



**LUNDS**  
UNIVERSITET

**Sociologiska institutionen**

# **Sociala faktorerers betydelse för äldres välbefinnande- en studie i KASAM**

**Författare: Anna Cronquist**

**720503-6929**

**Kandidatuppsats SOCK01, 15 p**

**Vårtermin 2013**

**Handledare: Mimmi Barmark**

## **ABSTRAKT**

Författare: Anna Cronquist

Titel: Sociala faktorerers betydelse för äldres välbefinnande

Kandidatuppsats: SOCK01, 15 p

Handledare: Mimmi Barmark

Sociologiska institutionen Vårterminen 2013

**Bakgrund:** Andelen åldrande i Sverige ökar. Dock ökar också den psykiska ohälsan bland äldre. Jag tror att meningsfulla sociala relationer, sociala aktiviteter samt ett förbättrat socialt stöd för utsatta äldre kan öka deras psykiska välbefinnande genom en större känsla av delaktighet, sammanhang och möjlighet att påverka.

**Syfte:** Syftet med min undersökning är att avslöja orsakssambanden mellan olika sociala faktorer och psykiskt välbefinnande för åldrande kvinnor och män.

**Beskrivning:** I denna studie vill jag undersöka sociala faktorerers orsakssamband med psykiskt välbefinnande bland äldre personer i Sverige genom regressionanalys. Jag kommer först att redogöra för Aaron Antovskys salutogena forskningsansats och hans modell KASAM, som står för ”känslan av sammanhang”. Jag kommer sedan att presentera tidigare forskning och studier gällande äldres sociala liv och dess påverkan på psykiskt välbefinnande. Jag ämnar att använda mig av KASAMs centrala begrepp: mening, begriplighet och hanterbarhet, för att se vilka sociala faktorer som ger äldre kvinnor och män ökat psykiskt välbefinnande och mening i livssituationen.

**Slutsatser:** Kvinnor och män uppvisar efter kontroll av hälsa jämnastarka samband för sociala kontakter generellt, för sociala kontakter med vänner och för föreningsdeltagande med index för psykiskt välmående. Kvinnors och mäns samband för guds tjänstdeltagande, sammanboende samt sociala stöd skiljer sig kraftigt åt. Sociala stöd är viktigt för kvinnor medan guds tjänstbesök och sammanboende är viktigt för män med hänsyn till psykiskt välbefinnande. Nivån av hälsa har stor betydelse för kvinnors samband med psykiskt välbefinnande men påverkar inte männens samband avsevärt.

**Nyckelord:** Sociala kontakter, socialt stöd, sociala aktiviteter, KASAM, psykiskt välbefinnande

<b>INNEHÅLLSFÖRTECKNING</b>	3
<b>1. INLEDNING OCH BAKGRUND</b>	4
1.1 Syfte och frågeställning	4
1.2 Bakgrund	4
<b>2. DET SALUTOGENA PERSPEKTIVET</b>	5
2.1 Salutogena perspektivet	5
2.2 Teoretiskt utgångspunkt i KASAM	5
2.3 Mening i tillvaron och sociala faktorerers betydelse	6
2.3.1 Betydelsen av mening i tillvaron	6
2.3.2 Samhällsvärderingar och självakting	7
2.3.3 Sociala faktorer	7
2.4 Ålderande och förändrade livsvillkor	9
2.4.1 Fysisk och psykisk hälsa i ömsesidig relation	9
2.4.2 Hälsotillstånd	10
2.4.3 Strukturella förutsättningar i samhället	11
2.4.4 Ekonomi	11
<b>3. URVAL OCH KORRIGERINGAR</b>	12
<b>4. METOD</b>	12
4.1 Operationalisering av index för psykiskt välbefinnande	12
4.2 Univerat analys av beroende variabel	14
4.3 Oberoende variabler	15
4.4 Beskrivande statistik	16
4.5 Linjär regressionanalys	17
<b>5. RESULTAT</b>	17
5.1 Modell 1: Bivariata samband	17
5.2 Modell 2: Kontroll för hälsa och ålder	18
5.3 Modell 3: Sociala stöd	20
5.4 Modell 4: Sociala kontakter	22
5.5 Sammanfattning av resultat och analys, Modell 1-4	24
<b>6. DISKUSSION</b>	27
<b>REFERENSER</b>	29
<b>BILAGOR</b>	31

# 1. INLEDNING OCH BAKGRUND

## 1.1 Syfte och frågeställning

Syftet är att undersöka orsakssambanden mellan olika sociala faktorer och psykiskt välbefinnande för åldrande kvinnor och män. Min frågeställning är hur äldre kvinnors och mäns psykiska välbefinnande påverkas av olika sociala faktorer och vilka av dessa som är viktiga och ger gott psykiskt välbefinnande. Med sociala faktorer avses relationer, stöd, aktiviteter samt samman- eller ensamboende. Min hypotes är att meningsfulla relationer och sociala aktiviteter ger ökat psykiskt välmående. Jag ämnar genomföra en regressionsanalys av delar av ett material som heter SWEOLD 2010 för att undersöka sambanden med ett index för psykiskt välbefinnande. Studien SWEOLD är ett samarbete mellan ARC (Aging Research Center), Karolinska Institutet och Stockholms Universitet innehållande en mängd olika frågeställningar angående äldre personers livssituation. Jag har själv varit delaktig i insamlandet av materialet och genomfört personliga intervjuer med personer över 76 år.

## 1.2 Bakgrund

Enligt WHO, World Health Organization, ökar andelen personer över 60 år snabbare än någon annan åldersgrupp, som ett resultat av både längre livslängd och sjunkande födelsetal. Detta skapar samhälliga utmaningar i målet att öka äldre människors hälsa och funktionsförmåga samt öka deras sociala deltagande och säkerhet (WHO 2013). WHO definierar hälsa som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller funktionshinder"(WHO, 1946).

Sverige har en av de högsta medellivslängderna i världen med en medellivslängd för kvinnor på 83,5 år och för män på 79,5 år (SCB 2010). Dock så ökar även den psykiska ohälsan bland äldre, framför allt bland kvinnor. Vi lever längre men med ökade antal år i fysisk och psykisk ohälsa vilket innebär stora samhällskostnader och individuellt lidande. Sociala aktiviteter och kontakter anses ofta vara lösningen på den ökande psykiska ohälsan, bl a så uttryckte J.S. House (2001) att: "sociala kontakter är mycket viktiga för hälsan och för hälsosamt åldrande och att isolering är ett hot mot dem bägge" (Waite & Das, 2010).

Jag slogs ofta av, i intervjusituationerna, att vissa av de äldre med en lång rad av sjukdomsdiagnoser och små möjligheter till socialt liv ändå var positivt inställda och såg mening i tillvaron. Lika förvånad var jag över att inse att vissa andra, med i jämförelse mycket små fysiska besvär och ett omfattande socialt nätverk ändå, upplevde mycket lidande och såg livet

som meningslöst. Jag blev därför intresserad av vad det var som gjorde att vissa lyckats behålla en känsla av mening i tillvaron trots att denna för vissa verkade mycket svår. Detta ledde till att jag blev intresserad av Antonovskys salutogena perspektiv av hälsa och välmående varför jag tar min teoretiska utgångspunkt i hans teori KASAM.

## **2. DET SALUTOGENA PERSPEKTIVET**

### **2.1 Salutogena perspektivet**

Det salutogena perspektivet utvecklades av medicinsociologen Aaron Antonovsky och fokuserar på vad det är som gör att vissa förblir friska trots fysiska och psykiska påfrestningar, av Antonovsky kallat stressorer. Det salutogena synsättet innefattar att inte se på ett fysiskt tillstånd som en motsats av hälsa kontra ohälsa, utan att se det som att vi befinner oss på en skala mellan hälsa och sjukdom. Att inte se hälsa som en motsats till sjukdom gör att det blir intressant att studera vilka faktorer som för oss mot den positiva polen av skalan, mot en god hälsa. Antonovsky ansåg att rörelse mot den friska polen underlättades av att man lyckats behålla en känsla av sammanhang i sitt liv, KASAM (Antonovsky, 1987).

Den salutogena frågan inom äldreforskning är vilka faktorer som gör att människor kan anpassa sig till de förändringar som kan ske i ålderdomen och som gör att människor åldras hälsosamt (Wiesmann & Hannich, 2006). Jag tror att om man integrerade det salutogena perspektivet i mötet med äldre kvinnor och män så skulle man ha större möjlighet att avslöja bidragande orsaker till en låg nivå av psykiskt välbefinnande, såsom över- eller underbelastning i tillvaron eller en känslan av maktlöshet i livssituationen.

### **2.2 Teoretisk utgångspunkt i KASAM**

Antonovsky beskrev generella motståndsresurser, GMR, som de resurser en person innehar som ger denne styrkan att motstå, hantera och acceptera stressorer. Dessa resurser består t ex av Jagstyrka, socialt nätverk och socialt stöd och är faktorer som hjälper till att göra händelserna begripliga, hanterbara och meningsfulla (Antonovsky, 1987).

Generella motståndsresurser har gemensamt att de ger livserfarenheter som kännetecknas av kontinuitet, möjlighet att påverka och en balans mellan över- och underbelastning. Dessa livserfarenheter ackumuleras över livet och skapar en känsla av sammanhang - en global livsorientering som består av de samlade stabiliserande och självskapande krafterna hos personen

(Wiesmann & Hannich, 2006). Ur begreppet GMR skapade Antonovsky sin tes om dessa motståndsresurser som skapar erfarenheter som bygger upp och bibehåller en stark KASAM.

KASAM innebär känslan av samhörighet och mening med tillvaron och påverkar en persons förmåga att hantera svåra händelser i livet. Individer besitter olika möjligheter att hantera motgångar och sjukdomstillstånd beroende av t.ex. dess historia, socialt stöd och inneboende styrka (Antonovsky, 1987). En person med stark KASAM har möjlighet att välja den strategi som är bäst lämpad för att hantera den stressorn individen står inför. När en individ utsätts för en stressor är belastning dubbelsidig, dels ska individen finna en praktisk problemlösning och dels styra sina känslor inför stressorn (Hedberg, 2010).

Stressorer behöver dock inte enbart vara negativa utan kan ge ett mervärde för individen. Bra sätt att hantera stressorer, copingstrategier, kan ge individen en inneboende tilltro till att man har förmågan att hantera livets motgångar (Tornstam, 2010).

En individs samlade livserfarenhet kan även sakna de resurser som skapar en stark KASAM. Under- eller överbelastning och låg nivå av medbestämmande är erfarenheter som kan leda till en låg KASAM. Brister i motståndsresurser kan också ge erfarenheter som påverkas KASAM negativt, tex kan avsaknad av meningfulla relationer i livet leda till ett stresstillstånd, tex depression (Antonovsky, 1987).

## **2.3 Mening i tillvaron och sociala faktorerers betydelse**

Forskningsstudier av social integrations betydelse för psykiskt välbefinnande uppvisar ofta mycket skiftande resultat vilket beror på att det ofta är graden av socialt deltagande som har studerats och inte kvaliteén på dessa kontakter (Tornstam, 2010). Det som är relevant är hur personen upplever sina relationer och vilken mening denna tillskriver olika sociala faktorer.

### **2.3.1 Betydelsen av mening i tillvaron**

Antonovsky fann i forskningsstudier att de som hade en hög känsla av sammanhang hade engagemang och var villiga att investera tid och kraft på saker som var viktiga för dem. De som han bedömde ha låg känsla av sammanhang saknade ofta aktiviteter och relationer som var viktiga för dem. Om det fanns värdefulla relationer uppfattades dessa mest som krav och besvär som individen inte ville engagera sig i (Antonovsky, 1987).

Chrystal Park studerade religiositet och fann att gudstro hade en positiv påverkan på meningfullhet och i sin tur hälsa och psykiskt välbefinnade. Hon ansåg att känslan av mening i livet

var den viktigaste faktorn för motivationen att bibehålla sin fysiska och psykiska hälsa. I motsats fann hon att ett riskfyllt hälsobeteende förmodligen var en följd utav en känsla av att livet är meningslöst (Park, 2007).

Verduin (2008) med flera fann att bland patienter med reumatisk artros hade en positiv syn på hanterbarhet och deltagande i sociala aktiviteter ett signifikant samband med känslan av meningen med livet. Smith and Xatura (2004) studerade patienter som genomgått knäoperationer. De kom fram till att meningen med livet hade samband med mindre ångest och depression, mindre funktionellt handikapp och mindre stelhet (Hedberg, 2010)

### 2.3.2 Samhällsvärderingar och självaktning

I det moderna svenska samhället ses kompetens och självständighet som högt värderade egenskaper (Tornstam , 2010).

Pia Hedberg fann i studier att meningen med livet troligen är en viktig faktor för att förstärka åldrande människors möjligheter att hantera svårigheter i livet. Hon uttrycker också att äldre personer ofta betraktas som en homogen grupp med utmärkande drag såsom svaga, sjukliga och beroende. Ventegodt, Andersen och Merrick (2003) beskriver meningen med livet som det som skapar en förbindelse mellan den inre världen och den yttre världen. Detta innebär att samhällets syn på åldrande individer som sjukliga och beroende, kan få äldre att uppleva sig som en börda för samhället och påverka deras självbild negativt (Tornstam, 2010; Hedberg, 2010).

Forthofer med kollegor (2001) genomförde analys av hjärtpatienter där bl.a.sambanden mellan självaktning, stress och socialt stöd analyserades i relation till fysisk och psykisk funktion. De fann att självaktning och stress hade den största effekten på funktionen och att självaktningen var speciellt viktigt för kvinnor (Moen & Spencer, 2003).

### 2.3.3 Sociala faktorer

Lars Andersson uttrycker följande angående social integration och dess betydelse för äldre populationer: ”Social förankring, social kontakt, socialt deltagande, informellt och emotionellt stöd och socialt inflytande utgör olika aspekter på det sociala nätverket, som alla har visat sig ha en positiv effekt på välbefinnandet, främst i form av bättre hälsa, mindre sjukdomsupplevelse och ökat hälsobeteende genom den minskade utsatthet och sårbarhet som ett fungerande socialt nätverk utgör ” (Andersson, L, 2003, s. 77).

## Sociala kontakter

Släktrelationer: Sammansättningen av mäns och kvinnors personliga nätverk skiljer sig åt, där kvinnor har större andel relationer med familj och män mer med andra än anhöriga, framför allt medarbetare. Enligt Moen & Spencer beror detta på att kvinnor genom livet burit huvudansvaret för de sociala relationerna med släkt och vänner till familjen medan män haft rollen som familjeförsörjare (Moen & Spencer, 2003).

Bowling(1995) fann att kvinnor värderade fysisk funktion och sociala relationer högre än män som viktiga faktorer för hög livskvalitet. Detta är ett tecken på att kvinnors traditionellt större ansvar för hushållet och för sociala relationer återspeglas i deras värdering av vad som är viktigt i ålderdomen (Wilhelmsson, 2003).

Vänskapsrelationer: Perlman (1982) fann att ökad kontakt med släkt inte minskade känslan av ensamheten, vilket däremot vänkontakter gjorde (Andersson, 2003). Larson, Mannell och Zuzanek (1986) kom fram till att vänskapsrelationer under ålderdomen har en mycket stor betydelse för social integration och välbefinnande, då dessa ofta är mer åldershomogena och grundas i liknande intressen, värderingar och erfarenheter. De poängterade även att vänskapsrelationerna är frivilliga medan familjerelationerna är mer en skyldighet (Tornstam, L, 2010).

## Socialt stöd

Tidigare undersökningar av Lyyra & Heikkinen (2006) fann att socialt stöds påverkan på överlevnad endast var relevant för kvinnor. Sambandet anses gå genom hälsa och välbefinnande varvid jag anser detta vara relevant för min frågeställning (Agahi & Parker, 2008).

Berkman och Symes (1979) fann att äktenskap och nära vänner var viktigare än gruppmedlemskap, t.ex. medlemskap i en förening (Carlsson, 2007). Detta beror på att det emotionella stödet är starkare i nära relationer.

## Sociala aktiviteter

Deltagande i sociala aktiviteter har, förutom att personer faktiskt gör något de uppskattar eller träffar personer som de har ett gemensamt intresse med, den effekten att detta skapar ett större nätverk (Agahi, 2008). Neda Agahi har studerat deltagande i fritidsaktiviteter i relation till dödlighet men drar slutsatsen att detta samband går via hälsa och psykiskt välmående. Agahi (2008) fann i en jämförelse mellan kvinnor och män att kvinnor fick störst positiv effekt av



sociala aktiviteter medan män av aktiviteter som utförs ensam, såsom trädgårdsskötsel eller andra hobbyer (Agahi, 2008).

### Sammanboende

Enligt Moen (2001) lider män mer av social isolering än kvinnor. Män har också oftare ett mindre nätverk och saknar en förtrogen vän, vilket innebär att de är mer beroende av sin partner för emotionellt stöd (Tornstam, 2010). Mellström (1983) fann att speciellt för män fanns en ökad risk för dödlighet då dessa blivit änkemän (Tornstam, 2010). Detta kan bero på flera olika orsaker såsom minskad känsla av sammanhang, mening i livet och förändrat hälsobeteenden i t.ex. kosthållning och hygien.

## 2.4 Åldrande och förändrade livsvillkor

När människor åldras sker ofta många förändringar i deras liv bl.a. i hälsa, sociala nätverk och minskad förmåga att själv klara ut sin vardag. Förändringar som kan påverka personens psykiska välbefinnande och ofta är sammankopplade och beroende av varandra (Waite & Das, 2010).

Med ökad ålder ökar som regel de fysiska och kognitiva besvären vilket kan leda till en nedgång i socialt deltagande. Antalet personer som man har i sitt nätverk kan minska p.g.a att partner, syskon och nära vänner går bort eller att fysiska och kognitiva besvär gör att man har svårt att delta. Många äldre, framför allt kvinnor, vårdar sin make vilket kan innebära en tung belastning för personen. Jag mötte flera kvinnor i intervjusituation som uttryckte att de åter deltog i aktiviteter och hade förnyade sociala kontakter efter det att maken gått bort eller flyttat till äldreboende. Detta bekräftas av Tornstam som funnit att vissa upplevde en lättnad, förnyade möjligheter och ökad självuppfattning när de blev änka/änkling (Tornstam, 2010).

### 2.4.1 Fysiskt och psykiskt hälsa i ömsesidig relation

Pia Hedberg hänvisar till Blazer (2003) som konstaterade att minskad fysisk funktion i det dagliga livet ofta leder till depression. Hon hänvisar även till Bruce (1999) som fann att depression och fysiska funktionshinder vanligen existerar i en ömsesidig relation. Nedsatt psykologiskt välbefinnande påverkar även det fysiska välmåendet negativt (Hedberg, 2010).

Även läkaren Markku Hyypää poängterar relationen mellan det psykiska tillståndet och fysiskt välmående. Det finns enligt honom koppling mellan nervsystemets funktion, förmågan att utsöndra serotonin som motverkar stressstillstånd, och stresskänslighet. Han uttrycker även att

ju bättre och mer socialt stöd en människa har desto bättre kan denne motstå och kontrollera stressen (Hyypää, 2007). Hyypää hänvisar även till B.S Rabins (1999) forskningsstudier som avslöjat att minskad gemenskap leder till försvagat immunförsvar (Hyypää, 2007). Wang fann i studier att bristande emotionellt stöd ledde till ökad risk för kranskärslsjukdomar (Carlsson, 2007)

#### 2.4.2 Hälsotillstånd

Verbrugge har funnit i studier att kvinnor oftare drabbas av kroniska och nedbrytande sjukdomar såsom reumatism och astma medan män oftare drabbas av akuta dödliga tillstånd såsom hjärtattack (Agahi & Parker, 2008). Enligt Parker och Thorslund är problematik kring rörelseapparaten vanligt i västvärlden och symtom är oftare förekommande hos kvinnor än hos män (Hedberg, 2010).

Kvinnor i Sverige över 75 år har mer än fem gånger så hög förbrukning av lugnande preparat än den yngsta åldersgruppen, 15-44 åringar. Motsvarande siffra för män var 3,7 gånger så hög förbrukning (Tornstam, 2010). Dock finns det undersökningar som påvisar att det psykiska välbefinnandet tvärtom är lägre bland det äldre populationerna. Per Carlsson fann i undersökning av en svensk populationen, att ökad ålder ledde till en minskad risk för psykisk ohälsa. Andelen personer med nedsatt psykisk hälsa var lägst i åldergruppen 65+ både för kvinnor och män. Dock kvarstår förhållandet mellan kvinnor och män där andelen kvinnor med psykisk ohälsa är klart högre (Carlsson, 2007). Courtenay hävdar dock att kvinnor och män uttrycker känslor och depressiva symtom olika. Kvinnor talar om depressionssymtom medan män i högre grad uttrycker aggression eller faller in i missbruk. Män har också högre andel sjukdomar med uppkomst i icke hälsofrämjande faktorer såsom rökning och alkoholkonsumtion (Hedberg, 2010).

Enligt Moen och Spencer har kvinnor normalt upplevt mer stress och sämre hälsa under sin livsbana än män. En större del av kvinnors liv är fyllt av sjukdomstillstånd vilket tyder på att kvinnor samlar på sig fler sjukdomstillstånd under sin livsbana (Moen & Spencer, 2003). Rabins (1999) har funnit att psykologisk påfrestning leder till minskat immunförsvar. Studier har visat att den som vårdar en dement make/maka är känsligare för infektionssjukdomar p.g.a överbelastning och stress (Hyypää, 2007).

### 2.4.3 Strukturella förutsättningar i samhället

Sociologen Gwen Moore kom i studier fram till att sammansättningen av mäns och kvinnors sociala nätverk skiljer sig åt. Kvinnor har en större andel familj- och släkterelationer medan män har fler relationer med andra än anhöriga, framför allt kollegor. Hon fann att vid konstanthållning för anställning, familj och ålder i regressionsanalys försvann eller försvagades skillnaderna i nätverkets sammansättning. Moore konstaterade därmed att dessa könsskillnader växte fram ur olika samhällsstrukturer som leder till olika möjligheter och hinder för att utveckla nära relationer (Moore, 1990).

Enligt Moen och Spencer har kvinnors liv ofta varken varit systematiska eller kommit i kronologisk ordning. Kvinnor har varit mer rörliga avseende utbildning och arbete beroende på krav från familjeförhållanden och t.ex. mannens karriärsväl (Moen & Spencer, 2003). Hammond (1995) ansåg att kvinnor har större utsatthet på grund av sämre ekonomi, dubbla arbetsroller, skönhetsideal och fysisk otrygghet (Tornstam, 2010).

Sedan kvinnor fått samma utbildnings- och jobb-möjligheter som män har de försökt anpassa sig till den traditionella manliga livsbanan med utbildning och arbete samtidigt som de behållit rollen som den som har huvudansvaret för hushåll och omvårdnad av barn. Kvinnors livsbanor har därför oftare varit överbelastade på grund av dubbel arbetsbörda med både lönearbete och största ansvaret för hem och barn (Moen & Spencer, 2003).

Piccinelli & Wilkinsson (2000) fann att i västvärlden är depression dubbelt så vanligt bland kvinnor som hos män. En förklaring till detta är enligt Hedberg att kvinnors roller i högre grad blivit ofrivilligt begränsade tidigare i livet och att det finns en benägenhet för kvinnor att vara undervärderade i samhället (Hedberg, 2010). Tornstam menar att i interaktion med andra förväntar man sig ett ömsesidigt givande och tagande. Om man upplever att man har givit och offrat i betydligt högre grad än vad man har blivit åtgäldad så upplevs ofta en känsla av obalans och överbelastning (Tornstam, 2010).

### 2.4.4 Ekonomi

Män har ofta högre pensioner då de har fler år i arbetslivet. Detta beror delvis på att kvinnor har fler år i graviditet och föräldrarledighet och delvis på grund av grundläggande strukturella orättvisor i samhället (Moen & Spencer, 2003). Kvinnor arbetar i högre grad inom lågavlönade yrken och lönesättningar är ofördelaktiga för kvinnor.

Kvinnor brukar även följa sin mans pensionsbeslut medan män fattar detta beslut på egna initiativ. Kvinnor går också i pension i mycket högre grad än män för att vårda anhörig. Moen & Spencer fann, i det undersökta urvalet, att kvinnors ansvar för vård av anhörig är fem gånger vanligare jämfört med män (Moen & Spencer, 2003).

### **3. URVAL OCH KORRIGERINGAR AV URVAL**

Urvalet i SWEOLD 2010 är en undersökning med individer över 76 år. Svarsfrekvensen ligger mycket högt. Av 1080 personer i det ursprungliga urvalet har 931 blivit intervjuade, vilket motsvarar ca 86 %. Bakom undersökningen står ARC, Aging Research Center, ett samarbete mellan Karolinska institutet och Stockholm universitet. I de flesta fall har intervjuerna genomförts med personen själv. Vissa intervjuer har p.g.a demens genomförts med en anhörig utan intervjupersonens närvaro. Dessa har jag rensat bort från utvalet. De frågor som jag vill använda i analysen ställdes aldrig till anhörig då de handlar om personliga attityder samt subjektiva erfarenheter.

En del intervjuer har även genomförts i närvaro med anhörig till intervjupersonen. Även dessa har jag valt att ta bort ur urvalet då svaret på frågorna om hur man upplever sin tillvaro lätt kan påverkas av en annan person. Jag minns ett specifikt tillfälle vid frågan om personen upplevde ensamhet och då damen sa att det gjorde hon mycket starkt, så utbrister dottern: ”men mamma, jag som kommer hit så ofta jag kan”. Jag tror därför att det finns en stor risk att intervjupersonerna anpassat sina svar för att inte såra sina anhöriga. Efter rensning av data har jag kvar 610 intervjupersoner av de 931 ursprungliga.

### **4. METOD**

Jag genomför en kvantitativ analys av materialet SWEOLD 2010. En kvantitativ analys är lämplig då urvalet består av ett stort antal genomförda intervjuer och är genomförd med en styrd enkätundersökning med nästan uteslutande fasta svarsalternativ. Kvantitativ metod anses också mäta bäst på bredden, förhållanden och attityder inom grupper. Då det är de sociala faktorernas samband med ett attitydindex för psykiskt välmående som jag vill undersöka så passar kvantitativ analys mycket bra (Eliasson, 2010).

#### **4.1 Operationalisering av index för psykiskt välbefinnande**

Många studier har utvisat att känslan mening med livet har ett starkt samband med det psykiska välbefinnandet (Hedberg, 2010; Park, 2007). Då jag speciellt är intresserad av den

känsla av sammanhang i livet som åldrande kvinnor och män upplever så har jag skapat ett index för psykiskt välmående bestående av dels den direkta känslan av ångest och depression men också av faktorer som härleder till Antonovskys modell om känslan av sammanhang, KASAM. De fyra variablerna i mitt index kan också härledas till två olika inriktningar för att studera sjukdom och hälsa. De två första variablerna, förekomst av nervösa besvär och depression, är patogena symptom, det vill säga sjukdomstillstånd. De två andra tillhör den salutogena inriktningen, salus betyder hälsa, och är faktorer som är hälsofrämjande och anses vara motståndskrafter mot t.ex. psykisk ohälsa (Tornstam, 2011).

Som jag tidigare nämnde inledningsvis så är KASAM's tre grundstenar begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Dessa tre är intimt sammanflätade med varandra och tillsammans skapar de en känsla av sammanhang, KASAM (Tornstam, 2010).

Begriplighet är per definition i vilken utsträckning man upplever inre- och yttre stimuli som förnuftsmässigt gripbara. En person med stark KASAM uppfattar händelser som sker som förutsägbara, eller om de kommer som en överraskning, åtminstone går att finna en förklaring till (Antonovsky, 1987).

Hanterbarhet handlar om till vilken grad man känner att det finns resurser till ens förfogande. Antonovsky uttrycker det också som i vilken utsträckning individen tror på att det finns en hög sannolikhet att saker kommer att utvecklas så bra som man rimligtvis kan förvänta sig. Vid hög känsla av hanterbarhet minskar känslan av att vara ett offer (Antonovsky, 1987).

Antonovsky ansåg att meningfullheten i tillvaron var den viktigaste av de tre komponenter i KASAM då det är mening som ger motivation till att klara av en stressor eller att acceptera sin situation.

### **Index bestående av fyra variabler, två patogena sjukdomssymptom och två salutogena motståndskrafter**

De två första variablerna har jag tagit ur en frågeställning som lyder: Har ni under de senaste 12 månaderna haft någon av följande sjukdomar eller besvär? Här har jag använt delfrågorna:

- 1) Nervösa besvär (ängslan, oro, ångest).
- 2) Depression, djup nedstämdhet.

Svarsalternativen är 1: Nej, inga besvär, 2: Ja, lätta besvär, 3: Ja, svåra besvär, samt 9: Ej svar/Vägran. Dessa svarsalternativ har jag vänt på för att få positiva svarsalternativ som ger högst poäng och rensat bort Ej svar. Jag har inte använt mig av förekomst av psykisk sjukdom då denna diagnos kan bero på mycket annat som inte har med levnadssituationen av göra, såsom kemisk obalans eller trauman tidigare i livet.

Variabel tre och fyra utgår från de salugena perspektivet som handlar om vilket motstånd man har mot att utveckla ett sjukdomstillstånd. Den tredje variabeln i index anser jag svara på om tillvaron känns meningsfull och den fjärde frågan om de upplever livssituationen som begriplig och hanterbar. Dessa två variabler tillsammans ger ett uttryck för KASAM.

3) Brukar du känna att ditt liv är en källa till personlig tillfredställelse?

4) Brukar du känna att saker som händer Dig i Ditt dagliga liv är svåra att förstå?

Svarsalternativen på dessa två frågor är 1: Nej, 2: Ja, ibland, 3: Ja, oftast, 8: Vet ej och 9: Ej svar/Vägran. Dessa svar har jag rensat från Vet ej och Ej svar samt vänt på svaren om tillfredställelse för att få höga siffror på positiva svar.

#### **4.2 Univerat analys av beroende variabel: Index psykiskt välbefinnande**

Jag har genomfört univariat analys av mitt index för psykiskt välbefinnande. I tabellen över beskrivande statistik kan utläsas att medelvärdet för index på psykiskt välmående ligger på 6,80 av maximalt 8 (se bilaga 1). I frekvenstabellen framkommer att drygt 41 % av de kvarvarande 538 respondenterna har högsta värdet på index för psykiskt välbefinnande. Saknade värden är dock högt, (12%), och kanske skulle det höga medelvärdet kunna tyda på att många som hade negativa känslor valde att svara ”vet ej” på dessa frågor och att dessa har rensats bort ur urvalet (se bilaga 2).

Skillnaden mellan medelvärdet 6,8 och medianen 7,0 visar på att mitt index psykiskt välbefinnande är något osymmetrisk och negativt snedfördelat då medianen är högre än medelvärdet (Eliasson, 2010). Jag genomförde en variabeltransformation genom att invertera index, men detta gav mig inte nämnvärt mycket bättre normalfördelning och valde därför att fortsätta analysen med variabeln i dess råa form.

För att testa indexets interna konsistens och reliabilitet tog jag fram Cronbachs alpha vilket är en koeficient som uttrycker intern överensstämmelse mellan variablerna. Cronbachs alpha av mitt index är 0,54.

### 4.3 Oberoende variabler

Meningsfulla relationer och aktiviteter är faktorer som enligt Antonovsky ansågs vara mått på känslan av samhörighet och mening med tillvaron. De tre huvudgrupperna av sociala faktorer jag använder mig av är sociala kontakter, socialt stöd samt sociala aktiviteter. Jag vill också undersöka variabeln samman- eller ensamboende. Dessa sociala faktorer kan givetvis ha ett inbördes samband t.ex. kan deltagande i aktiviteter leda till att man utökar sitt nätverk av sociala kontakter och finner ökat socialt stöd genom dessa.

**Index för sociala kontakter:** Denna variabel handlar om i vilken utstäckning man besöker eller får besök av anhöriga eller vänner. Indexet består av fyra variabler nämligen: besök hos släktingar, besök av släktingar, besök hos vänner och bekanta och besök av vänner och bekanta.

**Index för socialt stöd:** Jag undersöker även det stöd man upplever att man har från omgivningen. Index för socialt stöd består av fem variabler. Frågan är ställd som ”Har du någon anhörig eller nära vän som ställer upp när du behöver...?” De olika variablerna svarar på: stöd vid sjukdom, vid behov av sällskap, tala om ett personligt bekymmer, hjälp med ekonomi och hjälp vid problem eller byte med/av äldreomsorgen. Svartalternativen är ja eller nej. Datan är rensad från Ej svar/Vägran och vänd för att få höga tal för positiva svar.

**Sociala aktiviteter:** Jag har även undersökt några variabler för deltagande i sociala aktiviteter. Bland frågorna om vilka aktiviteter man ägnar sig åt har jag valt ut de som är mest sociala nämligen föreningsdeltagande och kyrkodeltagande. Föreningsdeltagande var ursprungligen indelad i fem nivåer av deltagande men då grupperna med aktivt deltagande, dvs svartalternativen flera gånger i veckan och en gång i veckan hade mycket få utfall, så valde jag att lägga ihop de tre grupperna av högst deltagande och denna rymmer nu från deltagande 1 gång/vecka till 1 gång/månad.

**Civilstånd uppdelat i samman- eller ensamboende:** Jag vill även undersöka om det finns skillnader mellan könen gällande mitt index för psykiskt välbefinnandet och civilstånd. Det som jag anser är relevant för min frågeställning är hurvida de bor tillsammans med någon, dvs om de har någon social interaktion i vardagen i sin hemmiljö. Jag har därför kodat om civilstånd enligt samman- eller ensamboende, där gifta och sambos kodats som sammanboende och ogifta, frånskilda och änka/änkling kodats som ensamboende. Jag kommer framöver hänföra till denna variabel som ”Sammanboende”.

#### 4.4 Beskrivande statistik

**Tabell 1:1, Beskrivande statistik, medelvärden**

		Kvinnor	Män
Index psykiskt välbefinnande Skala 0-8	Minst	1	1
	Medel	<b>6,6</b>	<b>7,0</b>
	Max	8	8
Sociala kontakter	Minst	0	0
	Medel	2,02	2,01
	Max	3	3
Socialt stöd	Minst	0	0
	Medel	4,22	4,23
	Max	5	5
Antal		325	285

**Tabell 1:2 Beskrivande statistik procentvärden**

Oberoende variabler		Kvinnor	Män
Sammanboende	Ja	<b>69,8 %</b>	<b>42,5 %</b>
	Nej	30,2 %	57,5 %
Gudstjänstbesök	Ja, ofta	11,7 %	9,6 %
	Ja, ibland	31,2 %	25,5 %
	Nej, aldrig	57,1 %	64,9 %
Föreningsdeltagande 3-delad	Flera ggr/v till 1 gång/mån.	29,2 %	27,4 %
	Någon eller några ggr/år	11,4 %	12,6 %
	Aldrig eller nästan aldrig	59,4 %	60,0 %

#### **Skillnader mellan kvinnor och män:**

Medelvärdet på index för psykiskt välbefinnande för män är 0,4 enheter högre än för kvinnor. Det finns även skillnader mellan könen för sammanboende, där kvinnor rapporterar högre andel sammanboende. Detta resultat är förvånande då kvinnor normalt lever längre än män och fler kvinnor borde ha uppgett att de är änkor eller ogifta. Detta beror dock på att fler



kvinnor och män hade sällskap av anhöriga vid intervjutillfället och att dessa har rensats bort ur urvalet. Medelvärde på index för sociala kontakter och socialt stöd uppvisar nästan identiska resultat vid jämförelse mellan könen. Andelen kvinnor som deltar i gudstjänst och i föreningsverksamhet är något högre än bland män.

#### 4.5 Linjär regressionsanalys

Jag har valt att använda mig av linjär regressionanalys i analysen av samband mellan sociala faktorer och index för psykiskt välbefinnande. Anledningen är att min beroende variabel är ett index (Dobson & Barnett, 2008). I test för avvikelse från linjäritet av sambanden mellan oberoende variabler och beroende variabel, index för psykiskt välbefinnande, finner jag inga samband som signifikant avviker från linjäritet.

### 5 RESULTAT

#### 5.1 MODELL 1: Bivariat regressionsanalys av sociala faktorer med index för psykiskt välmående

**Tabell 2 Bivariat regressionanalys. Beroende variabel: Index för psykiskt välbefinnande<sup>a</sup>**

Oberoende variabler	Kvinnor			Män		
	N	B	P	N	B	P
<b>Sociala kontakter</b>	282	<b>0,79</b>	0,001	256	<b>0,54</b>	0,001
<b>Socialtstöd</b>	245	<b>0,22</b>	0,010	206	0,12	0,155
<b>Föreningsdeltagande</b>	282	<b>0,29</b>	0,004	256	<b>0,22</b>	0,012
<b>Gudstjänst</b>	282	0,05	0,677	256	<b>0,30</b>	0,010
<b>Sammanboende</b>	282	0,17	0,377	256	<b>0,42</b>	0,008

a)  $r^2$  ligger mellan 0,003-0,07, Markerade samband är signifikanta

#### Resultat bivariata samband

Sociala kontakter har samband och högsta signifikans för bägge könen (se tabell 2).

Sambandet med index för psykiskt välbefinnande är dock betydligt starkare för kvinnor (B 0,79) än för män (B 0,54).

Sociala stöd har för kvinnor (B 0,22) ett signifikant samband med index för psykiskt välbefinnande. För män finns inga signifikanta samband vad det gäller sociala stöd och index för psykiskt välbefinnande .

Föreningsdeltagande har ett samband och signifikans både för kvinnor (B 0,29) och män (B 0,22).

Gudstjänstdeltagandes samband med mitt index för psykiskt välbefinnande skiljer sig starkt åt mellan kvinnor och män. För män (B 0,30,) finns ett samband och signifikans. För kvinnor finns inga signifikanta samband vad det gäller gudstjänstdeltagande.

Sammanboende skiljer sig starkt åt mellan kvinnor och män. För män finns ett signifikant samband (B 0,42). För kvinnor finns inga signifikanta samband .

### **Sammanfattning bivariata samband**

Index för sociala kontakter har det starkaste sambandet med index för psykiskt välbefinnande för både kvinnor och män.

Kvinnor har positiva signifikanta samband med psykiskt välbefinnande för sociala kontakter, socialt stöd och föreningsdeltagande.

För män finns positiva signifikanta samband för sociala kontakter, föreningsdeltagande, gudstjänstdeltagande och variabeln sammanboende.

### **5.2 MODELL 2: Regressionsanalys av sociala faktorer med index för psykiskt välmående med kontroll för hälsa och ålder**

Jag antar att generellt så leder ökad ålder till ökning av sjukdomstillstånd och en minskning i fysiska och kognitiva förmågor. Jag antar också att det sociala deltagandet är starkt beroende av fysiska eller kognitiva tillkortakommanden såsom oförmåga att själv ta sig till aktiviteter eller mycket dålig hörsel. Även den positiva effekten av sociala möten och social integration på det psykiska välmåendet påverkas av den fysiska hälsan. I intervjusituationen träffade jag ofta på individer som uttryckte att de hade varit aktiva förrut, men på grund av t.ex. dålig hörsel valt att inte längre delta, då de även i sociala sammanhang kände sig isolerade. Hälsa och ålder borde därför påverka sambanden och jag har därför valt att kontrollera för hälsa och ålder genom en exkluderande strategi i regressionsanalysen. Detta innebär att jag konstant-håller hälsa och ålder för att avslöja vilka samband som finns utan dessa påverkande faktorer.

(Aneshensel, 2002) Jag har därför skapat kontrollvariabler, dummies, för självskattad hälsa. Referenskategori är god hälsa. Ålder som är en skala kan användas i dess ursprungliga form som kontrollvariabel.

**Tabell 3, Modell 2 : Multivariat regressionsanalys med kontroll för hälsa och ålder.**

**Beroende variable: Index för psykiskt välbefinnande.<sup>a</sup>**

Oberoende variabler	Kvinnor			Män		
	N	B	P	N	B	P
<b>Sociala kontakter</b>	282	<b>0,55</b>	0,002	256	<b>0,53</b>	0,001
<b>Sociala stöd</b>	245	<b>0,16</b>	0,056	206	0,03	0,069
<b>Föreningsdeltagande</b>	282	0,14	0,061	256	0,11	0,084
<b>Gudstjänst</b>	282	-0,08	0,502	256	<b>0,31</b>	0,006
<b>Sammanboende</b>	282	0,09	0,065	256	<b>0,40</b>	0,013

a)  $r^2$  ligger mellan 12,5-16%. Markerade samband är signifikanta

**Resultat:** Sociala kontakter har fortsatta och signifikanta samband för bägge könen.

Sambandet för kvinnor (0,55) har dock försvagats med kontroll för hälsa och ålder och ligger på nästan samma nivå som för män (0,53). För män blir förhållandena nästa oförändrade med kontroll för hälsa och ålder. Utan effekterna av hälsa och ålder så är sambanden av sociala kontakter jämnliska mellan könen.

Sociala stöd för kvinnor uppvisar ett försvagat samband (B 0,16) som är mycket nära signifikans på 95 % nivå. Nivån av hälsa och ålder ökar den positiva effekt kvinnor har av sociala stöd. För män (B 0,03) har sociala stöd fortsatt svagt samband och ingen signifikans (93%).

Föreningsdeltagandets samband med index för psykiskt välbefinnande försvagas med kontroll för hälsa och ålder för både kvinnor (B 0,14) och män (B 0,11). Även signifikansen försvagas kraftigt eller försvinner. Kvinnor ligger dock nära signifikans, knappt 94 % och män 92% (inte signifikant). Med kontroll för nivån av hälsa och ålder har föreningsdeltagandet inga signifikanta samband med det psykiska välbefinnande.

Gudstjänstdeltagandet har fortsatt inga signifikanta samband för kvinnor (B-0,08). För män (B 0,31) finns ett fortsatt signifikant samband och påverkas endast marginellt, dock positivt, med kontroll för hälsa och ålder.

Sammanboendeboende får med kontroll för ålder och hälsa ett mycket svagt samband med det psykiska välbefinnandet för kvinnor (B 0,09), dock ej signifikant (93%). För män (B 0,40) har sambandet inte förändrats nämnvärt och uppvisar fortsatt samband och hög signifikans. Nivån av hälsa och ålder har alltså ingen betydelse för mäns förtjänst av att vara sammanboende med hänsyn till det psykologiska välbefinnandet.

### Sammanfattning regressionsanalys med kontroll för hälsa och ålder

Kvinnor: Signifikanta samband finns för sociala kontakter och sociala stöd.

Män: Signifikanta samband finns för sociala kontakter, gudstjänstdeltagande och sammanboende.

### 5.3 MODELL 3: Vilken typ av sociala stöd? Bivariat regressionsanalys av olika sociala stöd.

I den bivariata regressionanalysen (Modell 1) och med kontroll för hälsa och ålder (Modell 2) så framkom att index av de fem olika situationerna av socialt stöd sammanslaget endast är relevant för kvinnor med hänsyn till index för psykiskt välbefinnande. Jag ville dock se i vilka situationer som kvinnorna fick en positiv effekt av socialt stöd och om några signifikanta samband framkommer hos män då jag tar ett steg tillbaka och analyserar de olika situationerna av socialt stöd separat.

**Tabell 4, Modell 3:1 Bivariat regressionsanalys av olika socialt stöd . Beroendevariabel: Index psykiskt välbefinnande<sup>a</sup>**

Modell 3	Kvinnor		Män	
	B	P	B	P
Socialt stöd				
Vid sjukdom	0,28	0,343	0,11	0,704
Vid behov av sällskap	<b>0,87</b>	0,002	0,36	0,137
Vid behov av att tala om ett personlig bekymmer	0,61	0,063	0,35	0,172
Vid behov av att låna pengar	0,24	0,314	0,18	0,482
Vid behov av stöd angående äldreomsorg	<b>0,77</b>	0,002	0,14	0,454

a)  $r^2$  ligger mellan 0,004-0,038, Markerade samband är signifikanta

### **Sammanfattning olika sociala stöd:**

Vid regressionanalys av de olika sociala stöden separat så finner jag signifikanta samband för stöd vid behov av sällskap (B 0,87) och vid kontakt med äldreomsorg (B 0,77) för kvinnor.

För män finns inga signifikanta samband gällande socialt stöd och index för psykiskt välbefinnande.

### **Modell 3:2 Regression av socialt stöd i behov av sällskap samt i kontakt med äldreomsorg med kontroll för hälsa (se bilaga 3)**

Jag har gjort kontroll för hälsa på de sociala stöd som har signifikant samband för kvinnor, referenskategori är god hälsa. Jag har här valt att inte använda mig av kontrollvariabeln ålder då jag vid en analys av förhållandet mellan ålder och mitt index för psykiskt välbefinnande inte fann några signifikanta samband, kvinnor (B -0,007, P 0,658) och män (B 0,002, P 0,894).

### **Socialt stöd vid behov av sällskap med kontroll för hälsa (tabell i bilaga 3)**

Kvinnors (B 0,62) samband försvagas med kontroll för hälsa. Signifikansen är 98 %.

Män har inga signifikanta samband. Sambandet förstärks vid kontroll för hälsa (B 0,21) men är dock inte alls signifikant.

### **Socialt stöd i kontakt med äldreomsorg med kontroll för hälsa (tabell i bilaga 3)**

Kvinnors (B 0,59) samband försvagas vid konstanthållning för hälsa men signifikansen är så gott som oförändrad. Vid försämrad hälsa har kvinnorna alltså större förtjänst av stöd i kontakt med äldreomsorg vad det gäller det psykiska välbefinnandet.

Män uppvisar efter kontroll av hälsa ett negativt samband (-0,01) dock utan signifikans.

### **Sammanfattning Modell 3:2 Socialt stöd vid behov av sällskap och vid behov av att tala om ett personligt bekymmer med kontroll för hälsa**

Kvinnor har efter kontroll av hälsa försvagade samband med socialt stöd i kontakt med äldreomsorg och i behov av sällskap med index för psykiskt välbefinnande. Nivån av hälsa har betydelse för vilken förtjänst kvinnor har av socialt stöd i kontakt med omsorg och i behov av sällskap. Med försämrad hälsa ökar behovet av sällskap och stöd i kontakt med äldreomsorg.

För män finns inga signifikanta samband för socialt stöd. Nivån av hälsa har en liten betydelse för sambandens styrka men ingen signifikans finns.

#### 5.4 MODELL 4: SOCIALA KONTAKTER

Tidigare undersökningar har visat att kvinnor har störst förtjänst av sociala kontakter med familj medan män har störst förtjänst av sociala kontakter med vänner (Moen & Spencer, 2003) Jag vill kontrollera om detta stämmer på min undersökta population.

Jag vill undersöka de sociala kontakterna närmare, dels om det är släkt- eller vänskapsrelationer som har starkast samband på mitt index för psykiskt välbefinnande och dels om nivån av hälsa påverkar vilken förtjänst man har av sociala kontakter. Jag har även här valt att inte använda mig av kontrollvariabeln ålder, då ålder saknar samband med mitt index.

##### Modell 4:1 Sociala kontakter uppdelade mellan släkt- och vänskapskontakter

##### Modell 4:2 Med kontroll för hälsa

**Tabell 5; Modell 4:1 & 4:2: Regressionsanalys av social kontakt samt regressionsanalys med kontroll för hälsa: Beroende variabel: Index för psykiskt välbefinnande.<sup>a</sup>**

	Sociala kontakter	Kvinnor		Män	
		B	P	B	P
<b>Modell 4:1</b>	Sociala kontakter med släkt	<b>0,22</b>	0,004	<b>0,14</b>	0,048
	Sociala kontakter med vänner	<b>0,29</b>	>0,001	<b>0,21</b>	0,001
<b>Modell 4:2</b>	Sociala kontakter med släkt	0,11	0,155	0,09	0,187
<b>Kontroll för hälsa</b>	Sociala kontakter med vänner	<b>0,21</b>	0,001	<b>0,19</b>	0,001

a)  $r^2$  ligger mellan 0,03-0,14, Markerade samband har signifikans

##### Resultat Modell 4:1

**Jämförelse kvinnor och män:** Kvinnor har starkare samband än män av sociala kontakt med både släkt och vänner.

**Jämförelse kontakt med släkt och kontakt med vänner:** Både kvinnor och män har signifikanta samband för både kontakt med släkt och kontakt med vänner. Dock har sociala kontakter med vänner ett starkare samband med index för psykiskt välbefinnande än kontakterna med släkt för bägge könen.

## **Resultat Modell 4.2: Kontroll för hälsa**

**Kontakt med släkt:** Med kontroll för hälsa så försvinner de signifikanta samband för kontakt med släkten för både kvinnor och män. Nivån av hälsa har alltså betydelse för vilken förtjänst kvinnor och män har av sociala relationer med släkten och kan tolkas som att försämrad hälsa innebär ett ökat behov av kontakt med släkten.

**Kontakt med vänner:** Även sambandet för sociala kontakter med vänner försvagas för både för män eller kvinnor med kontroll för hälsa. Sambandet för kvinnor har försvagats i större omfattning än för män. Nivån av hälsa har alltså större betydelse för kvinnor än män. Efter kontroll av hälsa uppvisar kvinnor och män mycket jämnstarka samband, från att kvinnor tidigare hade ett starkare samband än män.

### **Sammanfattning sociala kontakter uppdelat kontakt med vänner och kontakt med släkt (Modell 4:1-2)**

Kvinnor har ett starkare samband för sociala kontakter och index för psykiskt välbefinnande än män, både för kontakt med med släkt och med vänner.

Signifikanta samband för sociala kontakter med vänner är starkare än för sociala kontakter med släkt, för både kvinnor och män.

Med kontroll för hälsa försvagas sambandet med kontakt med vänner, framför allt för kvinnor. Kvinnor och män uppvisar nu jämnstarka samband för kontakt med vänner.

Signifikanta samband för kontakt med släkten försvinner för både kvinnor och män. Nivån av hälsa har alltså en stor betydelse för vilken förtjänst kvinnor och män har av sociala kontakter med släkt med hänsyn till det psykiskt välbefinnandet.

### **En liten parentes om ålder och ensamhet**

Trots att det inte var många som uppgav att de upplever ensamhet starkt så vill jag kommentera det som jag kom fram till. Ökad ålder har i detta urval negativa samband med upplevd ensamhet,  $B = -0,011$  med 86% signifikans (ej signifikant) för kvinnor och  $B = -0,016$  med signifikans på 99 % för män. Ökad ålder leder alltså inte till ökad känsla av ensamhet.

## 5.5 SAMMANFATTNING AV RESULTAT OCH ANALYS, MODELL 1-4

Min beroende variabel, index för psykiskt välbefinnande, är tudelat i den bemärkelsen att två av variablerna består av patogena sjukdomstillstånd, nämligen upplevelsen av nervösa besvär och depression och de två andra är tagna ur Antonovskys modell KASAM och är variabler som uttrycker motståndetsresurser. Den första av motståndetsresurserna svarar på frågan om personen upplever att livet är en källa till personlig tillfredställelse, något som jag även anser svara på om man upplever meningfullhet i livet. Den andra hur man upplever att man förstår saker som händer i det dagliga livet, vilket jag drar starka paralleller till Antonovskys begrepp begriplighet och även hanterbarhet. De två sistnämnda salutogena motståndetsresurserna uttrycker i mitt index känslan av sammanhang, KASAM. Jag har gjort kontroll för ålder och hälsa i regressionsanalysen (Modell 2), men i regressionsanalys av ålder och mitt index för psykiskt välbefinnande finner jag inga alls signifikanta samband. Nivån av ålder har alltså ingen inverkan för sambanden. Dock är nivån av hälsa relevant, speciellt för kvinnor och i den fortsatta analysen och diskussionen kommer jag därför bara att diskutera hälsonivån.

### **Sociala kontakter**

Sociala kontakter har positiva samband med mitt index för psykisk välbefinnande för bägge könen, dock har kvinnor ett starkare samband (se analys under kvinnor).

Kvinnor och män visar efter kontroll av hälsa mycket likvärdiga samband mellan könen (Modell 2). Slutsatsen jag drar av detta blir att vid god hälsa så har kvinnor och män likvärdig förtjänst av sociala kontakter generellt.

Vid kontroll för hälsa så försvinner signifikanta samband för kontakt med släkten (Modell 4:2) för både kvinnor och män. Detta tolkar jag som ett tecken på att vid försämrad hälsa finns ett större behov av kontakt med släkten då dessa kontakter kan bidra till att öka tryggheten gällande begriplighet och hanterbarhet.

**Kvinnor:** Sambandet med sociala kontakter är starkare för kvinnor än för män. Bowling (1995) fann att kvinnor värderade sociala relationer högre än män och ansåg att det berodde på att kvinnor sedan länge haft större ansvar för de sociala relationer och att detta reflekteras på deras värderingar även i ålderdomen (Wilhelmsson, 2003). Detta sammanfaller också med tidigare studier av Neda Agahi som fann att kvinnor hade högre positiv effekt av sociala kontakter än vad män har (Agahi, 2008).



Vid uppdelning av de sociala kontakterna i släkt- och vänskapsrelationer (Modell 4:1) framkommer att kontakt med vänner har starkast samband med mitt index för psykiskt välbefinnande. Detta resultat talar för KASAM, då känslan av sammanhang ofta är starkare mellan vänner då de är mer baserade på liknade intressen och värderingar. Tidigare studier av Larson med flera har funnit detta resultat för män men ej för kvinnor (Tornstam, 2010).

**Hälsans betydelse för kvinnor:** Vid kontroll för hälsa (och ålder) av det bivariata sambandet (Modell 1) och kontroll för hälsa av släkt- och vänskapsrelationer separat (Modell 4), framkommer att kvinnor får en förstärkt positiv effekt av sociala kontakter när hälsan försämras. Jag tror att detta är ett tecken på att det finns ett ökat behov av trygghet, som jag hänför till KASAM variablen begriplighet och hanterbarhet, för kvinnor vid försämrad hälsa.

**Män:** Män har positiva signifikanta samband för sociala kontakter, dock inte lika starka som kvinnor. Vid uppdelning av de sociala relationerna i släkt- och vänskapsrelationer (Modell 4) så framkommer även för männen att vänskapsrelationer har en större effekt på det psykiskt välbefinnandet, vilket talat för vikten av känslan av sammanhang, KASAM, i umgänget.

**Hälsans betydelse för män:** Med kontroll för hälsa (och ålder) i den bivariata analysen (Modell 1) och i uppdelning mellan släkt- och vänskapsrelationer (Modell4) framkommer att hälsonivån inte har någon större påverkan på männens förtjänst av sociala kontakter generellt och med vänner. För kontakt med släkt har dock nivån av hälsa betydelse och tyder på ett större behov av kontakt med släkt när hälsan försämras, vilket jag även här härleder till ett ökat trygghetsbehov.

## **Socialt stöd**

Det sociala stödet har viss betydelse för kvinnors psykiska välbefinnande men inte alls för män. Jag tror att anledningen till det för kvinnor förhållandevis svaga sambandet och för män saknade sambandet, är att både äldre kvinnor och män föredrar att se sig som självständiga, men att detta drag är starkare hos män. Detta är en spegling av rådande samhällsvärderingar där självständighet och kompetens är högt värderade egenskaper, speciellt för män (Tornstam, 2010). Socialt stödvariabeln har ett stort bortfall då många har valt svarstalternativet Ej svar/Vägran på dessa frågor. Detta tyder på att dessa frågor var känsliga att svara på.

**Kvinnor:** Kvinnor har positiva och signifikanta samband i den bivariata analysen (Modell 1). Vid analys av de sociala stöden separat framkommer att kvinnor har en viss positiv effekt av stöd vid behov av sällskap och vid behov av stöd i kontakt med sjukvården.

**Hälsans betydelse för kvinnor:** Vid försämrad hälsa så har kvinnor förstärkt positiv effekt av socialt stöd speciellt angående kontakt med äldreomsorg. Då mitt index innehåller en komponent av begriplighet och hanterbarhet tolkar jag det som att när hälsan försämras finns ett ökat behov av trygghet i kvinnors situation. Med en svag KASAM så antar jag att många kvinnor känner sig maktlösa i relationen med hemtjänst och vårdboendet.

**Män:** Män har inga signifikanta samband med socialt stöd. Detta tror jag är en effekt av rådande samhällsvärderingar och att män gärna framställer sig som oberoende, kapabla och i kontroll över situationen. Ett uttryck för att ”En bra karl reder sig själv”.

**Hälsans betydelse för män:** Vid kontroll för hälsa sker en förstärkning av samband men uppnår bara signifikans på 93% nivå (ej signifikant).

### **Föreningdeltagande**

Föreningsdeltagande var i den bivariata analysen viktigt för både kvinnors (B 0,29) och mäns (B 0,22) psykiska välbefinnade och känslan av sammanhang. Detta sammanfaller med KASAM dels då deltagande i föreningsverksamhet är av fri vilja och deltagandet sker på grund utav ett intresse i aktiviteten eller av att det inom föreningen finns en värdegrund som deltagaren sympatiserar med, vilket ger en större mening och sammanhang (Tornstam, 2010)

Hälsans betydelse för föreningsdeltagandet: Vid kontroll för hälsa (och ålder) så har sambanden för både män och kvinnor halverats och signifikansen är låg, 94 % för kvinnor och 92% för män. Nivån av hälsa har alltså stor inverkan på förtjänsten av föreningsdeltagandet. Neda Agahi fann i analys av SWEOLD att fysiska begränsningar påverkar graden av aktivitet mer än vad ökad ålder gör (Agahi, N, 2008). Anledningen är förmodligen som jag tidigare diskuterat att fysiska begränsningar starkt påverkar möjligheterna att delta och även att den positiva effekten kan minska på grund av t.ex. dålig hörsel.

### **Gudstjänstdeltagande**

Kvinnor uppvisar inga signifikanta samband med gudstjänstdeltagande, inte ens med kontroll för hälsa och (ålder) då ett negativt men dock ej signifikant samband framträder. Kvinnor deltog i gudstjänst i något högre utsträckning än män men besöken ger alltså ingen dämpande effekt på rapporterad depression och nervösa besvär eller positiv effekt på känslan av sammanhang. Det förefaller som kvinnor går pliktskyldigt i kyrkan, då de inte verkar ha

någon positiv effekt av gudstjänstdeltagande. Gudstjäntdeltagande har t.o.m betydligt svagare samband med psykiskt välbefinnande än vad föreningsdeltagandet har.

Män uppvisar starka och signifikanta samband med gudstjänstdeltagande, även med kontroll för hälsa. Gudstjänstdeltagande leder alltså till lägre nivå av depression och nervösa besvär samt har positiv effekt på känslan av sammanhang. Jag tror att män tillskriver gudstjänstdeltagande en annan innebörd än vad kvinnor gör och att en högre andel män är troende bland de gudstjänstbesökande männen. Männen deltar i gudstjänst p.g.a en gudstro och gör detta i ett aktivt beslut av fri vilja, vilket gör deltagandet meningsfullt. Detta sammanfaller med tidigare nämnd studie att religiositet ger en ökad mening med livet (Park, 2007).

### **Samman- eller ensamboende**

Kvinnor har inga signifikanta samband med variabeln sammanboende. Giftna och sammanboende kvinnor får alltså ingen dämpande effekt på depression, ångest och positiv effekt på känslan av sammanhang av leva tillsammans med en partner. Detta är kanske ett tecken på att kvinnor är ofrivilligt begränsade av sina män i enlighet med tidigare nämnd studie av Piccinelli och Wilkinsson (Moen & Spencer, 2006). Kvinnor vårdar också betydligt oftare sina män vilket kan innebära en tung psykisk belastning och förstärkt stresstillstånd (Moen & Spencer, 2006; Hyypää, 2007). Dessutom förhindrar detta dem från att odla intressen och delta i aktiviteter.

Män har stor förtjänst av att vara sammanboende. Detta bekräftar tidigare nämnda forskningsresultat av Moen (2001) att män lider mer av social isolering än vad kvinnor gör och att män oftare än kvinnor saknar en förtrogen vän vilket gör dem mer beroende av sin fru för nära sociala kontakter och emotionellt stöd (Tornstam, 2010).

**Betydelsen av nivå av hälsa:** Med kontroll för hälsa (och ålder) får kvinnor ett mycket svagt samband för sammanboende men är bara signifikant på 93% nivå. Detta kan ändå tolkas som att vid försämrade hälsa har kvinnor ett ökat behov och förtjänst av att leva tillsammans med en partner, vilket jag också härleder till ett ökat trygghetsbehov.

## **6. DISKUSSION**

Känslan av sammanhang, KASAM, består och påverkas av faktorer som delaktighet och förmåga att påverka. I det svenska samhället med förändrade samhällsvärderingar och ökade effektivitetskrav i bl.a. äldreomsorgen, antar jag att det finns en risk att äldre personer i en

beroende situation känner sig alienerade och maktlösa. Jag tror att om man arbetade aktivt med att öka delaktigheten, eventuellt genom att uppmuntra till frivilligarbete, skulle detta även öka äldres psykiska välbefinnande och känsla av sammanhang. Detta skulle också ge möjligheten att påverka samt känna sig delaktig, uppskattad och behövd.

I min analys har jag lagt tyngdpunkt på hälsans betydelse för de äldres förtjänst av olika sociala faktorer med hänsyn till psykiskt välbefinnande. Nivån av hälsa är ytterst relevant för kvinnors samband med psykiskt välbefinnande. Kvinnor har ett ökat behov av sociala kontakter och stöd i relationen till äldreomsorg när hälsan sviktar. Mäns samband påverkas inte på samma vis vid försämrad hälsa. Detta tolkar jag som att kvinnor ofta upplever en otrygg tillvaro och låg nivå av medbestämmande i relationen till hemtjänst eller vårdboende. Det finns med andra ord ett behov av stöd gällande begriplighet och hanterbarhet då en känsla av maktlöshet i situationen leder till ökad depression och oro samt lägre nivå av känsla av sammanhang.

Värt att notera i min analys är det stora bortfallet i variablerna av sociala stöd, både för kvinnor och män. Många har valt svarsalternativet Ej svar/Vägran. Eventuellt beror det på att de äldre var osäkra på om de hade tillgång till stöd eller så innebar denna fråga stort obehag att svara på. Bortfallet borde dock inte påverka de mycket olika samband jag fann för kvinnor och män då detta var ungefär lika stort för bägge könen. Det vore intressant att i vidare analys, möjligen genom en kvalitativ djupanalys, försöka utröna de sociala stödets betydelse för åldrande och välbefinnande.

Antonovsky såg KASAM som en konstant livsåskådning genom hela livet men Tornstam poängterar att det som vi värderar högt skiftar i olika faser av livet. Tornstams teori om geotrandence innebär att individen på äldre dagar omvärderar sig själv och sin livssyn. Utmärkande drag är ett mer selektivt val av umgänge, ökat behov av meditativ ensamhet och ökad samhörighetskänsla med världen och tidigare generationer. Min analys av sambanden mellan ålder och upplevd ensamhet visar att ökad ålder inte leder till ökad känsla av ensamhet och talar eventuellt för förklaringsstyrkan i Tornstams teori om geotrandence.

Min analys av bl.a. gudtjänstdeltagande visar att det är inte aktiviteterna i sig eller graden av deltagande som avgör vilken effekt dessa får på minskad depression, ångest och ökad känsla av sammanhang utan den mening man tillskriver aktiviteterna. Därav håller jag med Tornstam om vikten av studera åldrande och psykiskt välbefinnande i ett fenomenologiskt perspektiv, vilket innebär att olika faktorer studeras i den mening de har för den åldrande själv.

## REFERENSER

Andersson, Lars (red): Socialgerontologi, Studentlitteratur, Lund, 2002

Aneshensel, Carol S: Theory-based data analysis for the social sciences, Sage Publications, Thousand Oaks, 2002

Antonovsky, Aaron, Hälsans mysterium, översättning av Magnus Elfstadius, 2a upplagan, WS Bookwell, Finland 2009, (1a upplaga 1987)

Agahi, Neda, Leisure in Late Life, Karolinska Institutet, 2008

Agahi, Neda & Parker, Marti, Leisure activities and Morality, Does gender Matter?, Karolinska Institutet, 2008

Carlsson, Per, Social kapital och psykisk hälsa, Statens hälsoinstitut, 2007, Rapport nr A 2007:05

Dobson, A.J & Barnett, A.G, An Introduction to Generalized Linear Models, 3e utgåvan, Chapman and Hall, New York 2008

Eliasson, Annika: Kvantitativ metod från början, Lund : Studentlitteratur, 2010

Hedberg, Pia, Purpose in life among very old people, Arkitektkopia, Umeå 2010

Holmén, Karin: Loneliness among elderly people: implications for those with cognitive impairment, Karolinska Institutet, Stockholm, Nordstedts 1994

Hyypää, Markku T, Livskraft ur gemenskap-om socialt kapital och folkhälsa, Studentlitteratur, Lund, 2007

Moen, Phyllis och Spencer, Donna; Converging Divergences in Age, Gender, Health, and Well-Being i Handbook of Aging and the Social Sciences, 6e upplagan, Binstock and George, Academic Press 2006

Moore, Gwen: Structural determinants of men's and women's personal networks. American Sociological Review, volume 55, 1990

Park, Crystal L.: Religiousness/Spirituality and Health: A Meaning Systems Perspective, Journal of Behavioral Medicine, 2007 Aug; 30 (4)

SCB, Statistiska Centralbyrån, Sverige, 2010

Tornstam, Lars: Åldrandets socialpsykologi (1978), 8e upplagan, Nordstedts, Finland:  
Bookwell 2011

Waite, L and Das, A: Families, Social Life, and Well-being at older ages i Demography,  
Volume 47–Supplement, 2010: S87–S109

WHO, World Health Organization, 1946 & 2013

Wiesmann, Ulrich och Hannich, Hans-Joachim, A salutogenic view on subjective well-being  
in active elderly persons (2006), Aging & Mental Health, January 2008; 12(1), Routledge  
2008

Wilhelmson, Katarina, Longer life - better life?: studies on mortality, morbidity and quality of  
life among elderly people /, Kompendiet, Göteborg, 2003

## BILAGOR

### Bilaga 1: Beskrivande statistik beroende variabel, Index psykiskt välmående

	Index psykiskt välmående
Antal (N)	538
Procent	88,2%
Saknade	72
Procent	11,8%
Medel	6,80
Median	7,00
Standard avvikelse	1,42
Konfidensintervall 99 %	
Övre	6,65
Undre	6,96

### Bilaga 2: Frekvenstabell beroende variabel, Index för psykiskt välmående

Index psykiskt välmående	Frekvens	Procent	Kumulativ procent
0	0	0	0
1	2	0,3	0,4
2	7	1,1	1,7
3	13	2,1	4,1
4	19	3,1	7,6
5	39	6,4	14,9
6	93	15,2	32,2
7	143	23,4	58,7
8	222	36,4	100
Total	538	88,2	
Saknade	72	11,8	
Total	610	100	

### Bilaga 3: Modell 3:2 Regressions analys för utvalda kategorier av socialt stöd. Kontroll för hälsa. Beroendevariabel: psykiskt välbefinnande.<sup>a</sup>

	Kvinnor		Män	
	B	P	B	P
Sociala stöd				
Vid behov av sällskap	<b>0,62</b>	0,021	0,21	0,370
Vid behov av stöd angående äldreomsorg	<b>0,59</b>	0,011	-0,01	0,972

a)  $r^2$  ligger mellan 0,11-0,15, Markerade samband är signifikanta