bilaga 5: Ordlista

FÖRORD

Detta arbete har inte varit lätt att göra. Därför vill jag tacka alla som hjälpt mig på vägen. Jag vill också tacka Harri Sintonen från THL som givit lov till mig att använda 15D-Livskvalitetsmätaren i mitt arbete och också varit hjälpsam när jag har haft frågor om den och ett verkligt stort tack till att e-posten har blivit snabbt besvarad. Sedan ett stort tack till Peter Mildén som hjälpt mig med statistikprogrammet SPSS. Tack vare handledningen jag fick, så förstod jag mig mycket bättre på SPSS: en och kunde utan problem få fram resultat ur det insamlade data. Sedan självklart ett tack till mina handledare från skolans sida, Annika Skogster och Gun-Britt Lejonqvist. Våra grupp tillfällen i skolan var mycket informationsrika och ni gav bra stöd och råd när jag funderade över något eller var inne på fel bana. Tack även till Lovisa stad som gav mig chansen att göra just detta arbete, intresset har varit stort och kommer så förbli. Sedan ett stort tack till min förstående fästman, Johan, som har orkat lyssna på mig och hjälpt mig med meningsuppbyggnaden i arbetet. Han har också funnits där när jag har behövt en kram, när allt har känts för tungt eller hopplöst.

Så tack till alla ni och tack också till alla andra människor omkring mig som har varit förstående och hjälpsamma under examensarbetets gång.

1 INLEDNING

Den äldres mående och livsglädje är sådant som diskuteras mycket för tillfället. Jag har själv arbetat inom äldrevården i några år och har också börjat fundera på dessa saker. Ju mer jag har arbetat med äldre, desto mera börjar jag förstå dem. Jag har märkt stora skillnader mellan de äldre. Vissa har utifrån sett en högre livskvalité än andra. Det skulle vara intressant att veta orsaken till skillnaden.

I arbetet tar jag reda på hur de äldre mår i Lovisa stad, med hjälp av postenkäter och en färdig Livskvalitetsmätare 15D (THL). I forskningsöversikten går jag igenom några tidigare gjorda forskningar om äldres livsglädje och livskvalité. Sedan jämför jag mina resultat med min forskningsöversikt.

Som vårdstuderande ligger det i mitt intresse att kunna främja de äldres vård i samhället. Viljan att hitta nya metoder för att kunna främja den äldres hälsa är stark. Jag anser att de äldre, liksom de unga och de vuxna, har en rättighet att få stöd i främjande av sin egen hälsa.

Detta arbete är ett beställningsarbete från Lovisa stad, där staden försöker uppnå en bättre äldrevård. Syftet med arbetet är att hitta metoder för att främja den äldres livskvalité och att få fram hur Lovisa stads äldre befolkning mår.

2 BAKGRUND

Då man vårdar och vill att en annan individ skall bli frisk, händer det lätt att man glömmer bort helheten och sköter bara om den skada som är aktuell.

I vården av den äldre analyserar man det man ser, resurser, det fysiska. Man glömmer bort att fråga den äldre hur hen mår och vad hen vill. För att kunna respektera den äldres unikheter måste man kunna förstå den äldre och hans livserfarenheter. Det är också viktigt att kunna sätta sig in i den äldres situation. Med denna kunskap klarar man bättre av att vårda och ge den äldre det hen behöver. Det är enbart den äldre själv som vet vad hen vill av sitt liv. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.12-13) Det är viktigt att komma ihåg att den äldre själv bäst kan berätta vad som definierar ett gott liv (Näslindh-Ylispangar 2012 s.165).

2.1 Faktorer som påverkar äldres välmående

Vi människor är helheter som andas och lever i en gemensam miljö. Faktorer för vårt varande är många; saker som gör oss ledsna och glada är olika. Det är helheten av flera faktorer som befrämjar hälsan och ett gott liv. Dessa faktorer är: omgivningen, den fysiska, psykiska, sociala och spirituella dimensionen, människans behov-, roll- och beroendeförhållande (Näslindh-Ylispangar 2012 s.190). Därför är det viktigt att komma ihåg att även de äldre har dessa faktorer. För den äldre är det viktigare än för andra att uppehålla de faktorer som bringar glädje och lycka i livet, för att uppehålla sin livsglädje.

I olika kulturer har man olika sätt att se på ett gott liv och vad det innebär. Men strävan efter ett gott liv har alla inom sig. WHO (se bilaga 5) definierar hälsa som ett perfekt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Flera undersökningar visar ändå att definitionen på ett gott liv är att man har en upplevd hälsa och att detta är viktigare än att ha ett friskintyg. (Raivio 2004 s.123)

Den äldre är en helhet som också behöver känna sig som en sådan. När omgivningen är ljus, renlig, behaglig och glädjefylld uppehåller det den äldres välmående. Att få känna sig värdig och viktig, att få ha vackra kläder på sig och att maten är färggrann och vackert

uppsatt på tallriken är faktorer som behagar den äldre. Att alla delområden tas i beaktande i vården av den äldre är viktigt, som t.ex. andning och utsöndring. Man får inte glömma bort att människan är en helhet som behöver få en vård utifrån sina livserfarenheter och sin andlighet. Livserfarenheterna formar en människa till den hon är i dag, vad hon tror på och hur hon mår både psykiskt och fysiskt. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.190-192) Känslan att vara viktig och ha en konkret uppgift i livet lyfter upp livsglädjen hos den äldre, för då finns känslan att man kan kontrollera sitt liv och sina handlingar. Detta ökar också tryggheten hos den äldre då känslan av att kunna kontrollera sin omgivning ökar. För alla vi människor vill känna oss värdiga och till nytta. Det räcker inte att vi bara finns till och andas, utan man vill ha en mening i livet. Om den äldre känner sig tom och utan mening, så inverkar det på den äldres mående i helhet. Då behovet av hjälp uppkommer har livskvalitén redan sjunkit. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.16-17, Honigh-de Vlaming et al. 2013, Heikkinen 2005) Den äldre blir deprimerad vilket gör att hon inte orkar göra sina dagliga sysslor. I och med det försvinner en del av rörelseförmågan samt livsglädjen. Depression är en av de största faktorerna som sänker livskvalitén hos den äldre (Heikkinen 2005).

Tandhygien är något som lätt glöms bort vid vården av äldre. Tandhygien är precis lika viktig som allt annat, om inte viktigare. Om munnen, tänderna eller tandköttet inte är i skick, kan det vara svårt att kommunicera, äta och även att umgås med folk. Munnens hygien inverkar på den sociala, fysiska och psykosociala livskvalitén. Olika munsjukdomar bör också hittas i tid, för de kan sprida sig lätt och det inverkar drastiskt på den äldres välmående. (Arvokas vanhuus 2012)

2.1.1 Sinnena

Sinnena är väldigt viktiga för oss människor. Med dessa klarar vi av att navigera igenom vardagen. Svårigheter uppstår då sinnena börjar förloras.

När vi blir äldre förlorar vi våra sinnen sakta men säkert. Det är bevisat att då bara ett sinne är förlorat, klarar man av att kompensera det med de andra man har kvar. Men så fort man har tappat två sinnen, så börjar svårigheterna att navigera i vardagen. Synen är det som de flesta mister först. Om hörseln sedan också försämras ökar fallrisken märkbart.

Detta beror på att då man tappar synen och hörseln så försvagas också vissa kognitiva funktioner, som t.ex. uppmärksamheten, uppfattningen, tänkandet, minnet och inläringen. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.49, Heikkinen 2005)

Som tidigare nämndes är det vanligt att synen försämras först för de flesta äldre. Det finns flera olika sätt att hjälpa den äldre med nedsatt syn, vilket kan göra att den äldre klarar av vardagen lättare.

Det är viktigt att de som tar hand om den äldre, anhöriga, vårdare m.fl., känner till vilka olika åtgärder som kan göras för att förbättra den äldres navigering i vardagen. Det som kan göras är att besöka en ögonläkare för granskning av synen. På detta vis får den äldre ett par passande glasögon. Det är bevisat att 7 – 34 % av de äldres synproblem kan förbättras med passande glasögon. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.50-51) Ögonläkaren undersöker om det finns någon skada eller sjukdom i ögonen, som kan förklara försämringen av synen, samt remitterar till eventuella vidare åtgärder.

Med tillräckligt bra belysning och förstoringsglas kan man också kompensera den äldres dåliga syn. Vissa äldre kan behöva förstoringsglas som tilläggsutrustning till sina läsglasögon. Ett annat tips är att inreda den äldres hem så att det finns färg-/kontrastskillnader mellan t.ex. mattor och golv, skåp och väggar, bordduk och tallrik. Den äldre kan ha svårt att se små färgskillnader, vilket kan innebära svårigheter i att skilja på ett beige soffbord gentemot ett ljusbrunt golv. Bättre vore det vid t.ex. måltider om bordduken är grön och tallriken vit. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.52-57)

Oftast medger den äldre inte att hörseln har försämrats. Den äldre skyller ofta ifrån sig, att andra t.ex. talar otydligt. Andra åter accepterar att de blivit äldre och att hörseln inte är så bra mera. Tack vare den nya tekniken med hörapparater, skulle det vara viktigt att uppmuntra den äldre till att skaffa en sådan och använda den. Man bör komma ihåg att det inte genast behövs en hörapparat, utan man kan börja med att göra olika övningar för att förbättra hörseln.(Näslindh-Ylispangar 2012 s.60-61) Dessa övningar kan man lära sig på kurser som Kuuloliitto ry ordnar (Kuuloliitto ry). När hörseln är tillräcklig har den äldre lättare att hålla kontakten med sina bekanta. Till exempel telefonsamtalen går smidigare och den äldre behöver inte gissa sig till vad den andra säger i diskussionen

(Näslindh-Ylispangar 2012 s.62). Det är viktigt att rehabilitera hörseln för med en försämrad hörsel sjunker livskvalitén hos den äldre. En ovårdad hörsel orsakar onödig stress, frustreringar, ensamhet, missförstånd, mindre socialt umgänge, isolering och även depression. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.65)

I vården är beröring en viktig del för den äldre. Man inser det kanske inte direkt varken som vårdare eller som äldre. Då den äldre blir sedd och hörd upplever den äldre en lyckokänsla. Inom vårdarbetet överförs ett flertal meddelanden genom beröring, uttryck och gester, vilket inte uppfattas direkt. Den empatiska och respekterande beröringen hjälper den äldre att få en uppfattning om sin egen kropp och sin existens. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.69)

2.1.2 Känslor

Ensamhet kan vara självväld. När vårdpersonalen och anhöriga försöker aktivera den äldre, kan det kännas frustrerande och deprimerande. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.20). Detta måste respekteras. Den äldres egna åsikter och tankar måste tas i beaktande.

Den äldre kan också känna en stor ensamhet bland sina anhöriga, speciellt när kommunikationen brister och samtalsämnen behandlar ämnen som är obekanta för den äldre. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.21) Då ensamheten inte är frivillig utan påtvingad av livets gång, då blir den ett socialt problem. Detta leder till depression och ångest som i sin tur automatiskt leder till en dålig livskvalité. Den äldre behöver få känslan av att inte ha blivit övergiven. Denna kan förmildras med dagens olika verktyg, men den äkta närvaron av en annan individ är ändå oersättlig. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.21, Heikkinen 2005) Överdriven användning av social- och hälsovårdstjänster kan vara ett tecken på att den äldre är ensam och otrygg. Sjukhusvistelserna blir många och följer tätt på varandra. Den äldre är rädd för att vara ensam hemma, trots att hjälp i hemmet och tilläggsvård erbjuds. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.24) Dessa är indikationer på en låg livskvalité hos den äldre (de Carvalho et al. 2013).

Det talas lite om de äldres sexualitet. Det glöms bort att dessa sköra människor också är sexuella varelser, som behöver en gnutta av sexualitet i sin vardag, för att kunna känna sig lyckliga. Sexualitet betyder inte enbart samlag för den äldre, utan kan betyda att få

kärlek och ömhet. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.71) Vissa äldre kanske inte ens saknar sexualiteten. Det kanske aldrig har varit något som lockat, vilket lett till en minskad sexuell aktivitet på äldre dagar, medan andra kämpar med sina kroppar, för att kunna fortsätta med det man njutit av tidigare. De som varit sexuellt aktiva hela sitt liv, fortsätter också vanligtvis i samma banor när de blivit äldre. Att få känna sig vacker eller snygg är också en del av sexualiteten. Den äldre vill vara attraktiv, fastän hen inte önskar samlag. Detta hör till den normala människan. Vissa äldre anser dock att det är en synd att tänka på sex i deras ålder. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.72-74)

Sexualiteten och beröringen hör till faktorer som människan behöver i alla livskeden. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.72-74) Närheten av en annan person, känslan av att vara älskad, vacker eller stilig är något som varenda människa borde få uppleva oberoende av ålder.

2.1.3 Anhöriga

Anhöriga och vänner är en viktig del av den äldres välmående (Näslindh-Ylispangar 2012 s.177). Det är få människor som vill vara ensamma. Det sällskap den äldre får är av stor vikt för bevarande av livsglädjen. Den hjälp de anhöriga erbjuder den äldre med t.ex. skötsel av ekonomin och bostadsunderhåll, är viktiga faktorer då hälsan inte tillåter det mera. Önskvärt skulle vara att flera frivilliga människor gärna besökte och umgicks med de äldre i vardagen. Detta uppehåller den äldres aktivitet. Samarbetet mellan anhöriga och vänner uppehåller samt bygger upp ett gott och värdefullt åldrande. (Arvokas vanhuus 2012)

Att vara egenvårdare för någon äldre kan vara tungt och mycket krävande, speciellt när man inte har fått någon utbildning. Det är trots givande att hjälpa sina äldre i hemmet och med eventuella vårdbehov. Därför borde alla som orkar hjälpa till med skötseln om sin äldre, göra det. Detta uppehåller livsglädjen hos den äldre meningsvärt. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.177-182)

2.2 Vårdarens insats av en god vård

För att den äldre skall kunna få en värdig och bra vård, måste vårdaren vara engagerad och ha ett kall till yrket. Då har vårdaren behov av att utveckla sitt arbete för att bättre hjälpa den äldre. Med ett gott och belönande arbete växer etiken, vilket hjälper vårdaren att ge en god vård. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.166-172) En bra vård utgår inte bara från att den äldre får hjälp med vardagliga sysslor och sina sjukdomar, vilket betyder att vårdaren är närvarande i vårdsituationen och verkligen ger en bit av sig själv för att vårda den äldre. Viktigast av allt är att se den äldre som en helhet och att stödja denna helhet. Glädje och humor är viktiga redskap när man vårdar och att få ha en positiv arbetsmiljö glädjer både vårdaren och den äldre. Att få glädjas åt små saker i livet och att få ha en rolig historia att berätta, ger upphov till ett gott skratt tillsammans med någon annan; detta kan vara viktigt för den äldre. Små harmlösa roliga skämt med vårdaren kan lysa upp dagen. Humorn hjälper inte bara den äldre att orka och må bra, utan den har även positiv inverkan på vårdaren. Vårdaren orkar bättre och ser glädjen i arbetet. Då vårdaren har en positiv och balanserad arbetsmiljö, kan hon skämta med den äldre. Det gäller dock att minnas att humorn måste vara etisk; den får inte skada någons känslor. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.173-177)

Det har bevisats att personer med minnessjukdomar har en dålig livskvalitet på långvårdsplatser. Förklaringen är att de minnessjuka äldre har för lite interaktion i sin vardag och att de äldres behov och önskningar inte tas i beaktande under vardagens gång. (Numminen et al. 2011 s.18) Det skulle vara viktigt att vårdpersonalen tar i beaktande dessa saker i arbetet, med att planera in dagverksamhet varje dag utifrån vad den äldre har för önskningar och behov. Då kan man hitta på något som väcker glada minnen till liv och den äldres aktivitet gynnas. (Voutilainen, 2010)

Med förändringar i arbetsrutinerna kan man med samma mängd personal lyckas med mera aktiviteter för de äldre. En ordnad morgonstund med de äldre, med en engagerad vårdpersonal som turas om att ha morgonprogram varje morgon ger innehåll i dagen och en bättre interaktion mellan de äldre och en synlig förbättring i livskvalitén. Musiken kan man också ta med i vårdarbetet. Den stimulerar hjärnan på många sätt, t.ex. humöret och vakenheten hos den äldre. (Numminen et al. 2011 s.20-21)

Som tidigare nämnts har tandhygien en stor del i den äldres välmående. Om proteserna sitter löst eller tandköttet är infekterat eller ömmare än vanligt, påverkar det den äldres livskvalité. Vårdpersonalen bör veta dessa saker så att de har koll på den äldres helhets hälsa. Kurser om de äldres tandhygien som hjälper vårdaren att komma över sina negativa tankar kan vara bra. Detta ger också upphov till ett bättre samarbete med tandhygienisterna. Det är bra att uppmuntra den äldre att själv sköta om sin tandhygien. Om den äldre inte klarar av den, skall man stödja den äldre på rätt sätt. Med att göra en munhygien vårdplan tillsammans med den äldre, kan man uppnå mycket goda resultat. Så länge som både den äldre och vårdaren följer vårdplanen stödjer den den äldre till en mera självständig färdighet. (Arvokas vanhuus 2012)

Alla människor har självbestämmanderätt, det är allmän fakta. Tyvärr ser man allt för ofta att vårdpersonalen gör beslut för den äldre gällande vården, på grund av att vårdpersonalen anser att de har bättre kunskaper i saken. Det skulle vara viktigt att lyssna på den äldres tankar och hans önskemål. För att en god vård skall kunna uppnås, skall den äldre själv kunna använda sin självbestämmanderätt. Även då det är tal om kritiska saker och alla inom vårdteamet, läkare, vårdare, specialister m fl. skulle välja motsatsen. (Jylhä & Strandberg 2012)

2.2.1 Organisationens strävan efter god vård

För att kunna stödja de äldre på rätt sätt skall man analysera och förstärka olika organisationer i servicesystemet. Gerontologiskt kunnande krävs också mera inom vårdcirkeln för att kunna göra det bästa för den äldre. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.198-199) I dagens läge strävar man ofta efter en fungerande hemvård, där det borde finnas en multiprofessionell vårdgrupp, för att kunna stödja den äldre i vårdåtgärder, den psykiska hälsan och för en fungerande vardag. Den äldres självupplevda hälsotillstånd påverkar mycket hur hen använder sig av hälsotjänster och hur den äldre utvecklas. Hemvården är fungerande då den äldre inte behöver söka vård till jourpolikliniken när hälsotillståndet försämras. Därför skulle det vara viktigt att även i sparåtgärdstider satsa på att öka potentialen inom hemvården. Detta skulle vara både ekonomiskt och humant förnuftigt. (Jylhä & Strandberg 2012, Heikkinen 2005)

För denna fungerande hemvård skulle man också se till att man inte splittrar par, fastän den ena äldre behöver mycket mera vård än den andra partnern. Man borde också satsa på att man inte flyttar de äldre från ställe till ställe. Dessa saker stöder en välbalanserad och kvalitetsfylld vård. (Arvokas vanhuus 2012) Med att använda sig av en vårdkultur som utgår från en human synpunkt, kan man förbättra den äldres livskvalité och välmående, för då arbetar man utgående från den äldres individuella behov av stöd och vård och man har satsat mera på att stödja de psykosociala behoven med olika metoder. Viktigt är att både organisationen och vårdpersonalen förbinder sig till denna modell för att det skall lyckas. I denna modell krävs det att vårdpersonalen går kurser för att ha ett bra gerontologiskt kunnande. (Numminen et al. 2011 s.18) När enheten fungerar bra och de äldre får den vård de behöver är det kostnadseffektivt både för den äldre och skattebetalarna. Allt för ofta ser man att individer har svårt att komma till vård och när de väl har kommit så får de inte den vård de behöver. Dessa är stora problem och de pekar på att organisationen fungerar dåligt. (Raivio 2004 s.124) I citatet nedan kommer det fram att en bra kvalitetsvård för äldre kan enbart ske då alla äldre i samhället har en möjlighet att få en vård av hög kvalité oberoende av bakgrund.

The opportunity for quality ageing to occur in any country will only happen when all older people have the right to dignity and security, and access to high quality health services, including the opportunity to participate in the community regardless of background (Arun & Çevik 2011)

2.3 Upprätthållande av hälsan

Alla äldre har sina egna livserfarenheter och på basen av dessa livserfarenheter skall man stödja den äldre till att upprätthålla sin hälsa.

Livet måste ha en mening, annars har man ingenting att sträva efter och då saknar livet en betydelse. Fast den äldre har många sjukdomar och mycket lidande, så genom att stödja den äldre i saker denna klara av så kan man upprätthålla livsglädjen. Då inser den äldre själv att hen klarar av att göra saker fortfarande som hen kanske inte hade insett. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.110-111)

För den äldre är det viktigt att få känna sig som en helhet och att hen har en mening i samhället. Fast den äldre är sjuk, så så länge som den äldre har en känsla av meningsfullhet så är livskvalitén bra. Den sjuka äldre kan också känna sig frisk och full av livsglädje.

Detta på grund av att den äldre klarar av att göra egna beslut och har sin funktionsförmåga kvar. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.112-114)

Äldre som har en högre utbildning klarar av att handskas med sina liv bättre än de med lägre utbildning. Detta på grund av att en person med högre utbildning i regel har mera inkomst och med detta kan man resa mera för att utvidga sina vyer. Man har råd med den vård man behöver, med en mera näringsrik mat och mer omfattande motion. De med högre utbildning har också mera information och kunnande i att förbättra hälsan och att uppehålla den, än de med lägre skolning. Äldre med mindre inkomster lever i regel på sämre/ohälsosam mat och har sämre levnadsvanor. De kanske också utelämnar hälsovård och medicinbehandlingar. Men hos både äldre med höga inkomster och äldre med lägre inkomster, så kan livsglädjen saknas om man inte hittar någon mening i livet. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.109-110, Heikkinen 2005)

2.3.1 Förändring av levnadsvanor

Med små förändringar av levnadsvanor kan man förbättra den äldres livskvalité och med det också hälsan. Välmående, funktionsförmågan och med det, tron på sig själv och att kunna lära sig nya saker förbättras. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.130) Faktorer som påverkar människans välmående är hälsosamma levnadsvanor, dessa innehåller hälsosam och mångsidig kost, motion, måttlig alkohol användning och rökfrihet. Egenvården omfattas av användning av hälsotjänster, tandhygien, användning av hjälpmedel vid behov, en positiv uppfattning om sin egen hälsa, vila, hobbyer, sociala kontakter, kultur, spirituella och andliga arbetssätt och kunskap om hälsan. (Näslindh-Ylispangar 2012 131-132, Heikkinen 2005) Med dessa faktorer har man en helhet av hälsan.

Man kan tillsammans med den äldre pussla ihop ett schema som passar den äldre bäst och tydligt gå igenom punkterna och ge stöd vid var och en av dem. Det är inte lätt för en äldre människa att förändra sina levnadsvanor, därför skall man inte heller stressa en äldre med dessa. För om man försöker för mycket, så kan det leda till raka motsatsen och den äldre faller in i depression för att hen inte klarar av dessa faktorer. Man börjar sakta men säkert och med bara det som den äldre själv klarar av, utan onödig stress. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.158-163) Det är bra att påminna den äldre om att enligt forskningar så

har sjukdomar och ålder ingenting att göra med det om man kan bli bättre eller inte, när man talar om att uppehålla och förbättra funktionsförmågan (Heikkinen 2005).

För att kunna uppnå bästa resultat när den äldre genomgår en ändring av levnadsvanor så skall man följa följande steg: 1. Förnekelsestadiet, då man nekar ett befintligt problem och har ingen tanke att ändra på det. 2. Kynningsfasen, då man börjar acceptera och fundera på åtgärder för sitt problem. 3. Förberedelsefas, då man börjar planera en förändring i sitt liv. 4. Driftsfasen, då man har aktivt börjat på förändringen och upprätthåller den. 5. Underhållsfasen, sista fasen då man fortsätter att upprätthålla förändringen och undviker kollaps.

Det är viktigt att kunna motivera den äldre då den äldre själv har tagit informationen till sig. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.158-159) Informationen måste ges med måtta i början, för om den äldre får för mycket information i början så blir hen frustrerad och kanske ger upp tanken. När processen väl är igång, så är det viktigt att varje litet steg belönas. För då känns det trevligare och lättare att fortsätta processen för den äldre. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.158-163)

3 TIDIGARE STUDIER

Redan en tid tillbaka har man funderat på vad en god ålderdom är. Det hör till den humana strävan att finna det goda livet. Detta har diskuterats i den grekiska filosofin i årtal. (Arun & Çevik 2011) Undersökningar har gjorts och resultat har framförts. I en forskning har det kommit fram att de viktigaste sakerna för den äldre, med tanke på en god livskvalité, är de anhöriga. Andra viktiga saker är värdesättning av livet, hälsa och prestationsförmåga. För äldre kvinnor är religionen en viktig kraftkälla. (Heikkinen 2005)

3.1 Bakgrundsarbete av tidigare studier

Till arbetet sökte jag reda på artiklar via Arcadas bibliotekssidor Medic, Academic Search Elite & Duodecim. Jag sökte även på Google Scholar. Jag sökte efter artiklar som handlade allmänt om den äldres livskvalité och livsglädje. Som sökord har jag använt: Elderly AND service AND aging, Quality AND of life AND elderly, Vanhuus ja elämänlaatu, Vanhuus, Elämänlaatu.

Under min sökning märkte jag att flera artiklar var så specifika inom området, dessa bestämde jag mig att presentera i kapitlet tidigare studier. Hade allt som allt 14st artiklar, två av dessa läste jag inte alls igenom p.g.a. efter läsning av flera andra artiklar, intresserade dessa två mig inte mera. Jag läste igenom 12 stycken artiklar och bestämde mig av att använda dessa 11st tack vare deras väsentliga innehåll. Av dessa har jag använt sju stycken i bakgrunden och två av dessa är även använda i tidigare studier. I helhet har jag använt mig av sex artiklar i kapitlet tidigare studier. Dessa är Numminen et al. 2011, THL 2014, Kozar-Westman et al. 2013, Tilvis 2006, Heikkinen 2005 och Arun & Çevik 2011. Jag valde ut dessa för de tog upp bra och nyttig information om den äldres livskvalité och hurdant ett gott åldrande är. Fyra av dessa artiklar behandlade tydligt livskvalitén hos äldre medan två stycken tog upp hurdant ett gott åldrande är.

3.2 Gott åldrande

I en artikel av Reijo Tilvis (2006) nämns det att det i flera undersökningar om äldre, har kommit upp att äldre som anses kroniskt sjuka inte själva ser sig som sjuka och de är inte heller missnöjda med livet. Detta betyder ju ändå att man inte kan dra de äldre över samma kam, alla äldre måste vårdas enligt deras egen syn på sin hälsa. En definition på ett gott åldrande som avsaknad av diabetes, artros, funktionshinder och rökning. Andra saker som inverkar är fysisk aktivitet, ett flertal sociala kontakter, ett bra subjektivt hälsotillstånd, en bra kognitiv funktionsförmåga, brist på depressionssymtom och antalet sjukdomar. Sådant som inte verkar ha någon inverkan på ett gott åldrande är kön, inkomst, civilstånd och utbildningsnivå. (Tilvis 2006)

Det är först på senaste tiden som man har börjat fråga de äldre vad en god ålderdom är och se det från deras perspektiv. Tidigare gjorde man undersökningarna mera forskarstyrda, paternalistiska (se bilaga 5) och framför allt biomedicinskt antagande. (Tilvis 2006)

Kozar-Westman et al.(2013 s.239) skriver, för att uppnå ett gott åldrande skall den innehålla hälsoattribut som är både fysiologiska och psykosociala. Känsla av samhörighet, kontinuitet, funktionell status, upplevt stöd och livsattityder har i ett flertal studier visats höra ihop med ett gott åldrande. Den mångdimensionella synen av ett gott åldrande innehåller en känsla av mening eller syfte också fysisk, funktionell, psykologisk, intellektuell, social och spirituellt hälsa. (Kozar-Westman et al. 2013 s.239)

Den mångdimensionella synen på ett gott åldrande har inte hämtat så mycket ny information, men man har fått bekräftat vilka saker inverkar på den äldres goda ålderdom. Också att de äldre oftast trivs bättre med sitt liv än vad utomstående ögon kan se. (Tilvis 2006)

Hyvä vanheneminen lieneekin enemmän kokemus ja mielentila kuin testattava moniulotteinen toimintakyky tai toimintahalu.

(Ett gott åldrande är troligtvis mera en upplevelse och ett sinnestillstånd än en testbar flerdimensionell prestationsförmåga eller prestationsbehov. Fri övers.)

(Tilvis, 2006)

3.3 Livskvalité

Livskvalitén är individuell från person till person. Alla har sina egna upplevelser om hur de mår. Sådant som dock betonar livskvalitén är t.ex. lycka, välfärd, hälsa, miljö, förtroende, trygghet, ekonomi och frihet. En snäv förklaring av livskvalité är en känsla av välmående och lycka, motsatsen är bedrövelse. (Arun & Çevik 2011) Enligt THL (2014) är de viktigaste byggstenarna för en bra livskvalité en förmåga att njuta av livet och ett positivt sätt att se på livet. Men för övrigt beror faktorerna mycket på vilken livssituation man befinner sig i. I Finland har befolkningen en ganska hög livskvalité ganska långt in i livet, innan den sedan börjar sjunka vid stigande ålder. I riskgrupperna förekommer det arbetslöshet, sjukpensionering, kund hos socialen och låg utbildning. (THL 2014)

Livskvalitén har många dimensioner och enligt Arun & Çevik (2011) innehåller den tre stycken huvudpunkter som räknar kvalitén av livet, dessa är: Hava (materiellt och personliga behov), Älska (sociala behov) och Tillvaro (behov av personlig utveckling). Dessa tre innehåller både objektiva och subjektiva indikatorer, som t.ex. Älska = Objektivt bedömer relationer till andra individer och Subjektiva indikatorn berättar hur man känner för de sociala banden t.ex. lycka eller bedrövelse.

Andra forskare har åter sin egen åsikt om vad livskvalitén innehåller, som t.ex. Numminen et al.(2011 s.17) har sagt att livskvalitén är subjektiv och uppbyggd av flera dimensioner, till vilka hör emotionell hälsa, fysisk hälsa, säkerhet, sociala förhållanden, funktionsförmåga och självkänsla. Omgivningen har en stor betydelse för den äldres hälsa, speciellt den psykosociala och den fysiska omgivningen. Att få ha sin identitet kvar och känna sig meningsfull är viktiga punkter, lika som att ha aktiviteter i vardagslivet. Ju sjukare man är desto viktigare blir dessa saker i den äldres liv, för då ökar behovet av hjälp av andra individer. (Numminen et al. 2011 s.17) Alla forskare säger det på olika sätt men ändå samma sak. Som THL (2014) anser livskvalitén innehålla dimensioner av den fysiska, psykiska och sociala delen. De andra forskarna räknar bara upp flera delar, som de anser vara viktiga i dessa huvuddimensioner.

4 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Åldrandet och äldres livskvalité har varit mycket på tapeten den sista tiden. Kommunerna och städerna börjar bli intresserade att veta hur de äldre på riktigt mår i samhället. På sista tiden har det också gjorts en del forskningar inom området. Borgåbladet hade en serie med artiklar om åldrandet. Artiklarna publicerades den 30.12.2014, 3.1.2015 och 6.1.2015 (Östman, 2015, s.9). Det visar ju ett visst intresse för detta aktuella ämne. Syftet är enkelt, vi vill veta hur våra äldre mår i dagens samhälle och hur vi kan främja livskvalitén hos de äldre.

Detta arbete är ett beställningsarbete från Lovisa stad, som håller på med ett projekt inom området för äldre vård. Detta projekt är ett samarbete mellan Lovisa stad och Yrkeshögskolan Arcada. Projektet har flera delområden. Delområdet till detta arbete handlar om hur den äldre ser på en gott åldrande. Detta arbete tar dock mera upp om hur de äldre mår inom Lovisa stad och vad som en god livskvalité kan bero på. Tanken är att arbetet utgör grunden till att med hjälp av intervjuer ta reda på vad som enligt den äldre stödjer ett gott åldrande.

Arbetet är avgränsat till att endast gälla att bibehålla och förbättra livskvalitén hos äldre. Livskvalitén hos äldre med specifika sjukdomar behandlas inte, och inte heller de som är i palliativ vård, utan mera allmänt hela den äldre populationen. Avgränsning sker också i samplet då enkäten skickades ut till äldre över 65 år och enbart till personer som bor i Lovisa.

Frågeställningen lyder:

1. Vad är det som stödjer äldres livskvalité?
2. Hur kan man hjälpa äldre att behålla sin livsglädje?
3. Hurdan livskvalité har Lovisa stads äldre befolkning?

5 TEORETISK REFERENS RAM

Jag har valt att använda mig av Katie Erikssons teori om hälsa. Teorin passar alla åldrar och den är tidlös. Eriksson (2000 s.36) nämner att uteslutning av psykisk och fysisk sjukdom inte alltid garanterar hälsa och vice versa. Man kan t.ex. ha en kronisk sjukdom och ändå ha hälsa. Då man ser hälsan från en psykologisk synvinkel, är hälsan individuell (Eriksson 2000 s.37).

Hälsan i samband med friskhet, sundhet och välbefinnande har definierats till åtta olika tillstånd, varvid fullständig hälsa definieras som hög friskhetsgrad + hög sundhetsgrad + välbefinnande ($H+ = Fh + Sh + V +$). Som motsats definieras ohälsa som låg friskhetsgrad + låg sundhetsgrad + illabefinnande ($H_0 = FI + SI + V-$). Mellan dessa poler finns det ytterligare sex stycken tillstånd. Man bör ta i beaktande att det i patient-vårdrelationen uppstår en ny dimension, där vårdaren har sin uppfattning om patientens välmående. Patienten har sin egen bedömning och vårdaren har sin. Då uppkommer det 16 tillstånd av hälsa. Vårdaren måste vara observant i situationer då patientens utsaga är tvärtom mot den som vårdaren uppfattat. (Eriksson 2000 s.38-39) En dimension till är patientens tillstånd parallellt med samhällets uppfattning om patientens tillstånd. Dessa kan vara motstridiga för samhället har sin uppfattning om ohälsa och hälsa. (Eriksson 2000 s.42) En person kan till exempel känna sig frisk, men ändå klassas som sjuk på grund av en dödlig sjukdom.

Eriksson (2000 s.48) konstaterar att hälsa hos individen består av sundhet, friskhet och välbefinnande. Den objektiva dimensionen utgörs av sundhet och friskhet, medan den subjektiva dimensionen utgörs av välbefinnande (Eriksson 2000 s.44).

6 METOD

Arbetet görs med den kvantitativa metoden, vilket innebär att forskningen görs i en större skala än en kvalitativ forskning. Med detta så har man en möjlighet till ett större sampel och därmed ett mer valitt resultat. (Nationalencyklopedin, Notter & Hott 1996 s.108) Kvantitativ forskning ger ett noggrant resultat innehållande precision, objektivitet och exakthet (Patel & Tebelius 1987 s.75). Man väljer ut en population som man sedan med olika mätinstrument försöker fånga sammanhang, fördelningar och variationer. Data som samlas in presenteras i statistisk form. (Nationalencyklopedin, Notter & Hott 1996 s.108) Som instrument används pappersenkäter/frågeformulär. Negativt med att använda sig av enkäter, är att alla kanske inte fyller i frågeformulären fullständigt och då kan man inte använda sig av de enkäterna (Notter & Hott 1996 s.110).

Data samlas med färdigt formulerade frågor på ett frågeformulär. Där man svarar med att kryssa i den ruta per fråga som stämmer in på en själv bäst. Ett antal på 149 enkäter skickades ut. Dessa enkäters svar fylls manuellt in i ett datasystem SPSS (se bilaga 5), därifrån man räknar ut statistik i tabeller. Enkäterna som har skickats ut fördelas på tre stycken större grupper. Första gruppen är en svenskspråkig grupp av aktiva äldre. Den andra gruppen är en finskspråkig grupp av aktiva äldre. Den sista gruppen är äldre som har tjänster från stadens hemvård, dessa har ett större behov av hjälp i vardagen. Samplet består av äldre över 65 år och som är bosatta i Lovisa stad.

Inför de två första grupperna, det svenskspråkiga och den finskspråkiga gruppen, var forskaren personligt på plats på pensionärsmötena och berättade om forskningen som skulle göras. Där delades enkäterna också ut och forskaren förklarade tydligt att det är frivilligt att delta och att man har gett sitt godkännande för användningen av enkäten, när man lämnar in den ifyllda enkäten. För uppsamling av ifyllda enkäter bestämdes en plats och ett datum. Gruppmedlemmarna hade tre veckor på sig att lämna tillbaka den ifyllda enkäten. För att få ett sampel även med hemvårdens klienter, så tog forskaren kontakt med hemvårdsledaren i Lovisa stad och kom överens med henne att hon skulle se till att enkäterna blev utdelade till samtliga klienter inom hemvården. Hemvården hade fyra veckor på sig att lämna in enkäterna, även en uppsamlingsplats av dem bestämdes i förväg.

SPSS är ett statistikprogram för statistiska beräkningar. Man väljer ut från flertal menyer olika analysmetoder, beroende på vad man vill räkna ut. SPSS räknar självmant ut statistik och ritar ut det i tabeller, därifrån man sedan analyserar svaren. Dessa metoder är validerade, felräkningar kan då inte förekomma. (Wahlgren 2012 s.8-9)

Enkäten innehåller två delar. Den första delen innehåller grundfrågor, dessa har skribenten själv formulerat med metoden för färdiga svarsalternativ (Bilaga 2b). Den andra delen innehåller 15D livskvalitetsmätaren, här används det också av färdiga svarsalternativ (Bilaga 2a). Med denna enkät hoppas jag på att få fram information över hur de äldre mår inom forskningsområdet.

För att kunna använda 15D livskvalitetsmätaren i arbetet har jag fått ett skriftligt lov av Harri Sintonen från THL (Bilaga 1.) 15D livskvalitetsmätaren innehåller 15 dimensioner: rörelseförmåga, syn, hörsel, andning, sömn, ätande, tal, utsöndring, vanliga funktioner, mental funktion, besvär och symptom, depression, ångest, livskraft, sexualliv. Med dessa dimensioner kan man mäta svararens livskvalitet och hälsotillstånd. Denna mätare har börjat utvecklas sedan 1980-talet och efter några små justeringar år 1993 fick den sin nuvarande form. Mätaren är väl testad och har använts i många vetenskapliga forskningar under åren (THL 2013), vilket gör frågeformuläret bra, för det baserar sig på tidigare forskning. (Notter & Hott 1996 s.110)

Metoden passar bra för detta arbete för då får man en större population screenad och med enkla frågor en statistik över hur de äldre mår inom forskningsområdet.

7 DATAANALYS & RESULTATREDOVISNING

Studien är gjord med hjälp av postenkät. Dessa enkäter delades ut till Lovisas äldre befolkning i åldersgruppen 65+. Tre olika grupper användes i utdelningen. Ett svenskspråkigt pensionärssällskap och ett finskspråkigt, så kallade friska individer. Den tredje gruppen bestod av hemvårdsklienter runt om i Lovisa. Jag valde att ha både ett svenskspråkigt och ett finskspråkigt pensionärssällskap, för att kunna se om det finns någon skillnad mellan livskvalitén på basen av modersmålet. Enkätstudien utfördes anonymt.

Det skickades ut 149 enkäter. Inom det svenskspråkiga pensionärssällskapet delades det ut 39 enkäter och därifrån kom det tillbaka 32 ifyllda enkäter. Två av enkäterna var bristfälligt ifyllda, så de gick inte att använda. Av 39 enkäter kom det 30 svar, svarsprocent 76,9 %. Till det finska pensionärssällskapet delades det ut 50 enkäter och det kom tillbaka 19 ifyllda enkäter, svarsprocent 38,0 %. Hemvården fick 60 enkäter och därifrån kom det tillbaka 14 ifyllda enkäter, svarsprocent 23,3 %. Svarsprocent för hela studien är 42,3 % så sammanlagt deltog 63 personer av 149 i studien. Sämst svarsprocent blev det i hemvården, så hela populationens sanna livskvalité är svår att fastställa med detta stickprov.

Samplet är indelat i ålderskategorier, 55,5 % är i åldern 65-75, 38,1 % i åldern 76-85 och 6,4 % 86 år eller äldre. 29,0 % är män och 71,0 % är kvinnor. 61,9 % har svarat på den svenskspråkiga enkäten och 38,1 % på den finskspråkiga.

15D-livskvalitetsmätaren räknar på SPSS ut resultat för varje enskild individ. I enkäten kunde man fylla i från 1 till 5. Då är 1 en normal funktion och 5 ordentligt försämrad funktion. Algoritmen för 15D-Livskvalitésmätaren räknar sedan ut ett resultat på basen av ålder, kön och enkätsvaren. Dessa svar ligger mellan 0 och 1, där 0 är det sämsta resultatet och 1 det bästa. De som fått 1,0000 poäng har en hög livskvalité. För att förenkla framställandet av resultaten kommer jag att förändra dem till procent. 0 är då 0 % och 1 = 100 %.

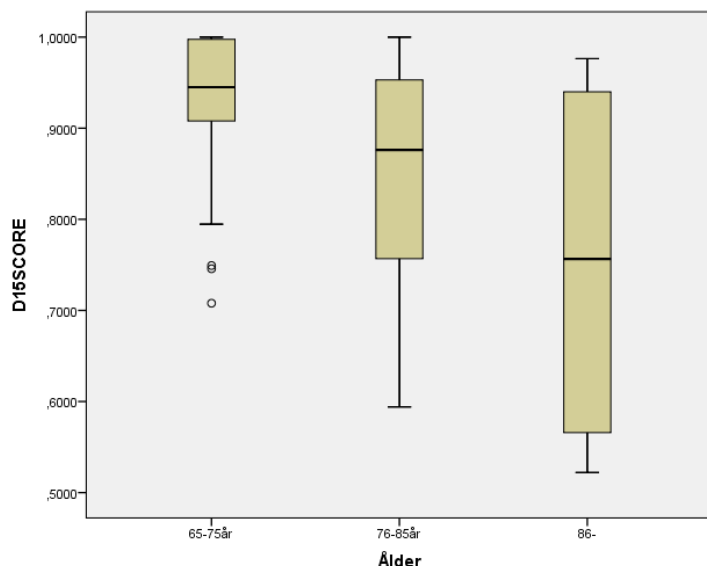
Enligt de insamlade data ligger populationens medeltal med en 95 % ($\alpha=0,05$) sannolikhet mellan 0,855310 och 0,915407. Då kan vi säga att Lovisa stads äldre populations

livskvalité ligger mellan 85,5 % och 91,5 %. Så enligt forskningen som utförts, har Lovisa stads äldre population en hög livskvalité.

Sedan kontrollerades det om ifyllningsspråket i enkäterna har någon betydelse på livskvalitén. Resultatet är att det är med en 24,4 % sannolikhet att få denna skillnad. Vi godtar H_0 för resultatet är $>0,05 = 5 \%$, alltså det finns ingen signifikant skillnad på livskvalitén mellan de som svarat på den svenskspråkiga enkäten och de som svarat på den finskspråkiga inom Lovisa stad.

Åldersgrupperna är indelade i 65-75 år, 76-85 år och 86 år eller äldre. När det räknades ut i granskningen om det finns någon skillnad i livskvalitén mellan dessa grupper fås dessa resultat: det finns en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna 65-75 år och 76-85 år ($p=0,027$), liksom också mellan 65-75 år och 86 år eller äldre ($p=0,011$). Mellan 76-85 åringar och 86 år eller äldre finns där ingen signifikant skillnad ($p=0,247$). Signifikansen är räknad med en 95 % säkerhet. Då signifikansen är $< 0,05$ kan man förkasta noll hypotesen och godta H_1 . Enligt dessa uträkningar så har 65-75 -åringar en bättre livskvalité än de som är i åldersgrupperna 76 – 85 år och 86 år och äldre, medan det inte hittas någon signifikant skillnad mellan äldre i åldersgrupperna 76-85 år och 86 år och äldre.

Som det syns i tabell 1 så finns det några medelfel i åldersgruppen 65-75 år, men annars så är den enig. I gruppen 86 år och äldre fanns det bara 4 personer, så därför är denna boxplot mera utbredd.

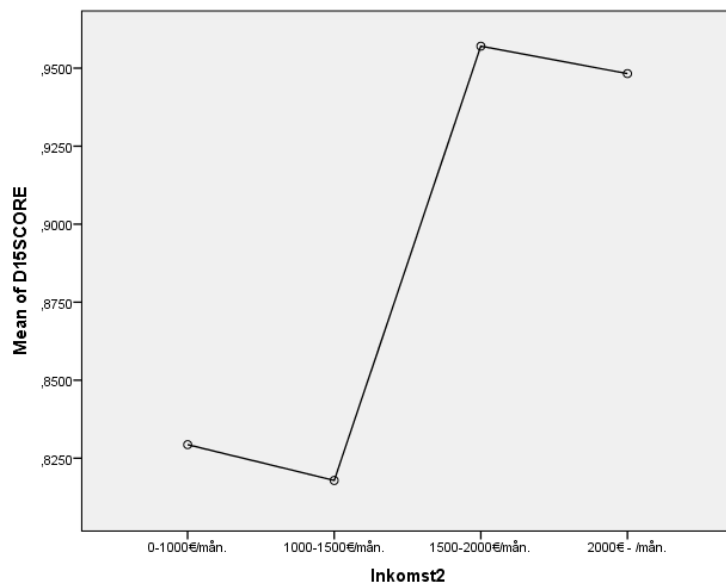


Tabell 1. Boxplot. I jämförelse åldersgrupperna och D15-poängen.

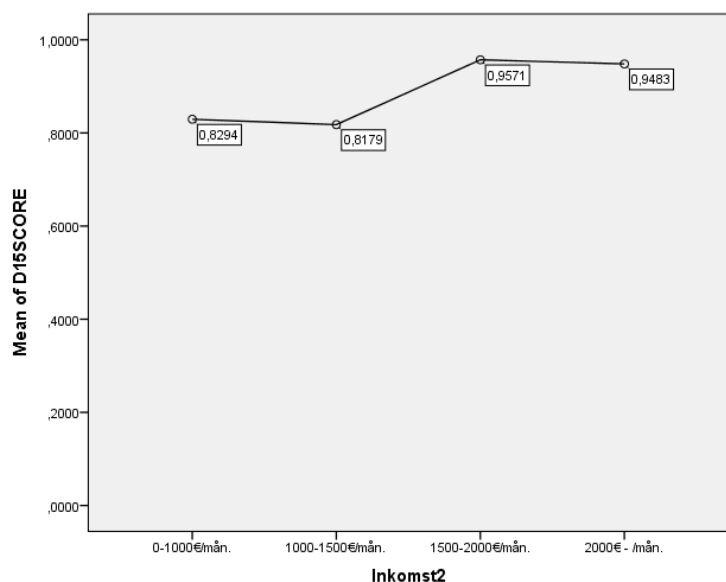
Inkomstgrupperna var indelade i 0-100€/mån., 100-500€/mån., 500-1000€/mån., 1000-1500€/mån., 1500-2000€/mån. och över 2000€/mån. På grund av för några svar i grupperna 0-100€/mån. och 100-500€/mån., så sammanförde dessa två med inkomstgruppen 500-1000€/mån. Så grupperna som finns kvar är 500-1000€/mån. = 0-1000€/mån., 1000-1500€/mån., 1500-2000€/mån. och över 2000€/mån.

När dessa olika grupper jämförs, ser man att det finns en liten signifikant skillnad mellan inkomstgrupperna på de som förtjänar 1000-1500€/mån. och de som förtjänar över 1500€/mån. Mellan gruppen 1000-1500€/mån. och 1500-2000€/mån. fanns det en signifikans på ($p=0,024$) och mellan gruppen 1000-1500€/mån. och 2000€/mån. ($p=0,011$). Mellan gruppen 0-1000€/mån. och gruppen 1000-1500€/mån. fanns det ingen signifikant skillnad ($p=0,996$) och inte heller mellan 0-1000€/mån. och 1500-2000€/mån. ($p=0,165$) och över 2000€/mån. ($p=0,153$). Detta beror säkert på att det fanns så några som kryssade i alternativen mellan 0-1000€/mån. Därför får vi ingen signifikant skillnad där.

I tabell 2 ser det ändå ut som om det finns en skillnad mellan gruppen 0-1000€/mån. och både 1500-2000€/mån., över 2000€/mån. Signifikansen är räknad med en säkerhet på 95 %. På tabell 3 ser man uträkningen från ett annat perspektiv. Nu är 15D-skalan mellan 0 och 1. I tabell 2 ser man en tydligare skillnad, men i tabell 3 blir skalan mer korrekt.



Tabell 2. Means plot. I jämförelse inkomstgrupper och 15D-poängen.

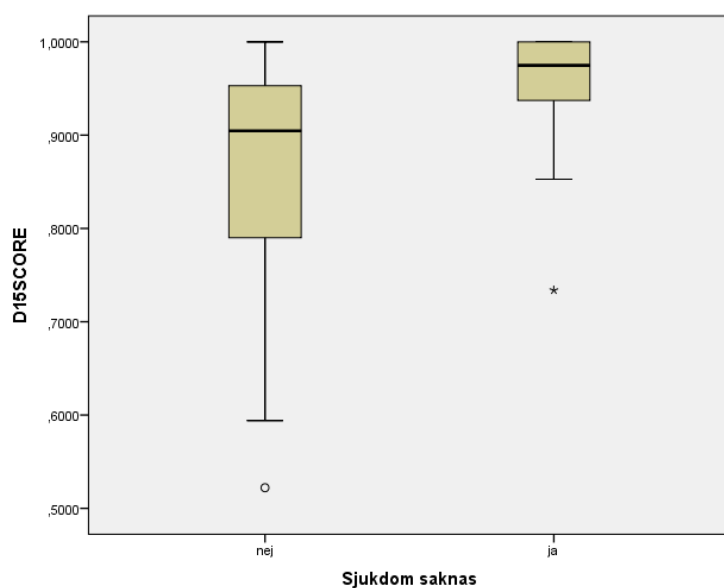


Tabell 3. Means plot. I jämförelse inkomstgrupper och 15D-poängen. Samma uträkning som tabell 2, skalan ändrad på 15D-poängen mellan 0-1.

När sedan skillnaden mellan utbildningen, civilståndet, könet och bosättningen jämfördes med 15D-poängen, hittades det ingen signifikant skillnad med en 95 % säkerhet.

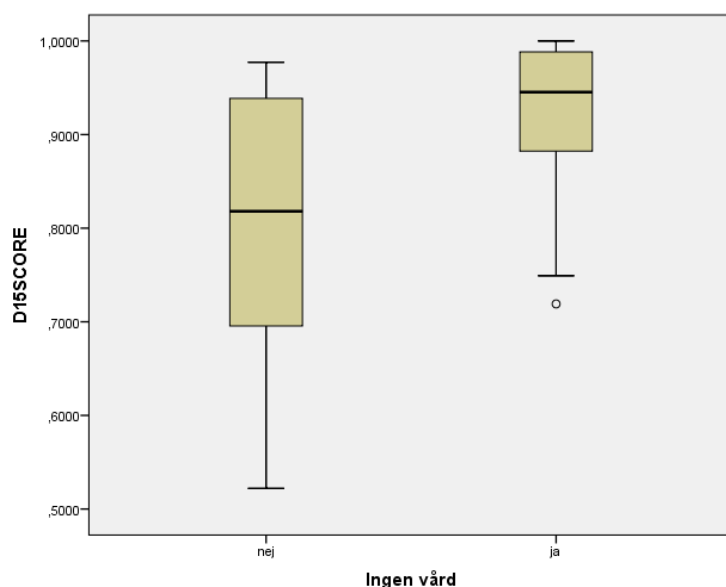
Alla i samplet hade någon sorts av anhöriga. Man fick kryssa i flera alternativ. Alternativen var barn, barnbarn, maka, syskon och föräldrar. Det var som förväntat få som hade föräldrarna kvar i livet, så dessa räknades inte statistiskt. Statistik räknades på de andra alternativen. Det fanns ingen signifikant skillnad mellan att ha eller inte ha barn ($p=0,799$), barnbarn ($p=0,776$), maka ($p=0,774$) eller syskon ($p=0,945$), i jämförelse med 15D-poängen. Statistiken räknades med en 95 % säkerhet.

När man jämför 15D-poängen och de som inte har någon kronisk sjukdom, kom det upp en signifikant skillnad, mellan dem som har en eller flera kroniska sjukdomar och de som inte har någon kronisk sjukdom ($p=0,006$). Jag gjorde den slutsatsen att de som inte hade fyllt i något i fältet av kroniska sjukdomar, saknar kroniska sjukdomar helt. Som det syns i tabell 4, så ser man en tydlig skillnad mellan sjukdom saknas (ja) och inte saknas sjukdom (nej). En säkerhet på 95 % i signifikansen har använts.



Tabell 4. Boxplot. I jämförelse saknad av sjukdom och D15-poängen.

De äldre som har vård eller ingen vård visar också en signifikant skillnad ($p=0,000$), i jämförelse med 15D-poängen. I tabell 5 syns skillnaden, ingen vård (ja) och vård (nej). Hos de som har vård varierar 15D-poängen mellan 0,5221 och 0,9771, medan de som inte har vård varierar det mellan 0,7191 och 1. Signifikansen är uträknad med en säkerhet på 95 %.



Tabell 5. Boxplot. I jämförelse ingen vård och D15-poängen.

Jag hade också ett intresse av att se om depressionen hade något gemensamt med kön, ålder, civilstånd, bosättning, inkomst, utbildning och kroniska sjukdomar. Enligt min studie har dessa inget gemensamt med en 95 % säkerhet. Ingen av dessa faktorer inverkar statistiskt på om man har depression eller inte.

För den allmänna statistiken om hur Lovisa stads äldre befolkning mår, har jag inte tagit statistik från alla 15 punkter i Livskvalitetsmätaren, utan jag har valt ut de som jag anser viktigast när vi talar om äldre människor. Då är det frågan om rörelseförmåga, syn, hörsel, andning, sömn, tal, besvär och symptom, depression och livskraft.

Rörelseförmåga: 71,4 % av samplet har normal rörelseförmåga, medan 17,5 % har små svårigheter med rörelseförmågan. 7,9 % har tydliga problem att gå utomhus och 3,2 % har problem även att röra sig inomhus.

Syn: 69,8 % av samplet har en normal syn, medan 22,2 % har en nedsatt syn och 8 % har sämre syn eller ingen syn alls.

Hörsel: 74,6 % av samplet har en normal hörsel, medan 19 % har små svårigheter med hörseln och 6,3 % har en nedsatt hörsel.

Andning: 69,8 % av samplet har inga andningsproblem. 23,8 % känner andnöd under tungt arbete. 3,2 % får andnöd under gång med jämnåriga. 3,2 % får andnöd under lindrig ansträngning.

Sömn: 49,2 % av samplet har inga problem med sömnen, medan 36,5 % har lindriga sömnproblem. 7,9 % har betydande sömnproblem och 6,3 % har stora sömnproblem.

Tal: 93,7 % av samplet har inga som helst problem med talförmågan, medan 6,3 % har små svårigheter med talförmågan.

Besvär och symptom: 46,0 % av samplet lider inte av några som helst besvär eller symptom. 42,9 % lider av lindriga besvär. 6,3 % lider av betydande besvär och 4,8 % lider av svåra besvär eller symptom.

Depression: 71,4 % känner sig inte alls nedstämd eller deprimerad. 23,8 % känner sig lite nedstämd eller deprimerad. 1,6 % känner sig betydligt nedstämd eller deprimerad och 3,2 % känner sig mycket nedstämd eller deprimerad.

Livskraft: 52,4 % känner sig friska och livskraftiga. 41,3 % känner sig en aning utmattade, trötta eller kraftlösa. 4,8 % känner sig betydligt utmattade och 1,6 % känner sig mycket utmattade, nästan slutkörd.

Som slutsats för de ovannämnda uträkningarna kan man nämna att över 65 % av Lovisa stads äldre befolkning lider inte av rörelseproblem, synproblem, hörselproblem, andningsproblem, tal problem eller depression. Medan under 55 % av Lovisa stads äldre befolkning lider inte av sömnproblem, besvär och symptom och livskraftlöshet. Så det betyder att över 30 % har lindriga sömnproblem och över 40 % lider av lindriga besvär och symptom, då också över 40 % känner sig en aning utmattade.

7.1 Resultat i korthet

Enligt min studie har språket i ifylld enkät, utbildningen, civilståndet, könet, bosättningen och de anhöriga ingen inverkan på den äldres livskvalité. Men enligt uträkningarna har den månatliga inkomsten och åldern en signifikant betydelse för den äldres livskvalité. Högre inkomst och lägre ålder ger en bättre livskvalité. Avsaknad av kroniska sjukdomar och inget behov av vård visade en signifikant betydelse för livskvalitén. Det betyder att de som inte har kroniska sjukdomar eller vård/hjälp i hemmet har en högre livskvalité än de som har en eller flera kroniska sjukdomar eller vård/hjälp i hemmet. I mina resultat framkommer inte en signifikant skillnad mellan faktorer som påverkar depression hos äldre. Studien visar också att Lovisa stads äldre befolkning har en rätt hög livskvalité, då Livskvalitetsmätaren 15D:s resultat visar mellan 0,855310 och 0,915407 av den absoluta skalan mellan 0-1, 0 = dålig livskvalité och 1 = hög livskvalité.

8 KRITISK GRANSKNING

En kvantitativ forskning skall ha nyttjat lämpliga metoder för att få fram data. Problemformuleringen bör vara tydligt framställd och den bör vara besvarad. Forskningen skall basera sig på tidigare vetenskaplig forskning och en vetenskaplig teori skall vara använd. Forskningen skall vara relevant och skall inte kunna missförstås. Undersökningens tillvägagångssätt skall vara tydligt framställt i forskningen. Metoden skall vara bra argumenterad och forskningsfrågorna skall vara besvarade. Forskningen är välplanerad och den korrekta metoden för just detta arbete är använd. Frågeformuläret skall ha ett bra språk och en passlig längd. Reliabiliteten kan bli låg om frågorna är dåligt konstruerade. (Ejlertsson 2005 s.102-103) Populationens urval är gjort korrekt på tanke på denna forskning. Urvalet är välutttänkt, strukturerat och till storleken mättande. I forskningen diskuteras eventuella bortfall och åtgärder för att kunna hindra bortfallen tas upp. (Eliasson 2013 s.146-148)

I dataanalysen bör man vara uppmärksam på hur många individer påståendena bygger på, och hålla koll på hur många som svarat på vissa frågor, för att inte uppge fel resultat. Man bör undersöka risken om undersökningen har räknat några fel, kontrollera felmarginaler. Komma ihåg att med signifikansnivån 95 % så visar var 20:e forskning fel, i alla fall gällande vissa resultat. Man bör granska hur fördelningen ser ut och kommentera spridningen, kommentera och tolka varje diagram och/eller tabell. Påstådda statistiska samband bör ha en tydlig förklaring hur svaren uppkommit. Slutsatserna skall vara rimliga och korrekta. (Eliasson 2013 s.148-150)

För att kunna fastställa reliabiliteten i arbetet, bör en annan forskning göras med samma instrument och sampel. Detta är bara ett sätt av flera för att mäta reliabiliteten. (Notter & Hott 1996 s.119, Patel & Tebelius 1987 s.74, Ejlertsson 2005 s.103) Reliabiliteten mäter hur pålitligt ett arbete är (Patel & Tebelius 1987 s.73).

Validiteten är hög om instrumentet är överensstämmande med andra lika mätande instrument. Instrumentet bör även ha ett visst område den mäter. (Ejlertsson 2005 s.101) Instrumentet bör också vara använt i tidigare undersökningar, för att bevisa sin validitet (Notter & Hott 1996 s.110).

Rapporten skall vara läsarvänlig och lättförstådd. Reliabiliteten och validiteten tas fram i rapporten. Forskningen skall kunna upprepas. Upplysningar om hur forskningen är gjord skall tydligt framkomma. Författarens tolkning av resultaten skall inte vara personliga. Redovisningen av resultaten är tydliga, tabeller och/eller diagram är inte onödiga och de är väl förklarade. (Eliasson 2013 s.150-151)

Det är värt att komma ihåg att otillförlitlighet är en mänsklig svaghet. Eftersom samplet består av människor kan det uppkomma felaktigheter eller förändringar i forskningen. (Notter & Hott 1996 s.119)

9 ETISKA REFLEKTIONER

När man gör en forskning baserad på människor bör man ha ett etiskt lov för att utföra forskningen. I fallen där t.ex. hälsa eller sexualliv framkommer, bör man alltid ansöka om tillstånd. (Ejlertsson 2005 s.29 & TENK 2012 s.18) Denna forskning har ett etiskt lov från Lovisa stad (Bilaga 3).

I forskning bör det specifikt beaktas fyra krav inom de forskningsetiska principerna. Dessa krav är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Till informationskravet hör det att personerna som är med i undersökningen tydligt informeras om vad undersökningen går ut på. Det skall också framkomma att det är frivilligt att delta. Samtyckeskravet tar upp att personen som frågats delta i studien har rätt att delta eller inte, i en postenkätstudie innebär det att informanten svarar på enkäten och skickar den tillbaka. Då har informanten gett sitt samtycke till att medverka i studien. Inom konfidentialitetskravet hör det till att varje enskild individs identitet hålls hemlig, personuppgifter och namn förvaras på ett säkert ställe där ingen annan än forskaren kommer åt dem. Enskilda individer skall inte heller bli igenkända i forskningen för utomstående. Nyttjandekravet betyder att de insamlade enkäternas information får användas enbart till den forskningen som uppgetts i följbrevet. (Ejlertsson 2005 s.29-30) Alla dessa krav har väldigt noggrant tagits i beaktande under hela arbetsprocessen. Följbrevet var noggrant konstruerat och i det kom det fram att allt är sekretessbelagt (se Bilaga 4).

Framförande av statistik och resultat sker med öppenhet och ansvarsfullhet. Andra forskningsresultat hänvisas korrekt och tas upp i arbetet med respekt. (TENK 2012 s.18)

10 DISKUSSION

Diskussionen tar upp forskningsfrågorna och deras svar, diskuterat ihop med tidigare forskningar och den teoretiska referensramen. Möjligheter för andra forskare att fortsätta på arbetet är också nämnt.

10.1 Det som stödjer äldres livskvalité

Den första frågeställningen lyder: Vad är det som stödjer äldres livskvalité? Denna studies resultat visar att när man befinner sig i åldersgruppen 65-75 år, har man en högre livskvalité än de i de äldre åldersgrupperna. Också enligt THL (2014) sjunker livskvalitén vid stigande ålder.

Sedan visade det sig att om man har en månadsinkomst på mera än 1500€, är livskvaliteten bättre än för de som har en mindre månadsinkomst. Som både Näslindh-Ylispangar (2012 s.109-110) och Heikkinen (2005) har nämnt, är att månadsinkomsten har ett positivt inflytande på livskvalitén hos den äldre. Där sades också att utbildningen har en betydelse, men i denna forskning hittades det inga bevis för det. THL (2014) berättar att orsaker till att livskvalitén kan börjar sjunka beror på låg utbildning, arbetslöshet, sjukpensionering och av att vara kund i socialenstjänster. Tilvis (2006) igen menar att månadsinkomsten och utbildningen inte har någon koppling med ett gott åldrande.

Saknad av kroniska sjukdomar och behov av vård/hjälp i hemmet, visar sig också ha en positiv inverkan på livskvalitén hos äldre, enligt denna studie. Tilvis (2006) nämner i sin studie att avsaknad av vissa kroniska sjukdomar och sjukdomarnas antal har en stor inverkan på ett gott åldrande. Också en god funktionsförmåga och ett gott hälsotillstånd har en inverkan.

Heikkinen (2005) nämner att anhöriga är en viktig källa till en god livskvalité för den äldre. Informanterna i denna studie hade alla något slag av anhöriga. Så att se en variation mellan de som har anhöriga och de som inte har, blev omöjligt.

10.2 Hur hjälpa äldre att behålla sin livsglädje

Den andra frågeställning lyder: Hur kan man hjälpa äldre att behålla sin livsglädje? Enligt denna forskning så stödjer åldern, månadsinkomsten, avsaknad av kroniska sjukdomar och ingen vård/hjälp i hemmet den äldres livskvalité. Dessa resultat kan vi inte använda för att stödja alla äldre till att behålla en god livskvalité. Svaret på denna frågeställning får vi via tidigare forskningar och studiens teoretiska referensram.

Eriksson (2000 s.73) definierar hälsan som ett tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande. Hälsa har man när den aktuella mognadsnivån inte är beroende av mera hjälp än den aktuella mognadsnivån förutsätter. Det skall finnas ett funktionellt samband mellan dessa tillstånd. Det betyder även att ingen av dessa behöver vara felfria. Den psykologiska och mentala hälsan motsvarar sundheten, den biologiska hälsan friskheten och individens upplevda hälsa motsvarar välbefinnandet. Variationen mellan dessa skall ställas i relation med mognadsnivån och möjliga integrationsmöjligheter för att kunna definiera hälsan. (Eriksson 2000 s.73-75)

Hälsa är rörelse, rörelse är hälsa (Eriksson 2000 s.54). Man tänker kanske genast på att det enbart handlar om att ha rörelseförmågan i skick för att ha hälsa. Det går djupare än det. Livet är en rörelse, alla beslut som görs som inverkar på framtiden hör till hälsan. Att vela ha något kan utlösa en nödvändig personlig utveckling. Kärlek, mening och liv, dessa är primära behov och till dem behöver vi rörelse och denna rörelse skapar hälsa. (Eriksson 2000 s.55) Dessa saker tar också Arun & Çevik (2011) upp, de menar att kvalitén av livet innehåller primära behov som materiella och opersonliga behov, de sociala behoven och behovet av personlig utveckling. Numminen et al. (2011 s.17) tar upp om aktiviteternas viktighet i den äldres vardag. Empati och beröring hjälper den äldre att tro på sin existens (Näslindh-Ylispangar 2012 s.69). Denna existens behövs för att individen skall kunna ha kärlek och en upplevd hälsa. Utan bekräftelsen över att man är människa, att man existerar, har man inget intresse över att bevara sin hälsa. (Eriksson 2000 s.122)

Sinnenas funktion är viktig för den goda livskvalitén och för att uppehålla den. Då både synen och hörseln försämras ökar också fallrisken. Då den äldre har tappat flera sinnen

kan det ske en isolering. Ensamhet och depression kan då ta över. Om den äldre rehabiliterar sin hörsel och går till ögonläkaren tillräckligt ofta för att granska synen, kan man uppehålla dessa sinnen. (Näslindh-Ylispangar 201 s.49 & s.65, Heikkinen 2005)

Man måste ha ett framtidsperspektiv för att kunna ha hälsa. För utan ett framtidsperspektiv så har man ingen integration. (Eriksson 2000 s.65) Integrationen handlar om att söka sig mot något högre, bättre eller mer ändamålsenligt (Eriksson 2000 s.69). Integrationen beror mycket på hur individen samverkar med den totala miljön (Eriksson 2000 s.67). En högre grad av hälsa uppnås då individen klarar av att utnyttja sina potentiella möjligheter (Eriksson 2000 s.69). Enligt Näslindh-Ylispangar (2012 s.190) så har omgivningen, de fysiska, psykiska, sociala och spirituella dimensionerna, individens behov- roll- och beroendeförhållanden en viktig del av den äldres goda liv och hälsa. Numminen et al. (2011 s.17) nämner samma saker, de betonar även att känslan att ha kvar sin identitet och känslan av meningsfullhet hör hit. Att ha en konkret uppgift i livet och ha kontrollen över sitt eget liv, ökar den äldres trygghet. Människan behöver ha en mening i livet för att orka tro på framtiden. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.16-17, Honigh-de Vlaming et al. 2013, Heikkinen 2005) Allt detta betyder ju att samverkan mellan den totala miljön och känslan av att uppnå något, har en stor inverkan på den äldres livsglädje.

I all hopplöshet finns det hopp. Man skulle inte känna till termen hopplöshet om det inte skulle finnas ett medvetet hopp blandat i den. (Eriksson 2000 s.51) Hoppet är en kraft som kan hjälpa den äldre att uppehålla sin livsglädje med att ha hopp om att allt ordnar sig, den inre önskan om att t.ex. känna sig välmående (Eriksson 2000 s.51). Enligt Näslindh-Ylispangar (2012 s.130) kan den äldres livskvalité förbättras redan med små förändringar i levnadsvanorna. Till detta behövs hoppet, så den äldre tror på sig själv och får ett hopp om att välmående och funktionsförmågan kan bli bättre. Utan detta hopp så kan dessa små förändringar kännas svåra och intresset att lära sig nya saker försvinner. Hoppet är säkert involverat när Tilvis (2006) menar att äldre som har kroniska sjukdomar och samhället ser som sjuka, enligt sig själva ha en god livsglädje. Detta är fantastiskt när man märker att vissa äldre som passar in i kategorin att ha en sämre livskvalité, enligt sig själv har en mycket bra livskvalité. Hopp behövs för att behålla livskvalitén hos den äldre.

Varje enskild individ har en egen upplevd livskvalité. Snävt kan man säga att livskvalitén är en känsla av välmående och lycka. (Arun & Çevik 2011) THL (2014) säger att de viktigaste byggstenarna för en bra livskvalité är en förmåga att njuta och se positivt på livet. Som Eriksson (2000 s.76) säger är att hälsan är individuell. Det finns inte heller några specifika gränser mellan friskhet och sjukdom. Hälsan är relativ. Den aktuella situationen utgör den specifika individuella hälsan. Det är hoppet om morgondagen och meningen i livet som uppehåller och formar individens hälsa. (Eriksson 2000 s.79)

Närvaron av en annan individ är oersättligt. Den äldre får inte känna känslan av övergivenhet. (Näslindh-Ylispangar 2012 s.21, Heikkinen 2005) Att vänner och anhöriga regelbundet besöker den äldre och aktiverar denne, stärker samhörighetskänslan, det upplevda stödet och höjer livskvalitén. (Arvokas vanhuus 2012; Heikkinen 2005 & Kozar-Westman et al. 2013 s.239) Att en god vän kommer över på kaffe och diskuterar en stund, är värt mera än en miljon för den äldre, speciellt om denna bor ensam eller är en mycket social person som behöver interaktion i livet.

Att ha vänner medför hopp om livet, dessa vänner kan också med korta steg hjälpa den äldre att uppfatta hoppet och hjälpa hen ta vara på det. (Eriksson 2000 s. 123)

Kan man ha hopp också utan vänner och anhöriga omkring sig? Eller är det därför Arun & Çevik (2011) menar att anhöriga är en av de viktigaste resurserna den äldre skall ha för att uppnå en bra livskvalité. Att vara utan anhöriga och vänner, kan göra att livet känns meningslöst? Det här är frågor som man bra kan ta upp i en fortsättning på arbetet, göra en intervju med de äldre i Lovisa stad och fråga dem dessa frågor. Man kan även försöka hitta äldre som inte har anhöriga eller vars anhöriga hälsar på mycket sällan, för att få ett mera reliabelt svar.

10.3 Lovisa stads äldre befolkning livskvalité

Den tredje frågeställningen lyder: Hurdan livskvalité har Lovisa stads äldre befolkning? Enligt min forskning mår Lovisa stads äldre befolkning rätt bra. Deras livskvalité enligt THL:s 15D Livskvalitetsmätare ligger mellan 0,855310 och 0,915407. Procentuellt om det förvandlas för att göra svaret tydligare, så är det mellan 85,5 % och 91,5 %. Högsta möjliga är då 100 % och lägsta möjliga 0 %. Lovisa stads äldre befolknings livskvalité

ligger mellan 85,5 % och 91,5 %. Man måste bara komma ihåg att detta resultat inte är helt reliabelt för hela Lovisa stads äldre befolkning, på grund av en dålig svarsprocent från hemvårdens klienter och en hög svarsprocent från de aktiva äldre, detta resultat kan egentligen bara berätta för oss hur Lovisa stads aktivare äldre mår. Men det är ju positivt att veta att de aktiva äldre i Lovisa stad har en hög livskvalité.

10.4 Fortsatt forskning

I fortsatta forskningar skulle man kunna försöka få en högre svarsprocent från hemvården, för att bättre kunna få ett mera omfattande resultat. Jag märkte själv att när jag var närvarande på de aktiva äldres föreningsmöten och presenterade mitt arbete och enkät, så var intresset högre och jag fick en bra svarsprocent. Jag funderar därför på att om möjligheten finns, så skulle det vara bra att kunna vara närvarande även för hemvårdens klienter när enkäten fylls i. Detta skulle kanske inverka positivt på svarsprocenten.

När jag började föra över de ifyllda enkäternas svar i SPSS: en, så insåg jag att jag skulle kunnat haft frågan: ”Upplever du dig själv ha en bra livsglädje?” med i frågeformuläret. Med denna fråga skulle jag ha kunnat jämföra 15D Livskvalitetsmätarens resultat och vad de äldre själv anser sig ha för livsglädje. Arbetet skulle ha blivit lite intressantare då. Detta överlämnar jag för någon annan att göra i framtiden.

En kvalitativ studie med intervjuer skulle vara en bra fortsättning på denna studie. Då skulle man få en annan synvinkel av arbetet och verkligen veta vad de äldre själv anser om sin hälsa och livskvalité. Väntar med spänning på vad för resultat andra får i samma ämne i framtiden.

KÄLLOR

Arun, Özgür & Çevik, Aylin Çakıroğlu. 2011, Quality of Life in Ageing Societies: Italy, Portugal, and Turkey, *Educational Gerontology*. Nov2011, Vol. 37 Issue 11, s.945-966.

Arvokas vanhuus. 2012, Suun terveys 2012, Hämtad: 30.12.2014, Tillgänglig:

http://www.stal.fi/@Bin/123578/SuunTerveys_luennot_osa2.pdf

de Carvalho, Vivian C.; Rossato, Sinara L.; Fuchs, Flávio D.; Harzheim, Erno & Fuchs, Sandra C. 2013, Assessment of primary health care received by the elderly and health related quality of life: a cross-sectional study, *BMC Public Health*. 2013, Vol. 13 Issue 1, s.1-9.

Ejlertsson, Göran. 2005, *Enkäten i praktiken: En handbok i enkätmetodik*, 2 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 157 s.

Eliasson, Annika. 2013, *Kvantitativ metod från början*, 3 uppl., Lund: Studentlitteratur, 161 s.

Eriksson, Katie. 2000, *Hälsans idé*, 2 uppl., Stockholm: Liber AB, 146 s.

Heikkinen, Eino. 2005, *Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky*, Suomalaisten terveys, 2014 Kustannus Oy Duodecim.

Honigh-de Vlaming, Rianne; Haveman-Nies, Annemien; Heinrich, Judith; van't Veer, Pieter & de Groot, Lisette. 2013, Effect evaluation of a two-year complex intervention to reduce loneliness in non-institutionalised elderly Dutch people, *BMC Public Health*. 2013, Vol. 13 Issue 1, s.1-25.

Jylhä, Maria & Strandberg, Timo. 2012, *Kohti parempaa vanhuutta – ainakin parin askelen verran*, *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 2012;128(18):1833-4

Kozar-Westman, Maryalice; Troutman-Jordan, Meredith & Nies, Mary A. 2013, Successful Aging Among Assisted Living Community Older Adults, *Journal of Nursing Scholarship*. Sep2013, Vol. 45 Issue 3, s.238-246.

Kuuloliitto ry. 2009, *Kuntoutuspalvelut kuulovammaisille aikuisille ja senioreille*, Uppdaterad 21.1.2015, Hämtad 23.2.2015, Tillgänglig: http://kuuloliitto.fi/fin/kuntoutus/ai-kuiset_ja_seniorit/

Nationalencyklopedin. *Kvantitativ metod*, Hämtad 27.2.2015 Tillgänglig: www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/kvantitativ-metod

Notter, Lucille E. & Hott, Jacqueline Rose. 1996, *Forskningsmetodik inom omvårdnad*, Lund: Studentlitteratur, 201 s.

Numminen, Ava; Eloniemi-Sulkava, Ulla; Topo, Päivi & Valtonen, Hannu. 2011, Miten käy iäkkään ihmisen pitkäaikaishoidon arjessa?, *Tieteessä tapahtuu* 6/2011, s.17-24.

Näslindh-Ylispangar, Anita. 2012, *Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen*, Helsingfors: Edita Publishing Oy, 226 s.

Patel, Runa & Tebelius, Ulla. 1987, *Grundbok i forskningsmetodik*, Lund: Studentlitteratur, 184 s.

Raivio, Kari. 2004, *Parempaan elämään*, Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 2004;120(2):123-125

TENK. 2012, *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*, Forskningsetiska delegationen, 2012, 44 s.

THL. 2013, *15D -terveyteen liittyvää elämänlaatua arvioiva mittari*, TOIMIA-tietokanta, Publicerad 31.10.2013, Hämtad 27.2.2015, Tillgänglig: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/138/>

THL. 2014, *Elämänlaatu*, Uppdaterad: 3.12.2014, Hämtad: 30.12.2014, Tillgänglig: <http://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointipolitiikka/elinolot-ja-hyvinvointi/elamanlaatu>

Tilvis, Reijo. 2006, *Hyvä vanheneminen*, Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim, 2006;122(12):1523-6

Wahlgren, Lars. 2012, *SPSS: steg för steg*, 3 uppl., Lund: Studentlitteratur AB, 198 s.


Voutilainen, Päivi. 2010, Hyvä ympärivuorokautinen hoito, *Käypähoito*, 3.12.2010.

Östman, Jeanette. 2015, "Min bästa tid är nu", *Borgåbladet*, 6.1.2015.


BILAGOR


Bilaga 1.

Harri Sintonens godkännande av användning av Livskvalitetsmätaren 15D.



Harri Sintonen
harri.sintonen@helsinki.fi



15D 

01-12-2014 13:41

Meddelande Bilagor 2

Hei

Mukava kuulla aiikestasi 15D:n käyttöön. Lomakkeet ohessa. Ohjeita datan tallennukseen, arvotusalgoritmin sekä mahdollisten puuttuvien tietojen korvaamisalgoritmien saantiin ja käyttöön jne. websitella www.15D-instrument.net - algoritmit saa pyynnöstä minulta, kun data on koossa. Arvotusalgoritmi on saatavilla SPSS-, excel-, SAS- ja Stata-formaatissa, spesifioi aikanaan, minkä formaatin haluat. Puuttuvien korvausalgoritmit on saatavissa vain SPSS-formaatissa. Jos ongelmia, ota yhteyttä.

Parasta menestystä hankkeelle.

Terv. Harri S

Harri Sintonen
Professor of Health Economics (emeritus)
Department of Public Health
University of Helsinki, Finland
Tel. [+358 40 5464298](tel:+358405464298)
email harri.sintonen@helsinki.fi
-----Original Message-----

Name: Janina
Affiliation: Forsblom

Phone: [0442683031](tel:0442683031)
Email: janina.forsblom@arcada.fi

Address:
Höstvägen 5
06150 Borgå
Finland

Title of the study: Den äldres tankar om ett gott åldrande
Objectives of the study: Elderly 65+
Study design: Survey

Type of the Study:
Academic or non-commercial

Languages requested: Swedish and Finnish

Number of observations/patients: Ca. 100
What other generic HRQoL instruments are you going to use:

What disease-specific outcome measures are you going to use? Health, Quality of Life, Joy of Life

Can this information be disclosed to other/potential 15D users? Yes

Bilaga 2a.

Livskvalitetsmätaren 15D, frågeenkäten.

FRÅGOR ANGÅENDE LIVSKVALITET (15D©)

Läs först omsorgsfullt igenom svarsalternativen till varje fråga. Kryssa (x) därefter det alternativ som **motsvarar ert nuvarande hälsotillstånd**. Gör på samma sätt vid **alla** frågor, från 1 till 15. Vid varje fråga kryssas alltså **endast ett alternativ**.

1. Rörelseförmåga

- 1 () Jag kan gå normalt (utan svårigheter) inomhus, utomhus och i trappor.
- 2 () Jag kan gå utan svårigheter inomhus, men utomhus och/eller i trappor har jag lite svårigheter.
- 3 () Jag kan gå utan svårigheter inomhus (med hjälpmedel eller utan), men utomhus och/eller i trappor har jag ganska mycket svårigheter eller behöver hjälp av en annan person.
- 4 () Jag kan gå även inomhus endast med hjälp av en annan person.
- 5 () Jag är helt rörelsehindrad och sängbunden.

2. Syn

- 1 () Jag har normal syn, dvs. jag ser att läsa tidning och TV:s texter utan svårigheter (med glasögon eller utan).
- 2 () Jag ser att läsa tidning och TV:s texter med lite svårigheter (med glasögon eller utan).
- 3 () Jag ser att läsa tidning och/eller TV:s texter med betydande svårigheter (med glasögon eller utan).
- 4 () Jag ser inte, varken med eller utan glasögon, att läsa tidning eller TV:s texter, men jag klarar mig (kunde klara mig) utan personlig assistent.
- 5 () Jag klarar (skulle inte klara) mig inte utan assistent, dvs. jag är nästan eller helt blind.

3. Hörsel

- 1 () Jag hör normalt, dvs. jag hör väl normal talröst (med hörapparat eller utan).
- 2 () Jag hör normal talröst med små svårigheter.
- 3 () Jag hör normal talröst med betydande svårigheter, under samtal krävs högre talröst än normalt.
- 4 () Jag hör svagt även hög talröst; jag är nästan döv.
- 5 () Jag är helt döv.

4. Andning

- 1 () Jag andas normalt, dvs. jag har inte andnöd eller andra andningsbesvär.

- 2 () Jag får andnöd under tungt arbete eller sport, rask gång på slät mark eller i lindrig uppförsbacke.
- 3 () Jag har andnöd under gång tillsammans med jämnåriga på slät mark.
- 4 () Jag får andnöd även under lindrig ansträngning, tex. under tvättning och påklädning.
- 5 () Jag har andnöd nästan hela tiden, även i vila.

5. Sömn

- 1 () Jag sover normalt, dvs. jag har inga problem med sömnen.
- 2 () Jag har lindriga sömnproblem, tex. jag har svårt att somna eller jag vaknar sporadiskt under natten.
- 3 () Jag har betydande sömnproblem, tex. jag sover oroligt, det känns att jag inte får tillräckligt sömn.
- 4 () Jag har stora sömnproblem, tex. jag är tvungen att använda sömnmedicin ofta eller regelbundet, jag vaknar regelbundet under natten och/eller vaknar för tidigt på morgonen.
- 5 () Jag lider av svår sömnlöshet, tex. trots rikligt användande av sömnmedicin är det nästan omöjligt att sova, jag vakar största delen av natten.

6. Ätande

- 1 () Jag kan äta normalt, dvs. själv utan svårigheter.
- 2 () Jag kan äta själv med små svårigheter (tex. långsamt, klumpigt, darrande eller med hjälp av specialhjälpmedel).
- 3 () Jag behöver en aning hjälp av en annan person när jag äter.
- 4 () Jag kan inte alls äta själv, någon måste mata mig.
- 5 () Jag kan inte alls äta själv, jag måste matas med hjälp av slang eller med intravenös näring.

7. Tal

- 1 () Jag kan tala normalt, dvs. klart, tydligt och flytande.
- 2 () Jag har små svårigheter med tal, tex. jag måste söka orden eller rösten är inte tillräckligt tydlig eller den ändrar tonhöjd.
- 3 () Jag kan tala förståeligt, men stapplande, darrande, läspande eller stammande.
- 4 () Andra personer har svårt att förstå mitt tal.
- 5 () Jag kan uttrycka mig endast med gester.

8. Utsöndring

- 1 () Min urinblåsa och tarm fungerar problemfritt.
- 2 () Jag har små problem med min urinblåsa- och/eller tarmfunktion, tex. jag har urineringsproblem eller hård eller lös mage.
- 3 () Jag har betydande problem med min urinblåsa- och/eller tarmfunktion, tex. jag har sporadiska inkontinensbesvär eller svår förstoppning eller diarré.
- 4 () Jag har stora problem med min urinblåsa- och/eller tarmfunktion, tex. jag har regelbundet "misstag" eller behov av lavemang eller katetrisering.
- 5 () Jag har ingen kontroll över min urinblåsa- och/eller tarmfunktion.

9. Vanliga funktioner

- 1 () Jag klarar mig normalt med vanliga funktioner (tex. arbete, studier, hemsysslor, fritidsintressen).
- 2 () Jag klarar mina vanliga funktioner med en aning sänkt förmåga eller med små svårigheter.
- 3 () Jag klarar mina vanliga funktioner med betydligt sänkt förmåga eller med betydande svårigheter eller endast delvis.
- 4 () Jag klarar endast en liten del av mina vanliga funktioner.
- 5 () Jag klarar inte alls mina vanliga funktioner.

10. Mental funktion

- 1 () Jag kan tänka klart och konsekvent, mitt minne fungerar felfritt.
- 2 () Jag har lindriga svårigheter att tänka klart och konsekvent, mitt minne fungerar inte helt felfritt.
- 3 () Jag har betydande svårigheter att tänka klart och konsekvent, jag lider i någon mån av glömska.
- 4 () Jag har stora svårigheter att tänka klart och konsekvent, jag lider av betydande glömska.
- 5 () Jag är helt förvirrad och jag har inget begrepp om tid och rum.

11. Besvär och symptom

- 1 () Jag lider inte av några besvär eller symptom, tex. smärta, värk, illamående, klåda osv.
- 2 () Jag lider av lindriga besvär eller symptom, tex. lindrig smärta, värk, illamående, klåda osv.
- 3 () Jag lider av betydande besvär eller symptom, tex. betydande smärta, värk, illamående, klåda osv.
- 4 () Jag lider av svåra besvär eller symptom, tex. svår smärta, värk, illamående, klåda osv.
- 5 () Jag lider av outhärdlig smärta, värk, illamående, klåda osv.

12. Depression

- 1 () Jag känner mig inte alls sorgsen, nedstämd eller deprimerad.
- 2 () Jag känner mig lite sorgsen, nedstämd eller deprimerad.
- 3 () Jag känner mig betydligt sorgsen, nedstämd eller deprimerad.
- 4 () Jag känner mig mycket sorgsen, nedstämd eller deprimerad.
- 5 () Jag känner mig ytterst sorgsen, nedstämd eller deprimerad.

13. Ångest

- 1 () Jag känner mig inte alls ångestfylld, spänd eller nervös.
- 2 () Jag känner mig en aning ångestfylld, spänd eller nervös.
- 3 () Jag känner mig betydligt ångestfylld, spänd eller nervös.
- 4 () Jag känner mig mycket ångestfylld, spänd eller nervös.

5 () Jag känner mig ytterst ångestfylld, spänd eller nervös.

14. Livskraft

- 1 () Jag känner mig frisk och livskraftig.
- 2 () Jag känner mig en aning utmattad, trött eller kraftlös.
- 3 () Jag känner mig betydligt utmattad, trött eller kraftlös.
- 4 () Jag känner mig mycket utmattad, trött eller kraftlös, nästan "slutkörd".
- 5 () Jag känner mig ytterst utmattad, trött eller kraftlös, totalt "slutkörd".

15. Sexualliv

- 1 () Mitt hälsotillstånd inverkar inte på något sätt på mitt sexualliv.
- 2 () Mitt hälsotillstånd försvårar en aning mitt sexualliv.
- 3 () Mitt hälsotillstånd försvårar betydligt mitt sexualliv.
- 4 () Mitt hälsotillstånd gör mitt sexualliv nästan omöjligt.
- 5 () Mitt hälsotillstånd gör mitt sexualliv omöjligt.

Bilaga 2b.

Grundfrågorna, frågeenkäten.

FRÅGEE NKÄT ANGÅENDE LIVSGLÄDJEN/KVALITEN

GRUNDFRÅGOR

Välj en av varje att kryssa i, den som Ni anser passa bäst in på Er nuvarande livssituation:

Kön: Man Kvinna Vill ej ange Annat

Ålder: 65 – 75 76 – 85 86 –
 Vill ej ange

Civilstånd: Singel I ett förhållande Sambo Gift
 Änka/Änkling Vill ej ange

Bosättning: Egnahemshus Radhus Höghus
 Servicehem Med anhöriga Ålderdomshem
 Vill ej ange Annan, berätta gärna: _____

Högsta utbildning: Folkskola Grundskola Yrkesskola
 Gymnasium Högskola Universitet
 Vill ej ange Annan, berätta gärna: _____

Månatlig inkomst: 0€ – 100€ 100€ – 500€ 500€ – 1000€
 1000€ – 1500€ 1500€ – 2000€ 2000€ -
 Vet inte, har målsman / anhörig/a som sköter om pengarna
 Vill ej ange

Man kan kryssa i flera:

Anhöriga: () Barn () Barnbarn () Man/Hustru () Syskon
 () Egna föräldrar () Inget av de nämnda

Vård/Hjälp i hemmet: () Anhöriga

- () Hemvård
- () Servicehemvård
- () Vårdarna på ålderdomshemmet
- () Personlig assistent
- () Behöver ingen vård/hjälp i hemmet
- () Vill ej ange
- () Annan, berätta gärna: _____

Grundsjukdomar: () Demens () Alzheimer () Diabetes typ 1
 () Diabetes typ 2 () Parkinson () Hjärt- och kärlsjukdomar
 () Epilepsi () Reuma () MS
 () Cancer () Övrigt, vad: _____

Bilaga 3.

Etiskt lov från Lovisa stad

**LOVIISAN KAUPUNKI
LOVISA STAD**

**VIRANHALTIJAPÄÄTÖS
TJÄNSTEINNEHAVARBSLUT**

Palvelupäällikkö, seniorien palvelualue

17.3.2015

3 §

Vireillepanija/Sökande Forsblom Janina

Asia/Ärende Anhällan om forskningstillstånd

Perustelut/Motiveringar Janina Forsblom, som är vårdstuderande vid yrkeshögskolan Arcada, anhåller om forskningstillstånd för sitt examensarbete om livskvalitet/livsglädje hos äldre personer. Det är frågan om ett kvantitativt arbete med utprintade enkäter. Studerande kommer att personligen besöka frivilliga klubbar för pensionärer och berätta om sitt arbete och samtidigt dela ut enkäterna. Planen är att de äldre som behöver mycket hjälp i vardagen skulle nås via hemvården. Hemvårdspersonalen skulle dela ut frågeformulären och returnera dem till sin byrå, varifrån studerande kan hämta dem. De informanter som får enkäten av hemvårdspersonalen kommer att få ett följebrev bifogat, där det förklaras syftet med arbetet. Frivilligheten att delta och svaramas anonymitet garanteras och förklaras tydligt i följebrevet.

Päätös/Beslut Forskningstillstånd beviljas för examensarbete om livskvalitet och livsglädje bland äldre i Lovisa. Forskningen görs utgående från etiska principer som frivillighet, anonymitet och sekretess.

Päiväys ja allekirjoitus Loviisa 17.3.2015
Datum och underskrift Lovisa



Lisbeth Forsblom
Palvelupäällikkö, seniorien palvelualue
Chef för seniorservice

FÖLJEBREV

02.02.2015

Ärande Lovisa bo, i åldern 65+

FRÅGEE NKÄT ANGÅENDE LIVSKVALITET/GLÄDJE

Denna enkät undersökning görs som en del av mitt examensarbete och i samarbete med Lovisa Stad. Jag studerar till Hälsovårdare på Yrkeshögskolan Arcada och håller på att göra mitt examensarbete om *"Den äldres tankar om ett gott åldrande: Behålla livsglädjen hos äldre"*. För att detta projekt skall kunna framskrida behöver jag era svar på min enkät. Dessa svar kan i framtiden hjälpa flera äldre att klara av att behålla sin livsglädje.

Medverkan är frivillig men era svar är viktiga för att få tillförlitliga och användbara resultat som underlag för åtgärder som kan förbättra kvaliteten i vården. Kom ihåg att era svar inte kan ersättas av någon annans. Försök att svara på alla frågor, om mera än tre frågor är obesvarade så blir det svårt att få ett resultat, tack.

De uppgifter ni lämnar hanteras konfidentiellt. Endast jag hanterar de ifyllda enkäterna och jag har fått ett etiskt lov för att göra denna undersökning. Resultaten redovisas i form av tabeller och diagram, där ingen enskild persons svar kan utläsas. Enkäten tar 10-15 minuter att besvara.

När ni har besvarat enkäten samlar jag ihop dem från samma ställe och jag analyserar svaren och gör mitt examensarbete med hjälp av de svaren jag fått. Dessa resultat kommer att användas för att utveckla äldrevården i Lovisa Stad.

Jag ber er att lämna tillbaka enkäten till hemvårdspersonalen, när ni väl har fyllt i den. På detta vis samlas alla enkäter ihop så att jag kan avhämta dem från ett och samma ställe.

Examensarbetet kommer att publiceras på internetsidan www.theseus.fi.

Har du några frågor rörande enkäten eller undersökningen i övrigt, kontakta mig Janina Forsblom eller min handledare Annika Skogster:

Janina Forsblom

E-post: janina.forsblom@arcada.fi

Tel. 044 268 3031

Annika Skogster

E-post: annika.skogster@arcada.fi

Tel. +358 40 689 60 06

Tack för er tid och jag önskar er en trevlig vår!

Bilaga 5.

ORDLISTA

- Paternalism - (Latin = "Fader") Syftar på att "fadern" tar besluten för sina "barn", för att styra deras liv mot deras eget bästa. Detta kan även strida mot de berördas egna önskemål.
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences. Datorprogram för statistisk analys.
- THL - Terveysden ja hyvinvoinnin laitos. Institutet för hälsa och välfärd.
- WHO - World Health Organization. Världshälsoorganisationen.