

Om åldrande, hälsa och livskvalitet

Anneli Sarvimäki

I de nordiska länderna, liksom i största delen av den övriga sk. västvärlden, lever människor allt längre. Det betyder å ena sidan att den del av livet där människan är frisk och har en god funktionsförmåga har förlängts. Å andra sidan betyder det att människor också lever allt längre med ökat antal kroniska sjukdomar och avtagande funktionsförmåga. Vanliga sjukdomar som drabbar äldre är hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, sjukdomar i stöd- och rörelseorganen, Alzheimers sjukdom och depression. Eftersom hälsan enligt många teorier och empiriska forskningar i något avseende är central för livskvaliteten (Sarvimäki 1990; Nordenfelt 1991; Lindström 1994; Nilsson et al. 1998), kunde man dra den slutsats som t.ex. Ferrucci et al. (1995) drar, dvs. att de äldres livskvalitet är god så länge som deras hälsa och funktionsförmåga är goda och börjar sjunka i takt med tilltagande sjukdom och avtagande funktionsförmåga. Att försämrad hälsa och funktionsförmåga verkligen tenderar att avspegla sig i försämrad livskvalitet finns det empiriska belägg för (Ojala 1989; Heikkinen 2000; Sarvimäki & Stenbock-Hult 2000). Relationen mellan åldrande, hälsa och livskvalitet är emellertid komplicerad och hänger ihop med hur man uppfattar åldrandet, hur man ser på hälsa och vad man menar med livskvalitet. Syftet med denna artikel är att diskutera relationen mellan dessa mot bakgrunden av empiriska forskningar.

Anneli Sarvimäki är adjungerad professor vid Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg, forskningsdirektör, Kuntokallio Centrum för gerontologisk utbildning och forskning, Helsingfors.

Åldrande

Åldrandet kan inledningsvis beskrivas som en psykofysisk process, som en upplevelse och som en social konstruktion.

Som *psykofysisk process* innebär åldrandet ett irreversibelt skeende, som kännetecknas av avtagande fysiska och psykiska funktioner. Vanliga förändringar är bl.a. försvagad muskelstyrka, försämrad syreupptagningsförmåga, balanssvårigheter, försämrat korttidsminne och svårigheter att tänka abstrakt (Heikkinen 2000; Pohjolainen 2000). Trots att det är möjligt att genom fysisk och intellektuell träning rätt långt upprätthålla funktionsförmågan, kommer många

till ett skede när funktionerna – eller någon av dem – avtagit till den grad att det dagliga livet försvåras. Utgående från denna syn brukar en människa identifieras som gammal när de psykofysiska ändringarna blir markanta, försvårar det dagliga livet och tenderar att göra henne beroende av andras hjälp.

Åldrandet *som upplevelse* innebär att en människa upplever sig själv och sin tillvaro på ett speciellt sätt och i något skede kan börja känna sig gammal (Jyrkämä 1996). Åldersidentifikationen är m.a.o. subjektiv – något som uttrycks i talesättet ”man är inte äldre än man känner sig”. Denna process är

Denna process är inte nödvändigtvis irreversibel utan man kan känna sig olika gammal olika dagar

inte nödvändigtvis irreversibel utan man kan känna sig olika gammal olika dagar. Det ligger heller ingen motsägelse i att säga att en 40-åring kan vara äldre än en 80-åring – subjektivt. Man kan också hävda att människan har alla de åldrar hon genomgått kvar inom sig som erfarenheter och möjliga upplevelser. Det subjektiva åldrandet sammanfaller alltså inte nödvändigtvis med den kronologiska åldern, men däremot ofta med t.ex. insjuknande eller någon avgörande försämring i funktionsförmågan. De intervjuade i Nilssons et al. (2000) studie kunde identifiera den tidpunkt när de börjat känna sig gamla och denna känsla var vanligen förenad med avtagande funktioner och tilltagande problem. Att känna sig gammal innebär att känna sig hjälplös och inte klara av sin livssituation, att inte känna igen sitt forna jag och att känna sig annorlunda än och avskild från andra.

Åldrandet som *social konstruktion* betyder att hela frågan om åldrande i sista hand handlar om hur man i ett samhälle, en kultur, vid en given tidpunkt definierar sådant som "åldrande" och "gammal", vilka normer som styr äldre människors beteende och attityderna mot dem, vilken sorts praxis som utvecklas kring åldrandet och äldre människor. Åldrandet som social konstruktion utesluter inte biofysiska processer och upplevelser men ordnar in dem i ett socialt sammanhang. Den sociala konstruktionen av åldrandet påverkar också den subjektiva upplevelsen. Harper (1997), t.ex., menar att

kroppens förfall är ofrånkomligt när man kommer upp i mycket hög ålder, men att den stigmatisering av den åldrande kroppen som präglar vår kultur inte är ofrånkomlig. Hon efterlyser en syn på åldrandet där man accepterar förlusten av kroppslig kontroll och tillåter den skröplighet som är förenad med hög ålder att bli en integrerad del av den sociala erfarenheten. Molanders (2001) syn på den åldrande kroppen som en mötesplats mellan natur och kultur kan också ses som ett uttryck för hur relationen till den åldrande kroppen är kulturellt laddad.

Uppfattningen att hög ålder innebär sämre livskvalitet kan förstås mot bakgrunden av synen på åldrandet som psykofysisk process: sjukdom och avtagande funktionsförmåga minskar möjligheterna till ett aktivt och självständigt liv, vilket i sin tur kan skapa känslor av hjälplöshet och utanförskap. Dessa känslor kan emellertid åtminstone till en del ses som socialt konstruerade, som en reflektion av den samhällseliga normen att endast ett aktivt och självständigt liv är värt att leva. Med andra sociala normer skulle det kroppsliga åldrandet inte nödvändigtvis behöva vara förenat med dylika upplevelser.

Åldrande och hälsa

På liknande sätt som åldrandet kan också hälsan uppfattas på olika sätt. Vi kan t.ex. tala om objektiv, subjektivt självskattad och subjektivt upplevd hälsa samt om biofysisk och holistisk hälsa.

Med andra sociala normer skulle det kroppsliga åldrandet inte nödvändigtvis behöva vara förenat med upplevelser av hjälplöshet och utanförskap

Som ovan konstaterades är åldrandet förknippat med ökad risk för kroniska sjukdomar, dvs. en försämring av den objektiva hälsan. Heikkinen (2000) konstaterar att under 10% av 80-åringarna är kliniskt friska och att hälsoproblemen försämrar livskvaliteten. I undersökningar genomförda i Jyväskylä uppgav ungefär en tredjedel av de tillfrågade 83-92-åringarna att de led av hälsoproblem som mycket eller synnerligen mycket försvårade deras fritidssysselsättningar och 40% uppgav att problemen försvårade det dagliga livet (Heikkinen et al. 1991).

Att man är kliniskt sjuk betyder emellertid inte nödvändigtvis att man värderar sin hälsa som dålig; relationen mellan objektiv och subjektivt självskattad hälsa är alltså inte helt entydig. En undersökning bland 75 år och äldre personer gjord i Finland visade att ca 80% var ganska eller mycket nöjda med sin hälsa och över hälften bedömde den som bättre än andras i samma ålder, trots att drygt 40% uppskattade att hälsan försämrats under det senaste året (Sarvimäki & Ojala 1994). Leinonen et al. (1999) påvisade att drygt hälften av de 75-åringar som deltog i en studie bedömde sin hälsa som god eller mycket god. Den självskattade hälsan förklarades av färre problem när det gällde fysiska dagliga aktiviteter, färre kroniska sjukdomar och bättre maximal kapacitet. När gruppen följdes upp fem år senare, framkom att den självskattade hälsan inte hade förändrats från den tidpunkt deltagarna var 75 år till det de var 80, trots att nästan hälften av deltagarna vid uppföljningen uppgav att deras hälsa hade försämrats under den gångna 5-årsperioden (Leinonen et al. 1998). Forskarna drar den slutsatsen att den självskattade hälsan är

Äldre människor räknar med att sjukdomar och försämrad kapacitet hör till åldrandet och sänker därför sin aspirationsnivå så att de kan upprätthålla en hög tillfredsställelse

åldersanpassad: äldre människor räknar med att sjukdomar och försämrad kapacitet hör till åldrandet och sänker därför sin aspirationsnivå så att de kan upprätthålla en hög tillfredsställelse.

Jylhä (1994) konstaterar i en översikt över åldrande och självskattad hälsa att forskare på 1950- och 60-talet menade att frågor där man bad människor värdera sin egen hälsa hade låg validitet, eftersom de tillfrågade tenderade att värdera sin hälsa som alltför god. Äldre personer tycks dessutom värdera sin hälsa i positivare termer än yngre. Också när det gäller äldres funktionsförmågan har man kunnat påvisa skillnader mellan objektiv och självskattad funktionsförmåga (Pohjolainen 1999). Man har emellertid nu, enligt Jylhä (1994), börjat utvecklat en mera nyanserad syn på den självskattade hälsan och det har i många studier påvisats att självskattad hälsa förutsäger mortalitet och överlevnad. Allt detta har enligt henne lett till att man börjat ställa nya frågor om människors sätt att värdera sin hälsa: från att ha analyserat variabler har man börjat analysera vad människor säger och hur de tänker. Hon konstaterade att när de äldre personer som deltog i hennes undersökningar talade om sin hälsa i samband med att de bedömde den, steg det fram en annan bild av hälsa än den som frågeformuläret byggde på. Hälsan var för dem konkret, kontextuell och multidimensionell.

Detta leder över till det som man kan kalla

subjektivt upplevd hälsa till skillnad från den självskattade. Medan den självskattade hälsan mäts i kvantitativa termer, beskrivs den upplevda vanligen i kvalitativa. I Nils-sons et al. (1998) studie beskrev de äldre hälsa och ohälsa i termer av sjukdomar som accepterades som en del av åldrandet, som problem, avtagande funktioner, minskad energi och som ett hinder för ett gott liv. I Lyyras (1999) undersökning om kroniskt sjuka äldres hälsoupplevelser beskrevs hälsa som en väl fungerande vardag, avsaknad av besvär, frihet, social samhörighet och psykiskt välbefinnande.

På samma sätt som åldrandet kan också hälsan granskas och få olika innebörder beroende på ur vilket perspektiv man närmar sig den. Det objektiva och psykofysiska hälsobegreppet är teoretiskt besläktat med den psykofysiska synen på åldrandet. Detta hälsobegrepp motsvarar Boorse's (1977) numera klassiska syn: hälsa är avsaknad av sjukdom. Såväl åldrandet som hälsan har emellertid också en subjektiv aspekt. Det som åldrande människor upplever som hälsa och ohälsa är någonting mera eller rentav helt annat än avsaknad av sjukdom. Hälsa kan innefatta accepterande av sjukdom och den är ofta kopplad till hur man klarar vardagen och hur man mår. Denna hälsosyn kommer närmare det holistiska hälsobegreppet, som betyder att hälsa och ohälsa innefattar personens hela kapacitet i den situation där han befinner sig samt också subjektiva upplevelser såsom välbefinnande, smärta, lycka och

Hälsa kan innefatta accepterande av sjukdom och den är ofta kopplad till hur man klarar vardagen och hur man mår

otrygghet (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996).

Äldres livskvalitet

Hälsans och funktionsförmågans betydelse för den goda vardagen, det goda livet, framkommer i såväl kvantitativa som kvalitativa forskningar. I kvantitativa undersökningar, där man bitt äldre personer bedöma sin livssituation, kan man se samma trend som när det gäller den självskattade hälsan: de äldre tenderar att vara tillfreds med livet trots sviktande hälsa.

Äldres livskvalitet har varit ett expanderande forskningsområde under en följd av år. Todd (1995) visar att antalet artiklar om äldres livskvalitet i vetenskapliga tidskrifter steg från 0-4 per år under åren 1981 – 1988 till 16 år 1993 och 20 år 1994. Någon allmänt omfattad definition förekommer inte och sätten att närma sig äldres livskvalitet varierar också. Eftersom äldre ofta har hälsoproblem och avtagande funktionsförmåga, menar bl.a. Jylhä (1995) att det är den hälsorelaterade livskvaliteten som är central när det gäller äldre. Ett instrument som specialkonstruerat för att mäta äldres hälsorelaterade livskvalitet är LEIPAD-skalan. Den har utarbetats av forskare i Leiden, Nederländerna och Padua, Italien, och har också översatts och testats i finländska förhållanden (Aalto et al. 1995). Andra har valt att närma sig äldres livskvalitet mera generellt. Sarvimäki och Stenbock-Hult (2000; Stenbock-Hult 1993), t.ex., har undersökt äldres livskvalitet i termer av välbefinnande, mening och värde och använt en uppsättning olika instrument för att operationalisera dessa. Resultaten visade att 80%-94% av de tillfrågade personerna i åldern 75-97 år var nöjda eller mycket nöjda

med sin hälsa, sitt bostadsområde och sin ekonomi. Deras känsla av sammanhang och självaktning var höga, medan känslan av mening i livet inte var lika entydig. Självrapporterad sjukdom, självskattad hälsa och funktionsförmåga samt socialt nätverk var de faktorer som förklarade de olika aspekterna av livskvaliteten. Liknande resultat kan man finna hos bl.a. Ojala (1989) samt Beijar och Christiansson (1995).

Jylhä (1995) menar att livskvaliteten snarare borde ses som ett perspektiv än som en enskild mätbar variabel och föreslår att det kvantitativa greppet i forskningen kompletteras med ett kvalitativt, där man använder sig av berättelser och diskussioner för att granska hur människor själva tänker när de värderar sin hälsa och väljer sina preferenser. I en sådan undersökning (Nilsson et al. 1998) framkom t.ex. att äldre tenderar att tänka på hela sitt livslopp, när de skall beskriva "det goda livet". Berättelserna om livet – bra eller dåligt – började med barndomen och utvecklades sedan kring teman som relationer, aktiviteter, hälsa och livsfilosofi fram till nuet och framtidsperspektivet. Av de 30 personer som intervjuades kunde 13 sägas berätta om ett njutbart eller gott liv och 7 kunde sägas bedöma livet som relativt gott – de var "nöjda trots allt". Denna undersökning visar vidare, liksom Sarvimäkis (2000) preliminära resultat från intervjuer med äldre i serviceboende, att hälsan också i de kvalitativa undersökningarna stiger fram som en del av det goda livet.

I början av 1990-talet genomfördes ett nordiskt projekt där man studerade äldres livsloppsberättelser i de fem nordiska länderna. Trots att projektet inte direkt handlade om vare sig hälsa eller livskvalitet, kan

man i många av berättelserna se hur hälsa och välbefinnande stiger fram som teman – ibland i den formen att det goda livet inneburit att man fått vara frisk, ibland så att man upplevt sig vara nöjd med livet trots sjukdom och motgångar. (Waerness et al. 1993)

Till slut

Sammanfattningsvis kan man säga, att trots att hälsan verkar att ha en viktig betydelse för äldres livskvalitet, tenderar många äldre att bedöma och uppleva sina liv och sin hälsa som goda, trots sjukdom och avtagande funktionsförmåga och trots att de också själva ser att hälsan försämras. En del av förklaringen till detta är förmodligen att det handlar om mera än det statistiska sambandet mellan två variabler. Det är mycket som vägs in i situationen: hur livet som helhet har gestaltat sig, vad man kan vänta av livet när man åldras, hur man accepterar sjukdom och, inte minst, hur det omgivande samhället förhåller sig till åldrande, kroppslig skörhet och beroende.

REFERENSER

- Jylhä M. (1995) Health-related quality of life in old age: how to define it, how to study? I boken: Heikkinen E, Kuusinen J, Ruoppila I. (eds.) *Preparation for aging*, Plenum Press, London, 139-144.
- Nilsson M, Ekman S-L, Sarvimäki A. (1998) Ageing with joy or resigning to old age: older people's experiences of their quality of life. *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.
- Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. (2000) Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of Advanced Nursing* 32, 1025-1033.
- Fullständig referenslista kan fås av författaren.