

**FÉLAGSLEG EINANGRUN OG EINMANALEIKI MEÐAL ALDRAÐRA
SEM BÚA HEIMA**

ÍRIS BJÖRK SÍMONARDÓTTIR

LOKAVERKEFNI TIL BS PRÓFS
Í HJÚKRUNARFRÆÐI (12 EININGAR)

LEIÐBEINANDI: KRISTÍN BJÖRNSDÓTTIR, PRÓFESSOR

OKTÓBER 2013



HÁSKÓLI ÍSLANDS
HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ

HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

Þakkarorð

Ég vil þakka leiðbeinanda mínum Kristínu Björnsdóttur fyrir frábæra leiðsögn, uppbyggilega gagnrýni, aðstoð og stuðning í gegnum ritgerðarsmíðina og eins fyrir mikinn sveigjanleika í samstarfi þegar ég bjó í Svíþjóð. Ég vil þakka unnusta mínum og foreldrum fyrir ómetanlega aðstoð í gegnum nám mitt og við skrif þessarar ritgerðar. Eins vil ég beina sérstökum þökkum til tilvonandi mágkonu minnar, Ragnheiðar, sem var óþreytandi í yfirlestri, ráðleggingum og betrubótum við gerð ritgerðarinnar og til tengdaforeldra minna sem eyddu mörgum dögum í barnapössun til að ég gæti skrifað þessa ritgerð. Að lokum vil ég þakka syni mínum, Aroni Bjarka, fyrir að gera lífið svo miklu betra og skemmtilegra og fyrir að gera það að verkum að ég vann mun hraðar í ritgerðarferlinu til að komast sem fyrst heim til hans.

Útdráttur

Á Íslandi eins og annars staðar hefur þróunin verið sú að hlutfall aldraðra er sífellt að aukast í samfélaginu. Stefna íslenskra stjórnvalda í málefnum aldraðra er m.a. að eldri borgarar búi sem lengst í heimahúsum. Þegar litið er til þessara áherslna sést að fleiri aldraðir munu búa einir og hættan á félagslegri einangrun og einmanaleika eykst sem því nemur. Félagsleg einangrun og einmanaleiki tengjast ýmsum heilsufarsvandamálum og hafa slæm áhrif á velferð og lífsgæði aldraðra. Nauðsynlegt er að heimahjúkrunarfræðingar séu upplýstir um þessi áhrif félagslegrar einangrunar og einmanaleika á aldraða skjólstæðinga. Jafnframt er mikilvægt að þeir séu meðvitaðir um einkenni og áhættuþætti einmanaleika og þekki viðeigandi meðferðarúrræði. Hópastarfsíhlutanir sem byggja á gagnreyndri þekkingu og fela í sér virka þáttöku hafa reynst árangursríkastar í að vinna gegn einmanaleika aldraðra. Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar er að skoða áhrif félagslegrar einangrunar og einmanaleika á heilsu aldraðra og fjalla um leiðir sem reynst hafa árangursríkar í starfi hjúkrunarfræðinga til að koma í veg fyrir og draga úr þessum þáttum. Því var leitast við í þessu verkefni að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum: „Hvaða áhrif hafa félagsleg einangrun og einmanaleiki á andlega og líkamlega heilsu aldraðra?“ og „Hvað geta hjúkrunarfræðingar í heimahjúkrun gert til að minnka einmanaleika meðal aldraðra skjólstæðinga?“

Lykilorð: félagsleg einangrun, einmanaleiki, aldraðir, hjúkrun, heimahjúkrun

Abstract

Similar to other developed countries, the proportion of older people has been increasing in Iceland. The Icelandic government's policy concerning issues of the elderly emphasizes the importance of older people staying in their own home for as long as they can. This new emphasis leads to more older people living alone in their home which in turn will increase the risk of social isolation and loneliness amongst older people. Social isolation and loneliness have been connected with many health problems, have bad influence on older people's well-being and decrease quality of life. It is vital that home nurses are aware of this influence that social isolation and loneliness have on older patients. Furthermore it is important that home nurses know the risk factors and signs of loneliness and that they are up to date on the appropriate resources. Evidence-based group interventions that require older peoples' participation have proven to be most effective for nurses when minimizing loneliness among older people. The objective of this summary is to view the influence of social isolation and loneliness on physical and mental health of older people and to introduce the interventions that have been proven to be most effective in the field of nursing in preventing and decreasing loneliness and social isolation with the elderly. Therefore the following research questions were posed: „What influence does social isolation and loneliness have on older people's physical and mental health?" and „What can home nurses do to decrease loneliness among their older patients?"

Key words: Social isolation, loneliness, older people, nursing, home nursing

Efnisyfirlit

Þakkarorð	i
Útdráttur.....	ii
Abstract.....	ii
Efnisyfirlit.....	iv
Inngangur	1
Aðferð.....	3
Fræðileg samantekt.....	4
<i>Algengi einmanaleika og félagslegrar einangrunar meðal aldraðra í heimahúsum</i>	<i>5</i>
<i>Áhrif félagslegrar einangrunar og einmanaleika á heilsu</i>	<i>7</i>
<i>Áhrifaþættir einmanaleika.....</i>	<i>10</i>
<i>Tengls einmanaleika við þunglyndi og heilabilun.....</i>	<i>14</i>
<i>Persónueinkenni, lífsviðhorf og áhrif þess á einmanaleika</i>	<i>16</i>
<i>Formleg aðstoð og einmanaleiki.....</i>	<i>17</i>
<i>Hlutverk hjúkrunarfræðinga í að sporna gegn einmanaleika.....</i>	<i>19</i>
Umræður.....	24
Lokaorð.....	30
Heimildaskrá	31

Inngangur

Á liðnum árum hefur aldurssamsetning vestrænna þjóða breyst á þann hátt að aldraðir eru nú hlutfallslega fleiri en á tuttugustu öld. Þessi þróun er mest áberandi í Evrópu, en þar eru átján af tuttugu löndum heims þar sem hlutfall aldraðra er hæst. Hlutfall íbúa 65 ára og eldri í þessum löndum er 13,2–17,9% af heildaríbúafjölda (Hagstofa Íslands, 2010). Á næstu tuttugu árum mun hlutfallið hækka til muna og mest verður fjölgunin hjá 80 ára og eldri. Búast má við svipaðri þróun á Íslandi á næstu áratugum en þó er hún nokkuð seinna á ferðinni hér á landi en víðast hvar (Hagstofa Íslands, 2010).

Í heilbrigðisáætlun fyrir Ísland til ársins 2010 er eitt af forgangsverkefnum að yfir 75% fólks sem er 80 ára og eldra sé við það góða heilsu að það geti með viðeigandi stuðningi búið heima. (Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið, 2001). Stjórnvöld komu þess vegna fram með ýmsar leiðir til að mæta þörfum þessa þjóðfélagshóps og veita honum viðeigandi stuðning við að búa áfram heima. Þessar leiðir eru m.a. að auka framboð á dagvistun og heimahjúkrun með áherslu á 7 daga sólarhringsþjónustu og skammtímainnlagnir. Einnig er mikil áhersla lögð á heilsueflandi og fyrirbyggjandi aðgerðir til að bæta heilsu aldraðra og gera þeim þannig kleift að búa lengur heima. Loks er stefnt að því að gera klínískar leiðbeiningar fyrir öldrunarteymi og heilsugæslu sem og að stuðla að góðu aðgengi að öldrunarþjónustu sjúkrahúsanna og annarri þjónustu utan stofnanna (Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið, 2001). Í heilbrigðisáætluninni er mikið einblínt á líkamlega heilsu og getu og áhersla er t.d. lögð á sjúkra- og iðjuþjálfun, tannvernd og fyrirbyggjandi aðgerðir gegn beinþynningu (Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið, 2001). Hins vegar er hvergi minnst á þörfina til að hlúa að félagslegum og tilfinningalegum þörfum hinna aldraðra sem búa heima.

Hvildarinnlagnir koma til móts við tímabundnar félagslegar þarfir aldraðra og umönnunaraðila þeirra en hvað með langtímaþarfir hinna öldruðu til félagslegra samskipta?

Dagvistun er í boði í sumum tilfellum en ekki öllum og eldri borgarar eru með missterkt félagslegt net í kringum sig. Í verknámi mínu í heimahjúkrun tók ég eftir því að stór hluti fólksins sem við heimsóttum bjó eitt og fannst mér ég oft skynja að það væri einmana. Starfsfólk heimahjúkrunar hafði yfirleitt marga sjúklinga sem það þurfti að vitja á stuttum tíma og því náðum við ekki að staldra lengi við á hverjum stað. Nokkrum sinnum kom fyrir að mér fannst sjúklingarnir vilja tala lengur en við höfðum tíma til. Mér er sérstaklega minnstæð heimsókn til manns sem bjó í hrörlegri kjallaraíbúð. Maðurinn sem var orðinn gamall og hrumur hafði greinst með kvíðaröskun og seinþroska og átti enga að. Hann var einkabarn og einstæðingur og í mjög litlum samskiptum við frændfólk og kunningja. Hann fór aldrei út að eigin frumkvæði. Einu mannlegu samskiptin sem hann átti voru við starfsmenn heimahjúkrunar en einnig fór hann í dagvistun tvisvar í viku. Þó að ég geri mér grein fyrir að kjör gamla mannsins endurspeglar ekki meirihluta þeirra eldri borgara sem búa heima og þurfa á heimahjúkrun að halda, finnst mér engu að síður sárt að hugsa til þess að slík dæmi séu til í því velferðarsamfélagi sem við búum í. Mín tilfinning út frá verknámi í heimahjúkrun, starfi á öldrunardeild þar sem hvíldarinnlagnir eru algengar, og eigin lífi er sú að þó margir séu með sterkt félagslegt net í kringum sig og uni sér vel heima í reglulegum félagslegum samskiptum þá séu aðrir sem ekki eigi marga að og einangrist heima. Í ljósi aukinnar áherslu stjórnvalda á að sem flestir eldri borgarar búi áfram í heimahúsum hef ég ákveðið að fjalla um félagslega einangrun og einmanaleika meðal aldraðra sem búa heima. Markmið þessa verkefnis er að skoða fyrirbyggjandi þekkingu um félagslega einangrun og einmanaleika meðal eldri borgara sem búa heima og fjalla um leiðir sem hægt er að fara til að koma í veg fyrir og draga úr þessum þáttum. Í þessu verkefni verður því leitast við að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum: „Hvaða áhrif hafa félagsleg einangrun og einmanaleiki á andlega og líkamlega heilsu aldraðra? Hvað geta hjúkrunarfræðingar í heimahjúkrun gert til að minnka einmanaleika meðal aldraðra skjólstæðinga sinna?“

Aðferð

Til að svara rannsóknarspurningum var framkvæmd ítarleg leit að rannsóknum um viðfangsefnið. Heimildaleit og lestur greina um viðfangsefni fræðilegrar samantektar fór fram á tímabilinu 30.janúar 2013- 5. ágúst 2013. Við heimildasöfnun var leit framkvæmd í gagnasöfnunum GoogleScholar, PubMed, Scopus, Cinahl og Web of Knowledge að greinum sem birtar höfðu verið frá og með árinu 2010. Einnig voru nokkrar eldri greinar nýttar þar sem að þær voru mikilvægar heimildir í nýrri greinum. Leitarorðin einmanaleiki (loneliness), félagsleg einangrun (social isolation) og aldraðir (older people) voru notuð við leit að greinum. Áhersla við heimildaleit var lögð á tíðni einmanaleika og félagslegrar einangrunar, upplifun aldraðra einstaklinga sem búa heima á einmanaleika, félagslega einangrun meðal aldraðra í heimahúsum og heildræn áhrif þessa á líðan einstaklinganna. Undir lok heimildasöfnunnar var áhersla lögð á leit að mögulegum úrræðum sem vinna gegn félagslegri einangrun og einmanaleika meðal aldraðra sem búa í heimahúsum. Í heimildasöfnuninni voru rannsóknir á öldruðum einstaklingum sem búa á öldrunarstofnunum að mestu útilokaðar. Þó var ein grein eftir Fernandez-Mayoralas og félaga notuð, en í henni var einmanaleiki og félagsleg einangrun borin saman hjá öldruðum sem annars vegar búa heima og hins vegar á stofnunum. Auk fyrrnefndrar leitar var leitað á veraldarvefnum að útgefni Heilbrigðisáætlun 2001-2010. Að lokum voru nýttar upplýsingar á heimasíðu Hagstofunnar, Mannréttindaskrifstofu Íslands og Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO).

Fræðileg samantekt

Til eru margar skilgreiningar á því hvað það felur í sér að vera aldraður. Í flestum þróuðum löndum eru mörkin fyrir það að teljast aldraður miðuð við 65 aldursár. Þessi aldur á ekki alltaf við í minna þróuðum löndum eins og t. d. ýmsum Afríkuríkjum. Þar er fólk oft töluvert yngra þegar það er talið aldrað. Sameinuðu þjóðirnar hafa ekki gefið út nein ákveðin aldursmörk til að skilgreina aldraða, en umsamin mörk innan samtakanna hafa þó verið 60 ára og eldri (World Health Organisation, e.d.). Samkvæmt lögum um málefni aldraðra nr. 125/99 teljast einstaklingar sem náð hafa 67 ára aldri borgarar.

Þrátt fyrir að félagsleg einangrun og einmanaleiki séu mjög skyld hugtök eru þau aðskilin út frá rannsóknarsjónarmiði. Félagslegri einangrun er yfirleitt lýst sem hlutbundnu eða mælanlegu ástandi þar sem einstaklingur hefur lágmarks samskipti við aðra og/eða almennt litla samfélagslega þátttöku (Boldy og Grenade, 2008). Hún er oft metin með hliðsjón af félagslegu neti einstaklingsins. Félagslegt net mynda þeir aðilar sem standa einstaklingi næst og eru í samskiptum við hann. Þetta stuðningsnet felur bæði í sér óformlega stuðningsaðila eins og t.d. ættingja og vini sem aðstoða einstaklinginn vegna tengsla sinna við hann og formlega stuðningsaðila eins og heimahjúkrunarfræðinga sem aðstoða einstaklinginn á vinnutíma sínum. Einmanaleika er oft lýst sem huglægri upplifun einstaklingsins á félagslegum tengslum sem undantekningalítið er neikvæð og óvelkomin (Boldy og Grenade, 2008). Þetta hugtak á fremur við um skynjun einstaklingsins á eigin samfélagsþátttöku og félagslegum samböndum og skynjunin felur þá í sér að skortur sé á magni eða gæðum samskiptanna. Huglægi þáttur einmanaleika felur í sér að einstaklingur sem ekki er talinn félagslega einangraður út frá ofangreindri skilgreiningu, getur samt sem áður fundið fyrir einmanaleika og eins þarf einstaklingur sem býr við félagslega einangrun ekki endilega að finna fyrir einmanaleika (Boldy og Grenade, 2008).

Greint hefur verið á milli tveggja gerða einmanaleika; tilfinningalegs og félagslegs

einmanaleika. Tilfinningalegur einmanaleiki er venjulega tengdur við ástvinamissi sem veldur tótleikatilfinningu og auðn. Félagslegur einmanaleiki tengist frekar skorti á félagslegu tengslaneti vina og kunningja sem hafa svipuð áhugamál og geta veitt einstaklingnum tilfinningu um að tilheyra einhverju. Það má því segja að einmanaleiki sé ástand sem einstaklingur upplifir og verður til vegna skorts á gæða samböndum. Þannig er einmanaleiki ástand þar sem ósamræmi er á milli óskaðrar og raunverulegrar félagslegrar þátttöku og náandar (Fernandez-Mayoralas, Forjaz, Martinez-Martin, Prieto-Flores og Rojo-Perez, 2011). Að vera einn getur haft margs konar áhrif á fólk. Í sumum tilfellum er það sjálfvalið og felur í sér jákvæða upplifun sem gefur einstaklinginum færi á að kanna sínar eigin skapandi hliðar en í öðrum tilfellum getur einveran valdið einstaklingnum vanlíðan og álagi. Þessar tilfinningar kallast einmanaleiki (Pitkälä, Routasalo, Savikko, Strandberg og Tilvis, 2006). Samkvæmt ofangreindum skilgreiningum er því ekki hægt að leggja að jöfnu að vera einn og/eða félagslega einangraður annars vegar og að vera einmana hins vegar.

Algengi einmanaleika og félagslegrar einangrunar meðal aldraðra í heimahúsum

Búið er að þróa ýmsa matskvarða til að meta einmanaleika en ekki hefur enn verið komið fram með viðurkenndan matskvarða til að meta félagslega einangrun. Þetta hefur leitt til þess að erfiðara er að rannsaka algengi félagslegrar einangrunar. Félagsleg einangrun hefur því oft verið metin óbeint út frá tíðni einmanaleika. Niðurstöður slíkra rannsókna hafa sýnt að stærstur hluti eldra fólks er ekki alvarlega félagslega einangraður. Rannsóknir í Bretlandi og Ástralíu hafa sýnt að algengi félagslegrar einangrunar þar sé að meðaltali 10% (Boldy og Grenade, 2008).

Í rannsóknum þar sem algengi einmanaleika hefur verið athugað hafa niðurstöður verið nokkuð ólíkar. Í flestum tilvikum er einmanaleiki fremur fátíður, en í einstaka rannsóknum hefur algengið verið allt upp í 60% (Boldy og Grenade, 2008). Heilmikill munur

hefur verið á tíðni einmanaleika milli landa og erfitt getur reynst að meta ástæður sem liggja að baki. Rannsóknir leiða í ljós mismunandi niðurstöður um tíðni einmanaleika eftir því hvaða aðferð er notuð til að meta einmanaleika. Lægri tíðni einmanaleika kemur fram þegar notaðir eru sjálfsmatskvarðar en þegar óbeinni aðferðir eru notaðar. Óbein aðferð er t.d. þegar hegðun einstaklinga er skoðuð til að meta einmanaleika. Þetta gefur til kynna að eldra fólk sé oft ekki reiðubúið að viðurkenna einmanaleika fyrr en hann er farinn að vera augljós eða alvarlegur (Boldy og Grenade, 2008). Við gerð ólíkra mælitækja er tekið mið af mismunandi merkingu um það hvað það felur í sér að vera einmana. Þar af leiðandi geta ólíkir rannsakendur verið að meta mismunandi þætti hjá einstaklingnum til að greina einmanaleika og því ekki hægt að bera niðurstöðurnar saman. Önnur útskýring á mun á tíðni einmanaleika milli landa getur verið ólík menning. Í sumum menningarheimum er það talin óhjákvæmileg þróun sem fylgir því að eldast að vera mikið einn, en í öðrum menningarheimum er áhersla lögð á mikil tengsl barna við aldraða foreldra. Þessi munur getur haft það í för með sér að væntingar hinna öldruðu til félagslegra samskipta eru mismiklar og þar af leiðandi er upplifun einstaklinganna á einmanaleika breytileg.

Þrátt fyrir þessar ólíku niðurstöður um tíðni einmanaleika benda flestar rannsóknirnar til þess að einungis lítill hluti aldraðra finni fyrir alvarlegum einmanaleika. Hér er átt við þá sem segjast finna fyrir einmanaleika „alltaf“ eða „yfirleitt“ eða sem hafa verið metnir með alvarlegan einmanaleika með aðstoð sérstakra matskvarða sem mæla einmanaleika (Boldy og Grenade, 2008).

Í bandarískri rannsókn sem framkvæmd var á rúmlega 13.800 ellilífeyrisþegum sem bjuggu heima kom í ljós að rétt tæplega 17% þeirra fundu fyrir einmanaleika (Theeke, 2010). Í annarri rannsókn sem gerð var í Bretlandi kom fram að 7% aldraðra sem bjuggu heima fundu fyrir alvarlegum einmanaleika, en þessar tölur voru áþekkar þegar sama fyrirbæri var rannsakað þar 50 árum áður. Svipaðar niðurstöður hafa komið fram í Norður-Evrópu, Norður-

Ameríku, Mið-Austurlöndum og Ástralíu (Boldy og Grenade, 2008). Í lok 20. aldar voru 36% Finna 60 ára og eldri sem fundu fyrir einmanaleika stundum eða oft og í finnskri rannsókn Routasalo og félaga frá árinu 2006 þar sem notast var við póstsenda spurningalista þjáðust rúmlega 39% svarenda af einmanaleika. Í stórrí sænskri rannsókn kom fram að 35% Svía 75 ára og eldri upplifðu einmanaleika (Pitkälä ofl, 2006). Árið 1999 kom fram í viðhorfskönnun sem framkvæmd var meðal aldraðra á Íslandi að 21% þátttakenda voru stundum eða oft einmana. Tæplega 15% þátttakenda hefðu viljað eyða minni tíma einir en þeir gerðu. Sama könnun var framkvæmd aftur árið 2007 og þá voru tæp 13% sem sögðust stundum eða oft vera einmana og rúmlega 14% hefðu viljað eyða minni tíma einir (Matthías Þorvaldsson, Þorlákur Karlsson og Þóra Ásgeirsdóttir, 1999).

Áhrif félagslegrar einangrunar og einmanaleika á heilsu

Í rannsóknum hefur komið fram að félagsleg einangrun og einmanaleiki hafi neikvæð áhrif á líkamlega og andlega heilsu og velferð aldraðra (Campbell, Dickens, Edwards, Greaves, Green, Hawton o.fl., 2011; Koc, 2012; Coyle og Dugan, 2012) og dragi úr lífsgæðum hjá hinum öldruðu (Koc, 2012). Í gegnum tíðina hefur verið litið á einmanaleika sem félagslegt fyrirbæri. Á undanförunum árum hefur hugtakið verið endurskilgreint og er ekki lengur talið vera eingöngu félagslegt vandamál heldur einnig streituvaldur sem leiðir til slæmrar líkamlegrar og andlegrar heilsu (Theeke, 2012). Aldraðir eru berskjaldaðri en aðrir aldurshópar þegar kemur að félagslegri einangrun, ekki vegna hækkandi aldurs heldur vegna ýmissa þátta sem fylgja því að eldast. Aukinn aldur hefur í för með sér ýmsar breytingar á heilsu, hlutverkum og félagslegum tengingum (Dale, Kirkevold, Sævareid, og Söderhamn, 2010). Vegna aldurstengdrar hækkandi dánartíðni meðal samferðarmanna fylgir ellinni aukin hætta á að glata nánnum samböndum og missa þar með aðila úr félagslegu tengslaneti. Með

hækkandi aldri verður einnig líklegra að fólk þurfi að flytjast inn í nýtt umhverfi og líkurnar á því að eiga í og stofna til nánna tengsla minnka (Fernandez-Mayoralas ofl, 2011). Öldrun fylgja þar að auki ýmsar lífsskeiðsbreytingar, s.s. starfslok, veikindi, hreyfihömlun eða fötlun, en allt þetta eykur líkur á félagslegri einangrun (Coyle og Dugan, 2012).

Einmanaleiki eykst hins vegar ekki alltaf með aldri og margir eldri borgarar finna ekki fyrir einmanaleika. Eftir því sem fólk eldist breytast væntingar þess til félagslegra samskipta og tengslanetsins. Í mörgum tilfellum gera aldraðir ráð fyrir því að eiga í minni félagslegum samskiptum en þeir gerðu áður og getur það leitt til aukinnar ánægju með félagsleg sambönd þrátt fyrir að tengslanet þeirra hafi minnkað (Coyle og Dugan, 2012). Það er því misræmi á milli væntinga til félagslegra samskipta og raunverulegra samskipta, þ.e. að einstaklingur eigi ekki í jafnmiklum félagslegum samskiptum og hann býst við, sem stuðlar að verri heilsu. Að sama skapi getur upplifunin um að eiga í „nægum“ félagslegum samskiptum haft góð áhrif á heilsu. Niðurstöður ýmissa rannsókna hafa sýnt fram á að jákvæð félagsleg samskipti vinna gegn neikvæðum áhrifum álags og geta í sumum tilfellum stuðlað að því að aldraðir taki upp heilbrigðara hegðunarmynstur en ella. Jákvæð félagsleg samskipti geta sem dæmi stuðlað að því að aldraðir grípi til fyrirbyggjandi aðgerða, leiti sér viðeigandi meðferðar og sé meðferðarheldnara. Þegar félagsleg samskipti eru ekki til staðar til að vega á móti skaðlegum áhrifum álags með fyrrnefndum leiðum getur það haft neikvæð áhrif á heilsu (Coyle og Dugan, 2012). Á sama hátt og félagsleg samskipti vinna gegn skaðlegum áhrifum álags, þá vinnur einmanaleiki gegn vörnum líkamans sem bregðast við álagi. Einmanaleiki stuðlar að aukinni virkni í svokölluðum HPA-ás (e.HPA-axis) sem er mikilvægur hluti af innkirtlakerfinu og stýrir viðbrögðum líkamans við álagi (Coyle og Dugan, 2012). Aukin virkni í HPA-ásnum hefur þannig neikvæð áhrif á bæði líðan og heilsu. Einmanaleiki og álag tengjast einnig á fleiri vegu. Sýnt hefur verið fram á að fólk sem er einmana í langan tíma fær að lokum líkamlega streitusvörun sem hefur áhrif á samvægi líkamans (Theeke, 2012) og

Þessir einstaklingar eru einnig í hættu á að hafa bæld ónæmisviðbrögð (Coyle og Dugan, 2012). Samkvæmt niðurstöðum bandarískrar rannsóknar eru einstaklingar sem þjást af langvinnum einmanaleika líklegri til að vera á stofnun. Þeir hreyfa sig minna, neyta meira tóbaks, þeir eiga við fleirri langvinna sjúkdóma að stríða og eru líklegri til að þjást af þunglyndi (Theeke, 2010).

Greint hefur verið frá mörgum heilsufarsvandamálum sem einmanaleiki og félagsleg einangrun auka líkur á (Koc,2012; Coyle og Dugan,2012; Theeke, 2012). Sýnt hefur verið fram á að hækkuð efri mörk blóðþrýstings, sýkingar, minnkuð vitræn starfsemi, þunglyndi og hærri dánartíðni tengist félagslegri einangrun. Einstaklingar sem búa við félagslega einangrun eru auk þessa líklegri til að meta heilsu sína verr en aðrir (Coyle og Dugan, 2012). Fólk sem er einmana til lengri tíma hefur auk háþrýstings hærra magn af bólgupróttinum og fibrínógeni í blóðinu, en allt þetta stuðlar að hjarta- og æðasjúkdómum (Theeke, 2012; Coyle og Dugan, 2012). Einmanaleiki eykur líkur á þróun Alzheimer's sjúkdóms (Coyle og Dugan, 2012), geðrænna vandamála (Coyle og Dugan, 2012) og svefnvandamála (Coyle og Dugan, 2012; Theeke, 2012). Nýlegar rannsóknir hafa enn fremur sýnt fram á að einmanaleiki tengist aukinni virkniskerðingu (Cenzer, Covinsky, Perissinotto, 2012; Theeke, 2012) og dauða (Koc, 2012; Coyle og Dugan, 2012; Cenzer o.fl., 2012; Theeke, 2012). Rannsókn Cenzer og félaga og rannsókn Theeke sem báðar eru frá árinu 2012 leiddu í ljós að einmanaleiki meðal aldraðra segði fyrir um virkniskerðingu og dauða. Í rannsókn Cenzer og félaga reyndust þeir þátttakendur sem fundu fyrir einmanaleika líklegri til að verða fyrir skerðingu á getu til að framkvæma athafnir daglegs lífs og líklegri til að þróa með sér erfiðleika við verkefni sem nota þarf efri útlími við. Einmana þátttakendur misstu einnig frekar hreyfifærni og getu til að klifra. Allt voru þetta matsþættir sem notaðir voru til að meta virknigetu og hafði einmanaleiki því forspárgildi um virkniskerðingu. Niðurstöður sömu rannsóknar sýndu að einmanaleiki hafði áhrif á dánartíðni, þar sem hærri dánartíðni mældist hjá þeim sem fundu fyrir

einmanaleika. Tæplega 23% einmana þátttakenda samanborið við rúmlega 14% þátttakenda sem ekki voru einmana, dóu á meðan á rannsókninni stóð (Cenzer o.fl., 2012). Í rannsókn Holwerda og féлага frá sama ári kom fram að félagsleg einangrun eins og sér hafði engin áhrif á dánartíðni en dánartíðnin var hins vegar hærri meðal einstaklinga sem greint höfðu frá einmanaleikatilfinningu. Það bendir því til þess að einmanaleiki fremur en félagsleg einangrun sé áhættuþáttur fyrir hækkandi dánartíðni (Beekman, Deeg, Holwerda, Jonker, Schmand, Schoevers o.fl., 2012).

Að lokum má nefna að þau fjölmörgu heilbrigðisvandamál sem einmanaleiki tengist og þau neikvæðu heildrænu áhrif sem einmanaleiki hefur á einstaklinga leiða til aukinnar þarfar fyrir heilbrigðisþjónustu, sem aftur leiðir til aukins kostnaðar fyrir þjóðfélagið (Koc, 2012; Theeke, 2012).

Áhrifapættir einmanaleika

Vísbendingar eru uppi um að þættir eins og gott sjálfstraust og að vera sjálfum sér nægur vinni gegn félagslegri einangrun og einmanaleika (Boldy og Grenade, 2008). Að eiga trúnaðarvin spornar einnig gegn einmanaleika. Margar rannsóknir hafa undirstrikað mikilvægi góðra vina í þessu sambandi. Góð tengsl við fjölskyldu, börn og nágranna skipa einnig mikilvægan sess í baráttunni gegn einmanaleika (Boldy og Grenade, 2008). Samkvæmt rannsókn Withnall frá 2002 hefur ný þekking sem aflað er á efri árum jákvæð áhrif á einmanaleika. Bæði formlegur og óformlegur lærdómur reyndist hafa jákvæð áhrif á einmanaleika meðal aldraðra. Þannig unnu námsskeið og kennslustundir sem aldraðir sóttu gegn einmanaleika, en einnig óformlegur lærdómur eins og að lesa, horfa á heimildarmyndir, að ræða viðfangsefni fréttu og að taka þátt í ýmis konar félagslegri virkni (Murphy, 2006). Óháð því hvort eldra fólk býr heima eða á stofnun, er mikilvægt að það hafi aðgang að

þjónustu og stuðningsaðilum sem aðstoðar við að viðhalda félagslegum samböndum þess (Boldy og Grenade, 2008).

Lengi vel var áherslan í rannsóknum á einmanaleika meðal aldraðra sú að hækkandi aldur einn og sér hefði mikil áhrif á þróun einmanaleika. Flestar nýlegar rannsóknir gefa hins vegar til kynna að svo sé ekki (Sigrún Þórarinsdóttir, 2010). Eins og fram hefur komið hefur aldur einn og sér ekki bein áhrif á einmanaleika, heldur eru það ýmsir þættir sem fylgja því að eldast sem þurfa að koma til. Rannsókn Tornstam frá 1981 sýndi einmitt fram á að ekki væru tengsl á milli hækkandi aldurs og einmanaleika. Niðurstöður þeirrar rannsóknar bentu til hins andstæða; að einmanaleiki minnkaði með hækkandi aldri. Samkvæmt þessari rannsókn er einmanaleiki mestur í kringum þrítugsaldurinn og fer svo minnkandi eftir það (Sigrún Þórarinsdóttir, 2010).

Þrátt fyrir að einmanaleiki og félagsleg einangrun séu aðskilin hugtök, þá eru þau mjög skyld og þættir sem hafa áhrif á annað fyrirbærið hafa yfirleitt einnig áhrif á hitt. Þekktir áhættuþættir fyrir einmanaleika og félagslega einangrun eru að vera ekkja/ekkill (Boldy og Grenade, 2008; Koc, 2012), að hafa aldrei verið gift(ur) (Boldy og Grenade, 2008; Theeke, 2010; Koc, 2012), að vera barnlaus (Boldy og Grenade, 2008; Koc, 2012) og að búa ein(n) (Koc, 2012; Dale o.fl., 2010; Pitkälä o.fl., 2006). Fjöldi einstaklinga sem býr saman á heimili (Theeke, 2010) og fjöldi félagslegra tengiliða og vina (Koc, 2012) hafa bein áhrif á einmanaleika. Þannig er líklegra að einstaklingur sem býr einn sé meira einmana en einstaklingur sem býr á fjölmennu heimili. Eins er vinamargur einstaklingur ólíklegri til að finna fyrir einmanaleika en sá sem á fáa að. Það eru þó ekki allir sem búa einir eða allir sem eru vinafáir einmana, því einmanaleiki er huglægt ástand sem byggist á upplifun einstaklingsins á aðstæðum. Í mörgum rannsóknum hefur tíðni heimsókna barna og vina ekki verið tengd við einmanaleika, en aðrar rannsóknir hafa sýnt fram á að lág tíðni félagslegra samskipta við fjölskyldu, vini og nágretta hafi bein áhrif á einmanaleika (Pitkälä o.fl., 2006).

Þrátt fyrir þessar ólíku niðurstöður er einn þáttur sem öllum rannsakendum virðist koma saman um og það er að upplifun einstaklinga á gæðum félagslegra sambanda sé mikilvægari ákvarðanapáttur þegar kemur að einmanaleika en raunveruleg stærð tengslanets þeirra. Það eru því óuppfylltar væntingar aldraðra um að fá heimsóknir frá ættingjum og vinum og óánægja þeirra með félagsleg sambönd sem stuðla að einmanaleika (Pitkälä o.fl., 2006).

Rannsóknir hafa sýnt að einmanaleika er algengari meðal ákveðinna hópa aldraðra. Þættir eins og búseta og efnahagur hafa áhrif á algengi einmanaleika. Efnaminna fólk sem býr í fátækari hverfum og er með lægra menntunarstig er í aukinni hættu á að finna fyrir einmanaleika (Koc, 2012; Theeke, 2010). Eins er algengi einmanaleika ekki jafnt hjá kynjunum og benda flestar nýlegar rannsóknir til þess að einmanaleiki sé algengari meðal kvenna en karla (Koc, 2012). Mismunandi þættir virðast einnig geta haft áhrif á þróun einmanaleika meðal ólíkra hópa eldri borgara. Þannig greindi rannsókn Cohen-Mansfield og félaga frá 2009 frá því að fram komu mismunandi áhættuþættir fyrir einmanaleika meðal giftra og ógiftra. Meðal gifts eldra fólks höfðu þeir sem voru einmana oftast upplifað erfiðar lífsreynslur, farið oftast til læknis og voru með verri vitræna starfsemi. Meðal ógifts fólks var einmanaleiki meira tengdur fjárhagsörðugleikum, slæmri heilsu og minna stuðningsneti (Koc, 2012).

Fjallað hefur verið um fyrr í þessu verkefni hversu mikil áhrif einmanaleiki hefur á heilsu en með því er ekki öll sagan sögð því heilsa hefur líka áhrif á einmanaleika (Koc, 2012). Slæm eða versnandi andleg og líkamleg heilsa (Boldy og Grenade, 2008; Koc, 2012; Dale o.fl., 2010), langvinn líkamleg og andleg vandamál (Boldy og Grenade, 2008; Koc, 2012), þunglyndi (Koc, 2012; Pitkälä o.fl., 2006), vitræn hrörnun (Koc, 2012) og virkniskerðing (Theeke, 2010) eru allt þættir sem auka líkur á einmanaleika. Þar að auki er eingöngu sú skynjun einstaklinga að þeir séu við slæma andlega eða líkamlega heilsu áhættuþáttur fyrir einmanaleika (Boldy og Grenade, 2008; Theeke, 2010). Einstaklingar sem

Þjást af langvinnnum sjúkdómum eru í aukinni hættu á að finna fyrir einmanaleika og einnig virðist einmanaleikinn magnast hjá öldruðum með auknum fjölda langvinnra sjúkdóma (Theeke, 2010). Ein af ástæðunum fyrir því að heilsubrestur stuðlar að einmanaleika getur verið sú að fólk sem er við slæma líkamlega eða andlega heilsu býr yfirleitt við einhvers konar hömlur og getur því að minna leyti tekið þátt í ýmsum viðburðum sem samfélagið hefur upp á að bjóða (Koc, 2012).

Skynfæri gegna lykilhlutverki í að fólk geti tekið þátt í félagslegum samskiptum og ýmsar rannsóknir hafa tengt missi á skynjun við einmanaleika og félagslega einangrun (Boldy og Grenade, 2008; Deeg, Festen, Kramer, Kuik, Pronk, Smits o.fl., 2011). Í rannsókn Deeg og félaga frá árinu 2011 voru langtímatengsl skertrar heyrnar og einmanaleika hjá öldruðum skoðuð. Niðurstöðurnar sýndu fram á marktæka fylgni á milli heyrnarskerðingar og einmanaleika hjá vissum hópum aldraðra. Sem dæmi voru aldraðir heyrnarskertir karlmenn og aldraðir heyrnarskertir sem ekki notuðu heyrnartæki líklegri til að vera einmana (Deeg o.fl., 2011). Einstaklingum sem ekki heyra vel eru ýmsar takmarkanir settar í félagslegum samskiptum. Erfiðara er fyrir þessa einstaklinga að fylgjast með því sem er að gerast í kringum þá og þeir standa verr að vígi í hópastarfi og margs konar samfélagslegri virkni. Heyrnarrestur og sjónskerðing eru óhjákvæmilegir fylgikvillar öldrunar og getur þessi skynjunarmissir aukið á berskjöldun aldraðra gagnvart félagslegri einangrun og einmanaleika.

Að lokum má nefna að breytilegir ytri þættir geta haft áhrif á einmanaleika. Líðan fólks og einmanaleiki geta breyst mikið á stuttum tíma (Boldy og Grenade, 2008). Sem dæmi geta ákveðnir lífsviðburðir sem fela í sér missi eins og t.d. slitin fjölskyldubönd, hjónaskilnaðir, brottflutningur ástvina og missir maka haft áhrif á líðan einstaklinga og ýtt undir einmanaleika (Boldy og Grenade, 2008; Koc, 2012; Dale o.fl., 2010). Upplifun fólks af einmanaleika er breytileg eftir tíma árs og tíma dags. Fólk finnur frekar fyrir einmanaleika á

kvöldin, nóttinni og veturna. Eins geta hátíðir ýtt undir einmanaleika (Boldy og Grenade, 2008).

Tengls einmanaleika við þunglyndi og heilabilun

Einmanaleiki tengist ýmsum neikvæðum tilfinningum, svo sem hræðslu, leiða, reiði, sorg og kvíða (Theeke, 2012; Aktürk, Aslan, Aylaz og Erci, 2012). Hjá öldruðum bætast svo oft ofan á neikvæðar tilfinningar, svo sem tilfinning um missi á sjálfstæði. Rannsóknir sýna að samhliða auknum aldri deila margir þeirri tilfinningu að erfiðara sé að vera sjálfum sér næg, áhrifarík og sterk manneskja. Þegar aldraðir missa þau hlutverk og virkni sem þeir höfðu áður og færast yfir á rólegri stig lífsins verður æ erfiðara að uppfylla ýmsar mikilvægar þarfir (Aktürk o.fl., 2012). Einmanaleiki eykur einnig líkur á þunglyndi (Coyle og Dugan, 2012; Theeke, 2012; Aktürk o.fl., 2012). Einstaklingar sem eru einmana eru líklegri til að finna fyrir þunglyndiseinkennum, en þrátt fyrir það tengist einmanaleiki eingöngu að litlu leyti þáttum eins og ánægju, orku og drifi, en þessar tilfinningar eru grundvallarþættir þegar kemur að því að greina þunglyndi. Einmanaleiki og þunglyndi eru því tvö aðskilin fyrirbæri, þó að þau séu vissulega skyld (Cenzer o.fl., 2012).

Einmanaleiki hefur áhrif á heilsutengdar breytingar hjá öldruðum, svo sem versnun á fötlun eða skerðingu, en slíkar breytingar eru ekki bara ákvarðaðar af líflæknisfræðilegum (e.biomedical) þáttum heldur líka af sálfélagslegu álagi (Cenzer o.fl., 2012). Sálfélagslegt álag eykst við missi og aðrar erfiðar og streitufullar upplifanir og nán sambönd geta virkað sem mótverkandi afl gegn neikvæðum áhrifum þessara streitufullu lífsviðburða á andlega heilsu. Þannig getur skortur á nánum trúnaðarvinum valdið auknum þunglyndisviðbrögðum við streitufullum lífsviðburðum meðal aldraðra (Murphy, 2006). Með því að koma í veg fyrir einmanaleika með reglulegum félagslegum samskiptum virðist því vera hægt að minnka líkur

á þróun þunglyndiseinkenna. Að koma í veg fyrir þunglyndi hefur margvíslega heilsutengda ávinninga, þar sem þunglyndi er illvígur heilbrigðisvandi sem hefur ýmis önnur vandamál í för með sér. Rannsóknir hafa tengt þunglyndi við aukna hættu á fötlun og dauða (Cenzer o.fl., 2012). Eins benda nýjar rannsóknarniðurstöður til þess að þunglyndi sem þróast á seinni hluta ævinnar geti verið fyrirboði fyrir vitræna skerðingu og heilabilun (Beekman, Deeg, Holwerda, Jonker, Schmand, Schoevers o.fl., 2012).

Félagsleg einangrun tengist vitrænni skerðingu og Alzheimer's sjúkdómi rétt eins og þunglyndi. Sýnt hefur verið fram á að gott stuðningsnet og félagsleg úrræði stuðla að minni vitrænni skerðingu í ellinni (Beekman, Deeg, Holwerda, Jonker, Schmand, Schoevers o.fl., 2012). Af þeim sökum er eldra fólk sem býr eitt og er með lítið stuðningsnet í kringum sig í aukinni hættu á að þróast með sér heilabilunarsjúkdóm en eldra fólk sem býr að góðu stuðningsneti (Murphy, 2006). Í rannsókn Wilson og félaga frá árinu 2007 kom í ljós að áhætta fyrir þróun Alzheimer's sjúkdóms var meiri en tvöföld hjá einmana einstaklingum. Einmanaleiki tengdist minni vitrænni getu í byrjun rannsóknarinnar og einnig urðu þeir einstaklingar fyrir hraðari vitrænni hrörnun. Alvarleiki einmanaleika hjá einstaklingum í gegnum rannsóknina hafði sterk tengsl við vitræna hrörnun og þróun Alzheimer's sjúkdóms (Arnold, Barnes, Bennett, Kelly, Krueger, Schneider o.fl., 2007). Önnur rannsókn, „The Amsterdam Study of the Elderly“, sem birt var árið 2012 rennir einnig stoðum undir þá kenningu að bein tengsl séu á milli einmanaleika og heilabilunarsjúkdóma. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu fram á að aldraðir sem fundu fyrir einmanaleika voru 1,64 sinnum líklegri til að þróast með sér heilabilunarsjúkdóma en einstaklingar sem ekki fundu fyrir slíkum tilfinningum. Engin fylgni fannst milli félagslegar einangrunar og þróunar heilabilunar. Niðurstöðurnar benda þ.a.l. til þess að einmanaleikatilfinning fremur en félagsleg einangrun tengist þróun heilabilunar. Út frá ofangreindum niðurstöðum má sjá að það er ekki hið hlutbundna ástand að eiga í ónægum félagslegum tengslum, heldur tilfinningin um skort á

samskiptum sem auka hættuna á vitrænni hnignun (Beekman, Deeg, Holwerda, Jonker, Schmand, Schoevers o.fl., 2012). Ofangreindar rannsóknir sýndu fram á tengsl einmanaleika við aukna hættu á þróun heilabilunar á seinni stigum ævinnar. Niðurstöður beggja rannsókna sýndu ennfremur fram á að einmanaleiki hefur ekki tengingu við meginlífeðlisfræðilegu orsakir Alzheimer's sjúkdóms eða æðavitglapa og má ekki rekja til áhrifa þunglyndis á heilabilun (Arnold ofl, 2007; Beekman, Deeg, Holwerda, Jonker, Schmand, Schoevers o.fl., 2012). Einmanaleiki er einn af áhættuþáttunum fyrir þróun heilabilunarsjúkdóma og því ætti með fullnægjandi félagslegum samskiptum og stuðningi við aldraða að vera hægt að minnka líkur á þróun heilabilunar á sama tíma og dregið væri úr einmanaleika meðal aldraðra.

Persónueinkenni, lífsviðhorf og áhrif þess á einmanaleika

Eins og framan greinir eru það í raun ekki þær hlutbundnu aðstæður að vera einn sem gera það að verkum að eldra fólk finnur fyrir einmanaleika, heldur upplifun þeirra á aðstæðunum. Að þeim sökum er ekki hægt að staðhæfa að allar manneskjur sem búa einar og verði fyrir félagslegri einangrun séu einmana. En hvaða persónueinkenni og viðhorf eru það sem að stýra því hvort einstaklingur sé líklegur til að upplifa aðstæður á þann hátt að hann finni fyrir einmanaleika? Kirkevold og félagar (Hauge, Kirkevold, Meyer, Moyle og Wilkinsons, 2013) leituðust við að svara þessari spurningu. Þær vildu skoða mismunandi nálganir ólíkra einstaklinga við að lifa lífi sem einkenndist af missi og einveru og hvernig nálganir þeirra hefðu áhrif á einmanaleika. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu fram á að þær leiðir sem þátttakendurnir völdu til að takast á við missinn hafði mikil áhrif á hvort þeir fundu fyrir einmanaleika. Fjögur þemu komu fram sem einkenndu nálgun þátttakendanna við að takast á við missi. Mjög greinilegur munur var á þessum þemum hjá þeim sem voru einmana

og þeim sem voru það ekki. Munurinn á nálgun hópanna tveggja gaf til kynna að þeir einstaklingar sem ekki voru einmana aðlöguðust lífinu í kjölfar missisins og voru áfram virkir þátttakendur í því. Þeir sem voru einmana lögðu aftur á móti mikla orku í að einblína á það sem þeir höfðu glatað og gátu því ekki tekið jafn virkan þátt í lífinu. Sá hópur þátttakenda sem ekki var einmana sætti sig við missinn og hélt áfram að lifa lífinu. Það fólk hélt áfram að taka þátt í ýmis konar virkni og eins hélt það frekar sambandi við annað fólk og skapaði sér merkingarfullt líf í eigin félagsskap. Hópurinn sem fann fyrir einmanaleikatilfinningu speglaði fyrrnefndan hóp. Einstaklingar í þeim hópi litu á þann missi sem þeir höfðu orðið fyrir sem yfirþyrmandi byrði sem ekki væri hægt að ráða við. Þessir einstaklingar treystu sér ekki til að halda áfram að stunda fyrri iðju og virkni. Þeir einangruðust frekar frá öðru fólk og lifðu einir tómlegu lífi sem þeir fundu ekki tilgang með (Kirkevold o.fl., 2013).

Formleg aðstoð og einmanaleiki

Að geta búið áfram heima hjá sér þegar fólk eldist er yfirleitt álitinn besti möguleikinn til að geta átt í samskiptum við fjölskyldu, vini og nágretta. Þannig aukast líkurnar á því að hinn aldraði nái að rækta nán félagsleg sambönd í nærumhverfi sínu (Fernandez-Mayoralas ofl, 2011). Að flytjast á dvalar- eða hjúkrunarheimili felur í sér færslu frá kunnuglegu umhverfi einstaklingsins yfir í framandi umhverfi. Ýmsar takmarkanir eru á samböndum eldra fólks sem býr á stofnunum við fjölskyldu og vini vegna skorts á plássi, tímatakmörkunum hjúkrunarheimilanna og fjarlægðarinnar milli hins aldraða og tengslanets hans. Einnig hefur það fólk síður færi á því að taka þátt í ýmis konar samfélagslegri virkni (Fernandez-Mayoralas ofl, 2011).

Einmanaleiki er algengari hjá öldruðum sem búa á stofnun en þeim sem búa heima (Fernandez-Mayoralas ofl, 2011). Eins eru heilsa og heilsutengd lífsgæði verri hjá öldruðum

sem búa á stofnun (Fernandez-Mayoralas ofl, 2011). Í rannsókn Prieto-Flores og félaga frá árinu 2011 var einmanaleiki meðal hópanna tveggja borinn saman. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu fram á að mismunandi þættir höfðu áhrif á einmanaleika milli hópanna. Kyn og hjúskaparstaða voru mikilvægir áhrifaþættir á einmanaleika meðal þeirra sem bjuggu heima, en tíðni heimsókna fjölskyldu, vina og nágretta hafði áhrif á einmanaleika meðal þeirra sem bjuggu á stofnun. Einstaklingarnir sem bjuggu heima voru heilbrigðari en þeir sem bjuggu á stofnun, þeir höfðu betri heilsutengd lífsgæði og hittu fjölskyldu, vini og nágretta oftar augliti til auglitis. Stofnanavistun hafði mikil áhrif á einmanaleika. Aldraðir sem bjuggu á stofnun voru tvöfalt líklegri til að finna fyrir einmanaleika en eldri borgarar sem bjuggu heima (Fernandez-Mayoralas ofl, 2011).

Formleg aðstoð á sér stað bæði inni á stofnunum og í formi heimahjúkrunar. Þrátt fyrir að aldraðir sem fá slíka aðstoð eigi í reglulegum samskiptum við formlegu umönnunaraðila sína, eru þeir líklegri til að upplifa aukinn einmanaleika (Boumans og Deeg, 2011). Í rannsókn Boumans og Deeg frá árinu 2011 voru lífsgæði þriggja hópa aldraðra bornir saman; aldraðra sem hlutu formlega aðstoð, aldraðra sem hlutu óformlega aðstoð og aldraðra sem hlutu enga aðstoð. Lífsgæði minnkuðu hjá öllum hópum á meðan á rannsókninni stóð, en breytingin var þó mismikil milli hópa. Sjálfskynjun á eigin heilsu varð verri, einmanaleiki jókst meira og lífsánægja minnkaði meira hjá hópnum sem þáði formlega aðstoð en hjá hópnum sem þáðu óformlega aðstoð og enga aðstoð (Boumans og Deeg, 2011). Samkvæmt rannsókninni virðast aldraðir einstaklingar sem hljóta formlega aðstoð auk þess að vera í aukinni hættu á að finna fyrir einmanaleika búa við verri lífsgæði og lífsánægju og telja heilsu sína verri en eldri borgarar sem ekki hljóta slíka aðstoð.

Áherslan í rannsóknum sem tengjast formlegri aðstoð hefur yfirleitt verið á líkamlega heilsu og virkni aldraðra, á meðan áherslan í rannsóknum sem tengjast óformlegri aðstoð hefur meira verið á tilfinningalegan og félagslegan stuðning. Tilfinningalegur og félagslegur

stuðningur er þó ekki síður mikilvægur þegar fólki er veitt formleg aðstoð. Á síðustu árum hafa komið fram innan heimahjúkrunar áhyggjur vegna skorts á fjármagni til heilbrigðisgeirans þar sem slíkt getur leitt getur til of mikillar áherslu á verklega aðstoð við grundvallar líkamlegar þarfir, á kostnað tilfinningalegra og félagslegra þarfa. Rannsóknir hafa sýnt að félagslegur stuðningur er mikilvægur fyrir aldraða sem búa heima við framkvæmdir daglegra athafna og hefur sá stuðningur mikil áhrif á virkni skjólstæðinganna, skynjaða líkamlega og tilfinningalega heilsu. Þörf fyrir félagslegan stuðning virðist einnig aukast þegar fólk veikist (Dale o.fl., 2010) og því er félagslegur stuðningur sérstaklega mikilvægur hjá fólki sem þarf á heimahjúkrun að halda.

Hlutverk hjúkrunarfræðinga í að sporna gegn einmanaleika

Félagsleg einangrun og einmanaleiki eru þættir sem að hjúkrunarfræðingar og sérstaklega heimahjúkrunarfræðingar þurfa að hafa í huga við heildrænt mat á skjólstæðingum. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar gefi einmanaleikatilfinningu eldra fólks gaum, því að með því að viðurkenna og minnka þessar tilfinningar er möguleiki á að auka lífsgæði aldraðra (Murphy, 2006). Ekwall et al sem stóðu fyrir rannsókn á einmanaleika meðal aldraðra árið 2005 lögðu sérstaka áherslu á mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar komi auga á einstaklinga sem eru í hættu á að upplifa einmanaleika vegna ófullnægjandi félagslegs stuðningsnets. Með því að greina aldraða sem eru í áhættuhópi geta hjúkrunarfræðingar aðstoðað einstaklinga við að skapa og viðhalda betra stuðningsneti. Mikilvægt er að grípa inn í áður en viðkomandi er orðinn of veikburða, þar sem verri líkamleg og andleg heilsa dregur úr líkum á því að einstaklingurinn nái að mynda ný félagsleg tengsl (Murphy, 2006).

Hjúkrunarfræðingar beita heildrænni sýn þegar þeir meta sjúklinginn. Þeir hafa einstakan skilning á tengslum líkama og sálar og eru því í sérstöðu til að meta og greina

einmanaleika, þróa íhlutanir í starf hjúkrunarfræðinga og annarra stétta (Theeke, 2012). Heimahjúkrunarfræðingar eru einnig í góðri stöðu til að kynnast persónubundnum skoðunum og því sem fellur skjólstæðingum í geð. Þetta er mikilvægt þar sem íhlutanir verða að höfða til skjólstæðinganna til að þær séu árangursríkar (Skingley, 2013). Heimahjúkrunarfræðingar sem reglulega heimsækja aldraða í þeirra nærumhverfi hafa gífurlega mikla ábyrgð og einstakt tækifæri til að koma auga á félagslegan stuðning og tengslanet einstaklinga. Einnig eru þeir vel í stakk búnir til að greina einstaklinga sem eru líklegri til að upplifa einmanaleika og verða félagslega einangraðir. Óformleg stuðningsnet, sem innihalda fjölskyldu og vini, geta veitt mikilvægan stuðning og umönnun og heimahjúkrunarfræðingar ættu að leggja mat á þessi úrræði og hvernig hægt sé að nýta þau sem best (Dale o.fl., 2010). Þessi sérstaða heimahjúkrunarfræðinga, að vera í tengslum við aldraða í hversdagslegu umhverfi þeirra, gefur þeim að auki færi á að fylgjast með ýmsum breytingum hjá hinum aldraða sem geta verið fyrirboði um einmanaleika (Skingley, 2013).

Í rannsókn Kirkevold og félaga frá 2013 kom fram að einmana einstaklingar og einstaklingar sem ekki eru einmana nýta sér mismunandi nálganir við að takast á við missi. Þessar misjöfnu nálganir geta hjálpað hjúkrunarfræðingum við að koma auga á aldraða sem þurfa á hjálp, stuðningi og ráðgjöf að halda til að takast á við einmanaleika (Kirkevold o.fl., 2013). Með því að þekkja þær nálganir sem einkenndu einmana hópinn, gætu hjúkrunarfræðingar átt auðveldara með að greina einmanaleika meðal aldraðra. Einmana þátttakendur litu á þá missi sem þeir urðu fyrir sem yfirþyrmandi byrði sem þeir réðu ekki við, þeir treystu sér ekki til að halda áfram að stunda fyrri iðju og virkni, þeir einangruðust frekar frá öðru fólki, lifðu einir tómlegu lífi og fundu ekki tilgang með lífinu (Kirkevold o.fl., 2013). Hjúkrunarfræðingar gætu einnig hjálpað einmana öldruðu fólki við að vinna gegn einmanaleikanum með því að leiðbeina því með aðlögunarleiðir hópsins sem ekki var einmana að leiðarljósi; með að hvetja það til að halda í fyrri tengsl við annað fólk, stofna til

nýrra tengsla og finna sér félagslega virkni sem hentar þeim og hjálpar til við að gefa þeim merkingu í lífið (Kirkevold o.fl., 2013).

Þegar hjúkrunarfræðingur hefur komið auga á einmana einstakling eða einstakling sem er í hættu á að finna fyrir einmanaleika er nauðsynlegt að hann bregðast við og finni viðeigandi úrræði. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar viðhaldi þekkingu sinni og leita sér fróðleiks um íhlutanir sem reynst hafa árangursríkar í baráttunni gegn félagslegri einangrun og einmanaleika meðal aldraðra (Skingley, 2013). Hjúkrunarfræðingar geta nýtt sér íhlutanir til að minnka einmanaleika meðal aldraðra með beinum eða óbeinum hætti. Dæmi um beinar íhlutanir eru heilbrigðisfræðsla og fræðsla um líkamsrækt sem krefst hóflegrar áreynslu (e. low intensity exercise). Auk þess sem hófleg líkamsrækt minnkar líkur á einmanaleika hefur hún jákvæð áhrif á kvíða og þunglyndi (Murphy, 2006). Hjúkrunarfræðingar ættu því að leggja áherslu á þá ávinninga sem fylgja hreyfingu og hvetja til hennar. Dæmi um óbeinar íhlutanir sem hjúkrunarfræðingar geta nýtt sér er að koma upp vettvangi í samfélaginu sem ýtir undir þróun vinasambanda milli aldraðra og myndar stuðningsnet í kringum eldri borgara í samfélaginu (Murphy, 2006). Með slíkri íhlutun er verið að veita öldruðum einstaklingum sem skortir trúnaðarvini og nægjanlegan stuðning færi á því að kynnst fleira fólki og bæta aðilum í stuðningsnet sitt.

Komið hefur verið fram með ýmsar leiðir til að vinna gegn einmanaleika meðal aldraðra. Íhlutanir sem notaðar hafa verið eru ýmist persónubundnar eða íhlutanir sem fram fara í hópastarfi. Til eru þrjár gerðir af persónubundnum íhlutunum sem notaðar eru til að vinna gegn einmanaleika meðal aldraðra (Skingley, 2013). Fyrsta gerðin felur í sér að heilbrigðisstarfsmaður eða sjálfboðaliði stofnar til kynna við skjólstæðing með það að markmiði að veita félagsskap og oft aðstoð, svo sem hjálp við að komast á milli staða, versla og sinna öðrum erindagjörðum. Sjálfboðaliðinn eða starfsmaðurinn nýtir sé svo samband sitt við skjólstæðinginn til að veita ráðgjöf og aðstoða viðkomandi við að ná settum

persónulegum markmiðum. Önnur gerð persónubundinna íhlutanna eru heimavitjanir og stuðningur í gegnum síma. Þessi gerð íhlutanna er yfirleitt framkvæmd af heilbrigðisstarfsmönnum, eins og t.d. heimahjúkrunarfræðingum. Dæmi um slíka íhlutun er mat hjúkrunarfræðinga á þörfum skjólstæðinga sem hefur það markmið að finna viðeigandi meðferð eða stuðning. Stuðningur í gegnum síma getur falið í sér aðstoð við að leysa vandamál eða að komast í samband við annað fólk. Þriðja og síðasta gerð persónubundinna íhlutanna felur í sér að stjórnendur í samfélaginu ráða sjálfboðaliða til að veita fólki sem erfitt er að nálgast og fólki sem af einhverjum orsökum er berskjaldað stuðning og aðgang að ýmis konar þjónustu (Skingley, 2013).

Hópastarfsíhlutanir sem notaðar eru til að vinna gegn félagslegri einangrun meðal aldraðra eru einnig þrenns konar (Skingley, 2013). Fyrsta gerðin eru stuðningshópar fyrir fólk með ýmsa sjúkdóma og heilbrigðisvandamál. Dæmi um slíkan hóp er stuðningshópur fyrir aldraða með liðagigt. Þessir hópar eru yfirleitt „lokaðir“ að því leyti að þegar búið er að velja í hópinn þá bætast ekki við nýir meðlimir. Með því er verið að skapa öryggi hjá þátttakendum og auka vilja þeirra til að deila eigin reynslu. Þessum hópum eru annaðhvort stýrt af einstaklingi með sérfræðipækkingu í heilbrigðistengdum eða félagslegum málefnum eða af einstaklingi innan hópsins. Önnur gerð hópastarfsíhlutanna eru hópar með sálfélagslegu eða þekkingaraukandi framtaki. Dæmi um slíkt er hópur sem stýrt er af hjúkrunarfræðingi og sálfræðingi og er ætlað að hvetja til aukinnar sjálfsvirðingar og stuðnings frá fólki í sömu aðstöðu (Skingley, 2013). Rannsóknir hafa sýnt að eldri borgarar sem taka þátt í hópastarfi sem felur í sér sálfélagslega virkni stofna frekar til nýrra vinasambanda (Campbell, Dickens, Greaves og Richards, 2011). Þriðja og síðasta gerð hópastarfsíhlutanna eru hópar sem byggjast á félagslegri virkni. Slíkir hópar eru líklegri til að vera „opnir“ og þ.a.l. er sífellt flæði af nýju fólki inn í hópinn. Félagslega virknin getur verið mismunandi og falið í sér allt frá garðyrkju til heilsusamlegrar matargerðar (Skingley, 2013).

Íhlutanir sem fela í sér hópastarf hafa reynst árangursríkari en persónubundnar íhlutanir (e. one-on-one) (Campbell, Dickens, Greaves og Richards, 2011; Skingley, 2013). Eins eru íhlutanir sem fela í sér virka þátttöku eldri borgaranna og íhlutanir sem byggja á gagnreyndri þekkingu líklegri til að vera árangursríkar en þær sem ekki eru byggðar á fræðilegum grundvelli og krefjast minni þátttöku. Íhlutanir sem fela í sér einhvers konar virkni hafa skilað örlítið betri árangri en þær íhlutanir þar sem stuðningi er beitt (Campbell, Dickens, Greaves og Richards, 2011) Út frá því má sjá að árangursríkar íhlutanir gegn einmanaleika meðal aldraðra fela í sér að gagnreynd þekking styður nálgunina sem notuð er og að þátttakendum er boðið upp á félagslega virkni eða stuðning í hópastarfi (Campbell, Dickens, Greaves og Richards, 2011).

Umræður

Við gerð fræðilegu samantektarinnar voru margar rannsóknir og greinar um viðfangsefnið lesnar og greint frá niðurstöðum þeirra með það að leiðarljósi að svara rannsóknarspurningunum sem settar voru fram í upphafi. Í ljós kom að mikil þekking liggur þegar fyrir um efnið. Mikil áhersla hefur verið lögð á að rannsaka félagslega einangrun og einmanaleika meðal aldraðra innan hjúkrunar og einnig í öðrum fræðigreinum. Það er því ljóst að vandamálið hefur ekki verið óafskipt og margir fræðimenn hafa látið það sig varða.

Fyrri rannsóknarspurningin beindist að áhrifum félagslegrar einangrunar og einmanaleika á líkamlega og andlega heilsu aldraðra. Margvíslegum neikvæðum áhrifum einmanaleika og félagslegrar einangrunar á heilsu aldraðra hefur verið lýst og mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk geri sér grein fyrir þessum skaðlegu áhrifum og mikilvægi þess að vinna gegn einmanaleika. (Campbell, Dickens, Edwards, Greaves, Green, Hawton o.fl., 2011; Koc, 2012, Coyle og Dugan, 2012, Theeke, 2012, Cenzer o.fl., 2012, Beekman, Deeg, Holwerda, Jonker, Schmand, Schoevers o.fl., 2012). Aldraðir eru berskjaldaðri þegar kemur að einmanaleika vegna ýmissa þátta sem fylgja því að eldast (Dale o.fl., 2010; Fernandez-Mayorales ofl, 2011; Coyle og Dugan, 2012) og er því sérstaklega mikilvægt fyrir heilbrigðisstarfsmenn sem vinna með öldruðum að vera vakandi fyrir merkjum um einmanaleika.

Seinni rannsóknarspurningin beindist að þeim aðferðum sem hjúkrunarfræðingar er starfa við heimahjúkrun geta beitt til að minnka einmanaleika meðal aldraðra skjólstæðinga. Heimahjúkrunarfræðingar eru í lykilstöðu til að greina þá eldri borgara sem eru í hættu á að finna fyrir einmanaleika (Theeke, 2012; Skingley, 2013). Þeir eru í reglulegum tengslum við hina öldruðu í þeirra nærumhverfi og eru því í góðri stöðu til að fylgjast með merkjum um einmanaleika, greina þá sem eru í áhættuhópi og bregðast við með viðeigandi meðferðarúræðum (Skingley, 2013).

Formleg aðstoð felur í sér regluleg samskipti hinna aldraðra við umönnunaraðila en þrátt fyrir það finna aldraðir sem hljóta formlega aðstoð frekar fyrir einmanaleika en þeir sem ekki þurfa á aðstoð að halda. Ástæðuna fyrir því telur höfundur geta verið að þeir aðilar sem þurfa á formlegri aðstoð að halda búa við verri heilsu en þeir sem ekki þurfa á slíku að halda, en eins og fram kom í fræðilegri samantekt er heilsubrestur einn af áhættuþáttum einmanaleika (Boldy og Grenade, 2008; Koc, 2012; Dale o.fl., 2010). Höfundur veltir fyrir sér hvers vegna einstaklingar sem búa á öldrunarstofnun og eru þ.a.l. umkringdir fólki séu frekar einmana en einstaklingar sem búa heima og hafa ekki sama aðgang að stöðugum samskiptum. Á öldrunarstofnunum er margs konar skipulögð virkni sem heimilismenn geta sótt og því eru einstaklingar sem búa á öldrunarstofnun í betri stöðu til að finna sér félagslega virkni við hæfi. Á öldrunarstofnunum búa eldri borgarar einnig í samfélagi sem samanstendur af fólki sem er á svipuðum aldri og sama stað í lífinu. Einnig á þetta fólk í mörgum tilfellum margt sameiginlegt. Mögulega ástæðu fyrir því að einmanaleiki er algengari meðal aldraðra sem búa á stofnun en aldraðra sem búa heima telur höfundur geta verið breytt inntökuskilyrði hjúkrunarheimilanna, því nú þarf fólk að vera veikara og meira ósjálfbjarga en áður til þess að komast inn. Heilsa og virknigeta þeirra sem búa á hjúkrunarheimilum getur því sett strik í reikninginn þegar verið er að meta orsakir aukins einmanaleika meðal þeirra. Eins hafa einstaklingar sem búa inni á öldrunarstofnunum í fleiri tilfellum misst maka sinn, en makar eru í mörgum tilfellum helstu trúnaðarvinir og stuðningsaðilar. Að lokum má nefna mikilvægi þeirra takmarkana sem dvöl á öldrunarstofnun hefur á samband aldraðra við nána vini og fjölskyldu. Mikil hætta er á að samband þeirra líði fyrir tímatakmarkanir öldrunarheimilanna, fjarlægðarinnar á milli þeirra og fleiri slíkra þátta (Fernandez-Mayoralas o.fl., 2008). Telur höfundur verri aðstöðu til að viðhalda mikilvægu samböndum við aðstandendur vera líklega ástæðu fyrir auknum einmanaleika meðal aldraðra á stofnun.

Í sumum tilfellum er stofnanavistun álitin æskileg lausn til að vinna gegn einmanaleika

hjá öldruðum einstaklingum sem búa einir í heimahúsum. Hugmyndafræðin á bak við þá lausn á ekki við rök að styðjast ef lítið er til þess að einmanaleiki er algengari meðal aldraðra sem búa á stofnun en þeirra sem búa heima.

Þrátt fyrir að einmanaleiki sé algengari meðal aldraðra sem búa á stofnun, kallar sú áhersla stjórnvalda, að sem flestir eldri borgarar búi heima með viðeigandi stuðningi, á úrræði til að koma til móts við félagslegar þarfir aldraðra í heimahúsum. Ekki nægir að fylgja eftir stefnu stjórnvalda eingöngu með að taka færri aldraða inn á öldrunarstofnanir. Tryggja þarf fullnægjandi stuðningsnet hjá þeim eldri borgurum sem búa heima svo hægt sé að grípa inn í ef þörf krefur. Í fræðilegri samantekt var minnst á félagslega sérstöðu aldraðra og berskjöldun þeirra gagnvart einmanaleika og félagslegri einangrun. Fyrir fáeinum árum bjó stór hluti aldraðra á öldrunarstofnunum, þar sem heilbrigðisstarfsfólk hefur eftirlit með líðan hinna aldraðra og getur gripið inn í ef ástæða þykir til. Svipað eftirlit var á árum áður í höndum fjölskyldunnar þegar það tíðkaðist að aldraðir byggju með stórfjölskyldunni. Þetta eftirlit er ekki til staðar að jafn miklu leyti í dag hjá öldruðum sem búa upp á eigin spýtur í heimahúsum og sérstaklega ekki ef eldri borgararnir fá enga utanaðkomandi aðstoð. Höfundur telur því þörf á að skapa leiðir til þess að hægt sé að fylgjast betur með félagslegri stöðu og líðan aldraðra sem búa heima.

Áður fyrr bjuggu aldraðir frekar hjá stórfjölskyldunni, þar sem margar kynslóðir bjuggu undir sama þaki. Á þeim tíma höfðu þeir hlutverk í heimilislífinu og voru ómissandi hlekkur í fjölskyldukeðjunni. Nú á tímum í mörgum vestrænum samfélögum hefur þróunin verið sú að eldri borgarar búa út af fyrir sig, heima eða á öldrunarstofnunum, og þeir hafa í mörgum tilfellum misst þetta hlutverk sitt innan fjölskyldunnar. Höfundur veltir fyrir sér hvort að með því að aldraðir hafi verið sviptir þessu hlutverki, þá aukist líkur á því að þeir upplifi sig sem minna mikilvægan hluta af fjölskyldunni og jafnvel byrði fyrir fjölskylduna. Þegar hinir öldruðu ná ekki lengur að leggja sitt af mörkum til fjölskyldunnar og þeir eru ekki

lengur hluti af heimislífi fjölskyldunnar telur höfundur hættu vera á því að þá skorti tilfinningu um að tilheyra einhverju (e.sense of belonging) og þ.a.l. aukist líkur á einmanaleika. Niðurstöður Kirkevold og félaga (Kirkevold o.fl., 2013) bentu til þess að þeir einstaklingar sem tóku þátt í félagslegri virkni sem gaf þeim merkingu í lífinu væru síður einmana. Á þeim tíma sem aldraðir bjuggu inni á heimili með stórfjölskyldunni þá gæti hlutverk þeirra þar hafa falið í sér slíka félagslega virkni og tilfinning þeirra um að skipta máli og að tilheyra fjölskyldulífinu gefið þeim merkingu í lífinu.

Þegar litið er til þessar færslu aldraðra út af heimilum stórfjölskyldunnar og inn á eigin heimili og öldrunarstofnanir er hægt að velta fyrir sér auknum kostnaði fyrir samfélagið. Þegar aldraðir einstaklingar búa einir og enginn er á heimilinu til að annast þá þegar í harðbakkann slær verður þörf fyrir utanaðkomandi úrræði brýnni. Þannig flytjast aldraðir fyrr á stofnanir og kostnaður ríkis verður meiri. Höfundur ályktar útfrá ofangreindri umræðu að einmanaleiki sé algengari meðal aldraðra í dag en á þeim tímum þegar þeir bjuggu umkringdir fjölskyldu sinni. Þegar þau heilsutengdu vandamál sem fylgja einmanaleika eru tekin inn í reikninginn eykst kostnaður heilbrigðiskerfisins sem því nemur.

Umfjöllun fræðilegrar samantektar hefur leitt í ljós slæm áhrif einmanaleika á heilsu og velferð aldraðra. Það er von höfundar að sú umfjöllun beini sjónum starfandi hjúkrunarfræðinga, annars heilbrigðisstarfsfólks og stjórnvalda að því hversu alvarlegt heilbrigðisvandamál einmanaleiki meðal aldraðra er og hvetji til þess að gripið verði til aðgerða til að vinna gegn þessu vandamáli. Í fræðilegri samantekt voru einnig nefndar íhlutanir sem hjúkrunarfræðingar geta beitt til að vinna á sem árangursríkastan hátt gegn einmanaleika meðal aldraðra skjólstaðinga. Það er ennfremur von höfundar að starfandi hjúkrunarfræðingar kynni sér þessar íhlutanir og nýti sér þær á sínum starfsvettvangi og í samfélaginu. Höfundur telur að gott væri fyrir hjúkrunarfræðinga að kynna sér áhættuþætti einmanaleika sem fram koma í fræðilegri samantekt og þau hegðunareinkenni sem Kirkevold

og félagar (Kirkevold o.fl., 2013) greindu frá hjá einstaklingum sem fundu fyrir einmanaleika í kjölfar missis. Þessi atriði geta aðstoðað hjúkrunarfræðinga við að gera sér grein fyrir hvaða skjólstæðingar finna fyrir einmanaleika. Einnig geta hegðunareinkenni þeirra sem ekki voru einmana í rannsókn Kirkevold og félaga nýst sem leiðarljós við ráðleggingar til einmana einstaklinga. Hjúkrunarfræðingar ættu því með hliðsjón af rannsókn Kirkevold og félaga að hvetja einmana einstaklinga til að halda í fyrri tengsl við annað fólk, stofna til nýrra tengsla og finna sér félagslega virkni sem hentar þeim og hjálpar til við að gefa lífinu merkingu.

Hjúkrunarfræðingar gætu ráðlagt þeim einstaklingum sem þeir telja einmana eða í hættu á að finna fyrir einmanaleika að skrá sig í hóp sem felur í sér félagslega virkni við hæfi, hóp með þekkingaraukandi eða sálfélagslegu framtaki eða stuðningshóp ef einstaklingurinn þjáist af langvinnnum sjúkdómi. Hjúkrunarfræðingar ættu að hafa í huga við val á íhlutun sem ætlað er að vinna gegn einmanaleika meðal aldraðra skjólstæðinga að mikilvægt er að íhlutunin byggist á gagnreyndri þekkingu og að reynsla hafi sýnt fram á að hún sé árangursrík. Eins telur höfundur að gagnlegt væri fyrir hjúkrunarfræðinga að vita að íhlutanir sem bjóða einmana eldri skjólstæðingum upp á félagslega virkni eða stuðning í hópastarfi hafa reynst árangursríkastar og eru því álitnar besti kosturinn út frá núverandi þekkingu þegar kemur að vali á íhlutun. Höfundur telur þörf á að meiri áhersla verði lögð í rannsóknum á stuðning og fræðslu sem hjúkrunarfræðingar geta veitt aðstandendum einmana eldri borgara með það að markmiði að virkja ástvini í baráttunni gegn einmanaleika. Höfundur telur að ástvinir geti veitt annars konar stuðning og umhyggju sem formlegir umönnunaraðilar hafa ekki færi á. Eins geta aðstandendur gefið hinum aldraða tilfinningu um að tilheyra fjölskyldunni, en með því ályktar höfundur að einmana eldri borgurum finnist þeir ekki jafn einir og óafskiptir.

Takmarkanir verkefnisins eru að mati höfundar helst þær að mikilvægar heimildir voru yfirlitsgreinar en ekki frumheimildir. Þessar heimildir valdi höfundur þar sem hann taldi þær áreiðanlegar og yfirgripsmiklar og gefa góða yfirsýn á þá þekkingu sem liggur fyrir um

viðfangsefnið. Þrátt fyrir að leitast hafi verið við að nota greinar eigi eldri en frá árinu 2010, ákvað höfundur að notast við fjórar eldri greinar. Höfundur taldi inntak þeirra greina ekki vera þess efnis að það tæki miklum breytingum í gegnum tíðina og væri þ.a.l. ekki úrelt. Að lokum finnst höfundi vanta heimildir um ábyrgð aðstandenda gagnvart einmanaleika ástvina sinna og það hvernig hjúkrunarfræðingar geti virkjað aðstandendur til góðra og innihaldsríkra samskipta við hinn aldraða. Mikil áhersla var lögð á það í fræðilegri samantekt hvernig hjúkrunarfræðingar geti haft bein áhrif á einmanaleika með íhlutunum sem fela í sér stuðning við aldraða einstaklinga. Það sem höfundur telur vanta í þá umfjöllun er sá mikilvægi stuðningur sem hjúkrunarfræðingar geta veitt aðstandendum sem gerir þá betur í stakk búna til að hlúa að ástvinum sínum.

Lokaorð

Neikvæðum áhrifum félagslegrar einangrunar og einmanaleika á andlega og líkamlega heilsu aldraðra var lýst í fræðilegri samantekt. Einmanaleiki reyndist hafa meiri heilsuspillandi áhrif en félagsleg einangrun. Í ljósi aukinnar áherslu stjórnvalda á að aldraðir einstaklingar búi sem lengst heima, telur höfundur aukna þörf vera á eftirliti með félagslegri stöðu og líðan aldraðra sem búa í heimahúsum. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar, annað heilbrigðisstarfsfólk, stjórnvöld og ástvinir aldraðra geri sér grein fyrir nauðsyn þess að aldraðir eigi í reglubundnum félagslegum samskiptum og að komið sé í veg fyrir að þeir einangrist og finni fyrir einmanaleika. Heimahjúkrunarfræðingar bera mikla ábyrgð í þessu samhengi þar sem þeir eru í reglulegum samskiptum við aldraða á heimilum þeirra og þeir hafa yfirsýn yfir tengslanet og félagsleg samskipti skjólstæðinga. Þessi ábyrgð felur í sér í fyrsta lagi að greina áhættuþætti og merki um einmanaleika hjá hinum öldruðu og í öðru lagi að veita þeim viðeigandi meðferð og úrræði. Höfundur telur einnig að ábyrgðin feli í sér stuðning og fræðslu til aðstandenda um mikilvægt hlutverk og ábyrgð þeirra í lífi aldraðra ástvina. Hjúkrunarfræðingum ber að viðhalda faglegri þekkingu sinni með því að kynna sér nýjustu rannsóknarniðurstöður sem lúta að eigin starfsvettvangi. Fræðileg samantekt leiddi í ljós mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar kynni sér og viðhaldi þekkingu sinni um einmanaleika meðal aldraðra. Höfundur vonast til þess að fræðimenn haldi áfram að láta félagslega einangrun og einmanaleika meðal aldraðra sig varða og að unnið verði markvisst að því að skapa árangursrík úrræði gegn þessu vandamáli. Það er einnig von höfundar að meiri áhersla verði lögð á að rannsaka mikilvægt hlutverk hjúkrunarfræðinga í að efla fjölskyldu og aðra stuðningsaðila til að þeir geti myndað öflugt stuðningsnet í kringum ástvini sína og þannig unnið gegn einmanaleika.

Heimildaskrá

Aktürk, Ü., Aslan, H., Aylaz, R. og Erci, B. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 548-554.

Arnold, S.E., Barnes, L.I., Bennett, D.A., Kelly, J.F., Krueger, K.R., Schneider, J.A. o.fl. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer Disease. *Archives of General Psychiatry*, 64(2), 234-240.

Beekman, A., Deeg, D., Holwerda, T., Jonker, C., Schoevers, R. og Stek, M. (2012). Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. doi: 10.1136/jnnp-2012-302755.

Beekman, A., Deeg, D., Holwerda, T., Jonker, C., Schmand, B., Schoevers, R. o.fl. (2012). Increased risk of mortality associated with social isolation in older men: only when feeling lonely? Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Psychological Medicine*, 42(4), 843-853. doi: 10.1017/S0033291711001772.

Boldy, D. og Grenade, L. (2008). Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Australian Health Review*, 32(3), 468-478.

Boumans, J. og Deeg, D. (2011). Changes in the quality of life of older people living at home: does type of care play a role? *Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie*, 42(4), 170-183.

Campbell, J.L., Dickens, A.P., Edwards, R., Greaves, C.J., Green, C., Hawton, A. o.fl. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20, 57-67. doi: 10.1007/s11136-010-9717-2.

Campbell, J.L., Dickens, A.P., Greaves, C.J. og Richards, S.H. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11(647). doi: 10.1186/1471-2458-11-647.

Cenzer, I.S., Covinsky, K.E. og Perissinotto, C.M. (2012). Loneliness in Older Persons- A Predictor of Functional Decline and Death. *Archives of Internal Medicine*, 172(14), 1078-1084. doi: 10.1001/archinternmed.2012.1993.

Coyle, C.E. og Dugan, E. (2012). Social Isolation, Loneliness and Health Among Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 24(8), 1346-1363. doi:10.1177/0898264312460275.

Dale, B., Kirkevold, M., Sævareid, H. og Söderhamn, O. (2010). Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24(3), 523-532. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00744.x

Deeg, D., Festen, J., Kramer, S., Kuik, D., Pronk, M., Smits, C o.fl. (2011). Prospective effects of hearing status on loneliness and depression in older persons: Identification of subgroups. *International Journal of Audiology*, 50(12), 887-896. doi: 10.3109/14992027.2011.599871.

Fernandez-Mayoralas, G., Forjaz, M., Martinez-Martin, P., Prieto-Flores, M. og Rojo-Perez, F. (2011). Factors Associated with Loneliness of Noninstitutionalized and Institutionalized Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 177-194. doi: 10.1177/0898264310382658.

Hauge, S., Kirkevold, M., Meyer, J., Moyle, W. og Wilkinsons, C. (2013). Facing the challenge of adapting to a life „alone“ in old age: the influence of losses. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 394-403. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06018.x

Hagstofa Íslands. (2010). Spá um mannfjölda 2010-2060. *Hagtiðindi*, 95(48).

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2001). *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010-langtímamarkmið í heilbrigðismálum*, 9-38. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingarmálaráðuneytið.

Koc, Z. (2012). Determination of older people's level of loneliness. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3037-3046. doi: 10.1111/J.1365-2702.2012.04277.x.

Lög um málefni aldraðra nr.125/1999.

Matthías Þorvaldsson, Þorlákur Karlsson og Þóra Ásgeirsdóttir. (1999). *Viðhorfskönnun meðal aldraðra og skoðun á fleiri þáttum er líta að kjörum aldraðra og lífsmáta þeirra*. Reykjavík: Gallup.

Murphy, J. (2006). Loneliness: a challenge for nurses caring for older people. *Nursing older people*, 18(5), 22-25.

Pitkälä, K.H., Routasalo, P.E., Savikko, N., Strandberg, T.E. og Tilvis, R.S. (2006). Social Contacts and Their Relationship to Loneliness among Aged People- A Population-Based Study. *Gerontology*, 52, 181-187. doi: 10.1159/000091828.

Sigrún Þórarinsdóttir. (2010). Einmanaleiki eldri borgara í Reykjavík-Hvað hefur áhrif á einmanaleika? *Öldrun*, 29(1), 9-11.

Skingley, A. (2013). Older people, isolation and loneliness: implications for community nursing. *British Journal of Community Nursing*, 18(2).

Theeke, L.A. (2012). Older people who report loneliness have increased risk of mortality and functional decline. *Evidence Based Nursing*. doi: 10.1136/eb-2012-101052.

Theeke, L.A. (2010). Sociodemographic and health-related risks for loneliness and outcome differences by loneliness status in a sample of U.S. older adults. *Research in gerontological nursing*, 3(2), 113-125. doi 10.3928/19404921-20091103-99.

World Health Organisation. (e.d.). *Definition of an older or elderly person*. Sótt af <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.