



**Självständigt arbete (examensarbete) 15 hp,  
Kandidatexamen i Folkhälsovetenskap  
VT 2016**

# **Social gemenskap och livskvalitet på äldre dagar - en kvalitativ studie**

Johanna Chibli Thunell

Sektionen för hälsa och samhälle

**Högskolan Kristianstad | [www.hkr.se](http://www.hkr.se)**

**Författare/Author**

Johanna Chibli Thunell

**Titel/Title**

Social gemenskap och livskvalitet på äldre dagar

**Handledare/Supervisor**

Sophie Schön Persson

**Examinator/Examiner**

Oscar Andersson

**Sammanfattning/Abstract**

I Sverige och i många andra välfärdsländer ökar den förväntade livslängden. Det kan innebära att belastningen på hälso- och sjukvården kommer att stiga alltmer. Därför är det viktigt att samhället kan hjälpa äldre personer att leva ett friskt och självständigt liv så länge som möjligt. Uppsatsen lägger fokus på en av de faktorer som anses vara en viktig del i ett hälsosamt åldrande; en social gemenskap. Motsatsen är en social isolering som påverkar individens hälsa och livskvalitet negativt. Syftet med uppsatsen är att undersöka hur social gemenskap upplevs som hälsofrämjande och bidrar till livskvalitet hos äldre personer som är självständiga i sin vardag. För att undersöka frågan har personer över 65 år som definierats som självständiga intervjuats. En kvalitativ metod har alltså använts. Resultatet visar att en social gemenskap är betydelsefull på olika sätt för individens hälsa och livskvalitet. En mänsklig rättighet är att människor ska kunna uppnå goda förutsättningar för en hög levnadsstandard och en social gemenskap utgör en viktig del. Därför måste samhället tillhandahålla förutsättningar för den äldre befolkningen att kunna ta del av en social gemenskap. Med denna hälsofrämjande åtgärd kan vinster göras i både folkhälsa och samhällsekonomi.

In Sweden and in many other welfare countries the expected lifespan is increasing. This might lead to a rising strain of the healthcare. It is therefore important that the society can empower elderly to live a well and independent life as long as possible. The paper focus on one of the factors that considers to be an important part of a healthy ageing; social community. The opposite is a social isolation which effect the individual health and life of quality negative. The papers aim is to examine how social community is experienced as healthpromoting and contribute to quality of life in elderly people who are independent in their daily life. To study the aim, people over the age 65 who has been defined as independent, has been interviewed. A qualitative method has thereby been used. The result shows that social community is important in different ways in relation to the individual's health and quality of life. It is a human right that people are able to reach conditions for a high lifestandard and social community is thereby an important part. The society must provide the elderly population conditions to be able to be a part of a social community. With this healthpromoting action profits can arise both in public health and in national economy.

**Ämnesord/Keywords**

Äldres hälsa, social gemenskap, livskvalitet, folkhälsa, hälsofrämjande, / elderly's health, social community, quality of life, public health, health promotion

## **Förord**

Under mina tre år på det folkhälsovetenskapliga programmet i Kristianstad har jag arbetat extra inom hemtjänsten. Det har väckt mitt intresse dels för den äldre befolkningens hälsa men också för hur en social gemenskap påverkar individens livskvalitet. När det var dags att skriva examensarbete föll det naturligt att jag skulle skriva om just denna målgrupp. För mig var det viktigt att min uppsats skulle ha ett hälsofrämjande perspektiv vilket det också fått. Uppsatsskrivningen har varit på halvfart vilket inneburit att jag parallellt genomfört min VFU-period. Med hjälp av min praktikplats i stadsdelsområde Väster i Malmö kunde jag hitta en lämplig arena att genomföra min studie på.

Min studie hade inte gått att genomföra utan mina informanter som var vänliga att ställa upp med både sin tid och delar av sina livsberättelser. Vidare har jag insett hur mycket arbete det ligger bakom ett examensarbete och vad det innebär att skriva det på egen hand. Därmed har min handledare Sophie varit till stor hjälp när jag fastnat eller behövt bolla idéer med någon annan än mig själv. Jag måste också tacka min man för hans förståelse över det bibliotek jag släpat hem samt de långa kvällar jag spenderat vid min dator. Mötesplatsens personal samt min handledare på min praktikplats förtjänar också ett tack för sin stödjande roll och sitt trevliga bemötande. Även klasskompisar och lärare jag haft under utbildningens gång har hjälpt mig att nå hit. Nu är arbetet äntligen klart! Ett stort tack till er alla.

Malmö den 4 mars 2016

Johanna Chibli Thunell

## **Innehåll**

Inledning .....	6
Litteraturgenomgång.....	7
Hälsans bestämningsfaktorer .....	7
Hälsa ur ett samhällsperspektiv .....	8
Äldres hälsa.....	9
Problemformulering.....	10
Syfte .....	10
Teoretisk utgångspunkt.....	11
Metod .....	12
Kontext.....	12
Urval .....	12
Genomförande.....	13
Analys .....	14
Etiska överväganden .....	15
Resultat .....	16
Coping.....	16
Delaktighet i samhället .....	17
Resurser.....	18
Livskvalitet .....	21
Tabell 1- Studiens tema och kategorier .....	22
Diskussion.....	23
Konklusion.....	26
Metoddiskussion .....	27
Referenslista.....	29
Bilaga 1: Informationsblad om studien.....	33

Bilaga 2: Informationsblad till deltagande informanter.....	35
Bilaga 3: Intervjuguide .....	36

## Inledning

Världens befolkning blir allt äldre. I början av 1900- talet var den svenska förväntade medellivslängden vid födsel knappt 60 år (SCB, 2012). En pojke född under 2014 kan förväntas bli 80,4 år och en flicka 84,1 år (SCB, 2015). Att befolkningen blir äldre beror delvis på att sjukvården kunnat minska antal personer som avlider på grund av hjärt- och kärlsjukdomar (SCB, 2012). I ett höginkomstland som Sverige beror det även på en fallande dödlighet bland den äldre befolkningen och att de därmed lever allt längre (WHO, 2015). Med större andel äldre i befolkningen förväntas också samhällskostnader för äldreomsorg och sjukvård att öka. En uppskattning gjord år 2010 visar att kostnaderna för äldreomsorg fram till 2050 förväntas att öka med 70 % och hälso- och sjukvården med 30 % (Linköpings universitet, 2013). De extra förväntade levnadsåren kan innebära alltifrån psykiska och fysiska nedsättningar till en god hälsa med få fysiska och psykiska hinder. Med få hinder kan individen fortsätta att vara delaktig i sådant som denne värdesätter. WHO:s rapport om hälsosamt åldrande tar upp att samhället kan gå miste om viktiga vinster om det inte investeras i att göra samhällsanpassningar för att främja äldre personers självständighet. Investeringarna kan ge förutsättningar för individen att kunna leva längre med en god hälsa i behåll. Samhället kan i sin tur vinna på investeringarna genom att individerna inte har behov av sjukvård och omsorg. Det finns alltså flera vinster med att förebyggande och hälsofrämjande insatser sätts in för äldre (WHO, 2015). Därför är ämnet relevant att uppmärksamma.

Statens folkhälsoinstituts rapport tar upp att insatser för äldre oftast lägger fokus på de som redan behöver hjälp. Om en del av dessa resurser istället skulle kunna läggas på att främja äldre personers hälsa som i dagsläget är självständiga skulle det kunna leda till att människor kan fortsätta leva självständiga längre upp i åldrarna (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Den svenska folkhälsopolitiken strävar efter att ge människor förutsättningar att leva ett bra liv med hög livskvalitet i högre åldrar (Proposition 2007/08:10). Vidare finns det 11 folkhälsomålområde uppsatta för det svenska folkhälsoarbetet. Utifrån dessa har Folkhälsomyndigheten tagit fram fyra viktiga pelare för ett hälsosamt åldrande. De beskrivs som social gemenskap, meningsfull sysselsättning eller att känna sig behövd, fysisk aktivitet och goda matvanor (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Faktorerna är därmed viktiga för alla individers hälsostatus men de fyra pelarna anses ha en markant betydelse för att just kunna åldras hälsosamt. Att bli pensionär innebär en omställning i livet och ofta innebär en pensionering ett minskat socialt umgänge. En försämrad hälsa eller att rörligheten trappas ned smyger också på individen med åren. Detta kan leda till att individen blir mindre delaktig i samhället och blir mindre socialt aktiv (Vogel, 2006a). Andra skäl till att det sociala umgänget minskar kan vara att vänner och bekanta blir sjuka eller går bort (Agahi, Lagergren, Thorslund, Wånell, 2005). Vidare sjunker energibehovet med åldern vilket gör att det för många personer blir viktigt att äta mer näringsrik mat för att få i sig den näring som kroppen behöver. Fysisk aktivitet är även främjande för äldres hälsa då aptiten ofta förbättras och förebygger dessutom depression och benskörhet. (Abrahamsson, Hörnell, Ekblad, 2013). Med hjälp av de fyra pelarna för ett hälsosamt åldrande kan äldre personer därmed få hjälp att förebygga de riskfaktorer som ofta kommer med åren. På så sätt kan de få självhjälp till att hålla sig friska samt självständiga längre. Denna studie kommer utifrån ovannämnd forskning se vidare på hur samhället kan arbeta hälsofrämjande med en åldrande befolkning och fokus kommer att läggas på en av de pelare som anses betydande för ett hälsosamt åldrande; social

gemenskap. Studien ska mer precist undersöka social gemenskap i relation till individens upplevelse av livskvalitet och kommer att behandla ämnen som hälsans bestämningsfaktorer, hälsa ur ett samhällsperspektiv och äldres hälsa. Begrepp som livskvalitet kommer också att tas upp.

## Litteraturgenomgång

Litteraturgenomgången behandlar tidigare forskning och studier om hälsa, livskvalitet, hälsa ur ett samhällsperspektiv och äldres hälsa.

### Hälsans bestämningsfaktorer

Det är en mänsklig rättighet att kunna uppnå en så god levnadsstandard som möjligt och samhället har en särskild skyldighet mot den äldre befolkningen att skapa förutsättningar för att denna rättighet ska kunna infrias (WHO, 2015). Människans hälsa påverkas i sin tur av så kallade bestämningsfaktorer. Arv, ålder och kön samverkar med främst den familj en individ växer upp i samt det sociala stödet och det sociala nätverket som finns tillgängligt (Dahlgren & Whitehead, 1991). Det sociala nätverket har en stor betydelse för det sociala innehållet i varje enskild individs liv. Familj, vänner och medlemskap i olika typer av grupper är exempel som är en del av människors sociala nätverk (Ziegert, 2010). När en av de så kallade pelarna för ett hälsosamt åldrande, social gemenskap, diskuteras är det i relation till sociala kontakter. Sociala kontakter och den sociala gemenskap de bidrar till kan öka människans känsla av tillhörighet, stärka individens självbild och fungera som ett verktyg för att klara av dagliga bestyr (Agahi m.fl. 2005). Detta kan kopplas till ett av de elva svenska målområden inom folkhälsa som strävar efter att medborgare ska uppnå delaktighet och inflytande i samhället (prop. 2007/08:110). Målet omfattas bland annat av socialt och praktiskt stöd, vilket innefattas av sociala relationer och möjlighet till stöd med praktiska problem. Det kan därmed utläsas att det sociala stödet är beroende av sociala relationer. Även socialt deltagande och alltså att vara socialt delaktig inverkar på individens känsla av delaktighet och inflytande (Folkhälsomyndigheten, 2015).

Inflytande och delaktighet påverkar individens hälsa då det samverkar med hur personen upplever sig kunna påverka sin livssituation (Berkman, 2000; Statens folkhälsoinstitut, 2008). En låg delaktighet i samhället samt svagt socialt stöd är direkta riskfaktorer för hälsan (Statens folkhälsoinstitut, 2008). Social isolering är idag ett växande problem främst inom medelålders- och äldre befolkningsgrupper (Steptoe, Shankar, Demakakos, Wardle, 2013). Vidare är social isolering, att sakna sociala kontakter och samhälleliga band kopplat till en ökad risk att avlida (Berkman, L, 2000; Berkman, Syme 1979; Steptoe m.fl. 2013). Det är generellt sett dubbelt så hög risk för socialt isolerade personer att avlida jämfört med de personer som innehar fler sociala kontakter (Berkman, 2000). Detta kan kopplas samman med studier som visat att ensamhet kan leda till fysiologiska förändringar i kroppen som påverkar människans mottaglighet för sjukdomar (Berkman, Syme 1979). Sociala kontakter kan i sin tur ha specifika biologiska betydelser som är viktiga för att individen ska kunna behålla sin hälsa (Steptoe m.fl. 2013). Även livskvaliteten påverkas av individens sociala relationer (WHO, 1995). Livskvalitet är ett subjektivt fenomen och innebörden kan därmed skilja sig från individ till individ. Det som av en person upplevs som en hög livskvalitet behöver inte alls upplevas som en hög livskvalitet för en annan person. Brülde (2011) menar att människans livskvalitet baseras på de närvarande positiva finala värden och

de frånvarande negativa finala värden. Dessa samlade värden gör att individen antingen upplever livet värt att leva eller inte. Positiva finala värden kan vara att vara lycklig medan de negativa finala värdena kan innebära att vara olycklig. En hög livskvalitet kan upplevas om en person lever ett liv som är bra för denne själv och samtidigt upplevs som ett liv som i hög grad är värt att leva (Brülde, 2011). WHO har tagit fram "the WHOQOL" som är ett instrument för att kunna mäta livskvalitet. Faktorer som mäts är sociala relationer, psykisk och fysisk hälsa, nivå av självständighet, levnadsförhållanden och religion eller personlig övertygelse. Dessa ses som bestämningsfaktorer för människans livskvalitet (WHO, 1995). WHOQOL avgörs av individers uppfattning om sin livssituation utifrån den kultur och det värdesystem individen befinner sig i och i relation till mål, förväntningar, normer och intressen (WHO, 1995). Idag finns det olika former av WHOQOL som mäts utifrån olika intresseområden (WHO, 2016). WHOQOL- BREF mäter fysisk och psykisk hälsa, sociala relationer och omgivningens inverkan på livskvaliteten. En studie använde sig av måttet för att undersöka vad som inverkar på livskvaliteten hos personer som vårdade anhöriga åttioåringar. Sammanfattningsvis menade studien att rollen som anhörigvårdare av åttioåringar kan ha en negativ inverkan på dessa individers liv (Silva Coura, Alves Nogueira, Paulino Alves, da Silva Aragão, Sátiro Xavier de França, Keomma Aires Silva Medeiros, 2015).

### **Hälsa ur ett samhällsperspektiv**

Ett sätt att mäta samhällets hälsorelaterade kostnader är att använda sig av COI. Det står för Cost of Illness vilket kan översättas till kostnader för sjukdomar. Begreppet mäter samhällets samlade kostnader på grund av sjukdom eller skador (SBU, 2014). Hälsoproblem i högre åldrar är för det mesta orsakade av kroniska sjukdomar som skulle kunna förebyggas eller skjutas fram genom hälsosamma levnadssätt (WHO, 2015). Såväl sjukdomar som förtidig död på grund av ohälsosamma levnadsvanor ger negativa utfall. Det innebär exempelvis att människor får lida, att produktiviteten minskar och att den ekonomiska tillväxten stoppas. Vidare uppstår ekonomiska samhällskonsekvenser av att människor lever längre med kroniska sjukdomar (Holm Ivarsson, 2014). Ett annat hälsoekonomiskt begrepp är QUALY (Quality Adjusted Life Years), som står för kvalitetsjusterade levnadsår. Ett QUALY innebär ett levnadsår med full hälsa och kombineras med en skala mellan 1 och 0 som motsvarar det hälsoläge individen befinner sig i. 1 innebär full hälsa medan 0 innebär att personen är död. Med måttet mäts hälsa och livslängd i en positiv bemärkelse samtidigt som olika hälsotillståndets värde kan uppskattas (SBU, 2014; Pellmer, Wramner, Wramner, 2012). En rapport, gjord 2015, om hälsosamt åldrande understryker att det finns många samhällsekonomiska vinster att gå miste om ifall samhället inte gör de anpassningar och justeringar som äldre personer har behov av. För att infria detta behov skulle en perspektivförskjutning behövas från en sjukdomsbaserad botande modell till en integrerad vård som utgår från äldre personers behov samt ett hälsofrämjande perspektiv (WHO, 2015). Ett annat ord för ett hälsofrämjande är salutogenes. Ett salutogenetiskt synsätt innebär att se till faktorer som bidrar till det friska (Antonovsky, 2005).



## Äldres hälsa

Då gruppen äldre växer och kan vara allt från 65 till 95+ är det ytterst relevant att definiera vad "äldre" innebär. I dagens samhälle är den äldre befolkningen heterogen och därmed finns det ingen typisk äldre person. Det finns dock uppfattningar om äldre personer som ofta är grundade i förlegade stereotyper. Ett åldrande kopplas ofta samman med försämrade förmågor av olika slag trots att det mestadels endast har ett vagt samband med den kronologiska åldern. En ökande andel äldre personer i världen skapar en alltmer heterogen grupp. Äldre personer har därmed olika hälsorelaterade behov samt olika förmågor (WHO, 2015). Folkhälsomyndigheten beskriver det mänskliga livet som fyra åldrar. Den tredje åldern benämns som åldern då pensionen infinner sig samtidigt som individen fortfarande är självständig och frisk. Fjärde åldern uppnås när en människa inte längre klarar sig på egen hand och behöver någon form av hjälp i vardagen (Agahim, fl. 2005). Många äldre personer menar att bibehållandet av sin fysiska förmåga är det allra viktigaste och att ett hälsosamt åldrande inte enbart handlar om avsaknad av sjukdom (WHO, 2015). Även att känna social tillhörighet är som tidigare nämnt mycket betydande för den psykosociala hälsan. Med åren är det vanligt att äldre personers sociala förhållande förändras. Att pensioneras kan innebära att få ett minskat socialt nätverk samtidigt som en ökad ålder leder till högre risker att förlora sin partner eller sina vänner. Det kan samtidigt leda till en minskad delaktighet i samhället då minskad rörlighet eller försämrad hälsa kan bli ett hinder i vardagen. Ensamstående äldre personer och äldre med allvarigare hälsoproblem är mer bundna till sin bostad än övriga äldre (Häll, 2006). I Nordenmarks studie (2006) visar det sig att ju högre ålder en person uppnår desto mindre sannolikhet är det att ha en nära vän. Personer över 84 år sågs vidare i studien som extra socialt utsatta eftersom de oftare var ensamboende samtidigt som de hade ett begränsat umgänge utanför familjen (Nordenmark, 2006). Detta skapar en isolering av den äldre och innebär att de får sämre förutsättningar för en social gemenskap och en delaktighet i samhället (Vogel, 2006b). Pensionen kan å andra sidan innebära att en individ får chansen att utveckla nya relationer eller får tid att bli aktiv i ett nytt fritidsintresse (Vogel, 2006a).

Litwin, Stoeckel, Schwartz (2015) har undersökt sambandet mellan sociala nätverk och mental hälsa bland äldre européer. Deras studie visade att individens tillfredsställelse med sina sociala kontakter hade en tydlig koppling till individens mentala hälsa. Hur nöjd individen var med det egna sociala nätverket var i sin tur associerat med antal depressionssymptom. Ju färre sociala kontakter individen hade desto fler depressiva symptom upplevdes. Trots detta sågs både kvaliteten på sociala relationer och antal relationer viktiga för att främja äldre personers hälsa. Ett större socialt nätverk visades i studien som särskilt hälsofrämjande för personer under 80 år. Det negativa sambandet mellan storleken på det sociala nätverket och depressiva symptom var större bland de som fyllt 80 år eller mer. Att bevara nära och personliga relationer kunde vidare främja den mentala hälsan. Utifrån studiens resultat gjorde forskarna också ett antagande om att det möjligen krävs ett minimum av meningsfulla sociala kontakter för att bevara en god mental hälsa bland de allra äldsta medborgarna (Litwin m.fl., 2015). Ett sätt att stödja äldre personers möjlighet till socialt deltagande är att tillhandahålla olika former av mötesplatser. Såväl nationell som internationell forskning visar att gemensamma träffpunkter är betydelsefulla för äldre personer. Genom att delta i olika sammanhang

kan individen fortsätta att vara aktiv och engagerad. Träffpunkterna och mötesplatserna kan vidare aktivt främja de fyra pelarna för ett hälsosamt åldrande genom att arbeta systematiskt med dem. Miljöerna kan dessutom bidra till individens känsla av en meningsfullhet (Nilsson, Nilsson, Räftegård Färggren, Åkeson, 2009). Deltagande på mötesplatser har även uppvisat ett samband med en ökad upplevd social samt hälsomässig vinst (Fitzpatrick, McCabe, Gitelson, Andereck, 2005).

## **Problemformulering**

Samhället har en skyldighet gentemot samtliga invånare att ge goda förutsättningar för hälsan. Det ska dessutom särskilt kunna tillhandahålla förutsättningar för äldre personer som är sårbara i samhället (WHO, 2015). På så sätt ska skillnader i hälsa motverkas. Oavsett ålder är det en mänsklig rättighet att kunna uppnå en så hög levnadsstandard som möjligt. Trots det blir många äldre personer diskriminerade på grund av sin ålder och mister sin möjlighet till denna rättighet (WHO, 2015). När målgruppen äldre diskuteras är det dessutom ofta som en svag, sjuk och utsatt grupp (WHO, 2015) och samhällsinsatser för denna målgrupp lägger vikt på de som redan är sjuka och beroende av hjälp (Statens folkhälsoinstitut, 2010). Med en ökad andel äldre befolkning är det dock relevant att investera i att dessa individer kan leva ett friskt och självständigt liv så länge som möjligt. Med hjälp av rätt insatser kan en åldrande befolkning ses som en helt ny möjlighet för både individer och samhället (WHO, 2015). Ett sätt att främja en social gemenskap bland äldre personer, som i sin tur är en viktig bestämningsfaktor för ett hälsosamt åldrande, är att samhället tillhandahåller mötesplatser. Deltagande på sådana arenor kan öka individens känsla av meningsfullhet och bidra med möjligheter till att upprätthålla eller skapa nya sociala kontakter (Nilsson m.fl. 2009). Tidigare studier visar att innehavande av relationer som individen anser vara värdefulla eller att ha tillräckligt med sociala kontakter verkar hälsofrämjande (Litwin m.fl. 2015). De visar samtidigt att en pensionering samt en högre ålder kan vara riskfaktorer för att få ett försämrat socialt nätverk. Detta kan i sin tur inverka på individens hälsa. Den svenska folkhälsopolitiken är uppbyggd för att kunna ge äldre personer förutsättningar för en livskvalitet på äldre dagar (proposition 2007/08:10) och idag växer ett alltmer hälsofrämjande perspektiv i relation till den äldre befolkningen fram. Att bli äldre ska inte behöva innebära en sämre livskvalitet och därför krävs förebyggande samt hälsofrämjande samhällsinsatser.

## **Syfte**

Syftet med arbetet är att undersöka hur social gemenskap upplevs som hälsofrämjande och bidrar till livskvalitet hos äldre personer som är självständiga i sin vardag.

## **Teoretisk utgångspunkt**

Av tidigare forskning kan utläsas att en människas hälsostatus samverkar med den omgivning individen befinner sig i. Arbetet kommer att utgå ifrån socialkonstruktivismen, då den menar att mänskliga handlingar och vår kunskap är socialt konstruerad och sker i samspel med andra (Barlebo Wenneberg, 2001). Med socialkonstruktivismen kan frågor ställas såsom: ”Vad är det som formar en individs livskvalitet?” ”Är det en naturlig utveckling?” Därmed kan teorin bryta ett traditionellt perspektiv och lägga fokus på hur något tillkommit, vilket i denna studie fokuserar på livskvalitet. En individs hälsa och livskvalitet kan i gemene mans perspektiv ses som en naturlig utveckling, men med ett socialkonstruktivistiskt perspektiv är ambitionen att ifrågasätta det som vi uppfattar som naturligt och självklart. Socialkonstruktivismen utgår även ifrån att människan är en social produkt och syftar bland annat till att ge svar på hur det sociala är uppbyggt samt hur det fungerar. Detta kan appliceras på studiens syfte som ämnar att se sambandet mellan social gemenskap och livskvalitet. Ovannämnda studier visar bland annat att sociala relationer främjar hälsa hos äldre personer och kan förebygga depressioner samt en för tidig död. Därmed blir det intressant i studien, att med ett socialkonstruktivistiskt perspektiv se närmre på just hur de sociala relationerna verkar hälsofrämjande. Individen får genom livets gång ta beslut relaterade till hälsa såväl som livskvalitet. Det nämnda perspektivet bygger på att dessa val är socialt konstruerade och att de sker i samspel med andra individer. Socialkonstruktivismen kan med andra ord påvisa en komplicerad social påverkan som kan vara svår att finna under den naturliga ytan (Barlebo Wenneberg, 2001). Detta perspektiv blir intressant då studien vill se till hur social gemenskap eventuellt verkar som en bidragande produkt för livskvaliteten.

Ytterligare en teoretisk utgångspunkt för arbetet är den salutogenetiska teorin KASAM, känslan av sammanhang. Teorin är utarbetad av Aaron Antonovsky och innefattar tre olika begrepp; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet kan förklaras med individens förståelse för det stimuli personen möter i omvärlden. Den kan antingen vara ordnad och strukturerad eller också upplever individen stimuli som kaotisk. En person med hög begriplighet kan göra traumatiska händelser i livet begripliga. Individens hanterbarhet handlar vidare om hur individen upplever sig ha resurser att möta påfrestelser i livet. En resurs kan vara att känna tillit till andra människor. Personer med hög hanterbarhet ser lösningar och känner sig inte som ett offer. Vidare innefattar begreppet meningsfullhet hur individen upplever att det är värt att investera i exempelvis livshändelser. Meningsfullheten kan enligt Antonovsky fungera som en motivationskomponent. Tillsammans utgör de tre begreppen KASAM (Antonovsky, 2005). En hög KASAM är relaterat till en större chans att hålla sig frisk. Att inneha en hög KASAM har visat sig vara betydande för individens livskvalitet såväl som psykiska hälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2010b). Teorin utgör viktiga delar för att kunna uppnå livskvalitet. Samtidigt utgör den komponenter som kan ge förståelse för varför personer ser på sitt liv som de gör och deras handlingar.

## Metod

Silverman (2013) menar att den "rätta" metoden inte finns men att metoden som används ska tjäna studiens syfte och utgå ifrån vad målet med studien är. Uppsatsen har varit av ett kvalitativt perspektiv och har samlats in med hjälp av intervjuer. En kvalitativ intervju innebär att informanterna i interaktion med intervjuaren ses som de som skapar mening. Med denna metod ska intervjuaren sedan göra tolkningar av själva intervjuerna (Eriksson- Zetterquist & Ahrne, 2011). Den kvalitativa ansatsen bygger vidare på att informanten formar subjektiva tolkningar, upplevelser och konstruerar en omgivande verklighet i relation till sina tidigare kunskaper och erfarenheter. Dessa individuella perspektiv syftar denna kvalitativa studie att se närmre på (Backman, 2008). Widerberg (2002) menar att olika typer av metoder också ger olika svar. Valet av intervjuer är grundat i att studien skulle kunna samla in djup empiri och för att studien syftade till att se på individuella upplevelser. Risken för att missförstånd ska uppkomma minskar med metodvalet intervjuer eftersom en intervju leder till ett möte mellan informanten och intervjuaren (Körner & Wahlgren, 2012). Om informanten uppvisar tveksamhet eller tecken på att denne inte förstår en fråga kan det lättare komma till uttryck och intervjuaren kan uppmärksamma det för att formulera om sin fråga. I exempelvis enkäter är det svårare att uppmärksamma eventuella missförstånd och en risk kan vara att informanten svarar tanklöst. Metodens styrka är vidare att intervjuer går snabbt att utföra samtidigt som forskaren kan få ett brett material (Eriksson- Zetterquist & Ahrne, 2011). Att intervjuerna har skett enskilt beror på att informanterna annars skulle kunna påverka varandras svar och uttalanden. Exempelvis skulle en person som upplever det svårt att vara socialt aktiv möjligen inte berätta sanningsenligt om detta om en andra person som satt med i intervjun berättade om sin aktiva vardag och hur positivt det upplevdes.

## Kontext

Intervjuerna genomfördes på en mötesplats som är riktad till vuxna, alla över 18, men som tidigare enbart varit för äldre personer. Mötesplatsen är ett resultat av en sammanslagning av en träffpunktsverksamhet för LSS och en mötesplats för äldre. Målet för den undersökta verksamheten under framtida år, 2016- 2018, är att arbeta förebyggande såväl som främjande med folkhälsa genom att erbjuda en mötesplats för vuxna. Varje vardag besöker omkring 60 personer mötesplatsen för att antingen vara aktiv i någon form av aktivitet såsom gemensamma promenader, handarbeten eller qigong eller för att endast ta del av en social gemenskap. Författaren var ett bekant ansikte för många av besökarna och därmed kunde eventuellt motstånd och obehag som kan uppkomma i samband med intervjuer minskas.

## Urval

Eriksson- Zetterquist & Ahrne (2011) menar att forskningsfrågan avgör vilken grupp som är lämplig att rikta sig åt. Genom att intervjuaren använt den specifika mötesplatsen som arena har strävan varit att nå ut till äldre och självgående personer. Urvalet bestod av personer som kunde innefattas i det Agahi m.fl. (2005) definierar som tredje åldern alternativt att de är mellan tredje- och fjärde åldern. Då intervjuaren kände till hur mötesplatsens verksamhet såg ut kunde denne försäkra sig om att informanterna ingick i någon form av social gemenskap som därmed kunde undersökas. Intervjuaren kunde också försäkra sig om att nå rätt åldersgrupp. Ett informationsblad

delades ut till mötesplatsens besökare med en bifogad intresselista där anmälan kunde göras. Då informerades även om att undersökningen syftade till att undersöka personer över 65 år. Intervjuaren besökte mötesplatsen vid 3 tillfällen för att uppmärksamma mötesplatsens besökare om studien. Anmälan till studien gjordes frivilligt av mötesplatsens besökare och intervjuerna bokades in efter informanternas önskemål. De utvalda var de som anmälde sitt intresse först. Personerna representerade båda könen, olika åldrar och olika umgängeskretsar på den utvalda mötesplatsen. Dessa sågs lämpliga då strävan var att urvalet skulle vara varierat. Därför gjordes endast en förfrågan av tilltänkta deltagare. 11 personer anmälde sig varav sju stycken deltog. Två män och femkvinnor intervjuades och detta ansågs presentera den verkliga könsfördelningen. Åldrarna på de deltagande informanterna sträckte sig mellan 80 och 95 år och deras engagemang på den utvalda mötesplatsen var omväxlat.

## Genomförande

Intervjuerna gjordes enskilt och utfördes i tre olika rum. För att skapa en mer trivsam miljö att intervjua i bjöds informanterna på en enkel fika. En av intervjuerna sågs som en pilotintervju för att förbereda författaren på rollen att intervjua samt för att testa den aktuella intervjuguiden. Denna intervju genomfördes på en separat dag. Intervjuerna genomfördes mellan 13 januari 2016 till 19 januari 2016. Före själva intervjuerna fick informanterna ett eget informationsblad där de gavs möjlighet att läsa igenom syftet med studien ytterligare en gång samt om studiens villkor. Dessa har de sedan fått. De tillfrågades därefter om de godkände att samtalet blev inspelat och fick skriva under en samtyckesblankett om att de godkände sitt deltagande. Informanterna blev informerade om att intervjun max skulle ta en timme att göra. Materialet spelades vidare in och anteckningar gjordes i en mindre mängd. Fördelen med att spela in intervjuerna är att intervjuaren alltid kan gå tillbaka och lyssna på materialet, att det går att spola tillbaka och att detaljer kan återupprepas (Silverman, 2013).

Widerberg (2002) menar att en kvalitativ intervju syftar till att använda sig av det unika möte som uppstår mellan intervjuare och informant. Varje enskild individ kan alltså bidra till en unik intervju och även om intervjuaren använder sig av samma intervjuguide och intervjuteknik är det ett specifikt möte mellan intervjuare och informant som sätter prägel på varje enskild intervju. Det är därför viktigt att intervjuaren kan fånga upp den unika informantens berättelser, uppgifter och förståelser (Widerberg, 2002). I den aktuella studien har intervjuaren strävat efter detta genom att anpassa intervjusituationen efter varje enskild individ. Det har gjorts genom att sträva efter att vara lyhörd och låta informanten berätta så mycket som möjligt på egen hand. Vidare har det gjorts med en semistrukturerad karaktär då en intervjuguide använts som mall för intervjuerna men även följdfrågor ställts för att kunna ge djupare svar. Exempel på en följdfråga som använts var: "Hur känner du dig då?". Frågorna från intervjuguiden användes i olik följd i olika intervjuer. Detta gjordes för att skapa en naturlig intervjusituation och för att ge utrymme för att fånga upp den personliga kontexten som Widerberg (2002) ser som viktig för en kvalitativ intervju. Att inte enbart utgå ifrån en strukturerad intervjuguide gör att forskaren får en bredare bild med fler nyanser och dimensioner (Eriksson- Zetterquist & Ahrne, 2011).

För att undvika att en slentrianmässig intervjuguide med ogenomtänkta frågor gjordes en analyskiss. På så sätt sammanställdes ett underlag av vilka frågor och frågeområden som behövde finnas med för att kunna besvara studiens syfte och frågeställningar. En

intervjuguide fungerar som forskarens hjälprea under en intervju och ska bestå av det översatta uttrycket för det man önskar analysera, vilket i studiens fall är social gemenskap i relation till äldres livskvalitet (Widerberg, 2002). Under intervjuernas gång kunde intervjuaren upptäcka att en av frågorna i intervjuguiden missförstods. Den ursprungliga frågan var ”Känner du att du har makt över din egen livssituation? Vad påverkar det?”. Missförstånd uppstod och informanten visste inte vad som menades. Frågan ändrades då till ”Känner du att du kan påverka ditt eget liv? Vad påverkar det?”. Intervjuguiden reviderades alltså smått efter pilotintervjun. Efter de 7 genomförda intervjuerna ansågs ett bra urval ha uppnåtts samt en viss mättnad i materialet. Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2011) bedömer att redan efter sex till åtta intervjuer ur en särskild grupp ökar säkerheten att intervjuaren fått ett material som inte bygger på enskilda uppfattningar och kan därmed ge informanternas samlade bild av det undersökta fenomenet.

## Analys

Ett hermeneutiskt förhållningssätt användes genom att tolka studiens resultat för att sedan bilda en förståelse för det. Intervjuerna genomfördes och därefter följde en transkribering av samtliga intervjuer. Rennstam & Wästerfors (2011) menar att empirin bör styra forskarens förståelse av det studerade fenomenet och att forskaren måste bli förtrogen med sitt material genom att umgås med det. För att materialet skulle styra undersökningen användes till en början ett induktivt tillvägagångssätt. Det bör dock nämnas att sortering, reducering och argumentering av ett insamlat material alltid präglas av forskningsfrågan som både begränsar och möjliggör analysen (Rennstam & Wästerfors, 2011). Författarens ambition var att, som enbart analytiker, kunna titta på sin empiri med ett nytt perspektiv, få nya insikter och kunna få en bättre överblick. Genom att lyssna på det inspelade materialet och läsa transkriberingarna kunde författaren lära känna sitt material bättre. Parallellt gjordes en innehållsanalys för att hitta och koda mönster i den insamlade empirin. På så sätt kunde materialet reduceras och lägga fokus på det mest essentiella i resultatet. Detta har gjorts i olika steg då kodningen varit öppen från början för att sedan bli mer och mer fokuserad.

Rennstam & Wästerfors (2011) nämner ”representationsproblemet” och syftar på omöjligheten att representera sin empiri i helhet. Genom att sortera och reducera sitt material valde författaren ut det som ansågs mest lämpligt utifrån syftet. Varje intervju studerades enskilt och meningensheter som svarade på syftet valdes ut. Författaren använde sig av färgkodning i de transkriberade intervjuerna för att markera dessa meningensheter. Ett exempel är temat *coping* som togs fram då de transkriberade intervjuerna kodats i färger för att sedan sättas samman till olika kategorier. Färgkodningen innefattade efter en del bearbetning *livssituation* och *hanterbarhet* och gjordes sedan om till kategorin *livshändelser*. Ett gemensamt tema arbetades sedan fram och temat *coping* växte fram. Med hjälp av teman och kategorier kunde ordning och förståelse för det insamlade materialet skapas. Det var dock i åtanke att analysen inte borde baseras på det manifesta såsom att informanter exempelvis säger exakt samma sak. Fokus lades istället på det latent, som exempelvis på individers olika uppfattningar av samma fenomen. Empirin respekterades vidare genom att inte göra förhastade konstaterande, att läsa samt lyssna flera gånger på materialet, att låta analyseringen ta tid och att analysera en sak i taget. Detta kan benämnas som att inte försöka omfatta allt på en gång utan definiera skillnader i materialet. Vidare fanns det i åtanke att forskaren

stys av förkunskaper och favoritbegrepp vid analyseringen(Rennstam & Wästerfors, 2011). Detta försöktes att undvikas i möjliga mån och genom att medvetenheten fanns förebyggts problemet. Med en reducering var ambitionen att skapa en tydlig representation av materialet som återspeglar dialogerna mellan forskaren och informanterna. Efter att en sortering och en reducering av empirin gjordes kunde en tolkning växa fram. Materialet sattes i relation till befintliga begrepp och teorier för att ny kunskap skulle kunna tas fram av studien.

### **Etiska överväganden**

Informationskravet som fanns på studien infriades då deltagarna fick information om studiens syfte, villkor för att delta och tillvägagångssätt före genomförandet. Samtyckeskravet uppfylldes då personer som skulle intervjuas fick skriva under att de samtyckte till att medverka i studien. Vidare hade deltagarna rätt till självbestämmande över sitt deltagande vilket samråder med ovan nämnda kravet. Informanterna hölls anonyma vilket interagerar med konfidentialitetskravet. Genom att studenten hållit en tystnadsplikt har konfidentiella uppgifter inte hamnat i obehörigas veto. Konfidentialiteten går dock inte att garantera fullt ut eftersom intresselistan som informanterna fått skriva upp sig på varit synlig på mötesplatsen. Dessutom känner många besökare på mötesplatsen till vem som ingått i studien. Då många besökare på mötesplatsen även känner varandra väl finns en risk att en enskild informants svar kan utläsas i studien. Även anhöriga till informanter skulle eventuellt kunna utläsa en enskild informants svar. Studien tar dock inte upp känsliga område såsom exempelvis missbruk och därmed kan informanternas integritet bevaras. Vidare är de valda citaten ofta mycket lika andra informanternas citat vilket kan försvåra att utläsa enskilda informanternas citat. Anteckningar gjordes vidare på ett sådant sätt så att en identitet inte kunde avslöjas och materialet användes på ett varsamt sätt som möjliggjorde att informanterna kunde hållas anonyma fullt ut. Inspelningarna kunde endast nås med en personlig kod. Även nyttjandekravet infriades då resultatet enbart använts för studie- och forskningsändamål. Uppgifter om enskilda individer var enbart tillgängliga för studien och inget annat ändamål. Informanterna kommer att ha tillgång till resultaten efter studiens gång och kommer att få information om hur resultaten kommer att offentliggöras (Vetenskapsrådet, 2002).

## Resultat

Av intervjuerna framkom områden som sågs viktiga för informanternas hälsa och livskvalitet. De ordnades i fyra kategorier; coping, delaktighet i samhället, resurser samt livskvalitet. Under varje kategori kunde två underkategorier tilläggas, vilket kan ses i den bifogade tabellen.

### Coping

Coping var återkommande i intervjuerna och speglade ett konstruktivt sätt att hantera problem. En gemensam nämnare för informanterna var att de uppvisade att de upplevde kontroll över sitt nuvarande liv. Samtidigt uppvisade de att de accepterat och kunnat hantera svåra livshändelser. Den första kategorin coping fick två underkategorier. Dessa valdes att benämnas *livshändelser* och *perspektiv på livet*. Av intervjuerna framkom olika livshändelser och perspektiv att se på livet för att hantera sin livssituation. Till skillnad från den första underkategorin tar den andra underkategorin upp individens kognitiva hantering av svåra situationer. Detta eftersom den första underkategorin tar upp hur informanterna hanterar praktiska livshändelser och den andra underkategorin hur informanten mentalt hanterar sitt dagliga liv och finner mentala copingstrategier. Majoriteten av informanterna avtäckte en positiv och optimistisk livssyn då de fann lösningar på eventuella bekymmer.

#### *Livshändelser*

I underkategorin *livshändelser* ingick informanternas civilstatus som antingen var ensamstående, skild eller änka/änkling. Samtliga informanter har därmed tvingats att hantera sådana livshändelser. Många av informanterna beskrev även att de förlorat sociala kontakter som exempelvis anhöriga på grund av dödsfall. I underkategorin ingår också hantering av dagliga smärtor som individen måste hantera. Det framkom att social gemenskap kunde avleda individen och på så sätt göra denne tillfälligt fri ifrån sina smärtor. Informanterna beskrev på liknande sätt hur de hanterat svåra livshändelser:

- ”Nej men jag umgås ju med andra för det umgänget vi hade när vi var gifta vet du och var i hopa. Så tror jag nästan att det bara är jag kvar. Nej jag är ensam kvar [...].Jag är den enda utav dom äldre som är kvar. Ja nej så att jag har ingen utav dom kvar, inte än. Ibland tänker jag det är hemskt, det är hemskt egentligen när jag tänker på det. ”(6)

-” Jag sa alltid när någon frågade: Hur är det och har du det jobbigt. Ja sa jag men livet måste ju gå vidare och det måste det ju. Det stannar inte upp för att en går bort va... utan det måste gå. Fortsätta... ”. (2)

En av informanterna hade alltså använt sig av en copingstrategier som innebar att införskaffa ett till stora delar helt nytt socialt nätverk medan en annan valt att bli delaktig på mötesplatsen och på så sätt införskaffat sig något nytt i livet att spendera tid på samtidigt som nya sociala möten kunnat uppstå.



### *Perspektiv på livet*

*Perspektiv på livet* innefattade hur informanterna uttryckte sin syn på livet. Detta perspektiv kunde sammankopplas med individens copingförmåga och alltså hur de hanterade livshändelser. Informanter menade att det var viktigt att ta dagen som den kom samt att vara tacksam över det individen hade.

- ” [...] jag är glad för varenda dag som jag kan stå på mina ben och kan gå ut utan att jag känner att nej nu går det inte längre”. (1)

Många av informanterna uppgav mycket liknande svar och uttryckte att de gjorde det bästa utav varje dag, tog vara på det som de hade och att de kunde känna glädje över att ha rutiner i livet.

### **Delaktighet i samhället**

Delaktighet i samhället var en annan gemensam kategori som kom upp under intervjuerna. Denna delaktighet låg nära samman med att ha en (*meningsfull*) *sysselsättning*. Informanternas gemensamma nämnare var att samtliga var delaktiga på mötesplatsen. Delaktigheten innefattade även *den roll som individen hade i samhället*. De två underkategorierna ligger nära samman och kompletterade ofta varandra. Att exempelvis vara en förebild för förskolebarn innefattade både att ha en roll i samhället och en meningsfull sysselsättning.

### *Meningsfull sysselsättning*

Många av informanterna underströk vikten av att ha någonstans att gå till under dagarna. Flera av informanterna benämnde mötesplatsen som sin arbetsplats och att det fattades något de dagar de inte hade varit på mötesplatsen. Det framkom att informanter ansåg att mötesplatsen kunde förebygga och motverka depression samt motverka ensamhet. Samtidigt beskrevs den sociala gemenskapen och sysselsättningen på mötesplatsen som humörhöjande och energigivande. På mötesplatsen återfanns alltså några av informanternas sysselsättningar. Det kunde vara att delta i olika aktiviteter, det kunde vara att känna en social gemenskap och det kunde vara att arbeta med eget handarbete. Någon informant menade att det var betydelsefullt att kunna skänka bort handarbeten medan en annan informant mer såg en meningsfull sysselsättning i själva handarbetet. Ytterligare en meningsfull sysselsättning uppstod genom att sjunga med förskolebarn en gång i veckan. Att kunna vara fysiskt aktiv och på samma gång få en social gemenskap var också något som sågs som en meningsfull sysselsättning.

- ” För då är ungdomarna, alltså barnen, de har sina arbeten och sin fritid och då har dom sitt att göra så dom har inte tid att träffa oss äldre många gånger...[...]Så därför är detta underbart att det finns...att man kan gå med”. (3)

När de anhöriga arbetade eller var upptagna på annat håll tyckte flera informanter att det var utmärkt att kunna besöka mötesplatsen. Då kunde de ta del av social gemenskap och inte behöva vara ensamma trots att de anhöriga inte hade tid för dem. De kunde också välja bland olika sysselsättningar som varje enskild informant upplevde som meningsfull.

### *Roll i samhället*

Att vara en förebild för förskolebarn, vara den barnvakt eller hundvakt ens anhöriga behövde eller tillhöra ett specifikt socialt umgänge var olika roller som informanterna nämnde att de hade. Underkategorin *roll i samhället* innefattar att kunna vara en del i ett sammanhang och att känna sig behövd på olika sätt. Detta tog uttryck i många olika former såsom att regelbundet gå ut och dansa, att ha regelbundna bjudningar som kompisgänget turades om att hålla i eller att vara ett gäng som åt gemensamt på restaurang vid förbestämda tidpunkter, att vara fysiskt aktiv och att hjälpa sina barn med trädgårdsarbete.

- "Farmoor, kan du komma? Och hjälpa mig litegranna (småskratt)...och då får jag, torsdag, fredag och lördag har jag eh till min familj". (3)

Informanterna som var hund- eller barnvakt såg noggrant på sina uppgifter samtidigt som de tyckte att det var roligt att kunna hjälpa till. Även om någon upplevde att det ibland var tungt att vara bunden till ansvaret som det innebar tyckte informanterna att det var givande att få ha barnens eller hundens sällskap.

## **Resurser**

Under intervjuerna framkom olika slags resurser som var viktiga för äldre personers livskvalitet. Det kunde handla om såväl individuella resurser som personen ifråga själv kunde påverka samtidigt som det kunde handla om *sociala resurser*. De *sociala resurserna* kan även benämnas som sociala kapital. Båda framkom som betydande för informanternas livssituationer. Med *individuella resurser* menas en positiv livssyn, att individen kände makt över sin livssituation, att personen hade "ensamtid" som upplevdes som positiv samt att individen kände tillit till andra personer. Även om dessa koder benämns som individuella resurser har några av dem ett samband med den sociala omgivningen personen befinner sig i. Att exempelvis känna tillit är beroende av de personer som finns i individens omgivning. Detta eftersom den enskilda individen inte på egen hand, utan att interagera, kan bygga upp tillit till människor. Samtidigt måste det ske med hjälp av någon form av socialt samspel. Likadant är egentiden som informanterna benämner som en resurs beroende av andra människor eftersom egentidens värde ligger i att kunna välja när informanten vill vara ensam och när den vill ha gemenskap.

### *Individuella resurser*

Studien kom fram till fyra olika individuella resurser. Dessa var en *positiv livssyn, att ha makt över sin livssituation, "egentid" och att känna tillit till medmänniskor*. Dessa benämns mer utförligt nedan.

**En positiv livssyn** sågs hos informanterna genom att de inte klagade eller tyckte synd om sig själva. Andra tecken på en positiv livssyn var att vara nöjd och att trivas med sin livssituation. Att göra det individen själv kunde för att sedan ta hjälp när det behövdes var också en typ av positiv livssyn.

- ”ja man får finna sig i det som man har och vara nöjd med det. Annars blir man ju psykiskt sjuk alltså, det gör man . Man se...alltså om man sitter hemma och tycker synd om sig själv. Det gör ingen nytta”. (2)

Ett förhållningssätt till livet som visar att det inte lönar sig att tycka synd om sig själv samt ta vara på det som individen har uppvisades alltså.

**Att ha makt över sin livssituation** innefattade hur individen upplevde sig kunna påverka sin livssituation och om det fanns någon som hindrade individen till att ha makt. Samtliga informanter upplevde att de hade makten över sin livssituation.

- ”Då skakar jag på mig bara å tänker att ja bestäm du men jag gör som jag vill”. (1)

I bland upplevde informanterna att personer i deras omgivning försökte lägga sig i hur informanten skulle leva sitt liv. De menade dock att de inte lät sig påverkas av detta utan att de i slutändan gjorde det de själva ansåg vara bäst för sig själv. Vidare menade de att det inte fanns någon annan än dem själv som hade makt över sin livssituation.

**Egentid** benämndes av informanterna som en resurs och ett sätt att få återhämtning. Majoriteten menade att efter att ha varit socialt aktiv var det skönt att få komma hem till sitt eget. Ensamtiden användes till hushållsarbete, läsning samt att ha lugn och ro.

- ” Då kanske du förstår då att jag, kan man vara en sån som man kallar för ensamvarg...ja och, jag har ingenting emot att vara ensam [...].Ja, jag är inte beroende av att ha någon och prata med hela tiden [...]”. (7)

Några enstaka informanter kände sig inte beroende av den sociala gemenskapen men samtidigt tyckte de att den var värdefull och att den påverkade deras liv positivt. Ensamtidens värde låg vidare i att ha möjlighet att välja när individen ville vara ensam och när den inte ville det.

Samtliga informanter hade **tillit** till sina medmänniskor. Några av informanterna underströk dock att det var viktigt att inte vara alltför godtrogen. Tilliten kunde fungera som en resurs då den påverkade informanternas vardagliga val positivt och hur de valde att bemöta andra. Detta eftersom de oftast inte kände sig misstänksamma samtidigt som de förlitade sig på att personer i deras omgivning var ärliga.

- ”Alltså...alltså jag litar, jag menar eh att jag litar på alla dom jag känner alltså ja, dom är pålitliga och så, så jag blir inte lurad på något sätt.. ”. (5)

- ” Ja det lär man sig rätt så snabbt...vem man kan lita på och så”. (2)

Svaren var mycket lika varandra och i det stora hela litade informanterna på sina medmänniskor. Några informanter uppgav specifika livshändelser som gjort att de var mer försiktiga med vem de litade på. De upplevde dock inga problem med att känna tillit.

### *Sociala resurser*

De sociala resurserna utgjordes av de **sociala nätverk** och de **sociala stöd** som fanns tillgängliga. Flera av informanterna beskrev att mötesplatsen var en viktig del i deras sociala liv och några att deras sociala nätverk blivit större sedan de började gå till mötesplatsen. Vissa gick till mötesplatsen främst för den sociala gemenskapen medan vissa gick dit för att delta i aktiviteter och såg den sociala gemenskapen som en trevlig bonus. Samtliga informanter uttryckte att de hade ett socialt nätverk.

De **sociala nätverken** bestod av anhöriga, vänner och personal på mötesplatsen, före detta kollegor, grannar, hemtjänst, kontakter via fritidsaktivitet eller offentliga miljöer. Social gemenskap benämndes som en bidragande faktor för att ge energi och ett gott humör. Det kunde även uppehålla individen ifrån ihållande smärtor, få individer att känna sig behövda och delaktiga samtidigt som depression och ensamhet förebyggdes. Flera av informanterna berättade också att de hade minst en drivande vän som ofta uppmuntrade och motiverade till aktiviteter av olika slag. Det var ofta i sällskap med dessa personer som individen valde att vara exempelvis fysiskt aktiv. Samtliga informanter var ensamstående antingen sedan länge tillbaka eller på grund av skilsmässa eller att partnern gått bort. Därför beskrev många av informanterna att det sociala nätverket förändrats. Vissa menade att partnerns bortgång lett till nya sociala kontakter, vissa att det bidragit till ett större socialt nätverk då den sociala gemenskapen inte längre fanns i ett äktenskap.

- ” Och då är det rätt bra och gå upp där ett tag och ta en kopp kaffe lite, prata med lite folk och så och så.. ”.(4)

- ”Jag tror att den har påverkat min hälsa alldeles enastående för att jag tyckte att allting var (kort paus), det var inte bra förut [...]...jag blev jag blev deprimerad å jag fick gå till doktorn å jag fick någon sån där för mitt humör och uppiggande å så det var ju nån sån där antidepressiva....å det är inte bra”. (1)

Ovannämnda citat uttrycker hur två av informanterna förhåller sig till social gemenskap och att ha tillgång till sociala nätverk. Det första visar en mer allmän beskrivning av att social gemenskap upplevs som positiv medan det andra visar hur social gemenskap lett till hälsoeffekter.

Det **sociala stödet** utgjordes av anhöriga, grannar, hemtjänst, kontakter på mötesplatsen (personal och besökare), en ”fixargubbe” anställd av kommunen, psykolog och grannar. Det mest återkommande svaret på vem som var det sociala stödet var anhöriga. Några informanter menade att om de hade emotionella bekymmer höll de dem för sig själv eftersom de inte ville bekymra sina anhöriga. Att prata med någon utomstående, såsom personalen på mötesplatsen, om sina problem beskrevs som lättare för dessa personer.

Trots det uppgav de att de inte brukade prata om sina bekymmer med personalen. Några av informanterna menade att det sociala stödet hade förändrats på grund av exempelvis skilsmässa och dödsfall.

- ”Och då har vi den där..fixaren som vi säger, som vi ringer till. Det är ju också värt guld...det är det”. (6)

- ”Min äldsta dotter, det är ju min favorit så att säga, ja favoritdotter. När vi skiljdes så bodde hon hos mig [...]. Amen det är min dotter i såfall ju”. (7)

Citaten visar att både anhörigas stöd såväl som utomståendes sociala stöd kunde vara mycket betydelsefullt för informanterna.

## **Livskvalitet**

Begreppet livskvalitet enligt informanterna innebar bland annat att kunna bryta ensamhet och bestämma över när informanten vill vara ensam respektive inte vill det. Första underkategorin *bestämningsfaktorer* tar upp vad informanterna upplever påverkar livskvaliteten. Andra underkategorin *livstillfredställelse* handlar om hur informanterna upplever att de är tillfreds med den livssituation de befinner sig i.

### *Bestämningsfaktorer*

Livskvalitet enligt studiens informanter innebar att vara självständig, bestämma över sitt eget liv, vara frisk, att vara mentalt intakt och att själv ha makt över sitt sociala liv. Något som skulle kunna påverka livskvaliteten negativt var om individen skulle bli sjuk eller inte längre kunde klara sig på egen hand. Några av informanterna talade om sina anhöriga som en utgörande del av sin livskvalitet. Vidare beskrev informanterna vikten av att kunna fortsätta sitt liv som tidigare trots att individen blev äldre.

- ” [...]ja att man får vara frisk. Det är väl A och O i sammanhanget. Så länge man får vara frisk och man känner att man orkar”. (1)

- ” Och är det så jag är pigg på det och tycker att det är trist, då eh går jag ut på badhuset, kallbadhuset. Och dricker kaffe där.. ”. (4)

Det fanns alltså många olika bestämningsfaktorer för livskvaliteten. Det första citatet beskriver vikten av att kunna vara frisk och självständig. Det andra citatet beskriver också en självständighet samt vikten av att kunna välja efter lust och ork vad som ska stå på dagens agenda.

### *Livstillfredställelse*

Majoriteten av informanterna uttryckte att de var nöja med sina liv och att de inte skulle vilja ändra på något i sin vardag. Att individen anser sig ha tillräckligt med sociala kontakter och att de ej känner sig hindrade i vardagen innefattas också i denna kategori. Majoriteten av informanterna kände sig vidare aldrig ensamma medan några gjorde det

någon enstaka gång. Det berodde i såfall på att anhöriga var bortresta, för att de saknade eller gärna hade haft sina anhöriga hos sig eller för att de i bland kände sig utlämnade. Detta yttrade sig dock inte som ett stort bekymmer i någon av informanternas liv.

- "Nej jag har nog haft tur, jag tycker inte jag kan...kan önska något mycket mera". (5)

Majoriteten av informanterna var mycket positiva till sitt liv och tyckte att livet bestod av massor med möjligheter som vissa av dem inte haft möjlighet att delta i tidigare. Det kunde exempelvis vara att gå regelbundet på fysisk aktivitet.

**Tabell 1- Studiens tema och kategorier**

Coping		Delaktighet i samhället		Resurser		Livskvalitet	
Livshändelser	Perspektiv på livet	Meningsfull sysselsättning	Roll i samhället	Sociala resurser	Individuella resurser	Bestämningsfaktorer	Livstillfredsställelse
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Änka/ änklings</li> <li>- Skilsmässa</li> <li>- Smärtor</li> <li>- Att vara "den enda" kvar</li> </ul>	<p>"Ta dagen som den kommer"</p> <p>Nöjd med livet som det är</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha något att gå till</li> <li>- Känna sig behövd</li> <li>- Social gemenskap</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Skänka saker</li> <li>- Hjälpa anhöriga</li> <li>- Göra god gärning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Socialt stöd</li> <li>- Socialt nätverk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positiv livssyn</li> <li>- Egentid</li> <li>- Makt över livssituation</li> <li>- Tillit till andra</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vara god vän med sina barn.</li> <li>- Umgås med barnbarn</li> <li>- Gemenskap i alla år</li> <li>- Frisk, hälsa</li> <li>- Att kunna bryta ensamhet</li> <li>- Trivsel</li> <li>- rörelseförmåga,</li> <li>- behålla mental kapacitet</li> <li>- ork</li> <li>- självständighet (rullator hjälp att vara självständig)</li> <li>- Valfrihet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trivsel, nöjd m. tillvaro</li> <li>- ej hindrad</li> <li>- Kan ej önska mer</li> <li>- tillräckligt med umgänge</li> <li>- "Har det bra"</li> </ul>

## Diskussion

Intervjuerna visar att de ovannämnda kategorierna som också är bestämningsfaktorer för individens upplevelse av hälsa ofta har en indirekt påverkan av den sociala kontexten. Med hjälp av KASAM och socialkonstruktivismen som också är förenligt med Bourdieusbegrepp habitus och socialt kapital kan samband avtäckas mellan individens hälsa och den sociala och kulturella gemenskap individen ingår i. Studien har visat att det är rimligt att skilja på den betydelse individen upplever att den sociala gemenskapen har för hälsan och det som framkommer med ett socialkonstruktivistiskt perspektiv. Tanken är att detta perspektiv möjliggör att se en omedveten social påverkan och därför bidrar socialkonstruktivismen till en ökad förståelse för informanternas upplevda hälsa. Exempelvis benämner många informanter mötesplatsen som en viktig del av deras liv och att den ger de möjlighet till att ingå i en social gemenskap. Vissa informanter nämner att den sociala gemenskapen höjer deras humör eller får smärtan att försvinna tillfälligt. Men det finns fler sätt som den sociala gemenskapen påverkar individen på. Många av informanterna kan inte sätta ord på hur den sociala gemenskapen påverkar deras hälsa och livskvalitet förutom med ord som att den är trevlig eller positiv. Denna omedvetna sociala påverkan kan avtäckas med hjälp av socialkonstruktivismen och ge ett djupare perspektiv av hur social gemenskap är en del i hur äldre personers livskvalitet är konstruerad. Följande stycken påvisar den sociala gemenskapens betydelse för äldre personers livskvalitet.

Av intervjuerna framkom betydelsen av att ha en copingstrategi för att kunna ta sig igenom svåra situationer. En nämnd strategi var att skaffa sig ett nytt socialt nätverk när det tidigare nätverket mer eller mindre försvunnit. Ett annat exempel på en copingstrategi kan vara att söka hjälp och stöd från sin omgivning vilket också framkom i intervjuerna (Pellmer m.fl.2012). Att se olika sätt att handla och att se någon slags handlingsberedskap är vidare ett sätt att söka lösningar på problem (Berggren, Josefsson, 2010). Sådan handlingsberedskap sågs hos informanterna då de hittat lösningar att hantera svåra livssituationer. Vidare kan coping liknas med hanterbarhet som är en av delarna i teorin KASAM, känslan av sammanhang, som har en inverkan på människans livskvalitet. KASAMs *hanterbarhet* är en av delarna för att individen ska kunna känna en känsla av sammanhang i sina liv. Individens hanterbarhet är beroende av de resurser som individen upplever sig kunna använda. Det kan vara individuella resurser men också resurser tillgängliga i individens sociala nätverk som individen upplever tillförlitliga. Samtliga informanter i studien kände tillit till sina medmänniskor och detta är alltså en viktig resurs för informanternas hanterbarhet i livet. Att inneha en hög hanterbarhet innebär vidare att individen inte ser sig själv som ett offer. Inte heller tycker individen att livet behandlar denne orättvist. Antonovsky (2005) menar också att personer med hanterbarhet ser på livshändelser som erfarenheter som är möjliga att ta sig igenom. De deltagande informanterna uppvisade samtliga av dessa faktorer och det kan därför utläsas att informanterna besitter en hög hanterbarhet. Ett av citaten (2) i underrubriken *livshändelser* påvisar en livshändelse där en nära anhörig gått bort som lett till en ny livssituation. Samtidigt avtäckes citatet informantens hanterbarhet. Informanten ser lösningar på sina problem och använder sig bland annat av social gemenskap för att ta sig ur det svåra i livet. Sammanfattningsvis kan konstateras att copingstrategier och individens hanterbarhet ofta präglas av ett socialt samspel eller av individens upplevda tillgängliga resurser som exempelvis sitt sociala nätverk och sociala stöd.

Majoriteten av de sysselsättningar som framkom under intervjuerna var skapade i sociala sammanhang och bidrog till individens upplevelse av delaktighet i samhället. Exempel var att kunna vara en del av en social gemenskap på mötesplatsen, att dansa pardans, att skänka bort handarbete eller att vara fysiskt aktiv i grupp. Sambandet mellan individens upplevelse av en meningsfull sysselsättning och en social kontext var inget informanterna alltid medvetet reflekterade över. Dock framkom av intervjuerna att det ofta fanns antingen en direkt eller indirekt påverkan av den sociala kontexten. En direkt påverkan kunde vara att dansa pardans då informanten var beroende av ytterligare en individ medan en indirekt påverkan kunde vara att vara skänka bort ett hantverk. Detta var något informanten gjorde på egen hand och den sociala kontexten påverkade alltså indirekt då individen fann en meningsfullhet i att kunna hjälpa till. Även individens roll i samhället blir beroende av den sociala omgivningen. Att individen påverkas av sin sociala omgivning var något även Bourdieu ansåg. Hans begrepp habitus kan förklara hur informanterna präglas av den sociala kontexten. Habitus innebär att varje människa har sin individuella habitus som är genomsyrad av det levda livet och människans sociala erfarenheter. De tidigare upplevelserna formar i sin tur människans praktiska sinne som påverkar individens dagliga beslut i ett specifikt kulturellt och socialt sammanhang (Gytz Olesen, 2004). Kopplat till studien skulle detta innebära att tidigare erfarenheter och det liv som informanterna levt tillsammans med den sociala kontext de idag befinner sig i påverkar deras vardagliga handlingar. Ett exempel från intervjuerna är att informanterna i sitt tidigare liv stött på olika aktiviteter som de velat delta i och lära sig mer om. Det intresse de byggt upp av tidigare erfarenheter har sedan lett till att de idag när de fått möjlighet att delta i aktiviteterna valt att vara med. Betydelsen av individens sociala kontext för dennes upplevelser, delaktighet och handlingar kan även förklaras med hjälp av socialkonstruktivismen. De handlingar som en människa gör och den kunskap individen bär på är skapad i sociala kontexter och i samspel med andra (Barlebo Wenneberg, 2001).

För att tala om studiens resultat och just delaktighet i samhället påverkar den sociala kontext individen befinner sig i, och det samspel som finns hur denne upplever sin delaktighet. Även individens roll i samhället präglas av det sociala samspelet. Berkman (1979) visar vidare i sin studie att individens grad av delaktighet i samhället och hur väl individen är integrerad i sociala nätverk påverkar hälsan. Därmed kan konstateras att informanternas innehav av olika slag av delaktighet och de olika sociala nätverk de besatt var bestämningsfaktorer för deras hälsa. Faktorerna bidrar även till individens upplevelse av KASAM:s beståndsdel *meningsfullhet*. Antonovsky (2005) benämner meningsfullhet som en motivationskomponent som sätts igång då individen upplever utmaningar i livet som är värda känslomässiga investeringar och engagemang. Denna motivationskomponent kunde ses hos informanter som pratade om sina meningsfulla sysselsättningar såsom att vara barnvakt eller att besöka mötesplatsen som de även benämnde som sitt arbete. Slutligen kan konstateras att individens upplevelse av delaktighet i samhället är något som skapas i ett socialt samspel samtidigt som det har en inverkan på individens hälsa och livskvalitet. Detta ses då en delaktighet skapas när minst två personer möts, såsom informanten och barnet som ska passas. Dessa individer ingår då i ett socialt samspel som enligt studiens resultat påverkar informantens upplevelse av att vara behövd och att göra något meningsfullt. Att vara behövd är vidare en delaktighet som verkar hälsofrämjande (Statens folkhälsoinstitut, 2008) samtidigt som den upplevda meningsfullheten är en viktig del för att kunna uppleva livskvalitet (Antonovsky, 2005).



En av de individuella resurser samtliga informanter besatt var att ha tillit till andra människor. Som tidigare nämnt är tillit enligt Antonovsky (2005) en resurs som kan hjälpa individen att bemöta omgivningens stimuli. Återigen kan konstateras att individen påverkas av en social kontext. Även egentiden var delvis beroende av den sociala kontexten eftersom egentidens värde låg i att individen hade möjlighet att välja över om individen ville vara ensam eller inte. Denna tid var viktig för individen främst då denne varit socialt aktiv. Människans begriplighet kan vidarehöjas med sociala resurser (Antonovsky, 2005). Under intervjuerna framkom sociala resurser som sociala stöd och sociala nätverk. Det sågs också att hälsorelaterade livsval delvis präglas av den sociala omgivningen individen befinner sig i. Praktiska exempel från intervjuerna är informanter som berättar om drivande vänner som motiverar informanten att bland annat vara fysiskt aktiv. Individens sociala resurser kan alltså uppmuntra till hälsofrämjande beteende och val. Detta resultat kan stärkas med Berkman (1992) studie (2000) som visar att sociala nätverk och sociala stöd är betydande för individens hälsa såväl som för ett hälsosamt åldrande. Berkman (1992) visar även att det inte är avgörande vem som utgör en människas känslomässiga stöd utan endast att ett stöd finns. Detta är något även denna studie kunnat påvisa då sociala stöd utgjorts bland annat av anhöriga, vänner och kommunala kontakter. Berkman (1992) kunde vidare konstatera att det sociala stödet verkade hälsofrämjande genom att hjälpa individen till återhämtning efter sjukdom. Vidare har Steptoe m.fl. (2013) kommit fram till att sociala kontakter kan hjälpa individen att bibehålla sin hälsa eftersom det har biologiska effekter. Med detta nämnt kan förstås att sociala nätverk och sociala stöd är en viktig resurs för människan.

Även Bourdieu tar upp detta i sina teorier och nämner det som ett socialt kapital. Begreppet innefattar de sociala resurser en individ kan använda sig av. Med "rätt" kontakter kan individen på olika sätt få inflytande i samhället. Det sociala kapitalet, är enligt Bourdieu även en av de faktorer som styr individernas handlingar (Gyts Olesen, 2004). Detta är intressant att vidare relatera till Boissevain (1974) modell "Friends of friends". Han tar i början av 70- talet fram modellen som ska förklara människans sociala nätverk och vikten av olika slags relationer. Han menar att både nära och ytliga kontakter är viktiga för människan samtidigt som han menar att de påverkar människans beteende. Boissevain (1974) menar vidare att ytliga relationer kan vara av pragmatisk nytta för politiska och ekonomiska syften. Dessa relationer kan även vara betydelsefulla för att vardagen ska fungera och kan exempelvis innebära att individen kan komma i kontakt med en bra läkare eller advokat. Informanternas sociala kapital bestod av det sociala nätverk och de sociala stöd de hade i sina liv oavsett nära eller ytliga band. Precis som Bourdieu benämner uppvisade intervjuerna att det sociala kapitalet påverkade informanternas handlingar. Genom att exempelvis veta att någon speciell kontakt också skulle till mötesplatsen blev det ett mer självklart val att informanten själv också gick till mötesplatsen. Ytliga kontakter kunde i intervjuerna återfinnas med grannar som var en tillgänglig resurs för informanterna vid eventuellt behov. Såväl individuella resurser som sociala resurser framkom alltså i studien som betydande för individens upplevda livskvalitet

I litteraturgenomgången nämns WHOQOL som ett sätt att mäta livskvalitet. Detta har dock inte använts för att tolka studiens resultat. Istället har resultatet tillsammans med liknande forskning fått definiera vad livskvalitet för äldre personer innebär. Enligt studiens informanter innebar livskvalitet att vara självständig, bestämma över sitt eget liv, vara frisk, att vara mentalt intakt, inneha en tillfredsställelse med livet och att själv

ha makt över sitt sociala liv. Detta kan kompletteras med Steptoe m.fl (2013) studie som visat att en reduktion av social isolering och ensamhet är viktigt för livskvaliteten. Farquhar (1995) menar att begreppet livskvalitet kan vara problematiskt då olika personer värdesätter olika saker i livet. Detta stärks av Brülde, (2011) som också menar att livskvaliteten är ett subjektivt fenomen. Den aktuella studien har dock stora likheter jämfört med Farquhars (1995) studie om vad livskvalitet innebär för äldre personer. I sin studie där han undersökt vad livskvalitet innebär för äldre personer som fortfarande bor hemma, kom han fram till att livskvalitet handlar om mycket mer än hälsa. Relationer med anhöriga, sociala kontakter, funktionalitet och aktiviteter var också viktiga faktorer för de äldres livskvalitet. Farquhars (1995) studie tog även upp att äldres personers möjlighet att vara sociala samt aktiva avgjordes till stor del av individens funktionsförmåga och hälsostatus. Den faktor som angavs påverka livskvaliteten mest negativt var vanligtvis att få färre sociala kontakter. Det som skulle kunna försämra livskvaliteten var att förlora en familjemedlem eller att bli orörlig (Farquhar, 1995). I intervjuerna framkom också att det som skulle kunna försämra livskvaliteten var att bli beroende av någon annans hjälp och att bli sjuk. Anhöriga nämndes vidare som en viktig del i många av informanternas liv i den aktuella studien. Därmed ansåg många att livskvaliteten byggde på att kunna umgås med dem. Att informanternas svar var så lika Farquhars kan ha att göra med att våra urvalsgrupper varit mycket lika med samma urvalskriterier. Vidare har KASAM påvisats vara viktig för människans livskvalitet och studiens resultat påvisar att informanterna har goda förutsättningar för att kunna uppnå denna (Statens folkhälsoinstitut, 2010b). Individens habitus är vidare ett resultat av både sociala erfarenheter och det levda livet samtidigt som socialkonstruktivismen visar att människans handlingar påverkas av den sociala kontext en individ befinner sig i (Gytz Olesen, 2004; Barlebo Wenneberg, 2001). Jag menar att för individens upplevda känsla av sammanhang måste ett samspel ske med människans habitus samt människans omgivning. Därmed är KASAM till en viss del socialt konstruerad och utifrån informanternas svar menar jag att en känsla av sammanhang inte kan uppnås om en social kontext saknas. Av ovannämnda formuleringar konstanter jag att livskvaliteten är en social produkt som skapas av människans tidigare erfarenheter, den kulturella och sociala omgivningen samt personliga värderingar.

## **Konklusion**

I denna studie ses individens hälsa och livskvalitet som en social produkt där denna formas i ett samspel med individens omgivning. Samtidigt visar intervjuerna att sociala kontakter samt sociala stöd kan verka hälsofrämjande och leda till hälsofrämjande beteenden. Trots att individen har egen makt för att påverka sin livskvalitet, visar studien att individens livskvalitet ofta påverkas av den sociala kontexten på olika sätt. Parallellt med detta visar studier att äldre personer riskerar att förlora sociala kontakter med åren. För att förebygga att personer blir socialt isolerade och att ett utanförskap i samhället uppstår, är det därför viktigt att samhället kan stärka individen till att upprätthålla sina sociala relationer. Det kan dels handla om att se till att det finns arenor såsom mötesplatser där individer kan mötas och få möjlighet att skapa nya kontakter. Men det kan också handla om att hjälpa individer som har svårt att vara socialt och kulturellt aktiva, på grund av exempelvis en försämrad rörelseförmåga, att kunna vara delaktiga i samhället. Avslutningsvis anser jag att samhället måste ta sitt ansvar för den åldrande befolkningen genom att förebygga social isolering samt tillgodose deras behov. På så sätt kan äldres livskvalitet stärkas och folkhälsan såväl som samhällsekonomin gynnas.

## Metoddiskussion

Då en kvalitativ intervju syftar till att intervjuaren och informanten, i ett samspel, skapar mening hade enkäter inte kunnat användas. Metoden möjliggjorde även att kunna studera ett visst fenomen vilket samråder med studiens syfte (Eriksson- Zetterquist & Ahrne, 2011). Eriksson- Zetterquist & Ahrne (2011) menar att genom att fråga individer om hur de upplever ett fenomen kan studenten få nya viktiga idéer till sitt fortsatta arbete. Att en lämplig metod använts som möjliggjort att djupare empiri kunnat samlas in, vilket går i linje med syftet, ökar studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Det finns dock andra problematiska frågeställningar att besvara vid användandet av intervjuer. Bland annat finns det en risk att intervjuaren styr svaren samtidigt som en så kallad intervju effekt kan uppkomma. Det innebär att informanterna ger det svar som de tror att intervjuaren vill ha (Körner & Wahlgren, 2012). En intervju effekt har försökts att undvikas genom att inte uppge det exakta syftet med studien. Informanterna har alltså fått en mer generell beskrivning av syftet och inte det specifika. Genom att ställa öppna frågor har intervjuaren strävat efter att vara så neutral som möjligt och därmed bör intervjuaren inte ha styrt svaren. Under några situationer har det dock krävts att intervjuaren behövt få ett förtydligat svar och i sådana fall har en slags styrning av svaret skett. Ett exempel är då en av informanterna berättar om vad mötesplatsen betyder för denne och vad besöket ger individen. För att förtydliga intervjuarens uppfattning ställs frågan " Hur känner du när du går hem liksom? Nöjd?". Då intervjuerna varit semistrukturerade och till stor del byggt på det specifika mötet bör både en intervju effekt och en styrning av informanternas svar dock ha förebyggts. Därmed har även studiens konfirmerbarhet ökat. Det kan visserligen diskuteras för- och nackdelar med att intervjuaren haft ytliga relationer till informanterna vilket kan påverka studiens konfirmerbarhet. Urvalet har dock inte påverkats av intervjuarens personliga tycke då informanterna fått anmäla sitt intresse på egen hand. Fördelen som kan finnas med att informanterna intervjuas av ett bekant ansikte värderades högre än att det skulle kunna påverka konfirmerbarheten.

Det finns många sätt att analysera ett material och därmed måste fokus och tyngdpunkt väljas (Widerberg, 2002). Eftersom det är omöjligt att ett resultat kan representera allt material som fås in under intervjuer måste det beskäras. Oavsett hur neutralt och förutsättningslöst som intervjuaren gör detta måste de individuella kunskaperna och tankarna avgöra hur en beskärning görs. Därför blir materialet till en viss del präglad av intervjuaren. Samtidigt inverkar själva forskningsfrågan i arbetet med att sortera, reducera och argumentera för det insamlade materialet (Rennstam & Wästerfors, 2011). Dessa problem skulle kunna förebyggas genom att mer än en person är delaktiga i studiens process. Varje studie måste vidare bedömas i relation till de processer som bildat resultatet. En studies trovärdighet hänger samman med hur väl det insamlade materialet och analysen matchar studiens valda syfte (Graneheim & Lundman, 2004). Vidare kan det alltid diskuteras om ett annorlunda resultat hade fåtts med andra, likvärdiga informanter. Eriksson- Zetterquist & Ahrne (2011) menar dock som tidigare nämnts att efter sex till åtta intervjuer bör materialet inte vara beroende av enskilda personers perspektiv. Trovärdigheten har vidare stärkts av att urvalsgruppen består av individer med varierad erfarenhet, olika åldrar och olika kön. På så sätt har studien kunnat få olika perspektiv och en mer rik variation av det studerade fenomenet (Graneheim & Lundman, 2004). Studiens trovärdighet och pålitlighet bygger också på att forskningsprocessen är väl beskriven, använder citat samt tillåter läsaren att hitta

alternativa tolkningar. Därmed möjliggörs att läsaren kan kritisera och diskutera tillvägagångssättet (Ahrne & Svensson, 2015; Graneheim & Lundman, 2004). Att analysarbetet genomförts noggrant och fått ta tid ökar också studiens trovärdighet eftersom sannolikheten för att de mest passande meningsenheterna tagits fram ökar. Genom att studien beskriver urvalsgruppen, kontexten, insamlingen och analyseringen av materialet med detaljer kan studiens tillförlitlighet höjas (Graneheim & Lundman, 2004). En överförbarhet bör finnas om en liknande studie görs i ett välfärdsland som liknar Sverige och som har en liknande urvalsgrupp med fokus på självständiga individer. Detta är dock inget som kan garanteras. En mycket lik studie som används i diskussionen kan likväl stärka studiens överförbarhet. Konfirmerbarheten har vidare upprätthållits genom att läsaren kan följa författarens förståelse, tankar om att hålla sig så objektiv som möjligt och medvetandet om faktorer som kan påverka tolkningen av resultatet.

Fortsatta studier skulle kunna lägga fokus på hur samhället arbetar för äldre människors rättigheter till en god levnadsstandard på äldre dagar.

## Referenslista:

- Abrahamsson, L. Hörnell, A. Ekblad, J. (2013). Nutrition under livsrytmen. I. Abrahamsson, L. Andersson, A & Nilsson, G. (Red.) *Näringslära för högskolan - från grundläggande till avancerad nutrition*. (s. 37–54) Stockholm: Liber.
- Agahi, N. Lagergren, M. Thorslund, M. Wånell, S. (2005). *Sammanfattning av Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar. En kunskapsöversikt*. 2005:6. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Ahrne, G. & Svensson, P. (2015) Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I. Ahrne, G. & Svensson, P. (red). *Handbok i kvalitativa metoder*. (s.17–31). Stockholm: Liber.
- Antonovsky, A.(2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Barlebo Wenneberg, S. (2001). *Socialkonstruktivism- positioner, problem och perspektiv*. Helsingborg: Liber.
- Berggren, T. Josefsson, K. (2010). *Psykosocial arbetsmiljö och hälsa*. I. Hallberg. R-M L. (Red.) *Hälsa och livsstil- forskning & praktiska tillämpningar*.(s.261– 274).Lund: Studentlitteratur.
- Berkman, L.F. Syme, S.L. (1979). *Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents*. Am J Epidemiol 109:2 (s.186–204).
- Berkman, L. F. Summers, L. Horwitz, R. I. (1992). *Emotional support and survival after myocardial infarction: A prospective, population based study of the elderly*. Annals of Internal Medicine 117:12 (s.1003–1009).
- Berkman, L.F.(2000). *Social Support, Social Networks, Social Cohesion and Health*. Social work in health care 31:2(s.3 –14).
- Boissevain, J. (1974). *Friends of Friends*. New York: St. Martin's Press.
- Brülde, B. (2011). En introduktion till den normativa etiken. I Brülde, B (red.). *Folkhälsoarbetets etik*. (s.53 – 87). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of future studies.
- Eriksson- Zetterquist, U. & Ahrne, G. (2015). Intervjuer. I. Ahrne, G. & Svensson, P. (red). *Handbok i kvalitativa metoder*. (s.34–53). Stockholm: Liber.
- Farquhar, M. (1995). *Elderly people's definition of quality of life*. Social science medicine 10:41 (s.1439 –1446).

Fitzpatrick, T. R., McCabe, J., Gitelson, R., & Andereck, K. (2006). Factors that influence perceived social and health benefits of attendance at senior centers. *Activities, Adaptation & Aging*, 30(1), 23-45.

Folkhälsomyndigheten (2015). *Delaktighet och inflytande i samhället*. Hämtad: 151202 <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/livsvillkor-och-levnadsvanor/folkhalsans-utveckling-malomraden/delaktighet-och-inflytande-i-samhallet/>.

Graneheim, U. H. Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. *Nurse education today*. 2 :24 (s.105 –112).

Gytz Olesen, S.(2004). Pierre Bourdieu. I. Gytz Olesen, S. Möller Pedersen, P. (red.). *Pedagogik i ett sociologiskt perspektiv* (s.141–168) . Lund: Studentlitteratur.

Holm Ivarsson, B.(2014). *Sjukdomsförebyggande metoder - samtal om levnadsvanor i vården*. Stockholm: Natur & kultur.

Häll, L. (2006). *Äldres fritid*. I. SCB (red.) Äldres levnadsförhållanden – Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003. (s.503 –536). Örebro: Statistiska centralbyrån.

Körner, S.& Wahlgren, L. (2012). *Praktisk statistik*. Lund: Studentlitteratur.

Linköpings universitet (2013).*Gapet mellan behov och resurser*. Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet. Hämtad: 151207. <http://www.imh.liu.se/halso-ochsjukvardsanalys/prioriteringscentrum/e-learning/inledning/gapet-mellanbehov-och-resurser?l=sv>

Litwin, H. Stoeckel, K.J. Schwartz, E. (2015).*Social networks and mental health among older Europeans: are there age effects?* *Eur J Ageing* 12 (s.299–309).

Nilsson, E. Nilsson, S. Räftegård Färggren, T. Åkeson, N. (2009). *Det är aldrig för sent! Förbättra äldres hälsa med möten, mat och aktivitet*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Nordenmark, M. (2006). Sociala relationer och upplevelse av ensamhet. I. SCB (red.) *Äldres levnadsförhållanden – Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003*. (s.491–500). Örebro: Statistiska centralbyrån.

Pellmer, K. Wramner, B. Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Proposition 2007/08:110. *En förnyad folkhälsopolitik*. Hämtad: 151120 <http://www.regeringen.se/contentassets/e6210d374d4642328badd71f64ca9846/en-fornyad-folkhalsopolitik-prop.-200708110>

Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2015). Att analysera kvalitativt material. I. Ahrne, G.& Svensson, P. (red). *Handbok i kvalitativa metoder* (s.220– 234). Malmö: Liber.

SBU (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården - en handbok*. Hämtad: 160209. [http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/sbushandbok\\_kapitel11.pdf](http://www.sbu.se/upload/ebm/metodbok/sbushandbok_kapitel11.pdf)

Seniorguiden (2015). *Hälsosamt åldrande hela livet*. Hämtad: 151125  
<http://www.folkhalsomyndigheten.se/seniorguiden/halsosamt-aldrande/>

Silva Coura, A. Alves Nogueira, C. Paulino Alves, F. da Silva Aragão, J. Sátiro Xavier de França, I. Keomma Aires Silva Medeiros, K. (2015). *Quality of life of caregivers of octogenarians: a study using the WHOQOL-BREF*. Invest Educ Enferm. 33:3 (s.529 – 538).

Silverman, D. (2013). *Doing Qualitative Research*. Fourth Edition. London: Sage.

Socialstyrelsen (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.

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

Statens folkhälsoinstitut (2010). *Hur kan kommuner och landsting arbeta för att främja hälsan hos personer över 60 år?* Statens folkhälsoinstitut: 52.

Statens folkhälsoinstitut (2010b). *Det är aldrig för sent*. Östersund: Statens folkhälsoinstitut.

Statens folkhälsoinstitut (2011). *Äldres hälsa. Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut

Statistiska centralbyrån (2012). *Medellivslängden ökar stadigt*. Hämtad: 160213  
[://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangden-okar-stadigt/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Medellivslangden-okar-stadigt/)

Statistiska centralbyrån (2015). *Lägsta antalet döda sedan 1977*. Hämtad: 151205  
[http://www.scb.se/sv\\_/Hitta-statistik/Artiklar/Lagsta-antalet-doda-sedan-1977/](http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Artiklar/Lagsta-antalet-doda-sedan-1977/) .

Steptoe, A. Shankar, A. Demakakos, P. Wardle, J. (2013). *Social isolation, loneliness and all-cause mortality in older men and women*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 110 (15), (s.5797 –5801).

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk. Samhällsvetenskaplig forskning*. Elanders Gotab.

Vogel, J. (2006a). *Välfärdsmätning och social rapportering*. I. SCB (red.) Äldres levnadsförhållanden – Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003. (s.33–45). Örebro: Statistiska centralbyrån.

Vogel, J (2006b). *De äldres hälsoutveckling*. I. SCB (red.) Äldres levnadsförhållanden – Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003. (s.273–328). Örebro: Statistiska centralbyrån.

WHO (1995). *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. *Social Science Medicine*. 41:10 (s.1403 –1409).

WHO (2015). *World report on ageing and health. Rapport World health organization: 260*. Luxemburg: World health organization.

WHO (2016). *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*. Hämtad: 160215

Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Ziegert, K. (2010). Vård av anhörig- ett livsstilsval med konsekvenser för hälsan. I. Hallberg, L.R-M. (red.) *Hälsa och livsstil- forskning och praktiska tillämpningar*. Lund: studentlitteratur.



## Information om folkhälsovetenskaplig undersökning på xxx mötesplats...

Som besökare på xxx mötesplats frågas du om deltagande i en undersökning inom folkhälsovetenskap. Det finns mycket som bidrar till hur vi människor mår och i denna undersökning ska jag undersöka en del av det som påverkar.

**Syftet med undersökningen**-att titta på hur xxx mötesplats bidrar till folkhälsa. Påverkar gemenskapen på mötesplatsen hur besökarna mår?

**Varför intervjuer?**Med intervjuerna vill jag veta lite mer om vem du är som besöker mötesplatsen, vad mötesplatsen betyder för just dig, hur du upplever social gemenskap och vad livskvalitet innebär för just dig.

**Vem söker jag till undersökningen?** Till 1 av intervjuerna behöver jag prata med dig som har någon form av LSS-insats och de övriga intervjuerna kommer att göras med dig som är över 65 år. Det är viktigt att både män och kvinnor är med i intervjuerna och att olika åldrar och intressen kommer till tals.

**Hur kommer intervjuerna att gå till?**Du kan anmäla dig till undersökningen genom att skriva upp dig på listan nedanför detta informationsblad. Du som blir utvald till att medverka i undersökningen kommer att bli kontaktad för att boka in tid för intervju som passar dig. Du kommer att vara anonym i undersökningen och dina personliga uppgifter kommer därmed inte skrivas ut i arbetena.

**Vad händer med resultatet?**Resultaten kommer att presenteras i två olika arbeten på Kristianstad högskola. Ett av dem kommer att vara grunden till ett specialarbete och ett till examensarbete på högskolenivå. När undersökningen och examensarbetet är färdigställda kommer du att kunna ta del av resultatet. Specialarbetets resultat kommer att användas som inspiration för mötesplatsens utveckling i framtiden.

Du som tycker att det kan vara intressant att vara med i undersökningen kan anmäla dig här nedan. Har du frågor om undersökningen får du gärna kontakta mig.Tack på förhand!

Johanna Chibli Thunell

Student Kristianstad högskola

Malmö 151207

0736-156805

*Studentens underskrift*



**Ja, jag är intresserad av att delta i undersökningen!**

Namn:

## Till dig som deltar i folkhälsovetenskaplig undersökning på xxx mötesplats...

Tack för att du valt att ställa upp i denna studie! Med intervjuerna vill jag veta lite mer om vem Du är som besöker mötesplatsen, vad mötesplatsen betyder för just Dig, hur Du upplever social gemenskap och vad livskvalitet innebär för just Dig. Intervjun uppskattas att ta en timme.

Undersökningen är viktig för att skapa en förståelse för hur mötesplatsen bidrar till besökarnas hälsa. Den kan även stärka argument om varför en mötesplats för vuxna såväl som äldre ska finnas tillgänglig. Vidare är undersökningen viktig för att belysa vikten av social gemenskap både i gemene mans vardag och på äldre dagar.

Du kommer att delta anonymt i undersökningen då inga namn kommer att skrivas ut och din identitet kommer att avkodas. Deltagandet i undersökningen är frivillig och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande i undersökningen. Det är alltså du som fritt bestämmer över din medverkan. Intervjuerna kommer att ske enskilt i avskilt rum med en intervjuare. De kommer att spelas in digitalt för att sedan kunna skrivas ned ordagrant i text och slutligen raderas. Intervjuerna kommer vidare att hållas inlåsta och fram tills att det inspelade materialet raderas kommer det endast komma åt med lösenord. När undersökningen och examensarbetet är färdigställda kommer Du att kunna ta del av resultatet. Resultaten kommer vidare att presenteras i ett specialarbete och ett examensarbete på Kristianstad högskola. Specialarbetets resultat kommer att användas som inspiration vid mötesplatsens framtida utformning av aktiviteter.

Johanna Chibli Thunell

Student Kristianstad högskola

Malmö 151207

0736-156805

*Studentens underskrift*



Högskolan  
Kristianstad

## **Intervjuguide**

### **\* Bakgrund om informant**

- Åldersgrupp? ex. 66-69, 70-74?
- Kön
- Kan du berätta lite om din bakgrund?
- Vad arbetar du med? / Vad har du arbetat med?
- Vilken är din högsta avslutade utbildning?
- Hur ser din bostadssituation ut? Bor du själv? Annars med vem?

### **\* Mötesplatsens betydelse**

- Hur kom du i kontakt med mötesplatsen?
- Hur ofta besöker du mötesplatsen?
- Vad brukar du göra här? Vad ger den aktiviteten dig?
- Vad betyder mötesplatsen för dig?
- Har ditt sociala umgänge förändrats sedan du blev aktiv på mötesplatsen?
- Vad gör du när du inte är på mötesplatsen?
- Kan du beskriva hur du brukar ta dig till mötesplatsen?
- Hur upplever du att du blir behandlad på mötesplatsen?
- Tycker du att mötesplatsen förändrats på något sätt sedan i hopslagningen med LSS-verksamhet?

### **\* Social gemenskap**

- Kan du beskriva hur ditt sociala nätverk ser ut? Finns det några nyckelpersoner?
- På vilket sätt påverkar social gemenskap din hälsa?
- Vad påverkar hur ofta du väljer att umgås med andra?
- Har du någon anhörig som du brukar träffa och isåfall hur ofta?

- Hur ofta träffar du vänner, grannar etc. utanför mötesplatsen?
- Hur ser ditt sociala stöd ut? Praktiskt/ emotionellt

**\* Hälsa och livskvalitet**

- Vad är hälsa för dig?
- Har du några fysiska hinder? Hur påverkar de dig isåfall?
- (Vad är livskvalitet för dig?) Kan du ge ett exempel på vad som får dig att må bra?
- Vad värdesätter du mest i livet? Hur ser en bra vardag i ditt liv ut?
- Finns det något du skulle vilja ändra på i din vardag och isåfall vad?
- Känner du dig självständig i din vardag? Finns det några begränsningar?

**\* Delaktighet och inflytande**

- När känner du dig ensam?
- Brukar du kunna känna att du kan lita på andra människor? Vad får dig att känna så?
- Har du varit aktiv i föreningar eller liknande tidigare i livet?
- Känner du att du kan påverka ditt eget liv? Vad påverkar?
- Brukar du känna dig delaktig i samhället? Vad är det som gör att du känner så?