



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Omvårdnadsåtgärder för ett främjat välbefinnande

Den subjektiva upplevelsen hos personer med
demenssjukdom

HUVUDOMRÅDE: *Avdelning Omvårdnad, kandidatuppsats 15hp*

FÖRFATTARE: *Johanna Axéll & Evelina Kjellsson*

HANDLEDARE: *Irène Ericsson*

JÖNKÖPING 2016 Januari



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Care-interventions for the improvement of wellbeing

The subjective experience of people with dementia

MAIN SUBJECT: *Nursing science, bachelor 15hp*

AUTHORS: *Johanna Axéll & Evelina Kjellsson*

SUPERVISOR: *Irène Ericsson*

JÖNKÖPING 2016 January

Sammanfattning

Bakgrund: Idag lever ca 160.000 människor i Sverige med demenssjukdom. Det finns en rad olika demenssjukdomar där Alzheimers sjukdom är den vanligaste. För att personer med demenssjukdom ska känna välbefinnande, rekommenderas en anpassad omvårdnad utifrån de nationella riktlinjerna inom demensvård. Det finns endast ett fåtal kvalitativa studier som behandlar vilka omvårdnadsåtgärder som kan tillämpas för att främja välbefinnande hos personer med demenssjukdom. **Syfte:** Att belysa omvårdnadsåtgärder som främjar välbefinnandet hos personer med demenssjukdom. **Metod:** En kvalitativ litteraturoversikt med deduktiv ansats utifrån Kitwood och Bredin's modell om välbefinnande hos personer med demenssjukdom gjordes. **Resultat:** Det finns olika omvårdnadsåtgärder som främjar välbefinnandet. De aktiviteter som framkommer i studien är bland annat musikterapi och sysselsättningar så som träningsprogram. **Slutsats:** För att främja välbefinnande hos PD krävs en personcentrerad vård där sjuksköterskan tar tillvara på personens livberättelse och utefter denna anpassar omvårdnadsåtgärder. Vidare kvalitativ forskning behövs för att föra fram den subjektiva upplevelsen hos personer med demenssjukdom angående omvårdnadsåtgärder som främjar ett upplevt välbefinnande.

Nyckelord: Omvårdnadsåtgärder, Deduktiv, Demenssjukdom, Välbefinnande, Kvalitativ metod

Summary

Background: 160,000 people in Sweden are living with dementia today. There are different diseases in the concept of dementia, the most common one is counted as Alzheimer's disease. National guide-lines have recommended an adapted care-intervention to enable the feeling of wellbeing in people with dementia. Only a few qualitative studies have been found to attend the matter of care-interventions, that can be implied, for the improvement of wellbeing in people with dementia. **Aim:** The aim of this study was to illustrate care-interventions for the improvement of wellbeing in people with dementia. **Method:** A literature overview with a deductive approach, combining qualitative studies. The theoretical model for this overview was designed by Kitwood and Bredin, presenting the experience of wellbeing in people with dementia. **Result:** This study shows that there are different activities that improves the experience of wellbeing. Such activities are for instance music-therapy and occupations, such as training-programs. **Conclusion:** A personcentered approach, where the care-intervention is adapted after a persons's life-story, is required for an improved wellbeing among people with dementia. Further qualitative studies are needed to develop care-interventions for the improvement of wellbeing, and to bring forth the subjective experience of people with dementia.

Keywords: Dementia, Wellbeing, Nursing-actions, Qualitative method, Deductive

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	2
Demenssjukdom.....	2
Omvårdnadsåtgärder för personer med demenssjukdom.....	3
Demens och välbefinnande	3
Syfte.....	6
Design	6
Urval	6
Datainsamling.....	6
Dataanalys	8
Etiska överväganden	9
Resultat	10
Känsla av värde	10
Känsla av kontroll	12
Känsla av social säkerhet.....	14
Känsla av hopp.....	15
Diskussion	17
Resultatdiskussion	17
Metoddiskussion	18
Slutsatser	20
Kliniska implikationer	20
Referenslista	21
Bilagor:	
Artikelmatris.....	Bilaga 1
Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod.....	Bilaga 2

Inledning

Demenssjukdom är en avancerad sjukdom som kräver ett anpassat förhållningssätt, en personcentrerad vård. Tidigare erfarenheter har givit insikt i följderna av en bristande kunskap i omvårdnadsarbetet. Genom tidigare erfarenheter har en upplevelse av vikten i att bemöta och bekräfta personen på ett värdigt sätt uppmärksammats. Utan någon kunskap om demenssjukdom kan det vara lätt att endast se sjukdomen och inte människan bakom den. Det kan vara svårt att förhålla sig till situationer som kräver tålamod och kompetens gällande symtom som uppkommer. Det är av betydelse att bibehålla en aktiv vardag anpassad efter personens livsberättelse och intresse. Därför kan det vara svårt att veta vilka omvårdnadsåtgärder som kan vidtas för att främja välbefinnandet hos personer med demenssjukdom. I den tidigare forskningen kring personer med demenssjukdom saknas ofta den subjektiva upplevelsen av välbefinnande (Cahill & DiazPonce, 2011). Det är därför av stor vikt att belysa omvårdnadsåtgärder som kan vara av betydelse att främja välbefinnandet hos personer med demenssjukdom.

Bakgrund

Demenssjukdom

Demenssjukdom är ett samlingsbegrepp för en rad olika sjukdomar som är orsakade av hjärnskador, Alzheimers sjukdom är den vanligaste förekommande demenssjukdomen. Andra demenssjukdomar är exempelvis Frontotemporal demens, Lewy Body demens, Vaskulär demens och Parkinsons sjukdom med demens (Alzheimer's association, u.å-a). Sveriges totala antal demenssjuka beräknas runt 160 000 personer, denna siffra stiger allt mer i takt med det ökade antalet äldre i befolkningen (Socialstyrelsen, 2012b). Symtomen ser olika ut beroende på vilken del av hjärnan som blivit skadad. Vanliga symtom är nedsatt minnesförmåga och förmågan att planera och genomföra vardagssysslor. Andra kognitiva förmågor som påverkas negativt är orienteringsförmågan, språket och tidsuppfattning. Till sjukdomsbilden kan även oro, nedstämdhet och beteendeförändringar höra till (Demenscentrum, 2014).

Det finns olika stadier inom demenssjukdom: mild, måttlig och svår demenssjukdom. Det milda stadiet innebär att personen i stor utsträckning klarar sig själv utan hjälp från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Det är i det måttliga stadiet som personen med demenssjukdom behöver få stöd för att klara av de vardagliga sysslorna. Det svåra stadiet betecknar skedet då personer med demenssjukdom inte längre klarar sig själv, utan behöver hjälp med det mesta i vardagen (Alzheimer's association, u.å-b).

För att klassificera psykiska sjukdomar finns diagnostiska system så kallade kriteriemanualer. Kriteriemanualerna benämns DSM - Diagnostical and Statistical Manual of Mental disorder. DSM manualen förändras ständigt allt eftersom ny kunskap erövrar genom ökad klinisk erfarenhet och forskning (American Psychiatric Association [APA], 2014). I den senaste versionen DSM-5 används benämningen Lindrig kognitiv nedsättning eller Kognitiv svikt (mild neurocognitive impairment) och kognitiv sjukdom (major neurocognitive disorders). För att klassificera en Kognitiv sjukdom eller Lindrig kognitiv funktionsnedsättning krävs det att en märkbar nedsättning av den kognitiva funktion- samt prestationsförmågan skall finnas. I vilken grad denna funktionsnedsättning påverkar det dagliga livet avgör sedan huruvida det handlar om en Kognitiv sjukdom eller Lindrig kognitiv funktionsnedsättning (APA, 2014). I de nya kriterierna har de tidigare benämningarna demens och demenssjukdom tagits bort (Sachs-Ericsson & Blazer, 2015). I vilken utsträckning termerna Kognitiv svikt och Kognitiv sjukdom ersätter begreppen demens och demenssjukdom visas med tiden. Demens och demenssjukdom är väletablerade begrepp som fortfarande används inom både forskning och vård och omsorg (Kovach, 2014). I det fortsatta arbetet kommer benämningen person/personer med demenssjukdom (PD) användas.

Demenssjukdomar har tidigare ansetts vara en del av det normala åldrandet. Med

tiden ändrades uppfattningen och beskrevs som en mental sjukdom. I slutet av 1960-talet och 1970-talet bekräftades det att en patologisk process, dvs en organisk försämring, var inblandad. När demenssjukdom blev betraktat som en hjärnskada, sökte forskningen förklaringar för att hitta sätt att förhindra och bota skadan. Forskningen fokuserades på hjärnskadan även om många symtom av demenssjukdom inte kan förklaras av den. Många studier har sedan visat att omgivningen, både miljön personen lever i och de människor som finns i personens närhet, har en stor påverkan på hur livet blir för personen med demenssjukdom (SBU, 2008).

Omvårdnadsåtgärder för personer med demenssjukdom

Omvårdnadsåtgärder är ett övergripande begrepp som inkluderar förutom den praktiska/kliniska vården även vetenskapligt studerande och teoribildning. Tidigare användes vanligen termen icke-farmakologiska åtgärder, men detta antyder att vanliga åtgärder är farmakologiska. Farmakologiska åtgärder och omvårdnadsåtgärder är lämpliga under olika omständigheter och även ofta i kombination. Forskare använder ibland termen psykosociala åtgärder. Den psykosociala modellen kan beskrivas som fokus på personen med sjukdomen likväl deras behov och återstående kapacitet. Vissa åtgärder är direkta med målet att eliminera eller lindra symtom, medan andra är indirekta och strävar efter att skapa en mer positiv omvårdnadsomgivning på en avdelning eller öka personalens kunskap om demenssjukdom (SBU, 2008).

Demens och välbefinnande

Välbefinnande är ett av många begrepp som ingår inom omvårdnad. Välbefinnande är ett tillstånd där personen känner ett komplett tillstånd av fysisk, psykisk och socialt tillfredsställelse. Känsla av välbefinnande behöver inte enbart upplevas i frånvaro av sjukdom utan präglas av den subjektiva upplevelsen (WHO, 2013). Det finns olika faktorer som kan påverka upplevelsen. Det kan vara inre faktorer som psykisk hälsa, karaktärsdrag och psykisk styrka men även yttre faktorer så som familjeliv, yrkesliv och ekonomi (Nordenfeldt, 2004).

Enligt Kitwood och Bredin's (1992) modell kan PD uppleva ett relativt välbefinnande, ett tillstånd som kan upplevas i korta stunder. Att leva med demenssjukdom kan innebära ett hot mot existensen inom flera områden; känslan av att inte bli sedd som en person, beroendet av andra människor ökar och utförandet av aktiviteter som hör till ett normalt dagligt liv är inte längre självklart (Kitwood & Bredin, 1992). När minnet försvagas är risken stor att personer förlorar sin känsla av identitet. Minnet utgör en stor del av identitet då minnen kan förknippas med bland annat tidigare händelser som har format individen (Clare, 2008). Misstolkning av omgivning är även en faktor som kan göra att upplevelse av identitet än mer hotas, vilket gör att PD välbefinnande snabbt kan skifta till motsatsen, Kitwood och Bredin (1992) menar därför att välbefinnandet hos personen med demenssjukdom är ett relativt välbefinnande. Trots

ett relativt välbefinnande består personen bakom alla symtom (Kitwood, 1997). Välbefinnande innefattar fyra olika begrepp som ingår i Kitwood och Bredin's modell (1992) för välbefinnande. När PD upplever något/några av dessa fyra begrepp kan känsla av välbefinnande upplevas:

- *Känsla av värde* innefattar känslan av att ha en identitet, att vara någon och att vara av värde. Personen känner att den har en plats i världen. Vid en förändring i livet kan även en acceptans infinna sig. Även om saker förändras i livet bibehålls identiteten och en acceptans över nya situationer (Kitwood & Bredin, 1992).
- *Känsla av kontroll* är en viktig aspekt för upplevelse av välbefinnande. Känslan av att fortfarande ha kontroll över sitt eget liv trots demenssjukdom. Inom detta begrepp hör även till att personen uppnår och får prestera på ett meningsfullt sätt (Kitwood & Bredin, 1992).
- *Känsla av social säkerhet* beskrivs som att personen genom känslan av att vara delaktig i något större främjar känslan av välbefinnande. Hur personer agerar i grupp och att personen blir sedd är en viktig del i upplevelse av välbefinnande. Hur personen ser på sig själv och hur personen tror sig bli sedd av andra påverkar sättet som personer agerar på. Det är en betydande del i upplevelse av välbefinnande (Kitwood & Bredin, 1992).
- *Känsla av hopp* innefattar trygghet i sin närvaro, en känsla av en viss säkerhet och att det finns en mening med livet. För att känna ett välbefinnande är det viktigt att en person är tillfreds med sig själv, i situationen och upplever trygghet i sin omgivning (Kitwood & Bredin, 1992).

För att se personens behov och inte enbart sjukdomen är det viktigt att i omvårdnaden förhålla sig personcentrerat. För att upprätthålla ett välbefinnande hos PD är det viktigt att se till individens behov och anpassa vården till den mån det går för att bibehålla känslan av egenvärde (Socialstyrelsen, 2010). Bemötande och bekräftelse är två viktiga delar i personcentrerad omvårdnad. Ett gott bemötande som grundar sig på kunskap kan minska aggressivt beteende och främjar välbefinnande, utan att behöva använda sig av läkemedel (Lipscomb, 2013). Därför krävs det kompetens hos vårdpersonalen. Dessvärre sker det endast kortare utbildningar som inte visats sig ge effekt. Det är oftast personal med kort teoretisk bakgrund som jobbar närmast personen med demenssjukdom. Det här kan innebära att de inte har kunskap om vilka omvårdnadsåtgärder som kan tänkas användas för att främja personers välbefinnande och hälsa (Socialstyrelsen, 2010). För att kvalitetssäkra vården för personer med demenssjukdom har Nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2010) utarbetats vilka innefattar rekommendationer av beprövade handlingar som är utvärderade och evidensbaserade. Genom riktlinjerna ska en utveckling av vård och omsorg för personer med demenssjukdom ske, så att de får en så god vård som möjligt. Riktlinjernas syfte är främst att bidra till utveckling av kvaliteten inom vård och omsorg som därmed bidrar till den enskildes möjligheter att få den vård som krävs för att de ska känna välbefinnande (Socialstyrelsen, 2010). Enligt socialtjänstlagen (SFS

2001:453) skall insatser inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Personalen skall besitta den kunskap som behövs utifrån lämplig utbildning och erfarenhet.

Människor med demenssjukdom behöver en speciell sorts omvårdnad som har känslomässigt, psykologiskt, socialt och andligt behov i prioritet, såväl som fysisk behov/vård (Passalacqua & Harwood, 2012). För att möjliggöra de bästa förmånerna för PD, krävs en ökad tillgänglighet till omvårdnadsaktiviteter. Möjligheterna till aktiviteter finns men dessa erbjuds inte aktivt. PD kan ha svårt att själva ta initiativ till aktiviteter, detta är på grund av den symtombild som finns inom demenssjukdomar (Bökberg, Ahlström, Leino-Kilpi, Soto-Martin, Cabrera, Verbeek & Karlsson, 2015). Tillräcklig vetenskaplig evidens för att en viss typ av åtgärd ska öka välbefinnandet hos PD, saknas enligt SBU (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering [SBU], 2007). Det är viktigt att ändå se till den forskning som finns, på senare tid har det blivit vanligare att genom observationer och intervjuer komma närmare PD perspektiv. PD har förmågan att, trots avancerat stadie av demenssjukdomen, uppfatta och kommunicera känslor av välbefinnande (Cahill & DiazPonce, 2011).

Syfte

Syftet var att belysa omvårdnadsåtgärder som främjar välbefinnande hos personer med demenssjukdom.

Design

Studien genomfördes genom en deduktiv litteraturöversikt med sammanställning av kvalitativa vetenskapliga artiklar som svarade på syftet. Kvalitativ forskning inriktar sig på att skapa förståelse för ett visst fenomen. Det finns inget rätt eller fel inom kvalitativ forskning, utan det handlar mer om subjektiva erfarenheter (Henricsson & Billhult, 2012). En deduktiv analysmetod utgår ifrån en bestämd modell eller teori. Då innehållet ska beskrivas eller tolkas mer djupgående utifrån en mindre datamängd är det lämpligt att göra en kvalitativ innehållsanalys (Danielsson, 2012). Litteraturöversikter skapar en översikt över befintlig forskning inom ett visst omvårdnadsrelaterat område (Friberg, 2012).

Urval

Inklusionskriterier i studien var kvalitativa artiklar, att personer med demenssjukdom intervjuades/observerades, att artiklarna godkändes genom granskningsprotokollet (Bilaga 2) och att omvårdnadsåtgärder och välbefinnande är det som behandlas i artikeln. Exklusionskriterierna för artiklarna i studien var att kvantitativ data inte skulle behandlas. Artiklar som sällades bort var studier av kombinerad metod (mixed method) och "Review"-artiklar. Artiklar som inte enbart inriktade sig på PD sällades även bort.

Datainsamling

Datainsamlingen utfördes genom avancerade sökningar i databaser. Databaser som användes var Cinahl och Psychinfo. Cinahl är en databas som innehåller material inom bland annat omvårdnad. Psychinfo är en databas som innehåller bland annat beteendevetenskapligt material (Karlsson, 2012). Dessa databaser valdes då omvårdnad var huvudämnet i litteraturöversikten och upplevelsen av välbefinnande ingår i den psykologiska aspekten (WHO, 2013). Booleska termer och trunkering användes för att göra sökningen så specifik som möjligt. Ord som användes i sökningen på databasen Cinahl var: Dement* AND (Wellbeing OR well-being) AND (Activit* OR nurs* OR Therap* OR intervention*) AND (Qualitative OR focus-group* OR narrat* OR interview*). Vid samma sökning på Psychinfo uppkom ett ohanterligt antal träffar. Därför lades NOT quantitative till i sökningen för att begränsa antalet träffar (Tabell 1). Innan begränsningen NOT quantitative lades till, gav sökningen många träffar på artiklar med kombinerad metod (mixed method).

Avgränsningar som användes i sökningarna var att de skulle vara på engelskt språk, artiklarna skulle vara publicerade inom tidsspannet 2005-2015 och artikeln skulle vara "peer-reviewed". Med "peer-reviewed" menas att artiklar är genomgångna av expertråd som kvalitetssäkrar artiklarnas vetenskaplighet (Östlund, 2012). Helikopterperspektiv ger en möjlighet till en översiktlig bild av studiers karaktär. Det är viktigt att granska artiklarna med ett kritiskt öga och se till vad som är relevant för arbetets syfte (Friberg, 2012). Utifrån detta perspektiv gjordes en helikoptersökning där enskilda ord användes för att hitta träffar som kunde anses relevanta. Efter litteratursökningen i databaserna med valda sökord (Tabell 1), utfördes en sortering av träffarna. Artiklarnas titlar lästes och de titlar som ansågs vara relevanta för syftet valdes ut. Efter denna första sortering lästes abstrakten i de kvarstående artiklarna. De artiklar som då inte ansågs svara på syftet sållades bort. Resterande artiklar lästes i sin helhet men ytterligare ett antal artiklar sållades bort eftersom de inte svarade på syftet. De artiklar som inte svarade på syftet var de som till exempel beskrev personalens eller anhörigas upplevelse av välbefinnande. I sökningen av artiklar, påträffades flera dubletter från båda sökningarna. Dubletterna har tagits bort ur sökningen på Cinahl för att tydligare visa de antal artiklar som senare använts i översikten. Dubletterna illustreras i sökningen på databasen Cinahl (Tabell 1) som tre använda artiklar av de sju påträffade, de resterande fyra artiklarna är samma artiklar som påträffats i sökningen på Psycinfo. Antalet artiklar som gick vidare för att kvalitetsgranskas var 11 stycken artiklar.

En kvalitetsgranskning utifrån ett kvalitetsgranskningsformulär framställt av Hälsohögskolan i Jönköping (Bilaga 2) utfördes för att avgöra vilka artiklar som skulle inkluderas eller exkluderas i studien (Friberg, 2012). Formuläret bestod av två delar. Den första delen bestod av fyra frågor; Besvaras inte dessa frågor positivt, exkluderas artikeln från arbetet. Besvaras samtliga frågor positivt, gick artikeln vidare till del två i granskningen. Del två i granskningsprocessen bestod av åtta frågor gällande tillförlitlighet och kvalitet av artikeln (Bilaga 2). Sex av åtta frågor skulle besvaras positivt för att studien skulle kunna användas i resultatet. Ett krav på att artiklarna skulle kunna gå vidare till att användas i resultatet var att de besvarade den etiska frågan positivt i kvalitetsgranskningsformuläret (Friberg, 2012). Efter att 11 artiklar granskats blev 10 artiklar godkända utifrån formuläret och en artikel togs bort. Vidare lästes artiklarna igenom flera gånger för att bilda en uppfattning om innehållet. En artikelmatris (Bilaga 1) gjordes för att få en sammanfattning av syfte, metod och resultat i respektive artikel. Förutom att göra en översiktstabell, ska en sammanfattning av varje artikel göras som stöd i analysarbetet (Friberg, 2012).

Tabell 1: Sökmatrix

Databas: Cinahl Sökning: 2015-11-03	Träff	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Kvalitetsgranskade	Till resultat
Dement*	27,542				

Wellbeing OR well-being	22,174				
Activit* OR nurs* OR therap* OR intervention*	1,148,284				
Qualitative OR focus-group* OR narrat* OR interview*	181,229				
Dement* AND (Wellbeing OR well-being) AND (Activit* OR nurs* OR therap* OR intervention*) AND (Qualitative OR focus-group* OR interview*)	172	172	25	3(7)	3(7)
Databas: PsycINFO					
Sökning 2015-11-03					
Dement*	48,786				
Wellbeing OR well-being	46,242				
Activit* OR nurs* OR therap* OR intervention*	797,510				
Qualitative OR focus-group* OR narrat* OR interview*	374,758				
NOT Quantitative	923,920				
Dement* AND (Wellbeing OR well-being) AND (activit* OR nurs* OR therap* OR intervention*) AND (Qualitative OR focus-group* OR interview*) NOT Quantitative	128	128	17	8	7

Dataanalys

En deduktiv innehållsanalys gjordes utifrån Kitwood och Bredin's (1992) modell för välbefinnande vid demenssjukdom. Deduktiv innehållsanalys innebär att analysen utgår från en teori/modell (Henricsson & Billhult, 2012). Artiklarnas innehåll identifierades utefter likheter och/eller skillnader i syften, teoretiska utgångspunkter och till sist likheter och skillnader i resultat. För att meningsenheterna, med beskrivning av det som hör samman, enklare ska kunna avgränsas behöver den kvalitativa datan i mallen läsas ytterligare en/flera gånger. Varje artikel lästes och bearbetades utifrån studiens syfte, av två granskare. Detta gjordes för att säkerställa kvaliteten av innehållsanalysen. De meningsbärande enheterna färgmarkerades och därefter kondenserades de meningsbärande enheterna för att minska textmassan. Meningsenheter är en beskrivning av ett antal ord med gemensamt budskap, det här innebär att textmassan kan kondenseras från flera meningar till några relevanta ord (Danielsson, 2012). Därefter sammanställdes de kondenserade meningsenheterna från respektive artikel och gavs kodnamn som låg nära textens innebörd. Koder sätts för att ge samlingsnamn för de kondenserade meningsenheterna. Meningsenheter, kondenserings- och koder görs genom all kvalitativ data innan fortsatt bearbetning görs (Danielsson, 2012). Efter att koderna färdigställts påbörjades en kreativ process där det kondenserade innehållet i varje kod-grupp sorterades, i kategorier och

subkategorier, utifrån studiens syfte samt begreppen i Kitwood och Bredin's (1992) modell för välbefinnande vid demenssjukdom. Därefter sammanställdes texten för att få fram ett läsbart resultat.

Etiska överväganden

Det finns riktlinjer och etiska principer som rekommenderas att följa vid studier, för att säkerställa att god forskningssed upprätthålls. Riktlinjer och etiska koder finns för att skydda den enskilda människan och för att försäkra att de mänskliga rättigheterna tillgodoses, vilket menas att människan som deltagare inte skall utnyttjas, kränkas eller tappa känsla av värde. ICN:s etiska koder innehåller fyra olika rättigheter. Dessa rättigheter innefattar: Deltagaren har rätt att inte bli skadad, att deltagaren har rätt till all information, deltagaren har rätt till självbestämmande och att deltagaren har rätt till konfidentialitet och privatliv. Deltagaren skall ha möjlighet att avbryta sin medverkan närhelst i studien och personens val skall respekteras. Konfidentialitet innebär ett bevarande av deltagarens privatliv. Information om deltagaren skall inte spridas till utomstående i studien, detta för att bevara integriteten hos personen. Under säkra omständigheter skall informationen förvaras så att obehöriga inte kan ta del av den. Nyttjandekravet finns för att information som framkommer om personer i studien endast skall användas till studiens ändamål och endast till det. Konfidentialitet innebär även att data inte skall kunna härledas till den specifika personen det kommer ifrån (Kjellström, 2012). Innan personer medverkar i undersökningar skall författarna till studien konstatera att personen fått information om studien, att personen i fråga förstår den information som tillhandahållits och att personen förstår att deltagandet är frivilligt. Ett informerat samtycke kan ske både muntligt och skriftligt (Kjellström, 2012).

I föreliggande studie utfördes överväganden genom att varje artikel granskades kritiskt, för att se hur författarna behandlade etik och människans värde i sina studier. Granskningen gjordes utifrån ett kvalitetsgranskningsformulär framställt av Hälsohögskolan i Jönköping (Bilaga 2). Formuläret skall kvalitetssäkra att artikeln är etisk försvarbar och kan användas för att upprätthålla forskningssystemet (Kjellström, 2012).

Resultat

Syftet med denna litteraturöversikt är att belysa omvårdnadsåtgärder som kan främja upplevelsen av välbefinnande hos PD. Resultatet har som utgångspunkt en teoretisk modell angående upplevelsen av välbefinnande hos PD (Kitwood & Bredin, 1992). Resultatet är således indelat i kategorier och subkategorier. (Tabell 2). Modellen utgår från fyra olika begrepp och genom att uppleva något/några av dessa begrepp kan en känsla av välbefinnande främjas. Kategorierna delas in i subkategorier för att ge en klarare bild av innebörden i varje begrepp.

Tabell 2: Kategorier och subkategorier

Känsla av värde	Känsla av kontroll	Känsla av social säkerhet	Känsla av hopp
<i>Acceptans</i> Accepterar sin tillvaro trots den kognitiva nedsättningen.	<i>Kontroll och självbestämmande</i> Att kunna välja att kontrollera sitt personliga liv på ett meningsfullt sätt.	<i>Samvaro</i> Att ha personer runt omkring som ger känslan av att vara en del av något större.	<i>Det som består</i> Tillit till att saker förblir detsamma trots förändringar.
<i>Identitet</i> Bevarandet av den person som en gång var.	<i>Motivation</i> Motivation som genererar i utförande och deltagande, något kan ge ett avtryck på andra och på världen.	<i>Social gemenskap</i> Genom aktivt deltagande i grupp skapas en känsla av socialt tillhörande.	<i>Meningsfullhet</i> Känna att livet är meningsfullt.
<i>Självkänsla och egenvärde</i> Ett självförtroende som bygger på ett personligt värde.	<i>Frihet och självständighet</i> Att inte ständigt vara i behov av andra.	<i>Att bidra</i> Att ha något att erbjuda andra människor samt att kunna lära sig av andras erfarenheter.	

Känsla av värde

Acceptans

Fysisk träning visar sig ökar känsla av acceptans i aktiviteten och en strävan efter att i största mån kunna bibehålla en så normal vardag som möjligt (Cedervall & Åberg, 2010; Martin, Turner, Wallace, Stanley, Jesuthasan & Bradbury, 2015; Olsen, Telenius, Engdal & Bergland, 2015). Även om den kognitiva förmågan är nedsatt känner PD en acceptans från gruppen under gruppaktiviteterna (Cedervall & Åberg, 2010; Hamill, Smith & Röricht, 2012). Genom att känna en acceptans bekräftas PD som person. Det här är en viktig del i känsla av värde vilket leder till en upplevelse av välbefinnande (Kitwood & Bredin, 1992).

Identitet

Gamla minnen och känslor är starkt bundna till identitet. Musik visar sig ge upphov till att minnen återkommer till individen. Musiken associeras med gamla känslor och minnen och det här gör att PD kan tänka tillbaka och komma ihåg vem han/hon en gång var (Mcdermott, Orell & Ridder, 2014; Sixsmith & Gibson, 2007). Därför är det av stor vikt att musiken anpassas efter personens individuella smak för att PD skall få ut så mycket som möjligt av musiken. Musik kan ha en stor betydelse i människors liv, trots att minnet av musiken kan svikta. Genom livberättelser kan PD musiksmak och intressen framträda. Anpassad musik hjälper personen att återigen uppleva musik som tidigare varit av betydelse samt ge en känsla av uppmuntran i sin identitet (Mcdermott et al., 2014). Vad som även tar fram tidigare minnen hos PD är aktiviteter innehållande historia. Det visar sig att åka på historiska resor som är relevanta för PD innebär en identifikation av sin identitet och minnen från specifika händelser tidigare i sina liv (Brataas, Bjugan, Wille & Hellzen, 2010).

Fysisk aktivitet är ett sätt att upprätthålla känslan av kontinuitet och individualitet i PD liv. Känslan av att minnas upplevelsen av naturen, den friska luften, ger dem möjlighet att fortsätta vara i kontakt med sin tidigare identitet. Genom att bekräfta den identitet som fanns innan diagnosen och genom att engagerar sig i fysiska aktiviteter trots de barriärer de står inför, blir det möjligt för PD att känna sig kompetent (Cedervall, Torres & Åberg, 2015). Att vara välkänd i en liten by skapar även en bra möjlighet för PD att bibehålla sin identitet genom att integrera med bekanta människor. Strävan efter att kunna utföra sina intressen är en fördel för att kunna bevara sin identitet. Bevarandet av identitet är en viktig del i arbetet för att främja välbefinnande. Det kan göras genom att ta tillvara på intressen och försöka uppmuntra PD att fortsätta vara delaktig i intressen som är eller har varit av betydelse. Ett välbefinnande främjas genom att ta tillvara på de resurser som personen själv besitter; sådana intressen kan innebära exempelvis fotografering eller konst (Duggan, Blackman, Martyr & Van Schaik, 2008). Identiteten bevaras genom att promenera de vägar som sedan tidigare är kända för personen. Det här gör att identiteten behålls trots demenssjukdomen. Det ger en känsla av värde då det är en viktig del i upplevelsen av välbefinnande (Olsson, Lampic, Skovdahl & Engström, 2013). När PD stöter på folk på sin promenad kan han/hon även få en känsla av uppskattning genom att de vill stanna och samtala (Olsson et al., 2013). Det här kan göra att PD känner sig som en kapabel människa, människan han/hon identifierade sig med innan sjukdomen, vilket ger en känsla av värde som främjar välbefinnandet (Cedervall et al., 2015). Genom högintensiv-träning känner PD att han/hon tas på allvar och att de involveras i den värld dem lever i (Olsen et al., 2015). På så sätt får de en känsla av att de är någon och har ett värde i sin existens, vilket knyts till upplevelse av välbefinnande (Kitwood & Bredin, 1992).

Självkänsla och egenvärde

Genom att delta i olika aktiviteter, tillsammans med andra PD, kan deltagarna se att de alla fortfarande är individer med styrkor. De flesta deltagarna upplever då en ökad självkänsla, då de fokuserar på sina styrkor istället för sina brister (Martin et al., 2015). Genom olika aktiviteter i grupp kan självförtroende ökas hos varje individ (Hamill et al., 2012; Olsen et al., 2015). PD får chansen att dela med sig av sig själv vilket i sin tur leder till en främjad självkänsla (Hamill et al., 2012). Självförtroendet stärks hos vissa deltagare när de får möjlighet att känna att de kan utföra saker på egen hand; Det här kan vara att få leka med sina barnbarn ensamma, ha en egen nyckel till dörren eller få vistas utomhus själva. Dessa är exempel på små betydande tillfällen som kan främja välbefinnande (Olsson et al., 2013). Fysisk aktivitet innebär även förändringar i humöret vilket leder till främjande av självkänslan genom en mer positiv sinnesstämning (Olsen et al., 2015). PD nämner att de blir stolta över sig själva för sin prestation under aktiviteterna. Det här främjar egenvärdet och självkänslan (Brataas et al., 2010; Cedervall et al., 2015; Olsen et al., 2015). Fysisk aktivitet ger en känsla av att bli investerad i; Att känna sig viktig och sedd är två komponenter som är av betydande del i känslan av värde, som upplevs i samband med fysisk aktivitet. Att få prestera i en grupp gör att PD känner en stolthet över sig själva och kan lägga fokus på träning istället för sjukdom (Cedervall et al., 2015). Fysisk aktivitet ökar glädjen hos PD. Känslan av värde främjas genom att PD ser sin egen kapacitet och förmåga att prestera genom fysisk aktivitet (Olsen et al., 2015).

Känsla av kontroll

Kontroll och självbestämmande

Aktivt val av deltagande i musikaktiviteter genom sång, dans, spelande av något instrument eller annat deltagande i musik ger PD en känsla av självbestämmande och kontroll över sitt eget liv. Musik beskrivs som en meningsfull aktivitet som PD har möjlighet att välja att delta i. PD ses kommunicera sina åsikter en stund efter musiksessionen, vilket ökar deras självbestämmande (Mcdermott et al., 2014; Sixsmith & Gibson, 2007). Genom att spela bakgrundsmusik kan PD öka sin motivation att utföra vardagliga aktiviteter i hemmet, sådana aktiviteter ökar personens kontroll över sin omgivning (Sixsmith & Gibson, 2007).

Fysisk aktivitet så som högintensiv-träning eller promenader utomhus främjar PD upplevelse av kontroll över sitt liv. Då PD är medveten av att välbefinnandet ökar under fysisk aktivitet kan PD aktivt välja att röra på sig för att må bättre (Cedervall et al., 2015; Duggan et al., 2008; Olsen et al., 2015). Hög-intensiva träningspass kan vara utmanande men roligt. PD som deltar i ett högintensivt-träningspass beskriver att det är positivt att pressa sig själv, trots ålder och sjukdom, det ger energi och optimism. PD beskriver att de själva får välja att vara med i tränings-programmet, det finns en tillfredställelse att få vetskap om möjligheterna att engagera sig i aktiviteter och inta

känslan av att inte ha gett upp (Cedervall et al., 2015; Olsen et al., 2015). Att bli trött under promenaden kan hanteras genom att tillfälligt sakta ner, på det här sättet ökas känslan av kontroll över situationen (Cedervall & Åberg, 2010). Att låta PD välja aktivitet som ska utföras, genom att exempelvis få välja vilken promenadled som ska tas, ger möjlighet till självbestämmande (Brataas et al., 2010; Cedervall & Åberg, 2010).

Motivation

Regelbundna rutiner som ger dagen struktur främjar välbefinnandet för PD (Cedervall & Åberg, 2010). Att vara aktiv visar sig vara en viktig del i livet för PD. Ett sätt att öka motivationen till aktivitet är uppmuntran från omvårdnadspersonal (Cedervall et al., 2015; Martin et al., 2015, Olsen et al., 2015). Musik visar sig ge en känsla av liv och aktivitet i hemmet, även om det bara spelas tyst i bakgrunden. Musik ökar upplevelsen av en att vardagliga aktiviteter blir mer uppskattade, så som städning och andra hushållsuppgifter. Musik ökar på så sätt deltagandet av olika aktiviteter. Att exempelvis aktivera sig med städning på ett boende ökar PD känsla av att vara till hjälp (Sixsmith & Gibson, 2007).

En lång promenad med ett tydligt mål och att komma fram till den destinationen som var målet, främjar välbefinnande hos PD (Cedervall & Åberg, 2010). Fördelen med aktiviteter beskriver PD är att veta att något positivt har utförts. Det är viktigt att ha ett mål att sträva mot men vikten ligger inte i att nå målet utan ligger i att känna att något uppnåtts (Martin et al., 2015). Drivkraften bakom promenader för PD kan vara att bli hälsosammare och få ökad energi (Cedervall & Åberg, 2010; Cedervall et al., 2015).

Frihet och självständighet

Deltagande i en avslappningsaktivitet ger PD möjlighet att slappna av, vilket de annars kan ha svårt att göra. PD i avslappningsaktiviteter beskriver vikten i att förminska stressen och vidare kunna uppleva avslappning (Martin et al., 2015). Känslan av självständighet ökar om PD inte känner sig helt beroende av omvårdnadspersonalen, ett sätt att öka självständigheten är att lära PD att utföra avslappning eller träning på egenhand (Martin et al., 2015; Olsen et al., 2015). Annat som påverkar självständigheten är att kunna välja om radion ska vara på eller av. PD beskriver att sätta på musik är ett sätt att främja glädjen. De beskriver att musik får dem att må bättre, och om musiken inte faller i smak för personen kan denne välja att stänga av den. Denna självständighet ger en känsla av kontroll då det avser beroendet av någon annan (Sixsmith & Gibson, 2007).

Promenader utomhus ger en känsla av frihet och glädje, det finns många gånger en vilja att ta sig ut och andas friskluft. Många PD påstår att rastlöshet och ångest försvinner med promenader utomhus, det här i sig blir en drivkraft. Möjligheten att självmant ta sig utomhus ger en känsla av frihet och självständighet. Fysisk aktivitet blir för PD ett sätt att uppleva känslan av välbefinnande (Cedervall et al., 2015; Olsson et al., 2013).

Känsla av social säkerhet

Samvaro

Gruggemenskapen beskriver PD som något alldeles särskilt, de behöver inte vara själva. Att vara i en grupp med människor i liknande situation som en själv, ger en känsla tillhörande, socialt sammanhang och acceptans trots sjukdom (Brataas et al., 2010; Martin et al., 2015). Att förbereda mat tillsammans är ett sociokulturellt event som många PD uppskattar, det ger möjlighet till delaktighet och välbehag (Brataas et al., 2010).

Social gemenskap

Många PD beskriver att gruppaktiviteter ökar det sociala kontaktnätet, vilket upplevs som viktigt. Att se, höra och vara i andras närhet beskrivs som värdefullt (Olsson et al., 2013). Sociala interaktioner tillfredsställer behovet av tillgivenhet, socialt tillhörande, så väl som känslan av att bry sig om andra medlemmar i gruppen (Brataas et al., 2010).

Gruppaktiviteter, så som dans, påverkar PD, som tidigare varit isolerad, att känna starkt självförtroende i gruggemenskapen. Gruppaktiviteter så som cirkel-dans visar sig minska behovet av antidepressiva läkemedel hos PD, genom att deltagarna blir mer aktiva, sociala och alerta. (Hamill et al., 2012).

Musik visar sig vara en aktivitet som får många PD att upprätthålla en emotionell kontakt med andra människor, genom dans och sång. Sång kan på så sätt påverka PD att bli mer kommunikativa (Mcdermott et al., 2014; Sixsmith & Gibson, 2007). Att sjunga favoritsånger tillsammans med andra PD eller med personal kontinuerligt, kan vara en avgörande betydelse för PD. Känslor som empati och familjekänsla uppkommer vid sådana omvårdnadsåtgärder (Mcdermott et al., 2014). Genom att gå till kyrkan och sjunga, får många PD en social interaktion med andra människor. Det här ger en familjär känsla och en upplevelse av att vara en del av något större (Sixsmith & Gibson, 2007). Att vara i grupp tillsammans med andra personer med samma sjukdom ökar känslan av jämlikhet, empati, ömsesidigt förtroende, respekt och värde i gruppen, de känner tillhörighet (Brataas et al., 2010; Hamill et al., 2012). Gruppaktiviteter där livserfarenheter delas med andra visar sig stärka känsla av kulturell samhörighet hos PD (Brataas et al., 2010). Men för att känna samhörighet eller öka sociala interaktioner måste inte en gruppaktivitet hållas, att vara utomhus där möjligheten att möta andra människor finns eller att lyssna på radio där programmets presentatör småpratar, visar sig också ge en känsla av social samhörighet och sociala interaktioner (Duggan et al., 2008; Sixsmith & Gibson, 2007).

Att bidra

Kommunikation visar sig vara en betydande del, genom kommunikationen kan hanterbarhet av sjukdomen främjas genom andra personers delgivande av strategier.

Vid en samverkan i grupp kan PD även dela med sig av erfarenheter, kunskap och visdom till varandra (Martin et al., 2015; Sixsmith & Gibson, 2007). PD upplever sig bidra genom att få möjlighet att prata med andra personer de stöter på under promenader (Olsson et al., 2013). Att integrera med människor och kunna dela med sig till andra ger en känsla av att vara av betydelse i världen, att personen känner att han/hon har något att ge (Sixsmith & Gibson, 2007).

Under högtintad träning beskriver PD att de motiverar varandra i gruppen och ser varandra som förebilder (Olsen et al., 2015). Det här syns även i musikgruppen; de lyssnar på varandras åsikter. Det här främjar känslan av social säkerhet, då en trygg gemenskap skapats genom positivt delgivande från gruppens medlemmar (Brataas et al., 2010).

Känsla av hopp

Det som består

Fysisk aktivitet så som promenader, att få komma ut i naturen och att lyssna på musik frambringar känslan av att saker är och kommer vara detsamma trots utveckling av demenssjukdom (Duggan et al., 2008; Mcdermott et al., 2014; Olsson et al., 2013). Musik är något som inte förändras trots sjukdom; Musik ger känslan av att tiden står still. När allting förändras och livet känns maktlöst, kan det ingiva hopp att veta att musiken finns kvar (Mcdermott et al., 2014). Något som även består är känslan av att få vistas utomhus; känslan av friskluft och doften av naturen, vilket inger en trygghet och hopp om att allt inte behöver förändras i takt med sjukdomen (Olsson et al., 2013).

Genom att se andra personer med en mer avancerad sjukdomssituation positivt delta och engagera sig med varandra trots svårigheter relaterat till ett avancerat stadium av sjukdomen, ökar det acceptansen av sjukdomstillståndet och ger hopp i sjukdomsförloppet (Hamill et al., 2012). Att leva i nuet och inte oroa sig för framtiden är en förutsättning för att kunna leva sitt liv som vanligt trots sjukdom (Cedervall et al., 2015).

Meningsfullhet

Regelbundna utomhuspromenader ger möjlighet att få känna friskluft och uppleva naturen. Det ses som en meningsfull aktivitet och ger en känsla av mening i livet (Cedervall & Åberg, 2010; Olsson et al., 2013). Djur ökar även känsla av meningsfullhet i livet; En hund ökar engagemanget att komma ut på promenader och minskar passivitet. Detta ger en känsla av hopp, att på något sätt kunna se förbi sjukdomen och lägga fokus på andra meningsfulla saker (Cedervall & Åberg, 2010). Fysisk träning används även av PD för att fylla ut vardagen med något meningsfullt (Cedervall & Åberg, 2010). Meningsfulla aktiviteter så som att lyssna på musik eller sjunga psalmer i en kyrka kan vara en avgörande upplevelse. Musik ger en känsla av att försvinna bort från nuet en stund och existera i en annan meningsfull dimension (Mcdermott et al.,

2014; Sixsmith & Gibson, 2007). Musiken förändrar beteende hos PD och får dem att känna sig tryggare. PD som tidigare varit agiterade och påverkat andra gruppmedlemmar negativt, tenderar att bli lugnare, vilket gör att stämningen i gruppen blir harmonisk och välbefinnandet främjas. (Mcdermott et al., 2014).

Diskussion

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa vilka omvårdnadsåtgärder som främjar välbefinnande hos PD. Resultatet visar att det finns olika aktiviteter som kan utföras som främjar välbefinnandet. Omvårdnadsåtgärder som framkommer i studien är psykosociala omvårdnadsåtgärder så som exempelvis musik, fysisk aktivitet och dans. Dessa aktiviteter påverkar det psykosociala välbefinnandet (SBU, 2008). Musikterapi påverkar välbefinnande då det är mycket starkt knutet till minnen och känslor. Musik visar sig i studien ha en tendens att reducera symtom som vandrande och agiterande beteende, vilket gör att personen i sig blir lugn och detta skapar i sin tur ett lugn i omgivningen. Wall & Duffy's studie (2010) bekräftar detta genom att musik har en positiv effekt på humör och beteende hos PD. Intresset för musik är individuellt och har därför mer effekt om den är individanpassad. En nackdel som framgår i Sixsmith & Gibson's studie (2007) är att det kan vara svårt att veta hur en radio sätts igång. Det är inte alla som kan sätta igång eller stänga av en radio och därmed blir upplevelsen begränsad. Upplevelsen blir även begränsad när minnet försvagas. Symtomen som kan uppstå i takt med den nedsättning som sker av den kognitiva förmågan, kan göra det svårt för personer att hantera det praktiska. Genom att förstå vad radion är men inte längre förstår hur den fungerar, är ett exempel på hur symtom kan ge uttryck i demenssjukdom (APA, 2014). Fördelen med musikterapi är att när musiken väl är ihågkommen, kan den föra samman personer i en gemenskap. Känslan av att vara en del av något är av betydelse för upplevelsen av välbefinnande (Kitwood & Bredin, 1992).

Fysisk träning visar sig ge resultat utefter de fyra begreppen, vilket enligt Kitwood och Bredin's modell (1992) främjar välbefinnande. Genom fysisk aktivitet kan PD känna en känsla av att vara en del av något större, vilket påverkar välbefinnandet positivt. Fysisk träning visar sig även styrka personens självkänsla, att personen får en ökad kontroll och ett förändrat beteende. Även fysisk träning kan behöva individanpassas så att PD känner trygghet i aktiviteten. Vad som tydligt ses i studien är att fysisk träning förbättrar känslan av styrka i kroppen hos PD och ger även positiva emotionella känslor och sociala interaktioner påverkas positivt, vilket även det främjar välbefinnandet. Promenader som ingår i fysisk träning visar att det ger en mängd olika känslor och intryck som påverkar välbefinnandet positivt. Känsla av frihet och meningsfullhet är några känslor som beskrivs i samband med aktiviteten. Promenader kan även innebära en social interaktion där samtal kan uppstå med andra människor.

Fysisk träning kan även innebära svårigheter där motgångar uppkommer. Då den kognitiva funktionen sviktar och orienteringsförmågan minskar, kan det innebära problem vid promenader. Andra symtom som påverkar den fysiska träningen är planering och utförande av aktiviteter i vardagen (Demenscentrum, 2014). I relation till symtom som planering och utförande, är det viktigt att tänka på att aktivt erbjuda PD aktiviteter, istället för att endast låta möjligheten finnas och att de själva ska behöva

ta initiativet till att medverka (Bökberg et al, 2015). Engagemanget från vårdpersonal för att skapa och erbjuda olika aktiviteter är en avgörande del för PD. Vanliga aktiviteter för att sysselsätta PD kan vara att kolla film eller spela spel. Filmen eller spelet i sig behöver inte tillfredsställa PD, det är den sociala interaktionen i samband med aktiviteten som är av vikt (Tak, Kedia, Tongumpun & Hong, 2015).

Genom litteraturoversikten har en medvetenhet ökat om hur pass viktigt det är med omvårdnadsåtgärder anpassat för varje individ. Litteraturoversikten visar att det inte behöver krävas mycket för att främja känslan av välbefinnande hos PD. Det är viktigt att ta tillvara på PD livsberättelse så att omvårdnaden kan individanpassas för att främja välbefinnandet. Tak et al (2015) nämner att försök för att bevara varje individs intressen måste ske. Visar det sig att de aktiviteter som erbjuds är begränsade eller inte är anpassade för de individer som ska ta del av aktiviteterna, blir det svårt att främja välbefinnandet (Tak et al, 2015).

Utifrån resultatet kan tydliga tecken ses på att åtgärder så som musikterapi, promenader och fysisk träning kan ge en känsla av välbefinnande. Enligt Kitwood och Bredin's modell (1992) är välbefinnandet hos PD beroende av fyra begrepp: Känsla av värde, kontroll, social säkerhet och hopp. Dessa fyra begrepp är nödvändiga för att uppleva känslan av välbefinnande för PD. Genomgående i resultatet framkommer det att åtgärderna ger upphov till att dessa begrepp uppfylls. Omvårdnadsåtgärder i form av aktiviteter skulle kunna förbättra omvårdnaden inom demenssjukvården. Det är viktigt med kontroll, en känsla av värde, social interaktion och känslan att livet har en mening trots sjukdom. Det framkommer tydligt att aktiviteter kan hjälpa PD att öka dessa känslor, vilket i sin tur främjar känslan av välbefinnande.

Metoddiskussion

Studiens resultat utformades utefter en deduktiv ansats d.v.s. utifrån en vald modell. Att utgå ifrån en modell kan leda till att data i resultatet missats, då det skulle ha kunnat påverka vilken data som lyftes i materialet. En teoretisk modell som utgångspunkt skulle ha kunnat bli styrande. Resultatet har reflekterats och tolkats av två granskare, där utmanande och kritiska frågor tagits upp. Den här aktiviteten kallas "peer-debriefing" och ger ett fördjupat synsätt på forskningsresultatet, vilket ökar studiens trovärdighet. Bedömning av studiens trovärdighet kan ses i vilken utsträckning egna erfarenheter och tankar har påverkat tolkningen av resultatet (Petersson & Lindskov, 2012).

En utav studiens granskare hade sedan tidigare en förförståelse för området då personen arbetat i demensvården, det här kan vara både positivt och negativt. Förförståelsen ger insikt i ämnet men detta kan resultera i att materialet i studien tolkats utifrån av denna förförståelse. För att bli medveten om antaganden som tagits för givet är det av vikt att utmanande frågor ställts till samtliga aktörer i tolkningen av resultatet. Trovärdighet kan även diskuteras utefter studiens syfte och frågeställningar

och dess sammankoppling till val av lämplig metod (Petersson & Lindskov, 2012). Artiklar som analyserats i studien är relevanta i sin tid, då de är skrivna inom tidsspannet 2007-2015, vilket är mindre än 10 år. Detta påverkar trovärdigheten i denna studie positivt. Hade äldre artiklar använts, hade trovärdigheten kunnat påverkas negativt eftersom demensvården såg annorlunda ut förr i tiden (Wallengren & Henricson, 2012).

Den kvalitativa metoden valdes då strävan i studien var att lyfta fram PD röst gällande deras individuella åsikter och upplevelser angående välbefinnande knutna till omvårdnadsåtgärder. Välbefinnande är en subjektiv upplevelse, en känsla, som endast personen i fråga kan avgöra och beskriva (WHO, 2013). Därav finns ett behov av intervjuer där PD individuella röst får komma till tals, det är alltså kvalitativ data som behövs. Validiteten av en studie kan ses i huruvida det som avsetts studera verkligen framkommer i studien (Gunnarsson & Billhult, 2012). Då syftet i studien inte endast innefattar personer i ett visst stadium i demenssjukdomen, är det av vikt att de sammanställda studierna innehåller olika stadium av sjukdomen, såväl mildt som svårt. De flesta deltagarna i de studier som granskats, (Brataas et al., 2010; Cedervall & Åberg, 2010; Cedervall et al., 2015; Duggan et al., 2008; Martin et al., 2015; Olsson et al., 2013; Olsen et al., 2015), är under sin medverkan i ett mildare stadium av demenssjukdomen, vilket kan påverka resultaten. De olika stadierna innebär olika symtom och försämringar i den kognitiva nedsättningen. Studier som innefattar deltagare i ett svårare stadium av demenssjukdomen kan väcka frågeställningar gällande validiteten av självrapporterna. Men evidens visar på att personer med ett svårare stadium av demenssjukdomen fortfarande i stor utsträckning kan kommunicera sina tankar och synsätt (Cahill & DiazPonce, 2011).

Något som också är av vikt att diskutera är överförbarheten i studien. Med överförbarhet avses möjligheten att överföra studiens resultat till andra grupper eller situationer (Wallengren & Henricson, 2012). Studiens modell för välbefinnande för PD (Kitwood & Bredin, 1992) kan anses vara anpassningsbar till andra grupper och situationer då modellen är utformad efter ett mänskligt behov av bland annat identitet, social gemenskap och hopp, och dessa är några av de grundläggande fundamenten för att främja välbefinnandet. Kitwood & Bredin's (1992) modell är anpassad för PD men motsätter inte det allmänna mänskliga behovet som finns. Individer med en välfungerande kognitiv funktion har en inre reservation av välbefinnande att dra ifrån eller åtminstone en välutvecklad kapacitet att behålla känslan av välbefinnande utan att involvera sig med andra. Medan välbefinnandet hos PD ofta är ömtåligt och kortlivat och därför i större utsträckning behöver omvårdnadsåtgärder för att främja välbefinnandet (Kitwood & Bredin, 1992).

I studien används artiklar från databaserna Cinahl och Psychinfo, dessa databaser gav ett tillfredsställande antal artiklar till studien. Valet av databaser kan resultera i att relevanta artiklar missats, som hade kunnat hittas i andra databaser. De kvalitativa

artiklarna söktes fram via ett antal sökord, för att enklare finna de artiklar som svarar på studiens syfte. Omvårdnadsåtgärder är ett stort begrepp som innefattar mycket, att hitta sökord som innefattar hela dess innebörd blir komplicerat. Det kan finnas andra sökord än de som använts, för att få fram artiklar som svarar på studiens syfte. De specifika sökorden kan även resultera i ett bortfall av artiklar som kanske annars hade varit relevanta för studien (Wallengren & Henricson, 2012). Utifrån kvalitetsgranskningsformulär (Bilaga 2) granskades varje artikel, i samband med det här uppstod inga etiska problem under arbetets gång.

Slutsatser

Studien visar att det finns omvårdnadsåtgärder att tillämpa för att främja välbefinnandet hos PD. Omvårdnadsåtgärder kan främja känsla av värde, kontroll, social säkerhet och hopp. Den subjektiva upplevelsen från PD, som framgår i studien, ger en ökad förståelse för personen bakom sjukdomen. Genom denna personcentrerade vård som framhävs i studien, kan omvårdnadsarbetet höja välbefinnandet hos PD genom att tillämpa omvårdnadsåtgärder i form av aktiviteter eller genom den enkla vardagliga sysselsättningen. Omvårdnadsåtgärder behöver inte vara avancerade eller ekonomiskt krävande för att ge en meningsfull vardag som främjar välbefinnandet. Fler kvalitativa studier, med fokus på den subjektiva upplevelsen, behövs för att vidare styrka det resultat som framkommer i studien. Utifrån tidigare arbetslivserfarenheter är vidare forskning och evidens, inom området, av stor betydelse för att främja den personcentrerade vården och upplevelsen av välbefinnande inom demensvården. Exempel på vidare forskning skulle kunna vara att undersöka vårdpersonalens kompetens angående personcentrerad vård och en strävan efter att utveckla den kunskapsbank vårdpersonalen besitter, för att främja välbefinnande hos PD.

Kliniska implikationer

Genom den kunskap som framkommer i studien kan omvårdnadspersonal tillämpa ett bättre förhållningssätt och synsätt som gynnar den psykologiska hälsan hos PD. Aktiviteter behöver inte innebära något överväldigande i planering och tid, utan genom att implementera den kunskap som framkommer i denna litteraturöversikt, visar det sig att små åtgärder så som promenad eller lyssna på anpassad musik kan vara av stor betydelse för främjandet av välbefinnande hos personer med demenssjukdom.

Referenslista

Alzheimer's association (u.å.-a) Types of dementia. Hämtad 15 Januari, 2016, från <http://www.alz.org/dementia/types-of-dementia.asp>

Alzheimer's association (u.å.-b) Stages of alzheimer's. Hämtad 15 Januari, 2016, från http://www.alz.org/alzheimers_disease_stages_of_alzheimers.asp

American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Mini-D 5 : diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim press AB.

Brataas, H. V., Bjugan, H., Wille, T., & Hellzen, O. (2010). Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia. *Journal of clinical nursing*, 19(19-20), 2839-2848. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03270.x>

Bökberg, C., Ahlström, G., Leino-Kilpi, H., Soto-Martin, M. E., Cabrera, E., Verbeek, H., & ... Karlsson, S. (2015). Care and service at home for persons with Dementia in Europe. *Journal of nursing scholarship*, 47(5), 407-416 10p. doi:10.1111/jnu.12158

Cahill, S., & Diaz-Ponce, A. (2011). I hate having nobody here. I'd like to know where they all are: Can qualitative research detect differences in quality of life among nursing home residents with different levels of cognitive impairment? *Aging & mental health*, 15(5), 562-572.

Cedervall, Y., Torres, S., & Åberg, A. C. (2015). Maintaining well-being and selfhood through physical activity: experiences of people with mild Alzheimer's disease. *Aging & mental health*, 19(8), 679-688 10p. doi:10.1080/13607863.2014.962004

Cedervall, Y., & Åberg, A. (2010). Physical activity and implications on well-being in mild Alzheimer's disease: a qualitative case study on two men with dementia and their spouses. *Physiotherapy theory & practice*, 26(4), 226-239 14p. doi:10.3109/09593980903423012

Clare, L., Rowlands, J., Bruce, E., Surr, C., & Downs, M. (2008). The experience of living with dementia in residential care: an interpretative phenomenological analysis. *Gerontologist*, 48(6), 711-720 10p

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 329-344). Lund: Studentlitteratur

Duggan, S., Blackman, T., Martyr, A., & Van Schaik, P. (2008). The impact of early dementia on outdoor life: a 'shrinking world'? *Dementia (14713012)*, 7(2), 191-204 14p.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats*. (Uppl.2., s. 133-144). Lund: Studentlitteratur.

Hamill, M., Smith, L., & Röhricht, F. (2012). 'Dancing down memory lane': Circle dancing as a psychotherapeutic intervention in dementia—A pilot study. *Dementia: The international journal of social research and practice*, 11(6), 709-724. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1471301211420509>

Henricsson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 471-479). Lund: Studentlitteratur

Henricsson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 130-137). Lund: Studentlitteratur

Karlsson, E-K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 98.113). Lund: Studentlitteratur

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered the person comes first*. Buckingham Philadelphia: Open university press.

Kitwood, T., & Bredin, K. (1992). Towards a theory of dementia care: Personhood and wellbeing. *Ageing & Society*, 12, 269-287.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I Friberg, F (Red.), *Dags för uppsats*. (Uppl. 2., s. 70-92). Lund: Studentlitteratur.

Kovach, C. R. (2014). Is the DSM-5 Change in dementia labeling perilous for research? *Research in gerontological nursing*, 7(3), 102-104 3p. doi:10.3928/19404921-20140328-01

Lipscomb, C. (2013). Increased quality of life for nursing home residents with dementia: Non-pharmacological interventions. *ASBN Update*, 17(6), 14-16

Martin, F., Turner, A., Wallace, L. M., Stanley, D., Jesuthasan, J., & Bradbury, N. (2015). Qualitative evaluation of a self-management intervention for people in the early stage of dementia. *Dementia: The international journal of social research and practice*, 14(4), 418-435. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1471301213498387>

McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H. M. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music

therapists. *Aging & mental health*, 18(6), 706-716 11p.
doi:10.1080/13607863.2013.875124

Nordenfelt, L. (2004) *Livskvalitet och hälsa: Teori och kritik*. (2. uppl.). Linköping, instutionen för hälsa och samhälle. Linköpings universitet.

Olsen, C. F., & Telenius, E. W. (2015). Increased self-efficacy: the experience of high-intensity exercise of nursing home residents with dementia - a qualitative study. *BMC health services research*, 15(1), 1-12 12p. doi:10.1186/s12913-015-1041-7

Olsson, A., Lampic, C., Skovdahl, K., & Engström, M. (2013). Persons with early-stage dementia reflect on being outdoors: A repeated interview study. *Aging & mental Health*, 17(7), 793-800. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.801065>

Passalacqua, S. A., & Harwood, J. (2012). VIPS communication skills training for paraprofessional dementia caregivers: An intervention to increase person-centered dementia Care. *Clinical gerontologist*, 35(5), 425-445 21p.
doi:10.1080/07317115.2012.702655

Petersson, P., Lindskov, C. (2012). Aktionsforskning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 289-304). Lund: Studentlitteratur

Sachs-Ericsson, N., & Blazer, D. G. (2015). The new DSM-5 diagnosis of mild neurocognitive disorder and its relation to research in mild cognitive impairment. *Aging & mental health*, 19(1), 2-12. doi:10.1080/13607863.2014.920303

SBU [Swedish council on technology assessment in health care]. (2008). *Dementia: A systematic review. Dementia -diagnostic and therapeutic interventions*. Vol. 2. Mölnlycke, Elanders Infologistics.

SFS (2001:453). *Socialtjänstlag*. Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453/

Sixsmith, A., & Gibson, G. (2007). Music and the wellbeing of people with dementia. *Ageing & society*, 27(1), 127-145. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X06005228>

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P., Zingmark, K., & Edvardsson, D. (2013). Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of advanced nursing*, 69(10), 2196-2206 11p. doi:10.1111/jan.12085

Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom - stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>

Socialstyrelsen. (2012a). Demenssjukdom - stöd för dig som har demenssjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18649/2012-3-23.pdf>

Socialstyrelsen. (2012b). Demenssjukdomarnas samhällskostnader i Sverige 2012. Stockholm: Socialstyrelsen. Från

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19444/2014-6-3.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU]. (2007). Vård av personer med demenssjukdom – vad vet vi idag? Stockholm: Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering. Hämtad 11 september, 2015 från

http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Contento/1/Demens_2007_kommun.pdf

Tak, S. H., Kedia, S., Tongumpun, T. M., & Hong, S. H. (2015). Activity engagement: perspectives from nursing home residents with dementia. *Educational gerontology*, 41(3), 182-192 11p. doi:10.1080/03601277.2014.937217

Wall, M., & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British journal of nursing*, 19(2), 108-113 6p.

Wallenberg, C., Henricsson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetsäkring av litteraturbaserade examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 482-496). Lund: Studentlitteratur

World health organisation. Copenhagen, WHO regional office for Europe. (2013). *Measurement of and target setting for well-being: an initiative by the WHO Regional office for Europe* (2012) Hämtad från:

<http://www.who.int/iris/handle/10665/107309#sthash.1dgOWEYo.dpuf>

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I: Friberg, F (Red.), *Dags för uppsats*. (Uppl. 2., s.57-79). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1

Artikelmatris

Författare, år, tidsskrift och land	Titel	Syfte	Deltagare, design, Datainsamling	Resultat	Artikels kvalitetsgrad
Olsen, C. F., Telenius, E. W. (2015). <i>BMC Health Services Research</i> , Norge	Increased self-efficacy: the experience of high-intensity exercise of nursing home residents - a qualitative study	Syftet med artikeln är att undersöka positiva/negativa upplevelser av hög-intensiva träningsprogram för personer med demenssjukdom på demensboende.	8 (12) deltagare, kvalitativ, semistrukturerade intervjuer,	Träningsprogrammet verkar förbättra upplevd självförmåga hos deltagarna. Genom att involvera och investera i deltagarna, ökade deras all dagliga känsla av empowerment.	Del 1: 4 frågor besvarade. Del 2: 8 frågor besvarade. Svarar mot studiens syfte.
McDermott, O., Orrell, M. & Ridder, H-M (2014), <i>Aging and mental health</i> , United Kingdom	The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists	Syftet var att få en djupare insikt över hur musik påverkar välbefinnandet hos bla personer med demens. Man ska även undersöka vikten av musik i deras liv	12 st (personer med demenssjukdom på boende) 4 personer med demens på dagvård, 15st vårdare i familjen, personal 14st och 8 terapeuter, kvalitativa intervjuer i fokusgrupper	Resultatet delades in i 6 teman. De får fram att det är viktigt med anpassad musik till personen, som personen kan koppla livshändelser till och känslor. Musik påverkar inte bara beteenden utan påverkar även personers sinnesstadium (svårt att utläsa resultatet, ska kolla mer ingående på detta)	Del 1: 4 frågor besvarade Del 2: 8 frågor besvarade. Svarar mot studiens syfte.
Sixsmith, A., & Gibson, G. (2007). <i>Ageing & Society</i> , United Kingdom	Music and the wellbeing of people with dementia.	Artikels syfte är att utforska innebörden och betydelsen av musik i det vardagliga livet, för personer med demenssjukdom.	26 deltagare, kvalitativ, djupgående intervjuer,	Musik är en viktig del av det sociala sammanhanget, det ökar känslan av empowerment och kontroll över det vardagliga livet. Människor med	Del 1: 4 frågor besvarade. Del 2: 8 frågor besvarade. Svarar mot

				demenssjukdom kan, trots kognitiv nedsättning, njuta av de dagliga aktiviteter som bidrar till ökad livskvalitet.	studiens syfte.
Martin, F., Turner, A., Wallace, L. M., Stanley, D., Jesuthasan, J., & Bradbury, N. (2015). <i>The International Journal of Social Research and Practice</i> , United Kingdom	Qualitative evaluation of a self-management intervention for people in the early stage of dementia.	Artikels syfte är att undersöka upplevelsen av att delta i ett nytt självförvaltningsprogram och den första processbedömningen.	6 (8) deltagare, kvalitativ, semi-strukturerade intervjuer,	Programmet skapade ett upprätthållande av aktivitet och relationer, ökat välbefinnande och sociala interaktioner. Resultatet belyser användbarheten och acceptansen av självförvaltning för personer med demenssjukdom.	Del 1: 4 frågor besvarade. Del 2: 8 frågor besvarade. Svarar mot studiens syfte.
Brataas, H-V., Bjugan, H., Wille, T., & Hellzen, O. (2010). <i>Journal of Clinical Nursing</i> , Norway.	Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia.	Artikels syfte är att fastställa hur ett dagvårdprogram ses och upplevs av äldre människor med mild kognitiv nedsättning.	9 deltagare, kvalitativ, intervjuer genom livsberättelser.	Tre teman visades; ambivalens skiftar till intresse, meningsfullt engagerande frambringar välbefinnande, och social gemenskap främjar livstillfredsställelse. Dessa teman gav insikt i hur människor med mild demenssjukdom har positiv upplevelse från en-gång-i-veckan dagvårdprogram.	Del 1: 4 frågor besvarade. Del 2: 8 frågor besvarade. Svarar mot studiens syfte.

<p>Olsson, A., Lampic, C., Skovdahl, K., & Engström, M. (2013). <i>Aging & Mental Health, Sweden</i></p>	<p>Persons with early-stage dementia reflect on being outdoors: A repeated interview study.</p>	<p>Artikeln syftar på att beskriva hur personer med demenssjukdom, i tidigt skede, reflekterar om att vara utomhus.</p>	<p>11 deltagare, kvalitativ metod, intervjuer.</p>	<p>Deltagarna beskrev känslan av att vara utomhus som en bekräftelse av självet. Alla insikter var dock inte positiva. Två underteman uppkom; skifta mellan 'att fortfarande vara en del av allt' och känsla av sorg och förlust och strävan att fortsätta trots barriärer. Trots beskrivda barriärer var känslan av att vara utomhus av stort värde för dem.</p>	<p>Del 1: 4 frågor besvarade. Del 2: 8 frågor besvarade. Svarar mot studiens syfte.</p>
<p>Cedervall, Y. & Åberg, A-C (2010), <i>Physiotherapy Theory and Practice, Sweden</i></p>	<p>Physical activity and implications on well-being in mild Alzheimer's disease: A qualitative case study on two men with dementia and their spouses</p>	<p>Syftet var att förbättra kunskapen om upplevelsen hos personer med alzheimers relaterat till fysisk aktivitet.</p>	<p>2st deltagare tillsammans med deras respektive. kvalitativ metod, intervjuer och observationer</p>	<p>resultaten visar att det är viktigt med att komma ut på dagliga turer men att det finns många faktorer som gör att personerna inte kommer ut på promenader.</p>	<p>Del 1: 4 frågor besvarade. Del 2: 8 frågor besvarade. Svara mot syftet.</p>
<p>Duggan, S., Blackman, T., Martyr A., & Van shaik, P. (2008) <i>Dementia, United Kingdom</i></p>	<p>The impact of early dementia on outdoor life. a shrinking world?</p>	<p>Studiens syfte var att se hur personerna använder sig av naturen och vilken inverkan demenssjukdomen hade utifrån personernas egna tankar.</p>	<p>22st deltagare, kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjuer.</p>	<p>Resultatet visar att personer med demens värdesätter att komma ut då de får känna frisk luft, får aktivitet och känsla av emotionellt välbefinnande.</p>	<p>Del 1: 4 besvarade frågor. Del 2: 8 frågor besvarade. Svarar till studiens syfte.</p>
<p>Cedervall, Y., Torres, S., & Åberg, A-K. (2015), <i>Aging & mental health. Sweden</i></p>	<p>Maintaining well-being and selfhood through physical activity: experiences of people with mild Alzheimer's disease</p>	<p>Syftet med artikeln var att få en förståelse för hur personer med demens resonerar kring fysisk aktivitet i det dagliga livet.</p>	<p>14 deltagare, kvalitativ metod med djupgående intervjuer.</p>	<p>Det visade sig att genom fysisk aktivitet kan man främja individualitet då man ändrar fokus från diagnosen till ett mer hälsosammare jag och upprätthålla välbefinnande.</p>	<p>Del 1: 4 frågor besvarade. Del 2: 8 frågor besvarade. Studien svarar på syftet.</p>

<p>Hamill, M., Smith, L., & Röhrich, F. (2012). <i>The International Journal of Social Research and Practice</i>, United Kingdom</p>	<p>'Dancing down memory lane': Circle dancing as a psychotherapeutic intervention in dementia—A pilot study.</p>	<p>Syftet med artikeln var att undersöka effekten av cirkeldans som grupp-terapi för människor med demenssjukdom, och deras vårdare.</p>	<p>18 deltagare (11 personer med demenssjukdom och 7 familjemedlemmar), kvalitativ metod, intervjuer</p>	<p>Den terapeutiska åtgärden visade sig ha en positiv inverkan på deltagarnas generella välbefinnande och sinnesstämning. Åtgärden visades även öka deltagarnas koncentration och förmåga att kommunicera med andra.</p>	<p>Del 1: 4 besvarade frågor. Del 2: 8 frågor besvarade. Svarar till studiens syfte.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

Titel: _____
Författare: _____
Årtal: _____
Tidskrift: _____

Del I. Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Kunskapsläget inom det aktuella området är beskrivet?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Är syftet relevant till ert examensarbete?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Är urvalet beskrivet?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

Del II Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Hänger metod och syfte ihop? (Kvalitativt syfte – kvalitativ metod)	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Beskrivs datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Beskrivs dataanalysen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/ ställningstagande?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i diskussionen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Skär återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i diskussionen?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej

Är resultatet relevant för ert syfte?
Om ja, beskriv:

.....
.....

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

.....

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

.....
.....

Deltagarkarakteristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign: