

Ensamhet bland äldre

- *En kvantitativ analys av vilka sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer som har ett samband med ensamhet bland hemmaboende äldre och äldre på institutionsboende*

Carmela Kärr

Magisteravhandling i socialpolitik

Handledare: Fredrica Nyqvist

Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier

Åbo Akademi

Vasa, 2021

Abstrakt

Carmela Kärr	2021
Ensamhet bland äldre - En kvantitativ analys av vilka sociodemografiska, sociala och hälso-relaterade faktorer som har ett samband med ensamhet bland hemmaboende äldre och äldre på institutionsboende	
Opublicerad avhandling för magisterexamen i socialpolitik	51 sidor
Vasa: Åbo Akademi. Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier.	
<p>Avhandlingen syftar till att undersöka vilka sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer som har ett samband med ensamhet bland hemmaboende äldre och äldre på institutionsboende. Genom att undersöka ensamhet bland både hemmaboende äldre och äldre på institutionsboende ämnar jag studera eventuella likheter och skillnader i ensamhet mellan dessa två grupper av äldre och därmed uppnå svar på avhandlingens centrala frågeställning: <i>vilka sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer har ett samband med ensamhet bland hemmaboende äldre och äldre på serviceboende?</i></p> <p>Avhandlingens teoretiska referensram består av centrala begreppsdefinitioner, teorier kring åldrande, ensamhet och social isolering. Därtill presenteras teoretiska perspektiv om ensamhetens riskfaktorer och konsekvenser. Den empiriska delen innefattar en kvantitativ analys av data från GERDA-enkäten år 2016. Enkätsvaren från GERDA har analyserats och kodats om i det statistiska programmet IBM SPSS Statistics 27. Analysen sker i form av en frekvenstabell, en korstabell och en logistisk regressionsanalys.</p> <p>Resultaten påvisar att sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer har ett samband med ensamhet. Individens kön, boendeform, civilstånd, sociala kontakter, sociala stöd, föreningsdelaktighet och självuppskattade hälsa påverkar individens upplevelser av ensamhet. Utifrån den empiriska analysen kan slutsatsen dras att individens civilstånd och självuppskattade hälsa har de starkaste sambanden till ensamhet. Resultaten bekräftar att individens ålder inte utgör en risk för ensamhet, utan det är främst ohälsa som äldre i större utsträckning drabbas av, som är en viktig förklaring. Utifrån resultaten kan det även konstateras att sannolikheten för att uppleva ensamhet är större bland institutionsboende än bland hemmaboende äldre. Institutionsboende kännetecknas av ett sämre hälsotillstånd än hemmaboende, vilket påverkar den äldre individens sociala sammanhang.</p>	
Sökord: ensamhet, social isolering, äldre, institutionsboende, loneliness, social isolation, older adults, institutional settings	

Innehållsförteckning

Abstrakt	2
1 Inledning.....	5
1.1 Syfte och frågeställning	6
1.2 Disposition	7
2 Teoretiska utgångspunkter om ålderdom och ensamhet	8
2.1 Att definiera de äldre.....	8
2.2 Förändringar i ålderdomen.....	10
2.3 Att definiera ensamhet	12
2.4 Social isolering, social exkludering och social delaktighet.....	14
2.5 Sambandet mellan social isolering och ensamhet	15
2.6 Socialt kapital.....	16
3 Förekomst av ensamhet, teoretiska perspektiv på riskfaktorer och konsekvenser.....	19
3.1 Förekomst av ensamhet bland äldre.....	19
3.2 Teoretiska perspektiv om ensamhetens riskfaktorer	21
3.3 Ensamhetens konsekvenser.....	24
4 Tidigare forskning	27
5 Metod och material.....	30
5.1 Material	30
5.2 Variabler och databearbetning	31
5.3 Analysmetod	33
5.4 Studiens trovärdighet och etiska aspekter.....	34
6 Resultat.....	35
7 Sammanfattning och avslutande diskussion.....	42
7.1 Resultatdiskussion.....	42
7.2 Metoddiskussion.....	45
7.3 Förslag till fortsatt forskning och konklusion.....	46
8 Referenser.....	48

Tabeller

Tabell 1 Den procentuella fördelningen (%) av ensamhet och de olika oberoende variablerna uppdelat enligt boendeform.....	35
Tabell 2 Fördelningen (%) av upplevelserna av ensamhet enligt sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer enligt boendeform.....	37
Tabell 3 Oddskvot (OK), 95 % konfidensintervall (95 % KI) och p-värdet för sambandet mellan ensamhet och sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer.....	40

1 Inledning

Vi lever i en värld i ständig förändring. Globaliseringen, tekniska innovationer och en växande digitalisering har i hög grad kommit att påverka vår vardag och världsbild. Trots världens förändrade skepnad och nya värderingar, har våra sociala relationer och känslor av gemenskap fortfarande en viktig innebörd i våra liv (Victor et al., 2008). Under historiens gång har filosofer och forskare världen över hävdade att människan till sin natur är en social varelse. Människan innehar en stark inre drivkraft att skapa och upprätthålla sociala kontakter (Riva & Eck, 2016).

Ensamhet bland äldre människor har blivit ett allt mer omtalat ämne inom den samhälleliga debatten (Nummenmaa, 2021; Strang, 2015). Ensamhet har lyfts fram som ett folkhälsoproblem som påverkar individens fysiska och psykiska hälsa. Studier har påvisat att sociala kontakter och sammanhang spelar en speciellt viktig roll för den äldre individens välbefinnande och hälsa (Victor et al., 2008, 1). Upplevelser av ofrivillig ensamhet har visat sig ha ett tydligt samband med ökad dödlighet, depression och psykisk ohälsa samt demens och kognitiv förmåga (Dahlberg et al., 2020).

Trots att media i hög grad lyfter fram ensamhet bland äldre som ett växande fenomen, påvisar forskningen att det inte skett en ökning av ensamhet över tid (Dahlberg et al., 2020). Ensamheten bland äldre människor har under årens gång visat sig vara rätt konstant. Det kan dock konstateras att Nordens förändrade demografi resulterar i ett växande antal individer som i framtiden kan drabbas av ensamhet och dess förödande konsekvenser (Dahlberg et al., 2020, 7). Till följd av detta kan det konstateras att den ofrivilliga ensamheten utgör ett tydligt hot mot folkhälsan och vår strävan mot ett välmående samhälle.

Den förväntade medellivslängden har visat sig vara högre än någonsin och resulterar därmed i att den äldre samhällsgruppen påvisar den snabbaste demografiska ökningen globalt sett (Forsman & Nordmyr, 2020, 15). I ett samhälle som i allt högre utsträckning kommer bestå av en växande andel äldre, är det av hög vikt att utveckla och upprätthålla samhällsgruppens hälsa

och livskvalitet. Alla individer förtjänar att åldras med värdighet och att få erbjudas de rätta förutsättningarna för välmående och ett lyckligt liv, från vaggan till graven. I Finland har alla individer rätt till en äldreomsorg som stöder den äldre individens välbefinnande, hälsa, självständighet och funktionsförmåga (Lag om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, 2012/980). En stor del av dagens äldreomsorg produceras i offentlig regi, främst av de finländska kommunerna. Till följd av krympande offentliga resurser och den demografiska utvecklingen, förväntas pressen på den offentliga äldreomsorgen öka (THL, 2021). För att minska trycket på institutionell äldreomsorg, har Finland lagt ett större fokus på vårdande och stödande tjänster till äldre som är hemmaboende. Hemvården och hemservicen gynnar de nationella målsättningarna enligt vilka den äldre individen ska kunna bo hemma så länge som möjligt och få den service hen behöver i sin egen hemmiljö. Enligt Russell (2012) utgör individens boendemiljö en plattform för sociala sammanhang och kan både möjliggöra och hindra social delaktighet och integration. Det kan till följd av detta konstateras att det är av hög vikt att studera närmare vilket samband som existerar mellan olika boendeformer och den äldre individens ensamhet. Eftersom dagens utveckling pekar på att hemmaboende kommer bli en allt vanligare boendeform bland samhällets äldre, är det relevant ur både ett folkhälsoperspektiv och ett individuellt perspektiv att undersöka sambandet mellan individens boendeform och hennes upplevelser av ensamhet.

1.1 Syfte och frågeställning

I min magisteravhandling syftar jag till att undersöka vilka sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer som har ett samband med ensamhet bland hemmaboende äldre och äldre på serviceboende. Genom att kartlägga ensamhetens olika dimensioner, dess förekomst, konsekvenser och riskfaktorer samt analysera empiriska data från GERDA, strävar jag efter att nå svar på avhandlingens centrala frågeställning: *vilka sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer har ett samband med ensamhet bland hemmaboende äldre och äldre på serviceboende?*

Genom att undersöka ensamhet bland både hemmaboende äldre och äldre på serviceboende ämnar jag dessutom studera eventuella likheter och skillnader i ensamhet mellan dessa två grupper av äldre. Till följd av en växande åldrande befolkning, förändrade resurser inom den offentliga äldreomsorgen och ett allt större fokus på hemservice, kan det konstateras att det är av stor

vikt att nå en tydligare förståelse för vilka faktorer som har ett samband med ensamhet bland äldre.

1.2 Disposition

Magisteravhandlingen inleds med ett inledande kapitel om avhandlingens problemformulering, syfte och centrala frågeställning. Därefter presenteras avhandlingens teoretiska referensram. I kapitel 2 definieras teoretiska utgångspunkter om ålderdom en och ensamhet. I följande kapitel, kapitel 3, undersöks ensamhetens förekomst, teoretiska perspektiv på riskfaktorer samt konsekvenser. De teoretiska utgångspunkterna följs av kapitel 4 som presenterar tidigare forskning kring ämnet. Därefter presenteras avhandlingen val av metod och material. I följande kapitel, kapitel 6, presenteras den empiriska analysen och dess mest centrala resultat. Avhandlingen avslutas med en resultatsammanfattning.

2 Teoretiska utgångspunkter om ålderdom och ensamhet

Äldre människor lyfts ofta fram i den samhälleliga debatten om ensamhet. Den äldre samhällsgruppen spelar även en central roll i min uppsats, och därför kommer jag i kapitel två presentera olika definitioner och dimensioner av ålderdom. Genom att definiera de äldre, uppnås en större förståelse för vilken samhällsgrupp uppsatsen syftar till. Jag lyfter därefter fram sociala, hälso- och boenderelaterade förändringar som är tydligt framkommande under ålderdomen.

I avhandlingens andra kapitel kommer jag också beskriva olika teoretiska perspektiv på ensamhet. Fenomenet är långt ifrån entydigt och kännetecknas av ett flertal dimensioner som har en tydlig inverkan på hur man slutligen definierar och upplever ensamhet. Jag presenterar därefter de närliggande begreppen; social isolering, social exkludering och social delaktighet. Begreppen har ett nära samband med ensamhet, och spelar därför en central roll i min uppsats. Kapitlet avslutas med en beskrivning av socialt kapital som precis som de övriga närliggande begreppen, spelar en viktig roll i förståelsen av ensamhet.

2.1 Att definiera de äldre

I boken "Äldre och åldrande" (2011), betonar författaren Marie Ernst Bravell att människans ålder kan utgöras av ett kronologiskt, biologiskt, socialt och psykologiskt perspektiv. Den kronologiska åldern mäter individens ålder utifrån antal år. Det framkommer dock olika synsätt på när individens ålder kan börja mätas (Ernst Bravell, 2011). När börjar åldrandet? Finns det någon given ålder som anger när individen kan räknas som en äldre människa?

Den biologiska åldern innefattar individens funktionsförmåga och position i relation till dess möjliga livslängd. Ernst Bravell exemplifierar detta genom att belysa att två personer i precis samma ålder kan kännetecknas av betydligt varierande fysiska tillstånd (Ernst Bravell, 2011, 23). Med hjälp av så kallade "biomarkörer", d.v.s. olika mått på fysisk funktion, strävar forskare utifrån enskilda biologiska processer, bestämma individens biologiska ålder.

Den sociala åldern påverkas av individens position och funktioner i samhället och i olika grupper. Den psykologiska åldern innefattar individens förmåga att anpassa sig till sin miljö och till förändringar. Ernst Bravell (2011) konstaterar att både den sociala och psykologiska åldern utvecklas under tid och sker inte i samverkan med individens kroppsliga förändringar. Dessa sätt att undersöka ålder hänför sig snarare till individens roll i samhället.

Enligt gerontologiska teorier sätter åldrandet i gång först då individen börjar mogna. Beroende på vilket perspektiv av åldrade som står i fokus, finns det olika synsätt på när mognadsprocessen har sitt startskott. Ernst Bravell (2011) menar att enligt de biologiska processerna börjar kroppen mogna vid 25 års ålder medan förändringarna sätter i gång vid 35. Det är dock svårare att ange de psykologiska och sociala mognadsprocessernas gränser. Till följd av detta utgår gerontologin ofta utifrån biologiska processer av åldrande..

Utifrån gerontologiska perspektiv på åldrande, kan det konstateras att ett flertal globala och offentliga aktörer definierar en äldre människa utifrån hennes kronologiska ålder. Forsman och Nordmyr (2020) konstaterar att det inte finns någon allmän bestämmelse om vilken kronologisk ålder som anger när en människa kan räknas som äldre. Detta påverkas snarare av var i världen vi befinner oss och vilka levnadsvillkor individen har. Den äldre befolkningen definieras oftast utifrån den kronologiska åldern 60–65 år. Under denna åldersperiod blir en stor del av medborgarna i utvecklade länder, t.ex. Norden, berättigade till fulla pensionsförmåner och tar därmed steget ut ur arbetslivet. Enligt Europeiska unionen anses en äldre människa vara 65 år eller äldre (Eurostat, 2020) medan Förenta nationerna (2019) definierar en äldre människa som 60 år och äldre. Förenta nationerna betonar även åldersgruppen ”de allra äldsta”. Till denna åldersgrupp hör människor i ålder 80 år och äldre. I en europeisk studie där informanterna blev tillfrågade om vilken ålder de ansåg att människor oftast börjar beaktas som gamla, visade sig medeltalet för de finländska respondenternas svar, vara 61 år (Abrams et al., 2011). Det kan till följd av detta konstateras att definitioner av en äldre människas ålder varierar, men rör sig främst runt ålder 60–65 år.

Samhällets äldre är en växande samhällsgrupp inte minst i Norden, utan i hela världen. Den förväntade livslängden ökar ständigt, vilket resulterar i att vi i framtiden kommer få en växande

grupp äldre samhällsmedborgare. År 2018 var andelen 75–84 åringar i Finland 12,5 % medan andelen 85 åringar och äldre var 2,7 %. Enligt befolkningsprognoser förväntas andelen 75–84 åringar år 2060 stiga till 11,3 % medan gruppen 85 åringar och äldre förväntas stiga till 7,3 %. Befolkningsprognoserna förespår att andelen människor som är 65 år eller äldre kommer öka från 22 % år 2018 till 32 % år 2060 (Sotkanet, refererad i Forsman & Nordmyr, 2020, 15, 16).

2.2 Förändringar i ålderdomen

Forsman och Nordmyr (2020) betonar i rapporten ”Att åldras på 2020-talet” att ålderdomen ofta ses som en process som i hög grad kännetecknas av en nedgång och tillbakagång av fysiska och kognitiva funktioner. Processen innefattar såväl fysiska och psykiska förändringar, som resulterar i en tydlig livsomställning. Under livets gång, från vaggan till graven, ställs människan inför nya livs- och utvecklingskriser. Ålderdomen präglas av en kris mellan integritet och förtvivlan, där individen ser tillbaka och summerar sitt liv. Upplevelsen av integritet handlar om att individen kan blicka tillbaka på sitt liv och känna en känsla av helhet, sammanhang och meningsfullhet. Om individen inte bemöter utvecklingskrisen positivt, utan snarare med känslor av förtvivlan och hjälplöshet, kan ålderdomen resultera i negativa känslor och upplevelser. Enligt Forsman och Nordmyr (2020) kan detta te sig uttryck i form av att individen har svårt att acceptera att hen åldras och att livets slutskede närmar sig.

Lars Tornstam (2011) som utvecklat teorin om gerotranscendens, menar att förändringarna som sker i ålderdomen kan kategoriseras utifrån tre dimensioner. Den första dimensionen handlar om att individens existentiella värld möter på förändring, där bl.a. synen på tid tar en ny riktning. Känslan av avståndet mellan det förflutna och nutiden blir allt otydligare, samtidigt som känslan av att man är en ström av olika generationer förstärks. Den andra dimensionen innebär att individens självbild förändras. En minskad självcentrering, starkare självacceptans och en ny känsla av helhet, resulterar i att den äldre individen kan uppleva nya sidor av sig själv. Den tredje, och slutliga dimensionen, framhäver att åldrandet för med sig en ny syn på sociala relationer. De sociala relationerna blir allt mer selektiva samtidigt som intresset för ytliga relationer avtar. Dessutom kan behovet av en självvald ensamhet öka.

Den äldre människans förändrade syn på sociala relationer, kan resultera i ett minskat engagemang för omvärlden. Cumming och Henry (1961) menar att detta kan te sig uttryck i form av

minskad interaktion och ett större avstånd mellan den äldre individen och dess medmänniskor. Det finns forskare som hävdar att den äldre individens psykologiska och sociala behov trots allt kvarstår. Atchley (1993) betonar att den äldre individen, trots sin förändrade livssituation, strävar till att upprätthålla samma livsstil som under yngre år. De åldersrelaterade förändringarna, såsom pension och försämrad hälsa, resulterar i att tidigare aktiviteter och beteendemönster går förlorade. Den äldre människan bör därför utveckla nya beteendemönster som är anpassade till den förändrade livssituationen och som möjliggör att hen kan fortsätta upprätthålla sin sociala roll.

Enligt Lars Tornstam (2011) är den äldre individens sociala roll är allt annat än konstant. Övergångsskeden och rollförändringar framkommer tydligt i takt med stigande ålder. Övergångarna kan handla om pensionering från arbetslivet, att bli en mor- eller farförälder, förändringar i den fysiska eller psykiska hälsan, att vårda en anhörig, att själv vårdas av en anhörig eller att förlora en livspartner och nära anhöriga. Ett försvagat hälsotillstånd innebär ofta att den äldre individens behov av stöd och hjälp i vardagen växer. Trots att en stor del av den äldre befolkningen klarar sig självständigt, kommer det förr eller senare stunder då behovet av hjälp ökar markant. Behovet av äldreomsorg är särskilt framkommande bland de allra äldsta i samhället.

Enligt Institutet för hälsa och välfärd (2021) strävar den finländska regeringen till att äldre personer ska kunna bo hemma så länge som möjligt och behovet av service tillgodoses i individens egen hemmiljö. Äldreomsorg i hemmiljön kan ske i form av närståendevård eller hemvård. Långvarig heldygnsoomsorg rekommenderas först i det skedet då det finns en grundad anledning, då den äldre individen inte längre kan bo hemma och då intensiv hemservice inte längre täcker individens vårdbehov. Heldygnsoomsorgen bör utövas i en så hemlik miljö som möjligt. Då tjänster inom äldreomsorg övervägs är det av hög vikt att lyssna på den äldre individens behov och önskemål. Individens självbestämmanderätt och välbefinnande är därmed av högsta prioritet.

Courtin och Knapp (2015) betonar att i samband med livets övergångar tar individens vardag en ny vändning. Förändringarna kan resultera i att roller och aktiviteter faller bort samtidigt som nya uppgifter plötsligt kan uppstå. Övergångarna berör inte enbart vardagslivet, utan har

även ett starkt samband till individens identitet och självbild. Det kan till följd av detta konstateras att de övergångsskeden och rollförändringar som sker under individens äldre dagar ger upphov till en ny tillvaro. Courtin och Knapp (2015) framhäver därtill att den äldre individens nya tillvaro i hög grad präglas av minskade sociala nätverk vilket ökar risken för ensamhet och social isolering. Jag kommer i följande kapitel gå närmare in på ensamhet och dess dimensioner. Jag kommer även presentera andra närliggande begrepp som spelar en central roll för förståelsen av ensamhet.

2.3 Att definiera ensamhet

Enligt Svenska Akademiens ordbok (2009) definieras ensamhet som avskildhet, utanförskap, motsatsen till tvåsamhet och motsatsen till gemenskap. Ensamhetens synonymer kännetecknas i hög grad av negativa associationer. Ensamheten har inte alltid ett nära samband med omfattningen av individens sociala kontakter. Det kan konstateras att ensamhet också kan kopplas till en inre subjektiv känsla. Oavsett ensamhetens ursprung eller uttryck, kännetecknas den av en gemensam nämnare; ensamheten ger i hög grad upphov till negativa känslor.

Perlman och Peplau (1998) beskriver ensamhet som en subjektiv och negativ känsla som uppstår då individens önskade och faktiska nivå av sociala relationer inte är balanserad. Ensamhet kan med andra ord uppstå då det existerar en upplevd skillnad mellan den faktiska och önskade nivån av individens sociala relationer. Den upplevda skillnaden kan både vara kvalitativ och kvantitativ. Enligt Dahlberg et al. (2020) kan en kvantitativ skillnad innebära att individen vill ha fler sociala sammanhang, medan en kvalitativ skillnad handlar om obalans mellan de faktiska och de önskade djupen och omfattningen av relationerna.

Perlman och Peplau (1998) betonar även den emotionella dimensionen av ensamhet. Emotionell ensamhet definieras som en form av ensamhet som uppstår då individen saknar relationer som kännetecknas av intim hängivenhet. Denna typ av relation framkommer bl.a. mellan ett barn och dess föräldrar eller mellan ett kärlekspar. Ensamheten kan även vara av en mer social karaktär. Enligt Dahlberg et al. (2020) kan den sociala ensamheten innebära att individen upplever en avsaknad av sociala relationer och känslan av att inte tillhöra ett socialt sammanhang.

Heu et al. (2019) konstaterar att ensamhet även kännetecknas av en kulturell dimension. Upplevelserna av ensamhet kan med andra ord vara kulturellt bundna och i hög grad påverkas av kulturens kollektivistiska eller individualistiska karaktär. Medan individualistiska kulturer framhäver individens självständighet, betonar kollektivismen individers ömsesidiga beroenden och solidaritet. I teorin innebär detta att individer med en kollektivistisk kultur har ett större behov av sociala sammanhang än individer med en individualistisk kultur. Kulturens syn på individens samspel och beroende av andra människor, har med andra ord en inverkan på hur individen slutligen upplever och definierar ensamhet.

Sundström (2020) beskriver existentiell ensamhet som en djupare känsla av ensamhet och en oundviklig del av individens liv. Existentiell ensamhet kan uppstå under olika livskeden trots att individen omringas av andra relationer. Filosofer menar att individen alltid är ensam fast hen inte är medveten om det. Skuld och död är olika former av ensamhet som individen bör konfronteras med under olika livsskeden, inte enbart under hens äldre dagar. Den existentiella ensamheten handlar inte endast om att människan saknar ett sammanhang och djupa sociala relationer. Denna form av ensamhet handlar även om att individen upplever en känsla av att vara separerad från resten av världen, ofta i samband med traumatiska händelser och död. Bland äldre personer uttrycker sig den existentiella ensamheten bl.a. i form av upplevelser av att vara avskärmad från livet. Den äldre personen kan uppleva att hen är instängd i en svag kropp, att hen blir bemött annorlunda p.g.a. sin ålder och att hen saknar en mening i sitt liv.

Till följd av ensamhetens flertaliga dimensioner, kan det konstateras att en omfattande bekantskapskrets eller täta kontakter inte nödvändigtvis skyddar individen från ensamhet (Dahlberg et al., 2020). Individen kan inneha ett flertal sociala kontakter, men ändå sakna djupa relationer som kännetecknas av kvalitet. Individen kan likväl inneha nära relationer, men trots detta ändå känna en hen inte tillhör ett socialt sammanhang. Ensamheten byggs därmed upp av ett flertal perspektiv och innehåller en flytande skala som varierar under olika livssituationer.

Enligt Jansson (2020) resulterar ensamhetens subjektiva, tillfälliga och situationsberoende egenskaper i att upplevelserna av ensamhet påvisar tydliga variationer mellan olika individer.

Känslorna av ensamhet kan även variera under individens liv. Oavsett om man väljer att fokusera på individens antal sociala kontakter, upplevelser av sociala sammanhang eller relationernas kvalitet, är individens subjektiva upplevelser en central beståndsdel.

Till följd av ensamhetens flertaliga dimensioner, kan det konstateras att fenomenet är allt annat än entydigt. I min magisteravhandling särskiljer jag inte olika former av ensamhet utan undersöker ensamhet i allmänhet. Det kan trots detta konstateras att kunskapen kring fenomenets mångfacetterade karaktär, stärker förståelsen av begreppets innebörd och definition.

2.4 Social isolering, social exkludering och social delaktighet

Ensamhet bör inte förväxlas med social isolering. Peplau (1998) beskriver social isolering som en mer objektiv avsaknad av sociala relationer. Att bo ensam och att ha ett mycket begränsat kontaktnät är exempel på former av social isolering. Social isolering resulterar i känslor av rastlöshet och uttråkning medan ensamhet i högre grad ger upphov till känslor av en mer intensiv och obehaglig karaktär.

Weiss (1973) skiljer på olika dimensioner av social isolering och hänvisar till en social och emotionell karaktär. Enligt Weiss innebär en social isolering att individen saknar en interaktion med andra individer. Emotionell isolering innebär å sin sida att individen saknar förtrolighet och någon att kunna anförtro sig åt. Den fysiska isoleringen, d.v.s. en avsaknad av sociala kontakter, innebär inte nödvändigtvis att individen upplever emotionella känslor av ensamhet. Vincenzi och Grabosky (1987, refererad i Sjögren och Kristenson, 2002) betonar liksom andra forskare, att social isolering kan definieras som en brist på social integration medan emotionell isolering innefattar en brist på intimitet och stöd.

Ensamhet kan i flera fall även förknippas med social exkludering och social delaktighet. Begreppen bör liksom social isolering, inte förväxlas med ensamhet. Melin (2013) betonar att social delaktighet ofta definieras som motsats till begreppet social exkludering. Social exkludering beskrivs som en social process där A utesluter B från en social kontext som B önskar vara delaktig i. Både social exkludering och social delaktighet innefattar sociala processer mellan olika individer. Chakravarty och D'Ambrosio (2006) menar att social exkludering i vid

mening kan definieras som ett tillstånd där individen är oförmögen att delta i grundläggande ekonomiska och sociala aktiviteter i samhället där hen lever. Inom Europeiska kommissionen har social exkludering även definierats som “disintegration and fragmentation of social relations and hence a loss of social cohesion. For individuals in particular groups, social exclusion represents a progressive process of marginalization leading to economic deprivation and various forms of social and cultural disadvantage.” (Chakravarty & D’Ambrosio, 2006, 377, 378).

Definierar man social delaktighet som den sociala exkluderingens motpol, innebär den sociala delaktigheten att A inte utesluter B från en social kontext som B önskar vara delaktig i. Social delaktighet har diskuterats redan under 1960-talet, men trots detta existerar fortfarande inte en tydlig och gemensam definition av begreppet (Piskur et al., 2013). Enligt Melin (2013) kan social delaktighet förstås utifrån sex olika aspekter: tillhörighet, tillgänglighet, samhandling, engagemang, autonomi och acceptans. Tillhörighet, tillgänglighet och samhandling är objektivt observerbara, medan engagemang, autonomi och acceptans utgörs av subjektiva upplevelser.

Piskur et al. (2013) definierar social delaktighet som ett tillstånd av positiva sociala kontakter samt positiv interaktion. Individen kan känna sig socialt delaktig då hen t.ex. deltar i sociala aktiviteter med vänner eller familj eller då hen upplever delaktighet i en social kontext. Trots begreppets mångtydighet, kan det konstateras att det existerar ett gemensamt element i de olika begreppsdefinitionerna. Definitionerna av social delaktighet har i hög grad visat sig fokusera på individens involvering i aktiviteter som erbjuder interaktion med andra individer i samhället. Piskur et al. (2013) menar att ”social delaktighet kan definieras enligt individens involvering i aktiviteter som erbjuder interaktion med andra individer i samhället” (Piskur et al., 2013).

2.5 Sambandet mellan social isolering och ensamhet

Tesch-Roemer och De Jong Gierveld (2012) har åskådliggjort sambandet mellan social isolering och ensamhet med hjälp av en konceptuell modell. Modellens huvudkomponenter består av ”resurser och levnadsförhållanden”, ”social isolering”, ”sociala förväntningar”, ”ensamhet” samt ”hälsa och autonomi” (Tesch-Roemer & De Jong Gierveld, 2012, refererad i Tesch-Roemer & Huxhold, 2019, 3). Modellen framhäver att resurser och levnadsförhållanden har en direkt inverkan på individens sociala isolering. Med social isolering avses ett tillstånd där indivi-

den innehar en tydlig avsaknad av sociala kontakter med resten av den sociala världen. Begreppet innehar en mer objektiv karaktär och kan mätas genom att räkna antalet kontakter eller tid som spenderas med andra människor. Ensamhet är till skillnad från social isolering, en högst subjektiv upplevelse. Det är med andra ord inte möjligt att mäta ensamhet med hjälp av objektiva metoder, utan man bör snarare undersöka individens egna upplevelser och känslor. Ensamhet beskrivs som en komplex och obehaglig emotionell känsla som uppstår då individen upplever en avsaknad av sociala kontakter, social interaktion och sociala relationer.

Eftersom människan till sin natur är en social varelse med ett tydligt behov av närhet, menar Tesch-Roemer och Huxhold (2019) att social isolering kan ge upphov till känslor av ensamhet. I vilken mån individen upplever ensamhet påverkas i hög grad av samspelet mellan hennes önskade och faktiska nivå av sociala relationer. Det kan med andra ord konstateras att individens sociala förväntningar har en tydlig inverkan på hur individen slutligen upplever den sociala isoleringen, d.v.s. avsaknaden av sociala kontakter. En socialt isolerad individ behöver nödvändigtvis inte känna sig ensam om hon inte upplever att hon är i behov av sociala relationer. Samtidigt kan en individ med ett flertal sociala kontakter känna sig ensam trots att hon till ytan inte anses vara socialt isolerad. Ett flertal sociala kontakter innebär med andra ord inte att individen inte skulle känna sig mindre ensam (Tesch-Roemer & Huxhold, 2019). Det kan till följd av detta konstateras att samspelet mellan social isolering och ensamhet är komplext och högst individuellt.

2.6 Socialt kapital

Utifrån ensamhetens begreppsdefinitioner kan det konstateras att ensamhet i hög grad kan kopplas samman med individens sociala kontakter, delaktighet i sociala kontexter och kvaliteten på individens relationer. Förtroendet, delaktigheten och stödet som ter sig uttryck i individens sociala kontexter är med andra ord avgörande aspekter för upplevelserna av ensamhet. Faktorer som dessa är även väl framkommande i studierna kring socialt kapital.

Socialt kapital är ett omtalat begrepp i dagens moderna samhälle. Begreppets historia sträcker sig dock längre bak i tiden, och myntades redan under år 1916 (OECD, 2007, 102). Under tidens gång har begreppet bearbetats av teoretiker som bl.a Robert D. Putnam, James Coleman, Pierre

Bourdieu och Bo Rothstein, som alla satt sin egen prägel på fenomenet (Bäck, 2011). Det existerar därmed ett flertal olika teoretiska inriktningar gällande det sociala kapitalets definition. Det starka intresset för socialt kapital har enligt Eriksson (2012) resulterat i ett multidisciplinärt begrepp som varken är lätt att mäta, definiera eller operationalisera.

Eriksson (2012) beskriver socialt kapital som ”sociala nätverk, de normer för ömsesidigt stöd som uppstår ur dessa och värdet av detta för att uppnå (gemensamma) mål”. Det kan med andra ord konstateras att det sociala kapitalet betonar betydelsen av att ingå i sociala nätverk samt de sociala nätverkens positiva effekter på individen och samhället. Socialt kapital erbjuder individen resurser såsom stöd, information, kunskap och kontakter.

Sociologen Bourdieu menar att delaktigheten i sociala nätverk i hög grad bygger på individens tillgång till resurser. För att lyckas uppnå socialt kapital krävs eftertraktade resurser som kan investeras i nätverket. Resursrika individer har med andra ord fler möjligheter att bygga upp kvalitativa sociala nätverk, medan resurssvaga individer kännetecknas av en större risk för att hamna utanför betydelsefulla sociala kontexter (Eriksson, 2012). Det kan till följd av detta konstateras att resurssvaga individer innehar en högre risk för en obalans mellan den önskade och faktiska nivån av sociala relationer.

Upplevelser av ensamhet grundar sig inte enbart på antalet sociala kontakter, utan även på relationernas kvalitet. Liksom ensamhet, innefattar även det sociala kapitalet en kvalitativ sida som bl.a Bo Rothstein väljer att ta fasta på;

En definition av socialt kapital kan därvidlag lämpligen starta med att begreppet är sammansatt av två olika termer. ”Social” indikerar att det har något att göra med relationer mellan individer, ”kapital” att det utgör någon slags tillgång för de människor eller organisationer som är i besittning av det. På den individuella nivån vill jag hävda att socialt kapital refererar till två olika dimensioner – en kvalitativ och en kvantitativ. Den första, mera kvantitativa dimensionen, är antalet sociala kontakter en individ har. [...] Det är [dock] inte bara antalet sociala kontakter som är viktiga utan också deras kvalitativa karaktär i form av graden av tillit

som de innefattar. [...] För att sammanfatta, på den individuella nivån är socialt kapital summan av antalet sociala kontakter en individ har multiplicerat med graden av förtroende i dessa relationer (Rothstein 2003: 110ff refererad i Bäcks, 2011, 18).

Också Wendy Stone (2001) väljer att belysa det sociala kapitalets kvalitativa sida. Stone menar att socialt kapital inte enbart kan mätas utifrån nätverksstudier utan även genom normmätningar där man analyserar tilliten och ömsesidigheten i relationerna (Stone, 2001, refererad i Nyqvist, 2005). Tillit och ömsesidighet är med andra ord viktiga element inom individens sociala kapital. Ett svagt socialt kapital kan därmed uppstå då individen saknar trygga och tillitsfulla relationer, vilket i slutändan även kommer att påverka individens upplevelser av ensamhet.

Till följd av detta kan det konstateras att individens sociala kapital har ett nära samband med upplevelserna av ensamhet. Utifrån det sociala kapitalets begreppsdefinition, innefattar ett högt socialt kapital sociala nätverk som erbjuder ömsesidigt stöd, förtroende och tillit. Resursrika individer innehar större möjligheter att uppnå en balans mellan den önskade och faktiska nivån av sociala relationer. Ett högt socialt kapital kan innebära att individen kännetecknas av ett flertal sociala kontakter och tillitsfulla relationer, vilket slutligen påverkas hennes subjektiva känslor av upplevelser av ensamhet.

3 Förekomst av ensamhet, teoretiska perspektiv på riskfaktorer och konsekvenser

Jag har hittills presenterat och definierat uppsatsens centrala begrepp, såsom ålderdom, ensamhet, social isolering, social exkludering, social delaktighet och socialt kapital. I avhandlingens tredje kapitel undersöker jag förekomsten av ensamhet bland äldre, teoretiska perspektiv på ensamhetens riskfaktorer och ensamhetens konsekvenser.

3.1 Förekomst av ensamhet bland äldre

Enligt Jansson (2020) varierar förekomsten av ensamhet mellan olika åldersgrupper, tidsperioder, platser och samhällen. Samhällets kultur och normer påverkar individens behov av sociala kontakter och därmed även hennes upplevelser av ensamhet. I en kollektivistisk kultur som i hög grad kännetecknas av gemenskap, familjesolidaritet och samhörighet, kan individens behov av sociala kontakter vara mer påtagligt än inom en individualistisk kultur som betonar självständighet. Dahlberg et al. (2020) framhäver att de kulturella variationerna gällande behovet av social samvaro framkommer tydligt inom forskningen. Förekomsten av ensamhet har visat sig variera tydligt mellan de europeiska länderna. Detta kan till viss del förklaras utifrån normerna om familjesolidaritet. Ensamboende är betydligt vanligare i norra Europa, medan man i Sydeuropa i högre grad förväntar sig att familjen ansvarar för omsorg.

I rapporten "Ensamhet bland äldre personer i Norden" (Dahlberg et al., 2020) diskuteras variationerna i europeiska länders förekomst av ensamhet. Variationerna mellan ländernas normer om familjesolidaritet kan vid första anblick ge skenet av att ensamheten skulle vara mindre förekommande i Sydeuropa än vad den är i det individualistiska Nordeuropa. Studier påvisar dock motsatsen. Förekomsten av ensamhet har visat sig vara lägst i Nordeuropa, medan den visat sig vara betydligt mycket högre i södra och centrala Europa (Dahlberg et al., 2020). Vidare påverkas variationerna gällande förekomsten av ensamhet även av kulturens syn på innebörden av ensamhet. I Nordeuropa förknippas ensamhet ofta med att inte träffa en vän eller att inte inneha en förtroendefull relation, medan ensamheten i kollektivistiska samhällen har ett nära samband med att inte träffa familjemedlemmar. Dahlberg et al. (2020) betonar att variationerna även kan förklaras utifrån skillnader mellan välfärdsstaterna. Den nordiska välfärdsmodellen

med dess omfattande och givmilda välfärdsstat erbjuder resurser som underlättar socialt engagemang och som därmed gör individerna mindre beroende av individuella resurser.

Enligt Jansson (2020) lyfts ensamhet ofta fram som en modern pandemi och som ett växande samhällsproblem bland speciellt samhällets äldre. Till följd av att vi i dagens samhälle talar allt mer öppet om ensamhet, kan man vid första anblick anta att individer i allt högre grad upplever ensamhet. Studier påvisar dock att medias rapportering inte motsvarar det verkliga utfallet. Det kan konstateras att ensamhet varken är ett nytt eller växande fenomen. Förekomsten av ensamhet har snarare följt en liknande trend under flertal decennier. Graden av ensamhet har dessutom inte påvisat tydliga variationer mellan olika samhällsgrupper. I en finländsk studie (Murto et al., 2017 ; Parikka et al. 2019, refererad i Jansson, 2020) framkom det att 13 % av informanterna över 75 år under år 2013 kände sig alltid, eller ofta ensam. År 2017–2018 hade andelen påvisat en minskning till 9 %.

Inom Europa har förekomsten av ensamhet undersökts med hjälp av data från surveyundersökningarna European Social Survey (ESS) och Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) (Dahlberg et al., 2020). European Social Survey (ESS) studien fick sitt startskott år 2001 och har sedan dess genomförts ungefär vartannat år. Undersökningen omfattar i dagens läge 38 europeiska länder och riktar sig till respondenter i 15 års ålder och äldre. Studien strävar till att kartlägga förändringar i sociala strukturer, levnadsförhållanden och attityder i Europa. Under år 2006, 2010, 2012 och 2014 ingick frågan ”Hur ofta under förra veckan kände du dig ensam?”. Respondenten svarade på frågan genom att ange ett av följande svarsalternativ; ”Aldrig eller nästan aldrig”, ”Ibland”, ”Oftast” eller ”Alltid eller nästan alltid” (Dahlberg et al., 2020, 35).

I rapporten ”Ensamhet bland äldre personer i Norden” (Dahlberg et al., 2020) har European Social Survey (ESS) studiens resultat analyserats med fokus på ensamhet bland äldre. Rapporten undersöker mer specifikt i vilken skala äldre åldersgrupper i åldrarna 60–69 år, 70–79 år och 80 år och äldre upplevt ensamhet. Rapporten tar förutom ålder, även hänsyn till respondenternas kön, utbildning och hushållsinkomster. Ensamheten undersöks med hjälp av en rad olika

indikatorer som omfattar social exkludering, civilt deltagande, sociala relationer, materiella resurser och lokalsamhället.

Enligt studien upplevde 40 % av äldre personer i Europa ensamhet ibland eller oftare under veckan innan mättillfället år 2012. Förekomsten av ensamhet var som störst i Syd- och Östeuropa medan den var som lägst i de nordiska länderna. Norge, Danmark och Island visade sig ha de lägsta nivåerna av ensamhet i hela Europa. Sverige och Finland hade precis som de övriga nordiska länderna en mycket låg nivå av ensamhet, men förekomsten var dock ändå något högre. Enligt studien uppgick andelen 60-åringar och äldre som upplevt ensamhet ibland eller oftare under veckan innan mätningstillfället 16,5 % i Norge, 17,1 % i Danmark och 18,2 % på Island. I Finland var andelen 26,8 % medan den i Sverige var 23,4 %. Utifrån ESS-studien kan det konstateras att ensamheten var betydligt vanligare bland äldre kvinnor än bland män (Dahlberg et al., 2020, 37, 38).

Utifrån European Social Survey-studiens resultat från år 2006, 2010 och 2014, kan det även konstateras att det inte skett desto större förändringar i förekomsten av ensamhet. Förekomsten av ensamhet har snarare följt ett stabilt mönster mellan år 2006 och 2014. I genomsnitt upplevde 19 % av den äldre befolkningen i de nordiska länderna ensamhet ibland eller oftare under veckan innan mättillfället (Dahlberg et al., 2020, 44). Studien bekräftar vidare att graden av ensamhet varierar tydligt mellan de europeiska länderna och att ensamhet var mer framkommande i Syd- och Östeuropa än i de nordiska länderna. Den allmänna föreställningen om att ensamhet bland äldre utgör ett växande samhällsproblem kan därmed i hög grad ifrågasättas.

3.2 Teoretiska perspektiv om ensamhetens riskfaktorer

Dahlberg et al. (2020) framhäver i rapporten ”Ensamhet bland äldre personer i Norden” att ensamhet inte är ett växande samhällsproblem och att ensamhet inte nödvändigtvis är mer framkommande bland äldre än vad det visat sig vara bland yngre delar av befolkningen. Trots detta förknippas ensamhet ofta som en naturlig del av ålderdomen. Detta framkommer enligt Tesch-Roemer och Huxhold (2019) bl.a. i gerontologisk forskning, där ensamhet och social isolering lyfts fram som ett centralt problem under ålderdomen. Det kan till följd av detta konstateras att känslan av ensamhet inte bör ses som en konsekvens av åldrandet, utan snarare som ett resultat av andra riskfaktorer. Individens sociala behov, förväntningar och resurser har visat sig ha en

tydlig inverkan på hur individen upplever ensamhet. Enligt Tesch-Roemer och Huxhold (2019) kan ensamhetens bakomliggande riskfaktorer förklaras utifrån tre olika teoretiska perspektiv; anknytningsperspektivet, det kognitiva perspektivet och resursperspektivet.

Tesch-Roemer och Huxhold (2019) framhäver att enligt anknytningsperspektivet kan ensamhet uppstå då individens sociala behov förblir ouppfyllda. Olika former av sociala relationer ger upphov till sociala tillstånd, d.v.s. önskvärda känslor såsom trygghet och en känsla av värdefullhet. En avsaknad av värdefulla sociala tillstånd, resulterar i att individens sociala behov inte blir tillgodosedda, vilket slutligen kan öka risken för en social och emotionell ensamhet. Teorins grundpelare sträcker sig tillbaka till tidernas begynnelse, då människor levde och verkade tillsammans i en flock. Att leva tillsammans i grupp ökade individens chanser för fortlevnad. Om individen separerades från gruppen växte risken för att hen skulle bli utsatt för fara. Sociala relationer och nätverk sågs med andra ord som en garanti för individens säkerhet och trygghet.

I rapporten "Ensamhet bland äldre i Norden" framhäver Dahlberg et al. (2020) att sambandet mellan sociala relationer och ensamhet är tydligt. Antalet sociala kontakter och det sociala stöd som uppstår i individens nätverk skyddar individen från ensamhet. Att vara en änka/änkling har visat sig utgöra en riskfaktor för ensamhet, medan partnerskap eller samboende visat sig fungera som en skyddsfaktor.

Tesch-Roemer och Huxhold (2019) konstaterar att behovet av social tillgivenhet är konstant och kan beskrivas som en del av människans natur. I takt med ålderdomen möter individen på ett flertal livsförändringar, men behovet av sociala kontexter kvarstår. Det kan konstateras att individen möter på fler sociala bortfall under sina äldre dagar vilket resulterar i minskade sociala nätverk och ett avtagande deltagande i sociala aktiviteter. Bortfallet av sociala kontakter kan i ålderdomen te sig uttryck i form av en bortgång av en livspartner, vänner eller familjemedlemmar. Eftersom döden blir ett allt mer framkommande element i den äldre människans vardag, växer risken för sociala bortfall som i sin tur resulterar i att individens sociala behov riskerar att inte bli tillgodosedda.

Enligt det kognitiva perspektivet uppstår ensamhet då individens faktiska sociala relationer inte motsvarar hennes förväntningar. Perspektivets grundidé har sina rötter i Peplaus och Perlmans definition av ensamhet. Peplau och Perlman (1979) beskriver ensamhet som ett tillstånd av obalans mellan individens faktiska och önskade sociala kontakter. Utifrån detta synsätt, är upplevelserna av ensamhet inte beroende av antalet sociala nätverk. Ensamheten är snarare högst subjektiv och baserar sig på individens individuella behov och önskningar. Individens sociala förväntningar kan men andra ord utgöra en riskfaktor bakom ensamhet. Som tidigare nämnt, spelar kulturella normer en tydlig roll för hur individen utvecklar sina sociala behov. Förutom kultur, innehar även individens ålder, personlighet och upplevelser av socialisering en betydlig inverkan på hur behovet av sociala relationer slutligen ter sig. Under ålderdomen blir formandet av nya sociala relationer mindre framkommande. Den äldre individens vardag präglas i stället i allt högre grad av sociala förluster, som i slutändan kan komma att påverka den äldre människans förväntningar på hennes sociala relationer.

Enligt Tesch-Roemer och Huxhold (2019) innebär det tredje perspektivet, resursperspektivet, att ensamhet kan ses som en följd av individens avsaknad av materiella och immateriella resurser samt förmågor. Materiella resurser såsom hälsa och socioekonomisk status, förstärker individens möjligheter att delta i sociala aktiviteter och förebygger därmed social isolering och de känslor av ensamhet som kan uppstå som följd av avsaknaden av sociala kontakter. De materiella resurserna påverkas dels av individens egen ekonomi och hälsotillstånd, dels av individens omgivning. De immateriella resurserna påverkas av individens personliga förmågor, såsom dess kommunikationsförmåga och sociala kompetens. Samspelet mellan individens olika resurser är tydligt. En individ med svaga ekonomiska resurser har sällan möjlighet att delta i sociala aktiviteter och evenemang och kan till följd av detta sakna erfarenhet av sociala förmågor. En svag hälsa kan precis på samma sätt hindra individen från att delta i sociala sammanhang.

Tesch-Roemer och Huxhold (2019) konstaterar vidare att svaga hälsorelaterade resurser har tydliga effekter på speciellt den äldre individens upplevelser av ensamhet. Studier har påvisat att äldre individer i rurala områden är utsatta för ensamhet i betydligt högre grad än äldre individer som är bosatta i urbana områden. Det är inte enbart det fysiska hälsotillståndet som visat sig ha en tydlig inverkan på den äldre människans upplevelser av ensamhet. Till följd av studier kan det konstateras att också resurser i närmiljön, d.v.s. resurser som hindrar eller förstärker

individens mobilitet, kan förstärka eller försvaga den äldre individens upplevelser av ensamhet. I takt med stigande ålder, tenderar individens resurser att avta och försvagas. Utifrån resursperspektivet, kan slutsatsen dras att ensamhet bland den äldre befolkningen i hög grad uppstår som en följd av bristfälliga resurser

Tesch-Roemer och Huxhold (2019) betonar sammanfattningsvis att ensamhetens mångfacetterade karaktär förstärker vikten av att beakta den breda vidden av riskfaktorer. Enligt de teoretiska perspektiven existerar ett tydligt samband mellan ensamhet och individens sociala behov, förväntningar och materiella samt immateriella resurser. Riskfaktorerna bakom ensamhet är med andra högst individuella men även beroende av objektiva och fysiska faktorer i den äldre människans närmiljö.

3.3 Ensamhetens konsekvenser

Ensamhetens subjektiva konsekvenser framkommer tydligt i studierna av dess konsekvenser. Tesch-Roemer och Huxhold (2019) menar att konsekvenserna av ensamhet i hög grad berör individens hälsotillstånd och har visat sig ha en negativ inverkan på såväl den fysiska som psykiska hälsan, individens autonomi, subjektiva välbefinnande och sociala integration Dahlberg et al. (2020) betonar vidare att ensamhet förutom nedsatt hälsa, även kan resultera i en förkortad livslängd. Ensamhetens inverkan på individens livslängd kan likställas med välkända riskfaktorer, såsom fetma, fysisk inaktivitet och missbruk. Ensamhet har även i hög grad visat sig leda till en ökad risk för kardiovaskulära sjukdomar, såsom hjärt- och kärlsjukdomar. Trots detta, betonar forskare att det krävs mer forskning inom området innan man kan säkerställa hur starkt sambandet mellan ensamhet och en ökad dödlighet sist och slutligen är. Den ökade risken för en tidigare död kan nämligen även ses som en följd av kardiovaskulära sjukdomar eller psykisk ohälsa, som också visat sig vara en av ensamhetens vanligaste effekter (Dahlberg et al., 2020).

Enligt Tesch-Roemer och Huxhold (2019) kan ensamhet resultera i att individen fjärrar sig från den sociala världen och mister därmed inte enbart sociala kontakter, utan även social stimulering. Avsaknaden av social stimulering kan riskera att försvaga den äldre individens fysiska aktivitet, funktionsförmåga och kognitiva förmåga. Med funktionsförmåga avses individens förmåga att klara av viktiga och nödvändiga aktiviteter i vardagen. Det kan handla om att utöva fritidsintressen, sköta om sin dagliga hygien, handla mat och att ta hand om sig själv. Den

kognitiva funktionsförmågan kan beskrivas som en av funktionsförmågans flertaliga dimensioner. Individens kognitiva funktionsförmåga är kopplad till informationshanteringsdelområden, såsom att hantera, ta emot, minnas och bearbeta information. Den kognitiva funktionsförmågan innefattar bl.a. minne, förmåga att styra sina handlingar, koncentration och uppmärksamhet (Thl, 2020). Ensamhetens negativa inverkan på individens kognitiva förmågor, innefattar även en ökad risk för demenssjukdomar. Studier har påvisat att äldre personer som upplevt ensamhet har en statistiskt högre risk att drabbas av demenssjukdomar än personer som inte upplevt ensamhet. Även ett lågt socialt deltagande och få sociala kontakter har visat sig öka risken för att drabbas av demenssjukdom (Dahlberg et al., 2020).

Ensamhet är precis som subjektivt välbefinnande, en högst individuell och subjektiv upplevelse. Det kan till följd av detta konstateras att ensamhetens konsekvenser i hög grad berör individens subjektiva välbefinnande och psykiska hälsa. Eftersom ensamhet i hög grad beskrivs som en negativ och obehaglig känsla, ökar ensamhet risken för ett negativt och försvagat välbefinnande. Tesch-Roemer och Huxhold (2019) betonar att ensamhet resulterat i negativt laddade känslor och psykisk ohälsa. Förekomsten av ensamhet i äldre ålder har även visat sig påverka risken för depression, ångest och suicidalt beteende. Studier pekar dock att känslor av ensamhet och psykisk ohälsa ofta uppkommit samtidigt. Detta väcker vidare frågan kring hur sambandet mellan orsak och verkan sist och slutligen utspelar sig. Uppstår ensamhet som en följd av depression, eller tvärtom (Dahlberg et al., 2020)?

Tesch-Roemer och Huxhold (2019) framhäver att ett socialt bortfall, såsom bortgången av en nära familjemedlem eller partner, har ofta visat sig leda till växande ensamhet. Det kan dock konstateras att sambandet mellan ensamhet och avtagande sociala kontakter också kan te sig omvänt. Studier har påvisat att ensamhet i flera fall resulterat i att äldre individer självmant dragit sig undan den sociala världen. Detta kan förklaras som en följd av de känslor och beteenden som kan uppkomma hos den ensamma individen. Ensamhet har visat sig ge upphov till känslor av osäkerhet och rädsla, ett defensivt beteende samt negativa attityder gentemot andra.

Det kan avslutningsvis konstateras att konsekvenser av ensamhet är tydligt negativa. Ensamheten har inte enbart visat sig ha effekter på individens fysiska hälsa, utan även på den psykiska

hälsan och det självupplevda välbefinnandet. Ensamhet är med andra ord en högst allvarlig hälsorisk som berör flera dimensioner av individens hälsa.

4 Tidigare forskning

Det har gjorts en mängd studier med syfte att undersöka ensamhet och dess konsekvenser bland äldre. Studier som behandlar sambandet mellan ensamhet och den äldres boendeform existerar dock i en mindre skala. Jag kommer härnäst presentera tidigare studier som behandlar ensamhet bland äldre, den äldres närmiljö samt boendeform.

Kemperman et al. (2019) konstaterar att inte enbart intresset för äldres subjektiva upplevelser av ensamhet påvisat en tydlig ökning, utan även intresset för vilket samspel som existerar mellan individens sociala nätverk och boendemiljö. I takt med stigande ålder möter individen på en ny tillvaro och förändrad livsstil. Trots detta kvarstår ändå behovet av sociala kontakter och social samvaro. Äldres sociala delaktighet och upplevelser av ensamhet har visat sig spela en viktig roll i det goda åldrandet och har ett nära samband med individens livskvalitet. Kemperman et al. (2019) framhäver vidare att det existerar en tydlig koppling mellan upplevelser av ensamhet och individens tillfredsställelse över hennes sociala nätverk och grannskap. Det kan konstateras att äldre människor spenderar mer tid i grannskapets näromgivning och bor i samma miljö under en längre tidsperiod. Kontakter som knyts i grannskapet spelar därför en viktig roll för den äldre individens sociala delaktighet och sociala tillfredsställelse. Känslor av trygghet och högkvalitativa bekvämligheter i den äldre individens grannskap stöder den äldre befolkningen och förebygger känslor av ensamhet.

Också Russell (2012) framhäver boendemiljöns inverkan på förekomsten av ensamhet bland äldre. Individens boendemiljö utgör en plattform för sociala sammanhang och kan därför enligt Russell både möjliggöra och hindra social delaktighet och integration. Närvaron av en partner kan förstärka känslan av trygghet och tillhörighet, medan avsaknaden av en livskamrat kan resultera i det motsatta. Till följd av studier kan det dock konstateras att sambandet mellan ensamboende och ensamhet inte uppvisar ett entydigt samband. Att bo ensam och att känna sig ensam är två skilda komponenter som inte bör sammanblandas. Russell (2012) betonar att ensamboende äldre som medvetet valt att bo ensamma, ofta kan vara nöjda över sin boendesituation och väljer sina sociala kontakter på ett sätt som maximerar mottagandet av socialt stöd.

De Jong Gierveld et al. (2012) konstaterar att ensamboende äldre löper större risk för upplevelser av ensamhet än äldre som är bosatta med en partner. Förutom ensamboende, har nedsatt hälsa och svaga sociala färdigheter också visat sig utgöra tydliga riskfaktorer bakom upplevelser av ensamhet. Precis som Russell (2012) framhäver även de Jong Gierveld et al. (2012) att ensamboende inte automatiskt leder till känslor av ensamhet. Ensamboende äldre som erbjuds stödjande sociala nätverk, som utövar givande aktiviteter och som prioriterar sin autonomi samt självständighet, är inte nödvändigtvis mer utsatta för ensamhet än övriga samhällsgrupper. Det kan vidare konstateras att individens kulturella kontext, värderingar och resurser har en tydlig inverkan på hur boendeformen slutligen påverkar dess upplevelser av ensamhet. De Jong Gierveld (2012) betonar att äldre människor som bor tillsammans med en partner eller med sina barn, erbjuds omfattande sociala och emotionella resurser. Dessa resurser kan uttrycka sig i form av starkare anknytning, stöd, social integration, vägledning, självkänsla och möjlighet till vård. Ensamboende äldre människor är däremot tvungna att tillgodose sina emotionella och sociala behov med hjälp av relationer som existerar utanför hushållet och den egna familjekonstellationen.

Studier bekräftar gång på gång att samboende, en god hälsa, social kompetens och utövandet av sociala aktiviteter i hög grad visat sig vara tydliga skyddsmekanismer mot ensamhet. Mängden studier som specifikt fokuserar på ensamhet bland äldre på institutionsboenden är däremot mycket begränsad. Nyqvist et al. (2013) studie om socialt kapital och ensamhet bland de allra äldsta bosatta på institutionsboende är en av de fåtal studier som riktar fokus på sambandet mellan olika typer av boendemiljöer och ensamhet. Författarna konstaterar i ett tidigt skede att flytten från familjehemmet till ett institutionsboende resulterar i förändrade relationer som slutligen påverkar individens upplevelser av ensamhet. Nyqvist et al. (2013) konstaterar att ensamhet är mer framkommande bland de allra äldsta bosatta på institutionsboende än bland hemmaboende äldre. Nyqvist et al. (2013) lyfter fram Pinguart och Sörensens (2001) studie, där det konstaterades att äldre bosatta på institution, ofta har en sämre hälsa och svagare socialt stöd än hemmaboende äldre, vilket till viss del kan förklara skillnaderna mellan de olika nivåerna av ensamhet.

Nyqvist et al. (2013) lyfter fram en spansk studie som utförts av Prieto-Flores, Forjaz, Fernandez-Mayoralas, Rojo-Perez and Martinez-Martins (2011). Studien undersöker faktorer bakom ensamhet bland institutionsboende och icke-institutionsboende äldre i Spanien. Enligt studien är depression och individens funktionella beroende tydliga faktorer bakom ensamhet bland både icke-institutionsboende och institutionsboende äldre. Bland icke-institutionsboende äldre visade sig avsaknaden av en partner vara en mer specifik faktor bakom ensamhet, medan den sociala kontakten med familj, vänner och grannar var en mer utstickande faktor bland ensamhet hos institutionsboende. Nyqvist et al. (2013) konstaterar att det också existerar studier som däremot påvisat ett motsatt samband, och lyfter bl.a. fram Bondevik och Skogstads (1996) studie, där det konstaterades att sambandet mellan ensamhet och individens sociala kontakter till vänner och familj, är starkare bland hemmaboende äldre än bland institutionsboende.

Studierna kring boendeformens inverkan på individens upplevelser av ensamhet är begränsad. Det existerar ett fåtal studier som fokuserar på ensamhet bland institutionsboende, och mer specifikt på sambandet mellan ensamhet och boendeform. Utifrån tidigare forskning kan det konstateras att faktorer som ensamboende och hög ålder inte påvisar starka samband med ensamhet. Det kan däremot konstateras att ensamhetens samband med individens hälsotillstånd är desto tydligare. I takt med ålderdomen, förändras såväl individens fysiska som psykiska hälsa, vilket i sin tur påverkar den äldre individens sociala resurser, funktionsförmåga och delaktighet. Hur sociala, sociodemografiska och hälsorelaterade faktorer samverkar med individens upplevelser av ensamhet kommer jag undersöka närmare i avhandlingens empiriska del.

5 Metod och material

I följande kapitel presenterar jag mitt val av metod och material. Jag börjar med att beskriva valet av material och går därefter närmare in på studiens metod, tekniska tillvägagångssätt och avgränsningar. Därtill beskriver jag även databearbetningen i studien, möjliga begränsningar och mina etiska reflektioner.

5.1 Material

Min analys baserar sig på data från projektet Gerontologisk regional databas, d.v.s. det så kallade GERDA-projektet. Det tvärvetenskapliga projektet GERDA sker i samarbete mellan Åbo Akademi (Social- och hälsovetenskaper), Yrkeshögskolan Novia, Seinäjoki Yrkeshögskola och Umeå universitet. GERDA publicerades för första gången år 2005 och undersöker äldres aktiviteter, sociala relationer och hälsa. Syftet med projektet är att utvidga kunskapen kring hur äldre människor upplever ett gott åldrande och ett gott liv. En av projektets centrala målsättningar handlar om att skapa en regional databas som innehåller information om äldres livssituation, livsstil, identitet, intressen, existentiella meningar och ensamhet. Projektet har samlat in data med hjälp av postenkäter till de yngre äldre (65+) och hembesök till de allra äldsta (85+). Databasinsamlingen har skett år 2005, 2010 och 2016 i både Österbotten (Finland) och Västerbotten (Sverige). I den här studien analyserar jag data från Österbotten och Västerbotten från år 2016.

För att få ett så omfattande dataunderlag som möjligt, innefattar min analys data från både Österbotten, finska Österbotten (Pohjanmaa) och Västerbotten. År 2016 sändes en postenkät ut till varje 66-, 71-, 76-, 81- och 86-åring som var bosatt på landsbygden (i Österbotten och Västerbotten) och till de som var bosatta i staden Seinäjoki, medan den sändes ut till varannan individ i Vasa och till var tredje individ i Umeå och Skellefteå. Enkäten besvarades av 4375 deltagare i Västerbotten, av 2296 i Österbotten och 2715 i finska Österbotten (Pohjanmaa), d.v.s. totalt 9386 svar. Andelen besvarade enkäter visade sig därmed vara 70,8 % i Västerbotten, 61,7 % i Österbotten och 54,9 % i finska Österbotten. Den totala svarsprocenten var därmed 63,3 % (Nyqvist et al., 2021).

5.2 Variabler och databearbetning

GERDA-enkäten från år 2016 innehöll totalt 82 enkätfrågor som behandlade den äldres livsstil, delaktighet, intressen, ekonomi och existentiella mening. Jag valde att analysera utvalda enkätfrågor som tangerat den äldres upplevelser av ensamhet, hns boendeform, sociodemografiska bakgrund, sociala liv och hälsotillstånd.

Som beroende variabel för *ensamhet* användes frågan:

Lider du av ensamhet? Frågan har följande svarsalternativ; Ja eller Nej. I min analys kodades Ja = 1 och Nej = 0.

Som oberoende variabler för boendeform användes frågan om hur man bor idag:

Frågan hade svarsalternativen; villa/radhus, hyresrätt, bostadsrätt, särskilt boende (t.ex. äldreboende) och annat. Jag valde att kategorisera svarsalternativen i kategorierna ”institutionellt boende” och ”hemmaboende”, där institutionellt boende innefattade svarsalternativet särskilt boende medan hemmaboende innefattade alternativen villa/radhus, hyresrätt, bostadsrätt och annat. Variablerna kodades så att institutionellt boende = 1 och hemmaboende= 0.

Som oberoende variabler för individens *sociodemografiska bakgrund* användes frågorna ålder, kön, civilstånd och skolutbildning:

I enkäten uppgavs ålder enligt kategorierna 66 år, 71 år, 76 år, 81 år, 86 år och okänt. Jag valde att inta ta med kategorin ”okänt” i analysen och kodade därför de okända svaren enligt principen om ”missing values”. Jag valde att kategorisera åldersgrupperna i två kategorier; 66 år, 71 år och 76 år samt 81 år och 86 år. Variablerna kodades så att 66, 71 och 76 år = 0 och 81 och 86 år= 1.

I enkäten angavs kön som antingen man eller kvinna. I min analys kodades man = 0 och kvinna = 1.

I enkäten frågades om nuvarande civilstånd och frågan hade svarsalternativen gift, sambo, skild, ogift, änka/änkling och särbo. Gift, sambo och särbo kategoriserades som ”i förhållande” medan skild, ogift och änka/änkling kategoriserades som ”singel”. Svarsalternativen kodades så att gift, sambo och särbo = 0 och skild, ogift och änka/änkling = 1.

Frågan om högsta skolutbildning innehöll svarsalternativen Folkskola, mellanskola, folkhögskola, yrkesskola/facklig skola, högre yrkesutbildning, studentexamen och universitets- eller högskoleutbildning. I min analys kategoriserade jag svarsalternativen folkskola, mellanskola, folkhögskola, studentexamen och yrkesskola/facklig skola som ”låg utbildning” och högre yrkesutbildning och universitets- eller högskoleutbildning som ”hög utbildning”. Variablerna kodades så att låg utbildning = 1 och hög utbildning = 0.

Sociala faktorer undersöktes med hjälp av de oberoende variablerna sociala kontakter, socialt stöd och föreningsverksamhet:

Sociala kontakter mättes med frågan Hur ofta har du kontakt med någon/några av följande personer? och innefattar svarsalternativen make/maka, barn, barnbarn, syskon, föräldrar, övriga släktingar, vänner och grannar samt flera gånger i veckan, flera gånger i månaden, någon gång om året, aldrig och personen finns inte. Eftersom jag tidigare undersökt respondenternas civilstånd, valde jag att inte räkna med variabeln ”make/maka” i min omkodning. Jag har valt att kategorisera flera gånger i veckan som ”regelbundna sociala kontakter” och flera gånger i månaden, någon gång om året, aldrig och personen finns inte som ”icke-regelbundna kontakter”. Jag började med att koda om varje fråga, så att regelbundna kontakter = 1 och icke regelbundna kontakter = 0. Därefter summerar jag samtliga svarsalternativ till en summavariabel och gör ytterligare en omkodning så att de som haft regelbundna kontakter med någon av ovanstående personer = 0 och de som inte haft icke regelbundna kontakter med någon = 1.

Socialt stöd mättes med frågan Har Du någon förtrogen Du kan prata med om precis allting, alltså dela både bekymmer och glädjeämnen med? och innehöll svarsalternativen make/maka, barn, barnbarn, syskon, föräldrar, annan släkting, vänner, grannar, hemtjänst, distriktssköterska/hälsovårdare, annan eller ingen. Jag har återigen valt att ta bort svarsalternativen make/maka och ingen från min analys. Svaren kodades så att ett ifyllt alternativ = 1 medan ett

tomt/icke-ifyllt alternativ = 0. Jag summerade därefter ihop variablerna till en summavariabel och kodade om svaren så att 0–1 valda alternativ = Svagt stöd och 2–8 valda alternativ = Stöd.

Föreningsverksamhet mättes med frågan Deltar Du i någon form av frivilligt, obetalt arbete för någon förening? och består av svarsalternativen Ja eller Nej. Variablerna kodades så att Nej = 1 och Ja = 0.

Som oberoende variabel för *hälsa* används frågan I allmänhet, hur skulle Du vilja säga att Din hälsa är? och innehåller svarsalternativen utmärkt, mycket god, god, någorlunda och dålig. Jag valde att kategorisera svarsalternativen utmärkt, mycket god och god i kategorin ”god hälsa” medan alternativen någorlunda och dålig kategoriserades i kategorin ”sämre hälsa”. Variablerna kodades så att god hälsa = 0 och sämre hälsa = 1.

5.3 Analysmetod

Enkätsvaren från GERDA analyserades med hjälp av det statistiska programmet IBM SPSS Statistics 27. Min analysmetod går ut på att redovisa deskriptiva data men också resultaten från statistiska analysmetoder som Chi kvadrat test och logistisk regression.

Med hjälp av inledande deskriptiva analyser beskriver jag fördelningen av ensamhet, sociodemografiska faktorer, sociala och hälsorelaterade faktorer uppdelat enligt boendeform. Med hjälp av Chi2 test, oddskvoter, p-värde och konfidensintervall, undersöker jag hur de oberoende variablerna förklarar ensamhet och om eventuella samband kan anses signifikanta. Jag undersöker dessutom hur dessa samband uttrycker sig bland specifikt hemmaboende äldre och äldre bosatta på institutionsboende.

Den empiriska analysen presenteras i form av tre tabeller i resultatkapitlet. Tabellerna innefattar en frekvenstabell, en korstabell med Pearsons Chi2 test och Fishers exact test samt en logistisk regressionsanalys som anger oddskvot, p-värde och konfidensintervall. Fishers exact test ersätter Pearsons Chi2 test då forskningsunderlaget är begränsat. Jag har valt att använda metoden i de situationer då forskningsunderlaget understigit fem personer. På detta vis uppnås ett mer

tillförlitligt resultat. Frekvenstabellen presenterar den procentuella fördelningen mellan analysens oberoende och beroende variabler. I frekvenstabellen presenteras resultaten skilt för hemmaboende och institutionsboende. I korstabellen anges sambanden mellan de oberoende variablerna och upplevelserna av ensamhet. Därtill anges även p-värdet $p < 0.05$ som påvisar huruvida det eventuella sambandet är statistiskt signifikant eller ej. I kortabellen särskiljs fortsättningsvis hemmaboende och institutionsboende. I den logistiska regressionsanalysen undersöks sambandet mellan de oberoende variablerna och upplevelserna av ensamhet. Med hjälp av oddskvot (OK), p-värde och konfidensintervall (95 % KI) undersöks sambandets tillförlitlighet.

I tabell 1 och tabell 2 väljer jag att analysera fördelningen enligt boendeform. Institutionsboende utgör en väldigt liten del av forskningsunderlaget, vilket bl.a. framkommer tydligt i tabell 1 och tabell 2. Till följd av detta väljer jag att i den tredje tabellen, analysera boendeform som en oberoende variabel.

5.4 Studiens trovärdighet och etiska aspekter

Studiens kvalitet påverkas i hög grad av dess reliabilitet, validitet och etiska principer. Eliasson (2013) konstaterar att en studies reliabilitet baserar sig på dess pålitlighet medan dess validitet innefattar undersökningens giltighet. En stark reliabilitet och validitet har i slutändan en tydlig inverkan på studiens trovärdighet.

Till följd av mitt val av data, kan det konstateras att min empiriska analys är både reliabel och valid. GERDA är ett välutarbetat forskningsprojekt som sker i samarbete mellan fyra olika högskolor. Data har samlats in med hjälp av enkäter och intervjuer, som därefter kodats enligt ett tydligt kodningsschema. Projektet leds av professionella forskare och medarbetare och innefattar en tydlig projektplan, vilket stärker dess trovärdighet. Studiens trovärdighet stärks ytterligare av att GERDA projektet år 2016 hade en relativt hög svarsprocent på 63,3 %. GERDAS enkätstudie baserar sig på frivilligt deltagande och garanterar dessutom en full anonymitet vilket förstärker studiens etiska principer.

6 Resultat

Jag kommer härnäst presentera de centrala resultaten av avhandlingens deskriptiva och statistiska analyser. Resultaten åskådliggörs i form av tre tabeller; en deskriptiv frekvenstabell, en korstabell och slutligen resultaten från en logistisk regressionsanalys. Samtliga tabeller efterföljs av en kort sammanfattning gällande analysens resultat.

Tabell 1

Den procentuella fördelningen (%) av ensamhet och de olika oberoende variablerna uppdelat enligt boendeform.

	<i>Hemmaboende (n=9100)</i>	<i>Institutionsboende (n=133)</i>
<i>Kön</i>		
Man	46,6 (n=4326)	30,1 (n=40)
Kvinna	53,4 (n=4861)	69,9 (n=93)
	100 (n=9097)	100 (n=133)
<i>Ålder</i>		
66 år	29,9 (n=2717)	4,5 (n=6)
71 år	31 (n=2817)	11,3 (n=15)
76 år	18,1 (n=1639)	13,5 (n=18)
81 år	13,5 (n=1227)	28,6 (n=38)
86 år	7,5 (n=679)	42,1 (n=56)
	100 (n=9079)	100 (n=133)
<i>Civilstånd</i>		
I förhållande	74,1 (n=6720)	30,3 (n=40)
Singel	25,9 (n=2349)	69,7 (n=92)
	100 (n=9069)	100 (n=132)
<i>Utbildning</i>		
Hög utbildning	24,4 (n=2200)	8,3 (n=11)
Låg utbildning	75,6 (n=6831)	91,7 (n=121)
	100 (n=9031)	100 (n=132)
<i>Sociala kontakter</i>		
Regelbundna	72,7 (n=6572)	62,3 (n=81)
Icke regelbundna	27,3 (n=2470)	37,7 (n=49)
	100 (n=9042)	100 (n=130)

Stöd av förtrogen

Stöd	43,1 (n=3921)	50,4 (n=67)
Litet stöd	56,9 (n=5179)	49,6 (n=66)
	100 (n=9100)	100 (n=133)

Deltagande i frivilligt eller obetalt arbete för förening

Ja	35,4 (n=3115)	21,2 (n=25)
Nej	64,6 (n=5695)	78,8 (n=93)
	100 (n=8810)	100 (n=118)

Självuppskattad hälsa

God hälsa	64,4 (n=5807)	21,5 (n=28)
Sämlre hälsa	35,6 (n=3204)	78,5 (n=102)
	100 (n=9011)	100 (n=130)

Ensamhet

Ja	9,9 (n=862)	28,6 (n=32)
Nej	90,1 (n=7844)	71,4 (n=80)
	100 (n=8706)	100 (n=112)

Ur tabellen framgår det att andelen hemmaboende (n=9100) är betydligt högre än andelen institutionsboende (n=133). Skillnaderna mellan de hemmaboende och institutionsboende framkommer inte enbart i gruppernas storlek. Det kan konstateras att upplevelser av ensamhet framkommer i högre utsträckning bland institutionsboende än bland hemmaboende. 28,6 % av de institutionsboende har angett att de upplever ensamhet, medan den motsvarande andelen bland hemmaboende är 9,9 %. Skillnaderna mellan de olika boendegrupperna framkommer även tydligt i dess civilstånd, ålder och självuppskattade hälsa.

Bland de hemmaboende var den mest framkommande åldersgruppen 66 åringar, medan den mest framkommande åldersgruppen bland institutionsboende var 86 åringar. Utifrån detta kan det konstateras att de hemmaboende i högre grad utgörs av yngre åldersgrupper medan institutionsboende domineras av äldre åldersgrupper. Bland hemmaboende framkom i högre utsträckning individer som var i ett förhållande, medan de institutionsboende främst kännetecknades av

individer som inte levde i ett förhållande. Den självuppskattade hälsan var betydligt högre bland hemmaboende, medan en sämre självuppskattad hälsa var vanligare bland institutionsboende.

Jag kommer härnäst presentera fördelningen av upplevelserna av ensamhet enligt sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer enligt boendeform. Jag undersöker därtill Chi 2 värdet, d.v.s. sambandens statistiska signifikans. Jag väljer fortsättningsvis att separera de olika boendegrupperna.

Tabell 2

Fördelningen (%) av upplevelserna av ensamhet enligt sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer enligt boendeform.

	<i>Hemmaboende (n=9100)</i>	<i>Institutionsboende (n=133)</i>
<i>Kön</i>		
Man	7,8	27,3
Kvinna	11,7	29,1
	p<0,001	p=0,844
<i>Ålder</i>		
66, 71, 76	8,4	34,4
81, 86	15,9	26,3
	p<0,001	p=0,390
<i>Civilstånd</i>		
I förhållande	6,3	27,3
Singel	20,6	29,5
	p<0,001	p=0,814
<i>Utbildning</i>		
Hög utbildning	8,5	44,4
Låg utbildning	10,4	27,5
	p=0,011	p=0,277
<i>Sociala kontakter</i>		
Regelbundna	9	26,5
Icke regelbundna	12,1	34,1
	p<0,001	p=0,394

<i>Stöd av förtrogen</i>		
Stöd	9,9	22,8
Litet stöd	9,9	34,5
	p=0,936	p=0,169
 <i>Deltagande i frivillig eller obetalt arbete för förening</i>		
Ja	7,3	13,6
Nej	11,2	34,1
	p<0,001	p<0,001
 <i>Självuppskattad hälsa</i>		
God hälsa	6,3	20
Sämre hälsa	16,4	31,8
	p<0,001	p=0,255

I Tabell 2 presenteras den procentuella fördelningen av ensamhet enligt boendeform och socio-demografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer. Trots att andelen institutionsboende utgör en liten del av forskningsunderlaget väljer jag fortsättningsvis att belysa fördelningen mellan de olika boendeformerna. På detta vis kan en tydligare förståelse uppnås kring sambandet mellan individens boendeform och upplevelser av ensamhet.

Utifrån tabellen kan det konstateras att ensamhet bland hemmaboende förekommer tydligare bland kvinnor, äldre åldersgrupper och bland individer som inte är i ett förhållande. Ensamhet visar sig också vara vanligare bland individer med icke regelbundna kontakter, som inte deltar i frivillig eller obetalt arbete för en förening och som har en sämre självuppskattad hälsa. Alla samband, förutom sambanden mellan ensamhet och ”stöd av förtrogen” samt ensamhet och ”utbildning”, påvisar p-värdet $p<0,05$ vilket innebär att de flesta samband är statistiskt signifikanta.

Bland institutionsboende är ensamhet mer framkommande bland kvinnor, yngre åldersgrupper och personer som inte är i ett förhållande. Ensamhet förekommer även i högre grad bland hög

utbildade, bland individer med icke regelbundna kontakter och som inte deltar i föreningsarbete. Precis som bland gruppen hemmaboende, förekommer ensamhet främst bland individer med sämre självuppskattad hälsa. Utifrån tabellen kan det konstateras att en stor del av sambanden inte påvisar statistisk signifikans, d.v.s. $p < 0,05$. Enbart sambandet mellan individens upplevelser av ensamhet och föreningsarbete påvisar ett statistiskt signifikant samband. Eftersom institutionsboende utgör en knapp del av det totala forskningsunderlaget, väljer jag i den logistiska regressionsanalysen att inte längre separera de olika boendeformerna. Jag analyserar i stället hela forskningsunderlaget. Individens boendeform analyseras med andra ord som en oberoende variabel.

Tabell 3

Oddsquot (OK), 95 % konfidensintervall (95 % KI) och p-värdet för sambandet mellan ensamhet och sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer.

Tabell 3
Oddsquot (OK), 95 % konfidensintervall (95 % KI) och p-värdet för sambandet mellan ensamhet och sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer.

	Modell 1 – Sociodemografiska faktorer		Modell 2 – Sociala faktorer		Modell 3 – Hälsorelaterade faktorer	
	OK	KI	OK	KI	OK	KI
<i>Boende</i>						
Hemmaboende	1		1		1	
Institutionsboende	1,78	1,15-2,76	1,91	1,21-3,01	1,65	1,04-2,61
<i>Kön</i>						
Man	1		1		1	
Kvinnor	1,18	1,02-1,38	1,34	1,14-1,57	1,28	1,09-1,50
<i>Ålder</i>						
66, 71, 76	1		1		1	
81, 86	1,49	1,27-1,75	1,40	1,19-1,66	1,15	0,96-1,37
<i>Utbildning</i>						
Hög utbildning	1		1		1	
Låg utbildning	1,12	0,94-1,34	1,07	0,89-1,28	0,96	0,80-1,15
<i>Civiltstånd</i>						
Förhållande	1		1		1	
Singel	3,35	2,88-3,90	3,57	3,05-4,17	3,52	3,01-4,13
<i>Sociala kontakter</i>						
Regelbundna	1		1		1	
Ikke regelbundna	1,47	1,25-1,72	1,47	1,25-1,72	1,40	1,19-1,65
<i>Stöd av förtrögen</i>						
Stöd	1		1		1	
Litet stöd	1,30	1,11-1,52	1,30	1,11-1,52	1,28	1,09-1,49
<i>Deltagande i frivillig eller obetalt arbete för förening</i>						
Ja	1		1		1	
Nej	1,51	1,28-1,78	1,51	1,28-1,78	1,37	1,15-1,62
<i>Självuppskattad hälsa</i>						
God hälsa	1		1		1	
Sämrre hälsa	2,43	2,08-2,84	2,43	2,08-2,84	2,43	2,08-2,84

I den logistiska regressionsanalysen undersöks sambandens oddskvot, konfidensintervall och p-värde. Analysen ter sig uttryck i form av tre modeller. Den första modellen kontrollerar sambanden mellan de sociodemografiska faktorerna och ensamhet. I den andra modellen sker kontrollen gentemot både sociodemografiska och sociala faktorer. I den tredje, och slutliga modellen, sker kontrollen mot samtliga sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer.

Ur tabellen framgår det att de oberoende variablerna "Civilstånd" och "Självuppskattad hälsa", påvisar analysens högsta oddskvoter. Sambandet mellan civilstånd och ensamhet har oddskvoten 3,52 i modell 3, medan sambandet till individens självuppskattade hälsa har oddskvoten 2,43. Sambandet mellan boendeform och ensamhet har oddskvoten 1,65 i modell 3 och därmed analysens tredje högsta oddskvot. Variabeln "utbildningsgrad" kännetecknas däremot av analysens lägsta oddskvot och har i modell 3 värdet 0,96. Detta värde är dock inte statistiskt signifikant.

Förutom utbildning, sticker också ålder ut från de övriga variablerna. Sambandet mellan ålder och ensamhet uppvisar p-värdet $p < 0,000$ i både Modell 1 och Modell 2. I den tredje modellen, då kontroller sker gentemot sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer, har sambandet p-värdet $p < 0,111$. Det kan till följd av detta konstateras att ålder i sig självt inte innehar ett samband till ensamhet.

Utifrån analysens oddskvoter kan det konstateras att individens civilstånd och självuppskattade hälsa har ett starkare samband med ensamhet än övriga variabler. Båda sambanden påvisar dessutom ett signifikant p-värde. Variablerna boendeform, kön, sociala kontakter, stöd av förtrögen och deltagande i frivillig eller obetalt arbete för förening, påvisar också signifikanta p-värden i modell 3 vilket innebär att både sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer har ett samband till ensamhet.

7 Sammanfattning och avslutande diskussion

Jag kommer härnäst sammanfatta avhandlingens syfte och innehåll. Jag diskuterar därtill den empiriska analysens resultat och besvarar därmed också avhandlingens centrala frågeställning. Min avhandling syftar till att undersöka vilka samband som existerar mellan sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer och ensamhet bland äldre. För att uppnå en tydligare förståelse för vilket samband som existerar mellan ensamhet och individens boendeform, har jag i den empiriska analysen valt att belysa skillnader mellan hemmaboende och institutionsboende. Med hjälp av min empiriska analys som baserar sig på data från GERDA, kan avhandlingens centrala forskningsfråga besvaras: *vilka sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer har ett samband med ensamhet bland hemmaboende äldre och äldre på serviceboende?*

7.1 Resultatdiskussion

I media och den samhällseliga debatten målas ensamhet ofta upp som ett växande samhällsproblem och som ett fenomen som främst drabbar äldre åldersgrupper i samhället. Enligt studier kan det däremot konstateras att förekomsten av ensamhet inte ökat, utan snarare följt en konstant trend (Dahlberg et al., 2020). Ett flertal studier (Dahlberg et al., 2020; Jansson, 2020), så även min avhandling, har motbevisat den snedvridna uppfattningen om att ensamhet skulle vara ett allmänt problem bland speciellt äldre. Trots detta bör diskussionen kring ensamhet inte förminskas eller åsidosättas. Tidigare forskning (Jansson, 2020; Tesch-Roemer & Huxhold, 2019) pekar på att ensamhet är ett högst allvarligt fenomen med negativa effekter som berör både den enskilda individen och samhället. Enligt Tesch-Roemer och Huxhold (2019) påverkar ensamhet såväl individens fysiska som psykiska hälsa. Tesch-Roemer och Huxhold (2019) framhäver att ensamhet kan försvaga individens kognitiva förmågor och fysiska aktivitet samt öka risken för psykisk ohälsa och kardiovaskulära sjukdomar. Trots att ålder inte visat sig ha ett samband med ensamhet är det högst relevant att undersöka vilka faktorer som har ett samband med äldre individers upplevelser av ensamhet. Den förväntade medellivslängden har visat sig vara högre än någonsin och resulterar därmed i att den äldre samhällsgruppen påvisar den snabbaste demografiska ökningen globalt sett (THL). I ett samhälle som i allt högre grad kommer bestå av äldre, är det av hög vikt att studera hur den äldre samhällsgruppens intressen och välmående kan gynnas.

Ur avhandlingens empiriska analys framgår det att ensamhet inte visat sig vara mer framkommande bland de allra äldsta (81- och 86-åringar) än bland yngre äldre (66-, 71- och 76-åringar). I avhandlingens logistiska regressionsanalys påvisas ett signifikant samband mellan ålder och ensamhet då kontrollen sker mot sociodemografiska och sociala faktorer. Då kontroller sker mot sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer, påvisas däremot ett icke signifikant samband. Det kan till följd av detta konstateras att individens ålder inte i sig självt inte har ett samband till ensamhet. Enligt Tesch-Roemer och Huxhold (2019) kan ensamhet snarare knytas samman med individens sociala behov, materiella och immateriella resurser samt individuella förväntningar. Dessa faktorer påvisar tydliga förändringar i ålderdomen. I avhandlingens andra kapitel visar tidigare forskning att ålderdomen karaktäriseras av nya dimensioner samt fysiska och psykiska förändringar. I kapitel 2 framhävs bl.a. Lars Tornstams (2011) teori om gerotranscendens som betonar att den äldre individens existentiella världsbild, självbild och syn på sociala relationer förändras. Tidigare forskning påvisar att ålderdomen också för med sig förändringar som berör individens resurser, hälsa och funktionsförmåga. I kapitel 2 betonar Tesch-Roemer och Huxhold (2019) att avtagande resurser, nedsatt hälsa, försämrade funktionsförmåga, bortgången av en livspartner samt mindre sociala kontakter, blir allt mer framkommande element i den äldre individens vardag. Enligt Atchley (1993) kan åldersrelaterade förändringar resultera i att tidigare beteendemönster och aktiviteter går förlorade, vilket i sin tur kan komma att påverka den äldre individens sociala roll, sociala nätverk och sociala delaktighet. Enligt tidigare forskning kan minskade sociala kontakter och minskad social delaktighet öka risken för ensamhet (Courtin & Knapp, 2015).

Atchley (1993) framhåller att trots att den äldre individens livssituation möter på förändring, kvarstår ändå behovet av sociala sammanhang. I kapitel 2 visade forskningen att upplevelserna av ensamhet i hög grad påverkas av individens egna förväntningar. Enligt Tesch-Roemer och Huxhold (2019) uppstår ensamhet som en följd av social isolering, d.v.s. en objektiv avsaknad av sociala relationer. I vilken mån individen upplever ensamhet påverkas i hög grad av samspelet mellan hennes önskade och faktiska nivå av sociala relationer. De individuella förväntningarna har med andra ord en tydlig inverkan på hur individen slutligen upplever den sociala isoleringen. Social isolering bör inte förväxlas med ensamhet, utan utgör snarare ett av ensamhetens närliggande begrepp. I avhandlingens andra kapitel visar tidigare studier att begreppet ensamhet

kännetecknas av en mångfacetterad karaktär. Förutom social isolering, kan ensamhet även knytas samman med begrepp som social exkludering, social delaktighet och socialt kapital. Ensamhetens mångfacetterade karaktär, uttrycker sig i form av en subjektiv, emotionell, existentiell och kulturell dimension, som enligt Jansson (2020) resulterar i att upplevelserna av ensamhet påvisar tydliga variationer mellan olika människor.

Avhandlingens empiriska undersökning uppmärksammade bl.a. individens sociala kontakter, sociala stöd och sociala delaktighet i föreningsverksamhet. Samtliga begrepp är väl framkommande i studier om ensamhet. Utifrån den tidigare forskningen som presenterades i avhandlingens andra kapitel, kan det konstateras att individens sociala kontakter kännetecknas av ett nära samspel med begreppet social isolering. Tesch-Roemer och Huxhold (2019) menar att social isolering kan definieras som ett tillstånd där individen innehar en tydlig avsaknad av sociala kontakter med resten av omvärlden. Social isolering undersöks genom att mäta individens antal kontakter, och har därmed en mer objektiv karaktär. Individens sociala stöd har å sin sida ett nära samband med ensamhetens emotionella karaktär. I kapitel 2 definierar Perlman och Peplaus (1979) emotionell ensamhet som ett tillstånd där individen saknar hängivenhet medan Dahlberg et al. (2020) betonar att emotionell ensamhet kan innebära att individen inte upplever att hen tillhör ett sammanhang. Det är med andra ord kvalitén på individens sociala kontakter snarare än antalet kontakter, som slutligen påverkar den emotionella ensamheten. Social delaktighet har i sin tur ett nära samband med begreppet socialt kapital. Eriksson (2012) beskriver socialt kapital som individens delaktighet i sociala kontexter och nätverk. Sociala nätverk erbjuder individen resurser, såsom stöd, kunskap och kontakter. Delaktighet i t.ex. föreningsverksamhet ger med andra ord upphov till resurser som kan minska risken för ensamhet.

Utifrån avhandlingens empiriska analys, kan slutsatsen dras att individens boendeform, kön, civilstånd, sociala kontakter, sociala stöd, sociala delaktighet och självuppskattade hälsotillstånd har ett statistiskt signifikant samband med ensamhet. Av dessa variabler påvisade individens civilstånd och självuppskattade hälsa de högsta oddskvoterna. Avhandlingens empiriska analys bekräftar därmed att resurser såsom individens hälsotillstånd och civilstånd har ett starkt samband till ensamhet. Enligt Russell (2012) och De Jong Gierveld et al. (2012) kan närvaron av en partner förstärka individens känslor av trygghet och tillhörighet. Avsaknaden av en partners närvaro kan däremot resultera i växande upplevelser av osäkerhet och ensamhet. Tesch-

Roemer och Huxhold (2019) konstaterar att en god hälsa förstärker individens sociala kontexter, och påverkar därmed även upplevelserna av ensamhet. Det kan med andra ord konstateras att den äldre individens sociala faktorer i hög grad är beroende av hennes hälsotillstånd. En sämre hälsa försvagar individens möjligheter att delta i sociala aktiviteter och ökar därmed risken för social isolering och färre sociala kontexter. En god hälsa innebär i sin tur att den äldre individen kan bibehålla sin funktionsförmåga och därmed fortsätta upprätthålla sina önskade nivåer av sociala sammanhang.

En sämre hälsa bland äldre människor resulterar inte enbart i förändrade sociala kontexter, utan även i förändrade boendeförhållanden. Nyqvist et al. (2013) framhäver att nedsatt hälsa bland äldre ofta resulterar i att boendet i hemmiljön byts ut mot boende på institution. Då individens behov inte längre kan tillgodoses med hemservice och vård i det egna hemmet, är boende på institution ofta den enda tänkbara lösningen. Jämfört med hemmaboende, utgörs gruppen institutionsboende därmed i högre utsträckning av människor med en så pass försvagad hälsa att hemmaboende inte längre utgör ett alternativ. Enligt Russell (2012) utgör individens boendemiljö en plattform för sociala sammanhang. En flytt till institutionsboende ger därmed upphov till en förändrad social arena som kan komma att påverka individens sociala kontakter, sociala stöd och delaktighet.

Utifrån avhandlingens teoretiska referensram och empiriska analys, kan slutsatsen dras att äldre bosatta på institution upplever ensamhet i högre utsträckning än hemmaboende. Resultaten bekräftar att individens ålder inte utgör en risk för ensamhet, utan det är främst ohälsa som äldre i större utsträckning drabbas av, som är en viktig förklaring.

7.2 Metoddiskussion

Ensamhet är ett högst subjektivt och individuellt fenomen, vilket innebär att studier om ensamhet bör tolkas med en viss försiktighet. Individens förväntningar, kultur och normer påverkar hur ensamhet slutligen upplevs (Jansson, 2020). Ensamhet kan med andra ord inte mätas objektivt, vilket i sig innebär en begränsning.

Studiens begränsningar berör även omfattningen av datamaterialet. Andelen institutionsboende som deltagit i GERDA-undersökningen är mycket begränsad. Detta framkom tydligt i den empiriska analysen, där ett flertal av sambanden inte påvisade en statistisk signifikans. De empiriska analyserna där institutionsboende skiljdes åt från hemmaboende bör med andra ord beaktas med försiktighet och ett kritiskt öga. I de fall där den undersökta gruppen bestod av mindre än fem personer, användes Fischers exact test i stället för Chi 2 test.

Sambandet mellan sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade resurser och ensamhet har analyserats med tvärsnittsdata insamlad 2016. Det går med andra ord inte att uttala sig om orsak och verkan.

7.3 Förslag till fortsatt forskning och konklusion

Min studie har påvisat att individens boendeform, kön, civilstånd, sociala relationer, sociala stöd, föreningsdelaktighet och självuppskattade hälsa har ett samband med ensamhet. Individens självuppskattade hälsa och civilstånd påvisade de starkaste sambanden med ensamhet. Ett parförhållande och en god hälsa skyddar med andra ord individen från ensamhet. Individens hälsotillstånd påverkar sociala kontexter, vilket innebär att ett svagt hälsotillstånd kan resultera i att individen inte har möjlighet att uppnå sina önskade nivåer av sociala relationer och kontakter. Det kan till följd av studier konstateras att om individens sociala kontakter inte motsvarar hennes förväntningar, uppstår en risk för växande känslor av ensamhet (Tesch-Roemer & Huxhold, 2019). Äldre bosatta på institution kännetecknas i högre grad av ohälsa än hemmaboende äldre. Det kan till följd av detta konstateras att ensamhet är mer framkommande bland institutionsboende än hemmaboende.

Studier som syftar till att undersöka ensamhet bland specifikt institutionsboende är begränsade. Trots en socialpolitik som i allt högre grad betonar hemmaboende och hemservice, är boende på institution fortfarande tydligt framkommande bland samhällets äldre (THL). Det kan till följd av detta konstateras att det krävs mer omfattande studier som undersöker ensamhet bland specifikt institutionsboende. Forskningens utgångspunkter kunde handla om huruvida samband boendeformen har på upplevelserna av ensamhet och vilka metoder som kunde förstärka den institutionsboendes sociala arena. Min avhandling har precis som tidigare studier, påvisat att sociala kontexter har ett samband till ensamhet. Eftersom nedsatt hälsa visat sig ha ett starkt

samband med ensamhet, bör fortsatt forskning fokusera på hur sociala kontexter kunde bibehållas bland äldre individer som uppvisar nedsatt hälsa.

8 Referenser

- Abrams, D., Russell, P. .S., Vauclair, M., & Swift, H. J. (2011). *Ageism in Europe: Findings from the European social survey*. EURAGE. [https://kar.kent.ac.uk/29733/1/ID10704%20AgeUKAgeism%20Across%20Europe2011%20prepubReport\[1\].pdf](https://kar.kent.ac.uk/29733/1/ID10704%20AgeUKAgeism%20Across%20Europe2011%20prepubReport[1].pdf)
- Atchley, R. C. (1993). Continuity theory and the evolution of activity in later adulthood. I Kelly, J (Red.), *Activity and Aging* (s. 5-16). Sage.
- Bäck, M. (2011). *Socialt kapital och politiskt deltagande i Europa*. [Doktorsavhandling, Åbo Akademi]. Åbo Akademis Förlag. https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72437/back_maria.pdf?sequence=2
- Ernst-Bravell, M. (red.). (2011). *Äldre och åldrande*. Gothia Förlag.
- Chakravarty, S. R. & D'Ambrosio, C. (2006). The measurement of social exclusion. *Review of Income and Wealth*, 52(3), 377-398. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-4991.2006.00195.x> <http://roiw.org/2006/2006-19.pdf>
- Courtin, E. & Knapp, Martin. (2015). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. DOI: 10.1111/hsc.12311 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/hsc.12311>
- Cumming, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of Disengagement*. Basic Books Publishing Inc.
- Dahlberg L., Frank A., Lennartsson C., McKee K., Naseer M. & Rehnberg J. (2020). *Ensamhet bland äldre personer i Norden* (2020:517). Nordisk ministerråd. <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1457841/FULLTEXT01.pdf>
- De Jong Gierveld, J., A. Dykstra, P. & Schenk, N. (2012). Living arrangements, intergenerational support types and older adult loneliness in Eastern and Western Europe. *Demographic Research*, 27, 167–200.
- Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Studentlitteratur.

Eriksson, M. (2012). Socialt kapital och hälsa - förklaringsmodeller och implikationer för hälsofrämjande interventioner. *Socialmedicinsk tidskrift*, 89(4–5), 332-346. <https://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/viewFile/890/715>

Eurostat. (2020). *Befolkningsstruktur och åldrande*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/sv&oldid=502951#Andelen_.C3.A4ldre_forts.C3.A4tter_.C3.B6ka

Förenta nationerna. (2019). *World population ageing 2019*. Department of Economic and Social Affairs Population Division. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>

Forsman, A. K. & Nordmyr, J. (2020). *Att åldras på 2020-talet: Social delaktighet som grund för ett gott åldrande*. Tankesmedjan Agenda. <https://www.agenda.fi/Rapport/att-aldras-pa-2020-talet-social-delaktighet-som-grund-for-ett-gott-aldrande/>

Heu, L. C., van Zomeren, M., & Hansen, N. (2019). Lonely Alone or Lonely Together? Cultural-Psychological Examination of Individualism–Collectivism and Loneliness in Five European Countries. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 45(5), 780–793. DOI: 10.1177/0146167218796793 <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0146167218796793>

Jansson, A. (2020). *Loneliness of older people in long-term care facilities*. [Doktorsavhandling, University of Helsinki]. Helsingin Yliopisto. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/319092>

Kemperman, A., van den Berg, P., Weijs-Perrée, M., & Uijtdewillegen K. (2019). Loneliness of Older Adults: Social Network and the Living Environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3), 1-16. doi:10.3390/ijerph16030406

Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre. (2012/980). <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980>

Melin, E. (2013). *Social delaktighet i teori och praktik - Om barns sociala delaktighet i förskolans verksamhet*. Stockholms universitet. [Doktorsavhandling, Stockholms universitet] <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:606868/FULLTEXT01.pdf>

Nummenmaa, M. (6.9.2021). Pensionärsbarometern: De äldre känner sig ensamma, osäkra och missnöjda med livet – också hälsan har tagit stryk av pandemin. *Svenska Yle*. <https://svenska.yle.fi/a/7-10005588>

Nyqvist, F. (2005). Socialt kapital och hälsa - en forskningsöversikt. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 12(1) 75–89. DOI: 10.3384/SVT.2005.12.1.2629.

Nyqvist, F., Cattan, M., Andersson, L., K. Forsman, A. & Gustafson, Y. (2013). Social Capital and loneliness among the very old living at home and in institutional settings: A comparative study. *Journal of Aging and Health*, 25(6), 1013–1035. DOI: 10.1177/0898264313497508

Nyqvist, F., Nygård, M. & Snellman, F. (2021). Changes in active ageing in a Nordic regional context: Results based on the GERDA study in 2005 and 2016. *International Journal of Social Welfare*, 1–14. DOI:10.1111/ijsw.12480

OECD. (2007). *Human Capital: How what you know shapes your life*. <https://www.oecd.org/insights/37966934.pdf>

Perlman, D. & Peplau, L. A. (1979). Blueprint for a social psychological theory of loneliness. I Cook, M. & Wilson, G. (Red.), *Love and attraction* (99-108). Pergamon. https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Peplau_Perlman_79.pdf

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). Loneliness. *Encyclopedia of Mental Health*, 2(1), 571–581. <https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-98.pdf>

Piskur, B., Daniels, R., J Jongmans, M., Ketelaar, M., Smeets, R., Norton, M. & Beurskens A. (2013). Participation and social participation: are they distinct concepts? *Clinical Rehabilitation*, 28(3), 211–220. DOI: 10.1177/0269215513499029 <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269215513499029>

Riva, P. & Eck, J. (red.). (2016). *Social Exclusion Psychological Approaches to Understanding and Reducing Its Impact*. Springer.

Russell, D. (2012). Living Arrangements, Social Integration, and Loneliness in Later Life: The Case of Physical Disability. *Journal of Health and Social Behavior* 2009, 50(4), 460–475

Sjögren, E. & Kristenson, M. (2002). *Social isolering - Effekt på hälsa och sjukdom samt förekomst i förhållande till kön och socioekonomisk grupp* (2002:2). Folkhälsovetenskapligt Centrum. https://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/28480/2002_2_Social_isolering.pdf

Sotkanet. *Indikatorer 166; 168; 169; 170; 1069; 675; 798; 4160; 799*. <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/index>

- Strang, P. (16.7.2015). Äldre blir sjuka och dör av att lämnas ensamma. *Dagens Nyheter*. <https://www.dn.se/debatt/aldre-blir-sjuka-och-dor-av-att-lamnas-ensamma/>
- Sundström, M. (2020). *Existentiell ensamhet bland sköra äldre personer*. [Doktorsavhandling, Malmö Universitet].
- Svenska akademien ordbok. (2009). *Ensamhet*. Hämtad 9.5.2021 från <https://svenska.se/tre/?sok=ensamhet&pz=1>
- Tesch-Roemer, C. & Huxhold, O. (2019). *Social Isolation and Loneliness in Old Age*. Oxford Research Encyclopedia of Psychology. <https://oxfordre.com/psychology/view/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-393>
- THL. (2020). *Vad är funktionsförmåga?* <https://thl.fi/sv/web/funktionsformagan/vad-ar-funktionsformaga->
- Tornstam, L. (2011). *Åldrandets socialpsykologi*. Norstedt.
- Tornstam, L. (2011). Maturing into gerotranscendence. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 43 (2), 166-180. <https://www.atpweb.org/jtparchive/trps-43-11-02-000.pdf#page=56>
- Victor, C., Scambler, S. & Bond, J. (2008). *The Social World of Older People: Understanding Loneliness and Social Isolation in Later Life*. McGraw-Hill Education.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MIT Press.
- WHO. (1999). *Men Ageing And Health Achieving health across the life span*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf;jsessionid=3AA07677BF2411C8816D6795186374FE?sequence=1
- Wiklund, A. (27.9.2021). Ångest och ensamhet på äldreboende under coronapandemin – vissa boenden har tolkat restriktionerna striktare än nödvändigt. *Svenska Yle*. <https://svenska.yle.fi/a/7-10006458>