



Høgskulen på Vestlandet

BER331 - Bacheloroppgave

BER331

Predefinert informasjon

Startdato:	07-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	29-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave	Studiepoeng:	20
SIS-kode:	203 BER331 1 HMH 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 328

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 11264

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 11

**Andre medlemmer i
gruppen:** 306

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Sammenhengen mellom ensomhet og aktivitet og deltakelse hos hjemmeboende eldre

The association between loneliness and activity and participation in elderly living at home

Kandidatnummer: 328 og 306

Ergoterapi 16HGRE

Institutt for helse og funksjon

Veileder: Mette Aanes

Innleveringsdato: 29.05.2019

Forord

Arbeidet med denne bacheloroppgaven kan beskrives med flere ord: krevende, frustrerende, lærerik, innholdsrik og underholdene. Det enkleste med hele oppgaven var å velge tema, da eldre og ensomhet er noe som vi begge er veldig interessert i. Vi har brukt uendelige timer å sette oss inn i bakgrunn stoff, statistiske analyser og lært mye om den kvantitative forskningsprosessen. Noe som har både vært interessant og frustrerende til tider. Likevel sitter vi igjen med en bacheloroppgave som vi er fornøyd med, og det er gøy å se at alle timene med arbeid har resultert i en bacheloroppgave som vi kan være stolte over.

Vi vil bruke denne anledningen til å takke veilederen vår Mette M. Aanes, som har motivert oss gjennom dette arbeidet, med sitt engasjement og kunnskapsnivå. I tillegg vil vi takke Facebookgruppene Eldreomsorg, Pensjonistpartiet og Livsglede for eldre som har hjulpet oss med å dele spørreundersøkelsen på deres sider. Vi vil også takke alle som deltok i pretesten av spørreundersøkelsen og kom med gode tilbakemeldinger. Vi må også takke familie og venner, som har vært tålmodighet og akseptert at de har vært i andre rekke under denne perioden. En stor takk til hverandre for tålmodighet i lange dager, arbeidskraft og ikke minst et godt samarbeid. Til slutt en stor takk til alle som deltok i vår spørreundersøkelse, denne bacheloroppgaven hadde ikke vært mulig uten dere!

God lesning!

Ny lærdom

Utruleg lenge var eg sterk og sprek
og kunne halde fram min vante veg
og trudde ikkje at slikt vondt som råkar
så mange gamle folk, skulle råka meg.

Eg såg på gamle skrøplingar, og tenkte
at om dei for alvor sette viljen inn
kunne dei vel te seg mindre ynkelege.
Jo, det er sant. Så hard var eg, så blind.

No har eg lært nytt. Min eigen kropp
har drive meg på plass i skrøplinganes hær.
Ikkje kall oss stakkarslege når du ser oss.
Kall oss heller tapre. Det er det vi er.

- Halldis Moren Vesaas: Livshus 1995

Sammendrag

Tittel: Sammenhengen mellom ensomhet og aktivitet og deltakelse hos hjemmeboende eldre

Problemstilling: Hvilken sammenheng har ensomhet med aktivitet og deltakelse hos hjemmeboende eldre?

Formål: Formålet med denne studien er å undersøke hvilken sammenheng det er mellom aktivitet og deltakelse og ensomhet hos eldre (over 70 år) som bor hjemme.

Metode: For å besvare problemstillingen har vi anvendt et kvantitativ design. Dataene ble samlet inn ved hjelp av en nett survey. Ved analysing av data anvendte vi en univariat og bivariat analyse, for å se sammenheng mellom ensomhet og andre faktorer.

Resultat: Det er en negativ signifikant korrelasjon mellom ensomhet og livskvalitet ($r = -.650, p < .001$). Ensomhet har en positiv korrelasjon med aktivitetsnivå ($r = .304, p < .05$). Det er ikke en signifikant korrelasjon mellom ensomhet og funksjonsnivå, eller mellom ensomhet og aktivitetsutførelse.

Konklusjon: Ensomhet blir ofte omtalt som et folkehelseproblem og er blitt et fokusområde for regjeringen. På bakgrunn av tidligere forskning og denne studien ser vi at det er mange faktorer som har sammenheng med ensomhet som er innenfor kjernekompetansen til ergoterapeuter. Med denne unike kunnskapen om deltakelse i meningsfulle aktiviteter kan ergoterapeuter være en viktig bidragsyter i arbeidet med å redusere og forebygge ensomhet blant eldre.

Nøkkelord: Ensomhet, aktivitet, deltakelse, eldre, ergoterapi, sosiale interaksjon.

Abstract

Title: The association between loneliness and activity and participation in elderly living at home.

Research question: Which association does loneliness have with activity and participation in elderly living at home?

Aim: The purpose of this study is to investigate the association between activity, participation and loneliness among elderly (over 70 years old) living at home.

Method: To answer the research question, we used a quantitative research design. The data was collected using an online survey. By analyzing the data, we used an univariate and bivariate analysis to analyze the association between loneliness and other factors.

Result: The result shows a negative significant correlation between loneliness and life satisfaction ($r = -.650, p < .001$). Loneliness have a positive correlation with activity level ($r = .304, p < .05$). Loneliness have no significant correlation with functional level or activity performance.

Conclusion: Loneliness is often referred to as a public health issue and has become a priority for the government. Based on previous research and this study, we see that there are many factors that are associated with loneliness which also we find in the occupational therapy paradigm. With the unique knowledge about participation in meaningful activities the occupational therapist can be an important part of the work with reducing and preventing loneliness among elderly people.

Key words: Loneliness, activities/ occupation, participation, elderly, occupational therapy, social interaction.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	2
1.1 MÅLET MED STUDIET	4
1.2 BEGREPSAVKLARING I FORHOLD TIL PROBLEMSTILLING	4
1.3 STUDIENS OPPBYGGING	4
2.0 TEORI	5
2.1 KUNNSKAPSGRUNNLAGET	5
2.1.1 Paradigme	5
2.1.2 Begrepsmodeller for praksis	6
2.1.2.1 Modellen for menneskelig aktivitet	6
2.1.2.2 Ressursmodellen	7
2.1.3 Relatert viten	9
2.1.3.1 Aldring	9
2.1.3.2 Eldres sosial interaksjon	10
2.1.3.3 Ensomhet	11
3.0 METODE	12
3.1 BAKGRUNN FOR VALG AV METODE	12
3.3 ETIKK	13
3.4 VALG AV RESPONDENTER	13
3.5 DATAINNSAMLING	14
3.5.1 Utforming av spørreskjema	14
3.5.1.1 Måleinstrumenter	15
3.5.2 Gjennomførelse	16
3.6 DATAANALYSE	17
4.0 RESULTAT	18
4.1 SOSIALE INTERAKSJON	20
4.2 FUNKSJONSNIVÅ	22
4.3 AKTIVITETSNIVÅ	25
5.0 DISKUSJON	27
5.1 SOSIAL INTERAKSJON	27
5.2 FUNKSJONSNIVÅ	29
5.3 AKTIVITETSNIVÅ	31
5.4 METODE DISKUSJON	32
5.6 ERGOTERAPEUT SOM BIDRAGSYTER	34
6.0 AVSLUTNING	35
LITTERATURLISTE	37
VEDLEGG 1: SPØRREUNDERSØKELSEN	42

Figurer:

FIGUR 1. MOHO. (KIELHOFNER, 2008, s. 103).....	6
FIGUR 2. RESSURSMODELLEN (DAATLAND & SOLEM, 2011, s. 103).	8

Diagrammer:

DIAGRAM 1: FREKVENSANDEL AV HVEM RESPONDENTENE KAN FÅ HJELP AV.....	21
DIAGRAM 2: FREKVENSANDEL AV RESPONDENTENE SIN TILGANG TIL TRANSPORT.....	25

Tabeller:

TABELL 1: SPØRSMÅLENE MÅLENIVÅ.	18
TABELL 2: KORRELASJONSANALYSE AV UCLA LONELINESS SCALE OG SATISFACTION WITH LIFE SCALE.....	19
TABELL 3: KRYSSABELL MELLOM PÅSTAND “JEG FØLER MEG OFTE ENSOM” OG ALDER OG KJØNN.	20
TABELL 4: KRYSSABELL MELLOM PÅSTAND “JEG FØLER MEG OFTE ENSOM” OG “HVEM BOR DU SAMMEN MED?”.....	20
TABELL 5: GJENNOMSNIITT OG STANDARDVARIASJON FOR FUNKSJONSNIVÅ VARIABLENE.	22
TABELL 6: SVARFORDELING I FREKVENNS, GJENNOMSNIITT OG STANDARDVARIASJON FOR AKTIVITETSUTFØRELSE VARIABLENE	23
TABELL 7: KRYSSABELL MELLOM PÅSTAND “JEG FØLER MEG OFTE ENSOM” OG “HVILKEN GRAD FØLER DU AT DU MESTRER HVERDAGEN?” OG “HVILKEN GRAD SYNS DU AT DU KLARER DEG PÅ EGENHÅND I HVERDAG?”	24
TABELL 8: KRYSSABELL MELLOM PÅSTAND “JEG FØLER MEG OFTE ENSOM” OG “HAR DU TILGANG TIL TRANSPORT?”.....	25
TABELL 9: GJENNOMSNIITT OG STANDARDVARIASJON FOR AKTIVITETS- OG FUNKSJONS- NIVÅ VARIABLENE.	26

1.0 Innledning

Levealderen i Norge er høyere enn tidligere (Folkehelseinstituttet, 2018) og det er et stort fokus i kommunene på at eldre skal kunne bo lengst mulig hjemme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 21). I januar 2019 ble det registrert 805 694 personer i Norge som er over 67 år, dette tilsvarer 15 % av den norske befolkningen (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2019). Ved alderdom kommer det ulike fysiske og psykiske utfordringer, som kan gjøre det vanskelig å delta i meningsfulle aktiviteter, og mange opplever ensomhet og isolering (Andersen & Legarth, 2013, s. 362). Dette kan føre til at hverdagen og vaner endres, og en inntar og gir slipp på ulike sosiale roller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 31; Kielhofner, 2013, s. 163). Dette kan være vanskelig å håndtere, og som ergoterapeuter er en opptatt av hvordan dette påvirker Eldres aktivitetsnivå og livskvalitet (Kielhofner, 2013, s. 58).

Eldre kan føle seg ensom på grunn av svekkelser kombinert med fysiske hindringer, som kan føre til utfordringer i ulike aktiviteter (Andersen & Legarth, 2013, s. 364). I LOGG-studiet som ble gjennomført i 2007 viste resultatene at ensomhet er mest utbredt hos eldre (Thorsen & Clausen, 2009). Et annet studie viser at det er økt risiko for tidlig død og alvorlige sykdommer ved ensomhet og sosial isolasjon (Stephoe, Deaton & Stone, 2015). Ensomhet blir ofte omtalt som et folkehelseproblem og har blitt et fokusområde for regjeringen. I den nye stortingsmeldingen "Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn" fokuseres det på tre hovedmål. Det er å synliggjøre ensomhet som en folkehelseutfordring, få mer kunnskap om ensomhet, og arbeide systematisk for å forebygge ensomhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 43). Tematikken ensomhet blant eldre vekket vår interesse, fordi vi ble nysgjerrige på om ergoterapeuter kan bistå som bidragsyttere i forebygging av ensomhet, ved å fokusere på aktivitet og deltakelse. Ved at regjeringen vil at eldre skal bo lengst mulig hjemme og har fokus på å iverksette flere tiltak for å forebygge og redusere ensomhet blant eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 43) tror vi at ergoterapeuter kan være nyttige bidragsyttere på grunn av vår kompetanse i tilrettelegging av meningsfull aktivitet og tilhørighet (Kielhofner, 2013, s. 58).

1.1 Målet med studiet

Formålet med denne studien er å undersøke hvilken sammenheng det er mellom aktivitet og deltakelse og ensomhet hos eldre (over 70 år) som bor hjemme. Vi ønsker å utforske problemstillingen:

Hvilken sammenheng har ensomhet med aktivitet og deltakelse hos hjemmeboende eldre?

1.2 Begrepsavklaring i forhold til problemstilling

Eldre: Eldre er personer over 70 år.

Aktivitet: Aktivitet er et mangetydig begrep og beskriver alt en gjør i løpet av en dag, i dagligtale sidestilles det ofte med begreper som oppgave, handling eller gjøremål (Dickie, 2014, s. 2; Tuntland, 2011, s. 33)

Deltagelse: Deltagelse er en naturlig del av ergoterapeutens aktivitetsforståelse og omhandler menneskers mulighet for å være involvert i og få adgang til sosiale og samfunnsmessige sammenhenger - både alene og sammen med andre (Birk & Langdal, 2013, s. 125).

Ensomhet: Ensomhet kan beskrives som en opplevelse av manglende kontakt med mennesker og en subjektiv følelse av manglende tilhørighet (Hognestad, 2016, s. 90).

Hjemmeboende: At respondentene bor i et eget hjem.

1.3 Studiens oppbygging

Bacheloroppgaven er strukturert etter seks kapitler. Innledningsvis vil teorien bli presentert etter strukturen i kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi. Her vil vi presentere kjernen i ergoterapifaget, to aktuelle begrepsmodeller for praksis og relatert viten som er relevant for bacheloroppgavens problemstilling. I metodekapittelet gjøres det rede for innhenting og analyse av datamaterialet. Videre vil resultatene fra spørreundersøkelsen bli presentert. I diskusjonskapittelet vil resultatet bli diskutert opp i mot tidligere forskning, teori og fagperspektiv, før vi kommer med en avslutning.

2.0 Teori

2.1 Kunnskapsgrunnlaget

Teoridelen i denne studien er strukturert etter kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi for å få et fagfokusert perspektiv (Kielhofner, 2013, s. 22).

2.1.1 Paradigme

Ergoterapeuters hovedsyn er at mennesker har behov for å være i aktivitet og deltakelse (Kielhofner, 2013, s. 58). Et sentralt synspunkt i paradigme er å ha et holistisk syn på mennesket og at en skal fokusere på personens ressurser og behov (Kielhofner, 2013, s. 56). Det er en sammenheng mellom helse og aktivitet (Hocking, 2014, s. 74). Aktivitet er en essensiell del hele livet (Brandt, Madsen, Peoples, 2013, s. 17). Aktivitet skaper vilkår for daglig eksistens og mening med tilværelsen (Kielhofner, 2013, s. 58). World Health Organization (WHO) definerer helse som «the complete state of physical, mental and social well-being and not just the absence of disease or infirmity» (World Health Organization [WHO], 1946). Denne definisjonen er mye omdiskutert, og nyere syn på helse og sykdom ser på helse som noe mer enn fravær av sykdom. En ser på mennesker som dynamiske vesener hvor tilstand av helse kan endres fra dag til dag, og til og med fra time til time. Helse kan sees på som kapasitet eller evnen til å delta i ulike aktiviteter, oppfylle roller og kravene i hverdagen (Hocking, 2014, s. 73). WHO fokuserer på at eldre skal bo hjemme i et støttende miljø så lenge som mulig, og at dette er nøkkelen til å utvikle og opprettholde den funksjonelle kapasiteten (World Health Organization [WHO], 2015). Begrepet “Well-Being” har ingen konkret definisjon, men kan bli forstått som en persons subjektive syn på sin helse som omfatter følelser om fysisk, psykisk og sosial helse. Det er vanlig å assosiere begrepet med selvtillit, mening og en følelse av tilhørighet blant venner og samfunnet (Hocking, 2014, s. 73). Når en blir eldre kan en oppleve en endring i de holdningene en har om seg selv og føler at en ikke klarer å bidra like mye i sosiale situasjoner og i samfunnet. Noe som kan virke negativt på Eldres selvfølelse (Romøren, 2014, s. 31).

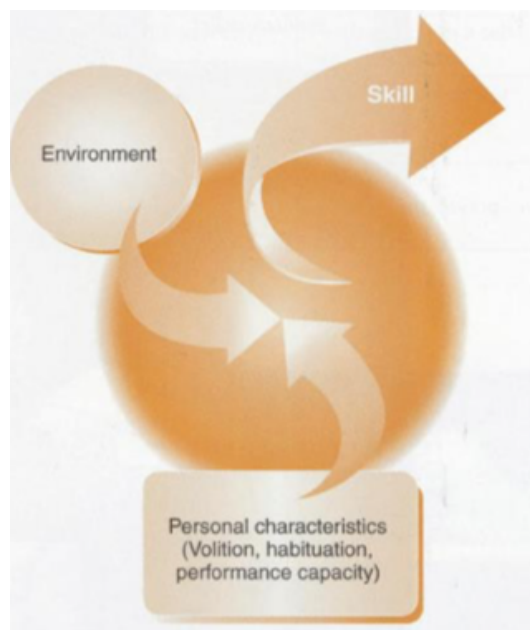
Det å ha mulighet til å delta i hverdagsaktivitet, gir mulighet for en aktivt og selvstendig hverdag. Dette er en påvirkningsfaktor for Eldres livskvalitet (Brandt et al., 2013, s. 17). Individet har et sterkt behov for å gjøre ting ved å være engasjert i produktive, praktiske og meningsfulle aktiviteter, som bidrar til personlig utvikling (Kielhofner, 2013, s. 58). Eldre

som har utfordringer med gjennomførelse av aktiviteter kan oppleve en reduksjon av livskvalitet (Kielhofner, 2013, s. 59). Ergoterapeuten har fokus på at personer kan opprettholde eller gjenoppta ønskede aktivitetsmønstre i hverdagslivet, og rette seg mot å forbedre funksjonsevne for å muliggjør aktivitet (Andresen & Legarth, 2013, s. 363). Norsk politikk har også i lengre tid vektlagt deltakelse hos eldre som et viktig mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Ved at eldre fyller dagene med meningsfulle og nødvendige aktiviteter, vil det skape mestring og motivasjon, som igjen vil øke deres livsglede og livskvalitet (Kielhofner, 2013, s. 58).

2.1.2 Begrepsmodeller for praksis

2.1.2.1 Modellen for menneskelig aktivitet

Modellen for menneskelig aktivitet (MOHO) ser på aktivitetsutførelsen som et resultat av det dynamiske samspillet mellom aktivitet, person og miljø (Figur 1) (Kielhofner, 2013, s. 161-162). Modellen fokuserer på faktorer som vedlikehold av involvering i roller og rutiner, motivasjon for aktivitet, påvirkningen miljøet har på aktiviteter og ferdigheter i utførelse av hverdagsaktiviteter (Forsyth et al., 2014, s. 506).



Figur 1. MOHO. (Kielhofner, 2008, s. 103).

MOHO beskriver at personen består av tre samhandlende elementer som forklarer hvordan aktiviteten er valgt, organisert og utført. Elementene er vilje, vane og utførelsessystemet

(Forsyth et al., 2014, s. 506). Vilje blir beskrevet som personens indre motivasjon for å utføre aktiviteter og er påvirket av våre interesser, verdier og opplevelse av mestring (Forsyth et al., 2014, s. 506-507). De fleste eldre opplever endringer i opplevelsen av mestring noe som kan påvirke den indre motivasjonen for å utføre meningsfulle aktiviteter (Daatland & Solem, 2011, s. 54). Når en blir eldre skjer det også endringer som kan gi mer tid til interesser (Daatland & Solem, 2011, s. 24). Vanesystemet ser på hvordan handlinger i hverdagen blir organisert av roller, vaner og rutiner. Når en blir eldre går en av med pensjon noe som ofte fører til endringer av vaner, roller og rutiner i hverdagen (Romøren, 2014, s. 31). De mentale og fysiske forutsetningene en bruker ved aktivitetsutførelsen blir beskrevet som utførelsessystemet (Forsyth et al., 2014, s. 508). Aldring påvirker ulike kroppslige funksjoner som kan gjøre det vanskeligere å utføre meningsfulle aktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 31). Miljøet er ytre faktorer som kan påvirke personens motivasjon, organisering og aktivitetsutførelse. Det kan være fysiske omgivelser, sosiale omgivelser, økonomi, kultur og politiske faktorer (Forsyth et al., 2014, s. 508). Eldre kan oppleve at fysiske endringer i omgivelsene fører til utfordringer som hindrer muligheten til ønsket deltakelse og aktivitetsnivå. Det sosiale miljøet kan føre til mangel på meningsfull sosial deltakelse ved at en mister venner og nære relasjoner (Andersen & Legarth, 2013, s. 362).

2.1.2.2 Ressursmodellen

Ressursmodellen bygger på prinsipper om å lære av egne erfaringer hvor en har lykket eller mislykkes, og at forventninger om kontroll påvirkes av situasjoner en opplever. Modellen ser på sammenhengen mellom ressurser og kontroll hos mennesker. I figur 2 fokuseres det på individuelle-, materiale- og sosiale ressurser som er essensielle faktorer for å styrke hverdagen og skape motivasjon hos deltakeren. Individuelle ressurser omhandler helseprinsipper, personlighet og kroppslige funksjoner. De materielle ressursene kan være bolig, trafikkforhold og økonomi. Sosiale ressurser er det sosiale nettverket, status, samt forventninger og holdninger fra andre (Daatland & Solem, 2011, s. 103).



Figur 2. Ressursmodellen (Daatland & Solem, 2011, s. 103).

Når en person opplever at ressursene sine blir redusert kan dette gi en følelse av ekstern kontroll og en opplever at en ikke har kontroll over egen tilværelse. Et eksempel kan være at en mister en nær relasjon, som en trodde en skulle ha lengre tid sammen med. Dette kan føre til at personen blir mer passiv, og trekker seg tilbake fra ulike aktiviteter (Daatland & Solem, 2011, s. 103). Hvis en tilfører ressurser kan det føre til økt internal kontroll (Daatland & Solem, 2011, s. 102). Det kan gi en følelse av kontroll over sin egen situasjon, som kan fremme aktivitet og deltakelse (Daatland & Solem, 2011, s. 104).

Kjernen i modellen er å ha muligheten til å påvirke sin egen livssituasjon. Når en blir eldre kan en oppleve en manglende kontroll over livssituasjon sin (Daatland & Solem, 2011, s. 102). Det er viktig å ha en balanse mellom de kravene som stilles og de ressursene en har for å få en optimal hverdag (Jacobsen, Legarth & Sønnichsen, 2013, s. 67). Når en blir eldre er det en risiko for ubalanse mellom individuelle og sosiale aktiviteter, på grunn av faktorer i miljøet og individuelle ressurser hemmer aktivitetsutførelse (Jacobsen et al., 2013, s. 67). Det er derfor viktig å omprioritere personlige mål når ferdigheter svekkes eller blir borte, og fokusere på ulike faktorer og ressurser som kan gjenskape mestring og livsglede (Daatland & Solem, 2011, s. 105).

2.1.3 Relatert viten

2.1.3.1 Aldring

Aldring er en naturlig prosess som pågår gjennom hele voksenlivet, men som etterhvert blir tydeligere (Daatland & Solem, 2011, s. 53). Hvor rask alders endringer oppstår, og hvordan en preges av de er veldig individuelt. Dette er fordi aldringsprosessen påvirkes av ulike faktorer som miljø, arv og livsstil (Daatland & Solem, 2011, s. 54). Aldring kan bestå av biologiske, sosiale, psykologiske og kulturelle prosesser. Kjennetegn på aldringens påvirkning på kroppen er redusert muskelstyrke, blodtrykksendringer og redusert hørsel og syn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 31). En kan oppleve at hverdagslige aktiviteter blir mer fysisk og psykisk krevende, og at disse aktivitetene ikke går like fort som tidligere. De kroppslige endringene kan gjøre det vanskeligere å utføre hverdagslige aktiviteter (Daatland & Solem, 2011, s. 54). En kan også oppleve at miljøet stiller for store krav som kan hindre deltakelse (Lid, 2014). Dette kan forklares med gap-modellen som beskriver at en funksjonshemming oppstår når det oppstår et gap mellom en persons forutsetninger og krav til funksjon eller utformingen av omgivelsene (Tuntland, 2011, s. 38).

Den sosiale aldringen omhandler forandringer i de sosiale rollene i forhold til deltakelse i samfunnslivet, kontakt med andre, familie, arbeid og nabolaget. De fleste blir med årene pensjonister og da oppstår den mest vanlige sosiale aldersforandringen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 31; Romøren, 2014, s. 31). Andre sosiale roller endrer seg også med alderen. Når en blir eldre kan en måtte innta nye roller på grunn av tap av ektefelle/samboer eller at ektefelle/samboer opplever et funksjonsfall, som gjør at roller må endres (Grov, 2014, s. 530). En kan miste roller som tidligere har hatt stor betydning gjennom livet. Dette kan føre til at en ikke føler seg til nytte for samfunnet lenger, mens andre synes det er fint å innta nye roller og bruke mer tid på interesser og familie (Daatland & Solem, 2011, s. 24). Vår grunnleggende væremåte og karaktertrekk endres lite med alderen (Romøren, 2014, s. 31). Den psykologiske aldringen omhandler endringer i hukommelsen, intelligens og evnen til å løse problemer og lære. Det skjer også endringer i selvbildet ved aldring. Mange eldre har en mindre positiv holdning om seg selv enn de hadde tidligere i livet, på grunn av at de tilegner seg noen av de negative holdningene om alderdommen som en finner i samfunnet (Romøren, 2014, s. 31).

2.1.3.2 Eldres sosial interaksjon

Det er en sammenheng mellom sosial deltakelse og livskvalitet (Khetani & Coster, 2014, s. 733). Mennesker er sosiale vesener, og har behov for å være i kontakt med andre. Dette gjør at mange av våre hverdagslige aktiviteter involverer sosial interaksjon med andre (Cole, 2015, s. 197; Griswold & Simmons, 2014, s. 883). Når en blir eldre og har gått av med pensjon øker ofte behovet for å opprettholde sosiale relasjoner (Cole, 2015, s. 197). For en del eldre kommer det som en overraskelse, hvor mye de savner deres kolleger etter endt arbeid, og hvor mye den sosiale dimensjon har fylt hverdagen deres (Jacobsen et al., 2013, s. 65).

Det blir vanskeligere å delta i aktiviteter når en blir eldre, dette på grunn av både funksjon og miljøfaktorer, som gjør det vanskeligere å opprettholde den sosiale interaksjonen og deltakelsen med andre (Cole, 2015, s. 198). At eldre deltar mindre i sosiale aktiviteter kan en se i sammenheng med sviktende helse, men det kan også være et resultat av at samfunnet forventer at en skal trekke seg tilbake fra disse aktivitetene når en blir eldre (Daatland & Solem, 2011, s. 215). En sentral teori i aldring er tilbaketrekningsteorien. Teorien omhandler ideen om en gjensidig tilbaketrekning prosess mellom den eldre og samfunnet. Teorien beskriver at eldre har et naturlig behov for å trekke seg tilbake fra sosiale roller og kontakter, samtidig som samfunnet legger til rette for dette og gir rom til neste generasjon (Daatland & Solem, 2011, s. 145).

Hovedfaktorer i sosiale deltakelse antyder at en kan delta på ulike måter i sosiale aktiviteter (Khetani & Coster, 2014, s. 734). En Meta analyse av 148 studier, konkluderte at personer med sterke sosiale relasjoner har 50% lavere risiko for å oppnå funksjonsfall og sykdom (Holt-Lunstad, Smith, & Bradley Leyton, 2010). I noen sammenhenger er høy alder ingen ulempe for deltakelse i aktivitet (Daatland, & Solem, 2011, s. 215). En må ha de nødvendige ressursene for å kunne delta, samt miljøet må ha kvaliteter som gir mulighet for deltakelse (Daatland & Solem, 2011, s. 220). Hvordan aktivitet og deltakelse former seg når en blir eldre er forbundet med individuelle forskjeller og forutsetninger (Jacobsen et al., 2013, s. 63). Våre sosiale behov er individuelle og varierer gjennom livsløpet (Daatland & Solem, 2011, s. 215). Vi er koblet til andre mennesker og samfunnet gjennom våre roller og personlig relasjoner til andre mennesker (Daatland & Solem, 2011, s. 127). Det er også viktige å ha en tilhørighet til et sosialt felleskap i større lokale enheter, som i lokalsamfunnet (Daatland & Solem, 2011, s. 215).

2.1.3.3 *Ensomhet*

Ensomhet blir sett på av mange som alderdommens bitreste og sikreste følgesvenn (Daatland & Solem, 2011, s. 221). Ensomhet blir i mange tilfeller forvekslet med sosial deltakelse, og med troen om at en kan unngå ensomhet blant eldre, ved å få de mer involvert i samfunnet eller bygge opp sosiale møteplasser. Kvaliteten på sosiale relasjoner spiller en viktig rolle i forhold til om en person føler seg ensom eller ikke, samt personens egne livserfaringer (Breen, 2012, s. 2). Robert S. Weiss beskriver to ulike former for ensomhet. En av dem er emosjonell isolasjon som kan oppstå ved fravær av nære emosjonelle tilknytninger i forhold med partner, barn, foreldre og nære venner (Lunde, 2016). Dette gjør at en kan føle på ensomhet når en deltar i sosiale situasjoner (Helsenorge, 2018). En annen form for ensomhet er sosial isolasjon, som omhandler tilgangen til det sosiale nettverket. Denne formen for ensomhet kan utvikles ved brudd i relasjoner som kan oppstå ved flytting, dødsfall og endring av fysisk og mental funksjon (Daatland & Solem, 2011, s. 221; Lunde, 2016). Disse to formene for ensomhet opptrer oftest sammen, men eldre mennesker kjenner oftere på den emosjonelle ensomheten (Svendsen, 2015, s. 32). En annen form for ensomhet er instrumentell ensomhet, som omhandler mangelen på tilgang til hjelp til hverdagsaktiviteter. Denne formen for ensomhet kan oppstå når en opplever at en ikke har noen å spørre om hjelp til praktiske ting i hverdagen, selv om en har nære relasjoner og får dekket det emosjonelle behovet. Dette kan blant annet skyldes at en ikke har kontakt med naboer eller at familien bor for langt borte (Hånes, 2015).

Ordet ensomhet er ladet (Hognestad, 2016, s. 98) og i en studie hvor begrepet ensomhet ble nevnt, viste resultatene at det var kvinner som var mest ensomme. Når de ikke benyttet begrepet, ble det registrert at det var flest menn som var ensomme (Nicolaisen & Thorsen, 2014). I rapporten «Aldring, mestring og livskvalitet» kom det frem at relativt mange over 75 år er ensomme og mindre tilfreds enn fem år tidligere (Hansen & Daatland, 2016, s. 30). I media omtales ofte ensomhet som et folkehelseproblem, men ensomhet er ikke en sykdom eller en psykiatrisk diagnose, men et allmennmenneskelig fenomen (Svendsen, 2015, s. 32). Likevel kan ensomhet påvirke eldre sitt hverdagslige funksjonsnivå (Svendsen, 2015, s. 34). Ensomhet brukes ofte som en indikator for redusert helse og for å måle livskvalitet (Hansen & Daatland, 2016, s. 18). Dette er fordi ensomhet påvirker immunforsvaret vårt, samt at det forårsaker en økning av stresshormonet i kroppen som kan bistå med å fremskynde aldringsprosessen (Svendsen, 2015, s. 33). Tidligere forskning viser at det er en sammenheng mellom ensomhet og livskvalitet hos eldre (Neto, 2014). I stortingsmeldingen «Leve hele

livet» beskrives det at langvarig ensomhet hos eldre ofte er forbundet med redusert funksjonsnivå og redusert livskvalitet. Opplevelsen av ensomhet virker tilbake på den reduserte funksjonsnivået og kan skape en selvforsterkende ond sirkel som det er vanskelig å bryte seg ut av (Helse- og omsorgsdepartement, 2018, s. 82).

Faktorer som i følge en finsk studie økte prevalensen av ensomhet var blant annet å bo alene, dårlig helsetilstand, nedsatt funksjon, sjelden kontakt med familie, synsnedsettelse og tap av hørsel (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005). Det kom tydelig frem i et dialogmøte i Bodø at flere eldre føler seg ensomme i sitt eget hjem. Ensomheten gjør at de mister selvtillit og motivasjon til å delta i sosiale felleskap. Det kom også frem at ensomheten oftest skyldes faktorer i miljøet, med at mange eldre ikke kom seg ut av huset på grunn av mangel på transportmuligheter. Dette gjorde at de ikke lengre klarte å delta i tidligere aktiviteter. En som kjente på denne følelsen uttrykte at mange eldre blir passive når de bor alene. En annen uttrykte at alle venner med felles interesse dør, som gjør det vanskelig å opprettholde sosiale nettverk (Helse- og omsorgsdepartement, 2018, s. 81).

3.0 Metode

3.1 Bakgrunn for valg av metode

I denne studien ønsket vi å utforske hvilken sammenheng det er mellom aktivitet og deltakelse og ensomhet blant hjemmeboende eldre, og vil derfor benytte survey-metode for å kartlegge Eldres aktivitets og deltakelse nivå og sammenhengen mellom disse. Ved valg av forskningsmetode var det vesentlig å anvende en metode som kunne gi relevante svar på problemstillingen og en pålitelig måte å samle data på (Dalland, 2017, s. 60). Dette kan gi oss en statistisk beskrivelse av utvalget i spørreundersøkelsen (Aarø, 2007, s. 5). For å styrke og utvikle ergoterapifaget er det behov for forskning, og som ergoterapeuter har vi i arbeidet med denne bacheloroppgaven nyttiggjort oss av forskning som innebærer innhenting, kritisk vurdering og anvendelse, samt gjennomført systematiske innsamlinger og videre behandlet forskningen (Berg, 2010, s. 3).

Som datainnsamlingsverktøy anvendte vi en nettbasert spørreundersøkelse som var tilgjengelig i to uker (Ringdal, 2018, s. 198). Vi valgte å lage en elektronisk spørreundersøkelse for å nå ut til eldre i ulike deler av landet. Undersøkelsen inneholdt

spørsmål om eldre (over 70 år) forhold til ensomhet, aktivitet og deltakelse. Siden dette er basert på subjektiv rapportering er det ikke garanti på at respondentene svarer ærlig, og at de er innenfor målgruppen (Datatilsynet, 2015, s. 7).

3.3 Etikk

Ved gjennomføring av bacheloroppgaven har vi satt oss inn i ergoterapeutens yrkesetiske retningslinjer (Ergoterapeutene, 2017), Helseforskningsloven (Helseforskningsloven, 2008, §1) og Helsinkideklarasjonen (Molven, 2014) for å ivareta etiske prinsipper ved forskningen. Vi har ivaretatt forskningsetikk gjennom planlegging, gjennomføring og i rapporteringen. Ved å gi respondentene informasjon og forklare formålet med studiet, hvordan resultatene vil bli anvendt og at vedkommende forstår betydningen av at undersøkelsen er frivillig (Dalland, 2017, s. 240). Vi var i kontakt med det norske senter for forskningsdata (NSD) i forkant av publiseringen av spørreundersøkelsen for å diskutere tilnærmingen og fikk tips om hva vi burde sikre for at surveyen skulle bli anonymisert og at etiske hensyn ble ivaretatt. NSD vurderte undersøkelsen som «ikke meldepliktig». Vi har brukt Google Docs Skjema, som database. Her er det kun vi som har tilgang til svaralternativene, slik at respondentenes svar ikke kan misbrukes eller utnyttes av andre (Hellevik, 2015). Spørreundersøkelsen er anonymisert for å ivareta personvern og taushetsplikt overfor respondenten (Datatilsynet, 2015, s. 7). Dette er viktig for at de skal føle seg trygge og ivaretatt under studiet, noe som øker sannsynligheten for at dem føler seg mer komfortabel med å svare ærlig på spørsmålene (Helseforskningsloven, 2008, §7).

3.4 Valg av respondenter

Vi valgte å dele spørreundersøkelsen på Facebook på våre egne private kontoer, i ulike grupper som Livsglede for eldre, Eldreomsorg og Pensjonistpartiet, og fikk andre bekjente til å dele den for å nå ut til flest mulig (Dalland, 2017, s. 126). For å nå den riktige gruppen ble personer under 70 år og dem som ikke bor hjemme ekskludert, noe som er informert om i informasjonsskrivet til spørreundersøkelsen.

3.5 Datainnsamling

3.5.1 Utforming av spørreskjema

Før vi skulle utarbeide spørreundersøkelsen var det nødvendig å vite hva vi ønsket å få informasjon om. Det var da nødvendig å ha en fruktbar, enkel og spennende problemstilling som gjorde det mulig å utarbeide konkrete enkeltspørsmål som skulle inkluderes i spørreskjemaet (Dalland, 2017, s. 127). Ved utarbeidelsen av spørreskjemaet startet vi først med demografiske spørsmål som alder, kjønn og bosted (Tønnessen, 2018). Vi har også benyttet oss av spørsmål brukt i tidligere studier og anvendt kjente skalaer, noe som øker reliabiliteten til surveyundersøkelsen, og kan gi mer valide mål på ensomhet og livskvalitet (Nes, Hansen & Barstad, 2018, s. 46). Med utgangspunkt i MOHO og ressursmodellen har vi utformet egne spørsmål, som var relevant for vår problemstilling. Dette gir oss en faglig forankring og en mulighet til å få et bedre bilde på sammenheng mellom redusert aktivitet og deltakelse og ensomhet hos hjemmeboende eldre.

Ved fysisk utforming av spørreskjemaet valgte vi å kategorisere spørsmålene under emneområder. Vi startet med personlige spørsmål og tok spørsmålene som kan virke emosjonelle til slutten (Halvorsen, 2008, s. 144; Ringdal, 2018, s. 207). De fleste spørsmålene anvendt i undersøkelsen var lukkede spørsmål der respondentene måtte krysse av for det svaralternativet eller svaralternativene som passer dem. Ved noen av spørsmålene anvendte vi det åpne svaralternativet “annet”, slik at respondentene hadde mulighet til å svare noe som ikke var nevnt som et alternativt i skjemaet (Dalland, 2017, s. 129). Det var viktig for oss at spørreundersøkelsen var universelt utformet. Vi valgte å bruke stor skrift, samt å ha en skrifttype som var tydelig og forståelig. Dette var for å gjøre det lettere for de eldre respondentene å lese og forstå spørsmålene. Ved å utføre spørreundersøkelsen på datamaskin, smarttelefon eller et nettbrett er det også mulig å forstørre spørreundersøkelsen til hvert enkelt behov (Direktoratet for forvaltning og IKT [DIFI], 2018). Dette er viktig da mange eldre har utfordringer med synet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 31).

Ved utarbeiding av spørsmål og svaralternativer var det viktig å være tydelig og forståelig for å unngå at respondentene unngår å svare eller tolker spørsmålene på sin egen måte (Dalland, 2017, s. 127; Tufte, 2011, s. 80). For å kontrollere om spørsmålene var formulert på en forståelig måte, om spørreskjemaet var oversiktlig og for å finne ut hvor lang tid det ville ta å svare på spørreundersøkelsen deltok 20 personer på en pretesting av spørreundersøkelsen

(Jørgensen & Linneberg, 2016, s. 59). Det var personer fra klassen, personer uten helsefaglig utdanning og en person fra målgruppen som gav tilbakemeldinger om ting som kunne misforståes eller eventuelle feil som burde endres. Vi fikk tilbakemelding på at spørreundersøkelsen tok omtrent fem minutter å svare på. I tilbakemeldingen fikk vi også beskjed om at to av spørsmålene kunne være litt vanskelig å forstå og valgte derfor å gjøre de mer konkrete.

3.5.1.1 Måleinstrumenter

Ensomhet. Ensomhet er målt med hjelp av Kraft og Loeb (1997) sin norske oversettelse av UCLA Loneliness Scale. Skalaen består opprinnelig av 20 påstander som har vist seg å predikere en rekke mentale og fysiske helseproblemer (Nes et al., 2018, s. 137). Den finnes også i kortere varianter og i spørreskjemaet ble de seks av påstandene som er vanlig i den modifiserte norske utgaven av måleinstrumentet inkludert. De seks leddene omhandler påstander om sosial kontakt og ensomhet. Påstandene er “jeg synes jeg har nok kontakt med mennesker som bryr seg om meg”, “jeg føler meg ofte ensom”, “jeg synes det er vanskelig å snakke med mennesker jeg ikke har møtt før”, “jeg føler meg ofte ensom selv når jeg er sammen med andre”, “jeg føler ofte at andre ikke forstår meg eller min situasjon” og “jeg føler at andre bryr seg om meg”. Påstandene vurderes på en skala fra 1 til 5, hvor 1 tilsvarer “helt uenig” og 5 “helt enig”. Påstand en og seks har ulik retning i forhold til påstand to, tre, fire og fem. Chronbachs alpha gav en verdi på .76, som er en tilfredsstillende reliabilitet (Ringdal, 2018, s. 367).

Livskvalitet. Livskvalitet er målt med hjelp av den norske oversettelsen av Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985, s. 72). Skalaen består av fem ledd og ser på subjektiv livskvalitet (Nes et al., 2018, s. 91). Den måles på bakgrunn av påstandene “så langt har jeg fått de viktigste tingene jeg ønsker i livet”, “på de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt”, “mine livsforhold er utmerkede”, “hvis jeg kunne leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret på noe” og “jeg er tilfreds med livet mitt”, og vurderes på en skala fra 1 til 5. I skalaen tilsvarer 1 “stemmer dårlig” og 5 “stemmer perfekt”. Cronbachs alpha gav en verdi på .91, som er en tilfredsstillende reliabilitet (Ringdal, 2018, s. 367).

Funksjonsnivå. Funksjonsnivå er målt med hjelp av et spørsmål hvor respondentene skal svare på påstander om de har opplevd funksjonsfall de siste ti årene på “gangfunksjon”, “balanse”, “styrke”, “utholdenhet”, “hukommelse”, “oppmerksomhet”, “konsentrasjon”,

“hørsel” og “synet”. Påstandene vurderes på en skala fra 1 til 5, hvor 1 tilsvarer “i svært stor grad” og 5 tilsvarer “ikke i det hele tatt”. For å finne alpha verdien har vi laget sumskåre basert på faktoranalyse. Cronbachs alpha gav en verdi på .87, som er en tilfredsstillende reliabilitet (Ringdal, 2018, s. 367).

Aktivitetsnivå. Aktivitetsnivå er målt med hjelp av spørsmål om hvor ofte en gjør følgende aktiviteter “fysisk aktivitet”, “frivillig arbeid”, “reise på ferie”, “gå på eldresenter”, “får besøk av andre”, “er på besøk hos andre”, “lese bøker/avis” og “ snakke i telefonen”. Respondentene skal vurdere påstandene på en skala fra 1 til 6, hvor 1 er “daglig” og 6 er “aldri”. For å finne alpha verdien har vi laget sumskåre basert på faktoranalyse. Cronbachs alpha gav en verdi på .72, som er en tilfredsstillende reliabilitet (Ringdal, 2018, s. 367).

Aktivitetsutførelse. Aktivitetsutførelse er målt med hjelp av spørsmål om hvordan en opplever gjennomførelsen av aktiviteter som “lage mat”, “fysisk aktivitet”, “husarbeid”, “gå ut med søppel”, “personlig hygiene” og “handle på butikk” nå i forhold for ti år siden. Respondentene skal vurdere påstanden på en skala fra 1 til 6, hvor 1 er “mye bedre”, 5 er “klarer ikke å utføre på egenhånd” og 6 er “ikke aktuelt”. For å finne alpha verdien har vi laget sumskåre basert på faktoranalyse. Cronbachs alpha gav en verdi på .84, som er en tilfredsstillende reliabilitet (Ringdal, 2018, s. 367).

3.5.2 Gjennomføring

Spørreundersøkelsen ble lagt ut som en link på Facebook som respondentene åpnet separat for å sikre anonymiteten. I tillegg til linken la vi ut en kort informasjon om hvem vi er, hva og hvor vi studerte, hvor lang tid spørreundersøkelsen vil ta og formålet med studiet (Dalland, 2017, s. 240). Det ble også presisert at spørreundersøkelse er anonym og frivillig. Vi hadde kommunikasjon med Eldreomsorg, Pensjonistpartiet og Livsglede for Eldre, som publiserte vår spørreundersøkelse på deres side. Dette gjorde det lettere å nå ut til målgruppen og skapte en snøballeffekt (Halvorsen, 2008, s. 164). Vi valgte en funksjon i dataverktøyet, som gjorde at respondentene måtte svare på alle spørsmålene for å kunne levere inn spørreskjema. Internasjonalt så blir ikke nettbaserte spørreundersøkelser alltid anbefalt på grunn av at ikke alle har tilgang til internett. Likevel så er Norge et av landene med høyest internettdækning, som betyr at det kun er en liten prosent som ikke har muligheten til å svare på undersøkelsen (Nes, Hansen, Barstad, 2018, s. 43).

Ved at undersøkelsen er på internett og er anonym, kan dette gi en setting som innbyr til ærlige svar på sensitive spørsmål, som ensomhet ofte er (Nes et al., 2018, s. 43). Ved å ha en nettbasert spørreundersøkelse så kan respondenten fylle skjema ut selv, uten å føle på et ubehag, tidspress eller en annen påvirkning av andre til stede (Jacobsen, 2010, s. 184). En ulempe med å kunne svare når det passer en, er risikoen for ukedagseffekten. Det vil si at respondentene kan vente med å svare til helgen, eller til senere på kvelden, noe som kan få følger for de svarene (Nes et al., 2018, s. 42).

3.6 Dataanalyse

Dataen til bacheloroppgaven er samlet inn elektronisk gjennom spørreskjema i programmet Google Docs Skjema. En funksjon dataprogrammet har er at en kan overføre resultatet direkte til et excel ark. For å gjennomføre statistiske analyser benyttet vi oss av Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versjon 25, som er et av de mest brukte statistiske programmene. Vi overførte excelskjema direkte inn i dette programmet og kodet variablene (Ringdal, 2018, s. 28). Vi kontrollsjekket svarene opp i mot resultatene som stod oppført i Google Docs Skjema for å sikre riktige resultater (Jacobsen, 2010, s. 244). Siden måleinstrumentet UCLA Loneliness Scale består av påstander i både positiv og negativ retning, så måtte vi rekode påstand 1 og påstand 6 i SPSS, for å kunne lage en skala med samme verdi. Dette er for å videre kunne utføre valide analyser i SPSS (Jacobsen, 2010, s. 179).

SPSS ble benyttet til å utføre statistiske analyser. Ved bearbeiding av datamaterialet anvendte vi først en univariat analyse for å få en deskriptiv beskrivelse av resultatet. Vi gjennomførte deretter faktoranalyser på de ulike spørsmålene for å undersøke hvilke faktorer spørsmålene ladet på. Vi tok spørsmålene som ladet på en faktor, og som dermed kunne identifiseres som et konstrukt, og satte dem sammen som sumskårer (skalaer) (Ringdal, 2018, s. 360). Videre gjennomførte vi en reliabilitetsanalyse av skalaene, for å finne Cronbachs alpha og sjekke reliabiliteten til skalaene (Ringdal, 2018, s. 367). Vi anvendte Persons r korrelasjonsanalyse for å undersøke om det er en sammenheng mellom skalaene, og ulike variabler (Frøslie, 2018). For å undersøke om korrelasjonen er statistisk signifikant satt vi signifikansnivå på .05, .01 og .001 (Aarø, 2007, s. 156; Ringdal, 2018, s. 351). For å få en bredere forståelse av sammenhengen mellom ulike enkle variabler så har vi anvendt krysstabellanalyse hvor vi valgte ut påstand "jeg føler meg ofte ensom" opp mot ulike spørsmål fra spørreskjema

(Ringdal, 2018, s. 333). Dette var fordi vi er interessert i dimensjonene i konstruktet og har derfor også valgt å vise hvordan enkelt komponent slår ut med ulike faktorer.

Vi har anvendt to ulike målenivå, nominal og ordinalt, hvilke målenivå de ulike spørsmålene har er fremstilt i tabell 1. Dette er avgjørende for hvilke regneoperasjoner som kan benyttes i de ulike analyseformene. Som tabell 1 viser har de første spørsmålene har et nominalt målenivå. Dette tydeliggjør at det vi kan si om enhetene, er at de tilhører forskjellige eller samme svaralternativer, men intensiteten kan ikke måles. Spørsmålene som er på ordinale nivå gjør det mulig å si noe om forhold og forskjell mellom kategoriene, samtidig måle intensiteten av svarene (Jacobsen, 2010, s. 168). Spørsmål 13 er et flervalgsspørsmål, noe som en ser i tabell 1, og kan ikke analyseres på samme måte som de andre spørsmålene. På grunn av at respondentene har mulighet til å krysse av på flere svaralternativer i dette spørsmålet (Halvorsen, 2008, s.178)

Tabell 1: Spørsmålenes målenivå.

Målenivå	Spørsmål
Nominalt	1, 2 ,3 ,4 ,5 ,6
Ordinalt	7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15
Flervalgsspørsmål	13

4.0 Resultat

Hensikten med studiet er å beskrive om hvilken sammenheng det er mellom aktivitet og deltakelse og ensomhet blant hjemmeboende eldre. I dette kapittelet presenteres hovedfunnene som har kommet frem i spørreundersøkelsen. Ved den praktiske gjennomførelsen av spørreundersøkelsen fikk vi 72 svar (N=72), hvor alle svarte på alle spørsmålene. I studien var det 29 menn og 43 kvinner som svarte på spørreundersøkelsen, noe som viser til en differanse i kjønnsfordeling på 19.4 %. Aldersfordelingen av respondentene er 55 respondenter mellom 70-79 år og 17 respondenter mellom 80-89 år.

Tabell 2: Korrelasjonsanalyse av UCLA Loneliness Scale og Satisfaction with Life Scale.

	UCLA Loneliness Scale	Satisfaction with Life Scale
UCLA Loneliness Scale	---	-.650***
Satisfaction with Life Scale	-.650***	---
Funksjonsnivå skala	.050	.184
Aktivitetsutførelse skala	.171	-.022
Aktivitetsnivå skala	.304*	-.181
Hvem bor du sammen med?	.330*	-.269*
Har du familie som står deg nær?	.413***	-.178
I hvilken grad føler du at du mestrer hverdagen?	.240*	-.329*
I hvilken grad synes du at du klarer deg i hverdagen?	.131	-.165
Har du tilgang til transport for å komme deg fra A til B?	.299**	-.255*
* $p < .05$		
** $p < .01$		
*** $p < .001$		

Tabell 2 viser at UCLA Loneliness Scale har en signifikant sterk negativ korrelasjon med Life Satisfaction Scale ($r = -.650, p < .001$). UCLA Loneliness Scale har en signifikant positiv korrelasjon med aktivitetsnivå skalaen ($r = .304, p < .05$), “hvem bor du sammen med?” ($r = .330, p < .05$), “har du familie som står deg nær?” ($r = .413, p < .001$), “i hvilken grad føler du at du mestrer hverdagen?” ($r = .240, p < .05$) og “har du tilgang til transport for å komme deg fra A til B?” ($r = .299, p < .001$). UCLA Loneliness Scale har ikke en signifikant korrelasjon med funksjonsnivå skalaen, aktivitetsutførelse skalaen og “i hvilken grad synes du at du klarer deg i hverdagen?”.

Tabell 2 viser også at Satisfaction with Life Scale har en signifikant negativ korrelasjon med “hvem bor du sammen med?” ($r = -.330, p < .05$), “i hvilken grad føler du at du mestrer hverdagen?” ($r = -.240, p < .05$) og “har du tilgang til transport for å komme deg fra A til B?” ($r = -.255, p < .05$). Satisfaction with Life Scale har ikke en signifikant korrelasjon med

funksjonsnivå skalaen, aktivitetsutførelse skalaen, aktivitetsnivå skalaen, “har du familie som står deg nær?” og “i hvilken grad synes du at du klarer deg i hverdagen?”.

Tabell 3: Krysstabell mellom påstand “jeg føler meg ofte ensom” og alder og kjønn.

		Jeg føler meg ofte ensom					Totalt
		Helt uenig 1	2	3	4	Helt enig 5	
Kjønn	Mann	18	7	2	2	0	29
	Kvinne	16	9	8	8	2	43
Alder	70-79 år	29	12	6	10	1	55
	80-89 år	8	4	4	0	1	17

Vi var interessert i dimensjonene i konstruktet og har derfor valgt å vise hvordan enkelte komponent “jeg føler meg ofte ensom” slår ut med kjønn og alder. I krysstabellen ser vi at det er flest kvinner (N=10) som har svart nivå 4 (litt enig) og nivå 5 (helt enig) på påstanden. Det er kun to menn som føler seg litt enig i påstanden. Ved aldersfordelingen så er det en i alderen mellom 80-89 år som er helt enig i påstanden (nivå 5). I alderen 70-79 år var det 11 respondenter som svarte litt eller helt enig i påstanden (nivå 4 og nivå 5) (Tabell 3).

4.1 Sosiale interaksjon

Tabell 4: Krysstabell mellom påstand “jeg føler meg ofte ensom” og “hvem bor du sammen med?”.

		Jeg føler meg ofte ensom					Totalt
		Helt uenig 1	2	3	4	Helt enig 5	
Hvem bor du sammen med?	Ektefelle / Samboer	26	9	2	8	0	45
	Alene	8	7	8	2	1	26
	Annet (3 katter og 1 hund)	0	0	0	0	1	1

I spørreundersøkelsen ble respondentene spurt om hvem de bor sammen med. Resultatet viser at 45 (62.5%) bor med ektefelle/samboer (modus), 26 (36.1%) bor alene og en (1.4%) svarte “annet”, og skrev at vedkommende bodde med tre katter og en hund. Vi var også her interessert i dimensjonene i konstruktet og har derfor valgt å vise hvordan enkelte komponent “jeg føler meg ofte ensom” slår ut med “hvem bor du sammen med?”. I krysstabellanalysen var det åtte respondenter som bor med ektefelle/samboer som svarte seg litt enig i påstanden (nivå 4). Av de som bor alene eller svarte annet, så var det to respondenter som svarte at de var litt enig i påstanden (nivå 4) og to respondenter som svarte at de var helt enig i påstanden

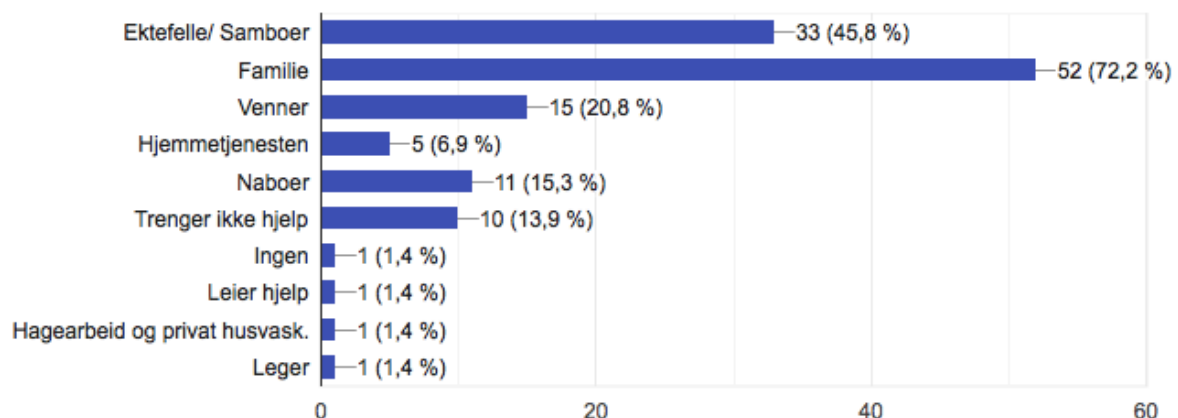
(nivå 5) (Tabell 4). Hvem en bor sammen med har en positiv korrelasjon med UCLA Loneliness Scale ($r = .330, p < .05$), samt en negativ korrelasjon med The Satisfaction with Life Scale ($r = -.269, p < .05$) (Tabell 2).

Vi var interessert i å vite om respondentene har familie som står dem nær, med svaralternativene ja eller nei. Det var 68 (94.4%) respondenter som svarte ja (modus) og 4 (5.6%) respondenter som svarte nei. Spørsmålet har en positiv korrelasjon med UCLA Loneliness Scale ($r = .413, p < .001$). Spørsmålet hadde ikke en signifikant korrelasjon med Satisfaction with Life Scale.

Diagram 1: Frekvensandel av hvem respondentene kan få hjelp av.

Om du trenger hjelp, hvem hjelper deg? Kan krysse av på flere alternativ

72 svar



Et av spørsmålene i spørreskjemaet var “om du trenger hjelp, hvem hjelper deg?”. Dette var et flervalgsspørsmål hvor respondentene fikk svaralternativene: ektefelle/samboer, familie, venner, hjemmetjenesten, naboer, trenger ikke hjelp, ingen og annet. På svaralternativ “annet” hadde de også mulighet til å utfylle hva “annet” innebar. Diagram 1 viser at 33 av 72 får hjelp av ektefelle/samboer, 52 av 74 får hjelp av familien og 15 av 74 får hjelp av venner. Det er fem av respondentene som får hjelp av hjemmetjenesten, og elleve som har mulighet å få hjelp av naboen. Det er ti respondenter som ikke trenger hjelp, mens det er en som ikke har noen å kontakte dersom den trenger hjelp. Det er en som leier hjelp, en som har hjelp til hagearbeid og husvask, og en som svarer at legen hjelper.

4.2 Funksjonsnivå

Tabell 5: Gjennomsnitt og standardavvik for funksjonsnivå variablene.

Variabel	M	SD
Gangfunksjon	3.42	1.19
Balanse	3.18	1.08
Styrke	3.01	1.05
Utholdenhet	2.89	1.09
Hukommelse	3.39	1.07
Oppmerksomhet	3.61	1.00
Konsentrasjon	3.51	1.02
Hørsel	3.26	1.15
Synet	3.53	1.06

Vi ville undersøke om respondentene hadde opplevd ulike funksjonsfall de siste ti årene. Vi spurte om ulike funksjonsevner med svaralternativene “1 = I svært stor grad”, “2 = I ganske stor grad”, “3 = I noen grad”, “4 = I liten grad” og “5 = Ikke i hele tatt”. De fleste funksjonene har en gjennomsnittsverdi mellom tre og fire, noe som viser til at utvalget i studiet har opplevd en form for funksjonsendring i noen grad til liten grad, de siste to årene (Tabell 5). Tabell 2 viser at det ikke er en signifikant korrelasjon mellom funksjonsnivå skalaen og UCLA Loneliness Scale eller Satisfaction with Life Scale.

Tabell 6: Svarfordeling i frekvens, gjennomsnitt og standardavvik for aktivitetsutførelse variablene

Variabler	N	M	SD
Lage mat	69	2.69	0.65
Fysisk aktivitet	71	3.24	0.9
Husarbeid	70	3.21	0.68
Gå ut med søppel	70	2.99	0.55
Personlig hygiene	72	2.93	0.59
Handle på butikk	70	3.04	0.71

For å undersøke hvilke aktiviteter respondentene har opplevd en endring på de siste ti årene, benyttet vi oss av en aktivitetsutførelse skala. Spørsmålene som er inkludert i aktivitetsutførelse skalaen kan graderes fra “1 = Mye bedre,” “2 = Bedre,” “3 = Omtrent som før,” “4 = Dårligere,” og “5 = Klarer ikke å gjennomføre på egen hånd”. Det er også en alternativ nummer 6 “ikke aktuelt”. I utregningen av M og SD, har vi ekskludert svaralternativet “ikke aktuelt”. Dette var for å få et relevant gjennomsnitt, fordi vi ikke vet aktivitetsutførelsen til respondentene som har svart alternativ seks “ikke aktuelt” og ved å inkludere dette svaralternativet ville det ha trukket ned gjennomsnittet. Tabell 5 viser at aktiviteter som å gå ut med søppel, personlig hygiene og handle på butikken er aktiviteter som utvalget opplever at aktivitetsutførelsen er i gjennomsnitt “omtrent som før”. Fysisk aktivitet og husarbeid er aktiviteter som respondenten opplever i gjennomsnitt litt dårligere enn tidligere. Den siste aktivitet, å lage mat, har respondentene opplevd i gjennomsnitt en bedre aktivitetsutførelse på. Tabell 2 viste at det ikke var en signifikant statistisk korrelasjon mellom aktivitetsutførelse skalaen og UCLA Loneliness Scale. Det var heller ingen signifikant statistisk korrelasjon med Satisfaction with Life Scale.

Tabell 7: Krysstabell mellom påstand “jeg føler meg ofte ensom” og “hvilken grad føler du at du mestrer hverdagen?” og “hvilken grad synes du at du klarer deg på egenhånd i hverdag?”.

		Jeg føler meg ofte ensom					Totalt
		Helt uenig 1	2	3	4	Helt enig 5	
I hvilken grad føler du at du mestrer hverdagen?	I svært stor grad	17	6	3	3	2	31
	I ganske stor grad	15	8	5	5	0	33
	I noen grad	2	1	1	2	0	6
	I liten grad	0	0	1	0	0	1
	Ikke i det hele tatt	0	1	0	0	0	1
I hvilken grad synes du at du klarer deg på egen hånd i hverdagen	I svært stor grad	24	7	6	4	2	43
	I ganske stor grad	9	7	3	5	0	24
	I noen grad	0	1	0	1	0	2
	I liten grad	1	0	1	0	0	2
	Ikke i det hele tatt	0	1	0	0	0	1

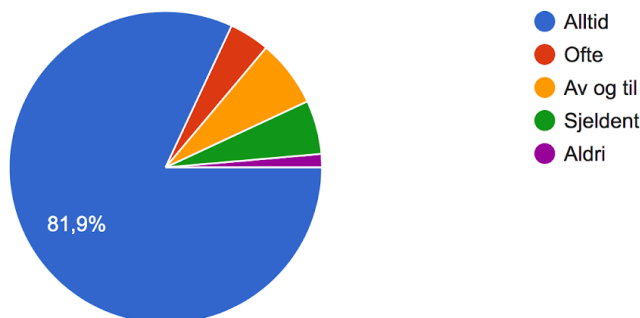
Vi ville undersøke hvordan respondentene selv følte de mestret og klarte seg i hverdagen. Vi var interessert i dimensjonene i konstruktet og valgte å vise hvordan enkelte komponent “jeg føler meg ofte ensom” slår ut med det å mestre og klare seg i hverdagen i en krysstabellanalyse. Tabell 7 viser at de som føler på en form for ensomhet, opplever at de mestrer og klarer seg i hverdagen. Tabellen viser også at 64 respondenter føler at de mestrer hverdagen “i svært stor grad” eller “i ganske stor grad”. Det er en positiv korrelasjon mellom spørsmålet “hvilken grad føler du at du mestrer hverdagen” og UCLA Loneliness Scale ($r = .240, < .05$). Det var også en negativ korrelasjon med Satisfaction with Life Scale ($r = -.329, p < .05$). Det var ingen signifikant korrelasjon mellom spørsmålet “hvilken grad synes du at du klarer deg på egenhånd i hverdag?” og UCLA Loneliness Scale eller Satisfaction with Life Scale (Tabell 2).

4.3 Aktivitetsnivå

Diagram 2: Frekvensandel av respondentene sin tilgang til transport.

Har du tilgang til transport (buss, bil, taxi) for å komme deg fra A til B?

72 svar



Vi ville undersøke om respondentene hadde tilgang til transport for å komme seg fra A til B. Diagram 2 viser at 56 (89.1%) svarte alltid (modus), tre (4.2%) svarte ofte, fem (6.9%) svarte av og til, fire (5.6%) svarte sjeldent og en (1.4%) svarte aldri på om en har tilgang til transport.

Tabell 8: Krysstabell mellom påstand “jeg føler meg ofte ensom” og “har du tilgang til transport?”.

		Jeg føler meg ofte ensom					Totalt
		Helt uenig 1	2	3	4	Helt enig 5	
Har du tilgang til transport for å komme deg fra A til B?	Alltid	27	14	9	7	2	59
	Ofte	2	1	0	0	0	3
	Av og til	2	1	0	2	0	5
	Sjeldent	2	0	1	1	0	4
	Aldri	1	0	0	0	0	1

Vi var interessert i konstruktet og valgte å vise hvordan enkelt komponent “jeg føler meg ofte ensom” slår ut med tilgang til transport i en krysstabellanalyse. Tabell 8 viser at respondentene som har svart nivå 5 i påstanden alltid har tilgang til transport. Av respondentene som har svart nivå 4 i påstanden, så har syv alltid tilgang til transport, to har av og til og en har sjelden tilgang. Korrelasjonsanalyser viser at spørsmålet har en positiv korrelasjon med UCLA Loneliness Scale ($r = .299, p < .01$) og en negativ korrelasjon med Satisfaction with Life Scale ($r = -.255, p < .05$) (Tabell 2).

Tabell 9: Gjennomsnitt og standardavvik for aktivitetsnivå variablene.

Variabel	M	SD
Fysisk aktivitet	1.78	1.09
Frivillig arbeid	3.88	1.74
Reise på ferie	4.11	0.89
Gå på eldresenter	5.13	1.53
Får besøk av andre	2.78	1.27
Er på besøk hos andre	2.82	1.11
Lese bøker/avis	1.51	1.23
Snakke i telefonen	1.62	0.98

For å undersøke hvor ofte respondentene deltar i ulike aktiviteter, benytter vi oss av en aktivitetsnivå skala. Spørsmålene som er inkludert i aktivitetsnivå skalaen kan graderes fra “1 = Daglig,” “2 = Ikke hver dag men hver uke,” 3 = Ikke hver uke men hver måned,” “4 = Noen ganger i året,” “5 = Sjeldent” og “6 = Aldri.” Tabell 9 viser at aktiviteter som fysisk aktivitet, lese bøker/avis og snakke i telefonen er noe flesteparten av respondentene gjør daglig eller hver uke. Aktivitetene å være på besøk og få besøk blir i gjennomsnitt gjort hver måned, mens det å dra på ferie og gjøre frivillig arbeid er noe respondentene gjør i gjennomsnitt noen ganger i året. Det er få av respondentene som deltar på eldresenter. Tabell 2 viser en positiv korrelasjon mellom aktivitetsnivå skalaen og UCLA Loneliness Scale ($r = .304, p < .05$). Det var ingen signifikant statistisk korrelasjon mellom aktivitetsnivå skalaen og Satisfaction with Life Scale.

5.0 Diskusjon

5.1 Sosial interaksjon

I følge Daatland og Solem (2011, s. 221) blir ensomhet sett på som alderdommens bitreste og sikreste følgesvenn. I et dialogmøte i Bodø kom det frem at mange eldre føler seg ensom fordi venner med felles interesse dør, noe som gjør det vanskelig å opprettholde sosiale nettverk (Helse- og omsorgsdepartement, 2018, s. 81). Dette kan støttes av ressursmodellen ved at eldre kan oppleve en reduksjon av sosiale ressurser som kan føre til en opplevelse av manglende kontroll over sin egen livssituasjon (Daatland & Solem, 2011, s. 102). I følge Romøren (2014, s. 31) skjer det endringer i selvbildet ved aldring, noe som fører til at mange eldre får en mindre positiv holdning om seg selv, på grunn av at de tilegner seg noen av de negative holdningene om alderdommen som en finner i samfunnet. I rapporten "Aldring, mestring og livskvalitet" kommer det frem at ensomhet ofte brukes som en indikator for redusert helse og for å måle livskvalitet (Hansen & Daatland, 2016, s. 18). I våre funn var det en sterk negativ korrelasjon mellom Satisfaction with Life Scale og UCLA Loneliness Scale, som betyr at jo mer ensom eldre føler seg desto lavere er livskvaliteten deres og omvendt. Dette kan støttes av Neto (2014) som også viser til en sammenheng mellom disse skalaene i sin forskning.

I følge LOGG studiet fra 2007 er det personer over 80 år som rapporterer mest ensomhet (Thorsen & Clausen, 2009). Dette samsvarer ikke med denne studiens resultater, hvor de fleste som rapporterte ensomhet var i aldersgruppen 70-79 år. En mulig årsak kan være pensjonering. I følge Daatland og Solem (2011, s. 24) kan pensjonering føre til at en mister roller som har hatt en stor betydning gjennom livet og en kan føle at en ikke er til nytte for samfunnet. En annen mulig forklaring kan være tilbaketrekningsteorien, som tilsier at når en blir eldre så har en ikke det samme naturlige behovet for å opprettholde den sosiale kontakten med andre (Daatland & Solem, 2011, s. 145).

Resultater fra LOGG studiet viser også at det er flest kvinner som føler seg ensom (Thorsen & Clausen, 2009). Dette samsvarer med resultatene fra vår undersøkelse hvor en ser at et større antall kvinner rapportere ensomhet. En mulig forklaring kan i følge studiet til Nicolaisen og Thorsen (2014) være at ved å anvende begrepet ensomhet er det flere kvinner som registrer høyere på ensomhet i spørreundersøkelser. Inkludering av begrepet ensomhet kan i følge Nicolaisen og Thorsen (2014) da være en mulig årsak til at få menn i denne

spørreundersøkelsen rapporterte ensomhet. En annen mulig faktor er at det er lite antall menn som har deltatt i spørreundersøkelsen. På den andre siden kan høyere rapportering av ensomhet blant kvinner forklares med at de oftere mister ektefelle, bor alene, får flere helseplager og lever lenger (Thorsen & Clausen, 2009).

I en finsk studie av Savikko et al. (2005) kom det frem at det å ha sjelden kontakt med familie er en faktor som øker prevalensen av ensomhet. I våre resultater er det en sammenheng mellom å ha nær kontakt med familie og UCLA Loneliness Scale. Dette kan ses i sammenheng med Breen (2012, s. 2) som beskriver at kvaliteten på sosiale relasjoner spiller en viktig rolle på om en føler seg ensom eller ikke. Dette kan også styrkes med at resultater i en Meta analyse viser at personer som har sterke sosiale relasjoner har 50% lavere risiko for å oppnå funksjonsfall og sykdom (Holt-Lunstad et al., 2010). Resultatene viste at 68 av 72 respondentene hadde familie som stod dem nær. Ved en senere anledning kunne det vært interessant å undersøkt om respondentene har nær kontakt med venner, og om det hadde vært en sammenheng mellom det og ensomhet.

Hocking (2014, s. 72) påpeker at sosial interaksjon og følelsen av tilhørighet til venner og samfunnet har en påvirkning på helsen. Våre resultater viser at ensomhet er mest utbredt hos de som bor med ektefelle/samboer. Weiss beskriver to former for ensomhet, som er emosjonell isolasjon og sosial isolasjon (Lunde, 2016). I følge Svendsen (2015, s. 32) kjenner ofte eldre mer på den emosjonelle ensomheten, som kan oppstå ved fravær av nære emosjonelle tilknytninger i forhold med partner, barn og nære venner (Lunde, 2016). Dette kan være en mulig årsak for at de som bor med ektefelle/samboer rapporterer mer ensomhet i form av at de føler seg ensom i sosiale situasjoner (Helsenorge, 2018). Dette støttes av forskningen til Breen (2012, s. 2) hvor resultatene viser at det er kvaliteten på den sosiale interaksjonen som spiller en viktig rolle, i forhold til om en person føler seg ensom eller ikke.

I følge Breen (2012, s. 2) blir ensomhet i mange tilfeller forvekslet med sosial deltakelse, og med troen på at en ved å involvere de eldre i deres samfunn eller bygge opp sosiale møteplasser kan unngå ensomhet. På den ene siden er mennesker sosiale vesener, og har behov for å være i kontakt med andre (Cole, 2015, s. 197). På den andre siden er det viktig at aktivitetene er meningsfulle, noe som kan øke livsglede og livskvalitet (Kielhofner, 2013, s. 58). I våre funn ser en også at noen av de som bor alene føler seg ensom. Noe en kan se i sammenheng med en finsk studie som beskriver at prevalensen av ensomhet hos eldre øker

med å bo alene (Savikko et al., 2005). En mulig årsak for dette kan være den sosiale isolasjon, som kan oppstå ved flytting, dødsfall og endring av fysisk og mental funksjon, som er faktorer som kan påvirke tilgangen til det sosiale nettverket (Daatland & Solem, 2011, s. 221; Lunde, 2016).

Daatland og Solem (2011, s. 105) beskriver at det er viktig å omprioritere personlige mål når ferdigheter blir svekket eller blir borte. Gjennom våre roller og personlige relasjoner til andre er vi koblet til andre mennesker og samfunnet (Daatland & Solem, 2011, s. 127). I følge Hånes (2015) omhandler den instrumentelle ensomheten det å ha manglende tilgang til hjelp til hverdagsaktiviteter. Hjelp kan være nødvendig når en blir eldre med tanke på at faktorer i miljøet og individuelle ressurser kan hemme aktivitetsutførelsen (Jacobsen et al, 2013, s. 67). Respondentene ble derfor spurt "Om du trenger hjelp, hvem hjelper deg?". Resultatene viser at de fleste har noen som kan hjelpe dem om de trenger det og mange har flere de kan spør. Det er flest som får hjelp fra familie og/eller ektefelle/samboer. Noen får hjelp av offentlige tjenester som hjemmetjenesten. Resultatene viser også at det er ti respondenter som ikke trenger hjelp og en respondent som ikke har noen som kan hjelpe seg. På den ene siden kan den instrumentelle ensomheten oppstå selv om en har nære relasjoner og får dekket det emosjonelle behovet. På den andre siden kan eldre oppleve den instrumentelle ensomheten når en opplever å ikke ha noen å spørre om hjelp til praktiske ting i hverdagen, og skyldes at en ikke har nok kontakt med naboer eller at familien bor for langt unna (Hånes, 2015).

5.2 Funksjonsnivå

I følge stortingsmeldingen "Leve hele livet" beskrives det at langvarig ensomhet ofte er forbundet med redusert funksjonsnivå (Helse- og omsorgsdepartement, 2018, s. 82). Daatland og Solem (2011, s. 54) beskriver at det er individuelt hvordan en preges og hvor rask alders endringer oppstår. Aldringens påvirkning på kroppen kjennetegnes ofte med redusert muskelstyrke, syn, hørsel og blodtrykksendringer. Resultatene våre viser at flere respondenter har opplevd funksjonsfall på ulike områder de siste ti årene. Ut i fra dette er det naturlig å forvente at nedsatt funksjonsevne skulle hatt en sammenheng med ensomhet. Likevel så viser resultatene i vår studie at det ikke er en statistisk signifikant sammenheng mellom funksjonsnivå skalaen og UCLA Loneliness Scale (Tabell 2). Noe som ikke samsvarer med studiet utført av Savikko et al. (2005) som viste at prevalensen av ensomhet økte ved blant annet dårlig helsetilstand, nedsatt funksjon, synsnedsettelse og tap av hørsel.

En mulig forklaring på at vårt resultat ikke viste til en sammenheng mellom redusert funksjonsnivå og ensomhet, kan skyldes at utvalget i denne bacheloroppgaven er for lite. En annen mulig forklaring kan være at våre respondenter ikke har opplevd store nok funksjonsfalls endringer slik at det påvirker ensomheten.

I følge Daatland og Solem (2011, s. 54) kan en oppleve at hverdagslige aktiviteter blir mer fysisk og psykisk krevende når en blir eldre, og at disse aktivitetene ikke går like fort som tidligere. Respondentene i vår spørreundersøkelsen opplever i gjennomsnitt at gjennomførelsen av de ulike aktivitetene i spørsmål 10 (Vedlegg 1), er omtrent som før (Tabell 6). Noen av respondentene rapporterte også at gjennomførelsen på de nevnte aktivitetene var blitt bedre og mye bedre. Dette kan ses i sammenheng med at når en blir eldre er det normalt å gå av med pensjon noe som kan føre til at en kan bruke mer tid på interesser og andre aktiviteter (Daatland & Solem, 2011, s. 24). En annen forklaring kan være at en inntar nye roller på grunn av tap av ektefelle/samboer eller at ektefelle/samboer opplever funksjonsfall som gjør at rollene må endres (Grov, 2014, s. 530). På den andre siden var det noen som rapporterte at aktivitetsutførelsen var blitt dårligere. Om en ser på aktivitetsutførelsen som et resultat av det dynamiske samspillet mellom aktivitet, person og miljø, er det naturlig at aktivitetsutførelsen endrer seg når det skjer endringer i de personlige faktorene som vilje, vane og utførelsessystemet (Forsyth et al., 2014, s. 506). Dette blir styrket av Jacobsen et al. (2013, s. 67) som beskriver at det er en risiko for ubalanse mellom sosiale og individuelle aktiviteter når en blir eldre, på grunn av faktorer i miljøet og individuelle ressurser hemmer aktivitetsutførelsen. I følge Kielhofner (2013, s. 59) kan personer som opplever utfordringer med gjennomførelse av aktiviteter oppleve en reduksjon av livskvalitet. I våre funn var det ikke en signifikant sammenheng mellom endringer i gjennomførelsen av aktivitet, ensomhet og livskvalitet. Som ergoterapeut er en opptatt av mestring av hverdagen og ser på det som viktig å omprioritere personlige mål når ferdigheter svekkes eller blir borte. Noe som kan støttes med ressursmodellen ved å fokusere på ulike faktorer og ressurser kan gjenskape mestring og livsglede (Daatland & Solem, 2011, s. 105).

I våre resultater kommer det fram at et stort flertall føler at de klarer og mestrer hverdagen i svært stor grad eller i ganske stor grad. I MOHO blir opplevelse av mestring sett på som ens tanker og følelser om sine egenskaper og effektiviteten av gjennomføring av daglige aktiviteter. Opplevelse av mestring påvirker vilje som er personens indre motivasjon for å utføre aktiviteter (Forsyth et al., 2014, s. 507). I følge Kielhofner (2013, s. 58) vil det å fylle

dagene med meningsfulle og nødvendige aktiviteter skape mestring og motivasjon, noe som vil øke livsglede og livskvalitet. I vår studie ser vi at spørsmålet om mestring av hverdagen har en statistisk sammenheng med ensomhet og livskvalitet. Ved at vi anvendte en krystabellanalyse ser vi at de som føler seg ensom også føler at de klarer og mestrer hverdagen, noe som tilsier at det er andre årsaker for at disse respondentene føler seg ensom.

5.3 Aktivitetsnivå

I et dialogmøte i Bodø kom det frem at ensomhet hos eldre ofte skyldes at mange blir passive hjemme, fordi de ikke har tilgang til transport (Helse- og omsorgsdepartement, 2018, s. 81). I følge MOHO er det fysiske miljøet en essensiell faktor for å kunne delta i ulike aktiviteter (Forsyth et al., 2014, s. 508). Våre resultater viser at 81.9% av utvalget hadde tilgang til transport, og det er tre av respondenter som føler på ensomhet som sjeldent eller av og til har tilgang til transport (Tabell 8). En ser også at tilgang til transport har en statistisk sammenheng med UCLA Loneliness Scale og Satisfaction with Life Scale (Tabell 2). Daatland og Solem (2011) beskriver at for å delta i aktiviteter må en ha de nødvendige ressursene, samt miljøet må ha kvaliteter som gir mulighet for deltakelse (Daatland & Solem, 2011, s. 220). Dette samsvarer med ressursmodellen som beskriver materielle ressurser som trafikkforhold, som essensielle faktorer for å styrke hverdagen (Daatland & Solem, 2011, s. 103). Resultatet kan ses opp mot gap-modellen, ved at det oppstår et gap når samfunnets og personens forutsetninger ikke samhandler (Tuntland, 2011, s. 38).

I følge ergoterapeutens paradigme har mennesker behov for å være i aktivitet og deltakelse (Kielhofner, 2013, s. 58). Vi ville derfor analysere om det kunne være en sammenheng mellom aktivitetsnivå hos eldre og ensomhet. Brandt et al. (2013, s. 17) beskriver aktivitet som en essensiell del i livet og det vi bruker tiden vår på. Samtidig som Hocking (2014, s. 73) poengterer at det er en sammenheng mellom aktivitet og helse, og beskriver helse som en kapasitet eller evne til å delta i ulike aktiviteter. I våre resultater kom det frem at det er en statistisk sammenheng mellom aktivitetsnivå skalaen og UCLA Loneliness Scale. Noe som viser at jo høyere aktivitetsnivå desto mindre ensomme er respondentene. På den ene siden så har vi kunnskap om at aktivitetsnivå og ensomhet påvirker hverandre. På den andre siden så kan vi ikke si noe om årsakssammenheng og dermed ikke vite om nedsatt aktivitetsnivå er en følge av ensomhet hos eldre eller omvendt.

Resultatene som en ser i tabell 9 viser at det er en variasjon på gjennomsnitt nivåene i de ulike aktivitetene i aktivitetsnivå skalaen. I følge Daatland og Solem (2011, s. 215) så reduseres deltakelsen i aktivitet med alderen. På den ene siden så står det i stortingsmeldingen “Leve hele livet” at redusert aktivitetsnivå kan være på grunn av sviktende helse og at en ikke lengre har de nødvendige ressursene for å kunne utføre aktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 31). En annen mulig forklaring kan være at eldres aktivitetsnivå styres av tilbaketrekningsteorien, ved at eldre ikke lengre har det naturlige behovet for å opprettholde samme aktivitetsnivå som tidligere (Daatland & Solem, 2011, s. 145). På den andre siden så beskriver Kielhofner (2013, s. 58) at mennesker har et sterkt behov for å engasjere seg i produktive og praktiske aktiviteter. Daatland og Solem (2011, s. 215) understreker også at høy alder ikke er en ulempe for deltakelse i aktivitet, så lenge en har de nødvendige ressursene, som står i tråd med ressursmodellen (Daatland & Solem, 2011, s. 104).

Resultatene i vårt utvalg viste at det ikke var en signifikant sammenheng mellom aktivitetsnivå skalaen og Satisfaction with Life Scale. En mulig forklaring på at det ikke er en statistisk signifikant sammenheng mellom variablene kan være fordi vi har inkludert et begrenset antall aktiviteter i vår spørreundersøkelse. En annen mulig forklaring kan ifølge Brandt et al. (2013, s. 17) være at det er deltagelse prinsippet som har en påvirkning på vår livskvalitet (Brandt et al., 2013, s. 17). I ergoterapeutens paradigme beskrives det at mennesker har et sterkt behov for å utføre aktiviteter som engasjerer oss og er meningsfulle (Kielhofner, 2013, s. 58). Ved å fylle dagene med aktiviteter en selv opplever som meningsfulle så vil det skape mestring og motivasjon, som vil bidra med økt livskvalitet (Kielhofner, 2013, s. 58). I følge MOHO så velger mennesker aktiviteter ut ifra sine interesser, vaner og roller (Forsyth et al., 2014, s. 506). Ut i fra det datamaterialet vi har samlet inn så har vi kun kunnskap om hvor ofte respondentene utfører de ulike aktivitetene, ikke hvilken betydning og mening aktivitetene har for dem. Dette er noe som hadde vært spennende og forsket videre på, ved å gjennomføre en studie av en kvalitativ metode.

5.4 Metode diskusjon

Ved å anvende en kvantitativ metode, for å utforske hvilken sammenheng det er mellom aktivitet og deltakelse og ensomhet blant hjemmeboende eldre, har vi mulighet til å gå i bredden (Dalland, 2017, s. 53). I følge Jacobsen (2010, s. 68-69) er det både styrker og svakheter ved å bruke kvantitativ metode. Noe som kunne ha styrket resultatene i vår

spørreundersøkelse hadde vært å gå bredere ut for å få inn flere respondenter. Noe som i følge Dalland (2017, s. 53) kunne gitt oss et mer representativt utvalg av gruppen eldre. Dette ble ikke gjennomført siden det er tidsaspekt og en ramme for bachelorprosjektet som var begrensende. I denne studien var det 72 respondenter i utvalget, noe som er en liten andel eldre i forhold til at det er registrert 805 694 personer over 67 år i Norge (SSB, 2019). Det vil derfor være vanskelig å generalisere ut fra våre funn.

Spørreundersøkelsen ble delt på Facebook i ulike deler av landet for å få en snøballeffekt, noe vi mener kan øke gyldigheten på spørreundersøkelsen (Halvorsen, 2008, s. 164). På den andre siden er spørreundersøkelsen anonym som gjør at vi ikke har en garanti på at respondentene svarer ærlig, er innenfor målgruppen eller om det er variasjon i forhold til hvor i Norge de kommer fra (Datatilsynet, 2015, s. 7). I mange tilfeller kan det å endre datainnsamlingsmetode, problemstilling og lignende underveis ødelegge troverdigheten til undersøkelsen (Jacobsen, 2010, s. 69). Dette er fordi en anvender problemstillingen for å kunne utarbeide og finne relevante enkeltspørsmål som inkluderes i spørreskjemaet (Dalland, 2017, s. 127). Underveis i forskningsprosjektet så vi oss nødt til å justere på problemstillingen. Det blei en liten justering for å unngå et ja/nei resultat, men vi beholdt begrepene som ble brukt i den første problemstillingen. Dette har gjort at resultatene fra spørreundersøkelsen er like relevante for den nye problemstillingen. På den andre siden ser vi at dette kunne ødelagt troverdigheten om spørsmålene ikke lenger var relevante eller om vi hadde innhentet for lite informasjon (Jacobsen, 2010, s. 69).

Ved at vi utarbeidet noen av spørsmålene selv, så vi på det som viktig å preteste spørreundersøkelsen. Dette er fordi disse spørsmålene ikke er kvalitetssikret slik som spørsmålene vi har lånt fra tidligere studier som Satisfaction with Life Scale og UCLA Loneliness Scale (Nes et al., 2018, s. 46). Som nevnt i delkapittel 3.5.1 var det 20 personer som pretestet spørreundersøkelsen. På den ene siden var det viktig for oss at det var personer med ulike utdanningsbakgrunner og en person fra fokusgruppen som deltok på pretestingen og kunne gi oss tilbakemelding. Dette er for å unngå å bruke begreper som ikke blir forstått av alle i spørreundersøkelsen og få en formening om hvor lang tid det ville ta å gjennomføre spørreundersøkelsen (Jørgensen & Linneberg, 2016, s. 59). På den andre siden kunne det vært hensiktsmessig å ha gjennomført en pilottest hvor bare personer i fokusgruppen vår gjennomførte spørreskjemaet. Dette ble ikke gjennomført fordi de som pretestet kom med gode tilbakemeldinger og vi ønsket å få spørreskjemaet ut fort, for å kunne prioritere mer tid

på analyse og diskusjon av resultatene. Ved utarbeiding av spørreundersøkelsen valgte vi en funksjon som gjorde at respondentene måtte svare på alle spørsmålene for å kunne levere spørreskjemaet. Dette gjorde at vi ikke fikk en oversikt over respondenter som eventuelt valgte å ikke fullføre spørreundersøkelsen. Noe som fører til at en ikke har oversikt over internt og eksternt bortfall.

I følge Ringdal (2018, s. 333) kan krysstabellanalyse anvendes for å finne sammenhengen mellom ulike enkle variabler. I vårt tilfelle ble krysstabellanalyse anvendt for å kunne se på sammenhenger mellom påstanden “Jeg føler meg ofte ensom” og enkelt spørsmål fra spørreundersøkelsen. Grunnen vi valgte et enkelt spørsmål og ikke hele skalaen, var fordi vi opplevde resultatene mer oversiktlig ved å kun benytte et av spørsmålene. På den andre så hadde det styrket resultatene om vi hadde benyttet oss av hele UCLA Loneliness Scale. Samtidig så beskriver Ringdal (2018, s. 333) at krysstabellanalyse har sine begrensninger, og at i mange tilfeller er regresjonsanalyse et bedre alternativ. Aarø (2007, s. 156) mener at en ikke skal velge mer avanserte statistiske teknikker enn høyst nødvendig. Ved at dette er vårt første forskningsprosjekt av en kvantitativ metode, valgte vi å legge oss på et analytisk nivå som vi behersker. Ved å gjøre dette mener vi at det potensielt kan styrke bacheloroppgavens gyldighet.

5.6 Ergoterapeut som bidragsyter.

I følge Svendsen (2015, s. 32) blir ensomhet blant eldre ofte omtalt som et folkehelseproblem. Den norske regjeringen vil iverksette tiltak for å forebygge og minske ensomhet blant eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 43). Vi mener at ergoterapeuter vil kunne være en sentral bidragsyter i arbeidet med å redusere ensomhet blant eldre, da vi har et helhetlig syn på helse gjennom faktorene menneske, miljø og aktivitet (Kielhofner, 2013, s. 161-162). Et sentralt synspunkt i paradigme til ergoterapeuten er å ha et holistisk syn på mennesket og at en skal fokusere på personens ressurser og at mennesker i alle aldersgrupper har behov for å være i aktivitet og deltakelse (Kielhofner, 2013, s. 58).

Norsk politikk har i lengre tid vektlagt deltakelse hos eldre som et viktig mål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Ergoterapeuter har fokus på at eldre skal kunne dekke sine behov for å engasjere seg i produktive, praktiske og meningsfulle aktiviteter (Kielhofner, 2013, s. 58). Funnene i denne studien viser at aktivitetsnivå har en sammenheng med

ensomhet, og at ensomhet har en sammenheng med livskvalitet. Et viktig funn i denne studien er at det er kvaliteten på relasjoner og deltakelsen som er essensiell i den subjektive følelsen av ensomhet. At det ikke hjelper å aktivisere ensomme eldre uten at aktivitetene er meningsfulle og at det er kvalitet på deltakelsen (Breen, 2012, s. 2). Dette er noe vi kjenner igjen i ergoterapifaget med at det er viktigheten av deltakelse i meningsfulle aktiviteter, som gir mennesker muligheter til å påvirke egen helse (Brandt et al., 2013, s. 17). Ved at eldre fyller dagene med meningsfulle og nødvendige aktiviteter, vil det skape mestring og motivasjon, som igjen vil øke deres livsglede og livskvalitet (Kielhofner, 2013, s. 58). På bakgrunn av dette mener vi at ergoterapeuter har en sentral nøkkelrolle i arbeidet til den norske regjeringen med å redusere ensomhet blant eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 43).

6.0 Avslutning

I denne studien har vi jobbet ut i fra problemstillingen:

Hvilken sammenheng har ensomhet med aktivitet og deltakelse hos hjemmeboende eldre?

Formålet med denne bacheloroppgaven var å undersøke hvilke sammenhenger det er mellom aktivitet og deltakelse og ensomhet hos eldre (over 70 år) som bor hjemme. Ensomhet blir ofte omtalt som et folkehelseproblem og er blitt et fokusområde for regjeringen. Noe som kommer frem i stortingsmeldingen «Leve hele livet» fra 2018 (Helse- og omsorgsdepartementet, s. 31) og «Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn» fra 2019 (Helse- og omsorgsdepartementet, s. 43). Tidligere norsk forskning viser at ensomhet er mest utbredt hos eldre (Thorsen & Clausen, 2009). I en finsk studie kommer det frem at faktorer som å bo alene, dårlig helsetilstand, nedsatt funksjon, sjelden kontakt med familie, synsnedsettelse og tap av hørsel øker prevalensen av ensomhet (Savikko et al., 2005)

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at det er en sterk sammenheng mellom ensomhet og livskvalitet, i den forstand at jo mer ensomme eldre føler seg desto lavere er livskvaliteten deres. Forskning viser at kvaliteten på sosiale relasjoner spiller en viktig rolle i forhold til ensomhet (Breen, 2012, s. 2). I denne studien ser vi at ensomhet har en statistisk sammenheng med hvem en bor sammen med og om en har familie som står seg nær. Ergoterapeutens kjernekompetanse fokuserer på at deltakelse i meningsfulle og nødvendige aktiviteter vil skape mestring og motivasjon (Kielhofner, 2013, s. 58). Våre resultater viser at mestring av

hverdagen har en sammenheng med ensomhet og livskvalitet. Det er en sammenheng mellom aktivitetsnivå og ensomhet, i våre resultater. Noe som viser at jo høyere aktivitetsnivå desto mindre ensomme er respondentene. Våre resultater viser også at ensomhet ikke har en statistisk signifikant sammenheng med funksjonsnivå eller aktivitetsutførelse.

På bakgrunn av tidligere forskning og denne studien ser vi at det er mange faktorer som har sammenheng med ensomhet som er innenfor kjernekompetansen til ergoterapeuter. Ved at ergoterapeuter har et holistisk syn på menneske, og ser på aktivitetsutførelse som et dynamisk samspill mellom person, miljø og aktivitet, kan de tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter og deltakelse hos eldre (Kielhofner, 2013, s. 56). Med denne unike kunnskapen om deltakelse i meningsfulle aktiviteter kan ergoterapeuter være en viktig bidragsyter i arbeidet med å redusere og forebygge ensomhet blant eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, s. 43). Etter å ha arbeidet med denne bacheloroppgaven ser vi at det er et behov for videre forskning på ensomhet blant eldre.

Litteraturliste

- Aarø, L. E. (2007). *Fra spørreskjemakonstruksjon til multivariat analyse av data: en Innføring i survey-metoden*. Hemil-report no. 2-2007. Bergen: Research Centre for Health Promotion.
- Andersen, M. & Legarth, K. H. (2013). At muliggjøre aktivitet og deltagelse hos eldre – kommunal intervensjon. I Å. Brandt, A. J Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 361-374). København: Munksgaard.
- Berg, M. (2010). *Hvordan kan vi styrke ergoterapi og utvikle kvaliteten i fagutøvelsen?* Ergoterapeuten, 71(2), 1-5. Hentet fra <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwIj55ulwqziAhVxosKHQRABCAQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ergoterapeuten.no%2FAdmin%2FPublic%2FDownload.aspx%3Ffile%3DFiles%252FFiles%252FFagartikler%252FKvalitet-i-fagutovelsen.pdf&usg=AOvVaw1wOjVb4bCioFAA1uURJHzQ>
- Birk, M. A. & Langdal, I. (2013). Centrale begreber inden for ergoterapi. I Å. Brandt, A. J Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 119-138). København: Munksgaard.
- Brandt, Å., Madsen, A. J. & Peoples, H. (2013). Introduktion til ergoterapi. I Å. Brandt, A. J Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 17-24). København: Munksgaard.
- Breen, C. (2012). *Focus On...Loneliness and Physical Health. Centre for Ageing Research and Development in Ireland*, 1-8. Hentet fra <https://www.cardi.ie/publications/focusonlonelinessandphysicalhealth>
- Cole, M. B. (2015). Social Connections: Participation and Strategies. I M. B. Cole & K. C. Macdonald (Red.), *Productive aging – An occupational perspective* (s. 197-213). Philadelphia: SLACK Incorporated.
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Datatilsynet. (2015). *Anonymisering av personopplysninger – Veileder*. Hentet fra <https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>

- Dicki, V. (2014). What is Occupation? I B.A.B Schell, G. Gillen & M.E Scaffa (Red.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (s. 2-8). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). *The Satisfaction with Life Scale. Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- DIFI. (2018, 10. juni). Syn. Hentet fra <https://uu.difi.no/kva-er-universell-utforming/hvem-er-brukerne/syn>
- Ergoterapeutene. (2017). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.ergoterapeutene.org/ergoterapi/yrkesetiske-retningslinjer/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14. mai). *Forventet levealder i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/befolkning/levealder/>
- Forsyth, K., Taylor, R. R., Kramer, J. M., Prior, S., Richie, L., Whitehead, J. (...) & Melton, J. (2014). The Model of Human Occupation. I B. A. B. Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Red.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (s. 505-526). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Frøslie, K. F. (2018). Korrelasjon. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 10. mai 2019 fra <https://snl.no/korrelasjon>
- Griswold, L. A. & Simmons, C. D. (2014). Social Interaction and Occupational performances. I B. A. B. Schell, G. Gillen & M.E Scaffa (Red.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (s. 883- 893). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Grov, E. K. (2014). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 522-537). Oslo: Gyldendal.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Hansen, T. & Daatland, S. O. (2016). *Aldring, mestring og livskvalitet* (IS-2475). Oslo: Helsedirektoratet.
- Hellevik, O. (2015, 18 mai). *Spørreundersøkelser*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Sporreundersokelser/>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20 44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsenorge. (2018). *Isolasjon og ensomhet*. Hentet fra <https://helsenorge.no/psykisk-helse/isolasjon-og-ensomhet>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn* (Meld. St. 19 (2018-2019)). Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>.
- Hocking, C. (2014). Contribution of Occupation to Health Well-Being. I B. A. B Schell, G. Gillen & M. E Scaffa (Red.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (s. 72-81). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hognestad, A. (2016). *Alene - et rom for endring og undring*. Oslo: Flux forlag.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. & Bradley Layton, J. (2010). *Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review*. PLoS med 7(7), e1000316. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
- Hånes, H. (2015, 11. mai). *Fakta om sosial støtte og ensomhet*. Hentet fra
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- Jacobsen, A., Legarth, K. H. & Sønnichsen, L. H. (2013). Aktivitet og deltagelse i forskjellige livsfaser. I Å. Brandt, A.J Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 49-70). København: Munksgaard.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse. Og sosialfagene* (2. utg.). Oslo: Høyskoleforlaget.
- Jørgensen, T. & Linneberg, A. (2016). Epidemiologi. I T. Jørgensen, E. Christensen & A. Linneberg (Red.), *Klinisk forskningsmetode* (s. 29-64). København: Munksgaard
- Khetani, M. A. & Coster, W. J. (2014). Social participation. I B. A. B Schell, G. Gillen & M.E Scaffa (Red.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (s. 731- 744). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhonfer, G. (2008) *Model of Human Occupation* (4 utg). USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2013). *Ergoterapi i praksis* (3.utg.) København: Munksgaard.
- Kraft, P. & Loeb, M. (1997). *Sogn og Fjordane prosjektet*. Oslo: National Institute of Public

Health.

- Lid, I. M. (2014). Gap-modellen. I *Store norske leksikon*. Hentet 18. Mai 2019 fra <https://snl.no/gap-modellen>
- Lunde, L. H. (2016). Lever vi i ensomhetens tidsalder? Om ensomhet blant eldre. *Scandinavian Psychologist*. Hentet fra <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e4>
- Molven, O. (2014). Helsinkideklarasjonen. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 28. april 2019 fra <https://sml.snl.no/Helsinkideklarasjonen>
- Nes, R. B., Hansen, T. & Barstad, A. (2018). *Livskvalitet – Anbefalinger for et bedre målesystem (IS-2727)*. Oslo: Helsedirektoratet
- Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *European journal of ageing*, 11(4), 313–319. doi:10.1007/s10433-014-0312-1
- Nicolaisen, M. & Thorsen, K. (2014). Who are lonely? Loneliness in different age groups (18-81 years old), using two measures of loneliness. *International Journal of Aging & Human Development*, 78(3), 229-257. doi: 10.2190/AG.78.3.b
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og Mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Romøren, T. I. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Krikevold, K. Brodtkorb & A. H. Ramhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 29-38). Oslo: Gyldendal.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R., Strandberg, T. & Pitkala, K. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Gerontology and Geriatrics* 41(3), 223–233. DOI: 10.1016/j.archger.2005.03.002
- SSB. (2019, 22. februar). *Befolkning*. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar>
- Stephoe, A., Deaton, A. & Stone, A.A. (2015) Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet* 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Svendsen, L. FR. H. (2015). *Ensomhetens filosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thorsen, K. & Clausen, S.E. (2009). *Hvem er de ensomme?*. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/hvem-er-de-ensomme>
- Tufte, P. A. (2011). Kvantitativ metode. I K. Fangen & A. M. Sællerberg (Red.), *Mange ulike metoder* (s. 71-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL- teori og intervensjon* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Tønnessen, M. (2018). Demografi. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 11. mai 2019 fra <https://snl.no/demografi>

World Health Organization. (1946, 22. juli). *Constitution*. Hentet fra <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

World Health Organization. (2015). *What is Healthy Ageing*. Hentet fra <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>

Vedlegg 1: Spørreundersøkelsen

Informasjon

Dette er en undersøkelse som er utarbeidet av to ergoterapistudenter på Høgskulen på Vestlandet avd. Bergen, i forbindelse med vår bacheloroppgave. Resultatet fra denne undersøkelsen kommer til å bli anvendt i vår bacheloroppgave. Formålet med denne undersøkelsen er å se om det er en sammenheng mellom aktivitetsnivå og ensomhet hos eldre som bor hjemme. Din deltakelse i undersøkelsen er frivillig og anonymisert.

Personlig informasjon:

1. Kjønn:

- Kvinne
- Mann

2. Alder:

- 70-79 år
- 80-89 år
- 90-99 år
- 100+ år

3. Hvem bor du sammen med?

- Ektefelle/samboer
- Annen familie
- Venn/ venner
- Alene

4. Har du familie som står deg nær?

- Ja
- Nei

5. Bolig:

- Enebolig
- Rekkehus
- Leilighet
- Annet: _____

6. Hvor bor du?

- I byen
- Tettsted
- På landet
- Annet: _____

Aktivitetsnivå:

7. Omtrent hvor ofte gjør du følgende? *Sett ett kryss per linje.*

	Daglig	Hver uke men ikke hver dag	Hver måned men ikke hver uke	Noen ganger i året	Sjeldent	Aldri
Være i fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frivillig arbeid for forening/organisasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kafe/ restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reise på ferie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går på eldrecenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får besøk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besøk hos andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndarbeid/snekring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lese bøker/avis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiale medier (Facebook, Instagram, Snapchat, andre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snakke i telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skriver tekstmeldinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Har du tilgang til transport (buss, bil, taxi) for å komme deg fra A til B?

- Alltid
- Ofte
- Av og til
- Sjeldent
- Aldri

9. Hvordan opplever du gjennomførelsen av disse oppgavene nå i forhold til 10 år siden? *Sett ett kryss per linje*

	Mye Bedre	Bedre	Omtrent som før	Dårligere	Klarer ikke å utføre på egenhånd	Ikke aktuelt
Laga mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå ut med søpla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personlig hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handle på butikken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndarbeid/ Snekring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Har du opplevd funksjonsfall på noen av disse områdene de siste 10 årene?
Sett ett kryss per linje

	I svært stor grad	I ganske stor grad	I noen grad	I liten grad	Ikke i det hele tatt
Gangfunksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balanse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Styrke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utholdenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hukommelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppmerksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsentrasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hørsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. I hvilken grad synes du at du klarer deg på egenhånd i hverdagen?

- I svært stor grad
- I ganske stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

12. I hvilken grad føler du at du mestrer hverdagen?

- I svært stor grad
- I ganske stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt

13. Om du trenger hjelp, hvem hjelper deg? *Kan krysse av på flere alternativ*

- Ektefelle/ samboer
- Familie
- Venner
- Hjemmetjenesten
- Naboer
- Ingen
- Annet _____
- Trenger ikke hjelp

Kontakt med andre mennesker:

14. Nedenfor står det fem utsagn om tilfredshet med livet som en helhet. Vis hvor godt eller dårlig hver av de fem påstandene stemmer for deg og ditt liv ved å sette et kryss ved det tallet som du synes stemmer best for deg. *Sett ett kryss for hvert spørsmål.*

	Stemmer dårlig			Stemmer bra	
Så langt har jeg fått de viktige tingene jeg ønsker i livet	1	2	3	4	5
På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	1	2	3	4	5
Mine livsforhold er utmerkede	1	2	3	4	5
Hvis jeg kunne leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret på noe	1	2	3	4	5
Jeg er tilfreds med livet mitt	1	2	3	4	5

15. Ta stilling til utsagnene og angi dine svar på en skala fra 1-5. *Sett ett kryss for hvert spørsmål.*

	Helt uenig			Helt enig	
	1	2	3	4	5
Jeg synes jeg har nok kontakt med mennesker som bryr seg om meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg ofte ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er vanskelig å snakke med mennesker jeg ikke har møtt før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg ofte ensom selv når jeg er sammen med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler ofte at andre ikke forstår meg eller min situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at andre bryr seg om meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tusen takk for at du tok deg tid til denne spørreundersøkelsen. Ha en fin dag videre!