

# ”ÅLDERN TAR UT SIN RÄTT”

En kvalitativ intervjustudie om äldre och fysisk aktivitet

**AMANDA ALKENIUS**

**JOSEFIN JOHANSSON**

Akademin för hälsa, vård och välfärd  
Fysioterapi  
Grundnivå  
15 Högskolepoäng  
Sjukgymnastprogrammet  
VSG020

*Handledare:* Maria Sandborgh  
*Examinator:* Petra von Heideken Wågert

*Datum:* 2015-02-04

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Antalet äldre i dagens befolkning ökar kraftigt. Flera biopsykosociala faktorer anses påverka äldres fysiska aktivitetsnivå. Fysioterapeuten arbetar hälsofrämjande med äldre främst genom att befrämja fysisk aktivitet.

**Syfte:** Att ur ett biopsykosocialt perspektiv beskriva hemmaboende äldres upplevelse av vilka faktorer som har betydelse för deras fysiska aktivitetsnivå. Vidare är syftet att beskriva hur äldre upplever att en fysioterapeut kan understödja deras fysiska aktivitet.

**Metod:** En kvalitativ, semistrukturerad intervjustudie med induktiv ansats användes. Ett ändamålsenligt bekvämlighetsurval gav fem deltagare  $\geq 80$  år. Materialet tolkades med en kvalitativ innehållsanalys och sorterades i kategorier och underkategorier.

**Resultat:** Sju kategorier framkom gällande faktorer av betydelse för deltagarnas fysiska aktivitetsnivå: tankar och känslor, trötthet/orkeslöshet, kroppslig begränsning, åldrande, fysisk omgivning, vardagskrav och social omgivning. Fyra kategorier beskrev hur fysioterapeuten kan understödja deltagarnas fysiska aktivitet: Motivera till fysisk aktivitet, utföra fysisk aktivitet hos fysioterapeut, ge förslag på fysisk aktivitet samt hjälpa till att förbättra den fysiska funktionsförmågan.

**Slutsatser:** Deltagarnas berättelser om faktorer som påverkar deras fysiska aktivitetsnivå kan kopplas till det biopsykosociala paradigmet. Deltagarna hade viss svårighet att beskriva hur de upplevde att en fysioterapeut kan understödja deras fysiska aktivitet, men flertalet förslag framkom. Framtida forskning bör främst fokusera på äldres upplevelser av hur fysioterapeuter kan understödja fysisk aktivitet.

**Nyckelord:** Beteendemedicin, Fysioterapi, Upplevelser, 80 år och äldre

## ABSTRACT

**Background:** The older population is increasing in numbers. Several biopsychosocial factors are assumed to impact the older population's physical activity level. The physiotherapist works with health promotion for older people primarily by promoting physical activity.

**Aim:** From a biopsychosocial perspective describe factors that the older population living at home perceive as relevant to their physical activity level. Further to describe how the older population perceive that a physiotherapist can support their physical activity.

**Method:** A qualitative, semi-structured interview study with an inductive approach was used. A purposive, convenience sampling resulted in five participants  $\geq 80$  years. The material was interpreted with qualitative content analysis and sorted into categories and subcategories.

**Result:** Seven categories emerged for factors influencing the participant's physical activity level: thoughts and feelings, tiredness/ weakness, bodily limitation, aging, physical environment, everyday demands and social environment. Four categories described how a physiotherapist can support the physical activity of the participants: motivate to physical activity, perform physical activity with a physiotherapist, give suggestions on physical activity and help to improve the physical functional capacity.

**Conclusion:** The participant's stories about factors influencing their physical activity level can be linked to the biopsychosocial paradigm. The participants had some difficulties describing how they perceived that a physiotherapist can support their physical activity, but several suggestions emerged. Future research should mainly focus on older people's perception of how a physiotherapist can support physical activity.

**Keywords:** Aged 80 and over, Behavioural medicine, Perceptions, Physiotherapy

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
1.1	Inledning .....	1
1.2	Åldrande.....	1
1.3	Beteendemedicin.....	2
1.4	Fysioterapeutens arbete med äldre.....	3
1.5	Fysisk aktivitet.....	4
1.5.1	<i>Fysisk aktivitet och stillasittande</i> .....	4
1.5.2	<i>Äldre och fysisk aktivitet</i> .....	4
1.5.3	<i>Biopsykosociala faktorerers inverkan på äldres fysiska aktivitet.</i> .....	5
1.6	Problemformulering .....	6
<b>2</b>	<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
3.1	Urval .....	7
3.2	Datainsamlingsmetod .....	8
3.3	Tillvägagångssätt .....	9
3.3.1	<i>Rekrytering</i> .....	9
3.3.2	<i>Intervjuer</i> .....	9
3.4	Dataanalys .....	10
3.5	Etiska övervägande.....	12
<b>4</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>12</b>
4.1	Faktorer som påverkar den dagliga fysiska aktivitetsnivån .....	12
4.1.1	<i>Tankar och känslor</i> .....	13
4.1.2	<i>Trötthet/orkeslöshet</i> .....	15
4.1.3	<i>Kroppslig begränsning</i> .....	16
4.1.4	<i>Åldrande</i> .....	16

4.1.5	<i>Fysisk omgivning</i> .....	16
4.1.6	<i>Vardagskrav</i> .....	17
4.1.7	<i>Social omgivning</i> .....	17
<b>4.2</b>	<b>Hur en fysioterapeut kan understödja fysisk aktivitet</b> .....	<b>18</b>
4.2.1	<i>Motivera till fysisk aktivitet</i> .....	19
4.2.2	<i>Ge förslag på fysisk aktivitet</i> .....	19
4.2.3	<i>Utföra fysisk aktivitet hos fysioterapeut</i> .....	19
4.2.4	<i>Förbättra den fysiska funktionsförmågan</i> .....	19
<b>5</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>20</b>
5.1	<b>Sammanfattande resultat</b> .....	<b>20</b>
5.2	<b>Resultatdiskussion</b> .....	<b>20</b>
5.3	<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>23</b>
5.4	<b>Etikdiskussion</b> .....	<b>26</b>
<b>6</b>	<b>SLUTSATSER</b> .....	<b>26</b>
	<b>REFERENSER</b> .....	<b>28</b>
	<b>BILAGA A - INTERVJUGUIDE</b>	
	<b>BILAGA B - INFORMATIONSBREV</b>	

# 1 BAKGRUND

## 1.1 Inledning

Det sker en kraftig ökning av antalet äldre i dagens befolkning och ökningen kommer fortsätta i decennier framöver. Störst ökning i antal ses i åldersgruppen 80 år eller äldre, vilka kommer ha stort behov av och ha stor betydelse för äldrevården. En ökning på 55 % från år 2005 till och med 2030 förutspås (Dehlin & Rundgren, 2007). Enligt Dehlin och Rundgren (2007) har longitudinella populationsundersökningar visat att sjukdomsprevalensen har minskat och att personer nu är friskare vid 70-års ålder än tidigare. Av de personer som är över 80 år har även antalet som bor kvar hemma ökat (Socialstyrelsen, 2007).

Hos de flesta äldre i samhället minskar den fysiska aktiviteten med stigande ålder (Dehlin & Rundgren, 2007). Enligt Chodzko-Zajko, Proctor, Fiatarone-Singh, Minson, Nigg, Salem och Skinner (2009) leder bibehållen fysisk aktivitet till förbättringar av funktionsförmågan långt upp i åldern hos äldre. Därför är det viktigt att genom ett helhetsperspektiv, där man tar hänsyn till flera olika faktorerers påverkan på ett beteende, få reda på vad som påverkar de äldres fysiska aktivitetsnivå och hur fysioterapeuter kan understödja deras fysiska aktivitet. Det biopsykosociala paradigmet belyser ett samspel mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer vid ett hälsorelaterat beteende. Alla dessa faktorer har betydelse för de äldres hälsa och hur fysiskt aktiva de är (Engel, 1977).

## 1.2 Åldrande

Åldrandet är en komplex process. Åldrandet kan ses som en process genom hela livet, där det finns samband mellan biologiska, psykologiska och sociala funktioner som förändras över tid. Kännetecknen för en god ålderdom brukar vara en god hälsa till hög ålder med minimal eller avsaknad av funktionsnedsättning. Även aktivt engagemang i livet, personlig tillfredsställelse, bibehållen uppfattningsförmåga, god motorik, meningsfull sysselsättning och psykologiskt välbefinnande är kännetecknen för ett gott åldrande. Uppskattning från familj och vänner, känna tillfredsställelse med arbete och fritid och eventuella inkomster och bostad är också viktigt för ett bra åldrande (Dehlin & Rundgren, 2007).

Det biologiska åldrandet är en kontinuerlig process (Dehlin & Rundgren, 2007). När kroppen åldras sker kroppsliga förändringar. Vid ökande ålder sker en minskning av muskelmassan, sarkopeni. Orsaken till sarkopeni är multifaktoriell och det finns orsaker på endokrin-, metabol-, neurologisk- samt aktivitetsnivå (Marcel, 2003). Sarkopeni leder både till en minskning av kvalitet och kvantitet av muskelfibrer (Lexell & Brogårdh, 2012). Sarkopeni

leder till ökad dödlighet (Arango-lopera, Arroyo, Guitierrez-Robledo, Perez- Zepeda & Cesari, 2013) samt ökad funktionsnedsättning i form av minskad självständighet i aktiviteter i dagliga livet (ADL) och instrumentella aktiviteter i dagliga livet (IADL) (Tanimoto, et al., 2013). Muskelstyrkan minskar med ökande ålder, minskningen blir framträdande vid 60 års ålder och sedan tilltar den (Lexell & Brogårdh, 2012). Minskning av muskelmassa är en anledning till att äldre får minskad muskelstyrka (Goodpaster, et al., 2006). Minskad muskelmassa, minskad muskelstyrka och ökad infiltration av fett i muskelvävnad leder till minskad rörelseförmåga (Visser, et al., 2005).

Hjärt- och lungfunktionen försämras med åldern. Detta leder till att konditionen och den fysiska prestationsförmågan minskar med åldern (Lexell, Frändin & Helbostad, 2008).

Balansen är en komplex funktion som är ett samarbete mellan muskuloskeletala, neuromuskulära, sensomotoriska och kognitiva system i kroppen. När man åldras sker förändringar i dessa system som påverkar balansen negativt. En nedsatt balans är tillsammans med bland annat nedsatt muskelstyrka, gångförmåga och syn riskfaktorer för att falla (Franzén, 2012).

Det psykologiska åldrandet påverkas av det biologiska åldrandet. Exempelvis kan sjukdomar såsom demens påverka den psykiska funktionen. Minne, inlärningsförmåga, intelligens och personlighet är förändringar som uttrycks i det psykologiska åldrandet (Dehlin & Rundgren, 2007). Depression och ångest är psykiska sjukdomar som ökar med stigande ålder. Depressiva symptom påverkar livskvalitén, funktionsförmågan och den kroppsliga hälsan negativt (Lindwall & Karlsson, 2012). En svensk enkätstudie visar att depression, ensamhet och ångest är vanligt hos äldre hemmaboende som var beroende av hjälp med IADL och ADL. Dessa symptom var vanligare hos kvinnor än män (Hellström & Hallberg, 2001).

De äldres livskvalité påverkas starkt av livets förändringar såsom den egna pensioneringen och dödsfall hos närstående. Det sociala åldrandet kan medföra ett minskat socialt nätverk med svårigheter att få nya kontakter, ensamboende samt att ibland bli påtvingad att flytta från den trygga hemmiljön. Med åldern kan det även ske förändringar från att ha haft ansvaret för de egna barnen till att dessa nu ska ta ansvar för den äldre (Dehlin & Rundgren, 2007).

### **1.3 Beteendemedicin**

Ett beteende är något som en person gör, tänker, känner eller säger. Yttre beteenden som det man gör och säger är lätta att observera. Inre beteenden är tankar och känslor, vilka är svårare att observera (Denison & Åsenlöf, 2012).

Inom beteendemedicin integreras sociokulturella, psykosociala, biomedicinska och beteendemässiga faktorer av betydelse för hälsa och ohälsa. Grundprincipen är att beskriva sambandet mellan biomedicinska faktorer och psykosociala faktorer som påverkar det hälsorelaterade beteendet från debut till återfall av sjukdom. Exempelvis kan fysisk inaktivitet leda till en rad olika sjukdomar eller funktionsnedsättningar. Ett exempel är när

man stukar foten och då får en förändrad gång, vilket är ett förändrat beteende (Denison & Åsenlöf, 2012).

Det grundläggande perspektivet inom beteendemedicin är biopsykosocialt, där man ser att de bestämmande faktorerna för både hälsa och ohälsa är biologiska, psykologiska och sociala (Denison & Åsenlöf, 2012). Biologiska faktorer kan vara virus och kroppsliga skador medan föreställningar och känslor är psykologiska faktorer. Sociala faktorer kan vara normer, värderingar och etnicitet (Ogden, 2012). Det finns ett samband mellan dessa faktorer och det hälsorelaterade beteendet. Att vara otillräckligt fysisk aktiv ökar risken för en rad sjukdomar (Denison & Åsenlöf, 2012). Kognitiva faktorer som exempelvis motivation för att röra sig är emellertid lika viktiga som de fysiska förutsättningarna (Cott, Finch, Gasner, Yoshida, Thomas & Verrier, 1995).

Beteendeförändringstekniker används för att förändra ett beteende hos en person som t.ex. för att öka fysisk aktivitet. Att ge förstärkning, instruera självmonitorering av ett beteende samt förklara hur beteendet påverkar hälsan är beteendeförändringstekniker som visat sig vara effektiva vid förändring av fysisk aktivitet. Att ge beröm och uppmuntran vid ett korrekt utfört beteende är exempel på hur förstärkning kan ges. Självmonitorering av ett beteende är när personen själv får kartlägga sitt beteende genom t.ex. en dagbok (Abraham & Michie, 2008).

En beteendemedicinskt inriktad fysioterapeut arbetar företrädesvis för en beteendeförändring genom beteendeförändringstekniker för t.ex. ökad fysisk aktivitet i vardagen vid långvarig smärta, istället för att främst jobba med manuella metoder (Denison & Åsenlöf, 2012).

## **1.4 Fysioterapeutens arbete med äldre**

En fysioterapeut arbetar för att främja hälsa. Det hälsofrämjande arbetet handlar till stor del om främjande av fysisk aktivitet genom att bland annat informera om betydelsen av fysisk aktivitet för hälsan. Exempel på fysioterapeutiska interventioner är även anpassad fysisk träning, funktions- och aktivitetsträning, manuella fysikaliska metoder och hjälpmedelsförsörjning (Legitimerade sjukgymnasters riksförbund, 2010). För att öka muskelstyrka, muskelmassa, kondition och balans, som minskar vid åldrande, kan en fysioterapeut erbjuda styrketräning, konditionsträning och balansträning (Lexell, et al., 2008).

Äldre är den grupp tillsammans med små barn som har störst risk för att falla. Nästan hälften av alla fall som sker bland äldre personer leder till någon form av fysisk skada. Andra betydande konsekvenser av fall hos äldre är rädsla för upprepade fall, vilket i sin tur kan leda till minskad fysisk aktivitet. En fysioterapeut har en viktig uppgift i att informera de äldre och deras anhöriga om de positiva effekterna av träning, bland annat att träning minskar fall- och skaderisk (Lundin Olsson, 2012).



Fysioterapeutens arbete med äldres rehabilitering sker både inom primärvården och allt oftare i de äldres hem för att underlätta för dem så mycket som möjligt. För att bedöma de äldres behov av hjälp i hemmet är en fysioterapeut främst med och gör bedömningar av förflyttningssituationer (Dahlin-Ivanoff, Häggblom Kronlöf & Eklund, 2012). Rehabilitering kan vara specifik rehabilitering som är inriktad mot skada eller sjukdom eller stödjande och uppehållande rehabilitering där insatserna är att ta till vara på kvarvarande fysiska funktioner. Fysioterapeuter är delaktiga vid båda typerna av rehabilitering för äldre. De stödjande och uppehållande insatserna ges främst av hemtjänstpersonal, oftast med handledning av en fysioterapeut. Vid skador och sjukdomar arbetar fysioterapeuten främst genom insatser för att förbättra de äldres fysiska funktionsnivå (Socialstyrelsen, 2007), där fysisk aktivitet har en stor betydelse (Dehlin & Rundgren, 2007).

## **1.5 Fysisk aktivitet**

### **1.5.1 Fysisk aktivitet och stillasittande**

Fysisk aktivitet definieras som all kroppsrörelse som innebär energiförbrukning och som produceras av skelettmuskulaturen. Exempel på fysisk aktivitet är fritidsaktiviteter, hushållssysslor och förflyttningar. Fysisk aktivitet ska inte förväxlas med fysisk träning. Fysisk träning är en underkategori av fysisk aktivitet och definieras som planerad, strukturerad, repetitiv och målmedveten för att förbättra eller bibehålla en eller flera faktorer av fysisk kondition (World Health Organization, 2015a).

Stillasittande definieras som muskulär inaktivitet. Stillasittande ökar risken för att drabbas av stora folksjukdomar samt att dö i förtid, oberoende av hur fysiskt aktiv man är. Därför bör man ta hänsyn till både hur stillasittande och hur fysiskt aktiv en person är (Ekblom-Bak, Ekblom, & Hellénus, 2010). Det har visat sig att kortare pauser från längre stunder av stillasittande minskar risken för metabolt syndrom, jämfört med samma tid av stillasittande utan att ta kortare pauser (Healy, Dunstan, Salmon, Cerin, Shaw, Zimmet & Owen, 2008). Kroniska sjukdomar som har samband med åldrande, t.ex. hjärt-kärlsjukdom, typ 2 diabetes, osteoporos, stroke och vissa cancerformer kan till stor del bero på fysisk inaktivitet istället för åldrandet i sig. Låg fysisk aktivitetsnivå kan även leda till en framtida funktionsförsämring (Dehlin & Rundgren, 2007). Andningsbesvär samt dyspné kan relateras till stillasittande hos äldre personer (Vaz Fragoso, et al., 2014).

Äldre är oftast mindre fysiskt aktiva än yngre (Taylor, 2014). I samma reviewartikel av Taylor (2014) konkluderades det att den största utmaningen är att hitta effektiva sätt för att stödja äldre att öka sin fysiska aktivitet.

### **1.5.2 Äldre och fysisk aktivitet**

För bevarandet av funktionsförmågan hos äldre spelar fysisk aktivitet och träning en avgörande roll. Funktioner som kan påverkas av regelbunden fysisk aktivitet är

muskelstyrka, kondition, balans, reaktionshastighet och gånghastighet. För personer som fortsätter att vara aktiva upp i stigande ålder kan onödig funktionsnedsättning bromsas upp och åren utan funktionsnedsättning blir flera (Dehlin & Rundgren, 2007).

Risken att drabbas av hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2 diabetes, osteoporos och stroke minskar för fysiskt aktiva äldre (Fiatarone Singh, 2002). I princip alla äldre borde vara fysiskt aktiva både som behandling vid sjukdom/funktionsnedsättning och för att minska risken för att få en kronisk sjukdom (Nelson, Jack, Blair, Duncan, Judge & King, 2007).

Fysisk aktivitet leder till förbättringar långt upp i åldern av både muskelstyrka och kondition (Lexell & Brogårdh, 2012). Styrketräning minskar den åldersrelaterade förlusten av muskelstyrka och muskelmassa (Mazzeo, Cavanagh, Evans, Fiatarone, Hagberg, McAuley & Startzell, 1998). Styrketräning leder även till ökad muskeluthållighet och muskelkvalité (Chodzko-Zajko, et al., 2009). Lexell och Brogårdh (2012) konkluderar att i de studier som visar på största förbättringar av styrketräning har intensiteten av träningen varit hög, oftast med en belastning på 80 % av den maximala styrkan. Aerob träning på låg till medelhög intensitet leder till ökad kardiovaskulär effektivitet (Naso, Carner, Blankfort-Doyle, & Coughy, 1990). Aerob träning på en lagom nivå, 60 % eller mer av den maximala syreupptagningsförmågan, minst 3 gånger i veckan under minst 16 veckor, leder till en förbättrad kondition hos friska äldre (Chodzko-Zajko, et al., 2009).

Multimodal träning, med styrketräning och balansträning, har visats minska risken för fall hos den population som har större risk att falla (Chodzko-Zajko, et al., 2009).

Regelbunden fysisk aktivitet har även en positiv psykologisk påverkan hos äldre (Chodzko-Zajko, et al., 2009) samt leder till förbättringar av de äldres livskvalité (Fiatarone Singh, 2002). I en metaanalys av Windle, Hughes, Linck, Russell och Woods (2010) fann man stöd för att fysisk aktivitet och motion kan vara effektivt för att förbättra det psykiska välbefinnandet för personer över 65 år. Lämplig motion för äldre har setts bidra till kortsiktiga psykologiska fördelar såsom avspänning, minskad stress och ångest och ett bättre humör (Dehlin & Rundgren, 2007).

World Health Organization (2015b) rekommenderar att äldre över 65 år utför minst 150 minuter av aerob träning i veckan, där intensiteten är måttlig, eller 75 minuter av aerob träning i veckan, där intensiteten är hög. Måttlig och hög intensitet av aerob träning kan även kombineras. Den aeroba träningen bör vara minst 10 minuter/tillfälle. Muskelstärkande fysisk aktivitet av kroppens stora muskelgrupper bör ske minst 2 gånger i veckan. De äldre som har svårighet att röra sig, bör utföra fysisk aktivitet för att öka balansen och minska fall minst 3 gånger i veckan. De äldre som hindras av sjukdom eller funktionshinder bör anpassa sin fysiska aktivitet till sin egen förmåga och vara så aktiva som det går.

### **1.5.3 Biopsykosociala faktorerers inverkan på äldres fysiska aktivitet.**

Ett beteende, till exempel hur fysiskt aktiv en person är, påverkas av flera olika faktorer. Det är därför viktigt att ta hänsyn till alla faktorer när ett beteende undersöks (Denison & Åsenlöf, 2012). För att äldre ska vara fysiskt aktiva är sociala faktorer viktiga såsom stöd från vänner och familj. Även omgivningsfaktorer såsom väder och transportmöjligheter har

betydelse för äldres fysiska aktivitet (Fuller, Stewart Williams & Byles, 2010). Två kvalitativa studier av Janssen och Stube (2014) och Graham och Connelly (2013) och en kvantitativ studie av Kim och Kosma (2012) har undersökt äldre över 65 år. Studierna beskriver att omgivningsfaktorer som påverkar äldres fysiska aktivitet är ett fysiskt stöd i form av ett sällskap och ett gånghjälpmedel. Andra omgivningsfaktorer som beskrevs i studierna var minskade transportmöjligheter, samhällsresurser och tillgång till anläggning för fysisk aktivitet såsom gym och joggingstråk.

I en tidigare studie av Cederbom, Söderlund, Denison och Heideken Wågert (2014) om äldre kvinnor som lever ensamma, rapporterade de äldre exempelvis olika typer av sjukdomar, smärta, fallrädsla, trötthet och brist på tid med stöd från hemtjänsten som hinder för att vara så fysiskt aktiva som de ville vara.

Enligt en kvalitativ studie av Janceya, Clarke, Howat, Maycock och Lee (2009) var smärta det främsta hindret för fysisk aktivitet hos äldre. Andra hindrande faktorer var nedsatt balans, andfåddhet, minskad motivation att utföra fysisk aktivitet samt samhällets syn på äldre och fysisk aktivitet. Även en kvalitativ studie med deltagare över 74 år av Cohen-Mansfield, Marx och Guralnik (2003) beskriver att problem med hälsan och smärta är de största hindren för att utföra fysisk aktivitet. Inkontinens har även visats ha betydelse för IADL i en kvantitativ studie med äldre över 65 år (Sims, Browning, Lundgren-Lindquist, & Kendig 2011). Rädsla för att falla hos äldre är en faktor som kan resultera i rörelserädsla och fysisk inaktivitet (Yardley & Smith, 2002).

I en kvantitativ studie av Newson och Kemps (2007) med deltagare över 63 år beskrivs att förbättrad mental och kroppslig hälsa är faktorer som motiverar äldre att vara fysiskt aktiva. Äldre har ett stort förtroende för sin läkare och därför kan en läkares rekommendationer vara en motivator för äldre att utföra fysisk aktivitet (Schutzer & Graves, 2004). I en annan kvantitativ studie med äldre över 60 år av Persson och While (2012) beskrivs att sannolikheten för att äldre ska utföra fysisk aktivitet är större för äldre med nära sociala relationer. De som fysiskt träffar familjemedlemmar flera gånger per vecka tenderar att ha en högre fysisk aktivitetsnivå jämfört med de som inte gör det. Janssen och Stube (2013) beskriver att viljan till att vara självständig och inte få fysisk hjälp av någon är en bidragande faktor till att äldre är fysiskt aktiva. Även Graham och Connelly (2013) beskriver att viljan att vara självständig, t.ex. att sköta tvätten, är en faktor som ökar äldres fysiska aktivitet. De nämner även att umgås med vänner under träning är något som motiverar till fysisk aktivitet.

## **1.6 Problemformulering**

Påverkan på de äldres fysiska aktivitetsnivå är multifaktoriell. Fysisk aktivitet är en viktig bestämningsfaktor för äldres hälsa. Fysisk aktivitet har visats ha positiva effekter på äldres hälsa, både som preventiv och behandlande åtgärd. Därför är det intressant att studera vilka faktorer som de äldre upplever påverkar deras fysiska aktivitetsnivå. Då en fysioterapeut främst arbetar med befrämjande av fysisk aktivitet som hälsofrämjande åtgärd är det intressant att få en inblick i hur äldre ser att en fysioterapeut kan understödja deras fysiska aktivitet.

Det finns studier som beskriver äldres upplevelse av faktorer som påverkar deras fysiska aktivitet. Enligt studieförfattarna finns det inga studier som specifikt beskriver hemmaboende äldre som är 80 år och äldre. Hur denna åldersgrupp upplever att en fysioterapeut kan understödja deras fysiska aktivitet har enligt studieförfattarna ännu inte studerats.

## **2 SYFTE**

Syftet är att ur ett biopsykosocialt perspektiv beskriva hemmaboende äldres upplevelse av vilka faktorer som har betydelse för deras fysiska aktivitetsnivå. Vidare är syftet att beskriva hur äldre upplever att en fysioterapeut kan understödja deras fysiska aktivitet.

## **3 METOD**

Då syftet med studien är att beskriva äldres upplevelser valde studieförfattarna att göra en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats (Malterud, 2009). Den induktiva ansatsen valdes då författarna gör en objektiv och förutsättningslös tolkning av människors berättelser om upplevelser och inte vill testa en teori (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

### **3.1 Urval**

Till studien rekryterades sex deltagare genom ändamålsenligt, bekvämlighetsurval. Urvalet är ändamålsenligt då deltagarna valdes ut för att passa i studien samt utifrån kriterier (Carter, Lubinsky, & Domholdt, 2011). Inklusionskriterier för att delta i studien var att deltagarna skulle vara 80 år eller äldre, vara hemmaboende, endast erhålla hjälp med IADL, såsom städning, matinköp matlagning och tvätt (Statiska centralbyrån, 2006). Deltagarna skulle även vara gående, med eller utan hjälpmedel, och kunna förstå och tala svenska. Exklusionskriterier för att delta i studien var att ha en kognitiv nedsättning, vilket bedömdes av de som skötte rekryteringen. Urvalet är bekvämlighetsurval då deltagarna som valdes till studien tillhörde den kommun där de fysioterapeuter som rekryterade deltagarna arbetade (Carter, et al., 2011).

Till studien rekryterades sex deltagare, fem kvinnor och en man i åldern 82-92 år. Alla deltagare som inkluderades i studien bodde ensamma. De hade kontakt och hjälp med något i hemmet av hemtjänsten. Alla deltagare använde någon form av gånghjälpmedel inne och/eller ute.

Alla tillfrågade deltagare som hade tackat ja till medverkan i studien genomförde sedan intervjun. Två deltagare intervjuades vid provintervjuer för att testa intervjumetoden. Den första provintervjun inkluderades inte i studien då den inte bedömdes tillföra information till studiens syfte. Den andra intervjun ansågs tillföra väsentlig information och denna intervju inkluderades därför i studien. Fem av de sex intervjuerna kom alltså att ingå i studien vilket innebar att studien fick fem deltagare. Inget bortfall skedde. Om så hade skett skulle nya deltagare ha rekryterats.

### 3.2 Datainsamlingsmetod

Semistrukturerade intervjuer genomfördes med varje deltagare (Carter, et al., 2011). Intervjuer är ett mycket bra verktyg då man på kort tid kan få höra flera av deltagarens reflektioner, upplevelser och erfarenheter (Ahrne & Svensson, 2011). Frågorna utgick från studiens syfte och behandlade äldres fysiska aktivitet, vilka faktorer som påverkar den fysiska aktivitetsnivån samt hur en fysioterapeut kan understödja deras fysiska aktivitet (se bilaga A). De två första intervjufrågorna var inledande frågor om deltagarnas fysiska aktivitetsnivå för att leda in på ämnet för intervjun. Följande två frågor behandlade vilka faktorer som påverkade deltagarnas fysiska aktivitetsnivå och den sista frågan behandlade syftet hur deltagarna upplevde att en fysioterapeut kan understödja deras fysiska aktivitet.

Först utfördes två provintervjuer. Provintervjuer utfördes för att testa om intervjufrågorna gav användbara svar som kunde svara på syftet. Författarna fick även en chans att öva varsin gång på att hålla en intervju, något som ingen av dem tidigare hade erfarenhet av. Den första provintervjun inkluderades inte i studien då den inte bedömdes ge information till studiens syfte. Intervjupersonen hamnade ofta utanför frågeställningen. Dessutom inträffade ett oväntat avbrott under intervjun genom ett samtal vilket kan ha påverkat stämningen under intervjun. Att inte intervjun gav användbara svar som svarade på studiens syfte kan även ha berott på att studieförfattarna inte lyckades leda tillbaka intervjupersonen till ämnet på grund av bristande intervjuvana. Efter första provintervjun försökte studieförfattarna förändra sitt sätt att ställa frågorna för att få deltagarna att hålla sig till ämnet. Den andra provintervjun fungerade bättre och ansågs tillföra väsentlig information till studien och inkluderades därför i studien. Efter provintervjuerna gjordes inga korrigeringar i intervjuguiden.

Samtliga intervjuer inleddes med att den studieförfattare som höll i intervjun förklarade för deltagaren hur fysisk aktivitet definieras i studien. Sedan ställdes samma huvudfrågor under samtliga intervjuer (se bilaga A), med vissa förtydliganden och språkanpassningar. Det ställdes även några individuella följdfrågor utifrån den information som framkom under varje intervju. Sådana följdfrågor var exempelvis: "Vad skulle det målet vara?" "Men det är orken du känner är problemet?" "Vad är det som gör att du inte är motiverad i nuläget?".

Intervjuerna spelades in med hjälp av en diktafon av märket Olympus för att sedan transkriberas. Båda författarna deltog vid samtliga intervjuer för att kunna komplettera varandras frågor då ingen av författarna hade intervjuvana. Inga anteckningar fördes under intervjuerna.

### **3.3 Tillvägagångssätt**

#### **3.3.1 Rekrytering**

Studieförfattarna fick kontakt med de två verksamma fysioterapeuter som kom på idén till studien genom kontaktuppgifter från högskolan där studieförfattarna studerar. Det var de två fysioterapeuter verksamma i en kommun som rekryterade deltagare till studien. Studieförfattarna informerade fysioterapeuterna om studiens inklusionskriterier. De verksamma fysioterapeuterna utförde rekryteringen av deltagare under augusti 2014.

De verksamma fysioterapeuterna kontaktade i slutet av juli – augusti 2014 chefer inom hemtjänstområden i kommunen med information om studiens syfte samt kriterier för att delta för studien. Cheferna kontaktade sedan i sin tur hemtjänstpersonal för att genom hemtjänstpersonalen hitta lämpliga deltagare till studien. När lämpliga deltagare hade hittats kontaktades de verksamma fysioterapeuterna. Dessa kontaktade de lämpliga och eventuella studiedeltagarna via telefon för information och förfrågan om deltagande i studien. När deltagarna hade tackat ja till medverkan i studien lämnade de verksamma fysioterapeuterna deltagarnas kontaktuppgifter via e-post till studieförfattarna.

Studieförfattarna kontaktade sedan de sju personer som tackat ja till medverkan i studien via telefon i början av oktober 2014. Personerna tillfrågades om de fortfarande var intresserade av att delta i studien, sex av de sju personerna var fortfarande intresserade av att delta i studien. Under samtalen kom studieförfattaren och deltagarna överens om tid och plats för intervjun. Deltagarna informerades om att de fick välja plats för intervjun för att underlätta för dem så mycket som möjligt. Skulle inte deltagarna haft förslag på lämplig plats kunde studieförfattarna erbjuda en annan plats. Samtliga deltagare valde att intervjuerna skulle ske i deras hem. Deltagarna informerades även om att de när som helst kunde ångra sig och tacka nej till deltagande i studien. Innan samtalet avslutades informerades deltagarna om att ett informationsbrev (se bilaga B) och information om tid och plats för intervju skulle skickas hem till dem. Deltagarna fick skriftligt skriva under att de godkände deltagande i studien i informationsbrevet innan studieförfattarna påbörjade intervjun.

#### **3.3.2 Intervjuer**

Intervjuerna genomfördes under tre veckor i oktober 2014 och varade mellan ungefär 20 och 55 minuter. Studieförfattarna mötte deltagarna i deras hem där de själva fick bestämma var det var lämpligast att sitta och göra intervjuerna. En intervju genomfördes i deltagarens kök och resterande i deltagarnas vardagsrum.

Studieförfattarna ledde tre intervjuer var, då man hade huvudansvaret för att ställa frågorna. Den andra studieförfattaren var med och lyssnade och kom med lämpliga följdfrågor.

### 3.4 Dataanalys

Intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Intervjuerna transkriberades av studieförfattarna vilket innebär att ljudinspelningarna överförs till skrift i ett worddokument för att lättare kunna analyseras (Malterud, 2009). Ordagrann nedskrift av intervjumaterialet innebär också att man bättre lär känna materialet (Ahrne & Svensson, 2011). Arbetet delades upp mellan studieförfattarna av praktiska skäl. Studieförfattarna transkriberade tre intervjuer var, transkriberingarna skedde inom en månad efter att intervjun hade skett. Läten som harklingar samt upprepningar utan betydelse för innehållet uteslöts. Tankepauser, skratt och liknande uttryckta känslor beskrevs däremot skriftligt. Varje intervjuperson fick en kod i det transkriberade materialet såsom t.ex. L. Båda studieförfattarna läste igenom det transkriberade materialet när transkriberingen hade avslutats.

Det utfördes två analyser, en om vilka faktorer som deltagaren upplevde hade betydelse för dennes fysiska aktivitetsnivå och en om hur en fysioterapeut kan understödja deltagarens fysiska aktivitet. Analysen påbörjades under intervjun, där den studieförfattare som inte hade ansvar för intervjun lyssnade och analyserade det deltagaren sa. Studieförfattarna analyserade även tillsammans direkt efter avslutad intervju genom att tillsammans diskutera intervjun. Vid analysen av samtliga intervjuer skrevs det transkriberade materialet ut i pappersform. Sedan lästes en transkriberad intervju och studieförfattarna markerade delar som motsvarade studiens syfte enskilt. Studieförfattarna diskuterade, jämförde och valde sedan gemensamt ut meningenheter, som motsvarade studiens syfte. De meningenheter som valdes ut sattes in i tabeller i Word och Excel och kondenserades sedan. Varje meningenshet fick sedan en kod. Kondenseringen och kodningen delades upp så att studieförfattarna gjorde hälften var. Båda läste sedan igenom och korrigerade samtliga kondenseringsringar samt koder. Arbetet gjordes på samma sätt med samtliga transkriberade intervjuer. När allt material fått en kod bildades underkategorier och sedan kategorier. Delar av materialet gick direkt från kod till kategori då övergången från kod till kategori var lämplig och studieförfattarna inte kunde komma på en lämplig underkategori. Analysprocessen och kategoriseringen diskuterades med kurskamrater och handledare under handledningssamtal. Studieförfattarna gick flertalet gånger tillbaka till sin analys för att granska materialet så att analysen besvarade syftet samt för att få lämpliga underkategorier och kategorier. Varje intervjuperson fick en kod från 1-5 för att veta vem som sagt vad. Allt analysmaterial sattes in i en gemensam analystabell för att sedan presenteras i beskrivande text i resultatet. Se beskrivning samt exempel från analysprocessen i tabell 1 och 2 (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008).

Tabell 1: Kort beskrivning av analysprocessen.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
Citat från deltagare	Förkortning av meningsenheten för att ta fram det centrala	Kort beskrivning av meningsenheten	Koder med liknande innehåll sorteras under en underkategori	Underkategorier delas upp bredare i kategorier

Tabell 2: Exempel på analysprocessen.

Meningsenhet	Kondensering	Kod	Underkategori	Kategori
”Ja, det är svårt att säga, jag skulle kunna hålla på med lite av varje, rätt så mycket. Jag vill inte vara själv, bara, bara så att det... ja du vet jag är så rånglig.”	Jag skulle kunna hålla på med lite av varje, vill inte vara själv, jag är så rånglig	Vill inte vara själv, är rånglig	Trygghet genom sällskap	Social omgivning
”Ja så att ne jag nu orkar jag nog inga mera aktiviteter... jag känner ju att när jag nu orkar så har jag faktiskt varit ute och gått utan käpp till affären...”	Nu orkar jag nog inga mera aktiviteter... jag känner att när jag nu orkar så har varit ute och gått utan käpp till affären	Orkar inga aktiviteter, går ut nu när jag orkar	*	Trötthet/orkeslöshet

\*Ingen underkategori identifierades



### 3.5 Etiska övervägande

För att skydda de som ingår i studien utgår studien utifrån de etiska riktlinjer som finns (Vetenskapsrådet och Uppsala univeritet, 2014).

I informationsbrevet informerades deltagarna om studiens syfte, hur planen för studien ser ut, vilka metoder som skulle användas samt vilka risker och vilken nytta studien tänktes ge. Informationsbrevet innehöll även information om att deltagaren när som helst kunde tacka nej till medverkan, att deltagandet var helt frivilligt, samt kontaktuppgifter till studieförfattarna. I informationsbrevet informerades deltagarna även om att intervjuerna som skulle genomföras skulle spelas in men raderas direkt efter studiens godkännande, vilket är enligt kraven på konfidentialitet (Vetenskapsrådet och Uppsala univeritet, 2014).

Deltagarna gav muntligt samtycke när de kontaktades via telefon. De fick även skriftligen ge sitt samtycke till deltagande i studien vid intervjutillfället. Detta förfarande är i enlighet med kraven på att människor som deltar i forskning måste lämna sitt samtycke till deltagande (Vetenskapsrådet och Uppsala univeritet, 2014).

Deltagarnas integritet skyddas genom att inga namn eller personuppgifter nämns i studien. Alla personuppgifter och intervjumaterial förvaras inlåsta och på datorer som är lösenordskyddade. Alla uppgifter om persondata och intervjumaterial förstörs efter att studien blivit godkänd. Detta är i enlighet med kraven på konfidentialitet och lagen om personuppgifter som finns för att skydda deltagarens integritet i studier (Vetenskapsrådet och Uppsala univeritet, 2014).

## 4 RESULTAT

### 4.1 Faktorer som har betydelse för den fysiska aktivitetsnivån

Deltagarna upplevde att ett flertal faktorer hade betydelse för deras fysiska aktivitetsnivå. Efter analysprocessen bildades sju kategorier som sammanförde det centrala från underkategorierna (se tabell 3).

*Tabell 3.* Underkategorier och kategorier som illustrerar faktorer som har betydelse för den dagliga fysiska aktivitetsnivån.

Underkategori	Kategori
Motivation	Tankar och känslor
Rädsla	

Självförtroende	
Sinnesstämning	
Självsyn	
Vilja till att vara oberoende av tid	
Vilja till självständighet	
*	<b>Trötthet/orkeslöshet</b>
Smärta	
Medicinsk diagnos och funktionsnedsättning	<b>Kroppslig begränsning</b>
Åldersrelaterade förändringar	
Åldern i sig	<b>Åldrande</b>
Fysiskt stöd	
Transportmöjlighet	<b>Fysisk omgivning</b>
Hemmiljö	
*	<b>Vardagskrav</b>
Social stimulans	
Social distraktion	
Social osäkerhet	<b>Social omgivning</b>
Trygghet genom sällskap	

\*Ingen underkategori identifierades

#### **4.1.1 Tankar och känslor**

Det framkom att olika tankar och känslor upplevdes ha betydelse för deltagarnas fysiska aktivitetsnivå. Dessa tankar och känslor handlade om motivation, rädsla, självförtroende, sinnesstämning, självsyn, vilja till att vara oberoende av tid samt vilja till självständighet. Deltagarna upplevde att både motivation för att vara fysisk aktiv och brist på motivation för att vara fysisk aktiv påverkar den fysiska aktivitetsnivån. Deltagarna upplevde fysisk aktivitet som något positivt. Både de positiva effekterna av fysisk aktivitet samt att det är roligt att hålla igång var faktorer som ökade motivationen för fysisk aktivitet. Detta speglas i dessa citat:

Det tycker jag nästan har framgått av vad jag sagt tidigare det här med att man får lite mer kondis och känner sig lite mer tillfredsställd och sådär. Intervjuperson 2

Ja jag gillar att hålla igång, någonting, är det någonting, då är jag med jämt. Intervjuperson 3

Även negativa effekter av fysisk inaktivitet upplevdes som betydande för deltagares fysiska aktivitetsnivå, vilket speglas i detta citat:

Så gör jag situps... Eh 60 stycken varje kväll det har jag... och det gör jag ju bara för att jag har ju känt att om jag går tillbaka i tiden... Och då har jag ju känt att sitter man och inte gör något så då mår man ju ännu sämre då får man ju ännu mera ont. Intervjuperson 2

Att inte ha vilja och lust att utföra fysisk aktivitet framkom minska motivationen för fysisk aktivitet och upplevdes vara betydande för deltagares fysiska aktivitetsnivå. Följande citat speglar detta:

Jag vill jag inte så gör jag det inte. Har jag ingen lust så gör jag det inte. Rätt skönt.  
Intervjuperson 5

Rädsla upplevdes av deltagare som en faktor som påverkar deras fysiska aktivitetsnivå. Rädslan som beskrevs var rädsla för att falla, bland annat efter ett tidigare fall, samt för att svimma. Rädslan uttrycktes såhär:

Jag vet inte om sen är jag nog lite för försiktig kanske är jag att jag ska ramla jag bröt lårbenshalsen för fyra år sedan och jag är rädd att jag ska ramla och slå mig och sådär så jag törs inte gå ut utan rollatorn det gör jag inte. Intervjuperson 4

Ja, för ibland ser man inte en människa när man är, man kan ju gå bara tупpa av vet du, då går ju inte det här larmet, det går ju inte då. Intervjuperson 3

Självförtroende var enligt deltagare en faktor som bidrog till deras fysiska aktivitetsnivå. Det upplevdes att det tidigare inte varit problem med självförtroendet men att modet att utföra aktiviteter nu hade minskat, vilket detta citat avspeglar:

Jag blev ju helt ja hjärnan fungerade inte och jag kände inte igen mig själv jag kunde ju klara mig här i nåder men att man ja bra va det inte och efter det där mitt självförtroende det va det då inget fel på förut men efter det där så tycker jag inte att jag vågar så mycket som jag borde.  
Intervjuperson 2

Det upplevdes av deltagare att sinnesstämningen påverkar den fysiska aktivitetsnivån, chansen att utföra fysisk aktivitet ökade om personen var på bra humör. På frågan om vad det beror på att den fysiska aktiviteten varierade var svaret att det hade att göra med sinnesstämningen, vilket uttrycks i följande citat:

Så är man ju i livet, en del gånger vaknar man och är pigg och tycker livet är kul och en del gånger tycker man det är skit. Intervjuperson 5

Synen på sig själv beskrev deltagare ha betydelse för deras fysiska aktivitetsnivå. Det nämndes att de såg sig själva som lata. Deltagare betraktade sig även som innesittare vilket var en faktor som minskade den fysiska aktivitetsnivån. Deltagarnas självsyn avspeglas i följande citat:

Jag är nog lite lat, jag kommer mig inte för nej men att göra gymnastik och så det har jag aldrig. Intervjuperson 4

Och jag tycker inte om att gå på promenader det kan jag tala om från början, jag är innesittare. Intervjuperson 5

Att inte längre behöva passa tider för att delta i aktiviteter beskrevs som en faktor som påverkar den fysiska aktivitetsnivån. Anledningen till att deltagande i t.ex. simning uteblev, var viljan till att vara oberoende av tider och på frågan om det var något som deltagaren skulle vilja göra idag blev svaret:

Ja simningen skulle jag kanske vilja göra, du vet, jag vill inte passa tider idag, jag är inte alls. Intervjuperson 5

Det upplevdes av deltagare att viljan till självständighet har betydelse för den fysiska aktivitetsnivån. När vardagsaktiviteter utfördes, såsom matlagning, fanns en vilja att vara självständig, utan hjälp från hemtjänsten. Följande citat avspeglar detta:

Men på tisdagarna då har jag fått ledigt från den där maten, då gör jag vad jag tycker, då tar jag inte hem mat, jag vill laga själv. Intervjuperson 5

#### **4.1.2 Trötthet/orkeslöshet**

Det upplevdes av deltagare att trötthet och orkeslöshet har betydelse för den fysiska aktivitetsnivån. De upplevde att när de hade ork var de mer fysiskt aktiva och beskrev trötthet som begränsande. Följande citat belyser detta:

Ja så att nej jag nu orkar jag nog inga mera aktiviteter... jag känner ju att när jag nu orkar så har jag faktiskt varit ute och gått utan käpp till affären. Intervjuperson 2

Ja, jag tycker inte jag har det riktigt det är det här att jag blir trött, blir trött om jag går mycket och att jag inte minns. Intervjuperson 5

#### **4.1.3 Kroppslig begränsning**

Smärta upplevdes av deltagarna vara en hindrande faktor för att kunna vara fysiskt aktiv. Det uttrycktes att den fysiska aktiviteten var obefintlig pga. smärta, vilket följande citat avspeglar:

Ja men där just nu så är den, noll alltså för det, jag har totalt, eh sådan värk så det går inte att beskriva. Intervjuperson 1

Medicinska diagnoser samt funktionsnedsättningar, som exempelvis inkontinens, bältros och nedsatt funktion i en kroppsdel, upplevdes vara andra hindrande faktorer. Detta avspeglas i följande citat:

Men jag menar, jag vet inte vad jag ska eh, eh, jag har, det finns inga aktiviteter, eh, och sedan så, om vi säger så att jag skulle kunna eh gå på kurser och så vidare. jag är alltså totalt helinkontinent också, så att det, och lite, magen är lite besvär, så jag har femkronor i fickan, och jag vet precis vart toaletterna finns. ...Jag skulle så gärna vilja men alltså ja, hur fasen ska jag komma ut, jag måste på toalett när man absolut inte skulle vilja. Intervjuperson 1

Var varannan vecka och så bäddar dem också varannan vecka och jag kan alltså inte bädda själv, eftersom att höger armen den, det är alltså artros. Intervjuperson 1

#### **4.1.4 Åldrande**

Deltagare upplevde åldrandet som en hindrande faktor för deras fysiska aktivitetsnivå. Även åldrandet i sig upplevdes vara en hindrande faktor, vilket uttrycktes såhär:

Annars gör jag ingenting numera, men jag har varit väldigt aktiv, i allt möjligt, men åldern tar ut sin rätt. Intervjuperson 5

Det upplevdes av deltagare att åldrandet leder till förändringar, som ökad trötthet och minskad ork, vilket minskade deras förmåga att vara fysiskt aktiva. Följande citat avspeglar detta:

Ja det är väl att jag inte orkar, du förstår när man blir gammal förstår du då säger kroppen ifrån nu är jag trött nu måste jag vila mig nu orkar inte jag mera. Intervjuperson 2

#### **4.1.5 Fysisk omgivning**

Deltagare upplevde att ett fysiskt stöd i form av en person att hålla i, en käpp eller en rollator är en faktor som underlättar deras förmåga att vara fysiskt aktiva. Det uttrycktes såhär:

Och är det så att jag ska gå i affärer och så på stan då har jag ju, jag har en flicka i X-ort, men jag har en flicka i Z-ort utanför Y och hon är inte den som hjälper mig så ofta, men hon i X-ort, och då håller jag i henne och så har jag käpp. Intervjuperson 5

Deltagare nämnde att närhet till aktiviteten underlättar att vara fysiskt aktiv. Svårigheter att transportera sig till olika aktiviteter med t.ex. buss upplevdes vara en hindrande faktor för deras förmåga att vara fysiskt aktiva, vilket uttrycktes såhär:

Det är ju det att, att, att, man skulle kunna, jag tänkte ibland att jag skulle komma till men det är problem att flytta sig vet du, med buss. Intervjuperson 3

Hinder i den egna hemmiljön, t.ex. trösklar, upplevdes av deltagare som en betydande faktor för deras fysiska aktivitetsnivå. Det uttrycktes såhär:

Det är ju att jag inte går att jag går som en gammal kärring men det är jag ju också så men att jag fick ju med den där rullstolen hem men rollator heter det ju men jag kallar det för rullator men jag tycker det det är svårt att säga rollator rullator går bättre men i början hade jag ju trösklar så att jag kunde ju inte använda den utan jag gick och höll i mig i det jag gick förbi då men nu ringde dom faktiskt idag från nån annan biståndshandläggare och fråga om för att för dom har ju tagit bort dom där trösklarna det var väl knappt en månad sedan och frågade om jag var nöjd och ja sa jag är så nöjd så då blev hon så glad så. Intervjuperson 2

#### **4.1.6 Vardagskrav**

Det upplevdes av deltagare att det fanns saker i vardagen som de måste utföra. Det har betydelse för den fysiska aktivitetsnivån, vilket uttrycks i följande citat:

Ja du det är så vanligt, jag gör ju det vanliga, jag tänker inte på hur jag tycker att det är, det är vanligt, jag måste ju vissa saker. Intervjuperson 5

#### **4.1.7 Social omgivning**

Det nämndes av deltagare att någon form av social stimulans var en faktor som har betydelse för deras fysiska aktivitet. De deltog i fysiska aktiviteter för att få umgänge, vilket detta citat avspeglar:

Så att det, men jag lagar inte någon mat själv på vanliga dagar nu, nej, jag går istället, vi är några stycken det är 10 stycken och vi har ju lite kul vid bordet. Intervjuperson 5

Minskad social stimulans upplevdes av deltagare vara en faktor som minskade den fysiska aktiviteten. En av anledningarna till den minskade sociala stimulansen är att flera vänner gått bort, vilket uttrycks i följande citat:

Sen är det ju så att det är flera av mina gamla vänner har gått bort och sådär så att jag har inte så många mm.. det var så bra när jag hade Y här som bodde i samma hus och vi följdes ju åt liksom så gick hon bort i cancer för två år sedan... Ja vi gick ju ut och gick. Intervjuperson 4

Social distraktion, i form av ett sällskap som distraherar smärtan, upplevdes som en betydande faktor för att kunna vara fysiskt aktiv, det avspeglas i följande citat:

Men jag skulle behöva ha någon hjälp, alltså, eh, att ha, att avleda, att och ta mig till stan, och avleda, ska jag säga, min smärta, för faktiskt är det så att man sitter och pratar, så upptäcker man att den här värken, eller värken, onda, försvinner." Intervjuperson 1

Ett sällskap upplevdes av deltagare även ge trygghet, vid t.ex. promenader. Anledningen till att inte vilja vara ensam var upplevelsen av att känna sig ostadig. Det uttrycktes såhär:

Ja, det är svårt att säga, jag skulle kunna hålla på med lite av varje, rätt så mycket. Jag vill inte vara själv, bara, bara så att det... ja du vet jag är så ränglig. Intervjuperson 3

Social osäkerhet i form av rädsla att bli bedömd av andra var en faktor som upplevdes av deltagare som hindrande för att vara fysiskt aktiv. Följande citat belyser detta:

Så att problemet är, att, att, man går och slår sig omkull, om jag är på stan och slår sig omkull då tror de väl att man är full, eller någonting. Intervjuperson 3

## 4.2 Hur en fysioterapeut kan understödja fysisk aktivitet

Deltagarna i studien upplevde att en fysioterapeut kan understödja dem med att underlätta för deras fysiska aktivitet på olika sätt. De ansåg att fysioterapeuten bland annat kunde underlätta genom att förbättra fysiska funktioner vilket fysioterapeutiska insatser kan bidra till. Efter analysprocessen bildades fyra kategorier med två till tre koder (se tabell 4).

*Tabell 4.* Koder och kategorier som illustrerar upplevelsen av hur en fysioterapeut kan understödja fysisk aktivitet.

Kod	Kategori
Hjälpa och sätta fart på mig	<b>Motivera till fysisk aktivitet</b>
Någon som motiverar	
Ha ett program	<b>Ge förslag på fysisk aktivitet</b>
Ge mig förslag	
Få gymnastikuppslag	
Göra rörelser hos sjukgymnast	<b>Utföra fysisk aktivitet hos fysioterapeut</b>
Promenera	
Bli starkare	<b>Hjälpa till att förbättra den fysiska funktionsförmågan</b>
Gå stadigare och bättre	

#### **4.2.1 Motivera till fysisk aktivitet**

Deltagare upplevde att de behövde motivation för fysisk aktivitet. De upplevde att en fysioterapeut kan motivera för fysisk aktivitet och på så sätt understödja den fysiska aktiviteten, genom att t.ex. ge uppmuntrande ord. Följande citat avspeglar detta:

Motivera, någon som motiverar, jättebra, toppenbra. Intervjuperson 1

#### **4.2.2 Ge förslag på fysisk aktivitet**

Deltagare upplevde att en fysioterapeut skulle kunna ge förslag på fysisk aktivitet för att understödja deras fysiska aktivitet. Det nämndes att de kunde få ett program med träningsförslag eller att fysioterapeuten skulle ge förslag på aktiviteter att utföra i hemmet, vilket uttrycktes i följande citat:

Det skulle väl vara om ja jag hade något bra program eller så vad jag tror mm. Intervjuperson 4

Det är, jag vet inte vad man skulle kunna göra här i lägenheten, eh, och återigen, jag tjar om, ge mig något förslag, så kanske jag komma på någonting att göra. Intervjuperson 1

#### **4.2.3 Utföra fysisk aktivitet hos fysioterapeut**

Deltagare upplevde att de skulle kunna komma till en fysioterapeut och utföra fysisk aktivitet, t.ex. för att göra rörelser. Detta uttrycks i följande citat:

Det skulle väl liksom vara att man kom till en sjukgymnast och gjorde lite rörelser möjligtvis. Intervjuperson 4

Det upplevdes av deltagare att promenader var något en fysioterapeut kunde understödja och besvarade frågan om upplevelsen av vad en fysioterapeut kunde understödja såhär:

Det är möjligtvis och gå ut och promenera och sådär eller någonting så där, men att annars ingenting det tror jag inte. Intervjuperson 3

#### **4.2.4 Hjälpa till att förbättra den fysiska funktionsförmågan**

Deltagare upplevde att de genom att få hjälp av en fysioterapeut kan förbättra fysiska funktioner. Att de fysioterapeutiska insatserna skulle hjälpa dem att få en förbättrad fysisk funktionsförmåga såsom styrka eller gångförmåga, för att underlätta möjligheten till fysisk aktivitet. Det avspeglas i följande citat:

Ja kanske att gå lite stadigare kunna gå lite bättre. Intervjuperson 4



## 5 DISKUSSION

### 5.1 Sammanfattande resultat

Resultatet visade att deltagarna upplevde att många olika faktorer har betydelse för deras fysiska aktivitetsnivå. Deltagarna upplevde även att åldrandet leder till fysiska försämringar och att åldern helt enkelt tar ut sin rätt. Även kroppsliga begränsningar som smärta var betydande faktorer för den fysiska aktivitetsnivån. Påverkande faktorer var även den sociala och fysiska omgivningen.

Det som framkom i resultatet var att flertalet av deltagarna beskrev att en fysioterapeut främst kunde understödja fysisk aktivitet genom att underlätta för fysisk aktivitet genom t.ex. att ge förslag på fysisk aktivitet och att få utföra fysisk aktivitet hos en fysioterapeut.

### 5.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka äldres upplevelser om vilka faktorer som hade betydelse för deras fysiska aktivitetsnivå, vilket besvarades i det insamlade intervjumaterialet. Enligt det biopsykosociala paradigmet samspelar psykologiska, biologiska och sociala faktorer vid ett beteende (Engel, 1977). Detta belystes i resultatet då det framkom att det var flertalet olika faktorer som hade betydelse för deltagarnas fysiska aktivitetsnivå.

En av de bestämmande faktorerna för hälsa och ohälsa är psykologiska faktorer (Denison & Åsenlöf, 2012). Utifrån citat från studiedeltagarna, om vilka faktorer som var betydelsefulla för deras fysiska aktivitetsnivå var det, enligt studieförfattarna, de psykologiska faktorerna som framträdde starkast. Psykologiska faktorer framkom i form av tankar och känslor, däribland motivation och rädsla. Detta resultat kan jämföras med andra studier med äldre deltagare, vilket talar för resultatets överförbarhet till äldre generellt, då de visar på liknande resultat. En kvantitativ studie där studiedeltagarna var över 63 år visade att en motivator för att utföra fysisk aktivitet var att se att fysisk aktivitet gav förbättringar i mental och kroppslig hälsa (Newson & Kemps, 2007). En annan kvantitativ studie där deltagarna var över 75 år visade att rädsla för fall kan resultera i rörelserädsla samt fysisk inaktivitet (Yardley & Smith, 2002). Det framkom att studiedeltagare inte ville ta hjälp av hemtjänsten utan hade en vilja att vara självständiga. Detta resultat liknar Graham och Connelys (2013) kvalitativa studie som beskriver vilja till självständighet, som exempelvis vilja att utföra vardagssysslor, såsom att tvätta kläder, som en faktor av betydelse för fysisk aktivitet.

Biologiska faktorer såsom smärta, åldern och den fysiska omgivningen upplevdes av deltagarna ha betydelse för deras fysiska aktivitetsnivå. Detta kan jämföras med flera studier som undersökt vad som påverkar fysisk aktivitet hos äldre över 65 år och kommit fram till liknande resultat, vilket talar för resultatets överförbarhet till äldre över 65 år. En kvalitativ studie av Cohen-Mansfield et al. (2003) beskrev att problem med hälsan tillsammans med smärta är det största hindret för fysisk aktivitet hos äldre. Inkontinens har även visats ha

betydelse för IADL (Sims, et al., 2011). En kvalitativ studie av Janssen och Stube (2013) och en kvantitativ studie av Kim och Kosma (2012) har undersökt vilka faktorer i den fysiska omgivningen som påverkar den fysiska aktiviteten för äldre. Faktorer som framkom i dessa studier var minskade transportmöjligheter, samhällsresurser och tillgång till anläggning för fysisk aktivitet såsom gym. Likheter kan ses med de faktorer som framkom i föreliggande studies resultat t.ex. transportmöjligheter. Att åldras leder till försämringar i kroppsfuncttionen (Goodpaster, et al., 2006; Visser, et al., 2005), vilket, enligt studieförfattarna, kan förklara varför studiedeltagarna upplever åldern som en hindrande faktor för den fysiska aktivitetsnivån. En anledning till behovet av fysiskt stöd hos studiedeltagarna var ostadighetskänsla. Detta resultat kan överföras till en liknande kvalitativ intervjustudie av äldre över 65 år av Janssen och Stube (2013). Där nämner deltagarna att användandet av ett stabilt fysiskt stöd var en faktor som gjorde att de kunde vara fysiskt aktiva trots t.ex. balanssvårigheter. Graham och Connely (2013) har gjort en liknande kvalitativ intervjustudie som beskriver att de äldre upplevde att ha sällskap som fysiskt stöd var en faktor som underlättade utförandet av fysisk aktivitet.

Sociala faktorer är en av de faktorer som påverkar ett hälsorelaterat beteende (Engel, 1977). Likheter med studiedeltagarnas upplevelser att det är roligt att delta i aktiviteter med vänner kan ses i Graham och Connellys (2013) kvalitativa studie där det framkom att deltagarna upplevde glädje av att umgås med vänner vid träning. Föreliggande studies deltagare upplevde att en social distraktion skulle göra att smärtan försvann. En studie om smärtbehandling av Jakobsson, Hallberg och Westergren (2004) visade att de som bor tillsammans med någon hade mer smärta än de som bodde ensamma, vilket inte stärker resultatet i föreliggande studie, att deltagarens upplevde att en social kontakt skulle minska smärta. I en kvalitativ studie med äldre över 60 år rapporterades det att socialt stöd främjande deltagande i fysisk aktivitet, om stödet kom från partners, kollegor eller familjemedlemmar (Fuller, et al., 2010). Likheter kan ses med föreliggande studies deltagares upplevelse av att fysiskt stöd gav trygghet samt att sällskap stimulerar till fysisk aktivitet. Dödsfall och sjukdom bland närstående är en vanligt förekommande negativ livshändelse för äldre (Dehlin & Rundgren, 2007). Detta överensstämmer med studiedeltagarnas upplevelse att dödsfall bland vänner var påfrestande och minskade deras fysiska aktivitetsnivå.

Flertalet av studiedeltagarna beskrev att trötthet och ork hade betydelse för den fysiska aktivitetsnivån. Trötthet kan både vara mental genom t.ex. minskad motivation och fysisk genom t.ex. brist på energi och styrka (Sharpe, et al., 1991). Trötthet och ork skulle därför kunna sorteras i både psykologiska och biologiska faktorer inom det biopsykosociala paradigmet.

Flertalet av deltagarnas berättelser om sina upplevelser kan även kopplas till den operanta inlärningsteorin, då ett beteende påverkas av dess konsekvenser (Denison & Åsenlöf, 2012). Deltagare berättade att ett tidigare fall hade medfört rädsla och försiktighet. Deltagaren vågade inte gå utan rollatorn pga. det tidigare fallet. Detta kan betraktas som en positiv bestraffning av fysisk aktivitet enligt den operanta teorin och medför att aktiviteten undviks. Även smärta kan på liknande sätt hindra aktivitet, vilket flertalet av deltagarna berättade om. Deltagarna beskrev även positiva effekter som ökade deras fysiska aktivitetsnivå. Detta kan

ses som en positiv förstärkning av fysisk aktivitet som ökar chansen att beteendet vidmakthålls (Denison & Åsenlöf, 2012).

Syftet med studien var även att undersöka hur äldre upplevde att en fysioterapeut kan understödja deras fysiska aktivitet. Vissa svårigheter att beskriva upplevelsen av hur en fysioterapeut kan understödja deltagarnas fysiska aktivitet uppstod. Det framkom endast ett fåtal svar från deltagarna om detta. En trolig anledning är att deltagarna kanske inte har en så god kännedom om vad en fysioterapeut kan erbjuda.

En fysioterapeut kan hjälpa till att förbättra den fysiska funktionsförmågan såsom ökad muskelstyrka, kondition och balans genom att erbjuda styrketräning, konditionsträning och balansträning (Lexell, et al., 2008). Som tidigare nämnts upplevde deltagarna fysiska nedsättningar som hinder för att utföra fysisk aktivitet, vilket kan vara anledningen till att de vill ha hjälp av fysioterapeut med att förbättra den fysiska funktionsförmågan. Deltagarna upplevde att en fysioterapeut kan ge förslag på fysisk aktivitet. Ett förslag, enligt studieförfattarna, skulle kunna vara en individanpassad aktivitet, vilket en fysioterapeut kan erbjuda (Lexell, et al., 2008).

Deltagarna upplevde att de skulle kunna komma till en fysioterapeut för att utföra fysisk aktivitet. Gruppträning kan, enligt studieförfattarna, vara ett bra alternativ då det vid förändring av ett beteende visat sig att det är bra att ha en rollmodell som kan vara ett gott exempel och inspirera andra (Abraham & Michie, 2008). Styrketräning tillsammans med andra äldre är något som deltagarna i en kvalitativ studie av Rydeskog, Fändin och Hansson-Scherman (2005) upplever som något positivt, då det är socialt och skapar gemenskap. Graham och Connelly (2013) beskriver att äldre vill ha med sällskap som trygghet vid utförande av fysisk aktivitet. Detta stämmer överens med föreliggande studies deltagares upplevelser av att sällskap ger trygghet. En fysioterapeut kan fungera som en sådan trygghet. Att ge instruktioner för utförandet av en aktivitet samt att ge förstärkning i form av beröm och uppmuntran vid korrekt utförande av en aktivitet är tekniker som är bra för att stödja förändring av den fysiska aktivitetsnivån (Abraham & Michie, 2008).

Deltagarna upplevde att en fysioterapeut kan motivera dem till fysisk aktivitet. Enligt studieförfattarna kan en fysioterapeut motivera till ökad fysisk aktivitet genom att använda sig av olika beteendeförändringstekniker. Att ge förstärkning genom t.ex. beröm, instruera självmonitorering samt förklara hur beteendet påverkar hälsan är beteendeförändringstekniker som visat sig vara effektiva vid förändring av fysisk aktivitet (Abraham & Michie, 2008). Självmonitorering av ett beteende kan utföras genom att fysioterapeuten tilldelar patienten en träningsdagbok. Fysisk aktivitet har visats ha många positiva effekter på funktionsförmåga hos äldre (Dehlin & Rundgren, 2007). En fysioterapeut kan förklara hur ökad fysisk aktivitet hör ihop med en förbättrad hälsa genom att förklara de positiva effekterna av fysisk aktivitet.

Studieförfattarna anser att deltagarnas upplevelser av vilka faktorer som påverkar deras fysiska aktivitetsnivå kan vara till hjälp för en fysioterapeut och andra yrkeskategorier inom vården. Att ha en insikt i äldres upplevelser underlättar för att planera vården för äldre och skapa den bästa möjligheten för att de ska vara fysiskt aktiva. I studien har det framkommit att det är viktigt att aktiviteter för äldre är stimulerande och roliga. Studieförfattarna anser

att en lämplig åtgärd skulle kunna vara gruppaktiviteter som exempelvis träning i grupp. För äldre är det viktigt att ha ett stöd genom sällskap för att vara fysisk aktiv. Vårdpersonal kan vara stöd för äldre genom att t.ex. följa med på promenader.

### 5.3 Metoddiskussion

Då syftet med studien är att beskriva äldres upplevelser valdes att göra en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. En kvalitativ studie kan svara på frågor om betydelse, innebörd och nyanser i händelser och handlingssätt (Malterud, 2009). En kvalitativ studies resultat kan inte generaliseras tillbaka till en specifik population, vilket är en nackdel (Carter et al., 2011). Genom att studien har en välbeskriven metod, t.ex. tydliga inklusionskriterier, kan läsaren avgöra om studiens metod och resultat kan överföras till en annan situation. Den induktiva ansatsen valdes då författarna gjorde en objektiv analys av människors berättelser om upplevelser och inte ville testa en teori, vilket kännetecknar en deduktiv ansats (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Studiedesignens trovärdighet stärktes genom att intervjuguiden inte utformades för att undersöka ett specifikt teoretiskt samband. Analysen var också förutsättningslös och underkategorier och kategorier inte förutbestämda utifrån ett teoretiskt ramverk.

Urvalet i studien var ett ändamålsenligt, bekvämlighetsurval. Ändamålsenligturval valdes då deltagarna skulle uppfylla vissa kriterier för att ingå i studien. Bekvämlighetsurval valdes då det förenklade urvalet, då deltagarna tillhörde den kommun där de fysioterapeuter som rekryterade deltagarna arbetade. Fördelen med ändamålsenligturval är att man får deltagare som är lämpliga att svara på syftet med studien medan nackdelen är att man bara undersöker en viss del av en population. Ålderskriteriet 80 år och äldre valdes då personer nu är friskare vid 70-års ålder än tidigare (Dehlin & Rundgren, 2007). Det är därför mindre intressant att undersöka en yngre population som kanske upplever mindre hinder för fysisk aktivitet. Deltagarna skulle vara gångare då det ökade deras möjligheter att vara fysiskt aktiva. De kunde på så sätt redogöra för både hindrande och underlättande faktorer för fysisk aktivitet. Deltagarna skulle även kunna tala och förstå svenska då datainsamlingsmetoden bestod av intervjuer och deltagarna på bästa sätt skulle kunna besvara frågorna. Samtliga deltagare som ingick i studien bodde ensamma. Detta skulle kunna påverka studiedeltagarnas upplevelser och påverka studiens resultat jämfört med om det hade funnits variationer i boendeform mellan deltagarna. Det fanns delar i rekryteringen som kan påverka studiens tillförlitlighet negativt. Rekryteringen skedde av två verksamma fysioterapeuter, vilket gjorde att studieförfattarna inte med säkerhet visste hur rekryteringen gick till. Studieförfattarna visste inte vad rekryteringen av deltagare grundat sig på, förutom de inklusionskriterier som angavs. Det kunde varit så att bara deltagare med positiv inställning till fysisk aktivitet rekryterats, vilket då skulle kunna ha påverkat studieresultatet. Dock så framkom det i studien flera upplevelser som pekar på en negativ inställning till fysisk aktivitet. Studieförfattarna har inte heller kännedom om det fanns personer som tackade nej till deltagande. Det valdes att rekrytera sex deltagare för studien och provintervjuer utifrån den tidsram som fanns. Om studien hade haft flera deltagare hade risken varit att analysen skulle blivit ytlig då materialet är för stort för den tid som fanns för studien (Malterud, 2009). Om

flera deltagare hade rekryterats till studien hade möjligheten att mättnad skulle uppnåts ökat, framför allt gällande frågan om hur en fysioterapeut skulle kunna understödja äldres fysiska aktivitet, där det inte framkom så tydliga upplevelser.

Datansamlingsmetoden var enskilda semistrukturerade intervjuer. Intervjuer är ett mycket bra verktyg då man på kort tid kan få höra flera av deltagarens reflektioner, upplevelser och erfarenheter. En svaghet med att utföra intervju, som sänker studiens tillförlitlighet är att man inte kan ta för givet att det som intervjupersonen säger verkligen speglar hur personen beter sig i verkligheten, samt att det ger en begränsad bild av situationen (Ahrne & Svensson, 2011). Valet att ha enskilda intervjuer i studien, och inte gruppintervjuer, gjordes då deltagarna inte var bekanta med varandra. Nackdelen med gruppintervjuer kan vara att det är svårt att vara öppen och dela med sig av sina tankar och upplevelser, när gruppdeltagarna inte känner varandra. Fördelen med enskilda intervjuer, som stärker studiens tillförlitlighet, är att de kan få intervjupersonen att berätta mer om personliga upplevelser (Trust, 1997) medan fördelen med gruppintervjuer är att personer kan påminna varandra om vad de själva kan berätta om (Carter, et al., 2011).

Valet att ha provintervjuer stärker studiens tillförlitlighet. Provintervjuer utfördes för att testa om intervjufrågorna gav användbara svar som kunde svara på syftet. Detta stämmer överens med Gillhams (2008) beskrivning att provintervjuer kan användas för att testa frågorna i intervjuguiden och se att de besvarar syftet. Författarna fick även en chans att öva varsin gång på att hålla en intervju. Detta för att studieförfattarna skulle få erfarenhet av intervjuprocessen, vilket är viktigt då intervjuaren är oerfaren (Gillham, 2008). Då studieförfattarna är fysioterapeutstudenter har de erfarenhet att ta anamnes, vilket är en fördel vid utförandet av intervjun. Situationen i en intervju mellan patient och fysioterapeut samt studieförfattare och intervjuperson skiljer sig åt. Om en av studieförfattarna hade hållit i alla sex intervjuer hade denna fått en större erfarenhet av att intervjua, vilket skulle ha varit en fördel. Studieförfattarna valde dock att dela upp ansvaret för intervjuerna för att få en jämn och rättvis fördelning av arbetet. Provintervjun visades vara viktigt då studieförfattarna hade svårigheter att leda tillbaka intervjupersonen till ämnet under den första provintervjun. Vid den andra provintervjun hade detta förbättrats och denna intervju inkluderades. Detta stämmer överens med det Trust (1997) menar på, att om en person avsätter tid för att intervjua och delar med sig om sina upplevelser borde man inte ta bort den informationen genom att klassa intervjun som provintervju.

Frågorna till intervjuguiden var semistrukturerade då författarna ville ha en strukturerad mall att utgå ifrån, med möjlighet till att ställa följdfrågor (Carter, et al., 2011). Vid kvalitativa intervjuer ska samtalet vara öppet (Malterud, 2009). Frågorna formulerades på ett sådant sätt att det skulle främja deltagarna att berätta öppet om frågan. Exempel på öppna frågor var "Vi är intresserade av..." "Skulle du vilja berätta...". Följdfrågor ställdes om intervjuaren upplevde att deltagarens svar inte var tillräckligt beskrivande och ville veta mer om något eller om det fanns några oklarheter i deltagarens svar. Exempel på följdfrågor var "Vardagssaker då, sköter du de själv, eller får du hjälp med någonting här hemma?" "När du nämner vänner, är det någonting som skulle hjälpa dig var mer i rörelse?" Att det under intervjuerna ställdes öppna frågor samt följdfrågor stärker studiens tillförlitlighet, då det möjliggör att syftet besvaras på bästa sätt.

För att få ett öppet samtal och en så bra intervju som möjligt är det viktigt att deltagaren känner sig trygg (Malterud, 2009). Studieförfattarna optimerade förutsättningarna för ett öppet samtal, vilket stärker studiens tillförlitlighet. Förutsättningarna optimerades genom att garantera deltagarnas konfidentialitet och att inget material skulle föras vidare. Deltagaren fick även själv välja plats för intervjun. Deltagarna i studien var inte bekanta med studieförfattarna. En fördel om intervjuaren är bekant med någon deltagare är att intervjun skulle kunna bli mer öppen än om intervjuare och deltagare inte är bekanta (Ahrne & Svensson, 2011). Det var skillnad på hur öppet deltagarna berättade om sina upplevelser. Vissa av deltagarna kom för långt ifrån ämnet på frågan och då fick den som höll i intervjun ställa en fråga som ledde tillbaka till frågan. Andra deltagare berättade mindre öppet och utförligt om sina upplevelser. Då ställdes följdfrågor samt upprepande frågor för att få mer utförliga svar. Dessa frågor ställdes även till deltagare som hade svårighet att svara på en fråga. Exempel på en sådan fråga är: "Det är inget annat du känner skulle hjälpa dig...?" När deltagarna hade svårt att besvara en fråga använde sig även studieförfattarna av tystnad för att vänta ut ett svar från deltagaren.

Studieförfattarna kan ha påverkat intervjun då de är unga fysioterapeutstudenter från en utbildning med beteendemedicinsk inriktning. Deltagarnas uppfattning av vad som är fysisk aktivitet kan t.ex. påverkats av åldersskillnaden mellan studieförfattarna och deltagare. Deltagarna kanske inte ansåg att deras aktiviteter var på tillräcklig hög nivå för att klassas som fysisk aktivitet av den yngre generationen. Deltagarna kan även ha påverkats av sina egna definitioner av vad fysisk aktivitet är. Studieförfattarna försökte förhindra detta genom att ge studiens definition av fysisk aktivitet, vilket stärker studiens tillförlitlighet. Andra erfarenheter hos deltagarna som kan ha påverkat deras svar är deras erfarenhet av fysioterapi. Svårigheten att besvara frågan om hur en fysioterapeut kan understödja deltagarnas fysiska aktivitet kan dels bero på bristande erfarenhet av fysioterapi.

Studieförfattarna använde sig av en diktafon för att spela in intervjuerna. Det valdes att inte föra några anteckningar under intervjuerna för att helt kunna fokusera på intervjuerna. Detta är i motsats till det Ahrne och Svensson (2011) beskriver om att det är bra att föra anteckningar vid intervjuer, ifall tekniken skulle ha fallerat. Under datainsamlingen var det dock inga problem med tekniken, vilket gjorde att inspelning med diktafon var en bra metod för att dokumentera intervjuerna.

Studieförfattarna transkriberade hälften av intervjuerna var. De transkriberade de intervjuer som de hade haft huvudansvar för. Att de som gjort intervjun transkriberade materialet är en fördel då det kan göra det lättare att förstå saker som är svåra att höra, än vad det skulle varit om studieförfattarna valt att köpa en transkriberingstjänst (Ahrne & Svensson, 2011). Transkribering ska helst ske direkt eller dagen efter det att en intervju skett. Det är nämligen att föredra att en intervju är transkriberad innan nästa sker, då lärdomar kan tas med och fokus och intresset kan läggas på rätt saker vid nästa intervju (Gillham, 2008). På grund av tidsbrist hade inte studieförfattarna möjlighet till detta. Transkriberingarna skedde så tätt inpå intervjun som möjligt, men många gånger utfördes nästa intervju innan transkriberingen av tidigare intervju var klar.

Kvalitativ innehållsanalys används framförallt inom bland annat vårdvetenskap och används för att beskriva variationer i text, såsom utskrivningar av inspelade intervjuer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Då studieförfattarna ville beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i ett transkriberat material från intervjuer valdes det att göra en kvalitativ innehållsanalys. Analysen kan ha påverkats av det synsätt studieförfattarna fått med sig i sin fysioterapeututbildning med beteendemedicinsk inriktning. Studieförfattarna har med sig förkunskaper om olika teorier gällande beteenden, vilka kan ha påverkat analysen samt minska studiens tillförlitlighet. Att tolka materialet utifrån en teori stämmer inte överens med beskrivningen av en induktiv ansats (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Under analysen gick dock studieförfattarna tillbaka flera gånger i materialet och materialet diskuterades även med handledare och kurskamrater under grupphandlingar, detta stärker studiens tillförlitlighet. Detta stämmer överens med det Morse, Barrett, Mayan, Olson och Spiers (2002) beskriver om att det är viktigt att studieförfattarna är lyhörda och öppna under hela vägen när analysen växer fram.

## 5.4 Etikdiskussion

Det uppstod inga etiska problem under studiens gång. Studien följde de etiska riktlinjerna som finns (Vetenskapsrådet och Uppsala universitet, 2014) och utfördes etiskt korrekt. Deltagarna informerades om att deras deltagande var konfidentiell. Detta säkerställdes genom att koda material vid transkribering och analys samt att förvara allt materialt på ett säkert ställe. Materialet kommer även efter studiens godkännande att raderas. Deltagarna meddelades även om att deras deltagande var frivilligt, både muntligt och skriftligt. Att deltagarna var medvetna om konfidentialiteten samt att deltagandet var frivilligt kan ha bidragit till att deltagarna vågade dela med sig av sina upplevelser. Ett hot mot konfidentialiteten var dock att rekryteringen skedde av chefer samt verksamma fysioterapeuter inom hemsjukvården och att de visste vilka som tackat ja till att delta i studien.

Ett möjligt etiskt problem i studien kan ha varit den kognitiva funktionen hos studiedeltagarna. Den kognitiva funktionen kan snabbt försämrats hos äldre vilket kan ha gjort att studiedeltagarnas kognitiva funktion var sämre när intervjuerna skedde än vad den varit vid rekryteringen. Detta kan ha lett till att studiedeltagarna inte förstod informationsbrevet och möjligheten till, och hur de t.ex. ev. skulle tacka nej till deltagande vilket är viktigt ur etisk synvinkel.

Att en av provintervjuerna inte inkluderades kan uppfattas som att studieförfattarna velat dölja delar av resultatet, vilket inte var studieförfattarnas intention. Att provintervjun inte inkluderades motiverar studieförfattarna med att den inte tillförde studiens syfte något.

## 6 SLUTSATSER

Resultatet av denna studie visar att deltagarna upplevde att flertalet faktorer, biologiska, psykologiska och sociala, har betydelse för deras fysiska aktivitetsnivå. Detta är i enlighet med biopsykosociala paradigmet där flera faktorer anses samspela vid ett hälsorelaterat beteende. Enligt studieförfattarna uttryckte studiedeltagarana starkast att psykologiska faktorer var betydelsefulla för deras fysiska aktivitetsnivå.

Deltagarna hade vissa svårigheter att beskriva hur de upplevde att en fysioterapeut kan understödja deras fysiska aktivitet. De förslag som framkom var att en fysioterapeut kan motivera till fysisk aktivitet, ge förslag på träning, hjälpa till att förbättra den fysiska funktionsförmågan samt genom att erbjuda möjligheten att få komma till en fysioterapeut för att utföra fysisk aktivitet.

Att ha en insikt i äldres upplevelser underlättar att planera vården för äldre och skapa den bästa möjligheten för att de ska vara fysiskt aktiva. Studieförfattarna anser att fler studier inom samma område med liknande deltagare bör utföras. Den framtida forskningen bör främst fokusera på äldres upplevelse om hur fysioterapeuter kan understödja äldres fysiska aktivitet, där forskning idag saknas.



## REFERENSER

- Abraham, C., & Michie, S. (2008). A Taxonomy of Behavior Change Techniques Used in Interventions. *Health Psychology, 27*(3), 379-387.
- Ahrne, G., & Svensson, P. (2011). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber AB.
- Arango-lopera, V. E., Arroyo, P., Guitierrez-Robledo, L. M., Perez- Zepeda, M. U., & Cesari, M. (2013). Mortality as an adverse outcome of sarcopenia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 17*(3).
- Carter, R., Lubinsky, J., & Domholdt, E. (2011). *Rehabilitation Research: Principles and Applications*. St. Louis: Elsevier saunders.
- Cederbom, S., Söderlund, A., Denison, E., & Heideken Wågert, P. (2014). Chronic pain among older women living alone. A study focusing on disability and morale. *European Journal of Physiotherapy, 16*, 139-150.
- Chodzko-Zajko, W.J., Proctor, D.N., Fiatarone-Singh, M.A., Minson, C.T., Nigg, C.R., Salem, G.J., & Skinner, J.S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise, 41*(7).
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M., & Guralnik, J. (2003). Motivators and barriers to exercise in an older community-dwelling population. *JAPA, 11*(2), 242 – 253.
- Cott, C., Finch, E., Gasner, D., Yoshida, K., Thomas, S., & Verrier, M. (1995). The movement continuum theory of physical therapy. *Physiotherapy, 47*, 87-95.
- Dahlin-Ivanoff, S., Häggblom Kronlöf, G., & Eklund, K. (2012) Vardagsaktivitet och stöd för att kulan bo kvar hemma. I E. Rydwick (Red.), *Äldres hälsa: Ett sjukgymnastiskt perspektiv*(s. 325-338). Lund: Studentlitteratur.
- Dehlin, O., & Rundgren, Å. (2007). *Geriatrik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Denison, E., & Åsenlöf, P. (2012). *Beteendemedicinska tillämpningar i sjukgymnastik*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Eklom-Bak, E., Eklom, B., & Hellénus, M. L. (2010). Minskat stillasittande lika viktigt som ökad fysisk aktivitet. *Läkartidningen, 107*(9).
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286).
- Fiatarone Singh, M. (2002). Exercise Comes of Age: Rationale and Recommendations for a Geriatric Exercise Prescription. *Journal of Gerontology: Medical Sciences, 57A*(5).
- Franzén, E. (2012). Balanskontroll-teori, mätmetoder och träning. I E. Rydwick (Red.), *Äldres hälsa: Ett sjukgymnastiskt perspektiv* (s. 93-106). Lund: Studentlitteratur.

- Fuller, B., Stewart Williams, J., & Byles, J. (2010). Active living-the perception of older people with chronic conditions. *Chronic illness*, 6(4).
- Gillham, B. (2008). *Forskningsintervjun: Tekniker och genomförande*. Malmö: Studentlitteratur AB.
- Goodpaster, B. H., Park, S.W., Harris, T. B., Kritchevsky, S. B., Nevitt, M., Schwartz, A. V., ... Newman, A. B. (2006). The Loss of Skeletal Muscle Strength, Mass, and Quality in Older Adults: The Health, Aging and Body Composition Study. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 61 A(10), 1059-1064.
- Graham, L., & Connelly, D. (2013). "Any Movement at All Is Exercise": A Focused Ethnography of Rural Community-Dwelling Older Adults' Perceptions and Experiences of Exercise as Self-Care. *Physiotherapy Canada*, 65(4), 333-341.
- Healy, G. N., Dunstan, D. W., Salmon, J., Cerin, E., Shaw, J. E., Zimmet, P. Z., & Owen, N. (2008). Breaks in sedentary time: Beneficial associations with metabolic risk. *Diabetes care*, 31(4), 661-666.
- Hellström, Y., & Hallberg, I. (2001). Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health and Social Care in the Community*, 9(2), 61-71.
- Jakobsson, U., Hallberg, I., & Westergren, A. (2004). Pain management in elderly persons who require assistance with activities of daily living: a comparison of those living at home with those in special accommodations. *European Journal of Pain*, 8(4), 335-344.
- Janceya, J. M., Clarke, A., Howat, P., Maycock, B., & Lee, A. H. (2009). Perceptions of physical activity by older: A qualitative study. *Health Education Journal*, 68(3), 196-206.
- Janssen, S., & Stube, J. (2014). Older Adults' Perceptions of Physical Activity: A Qualitative Study. *Occupational therapy international*, 21(2), 53-62.
- Kim, Y., & Kosma, M. (2012). Psychosocial and Environmental Correlates of Physical Activity Among Korean Older Adults. *Research on Aging*, 35(6), 750-767.
- Legitimerade sjukgymnasters riksförbund. (2010). *Sjukgymnastik som profession och vetenskap*. Stockholm: Legitimerade sjukgymnasters riksförbund Hämtad 2015-01-07, från [http://www.fysioterapeuterna.se/Global/Professionsutveckling/Om%20professionen/Broschyrer%20\(nytt%202014\)/Definition%20av%20sjukgymnastik%20som%20vetenskap%20och%20profession.pdf](http://www.fysioterapeuterna.se/Global/Professionsutveckling/Om%20professionen/Broschyrer%20(nytt%202014)/Definition%20av%20sjukgymnastik%20som%20vetenskap%20och%20profession.pdf) den 7 01 2015
- Lexell, J., & Brogårdh, C. (2012). Fysiologiska förändringar hos äldre och effekter av träning. I E. Rydwick (Red.), *Äldres hälsa: Ett sjukgymnastiskt perspektiv* (s. 19-30). Lund: Studentlitteratur.

- Lexell, J., Frändin, K., & Helbostad, J. L. (2008). Äldre. Statens Folkhälso Institut (Red).  
*FYSS 2008: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.*  
 (s.194-202). Elanders.
- Lindwall, M., & Karlsson, I. (2012). Fysisk aktivitet och psykisk ohälsa hos äldre. I E. Rydwick (Red.), *Äldres hälsa: Ett sjukgymnastiskt perspektiv* (s. 355-366). Lund: Studentlitteratur.
- Lundin Olsson, L. (2012). På säkrare ben: fallförebyggande arbete. I E. Rydwick (Red.), *Äldres hälsa: Ett sjukgymnastiskt perspektiv* (s. 107- 126). Lund: Studentlitteratur.
- Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. M. Granskär & B. Höglund – Nielsen (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Marcel, T. (2003). Sarcopenia: Causes, Consequences, and Preventions. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A(10), 911-916.
- Mazzeo, R., Cavanagh, P., Evans, W., Fiatarrone, M., Hagberg, J., McAuley, E., & Startzell, J. (1998). Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and science in sports and exercise*, 30(6), 992-1008.
- Morse, J., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2).
- Naso, F., Carner, E., Blankfort-Doyle, E., & Coughney, K. (1990). Endurance training in the elderly nursing home patient. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 70(3), ss. 241-243.
- Nelson, M., Jack, R., Blair, S., Duncan, P., Judge, J., & King, A. (2007). Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*, 116(9).
- Newson, R. S., & Kemps, E. B. (2007). Factors That Promote and Prevent Exercise Engagement in Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 19(3), 470-481.
- Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A textbook*. Open University Press.
- Persson, A., & While, A. (2012). Physical activity among older people and related factors. *Health Education Journal*, 71(2).
- Rydeskog, A., Frändin, K., & Hansson-Scherman, M. (2005). Elderly people's experiences of resistance training. *Advances in Physiotherapy*, 7, 162-169.

- Schutzer, K. A., & Graves, B. S. (2004). Barriers and motivations to exercise in older adults. *Preventive Medicine, 39*, 1056–1061.
- Sharpe, M., Archard, L., Banatvala, J., Borysiewicz, L., Clare, A., David, A., ... White, P. D. (1991). A report - chronic fatigue syndrome: guidelines for research. *Journal of the Royal Society of Medicine, 84*.
- Sims, J., Browning, C., Lundgren-Lindquist, B., & Kendig, H. (2011). Urinary incontinence in a community sample of older adults: prevalence and impact on quality of life. *Disability and Rehabilitation, 33*(15-16), 1289-1498.
- Socialstyrelsen. (2007). *Rehabilitering för hemmaboende äldre*. Socialstyrelsen. Hämtad 2015-01-05, från [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9199/2007-123-26\\_200712326.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9199/2007-123-26_200712326.pdf)
- Statiska centralbyrån. (2006). *Äldres levnadsförhållanden - Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån. Hämtad 2014-05-27, från Statistiska centralbyrån: [http://www.scb.se/statistik/\\_publikationer/LE0101\\_1980I05\\_BR\\_01\\_LE112SA0601.pdf](http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0101_1980I05_BR_01_LE112SA0601.pdf)
- Tanimoto, Y., Watanabe, M., Sun, W., Tanimoto, K., Shishikura, K., Sugiura, Y., ... Kono, K. (2013). Association of sarcopenia with functional decline in community dwelling-elderly subjects in Japan. *Geriatr Gerontol Int, 13*, 958-963.
- Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate Medical Journal, 90*(1059), 26-32.
- Trust, J. (1997). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Vaz Fragoso, C. A., Beavers, D. P., Hankinson, J. L., Flynn, G., Berra, K., Kritchevsky, S. B., ... Gill, T. M. (2014). Respiratory Impairment and Dyspnea and Their Associations with Physical Inactivity and Mobility in Sedentary Community-Dwelling Older Persons. *J Am Geriatr Soc, 62*, 622-628.
- Vetenskapsrådet och Uppsala univeritet. (2014). *CODEX*. Hämtad 2015-01-23, från <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? A systematic review. *Aging & Mental Health, 14*(6), 652–669.
- Visser, M., Goodpaster, B. H., Kritchevsky, S. B., Newman, A. B., Nevitt, M., Rubin, S. M., ... Harris, T.B. (2005). Muscle Mass, Muscle Strength, and Muscle Fat infiltration as predictors of incident mobility limitations in well-functioning older persons. *Journal of Gerontology: Medical Sciences, 60 A*(3), 324-333.

World Health Organization. (2015a). *Physical activity*. Hämtad 2015-01-20, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>

World Health Organization. (2015b). *Physical activity and older adults*. Hämtad 2015-01-29, från [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_olderadults/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/en/)

Yardley, L., & Smith, H. (2002). A Prospective Study of the Relationship Between Feared Consequences of Falling and Avoidance of Activity in Community-Living older people. *The Gerontologist*, 42(1), 17-23.

# **BILAGA A**

## **Intervjuguide**

1. Vi är intresserade av hur fysisk aktiv du är, så om du skulle kunna berätta på vilket sätt du är aktiv under en dag
2. Skulle du vilja berätta om hur du upplever din förmåga att vara fysisk aktiv
  - a. Hur nöjd du är med hur fysisk aktiv du är idag
  - b. Berätta mer om varför du är nöjd/varför du inte är nöjd
3. Ibland är du säkert mer i rörelse/fysiskt aktiv och ibland mindre. Vad tror du det beror på?
4. Vill du berätta om vad du känner skulle kunna hjälpa dig att vara mer i rörelse/fysisk aktiv?
5. På vilket sätt skulle en fysioterapeut(sjukgymnast) kunna hjälpa dig med att komma igång med/öka/fortsätta hålla dig i rörelse/vara fysiskt aktiv tror du?

# BILAGA B

Informationsbrev

## Äldres upplevelser om faktorer som påverkar deras fysiska aktivitetsnivå

En intervjustudie

Vi är två studenter på sjukgymnastprogrammet på [REDACTED] som ska skriva vårt examensarbete. Vi ska göra en studie med syftet att beskriva äldres upplevelse av vilka faktorer som påverkar deras fysiska aktivitetsnivå och även vilket stöd de äldre upplever att en fysioterapeut (sjukgymnast) kan ge för att utföra fysisk aktivitet. Idag blir vår befolkning äldre och äldre och det behövs därför större inblick i hur äldre själva upplever sin fysiska aktivitetsnivå som är en viktig del av en god hälsa.

Med fysisk aktivitet menas alla rörelser med kroppen som ökar energiförbrukningen, vilket kan innefatta alla vardagliga rörelser såsom att gå på toa, laga mat och påklädning.

Vi vill nu tillfråga dig om ditt deltagande i vår studie då du uppfyller kraven för att ingå i studien. Deltagare i studien ska vara över 80 år, vara hemmaboende och endast ha hjälp med saker i hemmet som städning, matlagning, matinköp eller tvätt.

Kontaktuppgifter till dig fick vi genom två fysioterapeuter (sjukgymnasterna) i kommunen.

- Deltagandet är helt frivilligt och du kan när som helst tacka nej.
- Du garanteras anonymitet, dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem.
- Om ett känsligt ämne uppkommer har du rätt att inte besvara eller avbryta intervjuen.
- Vid medverkande i studien kommer du att intervjuas under cirka 45 min. Ljudinspelning kommer ske under intervjun för att få med allt och få ett så bra resultat som möjligt. Efter att studien har blivit godkänd kommer allt ljudmaterial att raderas.
- Studiens resultat kommer presenteras som en uppsats vid [REDACTED].

För att få ytterligare information om studien eller om du har några övriga frågor tveka inte att kontakta oss.

Tack på förhand!

Amanda Alkenius  
Fysioterapeutstudent

Josefin Johansson  
Fysioterapeutstudent

Maria Sandborgh  
Lektor och handledare

[REDACTED]  
[REDACTED]  
Din intervju kommer att ske: 2014-.-., kl. ...  
Jag godkänner mitt deltagande i studien .....



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÅSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås Tfn: 021-10 13 00