

# **Sociala resurser och ensamhet bland äldre**

Ellinor Lillgäls

Magisteravhandling i socialpolitik

Handledare: Fredrica Nyqvist

Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier

Åbo Akademi

Vasa, 2023

Arbetets titel: Sociala resurser och ensamhet bland äldre

Magisteravhandling i socialpolitik

Sidantal (tot): 58

Vasa: Åbo Akademi. Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier

Handledare: Fredrica Nyqvist

Vi ser utgående från befolkningsprognoser att andelen äldre i samhället ökar och ensamhet är något som allt oftare lyfts fram i både media och politiken. Att studera ensamhetens utsträckning bland de äldre i Finland blir därför ett aktuellt tema. Genom att fokusera på sociala resurser får vi en kunskap om hur sociala resurser och ensamhet samverkar med varandra. Därför är syftet med denna avhandling att studera sociala resurser och upplevd ensamhet för att se om det finns ett samband mellan sociala resurser och ensamhet bland äldre. Avhandlingen syftar till att skapa en bild av hur ensamheten ser ut bland de äldre i Finland och på vilket sätt sociala resurser spelar in på den upplevda ensamheten genom att undersöka upplevd ensamhet och de äldres sociala nätverk och sociala stöd.

I avhandlingen besvaras följande forskningsfrågor; I vilken utsträckning upplevs ensamhet bland äldre i Österbotten? Finns det ett samband mellan sociala resurser i form av sociala nätverk och socialt stöd och upplevd ensamhet bland äldre i Österbotten? Ser detta samband olika ut mellan kvinnor och män och mellan yngre äldre och de allra äldsta i Österbotten?

Den empiriska undersökningen som gjorts i avhandlingen baserar sig på GERDA-undersökningen från år 2016 i Finland i Österbotten och i Seinäjoki i Södra Österbotten. I avhandlingen kommer i huvudsak Österbotten att användas för att benämna region. Undersökningar gjorts genom enkäter som skickats ut till personer födda år 1930, 1935, 1940, 1945 och 1950. Ur den ursprungliga enkäten har variabler valts ut som representerar upplevd ensamhet, sociala resurser genom frågor kring det egna sociala nätverket och socialt stöd. Utöver dessa variabler har även sociodemografiska bakgrundsfaktorer som kön, ålder, civilstånd, utbildning och språkgrupp inkluderats. Som utfallsvariabel i analyserna har frågan; "Lider Du av ensamhet?" fungerat. Även en variabel som mäter de äldres självskattade hälsa har använts i den empiriska undersökningen, för att få en bild av hur de äldre upplever sitt hälsotillstånd. Vid bearbetning och omkodning av variablerna samt den statistiska analysen samt slutligen den logistiska regressionsanalysen har programmet IBM SPSS statistics version 26 använts. Den empiriska undersökningens resultat presenteras i form av fem olika tabeller som besvarar avhandlingens forskningsfrågor.

Resultatet visar att 10,2 % av respondenterna i Österbotten upplever ensamhet. I studien framkommer att det finns ett samband mellan socialt stöd och ensamhetsupplevelser. Däremot framkommer i studien att de äldre i Österbotten med ett starkt socialt nätverk upplever mer ensamhet än de med ett svagt socialt nätverk, vilket är ett oväntat resultat i jämförelse med teori och tidigare forskning. I resultatet framkommer även att civilståndet och hälsa har ett samband med upplevd ensamhet bland de äldre i Österbotten. Att vara i ett förhållande och att ha en god hälsa har ett samband med upplevd ensamhet. En begränsande faktor för studien var att man enbart kan se samband med upplevd ensamhet och inte vilka de påverkande faktorerna var.

Sökord / indexord: Ensamhet, Sociala resurser, Sociala nätverk, Socialt stöd, Yngre äldre, Allra äldsta, Österbotten, Pohjanmaa

## Innehåll

1 Inledning.....	1
1.1. Bakgrund .....	1
1.2. Syfte och frågeställningar.....	3
1.3. Avgränsningar .....	4
1.4. Disposition .....	5
2 Teoretisk referensram.....	6
2.1. Ensamhet .....	6
2.2 Sociala resurser.....	8
2.2.1 Socialgerontologiska utgångspunkter.....	9
2.2.2 Socialt kapital .....	11
2.2.3. Sociala nätverk och socialt stöd .....	13
3 Tidigare forskning .....	14
3.1. Andelen ensamma äldre .....	14
3.2. Åldersrelaterade riskfaktorer och konsekvenser av ensamhet.....	16
3.3. Könsskillnader i ensamhet.....	19
4 Förebyggande arbete och interventioner bland äldre .....	21
4.1. Förebyggande arbete .....	22
4.2. Interventioner .....	23
5 Metod .....	25
5.1. Val av metod .....	25
5.2. Datamaterial .....	26
5.3. Avgränsningar .....	27
5.4. Databearbetning och analys.....	27
5.4.1. Databearbetning.....	27
5.4.2. Analys.....	30
5.5 Validitet, reliabilitet och etiska aspekter .....	30
6 Resultat.....	31
7 Sammanfattande diskussion .....	42
7.1 Resultatdiskussion.....	42
7.2. Metoddiskussion.....	45
7.3. Konklusion och förslag till fortsatt forskning .....	46
Källförteckning.....	48

## Tabeller

Tabell 1. Omkodade svarsalternativ och fördelningsprocenter (%) bland äldre enligt GERDA-undersökningen från år 2016. (n=4994) .....	33
Tabell 2. Fördelning (%) och antal (n) av upplevd ensamhet enligt de sociodemografiska, hälsorelaterade och sociala faktorerna bland yngre äldre och de allra äldsta enligt GERDA-undersökningen från år 2016.....	35
Tabell 3. Logistisk regressionsanalys av upplevd ensamhet bland äldre år 2016 enligt GERDA-undersökningen (n=4526). Resultaten presenteras som oddskvoter (OK) och 95 % konfidensintervall (KI).....	37
Tabell 4. Logistisk regression av upplevd ensamhet bland äldre enligt kön. Resultaten presenteras som oddskvoter (OK) och 95 % konfidensintervall (KI). (Män=1995, kvinnor=2531).....	39
Tabell 5. Logistisk regression av upplevd ensamhet bland äldre enligt åldersgrupperna, yngre äldre och allra äldsta (n=4994). Resultaten presenteras som oddskvoter (OK) och 95 % konfidensintervall (KI).....	41

## Bilagor

- Bilaga 1. Förteckning över de ursprungliga svarsalternativen och fördelningsprocenterna för de sociodemografiska variablerna, utfallsvariabel och variabel för hälsa.
- Bilaga 2. Förteckning över de ursprungliga svarsalternativen och fördelningsprocenterna för de sociala variablerna.

# 1 Inledning

I detta kapitel beskriver jag bakgrunden till avhandlingens tema. Därefter presenteras avhandlingens syfte, frågeställningar och avgränsningar. I kapitlet redogörs även för avhandlingens disposition.

## 1.1. Bakgrund

Ensamhet är en aktuell fråga runt om i världen trots att det aldrig tidigare funnits så många olika sätt till att få kontakt med andra människor som det finns idag. Rädslan för att uppleva ensamhet har vuxit och blivit allt mer uppmärksammas. Konsekvenserna av ensamhet har bidragit till att länder runt om i världen börjat bekämpa och förebygga ensamhet genom olika politiska agendor. Storbritannien utvecklade en strategi kring ensamhet och ensamhetens utmaningar genom att vara det första landet i världen att tillsätta en ensamhetsminister år 2018. Även i Norden har man vidtagit åtgärder för att bekämpa ensamheten genom strategier och projekt som arbetar för att minska och förebygga ensamhet inom den egna nationen (Dahlberg, 2020; Prohaska, Burholt, Burns, m.fl., 2020). Att uppleva ensamhet är något som alla någon gång kommer att få erfarenhet av under sitt liv. Upplevelsen av ensamhet är olika hos varje människa, ensamheten kan vara både ofrivillig och självvald av individen (Dahlberg, 2009).

Under år 2021 utsågs Finland återigen till att vara det lyckligaste landet i världen enligt World Happiness Report (Helliwell, Huang, Wang & Norton, 2021). Trots att finländarna anses vara de lyckligaste människorna i världen uppger 400 000 finländare att de känner sig ensamma ofta eller ibland utgående från Helsingforsmissionens (2017) undersökning kring ensamhet. Så även om finländarna anses vara de lyckligaste människorna i världen förekommer även ensamhet bland befolkningen.

Ensamhet upplevs inom alla åldrar, i avhandlingen kommer ensamhetupplevelser bland de äldre att behandlas. Med den växande oron kring ensamhetens konsekvenser i samhället har forskningen kring ensamhet bland äldre personer ökat i höginkomstländerna (Prohaska, Burholt, Burns, m.fl., 2020). Vi har i Finland en växande åldersgrupp av äldre medborgare som kommer fortsätta att öka medan allt färre barn föds i landet. I slutet av år 2019 var antalet äldre över 70 år totalt 874 314 personer och av dessa var 503 909 kvinnor och 370 405 män. Under

de senaste tre åren har antalet äldre över 70 år ökat med 100 000 personer (Statistikcentralen, 2020). I Finland ser vi även en ökning av de allra äldsta som fyllt 100 år. Under år 2020 steg antalet äldre som fyllt 100 år till 1000 personer och antalet ökade ytterligare i slutet av året till 1038 personer och av dessa 100-åringar och äldre var 886 kvinnor och 152 är män (Findikator, 2021). Enligt Statistikcentralen (2018) utgjorde äldre över 85 år 2,7 % av den finländska befolkningen, det har under de senaste årtiondena skett en procentuell ökning bland den äldre befolkningen. Under år 1950 var enbart 0,2 % av befolkningen över 85 år gamla (Statistikcentralen, 2020).

Hur ser ensamheten ut bland de äldre i Finland? Undersökningar från 2018 visar på att äldre personer och personer i enpersonshushåll upplever mest ensamhet i Finland. Av de äldre som fyllt 75 år uppgav 7,3 % att de känner sig ensamma hela tiden eller största delen av tiden och 28,7 % uppgav att de känner sig ensamma åtminstone ibland (Statistikcentralen, 2019). Enligt Statistikcentralen (2016) ökade antalet ensamboende personer mest i åldersgruppen över 65 år med mer än 10 000 personer vilket kan bero på att de äldre ofta blir ensamstående genom partners bortgång.

Eftersom avhandlingen behandlar sociala resurser och ensamhet bland äldre behöver begreppet äldre förklaras. Utgående från finsk lagstiftning beskrivs äldre i §3, lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (2012), på följande vis:

*Äldre befolkning* den del av befolkningen som är i en ålder som berättigar till ålderspension. *Äldre person* en person vars fysiska, kognitiva, psykiska eller sociala funktionsförmåga är nedsatt på grund av sjukdomar eller skador som har uppkommit, tilltagit eller förvärrats i och med hög ålder, eller på grund av degeneration i anslutning till hög ålder

I avhandlingen lyfts både ensamhet och sociala resurser fram och syftet är att ta reda på om det finns ett samband mellan dessa två faktorer. Jansson (2020) påpekar att sociala relationer har en koppling till upplevd ensamhet. När människan åldras sker förändringar och genom socialgerontologiska teorier förklaras de fysiska, psykiska och kognitiva förändringarna som sker i och med åldrandet. Det sociala behovet hos människan förändras ju äldre vi blir och sociala resurser bidrar till att främja och minska på ensamhet och social isolering bland äldre.

Den sociala ensamheten uppstår vid avsaknad av sociala relationer och när individens sociala behov inte uppfylls, därav har den sociala ensamheten en stark koppling till människans sociala behov (Andersson 2013; Tornstam, 2010). För att kunna uppnå ett framgångsrikt åldrande har det sociala livet och en god tillgång till sociala relationer en viktig roll (ten Bruggencate, Luijckx & Sturm, 2018).

Socialt kapital är en del av de sociala resurserna. Det sociala kapitalet fokuserar på ömsesidiga förhållandena och den sociala tillit som råder mellan individer och olika människogrupper (Hyypä, 2007). För att klara av det vardagliga livet behöver vi människor ha social kontakt till andra. Vi har ett grundläggande behov av att känna oss älskade och behövda av andra och därför utgör sociala relationer och resurser en grund för människans välbefinnande, hälsa och överlevnad (Agahi, Lennartsson, Österman & Wånell, 2010). När vi hanterar motgångar i vårt liv fungerar socialt stöd som en viktig resurs för individen (Starrin, 2011). Forskning har visat att det finns en ökad risk för dödlighet bland de individer som har få sociala relationer av svag kvalitet. Avsaknad av sociala relationer och relationer av svag kvalitet har allt oftare visat sig vara riskfaktorer för både sjukdom och dödlighet (Sugisawa, Liang & Liu, 1994).

## 1.2. Syfte och frågeställningar

Syfte med denna avhandling är att studera sociala resurser och upplevd ensamhet bland äldre och om sociala resurser har ett samband med ensamhet. Intresset för den äldre människan och åldrandet har vuxit under mina arbetsår inom äldreomsorgen. Jag har under de senaste fem åren märkt av i mitt arbete inom hemvården att många klienter som fortfarande bor hemma känner sig ensamma.

Under mina magisterstudier inom socialpolitiken väcktes intresset för sociala resurser och hur tillgången till socialt kapital i form av sociala nätverk och socialt stöd påverkar vårt välmående. Intresset väcktes för att ta reda på om sociala resurser kan ha en positiv inverkan på upplevd ensamhet bland äldre och om man till och med genom sociala resurser kan förebygga ensamhet bland de äldre.



I min avhandling har jag valt att fokusera på sociala resurser och ensamhet för att undersöka om det finns ett samband mellan dessa två och om sociala resurser eventuellt kan påverka och förebygga upplevelsen av ensamhet. Jag vill även ta reda på om ensamhetsupplevelser bland äldre skiljer sig åt mellan yngre äldre (66–76 år) och de allra äldsta (81–86 år) och om ensamhetsupplevelserna ser olika ut bland kvinnor och män.

Följande forskningsfrågor besvaras i denna avhandling:

- I vilken utsträckning upplevs ensamhet bland äldre i Österbotten?
- Finns det ett samband mellan sociala resurser i form av sociala nätverk och socialt stöd och upplevd ensamhet bland äldre i Österbotten?
- Ser detta samband olika ut mellan kvinnor och män och mellan yngre äldre och de allra äldsta i Österbotten?

### 1.3. Avgränsningar

Avhandlingens forskningsområde har avgränsats geografiskt i den empiriska studien till enbart Finland. Genom GERDA-materialet från år 2016 som används som data i avhandlingen fokuserar jag på sociala resurser och ensamhet bland äldre i Österbotten och i Seinäjoki i Södra Österbotten. I huvudsak kommer Österbotten användas för att benämna regionen. I metodkapitlet beskrivs datamaterialet GERDA mera detaljerat och även hur det har avgränsats i studien. Den tidigare forskningen som lyfts fram i kapitel tre behandlar både nationell och internationell forskning inom avhandlingens tematik. Tillgången till nationell forskning är begränsad och därför har jag valt att även inkludera internationell forskning kring sociala resurser och ensamhet för att få en bredare kunskap kring hur ensamheten ser ut bland äldre och om sociala resurser och ensamhet har ett samband till varandra.

I avhandlingen är det större fokus på de yngre äldre (66–86 år) som fortfarande bor hemma. Det förekommer även en del tidigare forskning där även de allra äldsta är inkluderade. I den empiriska studien inkluderas yngre äldre i åldersgruppen 66, 71, 76, 81 och 86 år som fortfarande bor hemma, en liten bråkdel av respondenterna i den empiriska studien bor på

serviceboende. I den empiriska studien kommer åldrarna på respondenterna (66, 71, 76, 81 och 86 år) delas upp i två skilda kategorier, yngre äldre vilka inkluderar 66-, 71- och 76-åringarna och allra äldsta 81- och 86-åringarna för att kunna jämföra skillnaderna i upplevd ensamhet mellan de olika åldersgrupperna.

Tematiken i avhandlingen berör ensamhet och sociala resurser bland äldre. I den teoretiska referensramen likställs inte ensamhet med social isolering, utan fokus är på avsaknad av sociala resurser vilket inkluderar sociala nätverk och socialt stöd, vilka ingår som sociala centrala delar i teorin kring socialt kapital.

## 1.4. Disposition

Kapitel ett är det inledande kapitlet för avhandlingen där bakgrunden till valet av avhandlingens tematik presenteras. Temat ensamhet är ett aktuellt ämne och i bakgrunden lyfts statistik och befolkningsprognoser över andelen äldre i Finland fram och avhandlingens teoretiska referensram presenteras även. En begreppsförklaring över vem den äldre människan är framkommer i avhandlingens bakgrund.

I kapitel två presenterats avhandlingens teoretiska referensram. De teorier som presenterats är teorier kring ensamhet, socialgerontologiska teorier och teorier kring socialt kapital. Dessa teorier som presenterats kopplas samman med avhandlingens tematik kring ensamhet bland äldre med fokus på sociala resurser.

Kapitel tre behandlar tidigare forskning kring ensamhet, socialt kapital och förebyggande arbete. Den tidigare forskningen kring ensamhet som presenteras lyfter fram andelen ensamma äldre, hur ensamhet bland äldre ser ut, finns det skillnader mellan könen gällande upplevd ensamhet och vilka konsekvenser har ensamheten för de äldre.

I kapitel fyra presenteras hur man kan arbeta förebyggande för att minska och lindra på ensamhet bland äldre genom förebyggandearbete och interventioner. I kapitlet lyfts tidigare forskning om förebyggande arbete och interventioner bland äldre upp.

I det femte kapitlet presenteras valet av metod. Datamaterialet GERDA som används i den empiriska studien presenteras och även valet av den kvantitativa analysmetoden. Kapitlets syfte är att ge läsaren en uppfattning om hur forskningsprocessen har gått till och hurudant datamaterial som har analyserats.

I kapitel sex presenteras resultatet från den empiriska undersökningen i form av fem olika tabeller. Vartefter varje tabell ges en kort sammanfattning av resultatet som framkommit i analysen.

Kapitel sju är det avslutande kapitlet där resultatet presenteras och diskuteras. Undersökningens resultat diskuteras mera utförligt och jämförs med teorin som lyfts fram i avhandlingen och tidigare forskning inom området. Valet av metod och förslag på vidare forskning diskuteras i slutet av kapitlet.

## 2 Teoretisk referensram

Avhandlingens teoretiska referensram innefattar teorier kring ensamhet, socialgerontologi och socialt kapital, dessa tre teorier fungerar som grundstenar för avhandlingens tematik. Teorier kring ensamhet lyfts fram för att få en förståelse för hur ensamheten tar sig i uttryck och hur sociala resurser samverkar med ensamhet. De socialgerontologiska teorierna förklarar hur människan åldras och vilka förändringar som sker genom åldrandet. Genom de socialgerontologiska teorierna får man en förståelse för hur åldrandet och ensamhet hör samman och även hur det sociala behovet förändras genom att människan åldras.

Åldrandet har en inverkan på den sociala strukturen kring individen, vilket kan inverka på upplevelsen av ensamhet bland de äldre. Teorierna kring socialt kapital behandlar de sociala resurserna människan har i sitt liv. Socialt kapital innefattar både sociala nätverk och socialt stöd vilka båda inverkar på individens välmående. I avhandlingens empiriska studie kommer sociala nätverk och socialt stöd fungera som variabler i undersökningen kring upplevd ensamhet bland äldre med fokus på sociala resurser.

### 2.1. Ensamhet

Ensamhet är något som hör livet till och alla människor upplever ensamhet någon gång under sitt liv. Ensamhet är för människan en individuell upplevelse, vilket gör att vi alla upplever ensamhet på olika sätt (Dahlberg, 2009; Jönson & Harnett 2015; Nyqvist, Cattan, Andersson, Forsman & Gustafson, 2013). Ensamhet är ett begrepp som saknar en fast definition. Ofta

beskrivs ensamhet som en subjektiv upplevelse i form av en negativ känsla. Ensamhet kan ses som ett allmänt fenomen, som upplevs individuellt och saknar en fast definition (Dehlin, Hagberg, Rundgren, Samuelsson & Sjöbeck, 2000; Tiilikainen & Seppänen, 2017).

Ensamhet beskrivs enligt Nyqvist m.fl. (2013) ofta som ett subjektivt fenomen som för individen känns obehagligt och oroande. Perlman och Peplau (1982) menar att ensamhet kan vara en livslång erfarenhet eller så är ensamheten relaterad till faktorer beroende av situationen och pågår under en övergående period. Dehlin m.fl. (2000) påpekar att man måste skilja på den subjektiva och objektiva ensamheten. Den subjektiva ensamheten förklarar hur individen själv upplever sin situation och sin ensamhet medan den objektiva ensamheten beskriver hur det är att vara ensam och isolerad från andra individer och samhället.

I avhandlingen förekommer både begreppen ensamhet och social isolering. Ensamhet och social isolering är två begrepp som ofta används tillsammans. Med social isolering avses objektiv frånvaro eller brist på kontakter och interaktioner mellan en person och ett socialt nätverk (Gardiner, Geldenhuvs & Gott, 2016). Perlman och Peplau (1982) påpekar att man inte bör sammankoppla ensamhet med social isolering eftersom social isolering kan användas mer som ett objektivt mått på sociala relationer (Dahlberg, 2020).

Det finns olika perspektiv på hur man kan se på ensamhet. Till följande kommer social och emotionell ensamhet att förklaras. Weiss (refererad i Andersson, 2013, 392) diskuterar både social och emotionell ensamhet. Den emotionella ensamheten innebär avsaknad av intimitet och närhet i sitt liv, medan Gaev (refererad i Tornstam, 2010, 167) definierar emotionell ensamhet som nedstämdhet och individens önskan efter intimitet och närhet. Den emotionella ensamheten uppstår alltså när individens behov av närhet och intimitet inte uppfylls. Även Dahlberg (2013) diskuterar den emotionell ensamheten och beskriver den genom människans avsaknad av närhet och intima relationer till andra individer.

de Jong Gierveld m.fl., (2006) beskriver att den emotionella ensamheten uppstår vid en förlust av en partner genom dödsfall eller skilsmässa. Den emotionella ensamheten ger människan en känsla av tomhet och övergivenhet. En emotionell ensamhet går enbart att bli av med genom att fylla den tomhet som man upplever genom att ingå en ny intim relation. Den emotionella ensamheten efter en förlust av en partner eller genom skilsmässa kan inte lindras genom stöd och medkänsla från den egna familjen och de egna vännerna. Tomheten man upplever måste fyllas med en ny intim relation för att individen ska bli av med den emotionella ensamheten.

Social ensamhet enligt Weiss (refererad i Andersson, 2013, 392) innebär bristen på sociala relationer i sitt liv. Gaev (refererad i Tornstam, 2010, 167) menar att social ensamhet uppstår när individen inte får sitt behov av att vara delaktig och en del av samhället uppfyllt. Dahlberg (2020) diskuterar de två dimensionerna av ensamhet. Att uppleva emotionell ensamhet innebär att man saknar en upplevelse av att ha en förtrogen vän eller intimitet. Social ensamhet innebär att man saknar upplevelsen av sociala relationer, som att inte tillhöra en grupp eller ett sammanhang. Även de Jong Gierveld, m.fl. (2006) lyfter fram att den social ensamheten uppstår när man saknar sociala kontakter och inte känner att man tillhör någon grupp. Dahlberg (2020) diskuterar hur man kan mäta ensamhet utgående från emotionell och social ensamhet. Ensamhet kan mätas genom att aningen ställa en enkel fråga kring känslan av ensamhet eller genom att tillämpa en skala som mäter ensamhet genom ett flertal olika frågor kring ensamhet. Skalorna som mäter ensamhet kan innehålla två olika dimensioner, den ena mäter emotionell ensamhet och den andra den sociala ensamheten.

Det finns även ett tredje perspektiv att se på ensamhet. Moustakas (refererad i Andersson, 2013, 390) diskuterar den existentiella ensamheten. Denna existentiella ensamhet är alltid sammankopplad med människans existens. Strang (2013) skriver att människan föds ensam och dör ensam och därför är ensamheten en av människans grundläggande villkor. Genom den existentiella ensamheten får människan en förståelse för vem man själv är (Jönson & Harnett, 2015). Ensamheten är något som följer oss genom hela livet, vilket stämmer in på Moustakas sammankoppling mellan människans existens och ensamhet. Moustakas (refererad i Andersson, 2013, 390) ser även någonting positivt med ensamhet. Ensamheten ger människan möjlighet till att mogna, utvecklas och vara kreativa.

## 2.2 Sociala resurser

De sociala resurserna lyfts fram inom den teoretiska referensramen för att skapa en förståelse för hur de socialgerontologiska teorierna förklarar åldrandet och hur det sociala behovet eventuellt förändras genom att människan blir äldre. Sociala resurser i form av socialt kapital, vilket inkluderar sociala nätverk och socialt stöd har en viktig aspekt i avhandlingens empiriska studie där jag undersöker om ensamhet och sociala resurser har ett samband till varandra.

Starrin (2011) påpekar att socialt kapital sett ur en folkhälsovetenskaplig synvinkel fungerar som ett paraplybegrepp för sociala nätverk, socialt stöd, social sammanhållning och social integration. Det är det sociala kapitalet i form av sociala relationer som länkar och sammanbinder människorna till varandra.

### 2.2.1 Socialgerontologiska utgångspunkter

De socialgerontologiska teorierna ger oss en förklaring på hur människan förändras i och med åldrandet. Människans sociala behov förändras vart efter att vi blir äldre vilket gör att behovet av sociala resurser också förändras. De socialgerontologiska teorierna och upplevd ensamhet bland äldre kan ha en koppling till varandra. Nedan kommer några socialgerontologiska teorier att presenteras och hur dessa inverkar med upplevd ensamhet bland äldre. Tornstam (2010) påpekar att man bör komma ihåg att teorier inte alltid stämmer överens med empirin. Enligt de socialgerontologiska teorierna kan man få den uppfattningen om att en stor del av den äldre befolkningen upplever ensamhet trots att forskningen tyder på annat. I och med att vi åldras sker förändringar fysiskt, psykiskt och socialt. Förändringarna som sker i och med åldrandet kan leda till ensamhetsupplevelser (Tornstam, 2010).

Rollteorins inverkan på ensamhet bland äldre diskuteras av Tornstam (2010). I och med att människan blir äldre förloras även olika roller vi haft under livsloppet, som exempelvis vid pensioneringen förlorar individen sin yrkesroll som tidigare varit en stor del av livet. I och med att man förlorar en roll påverkas självuppfattningen om vem man är som människa vilket kan leda till ensamhet och isolering eftersom man mister en del av sin identitet genom att förlora en roll man haft under en längre tid i sitt liv.

Dahlberg (2010) menar att den ensamhet som individen upplever för stunden kan vara påverkad av tidigare upplevelser och även påverka individens framtid vilket kan kopplas samman med livsloppsteorin. Malmberg och Ågren (2013) förklarar livsloppsteorin som ett sätt att se på den äldres livserfarenheter, sociala förändringar och historiska händelser som ägt rum under livets gång och som har påverkat den äldres liv. Även Jönson och Harnett (2015) finner ett samband mellan livsloppsteorin och ensamhet. Livsloppsteorin lyfter fram att en människa kan ha upplevt ensamhet flera gånger under människans liv.

Genom att vi människor åldras förändras även vårt sociala behov och våra sociala relationer. Teorin kring konvojmodellen (Convoy model) som Antonucci utformat förklaras de sociala förändringarna som sker när människan åldras. Konvojmodellen innefattar de stödjande relationer som omringar individen. Relationerna följer med individen under hela livsloppet och det råder en variation mellan de olika relationerna. Variationer kan man se på strukturen, närheten, funktionen och kvaliteten bland relationerna. Konvojernas struktur, funktion och kvalitet påverkas av individens ålder och kön samt situation (Antonucci, Ajrouch & Birditt, 2014).

De sociala relationerna enligt Antonucci m.fl., (2014) anses vara viktiga under specifika tidpunkter i människans liv. Dock bygger de sociala relationerna på tidigare erfarenheter och har därför en betydelse över längre tid. Människor kan över hela livsrymden enkelt definiera de nära och viktiga relationerna de har i sitt liv. Sociala relationer kan mellan olika befolkningsgrupper ses som universella med unika kulturella attribut.

Konvojmodellen som Antonucci utformat har bidragit till teoretiska framsteg i studier kring sociala relationer. Antonucci m.fl., (2014) påpekar att sociala relationer i sin grundläggande form inkluderar struktur, typ och kvalitetsdimensioner. Tidigare ansåg man mängden av sociala relationerna viktigare än kvaliteten, det vill säga att antalet och mängden sociala relationer var det mest betydande. Men senare bedömdes kvaliteten på de sociala relationerna vara viktigare än mängden av relationer. Kvantiteten och kvaliteten på de sociala relationerna har en stark och viktig koppling till varandra. Det är viktigt att ha många sociala relationer som av hög kvalitet.

Enligt konvojmodellen ger relationerna som finns kring individen i det personliga nätverket socialt stöd (ten Bruggencate, Luijckx & Sturm, 2018). Relationerna kan delas in i olika cirklar som omringar individen. Det består av nära relationer, närmare relationer och slutligen den allra närmsta relationen. ten Bruggencate m.fl., (2018) påpekar att med åldern minskar antalet relationer i konvojerna och speciellt minskar det i den allra närmsta cirkeln.

Den socioemotionella selektivitetsteorin har utformats av Laura Carstensen. Denna teoretiska modell menar att med ökad ålder blir människan mera selektiva och kritiska kring valet av socialt umgänge och social aktivitet. En process av strategiskt urval sker baserat på individens ålder och tidigare erfarenheter. Man väljer de sociala relationer som ger bäst känslomässig tillfredsställelse, vilket gör att man med en ökad ålder har mera erfarenhet och utgående från

det väljer mera selektivt sina sociala relationer. (Carstensen, 1992). Socioemotionell selektivitetsteori är en livsloppsmodell över det socioemotionella åldrandet vilket visar på en minskad social aktivitet i vid högre ålder (Carstensen, 1991).

Både konvojmodellen och den socioemotionella selektivitetsteorin hävdar att de sociala nätverkens omfång minskar i och med att människan åldras. Specifikt minskar antalet relationer i den yttersta cirkeln inom det sociala nätverket. Familjen och de närmsta vännerna blir de viktigaste relationerna i nätverket när människan åldras. Konvojmodellen lyfter fram förändringen i de sociala rollerna som en betydande faktor för åldringsprocessen hos människan. Den socioemotionella selektivitetsteorin påpekar att med ökad ålder utvecklas och ökar motivationen för de äldre att upprätta hålla de meningsfulla och känslomässiga relationerna och att minska på de mindre viktiga relationerna i den äldres liv. Man vet att tiden är begränsad och väljer att fokusera på det viktigaste relationerna i sitt liv (ten Bruggencate, Luijkx & Sturm, 2018).

Bland äldre har man sett samband mellan gott välmående och ett tillfredsställt socialt behov. Det behövs dock en bättre översikt över de varierande sociala behoven bland den mångskiftande äldre befolkningen (ten Bruggencate, Luijkx & Sturm, 2018). För äldre har stödjande relationer en viktig funktion. Bland äldre stärker social tillhörighet den fysiska hälsan, det psykiska välmående, immunförsvaret och förebygger dödlighet. De stödjande relationerna kring individen byggs upp och stärks under livets gång och att upprätthålla nära band till familj och vänner har för den äldre människan en större betydelse jämfört med yngre (Carstensen, 1991).

### 2.2.2 Socialt kapital

Socialt kapital är en del av sociala resurser och är ett omfattande begrepp enligt Hyypä (2007). Socialt kapitalet fokuserar på ömsesidiga förhållandena och den sociala tillit som råder mellan enskilda och grupper av individer. Robert Putnam (2000) menar att grunden för socialt kapital är att sociala nätverk har ett värde och att sociala kontakter har en inverkan på produktiviteten både hos individer och bland olika grupper. Socialt kapital och sociala nätverk är två begrepp som hör ihop med varandra eftersom sammankopplingar mellan individer som socialt kapital hänvisar till skapar sociala nätverk. Hyypä (2007) lyfter fram socialt kapital som normer och sociala relationer vilka man finner djupt rotade i samhällets sociala strukturer.



Socialt kapital kan ses som *strukturellt* och *kognitivt*. Inom hälsoforskningen har exempelvis åtskillnaden av socialt kapital varit en central del och det har framkommit att strukturellt och kognitivt socialt kapital har en inverkan på individens hälsa. Inom det strukturella sociala kapitalet är den viktigaste indikatorn det sociala nätverket. Strukturellt socialt kapital beskriver de relationer, nätverk och institutioner som gör det möjligt för enskilda och grupper av individer att samarbeta och skapa interaktioner. Inom det kognitiva sociala kapitalet är den viktigaste indikatorn tillit. Denna aspekt av socialt kapital håller fokus på förtroende, tillit, attityder och samspel, samt att det kognitiva sociala kapitalet beskriver kvaliteter på relationer mellan människor (Sundback & Nyqvist, 2010).

Socialt kapital är enligt Coleman (1988) definierad av dess funktion. Socialt kapital består inte enbart utav en enhet utan flera enheter. Gemensamt för dessa enheter är att de alla består av någon aspekt av sociala strukturer och enheternas handlingar underlättar för vissa aktörer inom den sociala strukturen. Coleman (1988) menar att socialt kapital fungerar som en resurs som finns tillgänglig för de medverkande. De medverkande kan vara enskilda individer, större kollektiv eller organisationer. Socialt kapital hjälper medverkarna att uppnå mål och att åstadkomma det som vore omöjliga att nå utan det sociala kapitalet.

Coleman (1988) påpekar att liksom andra former av kapital är socialt kapital inte fullständigt föränderligt. Inom det sociala kapitalet riktar sig en resurs eller enhet till specifika former av aktiviteter. Detta betyder att en form av socialt kapital som gynnar vissa handlingar kan i andra fall vara helt oanvändbar eller till och med skadliga i andra former av aktivitet.

Genom aktivt deltagande i föreningsliv fås socialt stöd och individen får en meningsfull fritid. Kuusela (2011, 212) hänvisar till Putnam som menar att det sociala kapitalet i samhället skapas genom deltagande i diverse sociala aktiviteter. Socialt kapital har en funktion att sammanbinda och förstärka identiteten i en homogengrupp, i detta fall de äldre. Det sociala kapitalet har en funktion att överbygga och omfatta individer från olika sociala gränslinjer. Kuusela (2011) påpekar vikten av ett aktivt föreningsliv bland äldre, genom föreningsliv skapas nya sociala nätverk vilket har en positiv inverkan på den äldre individen.

### 2.2.3. Sociala nätverk och socialt stöd

Som den del av teorin kring socialt kapital hör sociala nätverk och socialt stöd. Gemenskap är grunden för sociala nätverk och banden som håller ihop det sociala nätverket är enligt Hyypä (2007) antingen fasta eller lösa. Människans sociala nätverk kan bestå av både starka och svaga band till andra individer. Starka och svaga sociala nätverk har båda en värdefull betydelse för människan (Hyypä, 2007). Sociala relationer ses generellt bestå av två komponenter; sociala nätverk och socialt stöd. Sociala nätverk är ofta definierade av dess existens och mängden av relationer (Sugisawa, Liang & Liu, 1994). Även om man relationer och ofta har kontakt med andra människor i sitt liv behöver inte det betyda att man inte skulle uppleva ensamhet. Gällande relationer är kvaliteten på relationen viktigare än kvantiteten det vill säga mängden relationer (Jansson, 2020).

Socialt stöd anses enligt Hyypä (2007) innebära känslomässigt och praktiskt stöd som fås av andra individer inom den egna omkretsen. Socialt stöd används ofta för att hänvisa till relationernas kvalitet eller funktionella innehåll (Sugisawa, Liang & Liu, 1994). Socialt stöd kan definieras som individuella uppfattningar om allmänt och specifikt stöd från människor i det egna sociala nätverket. Det sociala stödet förbättrar välmående och funktionsförmågan hos individen (Kilpatrick Demaray & Malecki, 2002).

Under hela människans liv formas och utvecklas relationer man har till andra som familj, vänner och grannar. Relationernas styrka och betydelse varierar, vissa relationer är starkare än andra. Meningsfulla och viktiga relationer skapar en god grund för ett gott och meningsfullt liv. Vid brist på meningsfulla och goda relationer kan ensamhet uppstå (Tiilikainen & Seppänen, 2017). de Jong Gierveld m.fl., (2006) lyfter fram partners betydelse. Det sociala nätverkets struktur har en nära sammankoppling till parrelationer. En partner fungerar som nyckelperson i det sociala nätverket. Styrkan och storleken på de sociala nätverken har en inverkan på om individen har en intim relation med en partner eller om en sådan saknas. Att bo ensam har visat sig ha en koppling till ett mindre socialt nätverk. Utanför det familjära sociala nätverket finns vänner och bekanta, relationerna till vänner och bekanta utgör en viktig social resurs för individen och detta sociala nätverk kallas samverkande nätverk. De samverkande nätverken reducerar risken för att bli socialt isolerad och uppleva ensamhet. Att enbart ha homogena sociala nätverk i form av familj har en ökad risk av att uppleva ensamhet och social isolering. (de Jong Gierveld m.fl., 2006).

Agahi, m.fl., (2010) diskuterar ämnet sociala nätverk och dess inverkan på äldres välmående. Sociala nätverk består av relationer mellan individer och dessa relationer kan ha varierande styrka och täthet. Sociala nätverk kan förutom att bestå av familjen, nära vänner, grannar även bestå av fritidsföreningar eller organisationer. Strang (2014) påpekar människans behov av att känna gemenskap och samhörighet och att ensamhetsupplevelser kan motverkas av gemenskap och samhörighet.

Människans hälsa påverkas positivt av att ha social kontakt med andra människor. Familj och släkt förblir viktiga sociala nätverk för den äldres välmående och hälsa under åldrandet. Genom åldrandet minskar även storleken på individens sociala nätverk till följd av att man förlorar vänner i egen ålder. Vänskapsrelationer med personer i egen ålder är viktiga för den äldre människan, detta eftersom man delar samma erfarenheter från livets gång och har delar även på gemensamma intressen (Agahi, m.fl., 2010).

### 3 Tidigare forskning

I kapitlet kommer tidigare forskning kring ensamhet bland äldre att presenteras. Den tidigare forskningen som lyfts fram i avhandlingen innefattar både nationella och internationell forskning. Både yngre äldre, de allra äldsta och äldre som fortfarande bor hemma samt äldre som bor på vårdinstitutioner lyfts fram genom den tidigare forskningen som presenteras i kapitlet. Andelen äldre som är ensamma, hur ensamheten ser ut bland de äldre, råder det skillnader mellan könen och upplevd ensamhet samt forskning kring ensamhetens konsekvenser bland äldre kommer lyftas fram i kapitlet.

#### 3.1. Andelen ensamma äldre

Jansson (2020) har studerat förekomsten av ensamhet bland äldre finländare och specifikt äldre boende på vårdinrättningar. Det har visat sig vara mellan 29 och 72 % av de äldre upplever ensamhet utgående från flera olika studier som Jansson tagit del av. I Janssons (2020) undersökning som gjorts i Finland bland äldre boende på vårdinstitutioner framkommer det att över 60 % av respondenterna inte upplever ensamhet.

Flera studier har visat att äldre inte känner sig ensammare än övriga åldersgrupper. Man kan se upplevelse av ensamhet som en svagt lutande U-kurva där de högsta topparna finns i början och i slutet av de äldres livslopp. Ensamhetsupplevelserna är därmed minst under den tiden då människan befinner sig i medelåldern (Jönson & Harnett, 2015). Tiilikainen och Seppänen (2017) påpekar även att ensamheten inte enbart upplevs bland äldre och de hänvisar till den svagt lutande U-kurvan som tyder på att ensamheten upplevs mest bland personer under 25 år samt hos äldre över 65 år.

Dahlberg (2013) lyfter fram att ensamhet bland äldre inte är så utbredd som många tror. Det finns hos allmänheten en bild av att alla äldre upplever ensamhet, trots att det enbart är en av tio bland de allra äldsta som känner sig ensamma. Ser man på finländsk statistik från år 2018 visar det att upplevd ensamhet i Finland inte enbart är vanligt bland äldre utan även bland de yngre åldersgrupper. Enligt statistiken upplever 9 % av personer i åldern 20–64 år ensamhet jämfört med åldersgruppen 65+ där 7 % uppger att de upplever ensamhet enligt statistik från 2018 (Forsman & Nordmyr, 2020).

Nyqvist m.fl., (2013) har verkat inom GERDA-studien som gjorts i kommuner i västra Finland och norra Sverige, resultat från GERDA-studie visar på att ensamhet bland de allra äldsta (85+) förekommer oftare bland de som bor på institution jämfört med de som ännu bor hemma. Av de som deltog i studien upplevde 55 % av de äldre som bor på institution sig ensamma ofta eller ibland, medan 45 % av de som bor hemma upplevde sig ensamma ofta eller ibland. I andra studier som Nyqvist m.fl., (2013) hänvisar till framkommer det att ensamhetsupplevelser förekommer oftare bland de som bor ensamma jämfört med de äldre som bor tillsammans med någon.

I Finland upplever ungefär en tredjedel av de äldre sig ensamma enligt Tilvis, Laitala, Routasalo och Pitkälä (2011). En finländsk enkät skickades ut år 2002 till slumpmässigt utvalda finländare över 75 års ålder. Bland de allra äldsta över 85 år svarade 47 % att de upplevde sig ensamma. Savikko (2008) gjorde en enkätundersökning bland äldre i Finland, i enkäten ställdes frågan ”Kärsittekö yksinäisyydestä?” vilket till svenska översatt betyder ”lider du av ensamhet?”. Frågan i enkäten som mätte ensamhet hade tre olika svarsalternativ. I Savikkos studie kring ensamhet bland äldre i Finland uppgav 39 % av deltagarna att de drabbats av ensamhet åtminstone vid några tillfällen och endast lite över 5 % uppgav att de ofta eller alltid kände sig ensamma. I studien deltog 4113 äldre från olika delar av Finland. Medelåldern för deltagarna var 81 år och majoriteten (69 %) av deltagarna var kvinnor.

Tiilikainen och Seppänen (2017) lyfter fram studier som gjorts i både Finland och övriga Europa där resultaten tyder på att ensamhet bland äldre inte har ökat under de senaste decennierna utan snarare har ensamheten minskat. Enligt studier förekommer ensamhetsupplevelser endast hos en tredje del av de äldre och ensamhet är endast ett stort problem bland 3–9 % av de äldre.

### 3.2. Åldersrelaterade riskfaktorer och konsekvenser av ensamhet

Forskning har visat att ensamhet ökar risken för fysiska problem, psykisk ohälsa och i värsta fall döden. Gällande ensamhet bland äldre är det inte specifikt åldern som ökar risken för ensamhetsupplevelser utan det är faktorerna och förändringarna med åldern gör att risken ökar (Dahlberg, 2013). Genom att människan åldras förändras både den fysiska och psykiska hälsan och äldre människor är särskilt utsatta för ensamhet och social isolering. Den försämrade fysiska hälsan, partners död och svaga sociala relationer har en inverkan på risken för att drabbas av ensamhet (Gardiner, Geldenhuvs & Gott, 2016). Dahlberg, Agahi och Lennartsson (2018) påpekar att risken för att uppleva ensamhet ökar genom en stigande ålder och att ensamhet är högst bland de allra äldsta.

Det finns flera faktorer som ökar ensamhetsupplevelser bland de äldre. Graneheim och Lundman (2010) lyfter fram riskfaktorer för att drabbas av ensamhet. Hälsan, livshändelser och socialdemografiska faktorer som utgör en riskökning för att uppleva ensamhet bland äldre. Även Dahlberg, m.fl., (2018) lyfter fram faktorer som påverkar ensamhetsupplevelser. Faktorerna delas in i tre olika grupper: sociodemografiska, sociala och hälsorelaterade faktorer. Sociodemografiska faktorer innefattar en lägre utbildning och lägre socioekonomisk status bland de äldre. Dahlberg m.fl., (2018) associerar en låg socioekonomisk status med en lägre möjlighet till socialt deltagande, ett mindre socialt nätverk och avsaknad av socialt stöd samt svaga sociala relationer.

Hälsorelaterade problem ökar när människan åldras och de hälsorelaterade faktorerna som påverkar ensamhetsupplevelser bland äldre är kroniska sjukdomar, tillfällig nedsatt hälsa, depression och försämrad hörsel. Genom åldrandet försämras den fysiska funktionen och den

psykiska livskvaliteten kan komma att påverkas hos den äldre. Det är vanligt att äldre upplever ångest och drabbas av depression. Funktionsnedsättning hos äldre påverkar möjligheten att ta sig ut och socialisera med andra vilket ökar risken för ensamhet och social isolering (Dahlberg, Agahi & Lennartsson, 2018; Graneheim & Lundman, 2010).

En annan riskfaktor som hör samman med åldrandet och ensamhet är förluster. Förluster är något som kopplas samman med ensamhet bland äldre. de Jong Gierveld m.fl. (2006) påpekar vikten av att ha syskon bland de äldre. Förlusten av ett syskon en stor inverkan på ensamheten eftersom syskon är något man haft med sig genom hela livet. Syskon har en stor inverkan på individen eftersom man tillsammans delar sin barndom och uppväxt. Bland de äldre som saknar partner och egna barn spelar syskon en extra viktig roll. Vid sådana fall har ökar risken för att uppleva ensamhet i samband med förlust av syskon.

Graneheim och Lundman (2010) diskuterar individens sätt att hantera förluster i livet genom att använda sina inre resurser och det sociala nätverket. Hos äldre personer finns en inre styrka som accepterar den nya verkligheten som tar form efter diverse förluster av personer i sitt liv. Den inre styrkan får den äldre att gå vidare med livet och att leva med förlusterna och förändringarna som uppstått. Sociala nätverks betydelse för hälsan behandlas av Brülde och Fors (2015), de hänvisar till en amerikansk studie som visar på att ensamma individer utan ett fungerande socialt nätverk har 50 % högre risk att dö i förtid än de individerna med ett fungerande socialt nätverk.

Livshändelser och sociala faktorer som inverkar på ensamhet bland äldre är förlust av partner, svaga relationer till familj och vänner, låg livstillfredsställelse, förlust av självständighet och ett ökat behov av hjälp från andra för att klara av dagliga aktiviteter (Graneheim & Lundman, 2010). Förlusten av partner och civilståndet har en inverkan på ensamhet. Risken att drabbas av ensamhet är högre hos ensamstående individer, att förlora en intim partner ökar risken för ensamhet (Dahlberg, Agahi & Lennartsson, 2018). Nyqvist, m.fl., (2013) påpekar att de äldre ligger i riskgruppen för att drabbas av ensamhet på grund av nedsatt hälsa, flytt från hemmet till serviceboende, förlust av partner, ensamboende och bristande sociala kontakter. Även Jönson och Harnett (2015) påpekar livsförändringarna som sker i och med åldrande som risker för ensamhet. De lyfter fram riskfaktorer som funktionsnedsättning, förlust av partner och förlust av vänner i den egna åldern.

En studie som gjorts i England lyfts fram av Dahlberg (2013). I studien har man undersökt om riskfaktorerna för ensamhet är annorlunda för emotionell och social ensamhet. Denna studie gjordes bland 1200 personer i 65 års ålder och äldre. De änklingar och änkor som deltog i studien visade att respondenterna upplevde både emotionell och social ensamhet. Den tidigare forskningens hypotes var att den emotionella ensamheten var vanligare medan senare forskning har visat att den sociala ensamheten även framträder hos en individ som förlorat sin partner. Partnern utgör en viktig del av det sociala nätverket hos individen. Studier visar på att emotionell och social ensamhet båda har ett samband med låg självkänsla och ett sämre välbefinnande.

Förebyggandet och minskandet av ensamhetsupplevelser bland äldre förutsätter att man vet vilka riskfaktorerna är. När man först ser på riskfaktorer bland äldre gällande ensamhet är könet en viktig faktor och specifikt kvinnor. Rapporterad ensamhetsupplevelse är större bland kvinnor i jämförelse med männen. Livssituationen bland kvinnor är ofta sämre till följd av att kvinnor oftare är änkor och att kvinnor har sämre hälsa än männen. Äldre kvinnor är i jämförelse med männen oftare funktionsnedsatta (Dahlberg, 2013).

Ensamhet kan komma att leda till konsekvenser. Psykisk ohälsa och depression kan bli konsekvenser av ensamhet. Studier har visat att det finns ett starkt samband mellan ensamhet och depression, eftersom ensamhetskänslor och depression har visat sig förekomma ofta under samma tid hos individer. Longitudinella studier som gjorts har visat att risken för att drabbas av depression ökar som en följd av ensamhet, dessa studier har även visat att ensamhet och depressiva symptom har en gemensam inverkan på varandra över en längre tid (Lennartsson, 2020).

Malmberg och Ågren (2013) lyfter fram att det finns en koppling mellan upplevd ensamhet och depression, demens, känsla av hopplöshet och tomhet. Lennartsson (2020) diskuterar demens och den kognitiva förmågans påverkan av ensamhet. Risken att drabbas av en demenssjukdom ökar med att människan blir äldre och i studier som gjorts kring ensamhet bland äldre använder man ofta i studierna olika demenssjukdomar som utfallsmått. I ett flertal studier som gjorts har man kunnat konstatera att statistiskt har personer som lider av ensamhet en större risk att

drabbas av en demenssjukdom i jämförelse med äldre som inte upplever ensamhet. Leigh-Hunt, Bagguley, Bash, Turner, Turnbull, Valtorta och Caan (2017) har gjort en meta-analys där det framkommer att det finns ett samband mellan lågt socialt deltagande och få sociala kontakter med en försämrad kardiovaskulär och mental hälsa. De fann även att ensamhet och social isolering ökar risken för dödlighet.

Gardiner, m.fl., (2016) har funnit att långvarigt ensamma äldre har rapporterats motionera mindre, använda mera tobaksprodukter och i högre grad lida av kroniska sjukdomar. Gardiner, m.fl., (2016) finner även ett samband mellan ensamhet och social isolering och hälsorelaterade beteenden som sömn, utmattning och bristande sociala resurser. Tiilikainen och Seppänen (2017) framhäver även ensamhetens koppling till depression och ökad risk för dödlighet. till Fromm-Reichmann (hänvisad av Andersson 2013, 390) menar att den verkliga ensamheten leder till ångest och att ångesten är ett av kännetecknen för ensamhet. Ensamhet kan utveckla depressiva symtom hos individen, dock påpekar Heikkinen och Kauppinen (2011) att alla som är deprimerade inte är ensamma. Förhållandet och sambandet mellan ensamhet och depression förblir därmed oklara. Ensamhet har dock visar sig vara både en riskfaktor för depression och en konsekvens till följd av psykiska problem hos individen.

En amerikansk studie visade att social isolering var dubbelt så farligt som fetma. Social isolering jämfördes med att vara lika farligt för hälsan som att röka 15 cigaretter per dag. Brülde och Fors (2015) hänvisar till House m.fl. som i tidigare studier funnit social isolering som en lika stor riskfaktor för tidig dödlighet som sjukdom, rökning, brist på motion, högt blodtryck och fetma. Även Lennartsson (2020) lyfter fram forskning som påpekar att risken för dödlighet som ensamhet medför är lika stor som tidigare kända faktorer som riskerar ensamhet, exempelvis missbruk, fetma, psykisk och fysisk ohälsa.

### 3.3. Könsskillnader i ensamhet

Jönson och Harnett (2015) och Tornstam (2010) påpekar ett sammanhängande mönster kring ensamboende och kön. I äktenskapet har mannen oftast varit äldre än kvinnan och mannen har en kortare förväntad livslängd i jämförelse med kvinnan. Detta resulterar i att de allra äldsta kvinnorna oftare bor ensamma än männen i samma åldersgrupp. Bland åldersgrupperna över 80 och 90 år upplever dock sig männen mera ensamma än kvinnorna (Malmberg & Ågren, 2013). Agahi, m.fl., (2010) lyfter även fram att kvinnan oftare lever längre än mannen.



Kvinnorna lever i genomsnitt fyra år längre. Enligt Tornstam (2010) är det få äldre som lever i ett äktenskap. Ser man på det att kvinnan lever längre än mannen finner man att flera män över 80 års ålder fortfarande lever tillsammans med sin partner, medan i fyra av fem fall lever kvinnor som är över 80 år gamla ensamma (Malmberg & Ågren, 2013).

Äktenskapets förebyggande effekt mot ensamhet diskuteras av de Jong Gierveld m.fl., (2006). I studier kring kön och ensamhetsupplevelser framkommer det intressanta resultat. När det kommer till äldre som fortfarande lever i ett parförhållande råder det inga stora skillnader kring upplevd ensamhet. Man kan se att äktenskapet är en viktig förebyggande faktor mot ensamhet och social isolering. En intim relation kan ge en skyddande effekt såväl fysiskt, mentalt och ekonomiskt. Dock kan en intim relation med en partner inte helt garantera skydd mot ensamhetsupplevelser. En bristfällig intim relation kan ge negativ effekt på individens välmående vilket kan skapa ensamhetsupplevelser.

Gällande äktenskapet och parförhållandet har det i amerikanska studier framkommit att äldre män oftare är nöjda med äktenskapet i jämförelse med äldre kvinnor. Svenska studier visar även på att mannen ser maken som en förtrogen vän i större utsträckning än vad kvinnor gör. Dessa skillnader kan svara på varför männen ofta dör inom ett halvår efter att de blivit änklingar, medan kvinnor ofta lever längre trots att de blivit änkor (Malmberg & Ågren, 2013). Av de studier som gjorts angående ensamhet är tvärsnittsstudier vanliga, dessa studier har gjorts under en specifik tidsperiod med en viss åldersgrupp. I dessa studier framkommer det att de yngre i samhället känner sig mera ensamma än individer i medelåldern och nyblivna pensionärer. Det finns en del bevis på att de äldre i samhället känner sig mera ensamma men att efter 90 års ålder ökar inte ensamhetskänslorna längre (Dehlin m.fl., 2000).

Nyqvist, Reini och Forsman (2018) har studerat ensamhet bland äldre i västra Finland genom insamlat data från år 2008 och 2014. I studien har man bland annat tittat på ensamhetsupplevelsens koppling till civilståndet. Det framkommer i studien att det finns tydliga skillnader i upplevd ensamhet bland gifta eller samboende kvinnor och män. Kvinnor som är gifta eller samboende upplever mera ensamhet i jämförelse med gifta och samboende män. Däremot finner man inga skillnader mellan könen när man tittar på ogifta kvinnor och män.

Dahlberg (2013) hänvisar till SWEOLD:s nationella intervjustudier i Sverige som startade 1992. I en studie kring ensamhet år 2004 och 2011 deltog 600 personer i ålder 75 år och äldre. I denna studie såg man bland annat på de riskfaktorer som finns gällande ensamhet och äldre samt att man såg på skillnader mellan könen. För båda könen var största riskfaktorn förlusten

av partnern, även depression och nedstämdhet sågs som en riskfaktor. Bland männen sågs bristen på social kontakt som en riskfaktor medan hos kvinnorna var funktionsnedsättning en av riskerna för att drabbas av ensamhet. Det framkom även i undersökningen att bland männen var utbildning en faktor, en högre utbildning minskade risken för ensamhet.

Enligt internationella studier finns det även en könsskillnad gällande umgänge och relationer. Kvinnor har fler nära och emotionella relationer jämfört med männen och att kvinnor är bättre på att söka socialt stöd av andra. Kvinnor kräver även god kvalitet i sina relationer i jämförelse med männen. Männen har oftast större sociala nätverk men saknar nära kontakt till någon, män har mest ytliga relationer till andra. Skillnaderna mellan könen kan bero på att kvinnor och mäns sociala nätverk och sociala relationer ser olika ut (Agahi, m.fl., 2010).

För äldre utgör barnen en viktig del av de sociala nätverken, barnen utgör de viktiga sociala kontakterna som kan ge den äldre socialt stöd. Enligt en SWEOLD-studie visar det bland deltagarna att 60 % umgås med sina barn minst en gång i veckan. 85 % av 70-åringarna och äldre deltagare har minst ett barn enligt SWEOLD-studien. Av pensionärer umgås 40 % med vänner eller bekanta minst en gång i veckan och en tredjedel har ett tätt umgänge med sina grannar. Studier visar att kvinnor har ett tätare umgängesnätverk än männen. Med ökad ålder visar det sig att umgänget minskar detta pga. försämrad hälsa och dödsfall (Dahlberg, 2013; Agahi, m.fl., 2010).

## 4 Förebyggande arbete och interventioner bland äldre

Avhandlingens tematik innefattar sociala resurser och ensamhet bland äldre. Jag har valt att även lyfta fram förebyggande arbete och interventioner bland äldre för att minska på ensamhetsupplevelser. I avhandlingens empiriska studie studeras sociala resursers koppling till ensamhet och därför är det lämpligt att lyfta fram hur man genom att stärka sociala resurser eventuellt kan minska på ensamhetsupplevelserna bland de äldre. I detta kapitel lyfts tidigare forskning kring hur man kan arbeta för att lindra ensamhet bland äldre genom förebyggande arbete och interventioner. Genom att stärka de sociala resurserna hos individen kan man motverka negativa konsekvenser som ensamhet kan medföra.

## 4.1. Förebyggande arbete

Ensamhet bland äldre har länge betraktats som ett socialt problem i samhället och problematiken kring detta tas allt oftare upp i de socialpolitiska debatterna. För att kunna minska på ensamheten bland äldre behöver man tillsätta konkreta insatser visar både statliga och kommunala utredningar (Andersson, 2013; Jönson & Harnett, 2015). I de nordiska länderna har man utformat politiska agendor kring ensamhet och hur man kan förebygga och bekämpa ensamheten och dess konsekvenser. Upplevelsen av ensamhet bland befolkningen är något som länderna i Norden vill minska på och förebygga (Dahlberg, 2020).

Graneheim och Lundman (2010) lyfter fram att det förekommer en lägre rapportering av ensamhetskänslor bland de individer som har en god själv rapporterad hälsa (self-reported health). Att ha en livspartner, god kontakt och stöd av familj och de egna barnen har en stor inverkan på lindrandet av ensamhetskänslor. Även möjligheter att bo i egen lägenhet och att hålla kvar en stark religiös tro har en lindrande effekt mot ensamhet. Agahi m.fl., (2010) lyfter fram vikten av aktivt föreningsliv bland äldre. Genom att delta i föreningsliv aktiveras och engageras de äldre. Bland 75–84 åringar är åtta av tio medlemmar i någon sorts förening. Bland de allra äldsta i samhället är tre av tio aktiva inom någon förening. Föreningslivet utgör därför en viktig del för aktivitet och gemenskap bland de äldre. Agahi, m.fl., (2010) behandlar fördelarna med att skapa träffpunkter för de äldre där de tillsammans med andra kan skapa en gemenskap. Trots att människan åldras och diverse åkommor uppstår med åldern finns det fortfarande ett behov av social kontakt hos den äldre. Även den äldre människan vill fortsätta vara aktiv och delta. För de äldre som inte direkt har någon kontakt med sin familj och anhöriga mera kan föreningslivet betyda mycket. Genom att deltagande i diverse föreningsaktiviteter skapas gemenskap och samhörighet bland de äldre (Agahi, m.fl., 2010).

Det sociala behovet är ett av människans viktigaste behov. När människans sociala behov inte tillgodoses kan det leda till ensamhet och social isolering. Uppfyllda sociala behov har en positiv inverkan på självkänsla och livstillfredsställelse. Sociala behov som blir uppfyllda ger även skydd mot sjukdom och depression. Ensamhetskänslor och social isolering har en negativ inverkan på individen och det förekommer oavsett ålder, kön eller bakgrund. Uppfyllnad av det sociala behovet är därmed viktigt för oss alla (ten Bruggencate, Luijkx & Sturm, 2018). de Jong Gierveld m.fl., (2006) påpekar vikten av social aktivitet att genom deltagande i diverse organisationer, föreningar eller volontärarbete kan ensamhet och social isolering lindras bland de äldre. Upprätthållande av social kontakt till andra ger ett skydd mot ensamheten och ett större

socialt nätverk och ett gott socialt stöd reducerar risken för att uppleva ensamhet (Dahlberg, Agahi & Lennartsson, 2018).

## 4.2. Interventioner

Syftet med interventioner är att motarbeta och lindra ensamhet och social isolering. Målet med interventioner är att öka välmående och livskvalitet hos de äldre. Genom hälsoförebyggande service och aktiviteter ska man stödja de äldre att utveckla, förbättra och upprätthålla social kontakt till andra och stärka det mentala välmående. Studier tyder på att det finns en stark koppling mellan ensamboende äldre och ensamhet och social isolering. Det föreligger en stark tro att hembesök skulle öka välmående hos ensamboende äldre. En nackdel med interventioner är att det är svårt att mäta effektiviteten av dem (Cattan, White, Bond & Learmouth, 2005).

Frank och Dahlberg (2020) har gjort en sammanfattning över tidigare internationella forskningsöversikter som gjorts inom interventionsstudier bland äldre som upplever ensamhet och social isolering. Av de interventionsstudier som Frank och Dahlberg (2020) har behandlat närmare har många genomförts i USA, men även i Kanada, Japan, Australien, inom Europa har studier gjorts i Nederländerna och Sverige. Enligt de resultat av interventioner som Frank och Dahlberg (2020) studerat har det konstaterats att resultaten av interventionerna är blandade med vaga eller inga som helst indikatorer på att interventionerna haft någon bidragande effekt på upplevd ensamhet hos äldre. Detta resultat förklaras med hänvisningar till den korta uppföljningstiden för interventionerna som gjorts, uppföljningstiden varierar vanligtvis mellan 3 och 12 månader. I flera fall har så kallade utbildningsinterventioner där man använt verktyg som ny teknologi visat sig ha effekt på att minska känslan av ensamhet. I en av översikterna som Frank och Dahlberg (2020) studerat visade verktyg där man använder sig av internet som en intervention med hoppningivande resultat.

Det finns ett brett spektrum av interventioner som har utvecklats med uppgift att minska på ensamhet och social isolering bland äldre. Interventioner där djur involverats och individuella interventioner med tekniska inslag som videokonferens, dator och internetanvändning visade sig ha en god effekt på minskande av ensamhetsupplevelser. Terapi med djur hade en bättre effekt på individuella interventioner snarare än gruppinterventioner. Ensamboende äldre som ej kan ta sig ut kan inte heller delta i gruppaktiviteter, därför har individuella interventioner

bättre effekt på att minska ensamhet eftersom ensamhet är störst bland ensamboende äldre. Bland de framgångsrika interventionerna finns gemensamma drag som inkluderar anpassningsbarhet, samhällsdeltagande och aktiviteter som involverar produktivt engagemang (Gardiner, Geldenhuvs & Gott, 2016).

Interventioner i form av terapiinsatser vars syfte att reducera det negativa sociala tankemönstret hos deltagarna och djur- och humorterapi har visat sig vara lovande gällande att minska på ensamhetskänslor hos äldre. Robotinsatser används vanligen på boendeinstitutioner för äldre vilket visade att interventioner som inkluderade robotar har visat sig fungera bäst bland de allra äldsta och för äldre boende på institution med demenssjukdomar.

Alla interventioner har inte ett lyckat resultat. De interventioner som inte gett positiva resultat att minska på ensamhetskänslor bland äldre inkluderade någon form av försök till att utveckla det sociala stödet bland deltagarna. Dock framkom det i andra översikter att det fanns små gynnsamma effekter av denna typ av intervention (Frank & Dahlberg, 2020).

Frank och Dalberg (2020) listar faktorer som visat sig ha en positiv inverkan på interventionens resultat. För att interventionerna skall nå sin effekt att minska på ensamhetskänslor bland äldre framkom det enligt de internationella översikterna att:

- Att interventionen riktas till en specifik målgrupp, till exempel kvinnor, änkor, fysiskt inaktiva eller personer med psykiska hälsoproblem.
- Att deltagarna i interventionen involveras i planering, implementering och utvärdering av interventionen.
- Att kvaliteten är hög vad gäller val av, utbildning och stöd till interventionens ledare och koordinatörer.
- Att existerande samhällsresurser nyttjas till interventionen med sikte mot att utöka samhällsgemenskapen. (Frank & Dahlberg, 2020, s. 54).

Cattan m.fl., (2005) lyfter fram strukturerade tillställningar med inslag av fysisk aktivitet som effektiva interventioner som minskar på ensamhetsupplevelser bland äldre. Massmedia, personlig kontakt och direkt meddelande har visat sig vara det effektivaste sättet att nå icke aktiva äldre. Gruppinterventioner har visat sig vara effektivaste modellen av interventioner bland äldre. Dessa gruppinterventioner har innehållit utbildning, träning och social aktivitet. Dock fann ej Gardiner m.fl., (2016) gruppinterventioner att vara mer effektiva än individuella interventioner. Vilket bevisar att det är svårt att fastställa interventionernas effekt.

## 5 Metod

I detta kapitel presenteras valet av metod för den empiriska studien att presenteras. Det utvalda datamaterialet och hur jag valt att avgränsa datamaterialet presenteras och diskuteras. Därefter diskuteras bearbetningen av datamaterialet och hur analysen har gått till. Slutligen diskuteras den empiriska studiens validitet, reliabilitet och etiska aspekter.

### 5.1. Val av metod

Valet av att använda mig av en kvantitativ metod var självklar eftersom jag i min empiriska studie använde mig av den omfattande GERDA-undersökningen. Kvantitativa metoder lämpar sig mycket bra när man har ett datamaterial där man vill kunna säga något om stora grupper och för att kunna sätta siffror på själva undersökningsmaterialet som i detta fall är GERDA-data (Eliasson, 2018).

GERDA-materialet som analyserats inkluderar data både från Finland och Sverige. Denna undersökning har gjorts bland äldre i flera omgångar och det data jag analyserat är från år 2016. Genom datamaterialet från GERDA har jag fått möjligheten till att göra en kvantitativ analys på ett stort datamaterial med en hög svarsprocent vilket ökar tillförlitligheten på avhandlingens empiriska studie.

## 5.2. Datamaterial

Datamaterialet som har använts i analysen består av GERDA-enkäten och data har samlats in under åren 2005, 2010 och 2016 och nytt data har samlats in 2021/2022. GERDA är en förkortning av Gerontologisk Regional Databas och projektet GERDA är ett mångvetenskapligt samarbete mellan Åbo Akademi, Yrkeshögskolan NOVA, Seinäjoki Yrkeshögskola, Umeå universitet och Högskolan på Åland. Projektet GERDA startade år 2005 och det är ett tvärvetenskapligt projekt med fokus på de äldres livsvillkor och hälsa. Genom GERDA vill man skapa kunskap om det goda åldrandet och vad ett gott liv för de äldre innebär samt skapa förutsättningar för en utveckling av strategier inom äldre politiken för att i framtiden kunna förbättra de äldres livsvillkor och situation inom Kvarkenregionen. GERDA gör det möjligt att se på flera aspekter av åldrandet eftersom man både får kunskap om den grupp äldre som ännu är aktiva och har en god hälsa men även om den grupp äldre som har en försämrad hälsa och funktionsförmåga. En redovisning av datamaterialet finns tillgängligt på GERDA:s hemsida ([www.gerdacenter.com](http://www.gerdacenter.com)).

Enkätdata har samlats in i Finland i regionerna Österbotten (2005, 2010, 2016, 2021), Södra Österbotten (2016, 2021), Åland (2022) och i Sverige i Västerbottens region (2005, 2010, 2016, 2021). GERDA samlar in data på två olika sätt genom postenkäter till de yngre äldre vilket i detta fall är 66 år och äldre. Strukturerade intervjuer i form av hembesök gjordes bland de allra äldsta deltagarna som är över 85 år gamla. Syftet med enkäten är att klargöra de äldres levnadsvillkor och hälsa. Frågorna som ställs i enkäten handlar om umgänge, intressen, ekonomi, hälsa, makt, inflytande och politiskt samt socialt deltagande (Nyqvist, Nygård, Fagerström, Vaartio-Rajalin, Näsman & Åkerman, u.å.; Nyqvist, Nygård & Snellman, 2019). Det datamaterial jag använt mig av i min empiriska studie utgår från frågeformuläret som skickades ut år 2016 till österbottningar och västerbottningar födda år 1930, 1935, 1940, 1945 och 1950. Totala svarsprocenten från GERDA 2016 var 63,3 %, 70,8 % i Västerbotten och i Österbotten 61,7 % och i Södra Österbotten 54,9 %.

Jag har i denna studie enbart analyserat datamaterialet som insamlats i Österbotten och i Seinäjoki i Södra Österbotten. År 2016 skickades GERDA-undersökningen ut senare än planerat, därav hann respondenterna bli ett år äldre och i stället för 65-, 70-, 75-, 80- och 85-åringar blev respondentgruppen 66-, 71-, 76-, 81- och 86-åringar. Enkäten skickades ut antingen på svenska eller finska enligt respondentens registrerade modersmål.

### 5.3. Avgränsningar

I den empiriska studien har avgränsningar av datamaterialet gjorts. I studien har jag avgränsat materialet till enbart data från Finland. Ur datamaterialet har det valts ut variabler som behandlar de sociodemografiska bakgrundsvariabler och variabler som behandlar ensamhet, hälsa och sociala resurser i form av socialt nätverk och socialt stöd. I studien görs en jämförelse mellan de olika åldersgrupperna där av kommer alla åldersgrupper som deltog i GERDA enkätundersökningen år 2016 att inkluderas (66-, 71-, 76-, 81- och 86-åringarna.). Avgränsning kring boendeort har gjorts i studien genom att avgränsa datamaterialet till endast äldre i Österbotten och Södra Österbotten eftersom jag ville fokusera på ensamhet bland äldre i Finland och på så vis avgränsa studiens storlek eftersom antalet enkätsvar inom Finland är tillräckligt stort för att göra en pålitlig empirisk undersökning (n= 5011). I analysen särskiljer jag inte på Österbotten och Södra Österbotten utan presenterar resultaten efter språkgruppstillhörighet (svenska, finska).

### 5.4. Databearbetning och analys

Studiens resultat presenteras genom fem olika tabeller. Efter respektive tabell ges en kort förklaring av tabellens resultat. Resultatet diskuteras mera ingående i resultatdiskussionen i kapitel 6. De ursprungliga svarskategorierna och fördelningsprocenterna för GERDA-enkäten finner man i bilaga 1.

#### 5.4.1. Databearbetning

Datamaterialet som används i den empiriska studien består av GERDA-enkäten från år 2016. Enkäten består av sammanlagt 82 frågor. Bland dessa frågor valdes lämpliga variabler ut utgående från avhandlingens tematik. Utöver variabler från tematiken valdes även bakgrundvariabler ut som kön, ålder, språkgrupp, civilstånd och utbildning ut. Datamaterialet begränsades till enkätsvar från enbart Finland genom filtrering av materialet. Respondenter med okänd ålder har även filtrerats bort i databearbetningen.

För att få en bakgrundsbild över hur de äldres hälsa är har även en variabel som behandlar de äldres självskattade hälsa valts ut genom fråga 33 i GERDA-enkäten: I allmänhet, hur skulle Du vilja säga att Din hälsa är? De övriga variablerna som används i studien utgår från den



teoretiska referensramen som presenterats i avhandlingen. De utvalda variablerna från enkäten har kopplats samman med teorin på följande sätt:

Variabler som kopplas samman med både de socialgerontologiska utgångspunkterna och socialt kapital som berör de äldres sociala nätverk genom att se på hur ofta respondenterna hade kontakt med någon ur sitt sociala nätverk:

- Fråga 9: Hur ofta har Du kontakt med någon/några av följande personer?

Socialt stöd som en del av det sociala kapitalet kopplas till variabeln om personen har någon förtrogen i sin närhet:

- Fråga 11: Har Du någon förtrogen Du kan prata med om precis allting, alltså dela både bekymmer och glädjeämnen med?

Den utfallsvariabel som används i studien kopplas samman med avhandlingens huvudtematik vilket är ensamhet bland äldre. Följande fråga har använts ur GERDA-enkäten som variabel för ensamhet:

- Fråga 77f: Lider Du av ensamhet?

Inför den statistiska analysen som gjorts har en del av de utvalda variablerna behövts kodas om. De variabler och frågor med flera svarsalternativ har en dikotomisering gjorts för att ge variablerna enbart två olika svarsalternativ.

Respondenternas kön framkom i enkäten genom frågan ”är du man eller kvinna?” denna fråga hade enbart två svarsalternativ, *kvinna* och *man*. Frågan ”vilket är ditt nuvarande civilstånd?” Har i GERDA-enkäten flera svarsalternativ vilka är följande: gift, sambo, skild, ogift, änka/änkling och särbo. Dessa svarsalternativ har kodats om så att svarsalternativen har delats upp i två olika kategorier, *gift, sambo, särbo* och *skild, ogift, änka/änkling*.

Frågan ”vilken skolutbildning har du? Ange högsta utbildning” I den ursprungliga enkäten fanns följande svarsalternativ: Folkskola, mellanskola, folkhögskola, yrkesskola/facklig skola, högre yrkesutbildning, studentexamen, universitets- eller högskoleutbildning. Svarsalternativen har kodats om i två olika kategorier, *låg utbildning* (folkskola och mellanskola) och *mellan- och högutbildning* (folkhögskola, yrkesskola, fackligskola, högre yrkesutbildning, studentexamen, universitets- eller högskoleutbildning).

Respondenternas kontakt till sitt *sociala nätverk* baserar sig på frågan ”hur ofta har du kontakt med följande personer: make/maka, barn, barnbarn, syskon, föräldrar, övrig släkt, vänner, grannar?” I den ursprungliga enkäten fanns följande svarsalternativ: flera gånger i veckan, flera gånger i månaden, någon gång om året, aldrig eller personen finns inte. Av svarsalternativen har make/maka lämnats bort eftersom det kan antas att de som lever tillsammans nog har en regelbunden kontakt. Till en början kodades svarsalternativen om för de olika personerna så att *flera gånger i veckan* blev en kategori och *fler gånger i månaden eller mer sällan* (flera gånger i månaden, någon gång om året, aldrig, personen finns inte) sammanslogs till en annan kategori. Därefter sammanslogs och dikotomiserades de sociala kontakterna (totalt 8 kontakter) så att de som hade angett åtminstone en gång *flera gånger i veckan* sammanslog till en grupp och de som hade angett *fler gånger i månaden eller mer sällan* (flera gånger i månaden, någon gång om året, aldrig, personen finns inte) till en annan. Respondenternas tillgång till *socialt stöd* baserar sig på frågan ”har du någon förtrogen du kan prata med om precis allting, alltså dela både bekymmer och glädjeämnen med?” I den ursprungliga enkäten fanns det möjlighet att fylla i flera alternativ: make/maka/sambo/särbo, barn, barnbarn, syskon, föräldrar, annan släkting, vänner, grannar, hemtjänst, hälsovårdare/sjukskötare eller någon annan. Det fanns även alternativet ingen men detta svarsalternativ uteslöts i analysen. Svaren summerades till ett index och dikotomiserades till indexet som fick benämningen socialt stöd. Antalet dikotomiserades till enbart två olika kategorier av socialt stöd: *två personer eller fler* och *en person eller färre*. Vilket innebär att hade respondenterna kryssat i två eller flera av alternativen i enkäten räknas de att de hade ett gott socialt stöd. Om man enbart hade kryssat i ett alternativ eller helt lämnat tomt räknas man ha ett svagt socialt stöd.

För att mäta respondenternas *självskattade hälsa* har frågan ”i allmänhet, hur skulle du vilja säga att din hälsa är?” valts med i analysen. Frågan hade i den ursprungliga enkäten svarsalternativen: utmärkt, mycket god, god, någorlunda, och dålig. Svarsalternativen kodades om till två olika kategorier, *god* (utmärkt, mycket god, god) och *försämrad* (någorlunda, dålig) hälsa.

## 5.4.2. Analys

I detta kapitel presenteras en närmare beskrivning av analysen och bearbetningen av datamaterialet. Datamaterialet i studien har bearbetats med IBM SPSS Statistics version 26. Studiens resultat presenteras genom fem olika tabeller, varav den första tabellen beskriver det omkodade datamaterialet och procentuella fördelningar. Originalvariablernas fördelning presenteras i bilagor. I den andra tabellen presenteras fördelningen av upplevd ensamhet enligt de sociodemografiska variablerna, hälsovariabeln och de variabler som representerar de sociala resurserna enligt två åldersgrupper yngre äldre (66, 71, 76 år) och allra äldsta (81 och 86 år). I tabell 2 visas även om det finns ett samband mellan två variabler genom Chi-två-test, vilket visar den statistiska signifikansen som redogörs för i form av ett p-värde. P-värdet bör vara under 0,05 för att det ska vara signifikant och ju närmare noll värdet ligger desto större statistisk signifikans visar resultatet.

För de multivariata analyserna användes logistisk regression (tabell 3, 4 och 5). Tabellerna som presenteras är uppbyggda av tre modeller, varav modell 1 kontrollerar upplevelsen av ensamhet endast mot de sociala variablerna; sociala nätverk och socialt stöd. I modell 2 kontrolleras upplevelsen av ensamhet mot både de sociala variablerna och de sociodemografiska variablerna; ålder, kön, språkgrupp, civilstånd och utbildning. I modell 3 kontrolleras även variabeln som mäter självuppskattad hälsa tillsammans med de sociala variablerna och de sociodemografiska variablerna. I tabell 4 presenteras resultaten kring upplevd ensamhet bland äldre separat enligt kön och i tabell 5 separat enligt åldersgrupperna yngre äldre (66,71,76 år) och allra äldsta (81 och 86 år). Analysernas resultat presenteras genom oddskvoter (OK) med 95 procent konfidensintervall (KI). Dessutom inkluderas p-värden i tabellerna där p-värdet bör vara mindre än 0,05 för att indikera signifikans.

## 5.5 Validitet, reliabilitet och etiska aspekter

Avhandlingens tillförlitlighet ökas genom att GERDA-enkäten (2016) har relativt hög svarsprocent (63,3 %). Deltagandet för respondenterna i GERDA-undersökningen har varit frivilligt och enkätsvaren har anonymiserats vilket stärker den etiska aspekten av datamaterialet. Eftersom det är frågan om en enkätstudie har man inte behövt enskilda etiska tillstånd för undersökningen.

Enkäten har utarbetats av forskare vilket även påverkar tillförlitligheten positivt och en del av frågorna i enkäten är validerade som exempelvis frågan kring självuppskattad hälsa och utfallsvariabeln ensamhet. Datamaterialets trovärdighet stärks även av att materialet har kodats med omsorg och noggrannhet genom kodningsscheman.

## 6 Resultat

Syftet med denna studie var att studera sociala resurser och ensamhet bland äldre och om sociala resurser har ett samband med upplevd ensamhet bland äldre (66-, 71-, 76-, 81- och 86-åringar) i Österbotten inklusive Seinäjoki i Södra Österbotten. I resultatet kommer framöver enbart användas Österbotten för beskrivning av region.

I undersökningen valde jag att se på sociala resursers eventuella samband med upplevd ensamhet genom att se på de äldres sociala nätverk och sociala stöd. I undersökningen valde jag att studera skillnaderna mellan kvinnor och män och upplevd ensamhet. I analysen delades de äldre upp i två olika ålderskategorier, yngre äldre (66-,71-,76-åringar) och de allra äldsta (81 och 86-åringar). En uppdelning gjordes för att kunna undersöka om det fanns skillnader i upplevd ensamhet och sociala resurser mellan yngre äldre och de allra äldsta.

Resultatet presenteras i form av fem tabeller och efter varje tabell följer en kort beskrivning och tolkning av tabellen. I det avslutande kapitlet sammanfattas och diskuteras resultatet mera ingående och tidigare forskning jämförs med resultatet i studien.

Tabell 1.

*Omkodade svarsalternativ och fördelningsprocenter (%) bland äldre enligt GERDA-undersökningen från år 2016, (n=4994).*

<b>GERDA</b>	<b>%</b>	<b>(n)</b>
<i>Ålder</i>		
66	30,9	(1544)
71	30,4	(1518)
76	16,6	(828)
81	14	(701)
86	8,1	(403)
<i>Kön</i>		
Kvinna	55,9	(2794)
Man	44,1	(2200)
<i>Civilstånd</i>		
Gift, sambo, särbo	74,1	(3680)
Skild, ogift, änka/änkling	25,9	(1283)
<i>Språkgrupp</i>		
Svenska	45,8	(2289)
Finska	54,2	(2705)
<i>Utbildning</i>		
Låg utbildning	37,8	(1869)
Mellan- och högutbildning	62,2	(3080)
<i>Självskattad hälsa</i>		
God	61,6	(3045)
Försämrad	38,4	(1902)
<i>Socialt nätverk</i>		
Flera gånger i veckan	70,1	(3471)
Flera gånger i månaden eller mer sällan	29,9	(1478)
<i>Socialt stöd</i>		
Två eller fler	73,2	(3552)
En eller färre	26,8	(1301)
<i>Upplevd ensamhet</i>		
Ja	10,2	(480)
Nej	89,8	(4288)

I tabell 1 presenteras procentfördelningen över de omkodade variablerna från GERDA-undersökningen (2016). I tabellen kan man urskilja att fler kvinnor (55,9 %) än män (44,1 %) deltog i undersökningen. En klar majoritet (74,1 %) av respondenterna var antingen gifta, samboende eller särbon och hade en utbildning på mellannivå eller på hög nivå (62,2 %).

De sociala variablerna visade att respondenterna ofta träffade någon ur det egna sociala nätverket. Av respondenterna uppgav 70,1 % att de träffade någon flera gånger i veckan. Respondenterna fann sig även förtrogen till andra i sin närhet och hade därmed ett gott socialt stöd. Av respondenterna uppgav 73,2 % att de hade socialt stöd av två personer eller fler. Bland äldre i Österbotten uppgav 10,2 % att de led av ensamhet. En klar majoritet (61,6 %) uppgav att de hade en god hälsa, medan 38,4 % av respondenterna uppgav att deras hälsotillstånd var försämrat.

Tabell 2.

*Fördelning (%) och antal (n) av upplevd ensamhet enligt de sociodemografiska, hälsorelaterade och sociala faktorerna bland yngre äldre och de allra äldsta enligt GERDA-undersökningen från år 2016.*

GERDA	66, 71,76 år				81 & 86 år			
	Ensam				Ensam			
	Män % (n)	p	Kvinnor % (n)	p	Män % (n)	p	Kvinnor % (n)	p
<i>Civilstånd</i>								
Gift, sambo, särbo	5,7 (84)	<0,00	6,3 (94)	<0,00	8,2 (26)	<0,00	10,7 (26)	<0,00
Skild, ogift, änka/änkling	20,7 (42)		16,8 (92)		27,2 (22)		24,5 (87)	
<i>Språkgrupp</i>								
Svenska	5,6 (46)	<0,00	8,6 (70)	0,24	10,1 (20)	0,27	16,9 (50)	0,20
Finska	9,4(128)		9,7 (116)		13,7 (28)		21,0 (65)	
<i>Utbildning</i>								
Låg utbildning	8,2 (52)	0,47	10,6 (66)	0,10	11,9 (22)	0,95	19,8 (60)	0,66
Mellan- och högutbildning	7,2 (76)		8,3 (117)		11,7 (25)		18,4 (54)	
<i>Självskattad hälsa</i>								
God	4,8 (56)	<0,00	7,1 (98)	<0,00	9,1 (18)	0,17	10,0 (20)	<0,00
Försämrad	13,6 (72)		13,4 (88)		13,5 (27)		23,6 (94)	
<i>Socialt nätverk</i>								
Flera gånger i veckan	9,8 (58)	0,01	12,3 (62)	<0,00	11,9 (19)	0,85	22,3 (33)	0,20
Flera gånger i månaden	6,3 (69)		8,0 (123)		11,3 (26)		17,6 (79)	
<i>Socialt stöd</i>								
Två eller fler	6,2 (63)	0,10	7,9 (131)	0,01	9,1 (25)	0,01	17,2 (75)	0,33
En eller färre	8,3 (52)		12,1 (42)		18,3 (21)		20,8 (30)	

I tabell 2 framkommer *fördelning av upplevd ensamhet enligt de sociodemografiska, hälsorelaterade och sociala faktorerna*. I analysen analyserades kvinnor och män och de två åldersgrupperna yngre äldre (66, 71 och 76 år) och allra äldsta (81 och 86 år) skilt. Utgående från tabellen kan man se att civilståndet hade ett samband med upplevd ensamhet bland respondenterna, oberoende kön eller åldersgrupp så upplevde respondenterna som var i ett förhållande sig mindre ensamma i jämförelse bland de ensamstående respondenterna. Detta visar på en statistisk signifikans bland båda åldersgrupperna och könen. Ensamhetsupplevelserna var större bland finskspråkiga manliga yngre respondenter jämfört med de svenskspråkiga.

Bland både yngre äldre och de allra äldsta kan man se att de med tätare kontakt med det sociala nätverket upplever mer ensamhet. Utgående från tabellen kan man se att enbart bland de yngre äldre är resultatet på en statistisk signifikant nivå. Både yngre äldre och de allra äldsta med ett gott socialt stöd rapporterade mindre ensamhet, däremot kan man se att resultatet är signifikant enbart bland de yngre äldre kvinnorna och de allra äldsta männen. En försämrad hälsa kan man se att har en inverkan på upplevd ensamhet bland både yngre äldre och de allra äldsta, dock inte på en statistiskt signifikant nivå bland de allra äldsta männen.



Tabell 3.

*Logistisk regressionsanalys av upplevd ensamhet bland äldre år 2016 enligt GERDA-undersökningen (n=4526). Resultaten presenteras som oddskvoter (OK) och 95 % konfidensintervall (KI).*

GERDA	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	OK	KI	p	OK	KI	p	OK	KI	p
<i>Socialt nätverk</i>									
Flera gånger i veckan	1			1			1		
Flera gånger i månaden	0,79	0,64-0,98	0,03	0,76	0,61-0,95	0,02	0,80	0,64-1,00	0,06
<i>Socialt stöd</i>									
Två eller fler	1			1			1		
En eller färre	1,38	1,16-1,71	<0,00	1,33	1,06-1,67	0,02	1,28	1,02-1,61	0,04
<i>Ålder</i>									
66				1			1		
71				0,73	0,55-0,97	0,03	0,68	0,51-0,91	0,01
76				0,94	0,66-1,26	0,58	0,79	0,57-1,09	0,16
81				1,34	0,98-1,83	0,06	1,06	0,77-1,46	0,73
86				1,47	1,02-2,10	0,04	1,34	1,08-1,66	0,01
<i>Kön</i>									
Man				1			1		
Kvinna				1,10	0,88-1,38	0,41	1,07	0,85-1,35	0,56
<i>Civilstånd</i>									
Gift, sambo, särbo				1			1		
Skild, ogift, änka/änkling				3,28	2,62-4,10	<0,00	3,29	2,62-4,13	<0,00
<i>Språkgrupp</i>									
Svenska				1			1		
Finska				1,33	1,08-1,65	0,01	1,34	1,08-1,66	0,01
<i>Utbildning</i>									
Mellan- och högutbildning				1			1		
Låg utbildning				0,88	0,72-1,09	0,26	0,97	0,78-1,20	0,78
<i>Självskattad hälsa</i>									
God							1		
Försämrad							2,19	1,76-2,73	<0,00

I tabell 3 har sannolikheten för att uppleva ensamhet analyserats genom en logistisk regressionsanalys. I analysen har hela undersökningsgruppen inkluderats vilket innebär båda könen och alla åldersgrupper (66-,71-,76-,81- och 86-åringar). Tabellens uppbyggnad består av tre modeller, varav modell 1 anger sannolikheten för upplevd ensamhet mot de sociala variablerna (socialt nätverk och socialt stöd). I modell 2 inkluderades även de sociodemografiska bakgrundsvariablerna. I den sista och tredje modellen inkluderades utöver sociala variablerna och sociodemografiska variablerna även självskattad hälsa.

Utgående från tabellen kan man se att de äldre personerna med ett starkare socialt nätverk kände sig mera ensamma, detta eftersom oddskvoten för socialt nätverk gick i motsatt riktning så att de med svagare socialt nätverk hade mindre sannolikhet för upplevd ensamhet. Resultatet är signifikant ( $p < 0,05$ ) i modell 1 och 2. Däremot försvinner den statistiska signifikansen i modell 3 ( $p = 0,06$ ).

I modell 2 har de sociodemografiska variablerna inkluderats och det visade sig att de allra äldsta 86-åringarna hade en högre oddskvot i jämförelse med 66-åringarna vilket betyder att de hade en större sannolikhet för upplevd ensamhet. Resultatet för 71-åringarna är signifikanta och oddskvoten går i motsatt riktning, dvs. 71-åringarna kände sig mindre ensamma jämfört med 66-åringarna.

Störst oddskvot för upplevd ensamhet finner man hos respondenterna som var skilda, ogifta eller änkor/änklingar. Deras oddskvot var 3,28 kontrollerat mot både de sociala variablerna och sociodemografiska variablerna, och detta samband är statistiskt signifikant. I modell 3 inkluderades även självskattad hälsa som variabel. De som uppgav sig ha en försämrad hälsa hade en större oddskvot för att uppleva ensamhet jämfört med de som uppgav sig ha en god hälsa, och även detta samband visade sig vara statistiskt signifikant. I den tredje modellen kontrollerades upplevd ensamhet mot sociala variabler, sociodemografiska variabler och hälsovariabel där låg den högsta oddskvoten på 3,29 bland de ensamstående. Utgående från detta kan man konstatera att de respondenter som saknade en partner hade en större sannolikhet att uppleva ensamhet.

Tabell 4.

Logistisk regression av upplevd ensamhet bland äldre enligt kön. Resultaten presenteras som oddskvoter (OK) och 95 % konfidensintervall (KI). (Män=1995, kvinnor=2531).

GERDA	Män (n=1995)									Kvinnor (n=2531)								
	Modell 1			Modell 2			Modell 3			Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	OK	KI	p	OK	KI	p	OK	KI	p	OK	KI	p	OK	KI	p	OK	KI	p
<i>Socialt nätverk</i>																		
Flera gånger i veckan	1			1			1			1			1			1		
Flera gånger i månaden	0,68	0,49-0,94	0,02	0,71	0,50-1,00	0,05	0,78	0,54-1,10	0,16	0,80	0,61-1,06	0,12	0,80	0,60-1,07	0,14	0,83	0,61-1,11	0,21
<i>Socialt stöd</i>																		
Två eller fler	1			1			1			1			1			1		
En eller färre	1,45	1,04-2,01	0,03	1,39	0,98-1,96	0,06	1,34	0,94-1,92	0,11	1,57	1,18-2,10	0,02	1,30	0,95-1,76	0,10	1,25	0,91-1,70	0,17
<i>Ålder</i>																		
66				1			1						1			1		
71				0,66	0,40-1,01	0,06	0,60	0,37-0,96	0,03				0,80	0,55-1,15	0,23	0,75	0,52-1,08	0,12
76				0,94	0,57-1,53	0,80	0,83	0,50-1,36	0,46				0,91	0,60-1,39	0,66	0,80	0,51-1,22	0,28
81				1,83	1,01-3,33	0,05	0,82	0,47-1,42	0,49				1,57	1,06-2,33	0,02	1,24	0,83-1,87	0,30
86				1,60	1,12-2,29	0,01	1,22	0,65-2,31	0,53				1,39	0,88-2,18	0,16	1,03	0,64-1,66	0,90
<i>Civilstånd</i>																		
Gift, sambo, särbo				1			1						1			1		
Skild, ogift, änka/änkling				4,24	2,92-6,15	<0,00	4,26	2,91-6,24	<0,00				2,87	2,18-3,79	<0,00	2,91	2,20-3,85	<0,00
<i>Språkgrupp</i>																		
Svenska				1			1						1			1		
Finska				1,60	1,12-2,29	0,01	1,58	1,10-2,26	0,13				1,18	0,90-1,55	0,23	1,20	0,91-1,58	0,20
<i>Utbildning</i>																		
Mellan- och högutbildning				1			1						1			1		
Låg utbildning				0,89	0,63-1,26	0,52	1,08	0,75-1,54	0,70				0,86	0,66-1,13	0,28	0,91	0,69-1,20	0,50
<i>Självskattad hälsa</i>																		
God							1									1		
Försämrad							2,74	1,91-3,93	<0,00							1,92	1,45-2,54	<0,00

Tabell 4 har samma uppbyggnad som tabell 3, med tre olika modeller. I tabell 4 har män och kvinnor analyserats skilt. Resultatet i tabellen visar sannolikheten för upplevd ensamhet utgående från de olika variablerna bland män respektive kvinnor.

I modell 1 där enbart de sociala variablerna analyserats kan man se att ett starkare socialt nätverk visar en sannolikhet på upplevd ensamhet. Detta är statistiskt signifikant bland män men däremot finner man inte samma samband bland kvinnor. Ett signifikant samband finner man bland både män och kvinnor när man ser på socialt stöd och upplevd ensamhet. I den andra och tredje modellen finner man varken bland män eller kvinnor ett signifikant resultat när man ser på socialt nätverk och socialt stöd.

Sociodemografiska variablerna inkluderas i modell 2 och finner man signifikanta resultat ( $p < 0,00$ ) bland båda könen och civilståndet. Både män och kvinnor som är ensamstående upplever mer ensamhet. Om man ser närmare på åldern kan man se att de allra äldsta männen 81 och 86 år utgående från modell 2 upplever mer ensamhet än de övriga åldersgrupperna, däremot i modell 3 visar resultatet sig signifikant för de 71-åringa männen (yngre äldre). Bland kvinnorna finner man enbart signifikant samband bland 81 åringarna och upplev ensamhet (allra äldsta) i modell 2. Man kan därmed konstatera likheter mellan könen bland 81 åringarna och upplevd ensamhet.

I modell 3 där självskattad hälsa även tilläggs ser man ett signifikant samband mellan både män och kvinnor. Den självskattade hälsan har en inverkan på upplevd ensamhet bland båda könen, bland männen kan man se en högre oddskvot (2,74) än kvinnorna (1,92).

Tabell 5.

Logistisk regression av upplevd ensamhet bland äldre enligt åldersgrupperna, yngre äldre och allra äldsta (n=4994). Resultaten presenteras som oddskvoter (OK) och 95 % konfidensintervall (KI).

GERDA	66, 71 & 76 år									81 & 86 år								
	Modell 1			Modell 2			Modell 3			Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	OK	KI	p	OK	KI	p	OK	KI	p	OK	KI	p	OK	KI	p	OK	KI	p
<b>Socialt nätverk</b>																		
Flera gånger i veckan	1			1			1			1			1			1		
Flera gånger i månaden	0,68	0,53-0,88	<0,00	0,67	0,52-0,88	<0,00	0,70	0,54-0,91	0,01	1,13	0,77-1,67	0,53	1,02	0,68-1,54	0,93	1,16	0,76-1,78	0,50
<b>Socialt stöd</b>																		
Två eller fler	1			1			1			1			1			1		
En eller färre	1,32	1,02-1,72	0,03	1,35	1,02-1,79	0,03	1,27	0,96-1,68	0,10	1,53	1,05-2,23	0,03	1,31	0,88-1,95	0,18	1,33	0,89-2,00	0,17
<b>Kön</b>																		
Man				1			1						1			1		
Kvinna				1,10	0,84-1,45	0,47	1,08	0,82-1,42	0,58				1,10	0,71-1,69	0,68	1,05	0,67-1,64	0,84
<b>Civilstånd</b>																		
Gift, sambo, särbo				1			1						1			1		
Skild, ogift, änka/änkling				3,29	2,53-4,29	<0,00	3,27	2,50-4,27	<0,00				3,22	2,13-4,87	<0,00	3,16	2,07-4,83	<0,00
<b>Språkgrupp</b>																		
Svenska				1			1						1			1		
Finska				1,38	1,06-1,79	0,02	1,40	1,07-1,83	0,01				1,29	0,89-1,86	0,18	1,30	0,88-1,88	0,19
<b>Utbildning</b>																		
Mellan- och högutbildning				1			1						1			1		
Låg utbildning				0,82	0,64-1,06	0,13	0,90	0,70-1,17	0,44				1,06	0,74-1,54	0,74	1,23	0,84-1,80	0,30
<b>Självskattad hälsa</b>																		
God							1									1		
Försämrad							2,15	1,67-2,77	<0,00							2,10	1,38-3,21	<0,00

Tabell 5 har samma uppbyggnad som den tabellerna 3 och 4. I tabellen har yngre äldre (66, 71 och 76-åringar) och de allra äldsta (81 och 86-åringar) analyserats skilt. Det framkommer skillnader i upplevd ensamhet när man ser på de sociala variablerna socialt nätverk och socialt stöd mellan åldersgrupperna. Bland de yngre äldre kunde man se att de som hade ett mera omfattande socialt nätverk hade större sannolikhet för upplevd ensamhet i modell 1 och 2. Oddskvoten för sociala nätverk bland de allra äldsta går i en förväntad riktning däremot inte på en statistik signifikant nivå.

Däremot i den tredje modellen där hälsa lades till förvinner sambandet som man kan se i de tidigare modellerna. Ser man på de allra äldsta kan man se ett samband mellan ett svagt socialt stöd och upplevd ensamhet enbart i modell 1. Socialt stöd har ett samband med upplevd ensamhet bland de yngre äldre i modell 1 och 2.

I de olika modellerna ändrar signifikansens för socialt stöd, vilket innebär att socialt stöd inte har ett oberoende förklaringsvärde när det gäller ensamhet. I tabell 5 kan vi åter konstatera att hälsa och civilståndet har ett samband med upplevd ensamhet bland både de yngre äldre och de allra äldsta så att skilda, ogifta och änkor/änklingar har större sannolikhet för upplevd ensamhet eftersom det visar på en statistisk signifikans, däremot går oddskvoten i motsatt riktning.

## 7 Sammanfattande diskussion

I kapitlet kommer den empiriska undersökningens resultat att diskuteras. Resultatet kommer att kopplas till avhandlingens teoretiska referensram och tidigare forskning. Forskningsfrågorna som utgör en grund för avhandlingen kommer i detta kapitel att besvaras. Metoden som tillämpats för den empiriska undersökningen samt förslag på vidare forskning kommer att diskuteras.

### 7.1 Resultatdiskussion

Resultatdiskussionen grundar sig på avhandlingens tre forskningsfrågor, vilka är; i vilken utsträckning upplevs ensamhet bland äldre i Österbotten? Finns det ett samband mellan sociala resurser i form av sociala nätverk och socialt stöd och upplevd ensamhet bland äldre i Österbotten? Och ser detta samband olika ut mellan kvinnor och män och mellan yngre äldre och de allra äldsta i Österbotten? Resultatet av den empiriska studien som utgår från GERDA-undersökningen från år 2016 har presenterats i form av fem olika tabeller och på så vis har forskningsfrågorna kunnat besvaras. Dahlberg (2020) påpekar att det finns två olika sätt att mäta ensamhet, antingen genom enbart en fråga eller att ställa flera frågor som mäter ensamhet på en skala. I GERDA-enkäten mäts ensamhet genom en fråga: lider du av ensamhet? Med svarsalternativen ja eller nej. Det framkommer ingen specifik skillnad om det är den sociala eller emotionella ensamheten (Dahlberg, 2013) som mäts eftersom man enbart ställer en fråga och inte flera.

Utgående från studiens resultat upplevde 10,2 % av de äldre i åldern 66, 71, 76, 81 och 86 år sig ensamma. Tilvis, m.fl., (2011) studie visar att en tredjedel av de äldre i Finland upplever ensamhet. Även Tiilikainen och Seppänen (2017) har utgående från både nationell och internationella studier från Europa sett att en tredjedel av de äldre upplever ensamhet och att bland 3–9 % av de äldre är ensamhet ett stort problem. Savikko (2008) studerar ensamhet bland äldre i Finland och i studien framkommer att 39 % av deltagarna upplever ensamhet åtminstone ibland. Medan lite över 5 % upplever sig ensamma hela tiden eller ofta. Savikko (2008) frågar i enkäten; ”lider du av ensamhet?” (Kärsittekö yksinäisyydestä?) vilket även motsvarar frågan (lider du av ensamhet?) som mäter ensamhet i GERDA-undersökningen som används i

avhandlingens studie. Savikkos (2008) enkätstudie har 4113 deltagare från olika delar av Finland och medelåldern var 81 år. Savikkos enkät innefattar tre olika svarsalternativ för frågan om ensamhet; sällan eller aldrig, ibland eller ofta (harvoin tai ei koskaan, toisinaan, usein) medan i GERDA-enkäten finns enbart ja eller nej som alternativ. Möjligheterna till flersvarsmöjligheter kan även ha en inverkan på resultaten i studierna. Savikkos (2008) undersökning har deltagare från hela Finland medan GERDA enbart håller sig till ett geografiskt område, Österbotten.

Avhandlingens syfte var att ta reda på om det finns ett samband mellan sociala resurser och upplevd ensamhet bland äldre österbottningar. De sociala resurserna har i undersökningen mätts genom tillgången till socialt kapital i form av sociala nätverk och socialt stöd. Sociala nätverk och socialt stöd är komponenter för sociala relationer (Sugisawa, Liang & Liu, 1994). De sociala nätverken som individen har består av relationer till andra och dessa relationer kan ha en varierande styrka samt täthet. De sociala nätverken kan bestå av familj, vänner, grannar och samt nätverk inom organisationer eller föreningar (Agahi, m.fl., 2010). Den socioemotionella selektivitetsteorin och konvojmodellen lyfter båda fram hur det sociala nätverkets omfång minskar med ökad ålder. Den yttersta cirkeln i nätverket minskar ju äldre vi blir till följd av att personerna i den egna åldern dör till följd av åldrandet och dess följder. Den närmast cirkeln med familj och släkt förblir viktig genom åldrandet (ten Bruggencate, Luijkx & Sturm, 2018).

De sociala nätverkens samband med ensamhetsupplevelser bland äldre i Österbotten visar att en mera tätare kontakt med det sociala nätverket resulterar i större upplevd ensamhet bland både de yngre äldre och de allra äldsta och bland båda könen (tabell 2). Resultatet i min studie var överraskande eftersom man skulle kunna tro att en tätare kontakt med sitt sociala nätverk skulle innebära mindre upplevd ensamhet och inte tvärtom som resultatet visar på. Utgående från den teoretiska bakgrunden och tidigare forskning som presenterats i avhandlingen har man fått uppfattningen om att ett starkt socialt nätverk borde ha en positiv effekt på att förebygga ensamhet. Det är ändå viktigt att komma ihåg att i denna analys sammanfogade jag åtta olika typer av kontakter såsom kontakt med, make/maka, barn, barnbarn, föräldrar, syskon, övrig släkt, vänner och grannar. Eventuellt kunde kontakter till exempelvis familj och grannar samt vänner studerats åtskilt.



En förklarande faktor för varför resultatet tyder på mer upplevd ensamhet trots starkt socialt nätverk kan eventuellt förklaras med det som Jansson (2020) i tidigare forskning lyfter fram. Jansson behandlar sociala nätverks betydelse för upplevd ensamhet och påpekar det fakta att även om man ofta har kontakt med andra individer betyder det inte att man inte skulle kunna uppleva ensamhet. Kvaliteten på de sociala relationerna är viktigare än kvantiteten vilket innebär mängden relationer.

I analysen kan vi däremot se att socialt stöd av två eller fler personer bland de äldre har ett samband med upplevd ensamhet. Äldre med svagare socialt stöd upplevde även mer ensamhet framkommer i studien. Att ha personer man finner förtroende har ett samband med ensamhetsupplevelsen både bland de yngre äldre och de allra äldsta. Tidigare forskning som gjorts av Dahlberg, m.fl., (2018) lyfter fram avsaknaden av socialt stöd och svaga sociala relationer som en ökad risk för ensamhet. Resultatet i studien som tyder på att de med ett större socialt stöd upplever mindre ensamhet kan även kopplas till tidigare studier. Att ha en livspartner, ett gott stöd och en bra kontakt med sin familj har en lindrande inverkan på ensamhetskänslor (Graneheim & Lundman, 2010).

Att arbeta förebyggande med äldre för att förebygga ensamhet kan därför tillämpas genom att stärka det sociala stödet. När det sociala behovet hos individen blir uppfyllt ges ett skydd mot ensamhet, depression och sjukdomar (ten Bruggencate, Luijkx & Sturm, 2018). de Jong Gierveld m.fl., (2006) påpekar vikten av social aktivitet i form av deltagande i diverse organisationer, föreningar eller volontärarbete som en förebyggande faktor till att lindra ensamhet. Att upprätthålla social kontakt till andra ger ett skydd mot ensamheten. Ett större socialt nätverk och ett gott socialt stöd reducerar risken för att uppleva ensamhet (Dahlberg, Agahi & Lennartsson, 2018).

Gällande ålderskillnader i upplevd ensamhet kan vi utgående från den logistiska regressionsanalysen (tabell 3) se att de allra äldsta 86-åringarna hade en större sannolikhet att upplevde ensamhet i jämförelse med 66-åringarna som fungerade som referensgrupp. Analysen visar på att det inte finns någon skillnad mellan könen. Ser man på de allra äldsta kan man i tabell 5 se ett intressant fynd som visar på att oddskvoten för upplevd ensamhet och sociala nätverk för de allra äldsta (81 och 86 år) går i en förväntad riktning men däremot visar det ingen statistisk signifikans.

Utöver de sociala resursernas samband med upplevd ensamhet bland äldre i Österbotten kan man även se att sambanden mellan de sociodemografiska variablerna och ensamhet. Civilstånd är fortsättningsvis signifikanta både bland båda könen och bland både de yngre äldre och de allra äldsta (tabell 5). Både bland män och kvinnor har civilståndet ett samband med upplevd ensamhet eftersom gifta, samboende eller särboende män och kvinnor i båda åldersgrupperna rapporterar mindre ensamma än de som är skilda, ogifta eller änka/änklingar. Tidigare studier visar att civilståndet och förlusten av en partner har en inverkan på upplevelsen av ensamhet. Det finns en högre riskfaktor för att drabbas av ensamhet om man är ensamstående och att förlora en intim partner (Dahlberg, Agahi & Lennartsson, 2018). Även Graneheim och Lundman (2010) lyfter fram förlusten av en partner som en riskfaktor för att drabbas av ensamhet. När människan åldras förekommer även livsförändringar vilket Jönson och Harnett (2015) påpekar kan medföra risker för att drabbas av ensamhet. Tornstam (2010) lyfter fram rollteorin, vilket innebär att när man åldras förlorar vi en del av de rollerna vi haft under livets gång. En stigande ålder leder naturligt till slut till döden vilket innebär att äldre som varit i ett förhållande blir ensamstående vilket gör att det sker en förändring i rollen från att ha varit någons maka eller make till att bli änka eller änkling.

I analyserna har även den självskattade hälsan inkluderats. Att den självuppskattade hälsan har en inverkan på ensamhetsupplevelsorna kan man se genom hela studien. Det finns ett samband i alla analyser vilket visar på att hälsans har betydelse för upplevd ensamhet. Hälsan är därmed en faktor som har ett samband med upplevelsens av ensamhet vilket även framkommit i tidigare forskning. Både Nyqvist, m.fl., (2013) och Dahlberg (2013) lyfter bland annat fram en nedsatt hälsa som en riskfaktor för att drabbas av ensamhet.

## 7.2. Metoddiskussion

Att välja en kvantitativ metod för den empiriska studien var självklar eftersom jag hade möjligheten att använda mig av det omfattande GERDA-materialet. Frågeformuläret bestod enbart av en fråga som tangerade ensamhet. Formuleringen av frågan gav även en relativt negativ betydelse eftersom den löd: Lider du av ensamhet? Ordet lider är ett starkt uttryck vilket kan ha en inverkan på respondenternas svar. Man hade även enbart två svarsalternativ ja eller

nej att välja mellan vilket även gjorde frågan väldigt ledande. Ett tredje svarsalternativ som exempelvis ibland kunde vara lämplig att ha med eftersom upplevelsen av ensamhet kan variera i perioder. Logistisk regression var en lämplig analysmetod för avhandlingens empiriska del eftersom ensamhet som jag valde att studera enbart hade två svarskategorier i GERDA-enkäten.

Valet att göra undersökning utgående från GERDA-materialet var motiverat av att det är ett stort färdigt insamlat underlag som gjorts av etablerade forskare som behandlar avhandlingens tematik kring både sociala resurser och ensamhet bland äldre.

### 7.3. Konklusion och förslag till fortsatt forskning

Ensamhet bland äldre är ett aktuellt tema i och med att vi har en snabbt ökande befolkning både i Finland och i hela världen. Forskning kring ensamhet bland äldre är därför av betydelse för att kunna förebygga och minska på ensamheten bland äldre och värna om den äldres fysiska och psykiska hälsa. I studien framkommer att 10,2 % av respondenterna upplever ensamhet och sannolikheten för att känna sig ensamma var störst bland 86-åringarna. Vilket i jämförelse med Savikkos (2008) studie kring ensamhetsupplevelser bland äldre i Finland är relativt lika eftersom där uppgav över 5 % att de ofta led av ensamhet. Däremot var deltagarna mer geografiskt utspridda runt hela Finland jämfört med GERDA där deltagarna enbart bodde i Österbotten.

Utgående från teori och tidigare forskning som lyfts fram i avhandlingen kan man konstatera att sociala resurser har ett samband med upplevd ensamhet bland äldre. Däremot gick ett av resultaten i studien i en oväntad riktning i jämförelse med teori och tidigare forskning. I avhandlingens empiriska del där upplevd ensamhet bland österbottningarna har studerats framkommer ett överraskande resultat när man ser på sociala nätverk och upplevd ensamhet. Bland de äldre med ett starkt socialt nätverk är ensamhetsupplevelsorna större. I studiens resultat kan man konstatera att hälsan och civilståndet är en viktig faktor när det kommer till upplevd ensamhet. De äldre som uppger sig ha en god hälsa och som är i ett förhållande upplever sig mindre ensamma.

I avhandlingens fjärde kapitel tas förebyggande arbete och interventioner upp bland äldre, syftet med interventioner är att motarbeta och lindra ensamhet och social isolering bland äldre. Gardiner, m.fl., (2016) lyfter fram interventioner som visat ha framgång för att lindra ensamhet inkluderat samhällsdeltagande, anpassningsbarhet och produktivt engagemang. Sociala resurser är därav en viktig del av att förebygga ensamhet bland äldre och det är ett område där det behövs mera forskning kring hur man genom att använda och öka de sociala resurserna hos de äldre kan minska på ensamhetsupplevelserna. Cattan m.fl., (2005) lyfter fram att man genom hälsoförebyggande service och aktiviteter ska man stödja de äldre att utveckla, förbättra och upprätthålla social kontakt till andra och stärka det mentala välmående bland de äldre. Att se närmare på interventioner och förebyggande arbete som ökar socialt deltagande bland äldre och hur äldre som deltar i diverse föreningsaktiviteter och sociala sammanhang upplever ensamhet vore ett intressant område att ta närmare del av.

Agahi, m.fl., (2010) lyfter fram vikten av äldres deltagande i olika föreningar och träffpunkter för att skapa gemenskap och på så vis lindra ensamhetsupplevelser bland äldre. Även den äldre människan vill fortsätta vara aktiv och delta trots hög ålder. Speciellt är detta av stort intresse när den äldre människan i dagens samhälle ska allt längre bo och klara sig i det egna hemmet. Att allt fler äldre i hög ålder fortfarande bor hemma kan eventuellt leda till stor ensamhet och social isolering. Vi behöver satsa på den äldre människan hälsa, både den fysiska och mentala hälsan för att ha en äldre befolkning med gott välmående.

## Källförteckning

- Agahi, N., Lennartsson, C., Österman, J. & Wånell, S E. (2010). Sociala relationer, socialt deltagande och hälsa bland äldre personer. *Socialmedicinsk tidskrift*, 3, 175–181.
- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Aging & Mental Health*, 2(4), 264–274.
- Andersson, L. (red.). (2013). *Socialgerontologi*. (Uppl. 2). Lund: Studentlitteratur
- Antonucci, T.C., Ajrouch K.J. & Birditt, K.S. (2014). The Convoy Model: Explaining Social Relations From a Multidisciplinary Perspective. *The Gerontologist*, 54(1). 82–89.
- Bürilde, B. & Fors, F. (2015). *Den svenska ensamheten: om hur olika former av ensamhet påverkar vårt välbefinnande*. Göteborgs universitet.  
[https://som.gu.se/digitalAssets/1534/1534422\\_den-svenska-ensamheten.pdf](https://som.gu.se/digitalAssets/1534/1534422_den-svenska-ensamheten.pdf)
- Carstensen, L.L. (1991). Selectivity Theory: Social Activity in Life-Span Context. Ingår i Warner Schaie, K. & Powell Lawton, M. (red.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics Volume 11*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Carstensen, L. L. (1992). Social and Emotional Patterns in Adulthood: Support for Socioemotional Selectivity Theory. *Psychology and Aging*, 7(3), 331–338.
- Cattan, M., White M., Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society*, 25(1), 41–67.
- Coleman, J.S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *The American Journal of Sociology*, 94, 95–120.
- Dahlberg, L. (2013). *Risk för ensamhet*. Äldre i Centrum. <http://www.aldreicentrum.se/till-tidskriften/2011/Nr-32013--Gammal-ar-aldst/Risk-for-ensamhet/>
- Dahlberg, K. (2009). The enigmatic phenomenon of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(4), 195–207.
- Dahlberg, L. (2020). *Ensamhet bland äldre personer i Norden* (2020:517). Nordic Council of Ministers. <https://pub.norden.org/temanord2020-517/#26864>
- Dahlberg, L., Agahi, N. & Lennartsson, C. (2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 96–103.
- Dehlin, O., Hagberg, B., Rundgren, Å., Samuelsson, G. & Sjöbeck, B. (2000). *Gerontologi – Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*. Stockholm: Natur & Kultur
- de Jong Gierveld, J., T.G., van Tilburg & P.A., Dijkstra (2006) Loneliness and social isolation. Ingår i A.Vangelisti & D.Perlman (red.). *Cambridge handbook of personal relationships*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Dykstra, P.A. (2009). Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing volume*, 6(91).
- Dykstra, P.A., van Tilburg, T.G. & de Jong Gierveld, J. (2005). Changes in Older Adult Loneliness - Results From a Seven-Year Longitudinal Study. *Research on Aging*, 27(6), 725–747.
- Eliasson, A. (2018). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.
- Findikator. (2019). *Förväntad livslängd*. <https://findikaattori.fi/sv/46>
- Findikator. (2021). *Utvecklingen av befolkningens åldersstruktur*. Hämtad 11.4.2021 från: <https://findikaattori.fi/sv/81>
- Frank, A. & Dahlberg, L. (2020). *Ensamhet bland äldre personer i Norden (2020:517)*. Nordic Council of Ministers. <https://pub.norden.org/temanord2020-517/#27954>
- Forsman, A., & Nordmyr, J. (2020). *Att åldras på 2020-talet: Social delaktighet som grund för ett gott åldrande*. Tankesmedjan Agenda. <https://agenda.fi/publikation/att-aldras-pa-2020-talet-social-delaktighet-som-grund-for-ett-gott-aldrande/>
- Gardiner, C., Geldenhuys, G. & Gott, M. (2016). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health and Social Care in the Community*, 26(2).
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2010). Experiences of loneliness among the very old: The Umeå 85+ project. *Aging & Mental Health*, 14(4), 433–438.
- Heikkinen, R-L. & Kauppinen, M. (2011). Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(2011), 33–39.
- Helliwell, J, F., Huang, H., Wang, S., & Norton, M. (2021). *World Happiness Report 2021- World Happiness, Trust and Deaths under COVID-19*. New York: Sustainable Development Solutions Network. <https://worldhappiness.report/ed/2021/happiness-trust-and-deaths-under-covid-19/>
- HelsinkiMissio. (2017). *Yksinäisyydestä voi päästä eroon – HelsinkiMissiolta uutta apua aikuisille*. <https://www.epressi.com/tiedotteet/avustukset-ja-vapaaehtoistyoyksinaisyydesta-voi-paasta-eroon-helsinkimissiolta-uutta-apua-aikuisille.html>
- Hyppä, M.T. (2007). *Livskraft ur gemenskap – om socialt kapital och folkhälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Jansson, A. (2020). *Loneliness of older people in long-term care facilities*. [Doktorsavhandling, University of Helsinki]. Helsingin Yliopisto. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/319092/jansson\\_anu\\_dissertation\\_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/319092/jansson_anu_dissertation_2020.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Jönson, H. & Harnett, T. (2015). *Socialt arbete med äldre*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kilpatrick Demaray, M. & Malecki, C. (2002) Critical levels of perceived social support associated with student adjustment. *School Psychology Quarterly*, 17(3), 213–241.

- Kuusela, K. (2011). Invandrare och socialt kapital. Ingår i: Starrin, B. & Rønning, R (red.). *Socialt kapital - i ett välfärdsperspektiv*. Liber: Malmö.
- 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>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N. & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171.
- Lennartsson, C. (2020). *Ensamhet bland äldre personer i Norden* (2020:517). Nordic Council of Ministers. <https://pub.norden.org/temanord2020-517/#26869>
- Malmberg, B. & Ågren, M. (2013). Socialt Åldrande. Ingår i: Ernst Bravell, M. *Äldre och åldrande – Grundbok i gerontologi*. (uppl. 2). Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Nyqvist, F., Cattan, M., Andersson, L., Forsman, A K. & 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.
- Nyqvist, F., Nygård, M., Fagerström, L., Vaartio-Rajalin, H., Näsman, M. & Åkerman, S. *Gerontologisk Regional Databas (GERDA)*. Åbo Akademi. <https://research.abo.fi/sv/projects/gerontological-regional-database-gerda>
- Nyqvist, F., Nygård, M. & Snellman, F. (2019). Active ageing: Results from Western Finland. *Research on Finnish Society*, 12, 55–66.
- Peplau, A., Perlman, D., (1982). *Theoretical approaches to loneliness*. Ingår i: Peplau, L., Perlman, D. (Red.), *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. Wiley, New York, 123–134.
- Prohaska T, Burholt V, Burns A, m.fl. (2020). Consensus statement: loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health?. *BMJ open*, 10(8), e034967.
- Putnam, R. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster.
- Savikko, N. (2008). *Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation*. [Magisteravhandling, University of Turku]. Turun Yliopisto. <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/38910/D808.pdf?sequence=>
- Starrin, B. (2011). Socialt kapital och hälsa. Ingår i: Starrin, B. & Rønning, R (red.). *Socialt kapital - i ett välfärdsperspektiv*. Liber: Malmö.
- Strang, P. (2014). *Att höra till – om ensamhet och gemenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Statistikcentralen. (2019). *År 2017 levde 890 000 personer i risk för fattigdom eller social utestängning*. [http://www.stat.fi/til/eot/2017/eot\\_2017\\_2019-05-24\\_tie\\_001\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/eot/2017/eot_2017_2019-05-24_tie_001_sv.html)
- Statistikcentralen. (2016). *Antalet ensamboende ökade mest i de äldre åldersgrupperna år 2015*. [http://www.stat.fi/til/asas/2015/asas\\_2015\\_2016-05-24\\_tie\\_001\\_sv.html](http://www.stat.fi/til/asas/2015/asas_2015_2016-05-24_tie_001_sv.html)

Sugisawa, H., Liang, J. & Liu, X. (1994). Social Networks, Social Support, and Mortality Among Older People in Japan. *Journal of Gerontology: social science*, 49(1), 3–13.

Sundback, S., & Nyqvist, F. (2010). *Det finlandssvenska sociala kapitalet: fakta och fiktion*. Helsingfors: Svenska Litteratursällskapet i Finland.

ten Bruggencate, T., Luijkx, K. G. & Sturm, J. (2018). Social needs of older people: a systematic literature review. *Ageing and Society*, 38(9), 1745–1770.

Tiilikainen, E. & Seppänen, M. (2017). Lost and unfulfilled relationships behind emotional loneliness in old age. *Ageing & Society*, 37, 1068–1088.

Tilvis, R.S., Laitala, V., Routasalo, P.E. & Pitkälä, K.H. (2011). Suffering from Loneliness Indicates Significant Mortality Risk of Older People. *Journal of Aging Research*, 11, 1–5.

Tornstam, L. (2010). *Åldrandets socialpsykologi*. (Uppl. 8). Finland: Nordstedts.

Yrkeshögskolan Novia. (2016). *GERDA Botnia*. <http://gerda.novia.fi/>



## Bilaga 1.

Förteckning över de ursprungliga svarsalternativen och fördelningsprocentarna för de sociodemografiska variablerna, utfallsvariabel och variabel för hälsa.

<b>GERDA 2016</b>	<b>%</b>	<b>(n)</b>		<b>%</b>	<b>(n)</b>
<b>Ålder</b>			<b>Lider Du av ensamhet?</b>		(4768)
65	30,8	(1544)	Ja	9,6	
70	30,3	(1518)	Nej	85,6	
75	16,5	(828)	Saknas		(243)
80	14	(701)	<b>Hur skulle Du i allmänhet säga att Din hälsa är?</b>		(4964)
85	8	(403)	Utmärkt	6,3	
okänd	0,3	(17)	Mycket god	24,6	
<b>Kön</b>		(5011)	God	30,2	
Kvinna	55,9		Någorlunda	33,9	
Man	44,1		Dålig	4,1	
Saknas		(0)	Saknas		(47)
<b>Civilstånd</b>		(4980)			
Gift	66,3				
Sambo	5,7				
Särbo	1,8				
Ogift	4				
Skild	5,9				
Änka/änkling	15,8				
Saknas		(31)			
<b>Språkgrupp</b>					
Svenska	45,9				
Finska	54,1				
Saknas		(0)			
<b>Utbildning</b>		(4966)			
Folkskola	30,2				
Mellanskola	7,2				
Folkhögskola	6,3				
Yrkesskola, facklig skola	25,8				
Högre yrkesutbildning	16,1				
Studentexamen	4				
Universitets- eller högskoleutbildning	9,5				
Saknas		(45)			

## Bilaga 2.

Förteckning över de ursprungliga svarsalternativen och fördelningsprocentarna för de sociala variablerna.

<b>GERDA 2016</b>	<b>%</b>	<b>(n)</b>		<b>%</b>	<b>(n)</b>
<b>Hur ofta har du kontakt med någon i ditt sociala nätverk?</b>			<i>Vänner</i>	21,1	(4674)
Flera gånger i veckan	48,8	(4687)	Flera gånger i veckan	48,9	
Flera gånger i månaden	34,5		Flera gånger i månaden	22,3	
Någon gång om året	5,2		Någon gång om året	0,4	
Aldrig	0,1		Aldrig	0,6	
Personen finns inte	4,8		Personen finns inte		
Saknas		(324)	Saknas		(337)
<b>Barnbarn</b>	27,4	(4374)	<i>Grannar</i>	25,9	(4666)
Flera gånger i vecka	37,9		Flera gånger i veckan	41,8	
Flera gånger i månaden	12,5		Flera gånger i månaden	22,4	
Någon gång om året	0,4		Någon gång om året	2,6	
Aldrig	9		Aldrig	0,4	
Person finns inte			Personen finns inte		
Saknas		(637)	Saknas		(345)
<b>Syskon</b>	12,3	(4483)	<b>Har du någon förtrogen?</b>		
Flera gånger i veckan	35,4		<i>Make/Maka</i>	69,7	(3493)
Flera gånger i månaden	31,4		<i>Saknas</i>		(1518)
Någon gång om året	1,5		<i>Barn</i>	62,3	(3121)
Aldrig	8,9		Saknas		(1890)
Personen finns inte			<i>Barnbarn</i>	14,9	(747)
Saknas		(528)	Saknas		(4264)
<b>Föräldrar</b>	3,7	(3648)	<i>Syskon</i>	28,9	(1446)
Flera gånger i veckan	3,8		Saknas		(3565)
Flera gånger i månaden	1,1		<i>Föräldrar</i>	1,1	(57)
Någon gång om året	0,9		Saknas		(4954)
Aldrig	63,2		<i>Annan släkting</i>	7,9	(394)
Personen finns inte			Saknas		(4617)
Saknas		(1363)	<i>Vänner</i>	35,6	(1785)
<b>Övriga släktingar</b>	2,5	(4269)	Saknas		(3226)
Flera gånger i veckan	15,6		<i>Grannar</i>	8,1	(408)
Flera gånger i månaden	61,8		Saknas		(4603)
Någon gång om året	3,2		<i>Hemtjänst</i>	1,1	(53)
Aldrig	2,1		Saknas		(4958)
Personen finns inte			<i>Distriktssköterska, hälsovårdare eller sjukskötare</i>	2,6	(132)
Saknas		(742)	Saknas		(4879)
			<i>Någon annan</i>	2,2	(109)
			Saknas		(4902)
			<i>Ingen</i>	2,3	(116)
			Saknas		(4895)