

GÖTEBORGS UNIVERSITET
Sociologiska Institutionen

Själv mordstankar bland de äldsta äldsta

- en kvantitativ undersökning om själv mordstankar hos 95-åringar i Göteborg

Examensarbete i sociologi, 15 hp

Namn: Madeleine Mellqvist

Handledare: Stefan Schedin

September, 2008

Abstract

Titel: Självmordstankar bland de äldsta äldsta – en kvantitativ undersökning om självmordstankar bland 95-åringar i Göteborg

Författare: Madeleine Mellqvist

Handledare: Stefan Schedin

Examinator: Tomas Berglund

Typ av arbete: Examensarbete i sociologi

Tidpunkt: September 2008

Tecken: 68 598

Syfte och frågeställningar: Syftet med undersökningen är att studera sociala faktorerers inverkan på självmordstankar bland 95-åringar i Göteborg. De huvudsakliga frågeställningarna är: Hur vanligt är det med självmordstankar hos 95-åringar? Påverkar sociala faktorer självmordstankar bland 95-åringar? Samt: Har individens kön en inverkan på huruvida de känner självmordstankar?

Metod och material: Data från 95+-studien i vilken 338 individer analyserades. Icke-dementa valdes att studera vilket lämnade ett urval bestående av 163 individer (116 kvinnor och 47 män). Variabler rörande individers sociala liv, såsom boendeform och religiös tro tittades på i förhållande till variabler rörande självmord.

Huvudresultat: Trots att ett relativt litet antal 95-åringar har självmordstankar, visar studien att de som är troende samt dem som är religiöst aktiva har självmordstankar i lägre utsträckning än de som inte är troende eller religiöst aktiva. Sociala faktorer tycks ha inverkan på huruvida 95-åringar känner någon form av självmordstankar. Religiös tro och religiös aktivitet tycks vara skyddsfaktorer. Detta behöver dock inte tänkas ha ett samband med religion i sig, utan vara ett resultat av den gemenskap som kan skapas genom exempelvis religiösa sammankomster.

Nyckelord: självmordstankar, 95-åringar, sociala faktorer, religion

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Syfte och frågeställningar.....	3
1.3 Avgränsningar	3
1.4 Disposition	4
2. Tidigare forskning	5
2.1 Durkheims studie av självmord.....	5
2.2 Religion och depression hos äldre.....	5
2.3 Självmordstankar bland icke-dementa 85-åringar.....	7
2.4 Klinisk studie av äldre självmordsförsökspatienter	7
2.5 En prospektiv studie av äldre med upprepade självmordsförsök.....	8
2.6 Waerns avhandling om självmord sent i livet	8
3. Teoretiska utgångspunkter	10
3.1 Èmile Durkheims teorier om självmord	10
3.2 Social responsivitet – Johan Asplund.....	11
3.3 Socialt kapital – Pierre Bourdieu	11
3.4 Gerotranscendensteorin – Lars Tornstam	12
4. Data	13
4.1 KVUS, H-70 och 95+.....	13
4.2 Variabler.....	14
4.2.1 Beroende variabel.....	14
4.2.2 Oberoende variabler	14
4.2.3 Bakomliggande variabel.....	14
5. Metod	15
5.1 Metod för urval.....	15
5.2 Kvantitativ respektive kvalitativ forskning	15
5.3 Databearbetning	16
5.3.1 Originalsamband	16
5.3.2 Partialsamband	16
5.3.3 Marginalsamband	16
5.3.4 Gamma	16
5.4 Reliabilitet och validitet	17
5.5 Metoddiskussion.....	17
5.6 Etik	17
6. Resultat och analys	18
6.1 Resultat av frekvenstabeller	18
6.2 Partner	18
6.3 Har eller har haft barn	19
6.4 Institution	20
6.5 Troende.....	21
6.6 Religiöst aktiv	22
7. Diskussion	24
8. Slutsatser och rekommendationer	26

Källförteckning

Bilaga 1 – Del av formulär

Bilaga 2 – Populärvetenskaplig framställning

1. Inledning

Ålderdomen är en tid som kan präglas av förluster såväl av partnern och andra närstående som av fysisk och/eller psykisk ohälsa. Detta kan tänkas leda till att individer blir deprimerade och känner livsleda, något som i sin tur kan öka risken för självmord. Tidigare forskning på området har visat att självmord är överrepresenterat av äldre i industrialiserade länder (Waern 2000:50). Trots detta har forskning av självmord i stort sett fokuserat på yngre individer och lämnat de äldre som en relativt outforskad grupp på området.

Studier av självmord har inom sociologin en lång tradition. Sociologiska förklaringsmodeller har mötts av stark konkurrens av psykologin och den medicinska världen. Trots detta har sociologin haft och har fortfarande, en viktig roll inom området. Detta kan tänkas vara till följd av Durkheims (1897, 1993) banbrytande studie av självmord. Durkheim visade med sin studie att eftersom självmordsdödligheten varierar mellan samhällen och var relativt stabila, kunde fenomenet inte enbart förklaras med psykologiska orsaker. Durkheims resultat tydde på att sociala faktorer spelar en stor roll vad gäller självmord.

I Europa sker stora demografiska förändringar, vilka innebär att befolkningen blir allt äldre. Detta har konsekvenser vilka innebär en stor utmaning för alla samhällen runtom i Europa. Med tanke på rådande situation måste omfattande åtgärder tas för att förbättra levnadsförhållandena för de äldre (FHI 2007-12-20). Genomslaget som detta fenomen om individens ökande ålder fått, har inneburit att forskningen av detta område har nått en ny dimension. De senaste årens forskning har medfört en ökad kunskap, vilket innebär att åtgärder kan tas i nuläget. Ett exempel på detta är att i takt med att vi blir allt äldre föds även färre barn än tidigare, vilket kan leda till att allt fler äldre kommer att bli beroende av äldreomsorg (SCB 2007-12-14). Detta är för tillfället mer aktuellt i andra samhällen än det som råder i Sverige. Här syftar jag till Medelhavsländer, där det är vanligt att familjen tar hand om de äldre i större utsträckning än vad som görs i det svenska samhället.

Forskning som fokuserar på äldre blir med andra ord allt viktigare. Detta för att förbättra levnadsförhållanden för dem äldre, men även för att visa på hur fördomar kring äldres välmående i många avseenden inte stämmer överens med hur verkligheten kan se ut för många äldre. Detta är något som Lars Tornstam talar om i sin bok *Åldrandets socialpsykologi* (1998). Sedan barnsben har våra barnböcker, barnprogram varit präglade av en bild av hur äldre människor är. Detta är en bild som följer med oss under hela livet. Vi betraktar alltså äldre som en homogen grupp, där äldre ses som ensamma, svaga och beroende av andra (Tornstam 1998:98ff). I och med detta sker en stigmatisering av äldre, vilken i detta fall skulle leda till att det var "normalt" för äldre att begå självmord.

1.1 Bakgrund

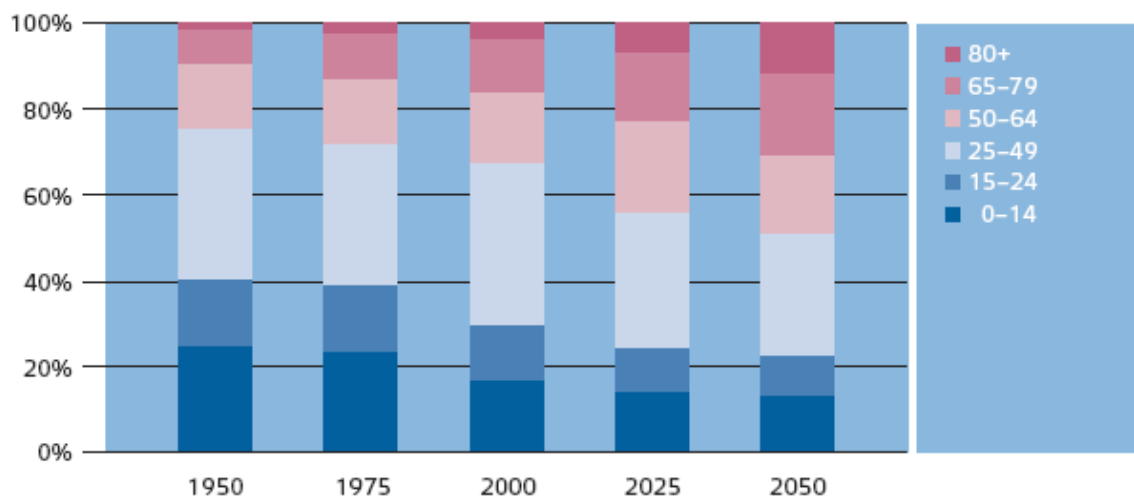
Émile Durkheims (1897, 1993) studie av självmord är kanske den som på området har fått mest uppmärksamhet hittills. Forskning på området var dock inget nytt då Durkheim utförde sina undersökningar, däremot hade självmord sedan länge förklarats med hjälp av psykologiska faktorer. Här var Durkheim en pionjär på området då han visade på betydelsen som sociala faktorer har på fenomenet. Trots att sociala faktorer hade diskuterats tidigare var dessa begränsade till ras och klimat (Giddens 2003:26). Durkheim var den förste som lade fram betydelsen av en sociologisk förklaring av självmordsfenomenet. Durkheims studie har dock under senare år mötts av mycket kritik. Detta till följd av att Durkheim använde sig av

offentlig statistik utan att forskaren ifrågasatte detta tillvägagångssätt. Det uppmärksammades inte om dem som samlat in datan hade påverkats av det sociala livet runtomkring, vilket kan ha påverkat deras syn och medverkat till kategoriseringen av självmord.

I Sverige hade vi 1999, en av världens äldsta befolkningar med 17 % av invånarna äldre än 65 år. I och med den enorma baby-boomen som skedde i Sverige och runtom i Europa efter andra världskrigets slut, väntas åldersökningen stiga ännu mer i takt med att 40- och 50-talisterna närmar sig pensionsålder. I Sverige kommer vi att börja märka dessa tendenser år 2020 och år 2050 beräknas en tiondel av befolkningen (846 000 personer) att vara 80 år eller äldre (SCB 2007-12-14).

En stigande ålder bland de gamla drabbar inte enbart Sverige, utan även Europa vilket figur 1 visar. Folkhälsoinstitutet har i samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO), European Older People's Platform (AGE), Eurohealthnet samt nio organisationer och myndigheter runtom i Europa utfört ett projekt som kallas Healthy Ageing (2006). Forskningen bedrivs för att uppmärksamma allmänheten om alla de konsekvenser som väntar den enskilde individen och samhället i stort. De konsekvenser som kan följa är bland annat en ökad kostnad inom sjukvården samt ett minskat antal av arbetsför ålder. Då detta uppmärksammas redan nu är det möjligt att ta de åtgärder som behövs för att underlätta i framtiden.

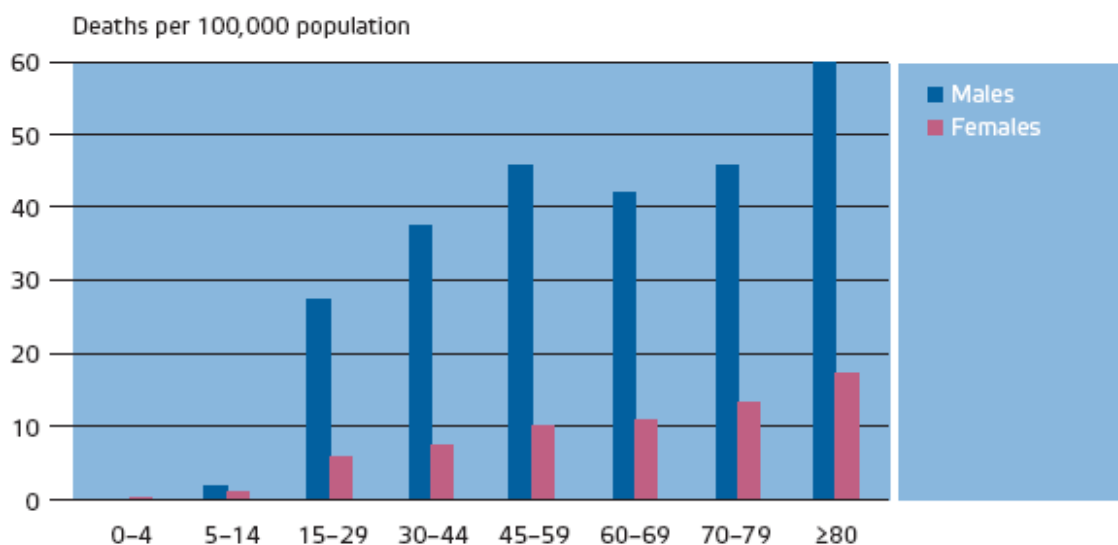
I figur 1 nedan visas hur de höga åldrarna har ökat och kommer att fortsätta att öka markant fram till och med år 2050. Tabellen innefattar de 25 länder som 2006 ingick i EU. Här visas tydligt hur de äldsta åldersgrupperna har ökat gradvis de senaste 50 åren, medan den stora ökningen dröjer ytterligare några år.



Figur 1. Åldersuppdelning i de 25 EU-länderna 1950-2050. Källa FHI.

Sedan länge har äldre varit överrepresenterade i självmordsstatistiken. Trots detta är forskningen på självmord bland äldre en relativt ny företeelse, då de yngre har ägnats mer uppmärksamhet. Självmordsstatistiken visar även på att det är vanligare att män begår självmord än kvinnor. I Sverige år 2004, begick 99 kvinnor och 224 män i åldersgruppen 65 år och äldre självmord (Karolinska Institutet 2008-06-04). Här är det viktigt att notera att dessa siffror inte helt behöver överensstämma med den verkliga bilden, eftersom mörkertalet kan vara stort. Eftersom befolkningsgruppen av äldre förväntas bli större och äldre i Sverige samt övriga Europa, förväntas självmordsstatistiken påverkas av detta. Enligt Waern kan det handla om så mycket som en fördubbling av antalet självmord bland äldre (2000:50).

Figur 2 nedan visar antalet självmordsfall per 100 000 i Europa. Här, liksom i Sverige är män överrepresenterade i alla åldersgrupper. Vi ser även det är allt vanligare att begå självmord i en hög ålder bland både män och kvinnor.



Figur 2. Självmord i förhållande till ålder och kön. Källa FHI.

Som jag nämnde ovan kan den ökande åldern tänkas påverka självmordsstatistiken markant. Det är därför viktigt att uppmärksamma detta fenomen för att det här inte skall ske. Då självmordstankar är något som det i vardagen inte läggs särskilt stor vikt vid, kan det vara avgörande för en individs framtid. Av dessa anledningar anser jag det vara ytterst viktigt att studera självmordstankar bland äldre, samt hur det sociala livet kan tänkas påverka detta.

1.2 Syfte och frågeställningar

Det huvudsakliga syftet med denna uppsats är att undersöka om icke-dementa 95-åringar i Göteborg känner någon form av självmordstankar och om detta påverkas av sociala faktorer. Jag vill även undersöka om förhållandena ser likadana ut för de båda könen. Mina frågeställningar är:

- Hur vanligt är det med självmordstankar hos 95-åringar?
- Har sociala faktorer en inverkan på självmordstankar bland 95-åringar?
- Har individens kön en inverkan på huruvida de känner självmordstankar?

1.3 Avgränsningar

Avsikten med denna uppsats är att undersöka huruvida 95-åringar i Göteborg känner någon form av självmordstankar eller inte, samt om/hur dessa påverkas av sociala faktorer. Sociala faktorer kan enligt tidigare forskning påverkas av andra faktorer såsom hälsa etc., det har dock inte kunnat undersökas till följd av att det inte fanns en lämplig variabel i datan som mätte detta. Dessutom faller detta utanför ramen av uppsatsens frågeställningar. Arbetet är avgränsat till icke-dementa 95-åriga kvinnor och män som är boende i Göteborg. Fokus på

detta arbete ligger på de icke-dementa till följd av att deras svar är mer tillförlitliga än de dementas, samt att svarsfrekvensen är högre.

1.4 Disposition

Inledningen samt bakgrunden ovan syftar till att ge läsaren en uppfattning samt historia om ämnet för att tydliggöra syftet med uppsatsen. Detta följs sedan av kapitel två, där tidigare forskning på området beskrivs. Kapitel tre beskriver de teoretiska utgångspunkterna för studien. Här presenteras de begrepp och analysmetoder som har använts i bearbetandet av empirin. I kapitel fyra beskrivs den tillgängliga data, vilket ger en inblick i de studier som pågår vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Detta följs av kapitel fem där metoden för undersökningen redogörs samt etik tas upp.

I kapitel sex presenteras resultaten genom tabeller och text. Resultatet av de olika analysmodellerna presenteras uppdelade per oberoende variabel. Detta görs för att underlätta för läsaren, samt tydligt visa mitt syfte med uppsatsen. Resultaten analyseras efter de har blivit presenterade. De diskuteras sedan i kapitel sju utifrån den teorin och återknyts till den tidigare forskningen. Detta följs av en kort sammanfattning och rekommendationer för framtida forskning.

2. Tidigare forskning

I de nedanstående styckena följer en kort presentation av tidigare forskning samt litteratur som rör det område jag berör i denna uppsats, nämligen de äldres välmående. Självmord har sedan Durkheims *Självmordet* (1993) varit ett mycket populärt område för sociologer att studera. Åldersgruppen som ingår i min undersökning har dock inte ägnats mycket uppmärksamhet. Däremot finns det ett något större utbud av undersökningar som fokuserar på de riktigt gamla inom det medicinska området. Till följd av detta är större delen av den tidigare forskningen som jag presenterar nedan ur den medicinska världen. Åldersgrupperna skiljer sig även åt från den jag valt att titta på, då mina undersökningsobjekt var 95 år gamla vid undersökningstillfället.

2.1 Durkheims studie av självmord

Då Durkheim (1897, 1993) utförde sin studie av självmord, använde han sig av offentlig, omfattande statistik. Han tittade på kvoten mellan antalet självmord samt storleken av populationen. Trots att siffrorna långsamt ökat var det dem demografiska variablerna som varierade alltmest, vilket intresserade Durkheim. Att detta skedde berodde, enligt Durkheim, på att både stabiliteten och förändringarna i självmordstalen var ett resultat av sociala faktorer. Däremot menade Durkheim att det var psykologiska faktorer som avgjorde vilka som begick självmord, medan antalet personer som skall begå självmord är förutbestämt av samhället (Boglund 2005: 238ff).

Resultatet av studien visade att män begick självmord oftare än kvinnor. Det visade sig även markant att de som begick självmord var ensamstående, lågutbildade och var i stor utsträckning protestanter. Durkheim förklarade att orsaken till detta var att trots att individen ser sig själva med en fri vilja att styra sitt eget beteende osv., styrs denne av de sociala mönster som finns i omgivningen. Durkheim menar till exempel att religion kan vara en skyddsfaktor mot självmord, men det är inte själva läran som skyddar utan det är tillhörigheten som skapas inom gruppen av församlingsgemenskapen. Durkheim menar vidare att denna gemenskap inte enbart finns bland de som söker sig till religion, utan det är något som finns i mer eller mindre alla sociala relationer. Det finns med andra ord ett samband mellan social integration och social reglering. Detta innebär att individer som är integrerade i sociala grupper samtidigt regleras av normer i samhället, detta leder i sin tur till en minskad risk att begå självmord (Boglund 2005:242ff).

Sammanfattningsvis visade Durkheim med sin studie att självmordsdödligheten varierade mellan samhällen beroende på vilken religion som dominerade. Det avgörande var religionerna utifrån gemensamma föreställningar och ritualer lyckades skapa en stark sammanhållning inom gruppen eller inte. Orsaken till att protestanter var överrepresenterade i Durkheims studie kan med andra ord förklaras genom att känslan av samhörighet blivit mindre viktig. Istället har en alltmer individualiserad moral i de protestantiska samhällena har blivit allt vanligare.

2.2 Religion och depression hos äldre

14 forskningsgrupper från 11 länder runtom i Europa, där alla är involverade med populationsbaserad forskning kring depression har ingått i studien *Religion as a cross-cultural*

determinant of depression in elderly Europeans: results from the EURODEP collaboration (Braam m.fl. 2001). Religion har setts som en skyddsfaktor mot depression i hög ålder, vilket enligt forskarna tänkas bero på ett bredare sociokulturell miljö. Syftet med studien var att undersöka om det existerande religiösa klimatet i ett land är relaterat till interkulturella skillnader av depression hos äldre européer.

Det första tillvägagångssättet innebar att sex forskningsgrupper (i Storbritannien fanns 2) i fem länder (Finland, Tyskland, Storbritannien, Irland och Nederländerna) tittade på sambandet mellan individuell religiös aktivitet och depression. Deltagarna (n=8398), vilka alla var mellan 65-85 år gamla, frågades om hur ofta dem deltog i kyrkans aktiviteter, om dem var troende och i så fall vilken tro de hade. Detta studerades i samband med demografiska variabler såsom ålder, kön, utbildning och civilstånd.

Resultaten av den första delstudien visade att det högsta antalet kyrkodeltagare fanns i Irland, aktiviteten var lägre i Storbritannien och i Nederländerna och lägst i Finland och Tyskland. Signifikanta associationer gjordes mellan regelbundet deltagande i kyrkan och depression i Irland, Storbritannien och Nederländerna. Här fann forskarna att dem som regelbundet deltog i kyrkan löpte en lägre risk att drabbas av depression jämfört med dem som aldrig deltog i kyrkan. I Finland upptäcktes att både de som regelbundet deltog i kyrkan samt de som deltog någon enstaka gång löpte lägre risk att bli deprimerade. Då forskarna jämförde de icke-troende med de romersk-katolska i Liverpool visades signifikant att romersk-katolikerna var mer deprimerade. I Nederländerna däremot visade det sig att Kalvinister var mindre deprimerade än de icke-troende. Då forskarna tittade på de romersk-katolska som regelbundet deltog i kyrkans aktiviteter jämfört med de som inte, fanns tendenser som visar på att de som deltog i kyrkans aktiviteter drabbas mer sällan av depression. Detta mönster sågs i alla 5 länder som ingick i studien. Forskarna hittade inga tydliga tendenser då dem tittade på svaren de fått av protestanterna. Av de som aldrig eller nästan aldrig deltar i kyrkans aktiviteter, hittades en tendens att anglikaner från Storbritannien och Kalvinister från Nederländerna var mindre deprimerade. Ingen signifikans hittades mellan kön och kyrkligt deltagande och inte heller mellan kön och icke-troende.

Det andra tillvägagångssättet innebar att forskarna tittade på hur det religiösa klimatet på en nationell nivå såg ut, för att sedan jämföra de deltagande länderna sinsemellan. I detta urval ingick alla 14 forskningsgrupper från 11 länder (n=17739). Till att börja med sattes depressionsdiagnoser. Sedan tittade forskarna på frågorna angående åsikter kring kyrkan och religion. På en nationell nivå presenterades procentenheter på vilken religion individerna tillhörde samt aktiviteten och hängivenheten till kyrkan. Dessa tittades på, liksom i den första delstudien, i förhållande till demografiska variabler.

Resultaten från den andra delstudien visade att de individer i Tyskland och Finland var mest deprimerade, medan de i Irland och Spanien var minst deprimerade av dem som studerats. De länder där den romersk-katolska tron dominerar var Belgien, Frankrike, Irland, Italien och Spanien. De protestantiska länderna var Island, Sverige och Finland. Det finns en signifikant association mellan det religiösa klimatet och huruvida individerna var deprimerade eller inte. De som regelbundet är aktiva i kyrkan var i mindre utsträckning deprimerade, detta gäller för alla deltagande länder. Däremot hade de protestantiska länderna ett högre antal poäng på depressionsskalan jämfört med de katolska. Intressant nog har forskarna funnit att i de katolska länderna finns det ingen skillnad huruvida kvinnor eller män har depression eller inte, bland dem som regelbundet besöker kyrkan. Medan i de protestantiska länderna är männen i mycket större utsträckning deprimerade jämfört med kvinnorna.

Sammanfattningsvis har alltså forskarna genom den utförda studien funnit ett samband som tyder på att religion kan påverka depression på makro-nivå.

2.3 Självordstankar bland icke-dementa 85-åringar

Syftet med studien *Suicidal Feelings in a Population Sample of Nondemented 85-Year-Olds* (Skoog m.fl. 1996) var att uppskatta prevalensen av självordstankar bland icke-dementa 85-åringar. Studien är en del av H70-studien samt KVUS, som bedrivs på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i samarbete med Göteborgs Universitet. Studien innefattar 85-åringar födda mellan den 1 juli, 1901 och 30 juni, 1903. Totalt medverkade 494 personer, 350 kvinnor och 144 män. Alla medverkande var boende i Göteborg, antingen på någon slags institution eller i eget boende. Studien utfördes i tre steg, varav i det första en sjuksköterska besökte deltagarna. Det andra steget innebar att deltagarna undergick en undersökning på Vasa Sjukhus. Det sista steget innebar att en kontrollgrupp inkluderades i studien vilka undersöktes i hemmet av en psykiatriker.

Resultaten visade att av de psykiskt friska deltagarna (N=225) hade 4 % den senaste månaden känt att livet inte var värt att leva. 4 % hade haft dödsönskan. 1 % hade övervägt att ta sitt liv, dock hade ingen aktivt övervägt detta. Resultaten bland de med någon psykisk sjukdom (N=120) skiljde sig från dem utan. Här ser vi att 29 % kände att livet inte var värt att leva. 27 % hade haft dödsönskan. 9 % hade övervägt att ta sitt liv, 2 % hade aktivt övervägt detta. Bland de deltagare med någon psykisk sjukdom inklusive depression, var självordstankar associerade med användningen av ångstdämpande medicin men inte antidepressiva.

Sammanfattningsvis fann undersökarna att självordstankar är vanliga bland äldre med någon psykisk sjukdom och ovanligt bland psykiskt friska. Kvinnor som kände att livet inte längre kändes värt att leva hade en högre mortalitet än de kvinnor som inte kände liknande. Till följd av att äldre är överrepresenterade i självmordsstatistiken är det enligt forskarna viktigt med bättre diagnostik samt vård för åldersgruppen.

2.4 Klinisk studie av äldre självmordsförsökspatienter

Syftet med studien *Elderly suicide attempters: characteristics and outcome* (Lebret m.fl. 2006) var att genom en deskriptiv undersökning fastställa hur utgången såg ut för patienter som skrivits ut från psykiatriska kliniker efter ett självmordsförsök. Detta för att identifiera de faktorer som hade en signifikant inverkan på överlevnaden hos dessa patienter. Forskarna till studien undersökte 59 patienter, 60 år eller äldre som varit inlagda på psykiatriska mottagningar i Frankrike mellan den 1 januari och den 31 december 2000. Här har forskarna gått genom patienternas journaler för att få information rörande bland annat deras självmordsförsök, fysisk och psykisk hälsa samt sociodemografiska förhållanden. Efter att denna information hade samlats in och studerats kontaktades år 2003 den ansvarige läkaren för varje patient. Denne fick då redogöra för det dåvarande hälsotillståndet hos patienten samt om nya diagnoser hade satts.

Uppföljningsintervjuerna visade att åtta personer försökt begå självmord ytterligare 1-3 gånger dock utan dödlig utgång. Dessa åtta personer var alla kvinnor. När studien avslutades hade 17 patienter dött, av olika orsaker. Forskarna visar att de som försökt begå självmord vid ett tillfälle löper större risk att begå självmord samt att detta ökas bland kvinnor med

minnessvårigheter. Resultaten visade även att de flesta av männen som försökt begå självmord antingen var gifta eller sårbara, medan kvinnorna i större utsträckning var änkor. De vanligaste motiven för självmordsförsöket uppgavs vara konflikt med partner eller familjemedlemmar, psykisk sjukdom hos patienten själv eller dess partner samt social isolation och/eller ensamhet. Kvinnorna drabbades i högre grad av ensamhetskänslor medan männen påverkades alltmer av psykiska sjukdomar. Sammanfattningsvis var den självmordsbenägne i högre grad var kvinna än man, änka, socialt isolerad, led av ensamhetskänslor samt deprimerad.

2.5 En prospektiv studie av äldre med upprepade självmordsförsök

I studien *Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study* (De Leo m.fl. 2002) hade forskarna som syfte att bedöma vilka faktorer som kan vara avgörande gällande äldres självmordsförsök samt eventuella upprepningar av detta beteende. 480 personer som hade försökt att begå självmord blev tillfrågade att delta i studien, 106 stycken gick med på detta. Av dessa 106 deltagare kontaktades 63 året därpå för en uppföljningsintervju, 55 tackade ja. Undersökningen pågick från 1990-1993. I den första intervjun som gjordes användes ett instrument för att mäta självmordsbeteende. Detta instrument konstruerades för att användas i "WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour". Med uppföljningsintervjun ville forskarna på nytt omvärdera de aspekter som tittades på i den första intervjun, detta även för att se till om det fanns variationer i frågorna som rör sociodemografiska frågor.

Resultaten visar att vid tiden för uppföljningsintervjun hade 8 deltagare begått självmord, av dessa var 5 kvinnor och 3 män. 7 personer, varav 4 kvinnor och 3 män hade försökt begå självmord, dock utan dödlig utgång. När forskarna jämförde de som försökt begå självmord (n=7) med de som inte gjort ytterligare försök (n=48) visade det sig att förlust av fadern i barndomen var signifikant för de som försökt begå självmord ytterligare gånger. Andra faktorer som uppgavs vara orsak till självmordsförsöken var relationsbesvär, psykiska problem samt en önskan att visa uppgivenhet.

2.6 Waerns avhandling om självmord sent i livet

I sin avhandling *Suicide in late life* från 2000, har Waern gjort en fall-kontroll studie med syftet att "belysa sambandet mellan självmord hos äldre och psykisk störning, kroppslig sjukdom och livssituation" (Waern 2000:50). Waern vill med sin studie utöka den kunskapen av självmord bland äldre. Detta för att arbetet för självmordsprevention skall kunna vidareutvecklas ytterligare. Studien baseras på 85 personer som begått självmord samt en kontrollgrupp på 154 personer, där alla är över 65 år. Sex stycken delstudier har gjorts för att skapa en så bred bild av ämnet som är möjligt. Här har Waern bland annat tittat på psykisk och fysisk sjukdom, livshändelser, psykosociala faktorer samt läkemedel hos personer som begått självmord men även hos kontrollgruppen. Det har även gjorts anhörigintervjuer för att skapa en bredare bild av deltagarnas livssituation. Journalkopior har även studerats för att kunna skatta den fysiska och psykiska hälsan. Waern har även tittat på hur den avlidne hade diagnostiserats samt behandlats av dess läkare under de sex sista levnadsåren. Här ville Waern se hurvida patienten hade antidepressiva medel i kroppen vid dödstillfället eller inte. Till sist tittar Waern på sambandet mellan den ökade försäljningen av receptbelagd psykofarmaka har ett samband med den ökade användningen av dessa vid självmord/försök.

Resultaten från dessa delstudier visade att depression är en stor riskfaktor för självmord. Fysiska sjukdomar var även riskfaktorer, här upptäcktes en könsskillnad, då män i högre grad än kvinnor påverkades av detta. När forskaren tittade på de sociala variablerna visade det sig att relationsproblem var den största riskfaktorn för självmord, även ensamhetskänslor sågs som en riskfaktor. De sociala variabler som sågs som en skyddsfaktor mot självmord var att individer var aktiva i föreningslivet och/eller med hobbies av olika slag samt hög utbildning. Waern kommer i sin studie fram till att läkare i allmänhet har blivit bättre på att upptäcka självmordsbenägenhet samt depression. Waern lägger däremot stor vikt i att detta är något som måste vidareutvecklas. Studien har även påvisat att anhöriga kan vara till stor hjälp i det här arbetet och de skulle kunna vara till stor hjälp i preventionsarbetet. Trots att studien visar på att depression är en större riskfaktor än de sociala variabler, är det kanske möjligt att hitta ett samband mellan de två. Waern påpekar hur den negativa synen på åldrandet som finns i samhället, kan påverka dem gamla till att tro att det är den enda utvägen (Waern 2000:52ff).

3. Teoretiska utgångspunkter

I de nedanstående styckena kommer jag att presentera de sociologiska teoretiker samt teorier som jag funnit mest relevanta för mitt material och valt att applicera på min undersökning. Bland dessa hittar vi Durkheims teorier om självmord, Asplunds teori kring social responsivitet, Bourdieus teori om socialt kapital samt Tornstams teori om gerotranscendens.

3.1 Émile Durkheims teorier om självmord

Fransmannen Émile Durkheim (1858-1917) är en av sociologins grundare och Europas förste professor i ämnet. En av de största inspirationerna för denna var Auguste Comte (1798-1857) och dennes tankar om att sociologin studerade en särskild objektiv verklighet (Giddens 2003:23).

I sin bok *Självmordet* (1897, 1993) vidareutvecklar Durkheim begreppet anomi som han tidigare beskrev i teorin om arbetsdelningen (1893). Som nämnts ovan är självmord enligt Durkheim ett socialt faktum och dess orsaker skall sökas på en social nivå, exempelvis genom särskilda sociala förhållanden och inte på individens psykiska eller fysiska drag. Självmordet är förvisso en individuell handling, men Durkheim påvisar att det i varje samhälle finns ett stabilt självmordstal. Denna stabilitet beror på sociala premisser, medan vilka som drabbas avgörs av individuella psykologiska faktorer (Boglund 2005:238). Durkheim urskiljer fyra olika typer av självmord, det egoistiska, det anomiska, det altruistiska och det fatalistiska vilka alla kan kopplas till en brist på reglering och integrering i samhället. Nedan kommer enbart det egoistiska och anomiska självmordet beskrivas, då jag funnit de mest lämpliga att applicera på studien.

Det egoistiska självmordet är enligt Durkheim kopplat till bristande social integration. Banden mellan individerna är helt enkelt för svaga vilket leder till att individens sociala behov av samhörighet och gemenskap inte tillgodoses. Då gemenskapen inte fungerar får individen inte stöd och hjälp med dess problem, vilket skapar en hög grad individualisering och att samhällets normer och regler ignoreras. Individen blir isolerad vilket kan öka risken för att begå självmord. Ett exempel på detta är att Durkheim hittade bland annat att risken för självmord var mindre för de med en stor familj än bland dem med liten familj (Durkheim 1993:139).

Durkheim beskriver det anomiska självmordet som något som uppstår då samhället går igenom stora förändringar som samhället såsom urbanisering. Vad Durkheim menar är att under denna process kan individer förlora fotfästet eftersom de normer och regler som en gång har funnits i samhället numera inte är glasklara för den enskilde individen. Samhällets förändringar kan med andra ord ha förödande konsekvenser för den enskilde individen. Detta eftersom individen enligt Durkheim, behöver känna att samhället eller det kollektiva reglerar dess behov, mål och drifter (Boglund 2005:241). Däremot är det inte nödvändigtvis enbart förändringar på en samhällelig nivå som påverkar individen, det kan även vara kulturella och personliga faktorer såsom skilsmässa och att bli änka eller änkeman som skapar en kris (McIntosh 1994:65). Det anomiska självmordet uppstår alltså när individen upplever kriser och/eller störningar i den kollektiva lagbundenheten. Då en jämvikt inte finns i samhället så fungerar inte det reglerande. Om inte nya vanor skapas för att bryta individens gamla mönster riskerar denne sitt liv enligt Durkheim (Boglund 2005:241).

3.2 Social responsivitet – Johan Asplund

Johan Asplund beskriver i sin bok *Det sociala livets elementära former* (1987) hur människan är en social varelse med ett medfött behov av att socialisera. Det mänskliga behovet av social responsivitet kan ibland vara så starkt att människan ofta ställer frågor bara för att ges möjligheten att svara. Detta behov som gör människan till responsiv. Med andra ord har människan en benägenhet att interagera med andra individer för att må bra. Att både ge och få respons är grundläggande för det sociala livet. Detta eftersom responsivitet leder till att en slags växelverkan uppstår, vilket i sin tur leder till att behovet av socialisering blir tillfredställt (Asplund 1987:36ff). Asplund lägger vikt vid att det är kombinationen av de två begreppen socialitet och responsivitet som är det viktiga i hans teori, själva ordningen av orden är oviktig. De hör med andra ord ihop oavsett ordföljden.

Social responsivitet kan tänkas uppfattas som något som kräver minst två personer. Men enligt Asplund kan även sådana aktiviteter som enbart omfattar en person även leda till respons och det är därför vi utför dem. Aktiviteter av denna sort kan exempelvis vara att bilkörning. En slags lust väcks hos individen i fråga då bilen blir "levande" och chauffören responderar (Asplund 1987:36ff). Däremot nöjer sig inte individen med enmansaktiviteter då denne behöver ventileras (Asplund 1987:83ff). Om inte hon/han har möjlighet till detta kan det ha förödande konsekvenser för individen i fråga. Dessa konsekvenser kan leda till motsatsen av social responsivitet, asocial responslöshet. Asocial responslöshet är till skillnad mot den medfödda sociala responsiviteten, ett inlärt beteende. Detta beteende medför att responsen på socialitet uteblir. Eftersom varje gensvar har en emotionell karaktär resulterar bristen av gensvar i att en emotionell brist skapas hos individen. Detta kan vara till följd av att människan har blivit understimulerad vilket i sin tur lett till att hon/han inte orkar respondera och helt enkelt bara är (Asplund 1987:11ff).

3.3 Socialt kapital – Pierre Bourdieu

Bourdieu ägnade mycket av hans arbete till att titta på individens vardagsliv. Genom Bourdieus arbete kan vi se hur detta påvisar samhällets struktur, samtidigt som att det även hjälper oss att förstå vad det är som gör att den består. Enligt Bourdieu kan en individs sociala kapital omfatta nätverk av stora variationer såsom familj och partitillhörighet. Men det kan även vara sådana nätverk som håller samman gruppen av materiella eller kulturella karaktärer, alltså ett utbyte som sker mellan individer inom en grupp. Dessa utbyten behöver dock inte byggas på förtroende och samspel. Det sociala kapitalets storlek beror på hur stort nätverk av relationer personen i fråga har tillgång till, samt hur nätverkets tillgångar av kapital ser ut. Detta innebär att varje individ inom en grupp har en roll/position av en särskild vikt, vilket leder till en viss mängd kapital som alla inom gruppen kan ta del av (Eriksson 2003:15ff). Med andra ord kan det sociala kapitalet förklaras som summan av den respekt och det förtroende som individer i samhället har för varandra. Relationerna som individer har med varandra kan gynna eller missgynna personen i fråga. Dessa kan även skapa en slags gemenskap som gör att dem som ingår i gruppen får ett utbyte av varandra vilket kan vara positivt för dess medlemmar.

3.4 Gerotranscendensteorin – Lars Tornstam

Enligt Tornstam (1998) är gerotranscendens ett sätt att förklara en positiv åldersutveckling som är till följd av att det aktiva livet skapar förändringar i sättet som individen uppfattar jaget. Åldrandet har i detta sammanhang inneburit att synen på livet har gått från materialistisk och rationell till en mer kosmisk tillvaro vilket normalt sett är till följd av en ökad tillfredställelse med livet. Enligt Tornstam så innebär den så kallade vandringen mot gerotranscendens att individen gör om sina definitioner av det egna jaget, tid, rum, liv och död. Gerotranscendens är enligt Tornstam det sista steget i den naturliga utvecklingen mot mognad och vishet. Individer som befinner sig i denna process genomgår en hel del förändringar och byter uppfattning av jaget, relationen med omgivningen samt fundamentala frågor. Individen ändrar sitt sätt att förhålla sig till andra, då denne i större utsträckning själv väljer hur det sociala livet ska se. En känsla av samhörighet med människor som tillhör samma generation blir allt viktigare, medan överflödiga interaktioner ses som onödiga. Ensamheten blir för dem äldre av allt större vikt. Som jag nämnde ovan kan åldrandet innebära att de materiella tingena blir mindre viktiga, istället får det kosmiska mer uppmärksamhet vilket förändrar synen på bland annat livet och döden. Kulturella faktorer kan både hindra eller underlätta den åldrandets process (Tornstam 1998:265ff).

4. Data

Studier som fokuserar på de riktigt gamla är relativt ovanliga inom varje forskningsområde och sociologi är inte ett undantag. De studier som är mest lättåtkomliga är de som gjorts på det medicinska området. Nedan, kommer jag till att börja med att ge en kort sammanfattning av de studier, som jag nämnt ovan (KVUS samt H70) vilka bedrivs på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i samarbete med Göteborgs Universitet. Detta kommer att följas av en presentation av 95+, samt en beskrivning av det jag den undersökning som jag har gjort.

4.1 KVUS, H-70 och 95+

1968 startade Calle Bengtsson Kvinnoundersökningen (KVUS), en populationsstudie som tittar på hälsotillståndet hos kvinnor i Göteborg. När studien påbörjades ingick 1492 kvinnor, dessa har följts upp fem gånger. Samtidigt värvas kontinuerligt ytterligare kvinnor för att göra jämförande studier av kvinnor då och nu. Studiens syfte är att finna faktorer för olika sjukdomar samt för tidig död.

1971 påbörjades de gerontologiska och geriatrika populationsstudierna i Göteborg som under ett samlingsnamn kallas för H70-studien, under ledning av Alvar Svanborg. Studien hade som mål ”att studera ’normalt’ åldrande och förekomst av sjukdomar i hög ålder, att finna kliniska referensvärden, sjukdomskriterier, riskindikationer och riskfaktorer, att studera behovet av olika former av hälsovård och sociala insatser för de äldre samt att studera möjligheterna att förebygga funktionell nedgång och sjukdom i hög ålder” (Steen 2003:3). Dessa mål gäller än idag, men har med tiden utökats. Eftersom studien har pågått i över trettio år är det nu möjligt att titta på kohortskillnader, vilket lett fram till större kunskap av de områden som studeras. När H70-studien startades ingick 1148 70-åriga individer från Göteborg. Denna siffra har med åren ökat, då individerna följs upp med några års mellanrum samt att nya intervjupersoner har rekryterats (Steen 2003:3ff).

95+-studien är världens största longitudinella studie av personer 95 år och äldre. I denna studie görs intervjuer med probanden vid en ålder av 95 år, sedan från 97 år och uppåt. Studien inleddes 1996 då kohorten födda 1901-1903 undersöktes. De individer som ingår i studien besöktes (och besöks fortfarande) i dess hem, av en sjuksköterska som är mycket erfaren inom området (Börjesson-Hanson 2004).

Dessa tre studier beskrivits ovan (KVUS, H70 och 95+) bedrivs Sahlgrenska Universitetssjukhuset i samarbete med Göteborgs Universitet. Detta sker i samarbete med andra institutioner och är därmed tvärvetenskapliga studier. Studierna är sammanlänkande, vilket innebär att en person som deltagit i KVUS kan även ingå i H70-studien och eller 95+-studien. Studierna är mycket omfattande, då de innehåller en psykiatrisk undersökning, anhörigintervju, psykometriska tester, personlighetsundersökning, kroppsliga undersökningar, DNA-analyser, laboratorieundersökningar, datortomografi av hjärna samt journalstudier.

Inför denna uppsats har jag haft tillgång till redan insamlad data ur 95+-studien, ur denna har de mest relevanta och intressanta variablerna valts för min undersökning. Detta för att beskriva huruvida sociala faktorer har eller inte har en inverkan på någon form av självmordstankar hos 95-åringar i Göteborg. För att möjliggöra detta har jag använt mig av variabler som rör det sociala livet, dessa har sedan satts i jämförelse med variabler som rör självmord. Att titta på sociala faktorerers inverkan på självmord har sedan länge varit ett

populärt ämnesområde bland sociologer. Däremot har det inte, så vitt jag vet gjorts några sociologiska studier som tittat på detta fenomen i relation till hög ålder, alltså bland dem 95 år eller äldre. I min mening är detta oerhört viktigt, med tanke på det höga självmordstal bland äldre och att befolkningen beräknas bli allt äldre i framtiden. Denna undersökning är avsedd att ge en bild av hur verkligheten ser ut för de äldsta i vårt samhälle.

4.2 Variabler

Eftersom denna studie är baserad på sekundärdata har jag själv inte kunnat bestämma fritt vilka variabler som skulle ingå. Studien är baserad på de frågor i formuläret som behandlar tankar och känslor kring självmord. Då dessa är många och breda, kodas de som ansågs viktigast för undersökningen om. Med hjälp av tre variabler skapades en ny variabel *Någon form av självmordstankar* vilken blev studiens beroende variabel. Denna testades mot de oberoende variablerna och sedan även mot bakgrundsvariabeln. Nedan följer en beskrivning av de variabler som ingår i undersökningen, dessa kan även hittas i Bilaga 1 – Del av frågeformulär.

4.2.1 Beroende variabel

Den nya variabeln består som jag nämnde ovan, av tre variabler. Dessa är: *Har Ni någon gång känt att livet inte är värt att leva? Har Ni någon gång önskat att ni vore död –t.ex. att Ni skulle somna och aldrig vakna mer? Har ni någon gång tänkt på att ta Ert liv, även om Ni vet att Ni aldrig kommer att göra det?* Då dessa variabler sammanfogades och utformade en ny, vilken mäter huruvida 95-åringar känner *Någon form av självmordstankar*. Fördelen med att skapa en ny variabel är att den inte begränsar oss till en fråga utan ger oss istället en bredare bild av fenomenet. Bland ursprungsvariablerna fanns ett värde mellan 0-6 samt 9. Dessa kodades om då de som svarade antingen 0-1 kodades som 0 och de som svarade 2-6 kodades som 1, 9:orna exkluderades då dessa tolkas som bortfall.

4.2.2 Oberoende variabler

De variabler som svarar på undersökningens frågeställningar har valt ut och kodats om. Det fanns få variabler i materialet som rör det sociala, därför var jag ganska begränsad i vad jag i undersökningen kunde behandla. Ursprungligen var de flesta oberoende variablerna kodade på olika sätt, exempelvis från 1-8. Då mitt urval var så pass litet, valde jag att koda om variablerna så att det fanns två svarsalternativ. Totalt sett finns det 5 stycken oberoende variabler. Dessa är *partner, har eller haft barn, institution, troende samt religiöst aktiv*.

4.2.3 Bakomliggande variabel

Bakgrundsvariabeln sätts in i kontexten då denna kan tänkas skapa förändringar i den beroende samt den oberoende variabeln. Detta är viktigt att undersöka, då det eventuella sambandet mellan den beroende och oberoende variabeln kan vara ett skensamband. På detta sätt undersöks om ett originalsamband består (Djurfeldt 2003:285, Svenning 2003:76). Den bakomliggande variabeln måste komma före den oberoende i tid. I denna undersökning har variabeln kön använts som den bakomliggande variabeln.

5. Metod

Kapitlet inleds med en beskrivning av hur datan samlades in samt en diskussion om valet av metod. Vidare ges en kort inblick i de undersökningsmetoder som har använts för att utföra studien på.

5.1 Metod för urval

Alla 95-åriga män och kvinnor födda mellan 1 juli, 1901 och den 31 december 1903 som var boende i Göteborg kontaktades via brev, där dem tillfrågades att medverka i 95+-studien. Namn och adresser erhöles ur det svenska populationsregistret ($n = 589$). Utav dessa var det 3 individer som uteslöts från studien till följd av att de inte behärskade svenska, 18 individer kunde inte spåras och 47 individer dog innan de kunde kontaktas. Av de 521 individer som kvarstod, valde 338 individer (65 %) att medverka i studien. Av dessa var 263 kvinnor och 75 män (Börjesson-Hanson 2004).

Inför min undersökning valde jag att fokusera på de icke-dementa individerna. Detta eftersom svaren på frågorna skulle kunna besvaras på ett pålitligt sätt. Med denna uppdelning undviks ett stort bortfall på de frågor jag vill ha svar på. Till att börja med delades den undersökta gruppen ($n = 338$) upp i dementa och icke-dementa. Efter att denna uppdelning hade gjorts fanns 163 icke-dementa personer kvar i urvalsgruppen. Värt att påpeka här är att detta innebär att över 50 % av 95-åringarna i Göteborg ($n = 175$) är dementa. Av de 163 icke-dementa deltagare var det 116 kvinnor och 47 män. Den fråga som jag ville ha svar på tittades på i förhållande till sociala faktorer, såsom civilstånd, boendeform, religiös aktivitet.

Till följd av att mitt urval är så pass litet som det är har jag valt att koda om de flesta av mina variabler (hittas i bilaga 1). Anledningen till att jag har gjort detta är för att de variabelvärden som funnits har gjort detta möjligt, samt att det på detta sätt blir allt lättare att analysera resultaten. Eftersom att min undersökning kan ses som en översikt av 95-åringars som svarar på om dessa individer har "någon form av självmordstankar", behövs avgränsningar av materialet. Detta kan medföra att en minskad detaljrikedom, men det behövs för att möjliggöra analyser.

5.2 Kvantitativ respektive kvalitativ forskning

Eftersom jag använder mig av sekundärdata var valet av metod redan bestämt. Det är dock viktigt att diskutera de två forskningssätten som kan användas. Det pågår mer eller mindre ständigt en diskussion kring vilket forskningssätt som är bättre än det andra. Förmodligen kommer denna diskussion aldrig tystas helt och hållet. Skillnaden mellan kvantitativ och kvalitativ forskning kan kortfattat beskrivas genom att den ena går på bredden medan den andra går på djupet. Alltså, genom att använda sig av kvantitativ forskning ges en bredare bild av ett fenomen i ett samhälle. Den information som samlas in kan vara representativa för en större befolkning. Kvalitativ forskning däremot kan förklara explorativa då de söker svar på varför vissa fenomen inträffar (Svenning 2003:73). Trots att kvantitativa och kvalitativa ofta ställs mot varandra är det viktigt att minnas att de lyckas fånga olika aspekter av fenomen, vilket gör dem både oerhört viktiga.

Eftersom att jag i denna uppsats har undersökt om sociala faktorer har en inverkan på självmordstankar hos 95-åringar i Göteborg, är det viktigt med ett relativt stort urval. Detta eftersom jag vill gå på bredden och inte på djupet. Dessutom är det vanligt att använda sig av kvantitativt tillvägagångssätt då studier rörande självmord görs (Bryman 1997:21). Ett exempel på detta är Durkheims studie av självmord (1897, 1993).

5.3 Databearbetning

Datamaterialet har analyserats och bearbetats med hjälp av statistikprogrammet Statistical Package of Social Science (SPSS) for Windows. Analysmetoden samt sambandsmättet som användes för denna analys presenteras nedan.

5.3.1 Originalsamband

Arbetet inleds med en presentation av prevalensen för de olika variablerna. Sedan följer de bivariat analyserna, där sambandet mellan den oberoende och beroende variabeln studeras. Detta är originalsambandet vilket ligger till grund för uppsatsens hypotes, att det finns en relation mellan sociala faktorer och självmordstankar. Den bivariata analysen kan ha två utfall, samband eller icke-samband (Djurfeldt 2003:287).

5.3.2 Partialsamband

Partialsambandet används för att undersöka om vårt originalsamband består, då ytterligare en variabel läggs till i analysen, en så kallad bakomliggande variabel. Dennes uppgift att eliminera risken för att variablerna har ett skensamband. Denna undersökning har som jag nämnt ovan, en bakomliggande variabel. I varje partialsamband kommer kön att läggas till för att undersöka om denna har en inverkan på förhållandet mellan den oberoende och beroende variabeln.

5.3.3 Marginalsamband

Marginalsamband är en så kallad efterkontroll, där slutsatser kan dras om eventuella samband mellan variablerna. Här undersöks om den bakomliggande variabeln har ett samband med den oberoende variabeln respektive den beroende variabeln. Den bakomliggande variabeln som testas i denna undersökning är kön. Detta då den kan tänkas ha en inverkan på alla de oberoende variablerna.

5.3.4 Gamma

För att undersöka styrka och riktning för samband har jag använt mig av sambandsmättet gamma, vilken används då både den beroende variabeln och oberoende variablerna är dikotoma. Detta innebär att variablerna endast antar två värden, såsom man/kvinna, ja/nej. Styrkan och riktningen på sambandsmättet gamma beskrivs som -1 - $+1$, 0 betyder att det inte finns något samband (Djurfeldt 2003:235).

5.4 Reliabilitet och validitet

Reliabilitet kan kortfattat beskrivas som ett sätt att bestämma tillförlitligheten samt användbarheten av ett mätinstrument. Detta innebär att ett ting skall kunna testas på flera olika sätt och få ut samma resultat. Reliabiliteten uttrycker noggrannheten av mätningen. Validiteten handlar däremot om att se om det som mäts är vad som avses att mätas. Dessa mätningar kan ses som en korrelation mellan teorin samt operationaliseringen av datan. Här är det viktigt att se om mätningen och eller mätningarna är relevanta för studien. (Ejvegård 2003:70ff).

I korta drag är reliabilitet avser att det mäts på ett relevant sätt medan validitet avser att det som mäts är relevant för sammanhanget. Forskare skall alltid sträva efter både hög reliabilitet samt validitet.

5.5 Metoddiskussion

Valet av den metod som använts i forskningsundersökningen kan alltid diskuteras i förhållande till det vetenskapliga arbetets syfte och problematiseringar. Studien är deskriptiv med en kvantitativ ansats. Detta bedömdes lämpligast utifrån syftet samt frågeställningar. Eftersom denna undersökning baseras på sekundärdata var det inte heller möjligt att välja vilken typ av undersökning som skulle göras. Att utföra en kvalitativ intervju på detta område skulle med all sannolikhet vara ogenomförbart. Detta då området är känsligt för många och då jag inte är utbildad inom psykiatri är det möjligt att frågorna hade upplevts som stötande. Att själv ta kontakt med 95-åringar i Göteborg hade varit omöjligt, då det krävs att komma åt populationsregistret. En kvalitativ undersökning skulle även leda till att syftet inte hade uppnåtts då syftet är att skapa en översiktsskild av området. Större kunskap på vissa aspekter det medicinska området skulle ha kunnat medföra en bredare bild av fenomenet.

5.6 Etik

95+-studien är godkänd av Etiska Rådet vid Göteborgs Universitet. Alla deltagare har gett ett skriftligt godkännande till att medverka i studien.

6. Resultat och analys

Nedan följer resultaten av min undersökning. Till att börja med kommer frekvenserna för de variabler som ingår i undersökningen att presenteras. Själva frekvenstabellerna kommer dock inte att presenteras i uppsatsen. Varje oberoende variabel som har ingått i undersökningen har en egen rubrik där resultaten för originalsambandet, partialsambandet samt marginalsambandet redovisas. Varje redovisning följs av en kort sammanfattning vilken markerar de viktigaste resultaten.

6.1 Resultat av frekvenstabeller

I studien ingår 33 individer (20 %) som någon gång haft någon form av självmordstankar. Studien omfattar 163 stycken 95-åringar, närmare bestämt 116 kvinnor (71 %) och 47 män (29 %). 12 individer (7 %) hade vid undersökningstillfället en partner. 115 stycken (71 %) hade barn eller har haft barn i livet. 121 individer (74 %) bodde i ett eget boende, resterande bodde på någon form av institution. Då intervjupersonerna frågades ifall de betraktade sig själva som troende svarade 88 individer (54 %) svarade ja. 50 individer (31 %) deltog aktivt i någon form av religiös sammankomst.

6.2 Partner

Då tidigare forskning har tytt på att individer med partners är begår självmord i mindre utsträckning, är min hypotes att de som inte har en partner skulle känna någon form av självmordstankar i större utsträckning än de som har en partner. Tabell 1 nedan visar originalsambandet, sambandet mellan partner och någon form av självmordstankar. Denna tabell stöder inte min hypotes, då 20,5 % av dem utan partner jämfört med 18,2 % av dem med partner, som kände någon form av självmordstankar. Däremot går det inte att dra några slutsatser kring detta resultat eftersom det krävs en studie med fler deltagare skulle behövas för att visa eventuella skillnader. Detta stöds även av sambandsmättet Gamma med ett svagt negativt värde på $-0,075$.

Tabell 1. Originalsamband: Partner (x) – Någon form av självmordstankar (y). Bortfall – 1 individ.

	Partner		Total	
	Nej	Ja		
Någon form av självmordstankar	Nej	120 (79,3 %)	9 (81,8 %)	129 (79,6 %)
	Ja	31 (20,5 %)	2 (18,2 %)	33 (20,4 %)
Total		151 (100,0 %)	11 (100,0 %)	162 (100,0 %)

Då kön kan tänkas påverka i tabellen nedan testas partialsambandet. Den bakomliggande variabeln kön har inkluderats i tabellen. Ur tabell 2 kan vi tyda att det enbart är män som har en partner. Av de män som inte har en partner är det 16,7 % som känner någon form av självmordstankar, detta jämfört med 18,2 % av männen med partner. Sambandsmättet Gamma visar ett svagt positivt värde på 0,053. Resultaten visar att det är fler män med partner som känner någon form av självmordstankar än de utan partner. Detta visar på motsatsen av vad originalsambandet gjorde, då de utan partner kände någon form av självmordstankar i större utsträckning än de med.

Tabell 2. Partialsamband: Partner (x) – Någon form av självmordstankar (y); Kön (z). Bortfall – 1 individ.

Kön		Partner		Total
		Nej	Ja	
Man	Någon form av självmordstankar Nej	83,3 %	81,8 %	83,0 %
	Ja	16,7 %	18,2 %	17,0 %
	Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Kvinna	Någon form av självmordstankar Nej	78,3 %		78,3 %
	Ja	21,7 %		21,7 %
	Total	100,0 %		100,0 %

Då ingen av kvinnorna som deltagit i undersökningen har en partner är det inte möjligt att dra några slutsatser om sambandet mellan kön, partner och någon form av självmordstankar. Av den anledning har jag valt att inte testa marginalsambandet, då detta inte kan säga oss något om uppdelningen mellan könen. Däremot är det värt att notera att det något fler kvinnor än män som känner någon form av självmordstankar (21,7 % respektive 17,0 %). Resultatet tyder dock på att urvalet är för litet för att medge säkra samband.

6.3 Har eller har haft barn

Då barn ofta utgör en stor del av den närmaste kretsen kan de tänka sig ha en inverkan på huruvida en individ känner någon form av självmordstankar. Nedan undersöks originalsambandet, vilket i detta fall är sambandet mellan barn och någon form av självmordstankar. Tabell 3 visar att det är aningen fler som har eller har haft barn (22,6 %) som känner någon form av självmordstankar, jämfört med de som inte har haft barn (14,9 %). Sambandsmättet Gamma visar ett svagt positivt värde på 0,251.

Tabell 3. Originalsamband: Har eller har haft barn (x) – Någon form av självmordstankar (y). Bortfall – 1 individ.

	Har eller har haft barn		Total
	Nej	Ja	
Någon form av självmordstankar Nej	40 (85,1 %)	89 (77,4 %)	129 (79,6 %)
Ja	7 (14,9 %)	26 (22,6 %)	33 (20,4 %)
Total	47 (100,0 %)	115 (100,0 %)	162 (100,0 %)

Partialsambandet i tabell 4 nedan att visar att 23,3 % kvinnor som har eller har haft barn gentemot 18,2 % av de som aldrig har haft barn, känner någon form av självmordstankar. Sambandsmättet Gamma på 0,152 visar att det inte finns ett samband. 21,2 % av de män som har haft barn känner i större utsträckning någon form av självmordstankar gentemot de män som aldrig har haft barn (7,1 %). Sambandsmättet Gamma visar ett positivt värde på 0,556.

Tabell 4. Partialsamband: Har eller har haft barn (x) – Någon form av självmordstankar (y); Kön (z). Bortfall – 1 individ.

Kön		Har eller har haft barn		Total	
		Nej	Ja		
Man	Någon form av självmordstankar	Nej	92,9 %	78,8 %	83,0 %
		Ja	7,1 %	21,2 %	17,0 %
	Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %
Kvinna	Någon form av självmordstankar	Nej	81,8 %	76,8 %	78,3 %
		Ja	18,2 %	23,2 %	21,7 %
	Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

För att undersöka förhållandena ytterligare har jag testat marginalsambandet. Detta för att undersöka hur könsfördelningen ser ut då denna ställs mot den beroende samt den oberoende variabeln. Som noterats ovan, finns det inget samband mellan kön och någon form av självmordstankar. 21,7 % av kvinnorna samt 17,0 % av männen känner någon form av självmordstankar. Inte heller finns det en könsskillnad då vi undersöker variabeln *har eller har haft barn*. Det är nästintill lika många kvinnor som män, som har eller har haft barn (71,3 % respektive 70,2 %).

Resultatet ovan tyder på att de som har haft barn i något större utsträckning än de som inte har haft barn känner någon form av självmordstankar. Andelen kvinnor som inte har haft barn uppger att de känner någon form av självmordstankar är något större än andelen män. Bland de som har haft barn och känner någon form av självmordstankar är uppdelningen nästan lika stor bland båda könen.

6.4 Institution

Då jag inledde min undersökning trodde jag att boendeform skulle visa sig ha en stor inverkan på huruvida 95-åringarna känner någon form av självmordstankar. Hypotesen var att de individer som bodde på någon form av institution i större utsträckning än de som bodde i egna hem kände någon form av självmordstankar. I tabell 5 nedan ser vi att 22 % av de som bor på någon form av institution och 19,8 % av de som bor hemma känner någon form av självmordstankar. Skillnaden är alltför liten för att skilja den från slumpen, vilket även sambandsmättet Gamma på 0,64 tyder på. Hypotesen att en individs boendeform tycks inte ha en inverkan på huruvida denne känner någon form av självmordstankar.

Tabell 5. Originalsamband: Institution (x) – Någon form av självmordstankar (y). Bortfall – 1 individ.

	Institution		Total
	Nej	Ja	
Någon form av självmordstankar	Nej	32 (78,0 %)	129 (79,6 %)
	Ja	9 (22,0 %)	33 (20,4 %)
Total	121 (100,0 %)	41 (100,0 %)	162 (100,0 %)

Tabellen ovan visar att det inte tycks finnas ett samband mellan boendeform och någon form av självmordstankar. Däremot kan individens kön tänkas påverka detta förhållande. För att säkerställa huruvida kön har en inverkan på boendeformen samt någon form av självmordstankar undersöks partialsambandet vilket presenteras nedan i tabell 6. Bland de

kvinnor som bor hemma känner 22,0 % någon form av självmordstankar, detta jämfört med 21,2 % av de som bor på någon form av institution. Boendeformen tycks inte ha en inverkan på huruvida kvinnor känner någon form av självmordstankar, vilket sambandsmättet Gamma med värdet $-0,022$ tyder på. Bland männen var det 25,0 % av de boende på någon form av institution gentemot 15,4 % av de boende hemma som kände någon form av självmordstankar. Skillnaderna för båda dessa grupper är dock för liten för att de skall kunna tolkas som ett samband. Detta visas även genom sambandsmättet Gamma med ett värde på $0,294$.

Tabell 6. Partialsamband: Institution (x) – Någon form av självmordstankar (y); Kön (z). Bortfall – 1 Individ.

Kön		Institution		Total	
		Nej	Ja		
Man	Någon form av självmordstankar				
		Nej	84,6 %	75,0 %	83,0 %
		Ja	15,4 %	25,0 %	17,0 %
	Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %
Kvinna	Någon form av självmordstankar				
		Nej	78,0 %	78,8 %	78,3 %
		Ja	22,0 %	21,2 %	21,7 %
	Total		100,0 %	100,0 %	100,0 %

Som vi vid det här laget vet, finns det inget samband mellan kön och någon form av självmordstankar. Bland kvinnorna var det 21,7 % och 17,0 % av männen som kände någon form av självmordstankar. Däremot är skillnaderna mellan könen större, då boendet undersöks. 29,3 % av kvinnorna bor på någon form av institution, medan motsvarande siffra för männen är 17,9 %. Trots att denna skillnad är relativt stor, är det enligt sambandsmättet Gamma, inte signifikant.

Resultatet ovan tyder på att individer som bor på någon form av institution i något större utsträckning än de som bor i eget boende känner någon form av självmordstankar. Andelen kvinnor som bor i eget boende uppger att de känner någon form av självmordstankar är något större än andelen män. En något större andel män än kvinnor som bor hemma uppger att de känner någon form av självmordstankar.

6.5 Troende

Huruvida en individ är troende eller inte har genom tidigare forskning (Durkheim 1897, 1993, De Leo 2002) visat sig ha ett samband med självmord, då religion setts som en skyddsfaktor. Nedan syns tabell 4, vilken visar antalet personer som är eller inte är troende vilka antingen känner eller inte känner någon form av självmordstankar. Siffrorna visar att 29,4 % av de som inte anser sig själva som troende känner någon form av självmordstankar. Det här kan jämföras med 14,9 % av de troende som känner likadant. Sambandsmättet Gamma på $-0,407$ vilket tyder på ett starkt samband.

Tabell 7. Originalsamband: Troende (x) – Någon form av självmordstankar (y). Bortfall – 8 individer.

	Troende		Total
	Nej	Ja	
Någon form av självmordstankar Nej	48 (70,6 %)	74 (85,1 %)	122 (78,7 %)
Ja	20 (29,4 %)	13 (14,9 %)	33 (21,3 %)
Total	68 (100,0 %)	87 (100,0 %)	155 (100,0 %)

Tabellen ovan visar finns med andra ord ett starkt samband mellan religion och någon form av självmordstankar. Då detta inte behöver vara gemensamt för de båda könen har jag undersökt detta förhållande. Tabell 8 nedan visar att 36,6 % av de icke-troende kvinnorna jämfört med 14,9 % av de troende kvinnorna kände någon form av självmordstankar. Detta resultat tyder på ett starkt samband med ett värde på $-0,539$. Skillnaden mellan männen var däremot mycket mindre då 20,0 % av de icke-troende samt 15,4 % av de troende kände någon form av självmordstankar, vilket enligt Gamma ger ett svagt negativt samband på $-0,158$.

Tabell 8. Partialsamband: Troende (x) – Någon form av självmordstankar (y); Kön (z). Bortfall – 8 individer.

Kön		Troende		Total
		Nej	Ja	
Man	Någon form av självmordstankar Nej	80,0 %	84,6 %	81,4 %
	Ja	20,0 %	15,4 %	18,6 %
	Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Kvinna	Någon form av självmordstankar Nej	63,2 %	85,1 %	77,7 %
	Ja	36,8 %	14,9 %	22,3 %
	Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %

För att säkerställa om kön har en inverkan på tro samt någon form av självmordstankar undersöks marginalsambandet. Som vi vet sedan tidigare är det något fler kvinnor än som känner någon form av självmordstankar (21,7 % respektive 17,0 %), vilket inte är signifikant. Däremot då kön tittas på i förhållande till troende visar resultaten att kvinnor (66,4 %) i mycket större utsträckning än män är troende (30,2 %). Sambandsmättet Gamma visar ett positivt samband på 0,640.

Resultatet ovan tyder på att det finns ett samband mellan tro och självmordstankar. Detta då de troende känner någon form av självmordstankar i betydligt mindre utsträckning än de icke-troende. Det tycks även finnas ett samband mellan tro, självmordstankar och kön. Detta då det är nästan dubbelt så stor andel av de icke-troende kvinnorna som uppger att de känner självmordstankar jämfört med männen i samma grupp. Bland troende kvinnor respektive män som känner någon form av självmordstankar är andelarna nästan lika stora.

6.6 Religiöst aktiv

Som jag nämnde ovan har det vid åtskilliga tillfällen visat att det finns ett samband mellan religion och självmord. Tabell 9 nedan visar sambandet mellan religiös aktivitet och någon form av självmordstankar. Här ser vi att enbart 10 % av de religiöst aktiva, gentemot 26,2 % av de icke-religiöst aktiva känner någon form av självmordstankar. Här visar Gamma ett sambandsmått på $-0,524$ vilket tyder på ett starkt samband.

Tabell 9. Originalsamband: Religiöst aktiv (x) - Någon form av självmordstankar (y). Bortfall - 10 individer.

	Religiöst aktiv		Total
	Nej	Ja	
Någon form av självmordstankar	76 (73,8 %)	45 (90,0 %)	121 (79,1 %)
	Nej	Ja	
	27 (26,2 %)	5 (10,0 %)	32 (20,9 %)
Total	103 (100,0 %)	50 (100,0 %)	153 (100,0 %)

Utifrån tabellen ovan kan den religiösa aktiviteten ses som en skyddsfaktor för att inte känna någon form av självmordstankar. Detta kan dock tänkas skilja sig åt mellan könen. För att ta reda på detta, undersöks partialsambandet vilket visas nedan i tabell 10. Här ser vi att 28,6 % av de icke-religiöst aktiva kvinnorna kände någon form av självmordstankar, ett vilket enligt Gamma är ett samband på $-0,574$. De icke-religiöst aktiva männen förefaller även de känna någon form av självmordstankar jämfört med de religiöst aktiva. Sambandsmättet Gamma visar ett värde på $-0,366$.

Tabell 10. Partialsamband: Religiöst aktiv (x) – Någon form av självmordstankar (y); Kön (z). Bortfall – 10 individer.

Kön		Religiöst aktiv		Total
		Nej	Ja	
Man	Någon form av självmordstankar	78,8 %	88,9 %	81,0 %
		Nej	Ja	
	21,2 %	11,1 %	19,0 %	
	Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Kvinna	Någon form av självmordstankar	71,4 %	90,2 %	78,4 %
		Nej	Ja	
	28,6 %	9,8 %	21,6 %	
	Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Utifrån tabellen ovan tycks det finnas ett samband mellan kön, religiös aktivitet och någon form av självmordstankar. Detta då icke-religiöst aktiva kvinnor i större utsträckning än män känner någon form av självmordstankar. För att säkerställa detta undersöktes marginalsambandet. Som jag har nämnt ovan är det fler kvinnor (21,7 %) än män (17,0 %) som känner någon form av självmordstankar. En skillnad mellan könen upptäcktes vad gäller den religiösa aktiviteten. Detta då 36,6 % av kvinnorna respektive 21,4 % av männen är religiöst aktiva, sambandsmättet Gamma visar ett värde på $0,358$.

Resultatet ovan tyder på att det finns ett samband mellan religiös aktivitet och någon form av självmordstankar. En något större andel icke-religiösa kvinnor uppger att de känner någon form av självmordstankar jämfört med männen i samma grupp. Bland de religiöst aktiva och känner någon form av självmordstankar är uppdelningen nästan lika stor bland båda könen.

7. Diskussion

Ett relativt litet antal 95-åringar (20 %) rapporterar att de känner någon form av självmordstankar. Då majoriteten av självmord begås i höga åldrar blev jag något förvånad över det relativt låga antal individer som känner någon form av självmordstankar. Då äldre är överrepresenterade i självmordstatistiken var min första tanke att en stor andel även hade självmordstankar. Däremot är statistik rörande de äldsta äldsta inte särskilt utformad. Det kan även tänkas att de äldres självmordsförsök allt oftare har en dödlig utgång. Om man ser till Tornstam (1998) kan utfallet tänkas bero på att 95-åringarna helt enkelt är nöjda med hur deras liv ser ut. De har med åren utvecklats vilket lett till att de själva vet vad som gör dem lyckliga, vare sig det är deras boende eller vilka som finns i vänskapskretsen. Med ålderdomen anser Tornstam äldres syn på sig själva samt dess omgivning utvecklas vilket skapar en vishet. Denna syn kan medföra en känsla av att vara tillfreds, då det inte längre läggs energi på onödiga ting.

En större andel män med partner rapporterade att de kände någon form av självmordstankar än männen utan partner. Lebret m.fl. (2006) visade liknande resultat då den studien rapporterade en större risk för gifta män samt dem som är sårbara att begå självmord. Då vi inte vet orsaken/orsakerna till varför männen i undersökningen känner på detta vis, kan vi enbart spekulera. Som nämnts ovan är ålderdomen en tid av många förändringar för individen. Att partnern exempelvis insjuknar eller drabbas av psykiska besvär kan sätta starka spår i omgivningen, inte minst den personen som den sjuke lever med. Durkheim (1897, 1993) ansåg att personliga faktorer kan skapa kriser vilket kan leda till att individen förlorar fotfästet (McIntosh 1994:65). Upplevelsen att saker och ting inte längre är som de en gång var kan vara mycket omtumlande för individen då denne behöver stabilitet. Individen kan tänkas uppleva partners situation mycket uppgivande och då känna att dess eget liv inte längre är av samma värde. Individen kanske inte kan hantera att skapa nya vanor, vilket utsätter dennes liv för stor risk (Boglund 2005:241).

Durkheim visade med sin studie att familjens storlek kan utsätta individen för risk gällande självmord. Individerna med små familjer är mer utsatta än de med stora familjer (Durkheim 1993:241). Eftersom fler individer som har eller haft barn känner någon form av självmordstankar än de som inte har haft barn kan det tänkas att storleken på familjen har minskat. Denna eventuella förlust av barn kan tänkas ha haft en stark inverkan på individen vilket (som nämnts ovan) kan skapa en kris. Med tanke på respondenternas höga ålder kan ett barn tänkas vara en stor del av vardagen. Relationen kan i sin tur kan tänkas utgöra en stor del av det sociala livet. Om detta är fallet och barnet dör, försvinner helt plötsligt dessa band och skapar en bristande social integration. Individen är i starkt behov av gemenskap, då denna försvinner skapas en hög grad av individualisering. Detta kan tänkas leda till att en individ begår självmord, eller i detta fall, känner någon form av självmordstankar.

Att bo på institution kan innebära olika saker för individer. Detta tycks åtminstone vara fallet i denna undersökning. Att utsättas för social isolation har i tidigare studier setts som en riskfaktor för självmord (Lebret m.fl. 2006). Då en högre andel män än kvinnor, boende på institution känner någon form av självmordstankar kan detta tänkas vara en isolation för dem. De kanske har en partner som bor kvar i hemmet, som är oförmögen att ta hand om denne. Det kan tänkas att de hade ett utbrett socialt kapital vilket var lättare att ta del av då de var boende hemma, exempelvis pensionärsföreningar. Kvinnor däremot tycks i större utsträckning känna någon form av självmordstankar i hemmet. För dem är kanske institutionen en plats där nya kontakter kan knytas, vilket kan utveckla det sociala kapitalet. Enligt Bourdieu att det inte

behöver finnas ett starkt förtroende mellan parterna för att bygga upp ett socialt kapital, allt kan ta del av fördelarna av de samlade kapitalen.

Religion har tidigare setts som en skyddsfaktor mot självmord i bland annat Durkheims studie (1897, 1993) samt även mot depression (Braam m.fl. 2001). Även i denna undersökning religion vara en skyddande faktor. Både Durkheim och Braam poängterar dock att detta inte behöver bero på själva religionen utan det kan vara till följd av den gemenskap som skapas av att ingå i en bred sociokulturell miljö. Braam m.fl. (2001) fann även att religiös aktivitet var en skyddande faktor gentemot depression. I den här undersökningen ses den som en skyddsfaktor mot självmordstankar. Utifrån Durkheim skulle i stort sett samma resultat kunna presenteras om individerna var aktiva i föreningslivet istället för religiöst aktiva. Även här läggs betoningen på den gemenskap som skapas när människor interagerar med varandra. Genom religiösa aktiviteter samspelar individer med varandra vilket enligt Asplund leder till att det grundläggande behovet av socialisation tillfredställs. Detta växelspel medför individer ut det som krävs för att må bra. Det är inte den gemensamma tron som skapar den gynnsamma miljön, utan det är deras behov av interaktion som mätts.

8. Slutsatser och rekommendationer

Självordstankar bland 95-åringar i Göteborg är relativt ovanligt. 33 individer (20 %) rapporterade att de kände någon form av självordstankar. Ett relativt oväntat resultat med tanke på hur självordstankar ser ut. Sociala faktorer tycks ha en inverkan på hur många 95-åringar i Göteborg känner någon form av självordstankar eller inte. Liksom i många studier som undersöker fenomenet självord, finns det även i denna undersökning ett samband mellan självordstankar och religion samt religiös aktivitet. Nästan en dubbelt så stor andel icke-troende kvinnor rapporterade självordstankar, jämfört med män i samma grupp. Detta tyder på att kön har en inverkan på självordstankar bland 95-åringar i Göteborg.

För att skapa en så bred bild som möjligt av detta fenomen är det viktigt att ytterligare variabler tittas på. Några rekommendationer är att inkludera variabler som mäter fysisk hälsa, ensamhet, engagemang, utbildning och ekonomisk situation. Det kan även vara viktigt att jämföra olika ålderskohorter för att skapa en bred bild. Variabler som rör föreningslivet kan kanske ge samma utfall som religion och religiös aktivitet gör i många studier och är därmed oerhört viktigt att inkludera. Då depression har visat sig vara en viktig faktor i andra studier, kan det vara lämpligt att inkludera variabler som mäter detta.

Källförteckning

Asplund, Johan (1987) *Det sociala livets elementära former*. Göteborg: Korpen.

Asplund, Johan (1987) *Om hälsningsceremonier, mikromakt och asocial pratsamhet*. Göteborg: Korpen.

Boglund Anders, Eliason Sven, Månson Per (2005) *Kapital, rationalitet och social sammanhållning*. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Bryman, Alan (1997) *Kvantitet och kvalitet – i samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Djurfeldt G, Larsson R, Stjärnhagen O (2003) *Statistisk verktygslåda: samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Stockholm: Studentlitteratur.

Durkheim, Emile (1897, 1993) *Själv mordet*. Lund: Argos.

Ejvegård, Lars (2003) *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, Malin (2003) *Socialt kapital: teori, begrepp och mätning – en kunskapsöversikt med fokus på folkhälsa*. Umeå: CERUM, Umeå University.

Giddens, Anthony (2003) *Sociologi*. Lund: Studentlitteratur.

McIntosh John L., Santos John F, Hubbard Richard W, Overholser James C. (1994) *Elder suicide: research, theory and treatment*. Washington: American Psychological Association.

Steen, Bertil (2003) *Att bli äldre: H70: De gerontologiska och geriatriska populationsstudierna i Göteborg 1971-2002*. Göteborg: Avd. för geriatrik, Göteborgs Universitet.

Svenning, Conny (2003) *Metodboken – Samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling. Klassiska och nya metoder i informationssamhället. Källkritik på internet*. Eslöv: Lorentz.

Tornstam, Lars (1998) *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Rabén Prisma.

Waern, Margda (2000) *Suicide in late life*. Göteborg: Institute of Clinical Neuroscience, Psychiatry Section, Göteborg University.

Artiklar:

Braam, A.W., Van den Eeden, P., Prince, M.J., Beekman, A.T.F., Kivelä, S.-L., Lawler, B.A., Birkhofer, A., Fuhrer, R., Lobo, A., Magnusson, H., Mann, A.H., Meller, I., Roelands, S., Turrina, C., Copeland, J.R.M. "Religion as a cross-cultural determinant of depression in elderly Europeans: results from the EURODEP collaboration" *Psychological Medicine*, 2001, vol. 31, s. 803-814.

Börjesson-Hanson A, Edin E, Gislason T, Skoog I. "The prevalence of dementia in 95 year olds" *Neurology* 2004;63:2436-2438.

D. De Leo, W. Padoani, J. Lonnqvist, A. J. F. M. Kerkhof, U. Bille-Brahe, K. Michel, E. Salander-Renberg, A. Schmidtke, D. Wasserman, F. Caon, P. Scocco, "Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study" *Journal of Affective Disorders*, 2002 vol. 72, s. 291-295.

Lebret, S., Perret-Vaille, E., Mulliez, A., Gerbaud, L., Jalenques, I. "Elderly suicide attempters: characteristics and outcome" *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2006, vol. 21, s. 1052-1059.

Skoog, I., Aeversson, Ó., Beskow, J., Larsson, L., Palsson, S., Waern, M., Landahl, S., Östling, S. "Suicidal Feelings in a Population Sample of Nondemented 85-Year-Olds" *The American Journal of Psychiatry*, 1996, vol. 153, s. 1015-1020.

Internet:

Folkhälsoinstitutet: Healthy Ageing. Hämtad: 2007-12-20 från
<http://www.healthyageing.nu/upload/Rome/Healthy_web.pdf>

Folkhälsoinstitutet: Bättre hälsa hos äldre. Hämtad: 2007-12-20 från
<<http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/battrehalsahosalldre.pdf>>

Statistiska Centralbyrån. Hämtad: 2007-12-14 från
<http://www.scb.se/Grupp/allmant/BE0801_2006K03_TI_04_A05ST0603.pdf>

Folkhälsoinstitutet: Om livet känns hopplöst. Hämtad: 2008-01-03 från
<http://ki.se/content/1/c6/04/13/97/Om_livet_kenns_hopplost.pdf>

Karolinska Institutet (NASP). Hämtad: 2008-06-04 från
<http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=22578&l=sv>

Figurer:

Folkhälsoinstitutet: Healthy Ageing. Hämtad: 2007-12-20 från
<http://www.healthyageing.nu/upload/Rome/Healthy_web.pdf>

Bilaga 1 – Del av frågeformulär

4a. Aktuell äktenskaplig situation, gäller senaste äktenskapet

0. Aldrig gift eller sammanboende
1. Sammanboende nu men ej gift
2. Gift nu, sammanbor med make
3. Gift nu, sammanbor ej med make men ej separerad
4. Änka eller änkling sedan mer än 5 år
5. Änka eller änkling sedan 1-5 år
6. Änka eller änkling sedan 0-1 år
7. Frånskild eller separerad

9.

4b. Makes/makas/sambos kroppsliga hälsa just nu _____

0. Ej gift eller sammanboende
1. Kroppsligt frisk
2. Smärre krämpor som ej oroar eller inkräktar på social samvaro
3. Kroppsligt sjuk, vistas hemma
4. Kroppsligt sjuk, vistas på inrättning
5. Invalidiserad, vistas hemma

Specificera:

4c. Makes/makas/sambos psykiska hälsa just nu _____

0. Ej gift eller sammanboende
1. Psykisk frisk
2. Lätt psykisk sjuk, vistas hemma
3. Svår psykisk sjukdom, vistas hemma
4. Alkoholbesvär, vistas hemma

**4d. Dödsfall bland barn och barnbarn, egna eller sådana man haft _____
vårnaden om**

0. Inga barn
1. Nej
2. Ja, för mer än 5 år sedan
3. Ja, för 1-5 år sedan
4. Ja, för 0-1 år sedan
5. Ja, 2 + 3
6. Ja, 2 + 4
7. Ja, 3 + 4
8. Ja, 2 + 3 +4

- 10. Omvårdnad/institutionsvård** _____
- 0. Ingen
 - 1. Ingen
 - 2. Hemtjänst
 - 3. Hemsjukvård
 - 4. Poliklinisk terapi, psykiater
 - 5. Inlagd somatisk avdelning inkl. långvård
 - 6. Sjukhem
 - 7. Inlagd psykiatrisk sjukhus/avdelning
 - 8. Annan institution
 - 9.

Använder Ni lugnande mediciner (psykofarmaka)?

Nej=0, Ja=1

- 10a.** Bensodiazepiner till natten _____
- 10b.** Bensodiazepiner på dagen _____
- 10c.** Annat lugnande _____
- 10c.** Antidepressiva _____
- 10d.** Neuroleptika _____
- 10e.** Annat _____

Anteckna preparat och dos:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 11. Hereditet för demenssjukdom efter 65 års ålder?** _____
- 0. Ingen känd ärftlighet för demens efter 65 års ålder
 - 1. Förälder
 - 2. Syskon
 - 3. Barn
 - 4. Andragradssläktingar
 - 5. 1 + 2
 - 6. 1 + 3
 - 7. 2 + 3
 - 8. 1 + 2 + 3

29. **Livsleda och självmordstankar (senaste månaden)** _____
Avser upplevelser av livsleda, dödsönskning och självmordstankar samt förberedelser för självmord. Eventuellt suicidförsök påverkar ej i sig skattningen.
0-1 Ordinär livslust. Inga självmordstankar
2-3 Livsleda, men inga eller endast vaga dödsönskningar
4-5 Självmordstankar förekommer och självmord betraktas som en tänkbar utväg, men ingen bestämd suicidavsikt
6. Uttalade avsikter att begå självmord när tillfälle bjuds. Aktiva förberedelser för självmord. Tankar på utvidgat självmord
30. **Har Ni någon gång känt att livet inte är värt att leva?** _____
0. Nej
1. Längre tillbaka än ett år
2. Det senaste året
3. Senaste månaden
4. Den senaste veckan
5. Vill ej svara
6. Vet ej, tar ej ställning
31. **Har Ni någon gång önskat att Ni vore död –t.ex. att Ni skulle somna och aldrig vakna mer?** _____
0. Nej
1. Längre tillbaka än ett år
2. Det senaste året
3. Senaste månaden
4. Den senaste veckan
5. Vill ej svara
6. Vet ej, tar ej ställning
32. **Har Ni någon gång tänkt på att ta Ert liv, även om Ni vet att Ni inte kommer att göra det?** _____
0. Nej
1. Längre tillbaka än ett år
2. Det senaste året
3. Senaste månaden
4. Den senaste veckan
5. Vill ej svara
6. Vet ej, tar ej ställning

- 254. Global bedömning av patientens aktuella hälsa** _____
- 0-1 Psykiskt frisk
 - 2-3 Lätta psykiska besvär. Specifik psykiatrisk terapi ej indicerad
 - 4-5 Måttliga-starka psykiska besvär. Ambulant psykiatrisk terapi eller vistelse vid psykiatrisk vilohem indicerad.
 - 6. Måttliga-starka psykiska besvär. Sluten psykiatrisk vård indicerad

Beskriv närmare.....

RELIGION

- 255. Betraktar Ni er som troende inom någon religion?** _____
- 0. Nej
 - 1. Tveksam
 - 2. Ja
- 256. Brukar Ni deltaga i Gudstjänst eller annan religiös sammankomst eller lyssna eller se på detta på radio eller TV?** _____
- 0. Aldrig
 - 1. Enstaka gång
 - 2. Regelbundet (minst 1 gång/14 dagar)

Bilaga 2 – Populärvetenskaplig framställning

Själv mordstankar bland 95-åringar

Sedan länge har äldre varit överrepresenterade i självmordsstatistiken. Trots detta har inte mycket uppmärksamhet riktats åt denna grupp. Sverige har i flera år haft en av världens äldsta befolkningar. I och med den enorma baby-boom som skedde i Sverige och övriga Europa efter andra världskriget, väntas åldersökningen stiga alltmer då 40- och 50-talisterna närmar sig pensionsålder. Detta kan i sin tur tänkas leda till att självmordsstatistiken påverkas markant.

Att bli äldre är en tid av många förändringar för individen. Ålderdomen kan präglas av bland annat förlust av närstående men även av fysisk och psykisk hälsa. Sådana faktorer kan ha en negativ inverkan på individer, vilket kan leda till att de känner sig bedrövade. Detta kan i sin tur leda till att individer känner själv mordstankar.

Som nämndes ovan är äldre överrepresenterade i självmordsstatistiken. Av denna anledning fokuserar denna undersökning på 95-åringar i Göteborg. Syftet är att undersöka om sociala faktorer, såsom civilstånd, boendeform och religiös aktivitet har en inverkan på huruvida dessa individer känner själv mordstankar. För att göra detta intervjuades 163 95-åringar runtom i Göteborg, där de fick besvara frågor kring det sociala livet och tankar kring självmord.

Ett relativt litet antal 95-åringar i Göteborg känner själv mordstankar. Sociala faktorer tycks vara ett skydd mot själv mordstankar, åtminstone då man ser till de troende samt religiöst aktiva. Dessa känner i allt lägre utsträckning själv mordstankar gentemot de icke-troende och icke-religiöst aktiva. Detta behöver däremot inte bero på religionen i sig, utan istället på att religiösa aktiviteter ofta skapar en gemenskap mellan individer som är viktig för dess välmående.