

UMEÅ UNIVERSITET
Institutionen för omvårdnad



RÄDSLÅ FÖR DÖDEN BLAND DE ALLRA ÄLDSTA

Marie-Louise Bystedt
Helena Ekegren Hällgren

VT 2004
Omvårdnad D, 61-80 p
Handledare Björn Nygren och Berit Lundman

Rädsla för döden bland de allra äldsta

Marie-Louise Bystedt
Helena Ekegren Hällgren

ABSTRAKT

Bakgrund: De äldre närmar sig livets slut, det är därför rimligt att tankar inför döden aktualiseras. Dessa tankar kan vara förtröstansfulla, men också skrämmande.

Syftet med studien var att bland de allra äldsta skatta rädsla för döden och att relatera denna till sociodemografiska faktorer, sjukdomar/ohälsa, hälsa/välbefinnande, sociala relationer, fysisk aktivitet/kapacitet och "inre styrka"

Metod: Death Anxiety Scale (DAS) besvarats av 125 deltagare i Umeå 85+-studien.

Deltagare var 86 kvinnor och 39 män som under år 2000 var 85, 90 och ≥ 95 år. Materialet samlades in vid en strukturerad intervju där respondenten värderade sig själv inom olika områden med hjälp av enkäter. Data analyserades dels deskriptivt, dels via samband och slutligen via en regressionsanalys.

Resultat: Huvudfyndet var att de äldre-äldre i denna studie hade lågt medelvärde på skalan som avser att mäta rädsla för döden, vilket talar för låg grad av rädsla.

Regressionsanalysen visade att psykologiskt välbefinnande, svårt att slappna av och högt blodtryck hade starkt samband med rädsla för döden. Förklaringsgraden var dock låg, endast 14,5 % av sambandet förklarades av dessa variabler.

Slutsats: Äldre-äldre visar en liten rädsla för döden men för att fullt ut förstå fenomenet rädsla för döden bland de allra äldsta behöver ytterligare faktorer studeras.

Nyckelord: äldre-äldre, rädsla för döden, kvantitativ studie, DAS

Death anxiety among the oldest-old

Marie-Louise Bystedt
Helena Ekegren Hällgren

ABSTRACT

Background: The elderly are getting close to end of life and it is reasonable that they have thoughts of death. These thoughts can be confident but also frightening. The aim of this study was to look for correlations between death anxiety and sociodemographic factors, illness, health/wellbeing, social relations, physical activity/capacity and "inner strength".

Method: Death Anxiety Scale (DAS) was answered by 125 participants in the Umeå 85+ study.

Subjects: Participants were 86 women and 39 men who during year 2000 were 85, 90 and ≥ 95 years. Data was collected in a structured interview where the respondent rated her/himself by answering different questionnaires. The data was analysed descriptively, for correlations and through regression.

Results: The findings showed that the elderly had a low score on the scale which measure the death anxiety and that speaks for low feeling of anxiety of death. The regression showed that psychological wellbeing, difficulties to relax and hypertension had high connection to death anxiety. The degree of explanation is however low, only 14,5 % is explained by these factors.

Conclusions: The elderly showed low death anxiety but to fully understand the phenomena of death anxiety among the oldest old it is necessary to study more factors.

Key words: elderly, death anxiety, quantitative, DAS

De flesta vill leva ett långt liv med god hälsa och med en känsla av välbefinnande långt upp i åldern för att så småningom möta livets slut genom en god död. Kunskap om vilka faktorer som sammanhänger med ett gott åldrande har tolkats på olika sätt, men inkluderar som regel god hälsa med liten eller ingen funktionsnedsättning, personlig tillfredsställelse, aktivt engagemang i livet och bibehållen kognitiv kompetens (Dehlin & Hagberg, 2000).

I Umeå pågår Umeå 85+- studien med syftet att kartlägga äldre-äldres syn på livet och deras erfarenheter av att vara i den sista utvecklingsfasen och vad det innebär i olika sociokulturella sammanhang. Projektet omfattar äldre boende i Umeå kommun och är ett samarbetsprojekt mellan forskare inom omvårdnad, arbetsterapi, geriatrik och sjukgymnastik. Bland deltagarna har funktionsbedömningar, riskbedömningar, sjukdomsanamnes, kartläggning av nuvarande hälsotillstånd, skattningar av faktorer som på olika sätt påverkar upplevelsen av åldrandet exempelvis livsmening, inre styrka, självtrancendens, känsla av sammanhang, nedstämdhet och rädsla inför döden genomförts. De har också intervjuats kring hur det är att vara gammal, känna ensamhet, uppleva svåra livshändelser och behov av tröst. I detta arbete är fokus på rädsla för döden.

Det traditionella sättet att beskriva åldrandet är ur ett biologiskt perspektiv, där begrepp som biologisk, psykologiskt och socialt åldrande används (Grimby & Grimby, 2001; Wikby & Johansson, 1999; Bruun Pedersen, 1993; Eriksson, 1985; Jönson, 2002). Det finns ett flertal teorier om psykosocialt åldrande (jmf. Schroots, 1996). Aktivitetsteorin (Havingshurst, 1948)

antar att aktivitet skapar tillfredställelse för den åldrande individen. Sociala aktiviteter är viktiga faktorer för deras upplevelse av trivsel (Fromholt, 1981). Tillbakadragningsteorin/disengagemangsteorin går ut på att samhället och individen ömsesidigt och harmoniskt distanserar sig från varandra som en förberedelse inför döden. Det gradvisa disengagemanget följs av tillfredställelse och det sociala tillbakadragandet ses som genetiskt styrt (Cumming & Henry, 1961; Jönson, 2002).

En relativt ny teori om psykosocialt åldrande är gerotrancendensteorin (Tornstam, 1996) i vilken mognad och visdom ges en stor och betydelsefull plats i synen på den åldrande människan. Den åldrande människan känner en ökande samhörighet med världssalltet och med de tidigare och kommande generationerna, och hon/han känner ett minskande intresse för

ytliga sociala relationer, materiella ting och självcentrering. Förutom att uppfattning av tid, rum och objekt blir annorlunda ändras synen på liv och död vilket bland annat innebär att rädslan för döden minskar. Att på detta sätt uppnå visdom och mognad förutsätter att människan ges tillfälle att utnyttja en del av sin tid till meditation eller stilla stunder med tankar kring sitt liv och livets gång. Denna teori anknyter till de sista stadierna i livscykeln som introducerades 1985 av Erik Eriksson. Erikssons tankar styrks av en delstudie kring det goda åldrandet som ingår i Kungsholmsprojektet där faktorer som engagemang, tillförsikt, duglighet och acceptans lyfts fram (Nilsson, Ekman & Sarvimäki, 1998).

De äldre närmar sig livets slut och det är därför rimligt att tankar och känslor inför döden aktualiseras (Lockhart, Bookwala, Fagerlin, Coppola, Ditto, Danks & Smucker, 2001). Människor i allmänhet vill ha en god död; alltså dö frisk, klar i huvudet, i rätt slags sjukdom, gärna i sömnen, i det egna hemmet och ibland även utan onödigt resursutnyttjande. Individerna vill i stort sett dö som hon har levt och skulle vilja välja sättet att dö om det vore möjligt (Ternstedt, 2000).

Med rädsla för döden kan man mena olika saker; rädsla för det okända efter döden, rädsla för dödsögonblicket med rädsla för smärtsam eller våldsamt död, rädsla för att lämna nära och kära och rädsla för kroppens förfall efter döden (Cicirelli, 1999). Rädsla för döden är mångfacetterat, vilket gör att det är svårt och invecklat att förstå fenomenet bland de allra äldsta (Depaola, Griffin, Young & Neimeyer, 2002). Att studera rädsla för döden hos äldre människor har både teoretisk och praktisk innebörd. Teoretiskt bör man få fram mer utvecklade teorier om dödsångest eller rädsla för döden och även bättre förstå skillnader mellan yngre och äldre generationen, men också vad som kan vara extra viktigt när man är riktigt gammal. Praktiskt kan dessa studier leda till mer ändamålsenliga sätt att förbättra livskvalitet för denna snabbt växande åldersgrupp (Fortner & Neimeyer, 1999; Nilsson, Sarvimäki & Ekman, 2000; Lin, 2003).

Det finns några forskare som har studerat fenomenet dödsångest/rädsla för döden och ett flertal skalor finns framtagna. Lester (1994) vars "Fear of Death-Scale" innehåller många frågor kring ångest men även kring sociala faktorer. Hoelter's (1979) "The Multidimensional Fear of Death Scale" innehåller 48 frågor inom åtta olika områden. En som tidigt studerade fenomenet rädsla för döden är Donald Templer som började sin forskning kring 1965. Enligt honom fanns det inga eller endast väldigt dåliga metoder att undersöka rädsla för döden.

Templer (1970) utvecklade "Death Anxiety Scale" (DAS) som är den mest använda skalan för att skatta rädsla för döden. Enligt Templer är de viktigaste resultaten vid studier gjorda med hjälp av hans skala att hög religiositet verkar betyda mindre rädsla för döden, att äldre människor tenderar ha något mindre rädsla för döden än yngre eller medelåldersmänniskor och att medlemmar i samma familj tenderar att ha likartade rädslor inför döden. Templer har också formulerat en tvåfaktorsteori som innebär att en persons allmänna psykiska hälsa och egna upplevelser och erfarenheter gällande döden påverkar graden av dödsångest (Lester & Templer, 1993). Lonetto och Templer (1986) har i en studie redovisat skillnader i rädsla för döden mellan könen. De visade signifikant skillnad mellan män och kvinnor där kvinnor hade mer rädsla för döden. Dessa skillnader visade sig också hos deras barn så att döttrar var mer rädda än söner. Det finns även redovisat att yngre människor med en stark tro på sin förmåga att klara svåra situationer, en form av inre kraft, har mindre rädsla för döden (jfr. Tang, Wu & Yan, 2002). Det finns få studier som handlar om äldre-äldre och deras rädsla för döden och det är därför viktigt att genomföra en studie som ger ny kunskap om ämnet.

SYFTE

Syftet med denna studie var att undersöka samband mellan rädsla för döden och faktorer som ålder, kön, sociodemografiska faktorer, sjukdomar/ohälsa, hälsa/välbefinnande, sociala relationer, fysisk aktivitet/kapacitet, inre styrkor samt som boende och utbildning hos äldre/äldre.

METOD

Litteratur

Litteratursökning gjordes via databaserna Cinahl, Pubmed och PsycInfo med olika sökord och sökordskombinationer (t.ex. death anxiety, elderly, fear of death, nursing, health). Ett antal artiklar hittades även genom olika bibliotek på berörda arbetsplatser och via tidigare arbeten. Litteratursökning pågick under hela arbetet. Ett exempel av litteratursökning och antal träffar visas i tabell 1. Efter att ha läst abstrakt har vi valt artiklar som har relevans mot vårt syfte och exkluderat artiklar med personal och barn som deltagare.

Tabell 1. Litteratursökning och antal träffar

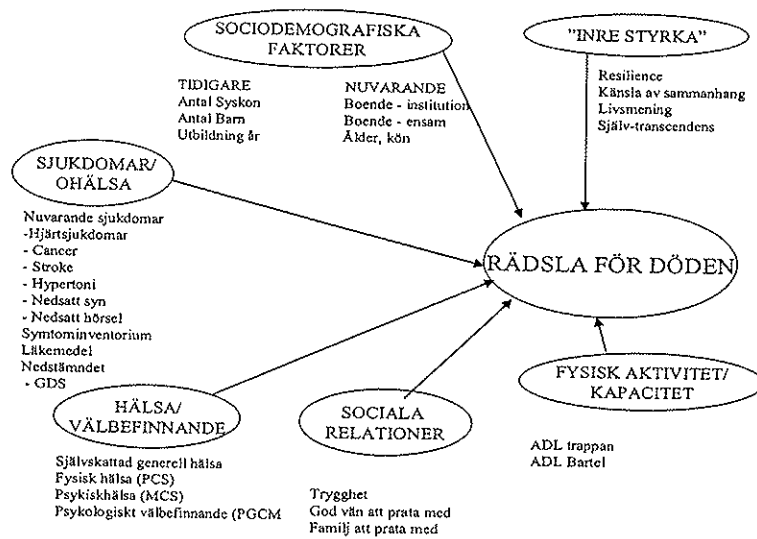
Sökord	PubMed	Medline	PsycInfo
Death anxiety	1897	261	616
Death anxiety AND elderly	438	17	39
Death anxiety AND elderly AND care	154	11	3
Death anxiety AND nursing	204	87	39
Fear of death AND elderly	228	12	20

Deltagare

Deltagarna i denna studie är en delpopulation av deltagarna i Umeå 85+- studien. I 85+- studien ingick samtliga personer skrivna i Umeå kommun, som år 2000 blev 95 år eller äldre, samtliga som blev 90 år samt hälften av alla som blev 85 år (n=348). Av dessa avled 29 och 319 tillfrågades om deltagande i studien. 66 stycken avböjde deltagandet och slutligen accepterade 253 personer deltagande i studien. Urvalskriterierna för deltagande i denna delstudie var att personerna skulle kunna svara på frågor av Likert-typ samt kunna delta i tematiska narrativa intervjuer. Totalt kom 125 personer att delta. Av 125 respondenter var 86 kvinnor och 39 män.

Analysmodell och mätningar

Använda indikatorer på rädsla för döden, sociodemografiska variabler, sjukdomar/ohälsa, hälsa/välbefinnande, sociala relationer, fysisk aktivitet/kapacitet, ”inre styrka” och framgång av figur 1.



Figur 1. Analysmodell för faktorer som bedöms ha samband med rädsla för döden.

Rädsla för döden

För att mäta rädsla för döden användes Death Anxiety Scale (DAS) som är utvecklad av Templer (1970). Denna självskattningsskala består av 15 påståenden som respondenten ska ta ställning till utifrån om de anser att påståendet är sant eller falskt. Poängsumman kan variera mellan 0-15. Låga poäng pekar på liten rädsla inför döden medan höga poäng tyder på stor rädsla (DAS-enkät se bilaga 1). Frågeformuläret är frekvent använd och har visat sig ha god reliabilitet och validitet (Rasmussen, Templer, Kenkel & Cannon, 1998). Instrumentet har översatts till svenska av fyra forskare inom Umeå 85+- studien oberoende av varandra. Därefter jämfördes översättningarna och sedan enades forskarna parvis av en gemensam version som sedan resulterade i en slutgiltig översättning. Denna återöversatts till engelska av en auktoriserad översättare. Denna version sändes till Templer som fann den likvärdig med originalet. DAS är även testad för svenska förhållandet angående reliabilitet (Cronbach's alpha 0,68) och validitet (Olofsson & Ragnarson, 2001).

Sociodemografiska faktorer

De registrerade sociodemografiska uppgifterna är kön och ålder. Som indikatorer på tidigare och nuvarande livssituation används antal syskon, antal skolår, om man har egna barn eller ej, antal barn samt antal döda barn.

Sjukdomar/ ohälsa

Medicinska diagnoser och vilka läkemedel som respondenterna hade insamlades via journalgenomgång, via personal och via respondenterna. För att få information om vilka symtom respondenterna hade haft under senaste 3 månaderna fick de svara på Gothenburg Quality of Life Instrument (GQL) symtominventarium (bilaga 2)(Jensen, Ruilian, Dehlin, Samuelsson & Svensson, 1996). Detta inventarium är utvecklat i en svensk studie, Lund 80+ study, och respondenten svarar på totalt 19 ja eller nej frågor (Dehlin, Hagberg, Samuelsson & Svensson, 1998).

Nedstämdhet skattades med hjälp av the Geriatric Depression Scale (GDS). I skalan finns 15 frågor med svarsalternativen ja/nej. Den totala poängsumman kan variera mellan 0-15 poäng och poäng mellan 5-9 visar lätt nedstämdhet och viss risk för depression. Poäng över 10 indikerar djupare nedstämdhet och risk för depression (Sheikh & Yesavage, 1986). Både den engelsk/amerikanska versionen (Katona, 1994) såväl som den svenska (Agrell & Dehlin, 1989) är testade med acceptabla resultat vad gäller reliabilitet och validitet.

Hälsa/ välbefinnande

Som indikator på upplevd hälsa användes SF-36 som är ett instrument för att skatta hälsorelaterad livskvalité. Instrumentet har åtta delskalor och två summaindex; fysisk hälsa (SF-36 physical component summary; PCS) och psykisk hälsa (SF-36 mental component summary; MCS). Instrumentet är av Likert -typ och innehåller 36 frågor där högre poängsummor indikerar bättre hälsa (Ware & Sherbourne, 1992). Instrumentet är mycket frekvent använt internationellt och har visat god reliabilitet och validitet även för svenska förhållanden Cronbach`s alpha värden mellan 0.79 till 0.93 (Sullivan, Karlsson & Ware, 1995).

Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCM) är utvecklat av Lawton (1972) användes för att mäta psykologiskt välbefinnande. Skalan innehåller 17 frågor med svarsalternativen ja och nej. Poängsumman kan variera mellan 0-17 poäng där 13-17 poäng indikerar högt välbefinnande, 10-12 mellanvärde och resultat 0-9 indikerar lågt välbefinnande. Skalan är frekvent använd såväl internationellt som i Sverige. Den har visat sig ha god reliabilitet och validitet (Lawton, 1975; Kozma & Stones, 1987; Löfgren, Gustafsson & Nyberg, 1999). Den

svenska versionen är testad på en geriatrisk klinik och fått Cronbach's alpha rapporterad till 0,86 (Löfgren, Gustafsson & Nyberg, 1999).

Sociala relationer

Som indikatorer på sociala relationer användes svaret på frågor (ja/nej) om man har någon god vän eller familj att prata med och om man känner sig trygg.

Fysisk aktivitet/kapacitet

För att skatta fysisk aktivitet/kapacitet användes ADL- trappan (Hulter Åsberg, 1990) och Barthels Index (Mahoney & Barthel, 1965). Båda instrumenten skattar individens förmåga i dagliga livet. ADL-trappan är ett skattningsinstrument som genom bedömning avgör om en person utför aktiviteten självständigt eller använder personlig hjälp. Instrumentet omfattar tio ADL aktivitet; städning, matinköp, transport, matlagning, badning, av/påklädning, toalettbesök, förflytning och födointag (Hulter Åsberg, 1990). Barthels index i sin tur omfattar variablerna; födointag, uppresning till sittande på säng, förflytning mellan säng och stol, personlig hygien, förflytning mellan rullstol och toastol, badning, gå/köra rullstol på plan yta, gå uppför och nedför trappa, på/avklädning och kontroll av tarm och urinblåsa (Mahoney & Bartel, 1965). I detta arbete är respondenterna delade enligt ADL trappan till oberoende/beroende av hjälp samt självständiga /icke självständiga enligt Barthels index. ADL-trappan (Sonn & Hulter Åsberg, 1991) och Barthels Index (Törnquist, Lövgren, & Söderfeldt, 1990) är testade för reliabilitet och validitet.

"Inre styrka"

Som indikatorer på inre styrka användes fyra olika skalor som bedöms spegla olika dimensioner av inre styrka.

The Resilience Scale (RS) kan sägas skatta individens förmåga att hantera motgångar och återhämta sig efter det att man har mött svårigheter i livet. Skalan består av 25 frågor/påståenden där respondenten skattar sig själv på en Likert-skala från 1-7. De möjliga resultaten ligger mellan 25 och 175, ju högre siffra, ju större resilience. Skalan har visat god reliabilitet såväl som validitet internationellt (Wagnhild & Young, 1993; Aroian & Norris, 2000) och för svenska förhållanden (Nygren, Björkman Randström, Lejonklou & Lundman, 2004). I engelska studier är Cronbach's alpha rapporterad vara mellan 0.79 och 0.91 (Wagnhild & Young, 1993). Det finns ingen accepterad svensk översättning av begreppet resilience och därför används det engelska benämningen även i fortsättning i detta arbete.

The Sense of Coherence Scale (SOC) är i denna studie en version med 13 frågor för att mäta känsla av sammanhang (jmf. KASAM). Även här skattar respondenten sig själv på en Likert-skala från 1-7 och kan få 13-91 poäng, där höga siffror visar en stark känsla av sammanhang (Antonovsky, 1993). Den svenska versionen av SOC är testad av Langius och Björvell (1993) och de har rapporterat Cronbach's alpha mellan 0.74 och 0.91.

The Self-Transcendens Scale (STS) var utvecklat för att mäta respondentens egna erfarenheter av och inställning till livet och den egna förmågan till gränsöverskridande (Reed, 1989).

Skalan innehåller 15 frågor där man skattar sig själv på en Likert-skala mellan 1 och 4.

Poängsumman kan variera mellan 15 till 60 poäng, där 60 presenterar den högsta graden av självtranscendens (Reed, 1989). Den svenska versionen av STS är testad i ett magisterarbete och hade Cronbach's alpha 0.70-0.85 (Marner & Olofsson,2001).

The Purpose of Life Scale (PIL) används för att värdera känslan av meningen med livet.

Skalan innehåller 20 frågor av Likert-typen (1-7) och möjliga svarspoäng är mellan 20-140 poäng, där 140 representerar högsta känslan av mening med livet (Crumbaugh, 1968). PIL är översatt till ett flertal språk och den svenska versionen är validerad av Åkerberg (1987).

Procedur

Deltagarna kontaktades först via ett informationsbrev och sedan via telefon där ytterligare information gavs. Om samtycke till deltagande till studien gavs, bokades tid. Datainsamlingen skedde i respondenternas hem, ofta runt köksbordet. Ifyllandet av formulären genomfördes som en strukturerad intervju där påståendena lästes högt av undersökarna och respondenten hade en förstorad kopia av påståenden/svarsalternativ framför sig. Forskarna registrerade sedan svaren i formuläret.

Analys

Analys av data gjordes med hjälp av dataprogrammet SPSS 11,0. Deskriptiv analys gjordes för att beskriva DAS- variation i materialet. T-test och Chi2-test användes för att analysera samband mellan rädsla för döden och de faktorer som redovisas nedan. Pearson's korrelationsanalys användes för att söka samband mellan olika skalor och rädsla för döden. De variablerna som visade statistisk signifikans för DAS analyserades vidare med multipel, linjär, stepwise, backwards regressionsanalys för att hitta faktorer som förklarar variationen i DAS. I denna analys värderas alla oberoende variabler samtidigt mot varandra stegvis så att

den variabeln som har det högsta värdet på signifikansnivån sorteras bort. Detta upprepas tills de variabler som bidrar signifikant till regressionmodellen återstår.

Etiska övervägningar

Huvudprojektet "Umeå 85+" studien är godkänd av forskningsetiska kommittén, Medicinska fakulteten, Umeå (Um dnr 99-326). Döden och närheten till döden är hos de flesta äldre/äldre något som tillhör till livet. Frågor angående döden kan dock aktualisera tankar och känslor hos respondenterna och därför var forskarna som genomförde datainsamlingen förberedda och uppmärksamma på detta. De hade också mångårig erfarenhet av arbete med friska, sjuka och döende äldre människor.

RESULTAT

Deltagare i denna studie är en del av de äldre-äldre som varit med i Umeå 85+-studien. Av 125 respondenter var 86 kvinnor och 39 män. Medelvärde för DAS var i denna studie 3,7 och poängsumman varierar mellan 0 till 12. Medelvärde och median totalt, för kvinnor och män och för de olika åldersgrupperna framgår av Tabell 2.

Tabell 2. DAS värden totalt samt hos kvinnor och män och i olika åldersgrupper.

Faktorer	n	DAS Medel (SD)	Median (DAS poäng)	p
Totalt	125	3,70 (2,35)	4,00 (0-12)	
Kön				
Kvinnor	86	3,70 (2,30)	4,00 (0-12)	0,991
Män	39	3,69 (2,49)	4,00 (0-10)	
Åldersgrupper				
85	53	3,70 (2,24)	4,00 (0-12)	0,564
90	46	3,98 (2,57)	4,00 (0-10)	0,993
≥95	26	3,19 (2,14)	3,00 (0-8)	0,192

Medelvärde, standardavvikelse och signifikansnivå för rädsla för döden och de faktorer som redovisas i analysmodellen har undersökts med hjälp av T-test och redovisas i Tabell 3.

Tabell 3. Samband mellan rädsla för döden och andra faktorer hos deltagarna

Faktorer	Ja (n)	DAS Medel(SD)	Nej (n)	DAS medel(SD)	p
Sociodem faktorer					
Kvinnligt kön	86	3,70 (2,30)	39	3,69 (2,49)	0,991
Har barn	106	3,85 (2,44)	19	2,84 (1,57)	0,085
Bor ensam	106	3,65 (2,37)	19	3,95 (2,30)	0,615
Bor i eget boende	93	3,85 (2,41)	32	3,25 (2,14)	0,214
Skolgång max 6 år(n=109)	68	3,74 (2,54)	41	3,24 (1,74)	0,277
Sjukdomar/ ohälsa					
Dålig hörsel	19	3,05 (1,81)	106	3,81 (2,42)	0,196
Läser med glasögon(n=124)	109	3,81 (2,36)	15	2,73 (2,09)	0,097
Syn på avstånd (n=124)	98	3,78 (2,38)	26	3,31 (2,24)	0,369
Dyster	36	4,33 (2,18)	89	3,44 (2,38)	0,053
Nervös	18	4,72 (2,68)	107	3,52 (2,25)	0,045
Koncentrationssvårighet.	22	4,73 (2,12)	103	3,48 (2,35)	0,023
Svårt att slappna av	29	4,72 (2,84)	96	3,39 (2,10)	0,007
Ont i ryggen	52	4,19 (2,58)	73	3,34 (2,12)	0,046
Hjärtsvikt	23	4,35 (2,40)	102	3,55 (2,32)	0,157
Cancer	18	3,67 (2,38)	107	3,70 (2,36)	0,955
Stroke	29	3,79 (1,99)	96	3,67(2,46)	0,801
Högt blodtryck	48	4,29 (2,71)	77	3,32 (2,02)	0,036
TIA	10	3,80 (1,93)	115	3,69 (2,39)	0,885
Demens	9	2,56 (1,33)	116	3,78 (2,39)	0,131
Antidepressiva lm	16	4,25 (2,46)	109	3,61 (2,33)	0,314
Ångstdämpande lm	3	6,0 (2,65)	122	3,64 (2,33)	0,086
Hälsa/ välbefinnande					
God hälsa SF-36(n=120)	64	3,45 (2,32)	56	4,02 (2,44)	0,197
Sociala relationer					
Har familjrelationer(n=124)	109	3,81 (2,40)	15	3,07 (1,87)	0,253
Har vän att prata med(n=123)	100	3,77 (2,43)	23	3,43 (2,02)	0,540
Trygg(n=124)	118	3,69 (2,33)	6	4,17 (2,79)	0,663
Fysisk aktivitet/ kapacitet					
Klarar sitt ADL(Bart.)	78	3,90 (2,45)	47	3,36 (2,16)	0,218
Klarar sitt ADL (trappan)	38	3,63 (2,06)	87	3,72 (2,48)	0,840

Signifikant värde $p < 0,05$ markerat med **fet stil**

Av de analyserade faktorerna visade det sig att deltagare som upplevde nervositet, koncentrationssvårigheter, hade svårigheter att slappna av, ont i ryggen eller hade högt blodtryck hade signifikant högre DAS värden än de som ej hade dessa besvär.

Korrelationsberäkningar på känsla för sammanhang, mening med livet, psykologiskt välbefinnande, nedstämdhet, självskattad psykisk hälsa, självskattad fysisk hälsa, resilience, självtrancendens och antal symtom gjordes och resultatet av dem visas i Tabell 4.

Tabell 4. Korrelationskoefficienter för samband mellan DAS-skalan och andra skalor hos de äldre-äldre(n=125).

Faktorer	Korrelation (Pearson)	p
Känsla av sammanhang SOC (n=116)	-0,207	0,026
Psykologiskt välbefinnande PGCM	-0,306	0,001
Antal symtom	0,181	0,044
Geriatrisk nedstämdhet GDS(n=124)	0,201	0,025
Självskattad psykisk hälsa MCS(n=110)	-0,204	0,032
Självskattad fysisk hälsa PCS(n=110)	0,019	0,848
Mening med livet PIL(n=115)	0,011	0,910
Självtrascendens STS(n=122)	0,023	0,801
Resilience RS(n=117)	-0,103	0,269

Av tabell 4 framgår att det fanns ett signifikant samband mellan rädsla för döden och känsla för sammanhang, psykologisk välbefinnande, nedstämdhet, självskattad psykisk hälsa och antal symtom. Däremot fanns det inte några signifikanta samband mellan rädsla för döden och mening med livet, självtrascendens, resilience och självskattad fysisk hälsa.

Det gjordes även kontrollberäkningar med chi2-testet för icke normalfördelade variabler. Då jämfördes de som har hög rädsla för döden (DAS >6) mot dem som har liten rädsla (DAS <2) med ovanstående faktorer, men det kom inte fram något annat signifikant än hjärtsvikt (p=0,008). Hjärtsvikt visade sig dock ingen signifikans på hela materialet.

Samtliga faktorer som var signifikant relaterade till rädsla för döden inkluderades i den slutgiltiga multipla linjära regressionsanalysen (Tabell 5). Ålder och kön inkluderades i analysen som potentiella confounders. De faktorer som hade störst samband med rädsla för döden visade sig vara psykologisk välbefinnande, svårt att slappna av och högt blodtryck. Dessa faktorer kunde enligt analysen förklara 14,5 % av sambandet.

Tabell 5. Multipel, linjär, stepwise, backwards regressionsanalys med rädsla för döden som beroende variabel och de signifikanta faktorerna som oberoende variabler (n=12).

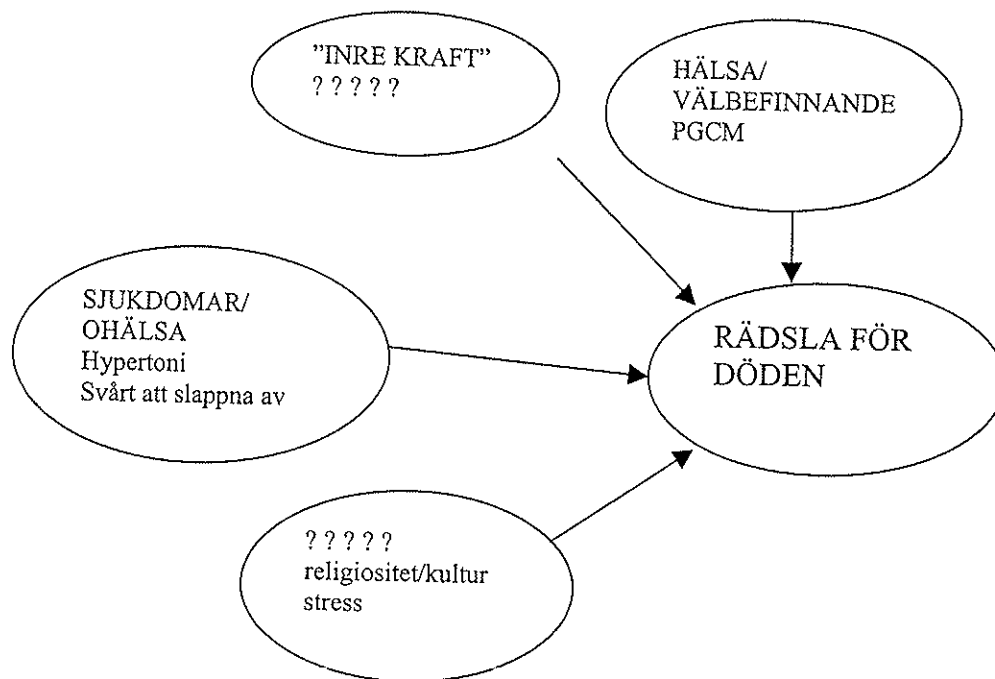
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	p	p	p	p	p	p	p	p	p	p
	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)	(b)
Självskattad Psykisk hälsa	0,868 (0,005)									
Nervös	0,696 (-0,297)	0,712 (-0,274)								
Kön	0,658 (-0,240)	0,672 (-0,225)	0,691 (0,210)							
Ålder	0,605 (0,319)	0,611 (0,312)	0,644 (0,279)	0,640 (0,028)						
Geriatrisk nedstämdhet	0,511 (0,984)	0,522 (0,931)	0,517 (0,938)	0,545 (0,866)	0,525 (0,09)					
Antal symtom	0,457 (-0,703)	0,466 (-0,669)	0,510 (-0,581)	0,472 (-0,626)	0,471 (-0,625)	0,513 (-0,056)				
Känsla av sammenhang	0,442 (-0,191)	0,450 (-0,183)	0,437 (-0,188)	0,444 (-0,184)	0,448 (-0,181)	0,499 (-0,159)	0,525 (-0,146)			
Koncentration svårighet	0,461 (-0,460)	0,468 (-0,447)	0,473 (-0,440)	0,435 (-0,472)	0,421 (-0,485)	0,382 (-0,522)	0,476 (-0,405)	0,459 (-0,419)		
Ont i ryggen	0,370 (-0,495)	0,366 (-0,496)	0,373 (-0,487)	0,409 (-0,437)	0,377 (-0,462)	0,341 (-0,495)	0,443 (-0,369)	0,429 (-0,380)	0,398 (-0,403)	
Psykologiskt välbefinnande	0,144 (-0,146)	0,143 (-0,142)	0,145 (-0,140)	0,129 (-0,145)	0,119 (-0,148)	0,036 (-0,176)	0,045 (-0,163)	0,018 (-0,180)	0,014 (-0,185)	0,009 (-0,194)
Högt blodtryck	0,057 (-0,962)	0,056 (-0,950)	0,056 (-0,946)	0,059 (-0,916)	0,066 (-0,849)	0,069 (-0,835)	0,071 (-0,827)	0,063 (-0,848)	0,060 (-0,856)	0,052 (-0,880)
Svårt att slappna av	0,187 (-0,860)	0,188 (-0,843)	0,142 (-0,903)	0,131 (-0,437)	0,145 (-0,873)	0,127 (-0,909)	0,157 (-0,813)	0,122 (-0,874)	0,090 (-0,942)	0,041 (-0,108)

p < 0,05

b= regressionskoefficient

DISKUSSION

Syftet med denna studie var att undersöka samband mellan rädsla för döden och faktorer som ålder, kön, sociala relationer, fysisk aktivitet, hälsa och sjukdom samt sociodemografiska faktorer som boende och utbildning hos äldre-äldre. Studien gav ett resultat som ger ny kunskap om samband mellan rädsla för döden och en mängd andra faktorer och diskuteras utifrån en modell som framgår av Figur 2.



Figur 2. Diskussionsmodell kring rädsla för döden

Huvudfyndet i föreliggande studie var att DAS poängsumman var låg (medel 3,7), alltså rädslan för döden var liten vid jämförelse med andra studier där skalan använts. I en studie av Alvarado et al. (1992-93) där 200 deltagare var studerande från ett universitet i Fresno, USA, anställda och deras närstående från ett sjukhus i samma stad och även anställda och deras närstående från en videoaffär (medelålder 31,5 år) hade alla större rädsla för döden vilket medelvärdet på 6.81 på DAS visar. I en annan studie av Templer (1970) där 21 psykiatriska patienter från ett mentalsjukhus jämfördes med en kontrollgrupp matchande med ålder och kön från en högskola. Respektive medelvärden på DAS poäng var 6,77 och 11,62 och dessa värden talar också för stor rädsla för döden. Även i den svenska studien där DAS var testad på 50 försökspersoner (medelåldern 46,3) var medelvärden (4,2) något högre än i denna studie (Olofson & Ragnarsson, 2001). Deltagare i Umeå 85+ var äldre än i tidigare studier och det fanns ingen signifikant skillnad mellan åldersgrupperna över 85 år. Deltagarna var också vitala åldringar (93 i eget boende) och även relativt friska. Att det inte fanns signifikans mellan kvinnor och män vad gäller rädsla för döden i denna studie kan bero på att det inte är några skillnader bland de allra äldsta, eller att andelen kvinnor var relativt hög (69 % kvinnor).

Det fanns samband mellan rädsla för döden och upplevd nervositet och svårigheter att slappna av. Dessa faktorer skulle kunna vara symptom på sämre psykologisk välbefinnande, vilket också visar signifikans till rädsla för döden. Vi fann dock att diagnostiserad depression inte hade samband med rädslan.

Sjukdomar som cancer, stroke och hjärtsvikt har inte något signifikant samband med rädsla för döden och författarna tolkar det som att de som haft en allvarlig sjukdom (cancer eller stroke) redan har konfronterats med döden och därför inte upplever någon rädsla för den längre. Att högt blodtryck visar samband med rädsla för döden i motsats till sjukdomarna ovan är svårt att förklara. En tolkning skulle kunna vara att medicinering för högt blodtryck ger biverkningar (till exempel mardrömmar, sömnsvårigheter, vilka vidare leder till svårigheter att slappna av och till nervositet). Tyvärr fanns det inte möjligheter att statistiskt testa användandet av betablockare mot högt blodtryck och DAS då den variabeln inte gick renodla. En annan tolkning av dessa samband kan vara att högt blodtryck orsakas av stress som även ger en oförmåga att slappna av och koncentrationssvårigheter vilket tillsammans kan leda till sämre psykologiskt välbefinnande (Theorell, 2001) och rädsla för döden.

Samband med rädsla för döden och känsla av sammanhang, psykologisk välbefinnande och antal symptom är också logisk även om upplevd mening med livet, resilience och självtrascendens borde också ha visat samband. Det verkar som att det är någonting med människans "inre krafter" (se analysstabell DAS, figur 1) som har samband med rädsla för döden fast instrumentet i denna studie har inte riktigt kunnat visa detta.

Biologiskt åldrande betyder att kroppens funktioner förloras och att krafterna som man har som ung gradvis minskar (Grimby & Grimby, 2001). Dessa förluster verkar inte ha betydelse för rädsla för döden enligt denna studie för till exempel oberoende eller beroende på hjälp i ADL har ingen signifikans för rädsla för döden. Inte heller socialt åldrande vilket kan innebära förluster av maka/Make/vänner eller ensamhet (Jönson, 2002) verkar ha betydelse för rädslan. Det psykologiska åldrandet innebär att den åldrande människan kan ta längre tid på sig att bearbeta ny information, men inte genomgår någon generell tillbakagång. Individens kunskaper som verbal förmåga, logiskt tänkande och problemlösningsförmåga är intakta, vilket kan ge en känsla av sammanhang och mening rörande tankar, känslor och händelser (jmf. Bruun Pedersen, 1993). Även Eriksson (1985) anser att förmågan att återknyta till

tidigare stadier i livet är viktigt för att uppnå en känsla av visdom och för att ha ett aktivt intresse för livet fram till döden.

Det psykosociala åldrandet enligt gerotranscendens teorin (Tornstam, 1996) skulle kunna förklara de äldre-äldres låga poäng för rädsla för döden. Tornstam (1996) pratar om mognad och visdom, som beskrivs som förmåga att känna samhörighet med världsalltet och med tidigare och kommande generationer och minskad intresse för ytliga sociala relationer och materiella ting. Man skulle kunna säga att det goda åldrandet minskar rädsla för döden.

Den aktuella studien berör inte religiositet som skulle kunna vara betydelsefullt för rädsla för döden. Det finns andra studier som pekar på att de individer som har stark tro, litar på livet efter döden och därför upplever döden mindre hotfull (Lin, 2003; Cicirelli, 2001). Men religiositet och andlighet kan även innebära ökad rädsla för döden på grund av individens personliga tro (Lin, 2003). Även kulturella aspekter kan ha betydelse för rädsla för döden, men de berörs ej i denna studie. Depaola & al. (2003) hittar signifikanta skillnader i rädsla för döden mellan olika kulturer i USA. Även Lin (2003) hittar kulturella skillnader mellan amerikaner och kineser och för rädsla för döden. Det kan tänkas att Umeå 85+ studien, där respondenterna kommer från en kultur med hög levnadsstandard, goda möjligheter till sjukvård, närhet till naturen och har levt i en tid av fred, ger en speciell bild av rädsla för döden som kanske inte skulle ge samma resultat i en annan kultur.

Att ge god omvårdnad innebär för Västerbottens läns landsting både ett förhållningssätt och handlingar som ska ge ett så gott dagligt liv som möjligt vid hälsa/ohälsa och friskhet/sjukdom (Norberg, Engström & Nilsson, 1994). För att uppnå detta behöver personalen ha faktakunskap, förståelse och förmåga att prioritera och vidta åtgärder på ett adekvat sätt utifrån de behov som den äldre-äldre har. Vår studie ger kunskap på ett område som är nytt. Personalen behöver känna till vad goda åldrandet är och att de äldre-äldre kanske behöver få hjälp att slappna av, uppleva positiv psykologisk välbefinnande och förstå konsekvenserna av högt blodtryck.

Metoddiskussion

Det interna bortfall i denna studie är liten när det gäller sociodemografiska faktorer, hälsa och sjukdomar. Endast enstaka äldre-äldre har inte kunnat svara på frågorna. När det gäller olika skalor är det betydligt fler som inte har kunnat skatta sig själv på Likert-skalan. De skalor som

har största bortfall är skalorna med självskattad hälsa mentalt och fysiskt och det kan bero på den kognitiva förmågan hos de äldre-äldre.

Rädsla för döden ha flera aspekter och dimensioner (Cicirelli, 1999) och kan hända är DAS-skalan inte det rätta instrumentet för att mäta rädsla för döden. Det framgår även i intervjustudier gjorda med äldre/äldre (jämför Nilsson, Ekman & Sarvimäki, 1998) att de äldre-äldre är sällan rädda för döden utan är mer rädda för att bli allvarligt sjuka och hamna på institution. Även Thome (2003) som har intervjuat cancersjuka äldre rapporterade att de äldre hade rädsla att hamna i en situation av hjälplöshet, lidande och beroende av hjälp av andra. Själva döden upplevdes inte skrämmande medan döendet väckte oro. Respondenterna i vår studie är ju relativt pigga och friska åldringar och det kan påverka vårt resultat.

Slutsatsen

- De äldre-äldre i Umeå 85+ studie har låg rädsla för döden
- Svårt att slappna av, psykologisk välbefinnande och högt blodtryck har störst betydelse för rädsla för döden
- Det finnas ytterligare faktorer som ännu ej studerats till exempel religion och kultur

Referenser

- Agrell, B. & Dehlin, O. (1989). Comparison of six depression rating scales in geriatric stroke patients. *Stroke*, 60, 1190-1194.
- Alvarado, K.A., Templer, D., Bresler, C. & Thomas-Dobson, S. (1992-93). Are death anxiety and death depression distinct entities? *Omega*, 26, 113-118.
- Antonovsky, A. (1993). Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. *Social Science and Medicine*, 37, 969-974.
- Aroian, K. J. & Norris, A. E. (2000). Resilience, stress, and depression among Russian immigrants to Israel. *Western Journal of Nursing Research*, 22, 54-67.
- Bruun Pedersen, J. (1993). The psychological process of ageing. What does it mean to get old? *Nordic Journal of Psychiatry*, 47, 49-51.
- Cicirelli V. (1999). Personality and demographic factors in older adults' fear of death. *The Gerontologist*, 39, 569-579.
- Cicirelli, V. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies*, 25, 663-683.
- Crumbaugh, J., C. (1968). Cross-validation of Purpose-in-Life test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*, 24, 74-81.
- Cumming, E. & Henry, W. (1961). *Growing old*. New York: Basic books.
- Dehlin, O. & Hagberg, B. (2000). "Det goda åldrandet" en anpassningsprocedur. *Läkartidningen*, 97, 430-433.

Dehlin, O., Hagberg, B., Samuelsson, G. & Svenson, T. (1998). *80 år och äldre- hur mår man, hur har man det? (80 years and above- how are you then?)* Department of Community Medicine Sciences, University of Lund and Gerontological Center. Lund.

Depaola, S., Griffin, M., Young, J. & Neimeyer, R. (2002). Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: the role of gender and ethnicity. *Death Studies*, 27, 335-354.

Erikson, E H. (1985). *Den fullbordade livscykeln*. Lund: Natur och Kultur.

Fortner, B. & Neimeyer, R. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies*, 23, 387-411.

Fromholt, P. (1981). Livskvalitet i alderdommen. *Nordisk medicin*, 96, 114-116.

Grimby, A. & Grimby, G. (2001). *Åldrandets villkor*. Lund: Studentlitteratur.

Havighurst, R. (1948). *Developmental tasks and education*. New York: McKay.

Hoelter, J., W.(1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 996-999.

Hulter Åsberg K. (1990). *ADL-Trappan*. Lund: Studentlitteratur.

Jensen, E., Ruilian, L., Dehlin, O., Samuelsson, G. & Svenson, T. (1996). Laboratory values, symptoms and survival in an 80-year old population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 22, 71-80.

Jönson, H. (2002). *Ålderdom som samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur

Kozma, A. & Stones, MJ. (1987). Social desirability in measures of subjective well-being: a systematic evaluation. *Journal of Gerontology*, 42, 56-59.

- Langius, A., & Bjoervell, H. (1993). Coping ability and functional status in a Swedish population sample. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7, 3-10.
- Lawton, M.(1972) *The dimensions of morale*. In Kent D., Kastenbaum R., & Sherwood S., (Ed). *Research planning and action for the elderly: the power and potential of social science*. New York: Behavioral Publications; p.144-165.
- Lawton, MP. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Lester, D. (1994). The Colett-Lester Fear of Death Scale. In R.A. Neimeyer (Ed). *The death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Lester, D. & Templer, D. (1993). Death anxiety scales: A dialogue. *Omega*, 26, 239-253.
- Lin, A.,H.,H. (2003). Factors related to attitudes toward death among American and Chinese older adults. *Omega*, 47, 3-23.
- Lockhart, L., Bookwala, J., Fagerlin, A., Coppola, K., Ditto, P., Danks, J. & Smucker, W. (2001). Older adults' attitudes toward death: links to perceptions of health and concerns about end-of-life issues. *Omega*, 43, 331-347.
- Lonetto, R & Templer, D.I. (1986). *Death anxiety*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Löfgren, B., Gustafson, Y. & Nyberg, L. (1999). Psychological well-being 3 years after severe stroke. *Stroke*, 30, 567-572.
- Mahoney FI. & Barthel DW. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

Märner, L. & Olofsson, I. (2001). *Själv-transcendensskala. En reliabilitets- och validitetstest av den svenska versionen*. Uppsats för Magisterexamen, Institutionen för omvårdnad, Umeå Universitet, Umeå.

Nilsson, M., Ekman, S-L. & Sarvimäki, A. (1998). Ageing with joy or resigning to old age: Older people's experiences of the quality of life in old age. *Health care in later life*, 3, 94-110.

Nilsson, M., Sarvimäki, A. & Ekman, S-L. (2000). Feeling old: being in a phase of transition in later life. *Nursing Inquiry*, 7, 41-49.

Norberg, A., Engström, B. & Nilsson, L. (1995). *God omvårdnad. Grundvärderingar*. Stockholm: Bonnier Utbildning.

Nygren, B., Björkman Randström, K., Lejonklou, A.K. & Lundman, B. (2004). Reliability and Validity of the Swedish Language Version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. Accepted for publication.

Olofsson, K. & Ragnarsson, C. (2001). *Reliabilitets- och validitetsprövning för de svenska versionerna av frågeformulären upplevd livsmening och rädsla för döden*. C-uppsats, Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet.

Rasmusen, C., Templer, D., Kenkel, M. & Cannon, W. (1998). Indirect attempt to change death attitudes: negative findings and associated relationships. *Omega*, 37, 203-214.

Reed, P. (1989). Mental health of Older Adults. *Western Journal of Nursing Research*, 11, 143-163.

Schroots, J. (1996). Theoretical developments in the psychology of aging. *The Gerontologist*, 36, 742-748.

Sheikh, J. & Yesavage, J. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-172.

Sonn, U. & Hulter Åsberg, K. (1991). Assessment of activities of daily living in the elderly. A study of a population of 76-years-olds in Gothenburg, Sweden. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 23, 187-91.

Sullivan, M., Karlsson, J. & Ware, J. E., Jr. (1995). The Swedish SF-36 Health Survey--I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Social Science and Medicine*, 41, 1349-1358.

Tang, C., Wu, A., & Yan, E. (2002). Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death Studies*, 26, 491-499.

Templer, D. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of General Psychology*, 82, 165-177.

Ternstedt, B-M. (2000). Den goda döden. *Vård*, 2, 2-8.

Theorell, T. (2001). *Stress- en sjukdomsrisk* .I Folkhälsorapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen, Epidemiologisk centrum.

Thome, B. (2003). Living with cancer in old age. Quality of life and meaning. Doctoral dissertation, Lund university.

Tornstam, L. (1996). Introducing the theory of gerotranscendens as a supplementary frame of reference for caring for the elderly. *Scandinavian Journal of Caring Science*, ; 10: 144-150

Törnquist, K., Lövgren, M. & Söderfeldt, B. (1990). Sensitivity, specificity and predictive value in Katz's and Barthel's indices applied on patients in long term nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 4, 99-106.

Wagnhild, G. & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.