



**Karolinska
Institutet**

Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle
Sektionen för arbetsterapi
Examensarbete för kandidatexamen i arbetsterapi, 15hp
Vårterminen 2010
(1QA037)

Äldres tilltro till den egna förmågan att utföra aktiviteter utan att falla

**Elderly self-efficacy to perform
activities without falling**

Författare: Lise-Lotte Björklund
Handledare: Lena Rosenberg
Datum: 2010-05-26

SAMMANFATTNING

Studiens syfte är att undersöka och beskriva hur Feldenkraismetoden påverkar fallrädsla hos äldre och för att få en förståelse för äldres erfarenhet av fallrisk i dagliga aktiviteter.

I studien ingick 8 personer, 75 år och äldre med förhöjd risk att falla och skada sig, boende i eget boende utan hemtjänst, i en svensk kommun.

Till studien valdes en mixad metod. I den kvalitativa delen samlades data in genom att deltagarna intervjuades två gånger, angående fallrisk i dagliga aktiviteter. Fyra av deltagarna gick i en Feldenkraiskurs på 8 veckor, med inriktning att öka balans och medvetenhet om egen kapacitet. Fyra deltagare fick inte några Feldenkraislektioner mellan de båda intervjutillfällena. Kvantitativ data samlades in före och efter interventionen hos deltagarna i båda grupperna genom mätning av fallrädsla och tilltro till egen kapacitet att utföra aktiviteter utan att falla, med självskattningsinstrumentet Falls Efficacy Scale (FES)(S), för att undersöka effektiviteten i interventionen. De båda grupperna var från början jämförbara vad gäller fallhistorik, social bakgrund och fysisk aktivitet.

Utifrån resultatet av den andra FES(S) mätningen framkom det att deltagarna i interventionsgruppen hade förbättrat tilliten till sin egen kapacitet medan tilliten var försämrad eller oförändrad hos deltagarna i kontrollgruppen. Under intervju nummer två uttryckte sig de som genomgått Feldenkraiskursen en större öppenhet för egna strategier kring fallriskfaktorer i daglig aktivitet än deltagarna som inte fått några Feldenkraislektioner.

Trots att studien är av begränsad storlek, indikerar resultatet att Feldenkraismetoden skulle kunna vara ett verktyg för att minska fallrädsla och höja tilltron till den egna kapaciteten att utföra aktiviteter utan att ramla hos personer 75 år och äldre i eget boende med förhöjd risk för fallrelaterade skador.

Sökord

Older Adults, Fear of Falling, Feldenkrais Method, Activities of Daily Living

SUMMARY

The aim of this study was to describe and explore how the Feldenkrais Method may effect fear of falling among the older adults and to get an understanding of older adults experiences of risk of falling in their daily activities.

The study included eight people, aged 75 years and older, with an increased risk of falling and to injure themselves. The participants lived in their own homes without home care, in a Swedish municipality.

In the study a mixed approach was chosen. In the qualitative part of the datacollection the participants were interviewed two times each about their experiences of the risk of falling in daily activities. Four of the participants joined a Feldenkraiscourse for 8 weeks, with focus on increasing balance and awareness of the participants own capability. Four participants did not get any Feldenkraislessons between the two interview occations. Quantitative data were collected before and after the intervention of participants in both groups by measuring the fear of falling and confidence in own ability to perform activities without falling, with the self-assessment measure Falls Efficacy Scale (FES) (S), in order to investigate the efficiency of the intervention. The two groups were initially comparable in terms of case history, social background and physical activity.

Based on the results of the second FES (S) measurement revealed that the participants in the intervention group had improved their confidence in their own capacity, while the confidence was impaired or unchanged in the participants in the control group. During interview number two those who have undergone the Feldenkraiscourse expressed with a greater openness their own strategies on appropriate risk factors in daily activities than participants who had not received Feldenkrais lessons between the two interviews.

Although this is a small study, the result indicates that the Feldenkrais Method could be a tool to reduce fear of falling and increase confidence in the ability to perform activities without falling in persons 75 years and older living in their own home with enhanced risk of fall-related injuries.

Keywords:

Older adults, Fear of Falling, Feldenkrais Method, Activities of Daily Living,

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | INLEDNING | 5 |
| 2 | BAKGRUND | 6 |
| | 2.1 Äldres säkerhet..... | 6 |
| | 2.2 Rädsla för att falla..... | 7 |
| | 2.3 Daglig aktivitet..... | 8 |
| | 2.4 Feldenkraismetoden..... | 9 |
| 3 | SYFTE | 10 |
| 4 | METOD | 10 |
| | 4.1 Urval..... | 11 |
| | 4.2 Datainsamling..... | 12 |
| | 4.3 Databearbetning..... | 14 |
| 5 | ETISKA ASPEKTER | 15 |
| 6 | RESULTAT | 15 |
| | 6.1 Resultat av FES(S) bedömning..... | 16 |
| | 6.2 Resultat av intervju..... | 17 |
| | 6.2.1 Tillit till egen förmåga..... | 17 |
| | 6.2.2 Hjälpa andra och ta emot hjälp..... | 18 |
| | 6.2.3 Egna strategier..... | 18 |
| | 6.2.4 Fysiska begränsningar..... | 19 |
| 7 | KONKLUSION | 20 |
| 8 | DISKUSSION | 20 |
| | 8.1 Metoddiskussion..... | 20 |
| | 8.2 Resultatdiskussion..... | 23 |
| | REFERENSER | 25 |
| | BILAGA 1 Falls Efficacy Scale..... | 28 |
| | BILAGA 2 Må bra samtalets Matris..... | 31 |
| | BILAGA 3 Deltagarmedgivande..... | 33 |

1 INLEDNING

Denna studie valdes utifrån min erfarenhet som arbetsterapeut och mitt intresse av äldres hälsa och trygghet. Sedan 1993 har jag varit verksam inom Vård- och Omsorgsförvaltningen i Karlstads kommun. I mitt arbete kommer jag i kontakt med äldre personer vars problem kan härledas från en försämrad balans, vilket resulteras i en rädsla för att falla som i sin tur kan reducera personernas självständiga aktivitetsutförande. 2008 öppnades en möjlighet för mig att ingå i projektet ”Trygghetspaketet” med inriktning att minska fallrelaterade skador hos personer 75 år och äldre boende i eget boende. Arbetet i projektet inriktas bland annat på att genom information ge de äldre kunskap om och främja sunda vanor med ett säkert beteende för att förebygga fallskador. Denna kategori med förhöjd fallskaderisk erbjuds att delta i Feldenkraislektioner under 8 veckor, med syfte att minska fallrädsla.

Den här studien är ett försök att beskriva och undersöka, utifrån de erfarenheter jag samlat på mig, om Feldenkraismetoden skulle kunna vara ett verktyg att reducera fallrädsla och höja tilltro till den egna kapaciteten hos äldre personer samt att få en förståelse för de äldres erfarenhet av fallrisker i daglig aktivitet.

Det här arbetet har jag kunnat genomföra med hjälp av några viktiga nyckelpersoner. Framförallt vill jag rikta ett stort tack till gruppdeltagare i projektet ”Trygghetspaketet” som delat med sig av sina erfarenheter kring säkerhet och fallrädsla, dessutom ett varmt tack till min handledare Lena Rosenberg som med sina värdefulla kunskaper lotsat mig genom denna resa.

Lise-Lotte Björklund
Karlstad Våren 2010

2 BAKGRUND

2.1 Äldres säkerhet

Fallrelaterade skador bland äldre är ett omfattande folkhälsoproblem vilket innebär ett stort mänskligt lidande för den enskilde och höga kostnader för samhället. I takt med det stigande antalet äldre är fallskador ett problem som stadigt ökar (Cummings, Salkeld, Thomas, et al., 2000). Fallolyckor beräknas kosta kommunerna och landstingen 5 miljarder per år. Årligen omkommer i Sverige över 1400 personer till följd av fallolyckor och det är mer än tre gånger fler än antalet som dör i trafiken. På bara tjugo år har dödsolyckorna bland de äldsta, över 80, nästan fördubblats (Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 2010). Internationellt sett är fallolyckor den femte vanligaste dödsorsaken bland äldre personer i relation till andra dödsorsaker och det är ungefär en femtedel av befolkningen över 65 år i eget boende som varje år råkar ut för en fallolycka (Kalander & Blomqvist, 2007). Förutom hög ålder finns ett flertal fallriskfaktorer, till exempel: kön, tidigare fall, mediciner, inaktivitet, muskelsvaghet, begränsningar i ADL, nedsatt balans- och gångförmåga, känsel och reaktionshastighet, fallrädsla, fotbeklädning och omgivningens utformning i hemmet eller på offentliga platser som ökar risken för att falla (Karlström, Yttergren, Borgblad, et al., 2002).

I forskningen kring olika fallförebyggande interventioner har framkommit att fysisk aktivitet minskar risken för fall men att det tar betydligt längre tid att skapa en motivation till ett förändringsbenäget beteende som leder till en fallförebyggande livsstil (Freiberger, Menz, Abu-Omar, & Rutten, 2007). Hjalmarson, Strandmark och Klässbo (2007) visar i sin forskning att sund riskmedvetenhet hos osteoporosiska äldre kvinnor är nyckeln till en beteendeförändring gällande en frakturprebyggande livsstil.

Det finns evidens för att fallskador kan förebyggas genom att inrikta sig på individer med multipla fallriskfaktorer (Tinetti, Baker, McAvay, Claus, Garrett, Gottschalk, et al., 1994). Detta har många kommuner uppmärksammat och arbetar nu mer systematiskt med att förebygga fallskador bland äldre. Inom Vård- och omsorgsförvaltningen i Karlstad kommun pågår sedan våren 2008 projektet ”Trygghetspaketet” (Adenmark, 2008). I Trygghetspaketet erbjuds personer 75 år och äldre boende i ordinärt boende: - Riskronder med en allmän översyn av risker i hemmet samt att brandvarnare finns och fungerar, - Fixarservice en tjänst

som innebär att stötta de äldre med göromål i hemmet vilka innebär en risk som till exempel byta gardiner och - Må bra samtal i vilket en arbetsterapeut eller sjuksköterska tillsammans med den äldre diskuterar kring frågor angående individens kapacitet (hälsfaktorer), i vilken situation/aktivitet individen befinner sig i (inre och yttre miljö), vilka samverkar till riskfaktorer för fallolyckor. Med hjälp av Kunskapscentrum för äldres säkerhet i kommunen ska erfarenheter omsättas i det praktiska arbetet. Det övergripande syftet med projektet Trygghetspaketet är att identifiera äldre individer med ökad risk att falla och att erbjuda åtgärder som minskar risken för fallrelaterade skador samt att de äldre ska uppleva ökad säkerhet och trygghet i sin närmaste omgivning (Adenmark, 2008). Inom projektet finns även tillgång till en arbetsterapeut med Feldenkraispedagogutbildning (Krauss, 2010) som kan erbjuda grupplektioner i Feldenkraismetoden (Awareness through movement (ATM - lektioner) till personer med en hög riskbild (för fallrelaterade skador) i syfte att reducera fallrädsla.

2.2 Rädsla för att falla

Det finns en stark evidens för att ”tidigare fall” ökar risken för nya fall och det är svårt att i förväg veta om fallet leder till fysiska eller psykologiska men till exempel rädsla för att gå på grund av risken för att falla igen (Lundin-Olsson, 2002; Socialstyrelsen & Räddningsverket, 2007). Enligt Rubenstein (2006) och Von Heideken Wågert, Gustafson, Kallin, et al., (2009) är rädsla för att falla, depression, känsla av hjälplöshet och social isolering möjliga konsekvenser efter fallolyckor. 26 % av äldre personer uppvisar posttraumatisk stress disorder (PTSD) efter fall och man har funnit störda nivåer av signalsubstanser i både hippocampus och hjärnbarken hos personer med PTSD vilket visar att PTSD lämnar fysiska men (Shuff, Neylaan, Fox Bosetti, et al., 2008; Chung, Mc Kee, Austin, et al., 2009). Lundin-Olsson (2002) menar att rädslan för att falla är betydligt vanligare än rädslan för att bli rånad och att den också förekommer bland personer som inte fallit tidigare. Enligt en rapport av SBU (2003) har cirka 25 % - 65 % av äldre personer, speciellt äldre kvinnor, en rädsla för att falla. En sådan rädsla kan få allvarliga konsekvenser för fysisk förmåga och kan leda till sviktande självförtroende, känsla av hjälplöshet och social isolering (Lundin-Olsson, 2002).

Cummings, et al., (2000) och Karström, et al., (2002) skriver att det är viktigt att använda sig av mätinstrument som belyser de äldres egen tilltro till sina förmågor och fallrädsla vanligen mäts med bedömningsinstrumentet Fall Efficacy Scale, (FES) i vilket individen själv skattar

sin tillit till att utföra dagliga aktiviteter (utan att falla). Dr. M. Tinetti, USA utvecklade det subjektiva mätinstrumentet Falls Efficacy Scale (FES) 1990 vilket baseras på Banduras self-efficacy teori (graden av självtillit) och är anpassad för den äldre populationen (Karström, et al., 2002). I litteraturen definieras sällan uttrycket ”rädsla för att falla” utan används övergripande oavsett om man frågar efter rädslan och oron för att falla eller graden av självtillit för att kunna utföra en aktivitet utan att falla (Lundin-Olsson, 2002).

I en studie av Hellström, Lindmark, Fugl – Meyer, (2002) delades patienter med stroke in i två grupper utifrån FES poäng vid inskrivning. En grupp med höga poäng (hög tillit till egen kapacitet) och en med låga poäng. Efter behandlingsperioden slut hade skillnaden mellan grupperna ökat. De som från början haft höga poäng hade förbättrats och de som hade låga poäng vid inskrivning hade tappat litet till. Författarna drog slutsatsen att upplevelsen av självtillit är ett tillstånd, vilket medför en möjlighet till påverkan genom behandling.

2.3 Daglig aktivitet

Ett av människans grundläggande behov är att vara aktiv och det har betydelse för människors välbefinnande. Genom valet av de aktiviteter som människor fyller sitt liv med, skaffar de sig en plats i tillvaron. Enskilt eller i samspel med andra tar de del i den fysiska och sociala värld de lever i via aktivering. Ett sätt att hantera denna värld är att engagera sig i olika vardagliga aktiviteter och på så sätt bibehåller människan sin livsstil och identitet (Kielhofner, 2002). Kielhofner (2002) nämner även hur The Model of Human Occupation´s (MOHO´s) tre delar (vilja, vanor och kapacitet) i samarbete, förutsätter möjligheterna till aktivitetsutövande, såsom:

- Personens motivation och självständiga val av aktivitet (intressen).
- De återkommande rutiner och vanor som är unika för varje individ.
- Varje människas kapacitet att utföra den valda aktiviteten.

Vidare har den omgivande miljön med sina möjligheter, resurser, krav och begränsningar del i förutsättningen för människans motivation, organisation och förmåga till aktivitetsutövande (Kielhofner, 2002). Alla dessa komponenter i samverkan bildar basen för en människas aktivitetsutförande och ett fall kan ge allvarliga konsekvenser såsom en rädsla för att falla, depression, inaktivitet och ökat hjälpberoende (Lundin-Olsson, 2002; Rubenstein, 2006; Von Heideken Wågert, et al., 2009).

Tidigare forskning (Richard, Sattin, Kirk et al., 2005; Bergqvist, Lindh, 2007) visar att fysisk träning samt lågintensiva övningar såsom Thai Chi, kan förbättra balans och minska fallrädsla hos äldre sköra personer. Hjalmarsson (2005) menar att motivationen sjunker om det saknas kunskap och insikt om de bakomliggande motiven för målet och att livsstilsförändringar är svåra att genomföra för alla, oavsett ålder. Faktorer att beakta är: - risken med nuvarande livsstil, - att en förändring kan leda till reducerad risk och - att jag är kapabel att genomföra en livsstilsförändring. Därför har det enligt Tornstam (2005) betydelse att lotsa och motivera den äldre att själv fatta beslut och lösa problem av skilda slag.

2.4 Feldenkrais metoden

Feldenkraispedagogiken är en metod till medvetenhet som utvecklades av den israeliska fysikern Moshe Feldenkrais (1904-1984). Feldenkrais intresserade sig för sambandet mellan människans beteende och den kroppsliga självuppfattningen. Han menade att varje aktivitet och handling består av fyra oskiljaktiga komponenter; tanke, känsla, upplevelse och rörelse samt att en optimal funktion kräver att det råder balans mellan dessa (Feldenkrais, 1972). Syftet med Feldenkraismetoden är att genom rörelse öka medvetenheten om den egna självbilden och sättet att använda kroppen (Svenska Förbundet för Auktoriserade Feldenkraispedagoger, 2006). Feldenkrais (1980) skriver att självkänedom genom uppmärksamhet och medvetenhet är målet för lärandet och när vi blir medvetna om vad vi faktiskt gör och inte vad vi säger eller tänker att vi gör, ligger vägen till framsteg vidöppen för oss.

”I am not interested in flexible bodies but in flexible minds”

Moshe Feldenkrais

Feldenkraislektioner kan ges individuellt (functionel integration, (FI)) eller i grupp (awareness through movement, (ATM)). Enligt Rywerant (1983) är Feldenkraismetoden under en FI lektion en pedagogiskt utformad icke-verbal neuromotorisk kommunikation mellan läraren och elevens centrala nervsystem via det kinestetiska sinnet, alltså det sinne varigenom vi uppfattar den egna kroppen med receptorer som återfinns i muskler, leder och sensor.

Under grupplektionerna (ATM) guidas eleverna verbalt i varierande rörelsesekvenser, där man framför allt ställer frågan ”hur” och kan sedan göra det omöjliga möjligt, det möjliga lätt

och det lätta elegant utifrån varje individs egna resurser (Feldenkrais, 1972). De Feldenkraislektioner som användes i denna studie baseras på den australiensiska Feldenkraispedagogen Robert Webbs koncept (Getting grounded gracefully - balance improvement and falls prevention) och är speciellt anpassade till att stärka balansen hos äldre personer samt uppmuntra dem till ökat utövande av fysisk aktivitet. Lektionernas syfte är att undervisa elever som tappat eller är på väg att tappa tilltron till sin egen förmåga och för att istället för att söka stadga och stabilitet återfinna friheten i rörelsen vilket är basen för människans upprättstående och gående (Webb, 2009). Forskning (Vrantsidis, Hill, Moore, Webb, Hunt & Dowson, 2009; Connors, Galea, Said, et al., 2009; Ullman, Williams, Hussey, Durstine & McClenaghan, 2010) har visat att äldre personer som deltagit i Feldenkraislektioner under 5-10 veckor reducerat fallrädsla och höjt tilltron till egen förmåga att utföra dagliga aktiviteter samt ökat sin rörlighet och balans.

Då litteraturgenomgången har visat att skador efter fallolyckor bland äldre är ett stort folkhälsoproblem och är den femte vanligaste dödsorsaken bland äldre personer (Cummings et al., 2000; Kalander & Blomqvist, 2007). Att en möjlig konsekvens efter fall är enligt Rubenstein (2006) och Von Heideken Wågert et al. (2009) rädsla för att falla vilket kan få allvarliga konsekvenser för den äldres fysiska förmåga och aktivitetsutövande (Lundin-Olsson, 2002). Enligt Vrantsidis, et al., (2009), Connors et al., (2009) och Ullman, et al., (2010) kan Feldenkraislektioner minska fallrädsla, stärka balans och öka fysisk aktivitet hos äldre personer.

3 SYFTE

Syftet med studien är att beskriva och undersöka hur Feldenkraismetoden kan påverka fallrädsla hos äldre samt att få en förståelse för äldres erfarenhet av fallrisk i livets dagliga aktiviteter.

4 METOD

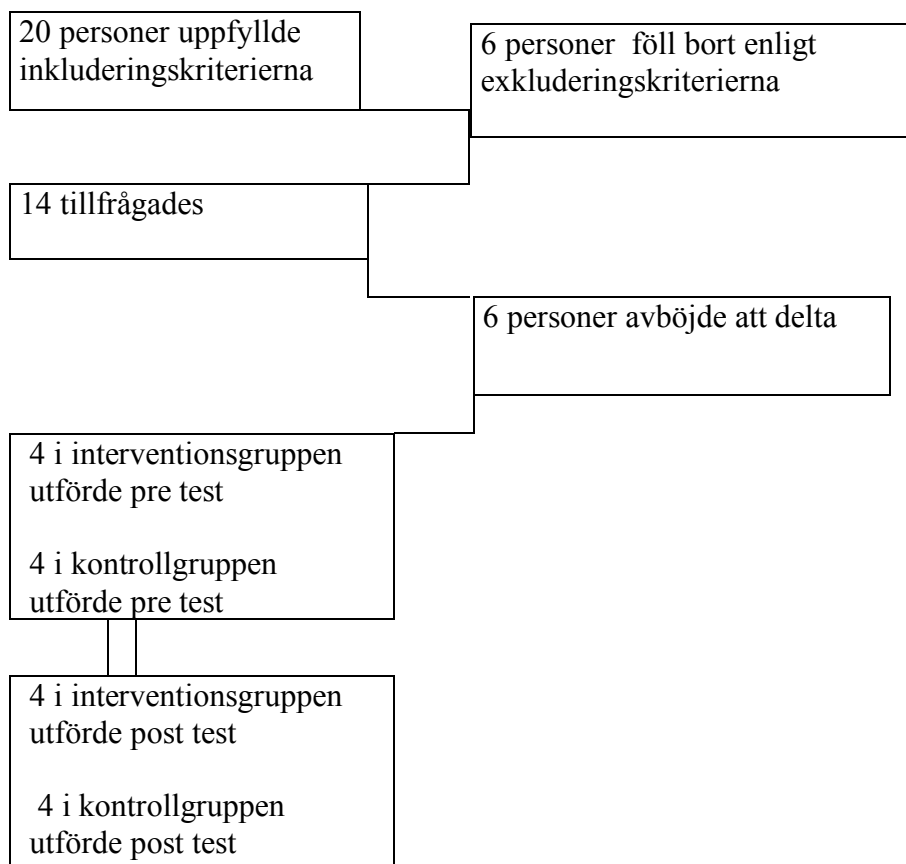
Till denna studie valdes en mixad metod för att samla in data, en kvantitativ del via bedömning av tillit till egen kapacitet att utföra aktiviteter utan att ramla utifrån frågeformuläret FES(S) (Bilaga 1) och en kvalitativ del genom intervjuer där de äldre med egna ord fick berätta om sina erfarenheter av fallrisk i dagliga aktiviteter (Kvale, 1997; Lantz,

2007; Krag- Jacobsen, 2008).

Med en kvantitativ metod vill man undersöka mätbara effekter, utifrån en teori eller hypotes, för att söka förklaring (Kvale, 1997). I denna studie ville författaren undersöka om hypotesen att rädsla att falla går att påverka genom Feldenkraisundervisning stämde.

4.1 Urval

Urvalet till studien grundade sig på ett klusterurval (Denscombe, 1998) som kan definieras som ett urval där undersökningsgruppen är samlade på ett naturligt ställe. Personerna i studien fanns i en och samma stadsdel i en svensk kommun. I projektet Trygghetspaketet utför en arbetsterapeut eller en sjuksköterska kontinuerligt Må bra samtal, där risken för att falla och skada sig, hos personer 75 år och äldre som bor i eget boende utan hemtjänst med omvårdnadsinsatser, kartläggs utifrån en riskanalys (Bilaga 2). Personer med en hög riskbild för fallskador utifrån Må bra samtalets riskanalys (orange/röd grupp) fick utgöra urvalet i denna studie.



Figur 1 Flödesschema över deltagare.

Tjugo personer överensstämde med inkluderingskriterierna vid tiden för studiens början: att vara 75 år och äldre, ha ökad risk för fallrelaterade skador och ett självständigt boende. Sex av dessa föll bort enligt exkluderingskriterierna: att vara utan kognitiva störningar, som till exempel en demensdiagnos och att enligt egen utsago kunna gå minst 5 meter utan gånghjälpmedel. De första fyra personerna som var intresserade av att delta i studien fick ingå i interventionsgruppen och genomgick Feldenkraisundervisningen medan de fyra nästföljande som var positiva till att medverka bildade en kontrollgrupp som inte erhöll några Feldenkraislektioner mellan de båda intervjutillfällena. (Se figur 1)

De 8 deltagarna i studien var samtliga kvinnor då inga män hade visat en förhöjd risk att falla i de Må bra samtal som gjordes för att identifiera riskpersoner under perioden närmast före studiens början. Medelåldern var 82,5 år med en spridning mellan 79 och 86 år. I interventionsgruppen var det två av deltagarna som hade ett dagligt intag av mer än 10 mediciner medan det i kontrollgruppen endast var en med så många olika mediciner. Demografiskt var det ingen större skillnad mellan båda grupperna vilket är beskrivet i Figur 2.

| | Medelålder i år (spridning) | Civilstånd | Typ av boende | Tidigare fall | Antal deltagare med trygghetslarm | Antal deltagare med hjälpmedel |
|--------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Interventionsgrupp | 82 (79 - 83) | 3 ensam boende 1 sambo | 2 villa 2 lägenhet | 1 st 0 1 st 1 2 mer än 10 | 2 | 2 |
| Kontrollgrupp | 83,5 (81 – 86) | 3 ensam boende 1 sambo | 4 lägenhet | 1 st 0 1 st 1 2 mer än 10 | 1 | 3 |

Figur 2 Demografisk data i interventions- och kontrollgrupp vid studiens början.

4.2 Procedur och datainsamling

Efter ett godkännande från enhetschef och projektansvarig för projektet Trygghetspaketet i vilket studien ingick påbörjades arbetet. De personer som utifrån Må bra samtalet konstaterades ha en förhöjd risk för fallrelaterade skador erbjöds att delta i en Feldenkraiskurs

speciellt anpassad till äldre med balanssvårigheter i syfte att med mjuka små rörelser höja medvetenheten om egen kroppens organisation i aktivitet (Webb, 2009). Vid tiden för studiens start 2009-10-01 erbjöds 20 kvinnor plats i kursen.

Personerna tillfrågades av författaren om medverkan i studien både via telefonsamtal och i personligt möte, där varje deltagare undertecknade ett deltagarmedgivande (Bilaga 3). I detta fick de enligt Patel och Davidson (2003) upplysning om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde utgå utan konsekvenser. Därefter inleddes studien med en mätning i de båda grupperna av tilltro till egen förmåga att utföra aktiviteter utan att ramla med självskattningsinstrumentet Falls Efficacy Scale (FES)(S), detta för att undersöka effekten av interventionen (Taylor, 2007).

1999 reviderade, översatte och reliabilitetstestade sjukgymnast K. Hellström Dr. M. Tinetti subjektiva mätinstrument Falls Efficacy Scale (FES) till det svenska testet ”Upplevd Kapacitet: Utföra aktiviteter utan att ramla” (Karström, et al. 2002). FES(S) är ett självskattningsinstrument som mäter fallrädsla utifrån hur säker man är på att utföra 13 vardagliga aktiviteter utan att ramla. Aktivitet 1-6 omfattar personlig ADL och aktivitet 8-13 omfattar instrumentell ADL medan aktivitet 7 (gå upp och ned för trappor) anses som fristående. Samtliga aktiviteter 1-13 ingår i totalsummeringen. Tilltron till den egna förmågan skattas på en visuell, analog skala 0-10 (VAS-skalan), där 0 = inte säker alls och 10 = helt säker, med en möjlig maximal poäng på 130 för hela skalan. Höga poäng indikerar en högre tillit till den egna kapaciteten och mindre rädsla för att falla medan lägre poäng visar på lägre tilltro till egen förmåga samt en större fallrädsla.

Mätningen utfördes på en plats som deltagaren själv valt och samtliga deltagare i båda grupperna svarade på bedömningsinstrument FES(S) alla 13 aktivitetsfrågor vid mättillfället 12 till 9 dagar före interventionens början samt 4 till 8 dagar efter interventionsperiodens slut. För att få en förståelse för hur den enskilde upplevde fallrisk i sina dagliga aktiviteter gjordes öppna intervjuer. Deltagarnas berättelser bistods genom att författaren ställde följdfrågor som till exempel ”hur säker känner du dig då?”. Under intervjuerna fölls fokus på rädsla att falla och skada sig i olika aktiviteter (Lantz, 2007 och Krag- Jacobsen, 2008). Intervjuerna gjordes vid ett tillfälle 5-8 dagar efter FES(S) mätningen för att inte frågorna i FES(S) skulle påverka den öppna intervjun där den enskilde med egna ord skulle berätta om erfarenheter av fallrisk i dagliga aktiviteter. Varje intervju varade mellan 45-60 minuter och genomfördes på en av deltagaren vald plats, den spelades in på band för att kunna transkriberas ordagrant så att inget

i materialet skulle gå förlorat eller något läggas till (Krag- Jacobsen, 2008). Alla intervjutillfällen började med att deltagaren tillfrågades om något var oklart angående studien, att möjligheten fanns att när som helst avbryta intervjun och att den spelades in på band (Kvale, 1997). Samtliga deltagare i båda grupperna intervjuades före och efter Feldenkraiskursen.

Efter första mätningen och intervjun fick deltagarna i interventionsgruppen Feldenkraisundervisning under 8 veckor, innefattande två lektionstillfällen à en timme per vecka. Interventionens innehåll var riktad mot äldre personer med balanssvårigheter med övningar i sittande, stående och gående i syfte att förbättra balansen (Webb, 2009). Ingen av deltagarna i interventionsgruppen medverkade i alla 16 Feldenkraislektionerna, utan närvaron pendlade mellan 8 och 13 gånger. Deltagarna i kontrollgruppen fick ingen Feldenkraisundervisning mellan mätningstillfällena men erbjöds att delta i en Feldenkraiskurs efter studiens avslut.

4.3 Databearbetning

Deskriptiv statistik (Denscombe, 1998) användes för att beskriva de kvantitativa data från FES(S) bedömningarna. Resultatet av dem och demografisk ursprungsdata redovisades i figurer och text med centralmått och spridningsmått. Enligt Denscombe (1998) är det väsentligt att överföra en mängd rådata till tabeller, figurer och diagram för att göra deskriptiv data begriplig. I denna studie valdes en blandning av text och figurer för att presentera materialet. En jämförelse mellan resultaten från FES(S) i de båda grupperna samt data före och efter interventionen gjordes för att undersöka om mätbara effekter kunde hittas utifrån syfte och hypotes. I studien räknades en skillnad fram och omvandlades till en ny ordinalskala med tre olika ordnade skalsteg "förbättring", "oförändrad" eller "försämring" (Svensson, 2001).

Intervjuerna transkriberades i löpande text och för att få en innehållsmässig känsla och förståelse lästes materialet igenom, först i helhet flera gånger sedan i grupper om fyra: interventionsgruppen samt kontrollgruppen, före och efter Feldenkraiskursen. Innehållsanalys valdes för att belysa likheter och skillnader hos individuella beskrivningar av erfarenheter i olika aspekter av den intervjuades livssituation (Kvale, 1997; Graneheim & Lundman, 2004). Kvale (1997) menar att man i intervjumaterial kan reducera intervjupersonernas svar så att

ovidkommande information, som inte tillhör studiens syfte, och upprepningar tas bort. Detta kallar han meningskoncentrering och på så sätt minskas mängden textmaterial. Den utskrivna texten eftersöktes systematiskt utifrån en manifest ansats för att finna gemensamt innehåll, enligt Graneheim, Lundman (2004). Detta innebar att det faktiska innehållet, det som är skrivet utan egna tolkningar, granskades. Materialet kodades genom att anteckningar gjordes i marginalen på pappersutskriften, där meningar och fraser togs fram utifrån studiens syfte. Likartade koder sorterades och grupperades i mer abstrakta kategorier. Denna abstrahering resulterade till slut i fyra teman: 1) Tillit till egen förmåga, 2) Social trygghet, 3) Egna strategier och 4) Fysisk kapacitet (Kvale, 1997; Graneheim & Lundman, 2004). Under hela analysen gick författaren fram och tillbaka i processen, läste texten flera gånger samt återkom till bandinspelningarna för att säkerställa att analysen var grundad i data.

5 ETISKA ASPEKTER

Alla deltagare kontaktades, informerades och tillfrågades per telefon om studien. Vid personlig kontakt informerades deltagarna också skriftligt och fick ett medgivandeintyg att skriva på. Detta för att försäkras om att de deltog frivilligt, kunde avbryta deltagandet när som helst utan konsekvenser och att all data behandlades konfidentiellt. Dessutom gavs deltagarna möjlighet att fråga efter ytterligare information från författaren om studien och deltagandet (Patel & Davidson, 2003). Birkler (2008) menar att det finns avgränsningar i vetenskapsetiken. Vad vi kan, får eller bör göra, där den sistnämnda är just den etiska frågan hur vi hanterar och värderar det vetenskapliga arbetet. Att en och samma person utfört FES(S) bedömningar, intervjuer samt interventionen, medför en stor utmaning att hålla fokus på studiens syfte under processen. Däremot uppstod ingen etisk svårighet vad gäller behandlande arbetsterapeut då rent yrkesmässiga åtgärder överlämnades till respektive deltagares ansvariga arbetsterapeut. För att ingen skulle bli utan Feldenkraisträning fick deltagarna i kontrollgruppen ett erbjudande om att medverka i Feldenkraiskursen efter studiens avslut (Kvale, 1997; Birkler, 2008).

6 RESULTAT

Det kvantitativa och kvalitativa resultatet redovisas här var för sig med en sammanfattande konklusion efter de båda.

6.1 Resultat av FES(S) bedömning

Analysen av FES(S) poängen visade att skillnaden mellan grupperna vid första mätningen var:

PADL 16 poäng lägre i interventionsgruppen än i kontrollgruppen vilket visade att det fanns en högre fallrädsla i interventionsgruppen,

IADL 23 poäng mindre i kontrollgruppen det vill säga en högre fallrädsla i den gruppen,

Totalt 19 poäng lägre inom kontrollgruppen än i interventionsgruppen vilket visade en högre rädsla för att falla i kontrollgruppen.

Andra FES(S) mätningens differens visade att:

PADL var 9 poäng högre i interventionsgruppen än i kontrollgruppen, vilket visade en vändning av siffrorna från före interventionen, alltså en lägre fallrädsla i interventionsgruppen,

IADL var 51 poäng högre i interventionsgruppen vilket tyder på en minskning av fallrädsla i denna grupp,

Totalt hade interventionsgruppen 72 poäng mer än kontrollgruppen det vill säga en minskning av rädslan att falla i interventionsgruppen. Skillnaden mellan mätning 1 och mätning 2 sammanfattas i figur 3.

| Interventionsgrupp | PADL (akt.1-6) | Aktivitet 7 | IADL (akt.8-13) | TOTAL (akt.1-13) |
|----------------------|----------------|-------------|-----------------|------------------|
| Deltagare 1 | + 8 | + 1 | + 8 | +16 |
| Deltagare 2 | - 2 | - 3 | +10 | + 4 |
| Deltagare 3 | + 2 | +/-0 | + 2 | + 4 |
| Deltagare 4 | +11 | + 2 | + 4 | +17 |
| Totalt deltagare 1-4 | +19 | +/-0 | +24 | +41 |

| Kontrollgrupp | PADL (akt.1-6) | Aktivitet 7 | IADL (akt.8-13) | TOTAL (akt.1-13) |
|----------------------|----------------|-------------|-----------------|------------------|
| Deltagare 5 | - 3 | - 1 | +/-0 | - 3 |
| Deltagare 6 | - 4 | +/-0 | - 1 | - 6 |
| Deltagare 7 | - 2 | + 1 | - 2 | - 3 |
| Deltagare 8 | + 2 | - 1 | - 1 | +/-0 |
| Totalt deltagare 5-8 | - 7 | - 1 | - 4 | - 12 |

Figur 3 Differensen mellan första och andra FES(S) bedömningen i båda grupperna. + = förbättring, +/-0 = oförändrad och - = försämring

Antal gånger de fyra deltagarna i interventionsgruppen deltog i Feldenkraislektionerna var 10,75 i medeltal med en spridning på 8 -13 gånger.

Resultaten av FES(S) bedömningarna visade att deltagarna som erhållit Feldenkraislektioner under 8 veckor hade minskat rädslan att falla och förbättrat tilltron till egen kapacitet att utföra aktiviteter utan att falla. Det omvända rådde i kontrollgruppen där 3 av 4 deltagare fått en ökad rädsla att falla och försämrade tilltro till egen kapacitet att utföra aktiviteter utan att falla. Hypotesen, att rädslan för att falla går att påverka genom Feldenkraisundervisning, veckor stämmer vad gällde deltagarna i denna studie.

6.2 Resultat av intervju

Utifrån analysen av intervjutexterna framkom fyra teman: tillit till egen förmåga, social trygghet, egna strategier och fysiska begränsningar.

6.2.1 Tillit till egen förmåga

De äldres erfarenhet av att tänka sig för och vara försiktiga i olika situationer framgick av analysen samt stoltheten över att fortfarande klara sina vardagsaktiviteter självständigt utan att behöva ta emot hjälp, flera använde sig av uttrycket *”för man vill ju klara sig själv så länge det går”*. Också det motsatta framkom, hur positivt det kunde vara att ta emot hjälp med bibehållen integritet. Deltagarnas erfarenhet av den egna förmågan var ibland densamma som av kapaciteten men det förekom också en över- liksom underskattning av förmågan som en deltagare uttryckte det *”jag klättrar inte längre upp på stolar för jag är så vinglig, jag har skaffat en stadig stege att kliva på istället”*. Det framkom även hur svårt det upplevdes att ändra vanor och beteenden. En av deltagarna efterfrågade hjälp med detta *”man gör så fåniga saker fast man vet att man inte borde ... det skulle finnas en skola där man kunde få lära sig det”*. Samtliga deltagare i interventionsgruppen verkade mer beredda att utmana yttre hinder som till exempel, oplogade trottoarer och att efterfråga hjälp utifrån om så behövdes, medan några i kontrollgruppen uttryckte ängslan över att inte klara sig och därför valde att undvika hinder och utmaningar. Erfarenhet av försiktighet var för en del att vara uppmärksam på faror i aktiviteterna medan andra uttryckte att försiktigheten ökade oron över att falla och därigenom fick dem att undvika helt vissa aktiviteter som till exempel att gå ut ensam.

6.2.2 Hjälpa andra och ta emot hjälp

I data framkom de äldres erfarenhet av att hjälpa andra men också det motsatta av att ta emot hjälp. Framför allt gällde det att ta emot eller hjälpa barn och barnbarn men också grannar och vänner. Deltagarna framhöll det positiva i att ha släktingar boende i närheten för att våga utföra aktiviteter där det fanns en risk för att falla. Dels att ha nära till hjälp om så behövdes, som en deltagare uttryckte det *”jag har så snälla barn, jag begär inget men de ställer alltid upp när jag behöver hjälp med att göra något”*. Dels uttryckte de att känslan av att vara behövd och att vara betydelsefull i andras liv kunde vara motiverande till aktivitet vilket en deltagare beskrev som *”så därför är det bra att hålla sig på benen”*. Tryggheten att ha kontakt med grannar framhölls av fler deltagare som betydelsefull för att kunna vara delaktig i olika aktiviteter som till exempel att dela morgontidningen, få hjälp att köra fram bilen eller skotta yttertrappan för att kunna gå ut. Samtidigt uttrycktes också en oro över att grannarna inte alltid var hemma, som en deltagare menade *”de har ju sina egna liv med arbete och så”*. Det framkom att det var tryggt att ha vänner som brydde sig eller att bry sig om, för att uppehålla de dagliga aktiviteterna utan att falla. En av deltagarna beskrev det som *”då går hon (väninnan) rondan för att se om jag har gått upp och är hon inte hemma så ringer hon”*. De äldre uttryckte att det var otryggt att inte veta hur länge man skulle klara av dagliga göromål och att bli en börda för andra, inte enbart för de närmaste utan också för samhället. Det framkom att deltagarna uppfattade det som en trygghet att ha dagliga aktiviteter och rutiner men att de också kunde vara en belastning när inte orken längre räckte till. Fler deltagare betonade vikten av att själva få bestämma över sina liv och att det kändes otryggt att inte veta om det skulle vara möjligt ifall de skulle behöva hjälp från samhället vilket inspirerade till att vara självständig. Men också motsatsen framkom, där vetskapen om att kunna få hjälp med vissa göromål gav trygghet i att våga fortsätta med sina dagliga aktiviteter trots en oro för att falla och skada sig.

6.2.3 Egna strategier

Det framkom att det hade varit en positiv upplevelse att medverka i studien, på så sätt att samtalet i intervjun sorterade och organiserade tankarna till egen kunskap. Deltagarna i interventionsgruppen framhöll att det hade känts tryggt i gruppen och att de fann det intressant att utveckla en ny medvetenhet om kroppen. Denna nya medvetenhet ansåg de att

de ibland kunde komma ihåg och använda när de utförde sina dagliga aktiviteter. Med denna medvetenhet kom också *”självförtroendet att försöka på egen hand”*, som en deltagare uttryckte det. Flera deltagare i interventionsgruppen beskrev också att de till exempel provat att be om hjälp i mer precisa ordalag än tidigare och då fått den hjälp de önskat. Det framkom att när deltagarna fått goda råd och förslag på aktiviteter att utföra från andra personer i sin omgivning kunde de antingen känna dåligt samvete för att inte ha fullföljt råden eller vilja göra aktiviteten på sitt eget sätt. Som en av deltagarna uttryckte det *”jag skulle vila i en halvtimme per dag men det går inte, jag har försökt men jag vill gärna kunna göra som jag vill”*. En strategi som flera av deltagarna använde sig av var att gå med stavar inomhus för att hålla igång under kalla dagar då snön inte hunnit röjas från trottoarerna. Det framkom även erfarenheter av att snabba vridningar av kropp och huvud kunde innebära en risk för att falla som en deltagare uttryckte det *”när jag vänder mig om hastigt så kan det bära bär iväg och då måste jag ta tag i någonting för att inte ramla”*. Strategier som framkom för att minska eller förhindra risken för ett fall vid dessa tillbud var till exempel att göra aktiviteten litet långsammare eller att försöka göra en sak i taget.

6.2.4 Fysiska begränsningar

Det framkom i data att yrsel var den fysiska begränsning de flesta av deltagarna erfor som mest besvärande. Yrseln upplevdes som hindrande i vardagliga aktiviteter och gav upphov till stor oro över att falla omkull. En av deltagarna berättade att *”Jag har yrsel jämt, en natt drömde jag att jag var bra men så vaknade jag och det var lika, den här yrseln som det tydligen inte går att göra något åt, det är visst åldern”*. Det uttrycktes en rädsla för att bli gammal och sjuk eller för att skada sig av egen förskyllan som en av deltagarna uttryckte det *”man bär sig så tokigt åt, det är så hemskt... och tänk vad mycket de ska få ta reda på efter mig”*. Medvetenheten om de egna fysiska begränsningarna som påverkar vardagens aktiviteter medförde att tillvaron kändes osäker och oviss. Det var en ständig källa till irritation över att inte längre kunna röra sig fritt utan att bli hindrad även om det inte gjorde ont. Trots att fler av deltagarna hade fallit många gånger av olika anledningar var det ingen som upplevde sig begränsade i sin dagliga aktivitet på grund av rädsla för att falla. Däremot menade deltagarna att rädslan i sig utgjorde ett hinder genom att alla vardagsaktiviteter tog längre tid att utföra. Några framhöll att rädslan bidrog till att de blev så trötta och att tröttheten i sig utgjorde en riskfaktor för att falla.

7 KONKLUSION

Samtliga deltagare i interventionsgruppen höjde sina poäng i den andra FES bedömningen jämfört med den första mätningen. Detta innebar att de förbättrat sin tilltro till egen förmåga att utföra aktiviteter utan ramla medan de i kontrollgruppen fick litet lägre eller samma poäng dvs. de hade bibehållit eller försämrats i tilliten till den egna förmågan. Hypotesen att rädsla för att falla hos äldre personer kan påverkas genom Feldenkraisundervisning stämde vad gäller deltagarna i denna studie. Detta avspeglades även i intervjuerna där deltagarna i interventionsgruppen uttryckte en mer positiv attityd till fysisk aktivitet än de i kontrollgruppen. Deltagarnas erfarenhet av att hantera fallriskerna i vardagen verkade också ha förändrats mellan de två intervjutillfällena då skillnaden mellan grupperna ökade. Även om båda gruppernas deltagare visade ett ökat intresse och engagemang av att diskutera för- och nackdelar av fallriskfaktorer i vardagen verkade de i interventionsgruppen mer beredda att utmana yttre hinder och be om hjälp än deltagarna i kontrollgruppen.

Slutsatsen är att intervjuer i kombination med Feldenkraislektioner under 8 veckor, verkar höja medvetenheten om fallrisker i daglig aktivitet, minska fallrädsla och öka tilltron till egen kapacitet att utföra aktiviteter utan att falla hos äldre.

8 DISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva och undersöka hur Feldenkraismetoden påverkar fallrädsla hos äldre samt att få en förståelse för äldres erfarenhet av fallrisk i dagliga aktiviteter. Min hypotes var att rädslan för att falla går att påverka genom Feldenkraisundervisning.

8.1 Metoddiskussion

Den mixade design som valdes i studien innebar att antalet deltagare blev en utmaning. Kvantitativt hade det varit intressant med en större mängd deltagare medan antalet var tillräckligt för den kvalitativa delen. Valet av design byggde på syftets två delar där den kvantitativa designen passade till den första delen av syftet att beskriva och undersöka hur Feldenkraismetoden påverkar fallrädsla hos de äldre. Det kunde vara spännande att göra en

renodlat kvantitativ studie med fler deltagare och göra den statistiska analysen i ett dataprogram för att eventuellt få en statistisk signifikans utifrån syftets första del. Med en tredje FES bedömning i kontrollgruppen då deltagarna i denna grupp slutfört Feldenkraiskursen hade också kunna stärka resultatet i studien. Den kvalitativa datainsamlingsmetoden verkade vara ett relevant val vad gällde den andra delen av syftet, att få en förståelse för äldres erfarenhet av fallrisk i dagliga aktiviteter. Att ha använt en renodlad kvalitativ metod för den andra delen av syftet hade givit mer tid till att förbereda intervju frågor samt relevanta följdfrågor. Detta för att få mer fokus på de äldres erfarenhet av just fallrisken i dagliga aktiviteter. Man skulle även kunnat bilda en fokusgrupp av deltagarna i interventionsgruppen för att skapa ett gemensamt forum för diskussion kring erfarenhet av fallrisk i dagliga aktiviteter.

Urvalet av deltagare till studien skedde inom ramen för projektet Trygghetspaketets inkluderingskriterier. Antalet deltagare med förhöjd risk för fallrelaterade skador till Feldenkraiskurserna ökade kontinuerligt. Det antal deltagare som fanns 20091001 fick utgöra stickprovet för studien. Om urvalet istället hade rekryterats över tid, för att få en större variation, även om denna grupp domineras av kvinnor, hade det kunnat inverka på resultatet. Den mixade metoden består av både en kvantitativ och en kvalitativ del. Fördelen med denna metod var att fenomenet fallrädsla kunde belysas från olika synvinklar. Nackdelen med den kan vara att urvalet borde vara större i en kvantitativ metod än vad som var möjligt när en kvalitativ del ingår.

Bedömningsinstrumentet FES(S) valdes eftersom det redan testats i projektet Trygghetspaketet. Det innefattar 13 stycken frågor runt säkerhet i aktivitet, vilket var tilltalande för en arbetsterapeut. Även med hänsyn till tidsåtgång valdes testet FES(S) som med självskattning går snabbt att utföra. FES har kritiserats för att inte vara tillräckligt känsligt för att upptäcka brister i tillit hos fysiskt aktiva äldre (Lundin-Olsson, 2002) och har en takeffekt vilket visar att tilliten till att utföra svårare aktiviteter utan att falla inte bedöms med FES. Hellström et al., (1999) ansåg att fler lättare moment skulle ingå varför de utökade listan med ”kliva i och ur sängen”, ”sätta sig och resa sig ur en toalett” och ”personlig hygien” när de översatte FES till svenska versionen FES(S). Enligt Lundin-Olsson (2002) har det framkommit att många äldre som ansåg sig vara oroliga över att falla inte beskrev sig som rädda för att falla vilket kan peka på att ordvalet i frågorna har betydelse. I princip är alla självskattningsskalor kategoriska (=kvalitativa) variabler som mäts efter en ordinalskala

(Svensson, 2001). Siffrorna från 0 och 10 i FES(S) står för en subjektiv upplevelse av hur säker man känner sig att utföra en aktivitet, vilket betyder att tio är mer än fem men inte alltid att 10 är dubbelt så mycket som 5. Man kan alltså inte använda differensen mellan slutvärde och initialvärde som ett mått om variabeln är kvalitativ och mäts enligt ordinalskalan. I studien valdes att beskriva differenserna och en högre poäng betyder en förbättring, en lägre poäng indikerar en försämring och oförändrat när skillnaden är +/-0. Den statistiska analysen (jämförelse mellan grupperna samt mellan de två mätningarna) av resultaten från FES(S) mätningarna har räknats ut för hand med papper och penna då tillgång till dator med statistikprogram saknats därför har inte alla statistiska möjligheter uttömts.

Datainsamlingsmetoden öppen intervju (Kvale, 1997; Lantz, 2003; Krag-Jacobsen, 2004) valdes till den kvalitativa delen för att de äldre skulle få möjlighet att uttrycka sig fritt kring erfarenhet av risker i daglig aktivitet. Efter den första inledande frågan ”Vill du berätta hur din vardag ser ut?” backade intervjuaren till en lyssnarposition för att inte avbryta tankegången hos de äldre i syfte att skapa en trygg och bekväm atmosfär. Detta förhållningssätt resulterade i att fokus på syftet i studien var svårt att hålla genom intervjuerna. Vidare ställde inte intervjuaren de relevanta följdfrågorna som till exempel ”förstår jag dig rätt”... eller ”vad betyder det?”. Om intervjuaren hade varit mer fokuserad mot syftet samt om fler följdfrågor hade ställts hade materialet troligen givit djupare och mer detaljerad information kring deltagarnas erfarenheter av riskerna i dagliga aktiviteter. Tack vare den stora mängd textmaterial fanns ändå möjlighet att få fram relevanta meningsbärande enheter för kodning och kondensering i kategorier utifrån syftet. Totalt sett omfattade materialet 16 intervjuer à 45-60 minuter. Om man gör en pilotintervju för att testa frågor och teknik så höjer det nivån på materialet (Patel & Davidson, 2003; Kvale, 1997), det kunde ha varit ett bra sätt att få bättre intervjuer. Under analysarbetet då materialet lästes, lyssnades på och skrevs i en process som böljade fram och åter, var det verkligen deltagarnas ord som gjorde sig hörda när författaren slutligen lärde sig att inte försöka göra något utan gav deltagarnas ord utrymme och enbart lyssnade. Det är den teknik författaren lär ut under Feldenkraislektionerna.

Att ha varit ensam i arbetet med studien och utfört FES(S) bedömningar, intervjuer samt interventionen, har inneburit en utmaning vad gäller att hålla fokus på studiens syfte under hela processen. Varje deltagarna deltog enskilt i en FES(S) bedömning och en intervju före och detsamma efter interventionen. Deltagarna i interventionsgruppen träffade författaren

förutom vid mätningstillfällena och intervjuerna, också under de 8 veckor som interventionen pågick. Detta underlättade troligen för deltagarna i den gruppen att uttrycka sina erfarenheter i den uppföljande intervjun. Deltagarna i kontrollgruppen hade inte hört författarens ord och förklaringar varför de inte erfarit detta sättet att uttrycka sig vad gällde aktivitet och medvetenhet. Om en fristående person utfört intervjuer och FES(S) bedömningar kan det ha hjälpt att få en mer neutral insamling av data framför allt vid det andra intervjutillfället.

8.2 Resultatdiskussion

Utifrån syftet att få förståelse om erfarenheter hos de äldre runt fallrisker i dagliga aktiviteter, verkade de öppna intervjuerna kunna ge en bild av deltagarnas egna erfarenheter. Resultatet kan ha påverkats av att författaren som intervjuare kände deltagarna i interventionsgruppen betydligt bättre efter Feldenkraiskursen än dem i kontrollgruppen. Detta kan haft en inverkan på hur utförligt och öppet deltagarna berättade om sin vardag i intervju två.

Resultatet visade att deltagarna i interventionsgruppen har hittat en högre tillit till sin egen förmåga att utföra aktiviteter utan att falla och minskat rädslan för att falla. Detta resultat skulle förmodligen kunna uppnås med någon annan form av kroppslig och mental träning såsom Tai chi, Chi gong eller Alexanderteknik om någon av dessa valts som intervention. Det gäller att hitta det som passar individen. Varje deltagare i studien visade att de hade erfarenheter av fallrisker i sina dagliga aktiviteter vilket resulterade i de fyra teman som framkom ur innehållsanalysen av intervjuerna enligt Graneheim och Lundman, (2004) tillit till egen förmåga, social trygghet, egna strategier och fysiska begränsningar. Resultatet visade att tilliten till sin egen förmåga fanns bland deltagarna bland annat genom att agera mer försiktigt eller att ta emot hjälp. Detta erbjuds via information och kunskap i Må bra samtal och Feldenkraisundervisning samt praktisk hjälp av fixarna i projektet Trygghetspaketet (Adenmark, 2008). Graden av tillit kan mätas med (FES)(S) (Karström, et al. 2002) och resultatet visar också att tilliten är påverkbar med behandling (Hellström, 2002). Enligt Rubenstein (2006) kan social isolering och en känsla av att vara hjälplös vara sviter efter ett fall. Deltagarna bekräftade i studien att det är av stor vikt att känna trygghet i sin omgivning av familj, vänner och samhälle. Deltagarna hade utvecklat egna strategier för att aktivera sig till exempel genom att gå inomhus med stavar. I resultatet framkom det också att nya strategier var möjligt att ta till sig men att det skulle ske i deltagarens egen takt och efter egen vilja (Tornstam, 2005). Dessa nya strategier kan öka medvetenheten om kroppen och ge ökat

självförtroende att engagera sig i olika vardagliga aktiviteter för att bibehåller sin livsstil och identitet (Kielhofner, 2008). Resultatet visade att fysiska begränsningar påverkade vardagens aktiviteter och skapade en oro och irritation och att det framför allt var yrsel som hämmade rörligheten. Att fysisk och lågintensiv träning kan förbättra balans och minska fallrädsla visar Richard, et al., (2005) och Bergqvist, Lindh, (2007) i sin forskning.

Den beskrivande statistiken visade att de båda grupperna stämde väl vid starten av studien. Trots att studien hade en liten grupp deltagare visade resultatet av bedömning med FES(S), i vilket individen själv skattar sin tillit till att utföra dagliga aktiviteter (utan att falla) (Cummings, et al., 2000; Karström, et al., 2002), att de äldre hunnit bli säkrare i att utföra olika aktiviteter. Den andra FES(S) mätningens differens visade att interventionsgruppens PADL poäng förbättrats och kontrollgruppens försämrats, att IADL poängen förbättrats i interventionsgruppen och försämrats i kontrollgruppen samt att poängen totalt förbättrats i interventionsgruppen medan den i kontrollgruppen försämrats. Av detta kan man dra slutsatsen att interventionsgruppens deltagare minskat sin rädsla att falla medan den rädslan ökat i kontrollgruppen.

Som arbetsterapeut ska man utreda och bedöma klienters behov i förebyggande/habiliterande, behandlande och rehabiliterande syfte och vara till för dem som riskerar att få eller har fått nedsatt aktivitetsförmåga och som är i behov av stöd för att själva skapa förutsättningar för ett värdefullt liv (Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, 2005). Livsstilsförändring är svårt oavsett ålder. Richard, et al., (2005); Bergqvist, Lindh, (2007) visar att fysisk träning samt lågintensiva övningar såsom Thai Chi, kan förbättra balans och minska fallrädsla hos äldre sköra personer. Hjalmarsson (2005) menar att motivationen sjunker om det saknas kunskap och insikt om de bakomliggande motiven för målet. Faktorer att beakta är: - risken med nuvarande livsstil, - att en förändring kan leda till reducerad risk och - att jag är kapabel att genomföra en livsstilsförändring. Därför har det enligt Tornstam (2005) stor betydelse att lotsa och motivera den äldre att självständigt fatta beslut och lösa problem av skilda slag i tillvaron. Det skulle vara spännande att titta vidare på vad en ökad medvetenhet skulle kunna göra för att motivera till ytterligare förändringsvilja hos våra pensionärer.

REFERENSER

<http://www.msb.se/sv/Forebyggande/Sakerhet-hem--fritid/Aldres-sakerhet> 20100227
www.Feldenkraismetoden.org 20100310
www.Feldenkraisinstitut.at 20100310
www.gettinggroundedgracefully.com.au 20100227

Adenmark, P (2008). *Projektspecifikation – Trygghetspaketet. Vård och omsorgsförvaltningen*, Karlstads kommun.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur

Bergqvist, I, Lind, E (2007) *Effekter av fysisk träning för äldre med avseende på balans, fallräddsla och en litteraturstudie*. Institutionen för neurovetenskap och fysiologi, Arbetsterapi/Fysioterapi. Sahlgrenska Akademin. Göteborgs universitet.

Birkler, J. (2008). *Vetenskapsteori*. Stockholm: Liber AB

Chung MC, Mc Kee KJ, Austin C et.al. (2009) Posttraumatic stress disorder in older people after a fall. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009 Jan 14.

Connors, K. A., Galea, M. P. & Said, C. M. (2009). Feldenkrais Method Balance Classes Improve Balance in Older Adults: A Controlled Trail. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2009 Jun 24. (Epub ahead of print)

Cummings, RG., Salkeld,G., Thomas, M.et al. (2000). Prospective Study of the Impact of Fear of Falling on Activities of Daily Living, SF-36 Scores, and Nursing Home Admission, *J Gerontol A Boil Sci Med Sci*, 2000 May; 55(5), M299-305

Dencombe, M. (1998). *Forskningshandboken - för småskalig forskning projekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur

Feldenkrais, M. (1972). *Awareness through movement*, London: Penguin Books

Feldenkrais, M. (1980). *Body and Mind*, London: Penguin Books

Freiberger, E., Menz, H. B., Abu-Omar, K. & Rutten, A. (2007). Preventing Falls in Physically Active Community-Dwelling Older People: A Comparison of Two Intervention techniques. *Gerontology*, 53; 5; 298-305

Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter. (2005). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Nacka: Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Graneheim, U.H., Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112

Hellström, K, Lindmark, B, Fugl-Meyer AR. (2002). The falls efficacy scale; Swedish version: does it reflect clinically meaningful changes after stroke? *Disabil Rehabil* 9: 471-481

- Hjalmarson, H., Strandmark N. & Klässbo M. (2007). Healthy risk awareness motivates fracture prevention behaviour: A grounded theory study of woman with osteoporosis. *Int J Qual Studies Health Well-being*. 2007;2:236-245
- Hjalmarson, H. (2005). Motivation för en sund och säker tillvaro – en kvalitativ studie med kvinnor som har osteoporos. *D-uppsats. Institutionen för samhällsvetenskap – folkhälsovetenskap*. Karlstad: Karlstads universitet
- Kalander Blomqvist, M., Janson, S. (Red.) (2007) *Äldre i Värmland om hälsa, levnadsvanor och livssituation 2006*, Karlstad: Karlstad University Press
- Karström, L., Yttergren, M., Borgblad, M. et al. (2002). The Falls – efficacy Scale – aspekter på reliabilitet och validitet hos den svenska versionen. *Nordisk Fysioterapi*. 2002; 6: 66-73
- Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation: Theory an application* (4rd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins
- Krag Jacobsen, J. (2008). *Intervju Konsten att lyssna och fråga*. Malmö: Studentlitteratur
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lantz, A. (2007). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur
- Lundin-Olsson, L., Arvidsson, S. (2002). Äldre personers rädsla för att falla. *Nordisk Fysioterapi*. 2002; 6: 156-163
- Patel, R. & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur
- Richard, W., Sattin, MD., Kirk, A. et al. (2005). Reduction in fear of falling through intensive tai chi exercise training in older transitionally frail adults. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1168-1178
- Rubenstein L. (2006) Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing* 2006; 35-S2: ii 37-ii41.
- Rywerant, Y. (1983). *The Feldenkrais Method-Teaching By Handling*. New Canaan: Keats Publishing
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, (2003). Rapport nummer: 165/1, 165/2. Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling.
- Shuff N, Neylaan TC, Fox Bosetti S et al (2008). Abnormal N-acetylaspartate in hippocampus and anterior cingulated in posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res* 2008 Feb 28; 162 (2), 147-157.
- Svensson, E. (2001). Construction of a single global scale for multi-item assessments of the same variable. *Stat. Med.* 2001;20(24):3831-46

Taylor, C. (2007). *Evidence-Based practice for occupational therapists* (2nd ed.). Oxford: Blackwell Publishing Ltd

Tinetti M., Baker D., McAvay G., Claus E., Garrett P., Gottschalk M., Koch M., Trainor K. And Horwitz R. (1994), Multifactorial Intervention to Reduce the Risk of Falling among Elderly People Living in the Community, *The New England Journal of Medicine* 1994 september 29

Tornstam, L. (2005). *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Ullman G., Williams H. G., Hussey J., Durstine J. L. & McClenaghan B. A. (2010). Effects of Feldenkrais Exercises on Balance, Mobility, Balance Confidence, and Gait Performance in Community-Dwelling Adults Age 65 and Older. *J Altern Complement Med*. 2010 Jan 13. (Epub ahead of print)

Von Heideken Wågert P, Gustafson Y, Kallin K et al (2009) Falls in very old people: The population-based Umeå 85+ Study in Sweden. *Arch Gerontol Geriatri* 2009 Jan 12.

Vrantsidis, F., Hill, K. D., Moore, K., Webb, R., Hunt, S. & Dowson L. (2009). Getting Grounded Gracefully: effectiveness and acceptability of Feldenkrais in improving balance. *J Aging Phys Act*. 2009 Jan; 17 (1): 57-7

Karin Hellström

Sjukgymnastutbildningen
Akademiska sjukhuset, ing. 15
751 85 Uppsala
018/611 35 52

Instruktioner till Upplevd Kapacitet: Utföra aktiviteter utan att ramla

Ställ frågorna efter den ordning som de är ordnade i på instrumentet dvs. börja med fråga 1 och sluta med fråga 13. Låt patienten ha den uppförstorade skalan framför sig. Be patienten peka på den siffra som de vill ange. Detta är speciellt viktigt för patienter med afasi.

Instruktion till att ställa frågorna:

Jag har här några frågor om hur Du känner inför att göra dagliga aktiviteter. För var och en av aktiviteterna, Var snäll och säg mig hur säker Du känner Dig, 0 betyder Inte säker alls, 5 betyder Ganska säker och 10 Helt sker på att utföra aktiviteten utan att ramla.

(Upprepa för varje aktivitet) – **Hur säker är Du på att Du kan...(fråga om aktiviteten) utan att ramla?**

Om den Svarande säger att han/hon inte gör eller inte kan utföra aktiviteten fråga enligt följande:

- Jag vet att Du inte brukar (inte kan) ...men tänk om Du gjorde (kunde), hur säker Är Du på att Du kan...(fråga om aktiviteten) utan att ramla?

Om den svarande igen säger, ”Jag gör inte (kan inte göra) det” ställ frågan på följande sätt:

- Jag förstår att Du inte gör (inte kan göra) det men försök att tänka om Du gjorde (kan göra) det, hur säker är Du på att Du kan...(fråga om aktiviteten) utan att ramla?

Om de svarande fortsätter att säga: ”Jag gör inte, Kan inte göra det fråga inte mer utan markera Vet ej.

UPPLEVD - KAPACITET: UTFÖRA AKTIVITETER UTAN ATT RAMLA

Skatta på en skala från 1 till 10, där 0 är inte säker alls och 10 är helt säker, hur säker Du är på att utföra följande aktiviteter utan att ramla:

Om Du inte brukar/kan utföra aktiviteten tänk Dig att Du gör/kan utföra aktiviteten och försök föreställa Dig hur säker Du skulle känna Dig.

Upprepa för varje aktivitet:

- Hur säker är du på att du kan... (fråga om nedanstående aktivitet) ...utan att ramla?

| | Inte säker alls | | | Ganska säker | | | | Helt säker | | | |
|---|--------------------|---|---|-----------------|---|---|---|---------------|---|---|----|
| 1. Gå i och ur sängen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 2. Gå på toaletten | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 3. Tvätta dig själv | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 4. Sätta dig och resa dig ur en stol | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 5. Klä av och på dig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 6. Bada eller duscha | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 7. gå upp och ned för trappor | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 8. gå runt kvarteret | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 9. Sträcka dig in i skåp och garderober | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 10. Städa lägenheten (dvs. sopa eller damma) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

Skalan är utarbetad av M E Tinetti, MD. Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut. USA

Skalan är efter tillåtelse av Dr. Tinetti översatt och omarbetad av Karin Hellström. Uppsala Universitet. Institutionen i neurovetenskap, Sjukgymnastutbildningen. Akademiska sjukhuset, ing.15. 751 85 Uppsala

| | <i>Inte säker alls</i> | | | <i>Ganska säker</i> | | | | <i>Helt säker</i> | | | |
|---|----------------------------|---|---|-------------------------|---|---|---|-----------------------|---|---|----|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11. Laga mat som inte innebär att bära heta eller tunga saker | | | | | | | | | | | |
| 12. Skynda dig att svara i telefon | | | | | | | | | | | |
| 13. Vardagshandla | | | | | | | | | | | |

Personnummer:

Namn:

Klinik, Ort:

Undersökare:

Datum: _____

Summa PADL (1-6): _____ Poäng

Summa IADL (8-13): _____ Poäng

Summa Total (1-13): _____ Poäng

Skalan är utarbetad av M E Tinetti, MD. Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut. USASKalan är efter tillåtelse av Dr. Tinetti översatt och omarbetad av Karin Hellström. Uppsala Universitet. Institutionen i neurovetenskap, Sjukgymnastutbildningen. Akademiska sjukhuset, ing.15. 751 85 Uppsala

Samlad bedömning

Bilaga 2

Namn: _____

Risikfaktorer för fall

Kapacitet:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Aktivitet & Omgivning

Sammanfattning

1. Liten risk för fall
2. Måttlig risk för fall
3. Stor risk för fall
4. Mycket stor risk för fall

Risikfaktorer för fallskador

Kapacitet:

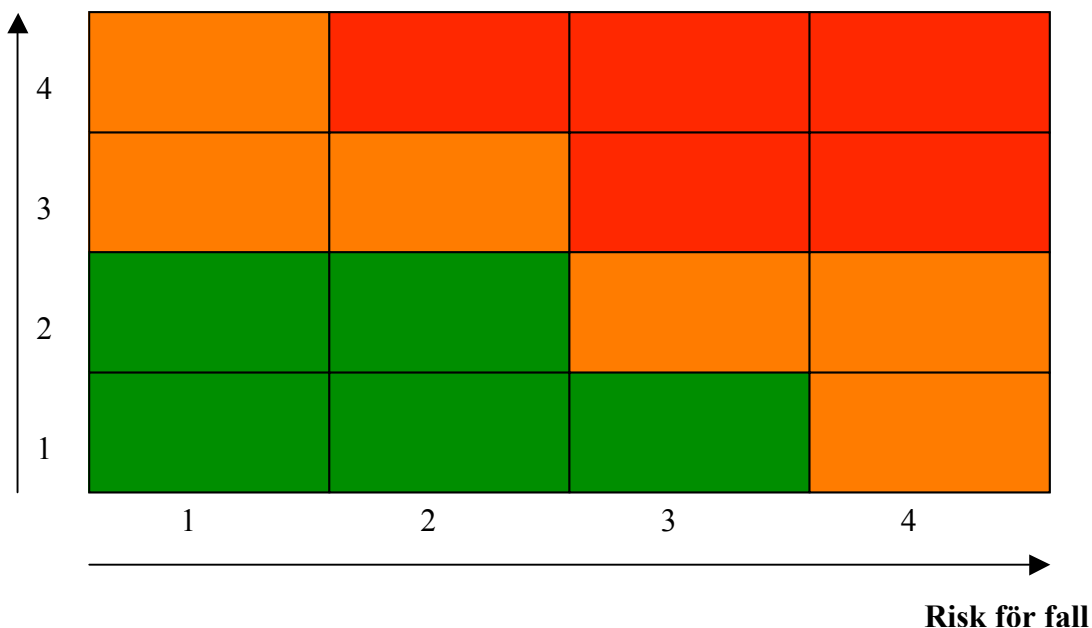
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Aktivitet & Omgivning

Sammanfattning

1. Liten risk för skada
2. Måttlig risk för skada
3. Stor risk för skada
4. Mycket stor risk för skada

Risk för skada



Åtgärd som bör göras av den intervjuade för att höja kapaciteten

Förslag till åtgärder för förändringar i omgivning/aktiviteter

Uppföljande besök:

- Grön: Ingen uppföljning.
- Orange: Telefon uppföljning efter 3 månader.
- Röd: Uppföljande hembesök efter 3 månader.

Mitt namn är Lise-Lotte Björklund och jag arbetar som arbetsterapeut och Feldenkraispedagog i Karlstad kommun.
Just nu läser jag en kurs på Karolinska Institutet i Huddinge i ämnesområdet arbetsterapi och skriver en uppsats som handlar om fallrädsla och hur den påverkar våra dagliga aktiviteter.

En del av arbetet innebär att genomföra intervjuer angående erfarenheter av fallrisker i dagliga aktiviteter.
Intervjun innebär att du i cirka 45-60 minuter med egna ord berättar om din vardag för mig.
För att lättare kunna bearbeta intervjun, kommer den att spelas in på band.
Texten kommer att behandlas helt anonymt och jag har tystnadsplikt.
Resultatet kommer enbart att redovisas i min uppsats.

Du binder inte upp dig och kan när som helst avsäga dig fortsatt medverkan utan att det påverkar ditt fortsatta deltagande i Feldenkraisgruppen eller i någon annan verksamhet i Karlstad kommun.

Jag är mycket tacksam för att du vill medverka och hjälpa mig i mitt vidare arbete inom arbetsterapi i Karlstad kommun.

Med vänlig hälsning
Lise-Lotte Björklund

Du är välkommen att ringa om du vill ha mer information eller har några frågor:

Telefon: 054 29 60 52
Mobil: 0705 16 60 52

Jag har tagit del av ovanstående uppgifter och medger mitt deltagande.

Namn.....