

Félagsleg virkni, farsælli efri ár

Tengsl félagslegrar virkni og búsetu við farsæla öldrun

Brynja Guðmundsdóttir

Kristín Heimisdóttir

Sólveig Indriðadóttir

HUG- OG FÉLAGSVÍSINDASVIÐ

Lokaverkefni til BA gráðu í sálfræði

Verkefni þetta er lokaverkefni til BA gráðu í sálfræði

Verkefnið unnu:

Brynja Guðmundsdóttir

Kristín Heimisdóttir

Sólveig Indriðadóttir

Ágrip

Fjöldi rannsókna hefur fjallað um mikilvægi félagslegrar virkni hjá eldri einstaklingum og sýnt fram á tengsl við góða andlega og líkamlega heilsu, auk þess sem búseta virðist líka vera áhrifaþáttur. Markmið rannsóknarinnar (N=30) var fyrst og fremst að skoða hvort munur væri á félagslegri virkni, heilsu og notkun samskiptamiðla eldri einstaklinga (65 ára og eldri) eftir búsetu og bera niðurstöður rannsóknarinnar saman við niðurstöður sambærilegrar rannsóknar frá 2004. Rannsókninni var ætlað að svara eftirfarandi spurningum: 1) Tengist búseta félagslegri virkni eldri einstaklinga?, 2) Er munur á heilsu eldri einstaklinga eftir því hvort þeir búa í dreifbýli eða þéttbýli, og 3) Tengist notkun samskiptamiðla betri andlegri heilsu á meðal eldra fólks? Rannsóknin er meginindleg þar sem notast er við staðlaða spurningalistann SF-36 auk annarra spurninga. Niðurstöður gáfu til kynna að ekki var munur á félagslegri virkni, heilsu og notkun samskiptamiðla eftir búsetu. Marktækur munur var hins vegar á hópunum í rannsókninni frá árinu 2004 (N=185). Eldri einstaklingar í litlu þéttbýli skorðu hærra á þáttunum *almenn heilsa*, *andleg heilsa*, *hreysti* og *félagslegt stuðningsnet* heldur en þeir sem bjuggu í stóru þéttbýli eða dreifbýli. Smæð úrtaks er líkleg ástæða þessa mismunar en til að staðfesta það er þörf á frekari rannsóknum.

Lykilorð: Eldri einstaklingar, félagsleg virkni, heilsa, búseta, samskiptamiðlar.

Abstract

Social activity and successful aging

The relationship between social activity, residency, and successful aging

There are many studies that have examined the importance of social activity amongst older adults and relationship has been found between social activity and good mental and physical health. Recidency is also believed to be a factor. The primary goal of the current study was to collect quantitative data to examine if there is a difference in social activity, health, and the social media usage of older adults (65 years and older) in rural and urban residences, respectively, and to compare the results with those of a previous study on the subject from 2004. The questions that the study was designed to answer were: 1) Does residency have an impact on how socially active older adults are? 2) Is there a difference in the health of older adults depending on whether they live in rural or urban areas? and 3) Does the use of social media correlate with better mental health amongst older adults?. This study (N=30) was conducted with the use of the SF-36 questionnaire as well as other questions. The results indicate that there is no significant difference in social activity, health, or the use of social media depending on residence. This is contrary to the 2004 study (N=185) which found a significant difference in some aspects. The score among residents in smaller urban areas was higher than among residents in rural areas as well as larger urban areas on the scales *general health*, *mental health*, *vitality* and *social support*. The small size of the sample might be the main reason for this difference but further research is needed to confirm it.

Key words: Older adults, social activity, health, recidency, social media.

Þakkarorð

Við viljum þakka öllum þeim sem hafa aðstoðað við framkvæmd þessarar rannsóknar. Sérstakar þakkir fær leiðbeinandi okkar Elín Díanna Gunnarsdóttir fyrir það að gera þessa rannsókn mögulega, faglega aðstoð, stuðning og jákvætt og hlýtt viðmót. Kærar þakkir fá forsvarsmenn félaga eldri borgara sem hjálpuðu okkur við að finna þátttakendur og þátttakendur sjálfir fyrir þann tíma sem þeir gáfu sér í rannsóknina. Kjartan Ólafsson fær bestu þakkir fyrir tölfræðiaðstoð og Heiðrún Óladóttir og Líney Sigurðardóttir fyrir yfirlestur. Að lokum fá makar okkar og fjölskyldur innilegar þakkir fyrir stuðning og þolinmæði.

*Age is an issue of mind over matter,
if you don't mind it doesn't matter*

Mark Twain

Efnisyfirlit

Inngangur	1
Kenningar og hugmyndir um öldrun	3
Þættir sem tengjast öldrun	8
Heilsa á efri árum.....	8
Félagsleg tengsl og stuðningur á efri árum	10
Áhrif félagslegrar virkni og samskipta á heilsu eldri einstaklinga	11
Áhrif félagslegrar einangrunar og einmanaleika á eldri einstaklinga	13
Þunglyndi	14
Um fjöllum um samskiptamiðla	16
Búseta	18
Aðferð	19
Þátttakendur	19
Mælitæki	20
Framkvæmd	23
Heilsutengdir hagir eldra fólks í dreifbýli og þéttbýli (2004)	24
Þátttakendur, gagnaöflun og aðferð	24
Siðfræðileg atriði	25
Tölfræðileg úrvinnsla	26
Niðurstöður	28
Umræður	34
Takmarkanir	38
Hagnýtt gildi og frekari rannsóknir	39
Heimildaskrá	41
Fylgiskjal A: Spurningalistar	50
Fylgiskjal B: Staðfesting frá Persónuvernd	62

Yfirlit yfir myndir

Mynd 1. Uppbygging undir- og yfirþátta SF-36.....	21
Mynd 2. Aldursskipting þátttakenda.....	26
Mynd 3. Búseta þátttakenda beggja rannsókna.....	27
Mynd 4. Hve oft hittir viðkomandi vini sína og nággranna (fyrir utan þá sem hann býr með)	30
Mynd 5. Hefur notkun þín á Skype/Facebook einhver áhrif á líðan þína?	34

Talið er að frá árunum 2000-2050 muni heildarfjöldi einstaklinga í heiminum, 60 ára og eldri fara úr 605 milljónum í 2 billjónir (World Health Organization,(WHO), 2011). Fjöldi einstaklinga 65 ára og eldri eykst jafnt og þétt og er fjölgun í þessum aldurshópi meiri en í öðrum aldurshópum. Á Íslandi má gera ráð fyrir að hlutfall 67 ára og eldri verði komið upp í 22,6% árið 2060 ef mannfjöldaspár hér á landi ganga eftir. Hlutfall þessa aldurshóps var 11,2% í janúar 2013 og má þá segja að hlutfall fólks á eftirlaunaaldri muni tvöfaldast á næstu 50 árum (Hagstofa Íslands, 2013).

Heilsa í heildina er samspil líkamlegra og andlegra þátta og samkvæmt Dodge, Daly, Huyton og Sanders (2012) er stöðug vellíðan þegar einstaklingar hafa þau sálfræðilegu-, félagslegu- og líkamlegu úrræði sem þeir þurfa til að koma til móts við tiltekna sálfræðilegar-, félagslegar- og líkamlegar áskoranir (Dodge o.fl., 2012). Mikilvægt er að hlúa að þessum þáttum til þess að ná sem bestri vellíðan.

Það er margt sem breytist með hækkandi aldri, líffræðilega, sálfræðilega og félagslega (Stein og Moritz, 1999). Algengustu líffræðilegu breytingarnar sem eiga sér stað eru sjón- og heyrnarskerðing (Yorkston, Bourgeois og Baylor, 2010). Önnur vandamál eru líka til staðar, til að mynda er eldra fólk í meiri hættu á að fá beinþynningu sem leiðir til tíðari beinbrota og eykur hættuna á ýmsum sýkingum, auk vöðvarýrnunar sem eykur líkurnar á því að viðkomandi detti. Hjartabilun og áunnin sykursýki eru einnig áhættuþættir á meðal eldri einstaklinga. Taugahrönnunarsjúkdómar eins og minnisglöp og Alzheimer eru einnig þættir sem herja á þennan aldurshóp og hafa mikil áhrif á hugræna getu, líkamlega virkni og andlega líðan, ekki síst þegar minnið fer að bregðast (Fulop o.fl., 2010). Allar þessar breytingar geta gert einstaklingunum erfitt fyrir að hafa samskipti við aðra (Taylor o.fl., 2007). Félagsleg einangrun á sér stað þegar mikill skortur verður á félagslegum samskiptum og tengslum og einstaklingar einangrast gjarnan í kjölfar starfsloka og þegar

vinir og kunningjar falla frá (Stephoe, Shankar, Demakakos og Wardle, 2013). Við starfslok geta orðið gríðarlega miklar breytingar á félagslegum aðstæðum og meira undir hverjum og einum einstaklingi komið hvort og þá hvernig hann viðheldur félagslegum tengslum og myndar ný tengsl (Wrzus, Hänel, Wagner og Neyer 2013). Rannsóknir frá Evrópu og Norður-Ameríku hafa sýnt fram á að algengi þunglyndis meðal aldraðra sé 8% -15%. Mikilvægt er að eldri einstaklingar hafi aðgang að góðu stuðningsneti þegar allar þessar breytingar eiga sér stað og hafa rannsóknir sýnt að góður félagslegur stuðningur getur dregið úr andlegu álagi og þróun á þunglyndi og kvíða, (Taylor o.fl., 2007). Hann getur bætt heilsu, styrkt hugræna úrvinnslu, dregið úr sjúkdómseinkennum og flýtt fyrir bataferli (White, Philogene, Fine og Sinha, 2009). Félagsleg samskipti og stuðningur gegna því mjög mikilvægu hlutverki á lífsleiðinni þar sem þau veita mikinn tilfinningalegan stuðning og stuðla að betri andlegri og líkamlegri heilsu (Portero og Oliva, 2007).

Það er mikilvægt að halda félagslegri virkni og samkvæmt Chang, Wray og Lin (2014) á tómsundaiðkun (e. leisure activities) sinn þátt í að viðhalda henni. Rannsókn þeirra leiddi í ljós að tómsundaiðkun hafði óbein áhrif á heilsu eldri borgara í gegnum félagsleg tengsl. Jákvæð upplifun af félagslegum tengslum ýtti undir tómsundaiðkun en slík iðkun hafði góð áhrif á heilsu.

Talið hefur verið að íbúar dreifbýlis séu félagslega virkari en íbúar þéttbýlis. Er þetta talin vera afleiðing þess að minni fólksfjöldi á tilteknu svæði leiði til sterkari félagslegra tengsla (Ziersch, Baum, Darmawan, Kavanagh og Bentley, 2009). Skortur er á rannsóknum á þessu sviði og eru því frekari rannsóknir þarfar til þess að staðfesta þessar niðurstöður. Notkun internetsins sem samskiptamiðils getur stækkað félagslega tengslanetið og dregið úr félagslegri einangrun og þar með einmanaleika og þunglyndiseinkennum (Boyd og Ellison, 2007). Fyrir einstaklinga sem búa á dreifbýlissvæðum eru þessir

möguleikar og úrræði á rafrænu formi, t.d. netverslanir, ýmsar upplýsingar og notkun samskiptasíðna á internetinu ákveðin leið til þess að auka félagsleg samskipti og virkni. Samskiptasíður eins og t.d. Facebook, Myspace og Twitter má skilgreina sem þjónustu byggða á netvef sem gerir einstaklingum kleift að byggja upp opinberan eða að hluta til opinberan prófil (e. profile), setja upp lista af fólki og tengjast því í gegnum síðuna og skoða aðra prófíla sem þeir hafa aðgang að í gegnum tengingu vefsins (Boyd og Ellison, 2007). Samkvæmt Cotten o.fl., (2012) eru eldri borgarar 20-28% ólíklegri til að þróa með sér þunglyndi ef þeir eru virkir á internetinu. Margar rannsóknir hafa samt sem áður sýnt fram á neikvæð áhrif internetnotkunar. Sem dæmi má nefna að fólk getur einangrast frá félagslegum aðstæðum sem leiðir til þess að það verður einmana (Amichai-Hamburger og Ben-Artzi, 2003). Samkvæmt Cotten o.fl. (2012) eru áhrifin þó jákvæð þar sem þau virðast stuðla að betri andlegri heilsu og draga úr líkum á þunglyndiseinkennum (Cotten o.fl., 2012).

Ofangreindar rannsóknir hafa gefið til kynna að ýmsir þættir hafa áhrif á velferð eldri einstaklinga, svo sem góð líkamleg og andleg heilsa, gott stuðningsnet, félagsleg virkni og jafnvel búseta. Tilgangur rannsóknar okkar er að skoða andlega og líkamlega heilsu og félagslega virkni einstaklinga (65 ára og eldri) á Norðausturlandi, og athuga hvort búseta tengist ofangreindum þáttum.

Kenningar og hugmyndir um öldrun

Ýmsar kenningar hafa verið settar fram til að skýra öldrunarferli og spá fyrir um hvernig líf einstaklinga breytist með hækkandi aldri. Það virðist almennt vera ákveðinn undirtónn í öldrunarkenningum á þann hátt að þær líta á öldrun sem einhvers konar vandamál sem samfélagið þarf að fást við (Helga S. Ragnarsdóttir, 2009). Í eftirfarandi umfjöllun verður greint frá nokkrum kenningum um öldrun, bæði kenningum sem hlotið hafa mikinn

stuðning og þeim sem hafa verið minna studdar, í því skyni að skoða hvaða nálgun þær hafa í tengslum við félagslega virkni og heilsu eldri einstaklinga.

Virknikenningin/athafnakenningin (e. Activity theory) var sett fram af Longino og Kart árið 1982 og fjallar um það að því virkari sem einstaklingar eru á efri árum, því líklegri séu þeir til að vera ánægðir með líf sitt. Rannsakendur hafa stutt kenninguna og komist að því að ef eldri einstaklingar eru virkir, duglegir og afkastamiklir þá eldist þeir á farsælli hátt og séu hamingjusamari en ef þeir draga sig í hlé frá samfélaginu. Því meiri sem virknin er því meiri lífsánægja næst (Santrock, 2011; Menec, 2003). Kenningin gefur til kynna að margir einstaklingar öðlist meiri lífsánægju ef þeir viðhalda sömu hlutverkum eða virkni á efri árum og þeir gerðu á miðjum aldri. Ef eldra fólk er svipt þessum hlutverkum (eins og gerist við eftirlaunaaldurinn) er afar mikilvægt fyrir það að finna sér annað hlutverk sem heldur því áfram sem virkum þátttakendum (Santrock, 2011). Rowe og Kahn komu árið 1997 fram með endurbætta nálgun á virknikenninguna þar sem virk þátttaka, góð andleg og líkamleg heilsa ásamt því að vera laus við sjúkdóma telst til farsællar öldrunar. Virka þátttöku skilgreina þeir sem gefandi starf, launað eða ólaunað (en þó miða þeir við að í tilfellum eldri borgara sé um ólaunað starf að ræða, t.d. sjálfböðavinnu sem hefur samfélagslegt gildi), og að viðhalda nánnum tengslum (Menec, 2003). Gagnrýnendur kenningarinnar telja að kenningin taki ekki tillit til eldri borgara sem ekki hafa heilsu til að vera virkir í félagslegum uppákomum (Bengtson, Rice og Johnson, 1999). Samkvæmt WHO (2011) felur hugtakið *virik öldrun* (e. active aging) í sér að aðlagða tækifæri einstaklinga til samfélagslegrar þátttöku og tryggja þeim öryggi í því skyni að auka lífsgæði þeirra. Hugtakið nær bæði yfir einstaklinga og þjóðfélagshópa. Virk öldrun gerir fólki kleift að sjá þá möguleika sem það hefur varðandi andlega, líkamlega og félagslega líðan og að vera virkir þátttakendur í samfélaginu á sama tíma og það á rétt á viðeigandi vernd, öryggi

og umönnun. Orðið „virk“ vísar þannig til áframhaldandi þátttöku í félagslegum, efnahagslegum, menningarlegum, andlegum og borgaralegum málum en ekki bara getu til að vera líkamlega virkur eða vinna líkamlegt starf. Eldra fólk sem komið er á eftirlaun, er veikt eða fatlað, getur því enn lagt sitt af mörkum til fjölskyldu, vina og samfélags. Virk öldrun miðar að því að auka lífslíkur og lífsgæði fyrir alla (WHO, 2011).

Ein af elstu og mest áberandi öldrunarkenningum er hlutverkakenning Parsons (e. role theory) frá 1942 (Krause, Herzog og Baker, 1992), en eins og virknikenningin sýnir hún fram á mikilvægi þess að viðhalda hlutverkum sínum og virkni fram á efri ár (Santrock, 2011). Einn mikilvægasti þáttur hennar er hlutverkamissir sem á sér yfirleitt stað þegar fólk eldist. Það tapar hlutverkum sínum sem virkir foreldrar, starfskraftar og makar sem veldur því að það upplifir óstjórn á eigin lífi. (Moen, Dempster og Williams 1992). Van Willigen (2000) útskýrir þennan missi á stjórn sem fimm þátta hugtak: *Valdaleysi* (e. powerlessness) *einangrun* (e. isolation), *sjálfs-útilokun* (e. self-estrangement), *tilgangsleysi* (e. meaninglessness) og því að falla hvergi inn (e. normlessness). Hann tengir missi á stjórn við einangrun sem veldur því að fólk finnur síður lífsfyllingu og vellíðan á efri árum. Þessir fimm þættir tengjast þannig í raun verri heilsu og lægri aldri (Hunter og Linn, 1981; Musick, Herzog og House, 1999). Kenningin hefur hlotið gagnrýni bæði af félagsfræðingum og femínistum sem halda því fram að kenningin skapi ekki nægilega skýran ramma sem útskýri samspil á milli aðgerða einstaklinga og félagslegra hluta (Jackson, 1998). Rook og Sorkin (2003) eru með öðruvísi sjónarhorn á það hvers vegna hlutverkamissir hefur neikvæð áhrif á eldri einstaklinga. Þeir sjá hlutverkin háð gagnkvæmum tengslum en ekki bara á annan veginn. Séu hlutverkin ekki gagnkvæm getur fólk því ekki gefið af sér sem þeir telja mikilvægt (Rook og Sorkin, 2003).

Eins og fram kom í hlutverkakenningunni upplifir hinn eldri einstaklingur óstjórn á eigin lífi við að tapa hlutverkum sínum (Moen o.fl., 1992), en eldra fólk vill halda í sömu sambönd og þann lífsstíl sem það hefur tileinkað sér þrátt fyrir breytta félagslega stöðu og breytingar á líkamlegri og andlegri heilsu (Amalía Björnsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir, 2007). Í samfellukenningunni (e. Continuity theory) sem sett var fram af Rowe og Kahn á árunum 1997-1998 er gert ráð fyrir því að einstaklingurinn öðlist vellíðan ef hann þróast og aðlagast þeim breytingum sem hann verður fyrir í gegnum æviferilinn. Helsta gagnrýni á samfellukenninguna er skilgreiningin á eðlilegri öldrun. Skilgreiningin aðskilur eðlilega öldrun frá sjúklegri öldrun (þegar einstaklingar eiga við sjúkdóma að stríða) og er þar með að útiloka eldri borgara með langvinna sjúkdóma (Quadagno, 1999).

Ekki eru allir kenningasmiðir sammála því að nauðsynlegt sé að viðhalda félagslegri virkni og hlutverkum til að öðlast farsæld og vellíðan á efri árum. Síðastliðna þrjá áratugi hefur sænski öldrunarfræðaprófessorinn Lars Tornstam unnið að kenningu sem hann nefnir öldrunarinnisæi (e. Gerotranscendence theory) (Ingunn Stefánsdóttir, 2009). Samkvæmt henni er áhersla lögð á breytingar og þroska einstaklingsins á öllu æviskeiðinu og með kenningunni hefur Tornstam kynnt til sögunnar nýja nálgun á hugtakinu öldrun. Kenningin lýsir þeirri tilfinningu sem fylgir því að eldast og hvað það er sem einkennir eðlilega og farsæla öldrun. Tornstam lýsir ekki aðeins öldrunarferlinu og hvernig unnt er að öðlast lífsvisku heldur útskýrir hann einnig hvað það hefur í för með sér að öðlast umrædda visku og sýna merki um öldrunarinnisæi (Ingunn Stefánsdóttir, 2009). Það sem greinir kenninguna frá öðrum öldrunarkenningum er að hún leggur áherslu á að þær breytingar sem eiga sér stað á efri árum koma fram í þremur víddum: *Alheimsvídd*, *vídd sjálfsins* og *vídd félags- og persónulegra tengsla*. Með alheimsvídd er átt við tilfinningu einstaklingsins um að hann sé hluti af alheiminum eða einni heild, í vídd sjálfsins er einstaklingurinn að þroska sig frekar,

fyrir sjálfan sig verður hann minna mikilvægur en á móti gerir hann sér betur grein fyrir lífsflæðinu sem heild. Á vidd félags- og persónulegra tengsla minnkar sjálflægni einstaklingsins og á sama tíma verður hann vandlátari á hvernig hann ver tíma sínum og með hverjum. Þannig missa yfirborðsleg sambönd vægi en djúp og nái tengsl verða mikilvægari. Þörfin fyrir einveru eykst sem hefur jákvæð áhrif á þroskann. Þess vegna ætti ekki að líta svo á að fólk, sem dregur sig í hlé frá félagslegum athöfnum, sé einrænt eða áhugalaust (Ingunn Stefánsdóttir, 2009; Helga S. Ragnarsdóttir, 2006). Gagnrýnendur kenningarinnar velta fyrir sér hvort Tornstam telji að breiðara lífsform sé mönnum eðlislægt í gegnum ævina eða hvort það sé líffræðilega svo að einstaklingar hneigist meira til efnishyggju upp úr miðjum aldri (Hauge, 1998). Tornstam er ekki einn um að líta á hlédrægni eldra fólks sem eðlilegan hlut því hlédrægnikenning (e. disengagement theory) Henry og Cumming frá árinu 1961, sem ekki hefur hlotið mikinn stuðning, nálgast öldrun þannig að hún gerir ráð fyrir því að eldri einstaklingum sé eðlislægt að draga sig í hlé frá hlutverkum sínum og skyldum og þannig er ástæða þess að þeir verða minna félagslega virkir, þeirra val. Auk þess geri samfélagið minni kröfur til þeirra sem eldri eru og því má segja að samfélagið og hinir öldruðu séu á sama máli um það að þeir dragi sig í hlé (Jón Björnsson, 1996). Fleiri slíkar kenningar og hugmyndir hafa verið settar fram og samkvæmt Feldman (2011) dregur eldra fólk sig í hlé vegna þess að það hefur ekki lengur eins mikinn áhuga á að taka þátt í samfélagslegum hlutverkum (Feldman, 2011). Minni þátttaka í þeim hlutverkum hefur áhrif á félagslega stöðu viðkomandi og félagslegt umhverfi hans dregst saman. Þessir þættir stuðla að því að hinn eldri lagar sig að þeim breytingum sem hafa orðið á umhverfi hans og dregur sig í hlé í kjölfarið (Amalía Björnsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir, 2007). Kenningin hefur hlotið töluverða gagnrýni fyrir að líta út fyrir að vera meðfædd, menningarlega alhliða og of einhæf (Bengtson o.fl., 1999).

Ofangreindar kenningar og umfjöllun snýst í grófum dráttum um mikilvægi þess að eldri einstaklingar haldi áfram að eiga sér hlutverk, séu virkir og hafi ákvörðunarrétt á því sem þeir velja sér, hvort sem það er að draga sig í hlé eða auka virkni sína. Samkvæmt Jóni Björnssyni (1996) er farsæl öldrun fólgin í því að einstaklingar geti haldið áfram því lífi sem þeir kusu eða vöndust og að þeir geti viðhaldið lífsstíl sínum, hvort sem um athafnasemi eða hlédrægni er að ræða (Jón Björnsson, 1996). Á vef Velferðarráðuneytisins (e.d.) er greint frá niðurstöðum Framtíðarþings um farsæla öldrun sem haldið var 7. mars 2013. Þingið var samstarfsverkefni Öldrunarráðs Íslands, Landssambands eldri borgara, Öldrunarfræðafélags Íslands, Velferðarráðuneytis, Sambands íslenskra sveitarfélaga, Reykjavíkurborgar, Fagdeildar öldrunarhjúkrunarfræðinga, Félags sjúkraþjálfara í öldrunarþjónustu og Iðjuþjálfafélags Íslands. Niðurstaða þingsins var að farsæl öldrun fæli meðal annars í sér að aldraðir njóti virðingar sem þegnar samfélagsins og séu ekki skilgreindir út frá elli, hrumleika og vangetu. Fjallað var um mikilvægi þess að aldraðir haldi reisu sinni, virðing sé borin fyrir skoðunum þeirra og gjörðum, þeir séu spurðir álits og litið sé á þá sem auðlind frekar en byrði. Aðrir þættir sem fundarmenn voru sammála um að spilaði stórt hlutverk í farsælli öldrun voru félagslegt öryggi, tryggt aðgengi að heilsugæslu og heilbrigðisþjónustu, trygg afkoma og fjárhagslegt sjálfstæði, búsetuöryggi, heilsuhreysti og gott tengslanet við fjölskyldu og vini (Velferðarráðuneytið, e.d.).

Þættir sem tengjast öldrun

Heilsa á efri árum

Með hækkandi aldri eru ýmsar líffræðilegar breytingar sem eiga sér stað. Eldra fólk glímir við sjón- og heyrnaskerðingu og margir þróa með sér beinþynningu sem hefur þær afleiðingar í för með sér að auka tíðni beinbrota og hættu á ýmsum sýkingum. Í kjölfarið á sér stað vöðvarýrnun sem eykur hættuna á að einstaklingarnir detti (Fulop o.fl., 2010).

Þegar einstaklingar annast sinn eigin líkama, halda honum virkum, veita honum góða næringu og sækja lækniþjónustu ef þörf er á er talað um góða sjálfsmönun (Roscoe, 2009). Til þess að viðhalda líkamlegri heilsu og vellíðan er mikilvægt að viðhalda líkamlegri virkni því rannsóknir hafa sýnt að ýmsa sjúkdóma má rekja til aukinnar kyrrsetu sem er afleiðing breyttra lífshátta síðustu aldar (WHO, 2006). Með því að stunda einhvers konar þjálfun tvisvar í viku eða oftara fara að koma í ljós áhrif hjá þeim sem lítið hafa hreyft sig í einhvern tíma (Stiggelbout, Popkema, Hopman-Rock, de Greef og van Mechelen, 2004).

WHO (World Health Organisation) skilgreinir heilsu sem líkamlega, andlega og félagslega vellíðan en ekki einungis skort á sjúkdómum og heilsubresti (Huber o.fl., 2011). Erfitt getur verið að greina á milli þessara þátta þar sem oft er um að ræða mikla skörun þeirra á milli. Því er heldur einblínt á hvað stuðlar að betri heilsu og vellíðan en að skilgreina hvern þátt fyrir sig. Það hefur reynst áskorun í gegnum tíðina að skilgreina vellíðan á ákveðinn hátt og hafa ýmsar rannsóknir verið gerðar á þessu sviði og margar nýjar skilgreiningar verið settar fram. Samkvæmt Dodge o.fl., (2012) er stöðug vellíðan þegar einstaklingar hafa þau sálfræðilegu, félagslegu og líkamlegu úrræði sem þeir þurfa til þess að komast til móts við tiltekna sálfræðilegar, félagslegar og líkamlegar áskoranir (Dodge o.fl., 2012). Hugtakið félagsleg heilsa hefur verið notað til að vísa í tvö ólík en skyld hugtök. Í fyrsta lagi vísar hugtakið í hve heilbrigt það er að vegna vel í félagslegum samskiptum og það að dafna vel í félagslegu umhverfi. Í öðru lagi vísar hugtakið til heilbrigðs samfélags og hvernig meðlimir þess hegða sér og koma fram hver við annan. Félagsleg heilsa er mikilvæg í þessu samhengi því rannsóknir hafa sýnt fram á að félagsleg samskipti geta stuðlað að bættri líkamlegri og andlegri heilsu einstaklinga (Hermann Óskarsson, 2005).

Samkvæmt WHO felst andlegt heilsa í því að hver einstaklingur átti sig á sínum eigin möguleikum og geti ráðið við þá streitu sem fylgir daglegu lífi. Einstaklingurinn á líka að geta skilað af sér afkastamikilli vinnu og verið fær um að leggja sitt af mörkum til samfélagsins (WHO, 2014). Eftir því sem árin líða verður krafan um að eldast vel sífellt háværi. Samfélagið sendir út skilaboð um hvernig einstaklingar eiga að eldast og hvernig á að koma fram við eldra fólk. Þessar staðalímyndir um elli grafa undan þeim hæfileika eldra fólks að geta reitt sig á sig sjálf. Ef einstaklingum finnst þeir ekki standa undir þessum staðalímyndum getur það leitt til þess að andlegri heilsu þeirra hraki og líkamlegri heilsu hraki í kjölfarið. Rannsóknir hafa leitt í ljós að ef einstaklingar upplifa mikla aldursfordóma getur sjálfsálit þeirra minnkað (Angus og Reeve, 2006).

Félagsleg tengsl og stuðningur á efri árum

Með hækkandi aldri verður æ erfiðara að standast samfélagslegar kröfur um öldrun vegna þeirra lífeðlislegu breytinga sem verða á fólki. Það felur meðal annars í sér breytingar á heyrn, rödd og talferli og nefna má að heyrnaleyfi er þriðja algengasta langvarandi ástand hjá eldra fólki (Yorkston o.fl., 2010). Heyrnarleysi, ásamt fleiri líkamlegum vandamálum getur gert eldra fólk virkilega erfitt fyrir hvað varðar samskipti. Ef einstaklingarnir þjást af alvarlegri sjúkdómum eins og MS (e. multiple sclerosis) eða Parkinson's getur það verið krefjandi að koma frá sér orðum og þar af leiðandi skerðast samskipti við aðra mikið (Yorkston, o.fl., 2010). Samskipti má skilgreina sem samansafn af merkjum eða vísbendingum sem einstaklingur gefur frá sér í viðurvist annars einstaklings og þann skilning sem leggja má í þá merkingu sem þessi merki gefa (Nussbaum, Pecchioni, Robinson og Thompson 2000).

Félagslegur stuðningur er sú upplifun eða reynsla sem einstaklingur fær þegar aðrir meta, virða og hugsa um hann og felur í sér að einstaklingnum finnst hann vera partur af

félagslegu neti. (Tomaka, Thompson og Palacios 2006). Rannsóknir hafa sýnt að slíkur stuðningur minnkar andlegt álag, þróun á þunglyndi og kvíða (Taylor o.fl., 2007) og hefur reynst vera heilsuþættandi og eiga jafnvel þátt í að styrkja úrvinnslu eldra fólks úr sjúkdómum og flýta fyrir bataferlinu (White o.fl., 2009). Í rannsókn sem gerð var árið 1979 á um 7000 íbúum í Kaliforníu kom í ljós að konur sem töldu sig hafa nægan félagslegan stuðning lifðu að meðaltali 2.8 árum lengur en þær konur sem töldu sig ekki hafa nægan félagslegan stuðning og karlar með nægan félagslegan stuðning lifðu að meðaltali 2.3 árum lengur en þeir karlmenn sem ekki töldu sig hafa nægan félagslegan stuðning (Taylor o.fl., 2007). Rannsóknir hafa einnig sýnt að það eitt að skynja það að hafa nægan félagslegan stuðning í kringum sig leiðir til betri heilsu og hraðara bataferlis í baráttu gegn líkamlegum og andlegum sjúkdómum (White o.fl., 2009).

Áhrif félagslegrar virkni og samskipta á heilsu eldri einstaklinga

Sýnt hefur verið fram á að heilsa aldraðra er almennt betri ef þeir eru félagslega virkir og er því mikilvægt að huga að þeim þætti á efri árum (Stein og Moritz, 1999). Félagsleg virkni hefur ekki aðeins áhrif á andlega heilsu heldur einnig líkamlega. Á lífsleiðinni fær fólk ýmis tækifæri til þess að mynda félagsleg tengsl og rækta þau. Í barnæsku myndast tengslin í grunnskóla, á unglingsárum í framhaldsskóla og síðar meir í háskóla og vinnu. Öll eiga þessi tengsl það sameiginlegt að krefjast þess að einstaklingarnir mæti á ákveðna staði á ákveðnum tíma þar sem þeir hitta aðra einstaklinga í svipaðri stöðu (Wrzus o.fl., 2013). Niðurstöður rannsókna hafa sýnt að því stærra sem félagslega tengslanetið er hjá eldri borgurum því meiri hugræn virkni á sér stað í heilanum, sem dregur úr hrörnunarferli hans (Crooks, Lubben, Petitti, Little og Chiu, 2008). Rannsókn Crooks o.fl., (2008) snerist um að skoða eldri konur og líkur á að þær fái heilabilun, með tilliti til félagslegrar virkni og stuðningsnets. Meðalaldur kvennanna var 81 ár. Þær konur sem voru félagslega virkar á

einhvern hátt og höfðu gott stuðningsnet í kringum sig voru ólíklegri til þess að fá heilabilun og bendir rannsóknin til þess að félagsleg virkni og félagslegt stuðningsnet geti haft áhrif á taugastarfsemi heilans (Crooks o.fl., 2008). Félagsleg einangrun, minni tilfinningalegur stuðningur og félagsleg tengsl eru allt áhættuþættir þunglyndis hjá eldri borgurum (Cotten o.fl., 2012). Þunglyndi hjá einstaklingum sem eru 65 ára og eldri er stórt vandamál. Margir þjást í lengri tíma og eru ógreindir og ómeðhöndlaðir (Serby og Yu, 2003). Mikilvægt er því að einstaklingar séu félagslega virkir og taki þátt í því sem samfélagið hefur upp á að bjóða þar sem það hefur virst hafa forvarnargildi fyrir fleiri heilsufarsvandamál (Crooks o.fl., 2008). Í nútíma samfélagi eru margar leiðir til þess að rækta félagsleg tengsl. Auk þess að hafa reglulegt samband við vini og ættingja verða alltaf fleiri og fleiri leiðir til þess að sækja í félagsskap og má þar nefna samskipti í gegnum tölvur. Með aukinni tækni og þekkingu fer stór hluti félagslegra samskipta fram á internetinu. Sá aldurshópur sem notar internetið verður alltaf breiðari þó vissulega séu yngri kynslóðir í meirihluta virkra notenda á samskiptasíðum internetsins (Wellman og Haythornthwaite, 2008).

Niðurstöður rannsóknar Chang, Wray og Lin (2014) leiddu í ljós að tómsundaiðkun (e. leisure activities) hafði óbein áhrif á heilsu eldri borgara í gegnum félagsleg tengsl. Jákvæð upplifun af félagslegum tengslum ýtti undir tómsundaiðkun en slík iðkun hafði góð áhrif á heilsu. Chang og félagar fjölluðu um að hvers kyns tómsundaiðkun væri ódýr og flestum aðgengileg og því væri það jákvæð þróun fyrir samfélög að skapa gott aðgengi að tómsundum fyrir eldri borgara og ýta þannig undir vináttutengsl þeirra á milli og stuðla að betri heilsu (Chang, Wray og Lin, 2014). Margar fleiri rannsóknir hafa sýnt að því virkari sem eldri borgarar eru og hlutverk þeirra fjölbreyttara og veigameira, því meiri lífsánægju upplifa þeir og það eykur jafnvel líftíma þeirra. Þeir sem eru virkari og hafa fleiri hlutverk

upplifa sig ánægðari og gagnlegri gagnvart samfélaginu (Ingibjörg Harðardóttir og Amalía Björnsdóttir, 2008).

Áhrif félagslegrar einangrunar og einmanaleika á eldri einstaklinga

Því hefur verið haldið fram að andlegir eða líkamlegir sjúkdómar stuðli að félagslegri einangrun en vísbendingar sýna að félagsleg einangrun geti bæði orsakað og aukið einkenni slíkra sjúkdóma. Því skiptir félagsleg heilsa (sbr. umfjöllun um heilsu) máli fyrir almenna heilsu og velferð einstaklinga (Þekkingarmiðstöð Sjálfsbjargar, e.d.).

Félagsleg einangrun er andstæða félagslegs stuðnings og á sér stað þegar mikill skortur verður á félagslegum samskiptum og tengslum (Steptoe o.fl., 2013). Félagsleg einangrun vísar venjulega til mikils aðskilnaðar frá öðru fólki hvort sem það er að búa einn eða vera landafræðilega langt í burtu frá ættingjum og vinum (Tomaka o.fl., 2006). Samkvæmt Steptoe og fleirum (2013) hefur þetta reynst mikið vandamál hjá eldra fólki þegar efnahagslegar uppsprettur minnka í kjölfar starfsloka, heilsu hrakar (sem takmarkar líkamlega getu) og vinir og kunningjar byrja að falla. Þeir einstaklingar sem eru félagslega einangraðir eru í meiri hættu á að þróa með sér hjarta- og æðasjúkdóma, hraðari hugræna hrörnun og eru líklegri til þess að smitast af umgangspæstum og sjúkdómum. Einnig eru þessir einstaklingar oft með of háan blóðþrýsting og aukin bólguvaldandi viðbrögð við streitu (Steptoe o.fl., 2013).

Vegna aukinnar félagslegrar einangrunar með hækkandi aldri eiga eldri borgarar minna félagslegt net og eru þar af leiðandi margir hverjir einmana (Cornwell og Waite, 2009) og eru í meiri hættu á að þróa með sér þunglyndi (Cotten o.fl., 2012). Þrátt fyrir að hugtökin tvö, félagsleg einangrun og einmanaleiki, séu mjög skyld eru þau aðskilin út frá rannsóknarsjónarmiði. Félagslegri einangrun má lýsa sem hlutbundnu eða mælanlegu ástandi þar sem einstaklingur hefur lágmarks samskipti við aðra og/eða almennt litla

samfélagslega virkni/þátttöku (Boldy og Grenade, 2008). Félagsleg einangrun er oft metin samhliða því félagslega neti sem einstaklingurinn hefur. Einmanaleika er gjarnan lýst sem huglægri upplifun einstaklingsins á félagslegum tengslum sínum og er þessi upplifun yfirleitt neikvæð (Boldy og Grenade, 2008). Hugtakið vísar því frekar til skynjunar einstaklingsins á eigin samfélagsþátttöku og félagslegum samböndum og að skortur sé á á magni eða gæðum þessara samskipta. Þrátt fyrir að einstaklingur sé ekki talinn félagslega einangraður út frá ofangreindri skilgreiningu, getur hann þó fundið fyrir einmanaleika. Eins getur einstaklingur sem býr við félagslega einangrun verið laus við einmanaleikatilfinningu (Boldy og Grenade, 2008). Einmanaleika hefur verið skipt í tvo flokka; annars vegar tilfinningalegan einmanaleika og hinsvegar félagslegan einmanaleika (Fernandez-Mayoralas, Forjaz, Martinez-Martin, Prieto-Flores og Rojo-Perez, 2011). Tilfinningalegur einmanaleiki á sér stað við ástvinamissi þegar viðkomandi upplifir tótleikatilfinningu en félagslegur einmanaleiki er fölginn í skorti á félagslegu tengslaneti vina og kunningja sem deila svipuðum áhugamálum. Slík áhugamál veita einstaklingum tilfinningu um að þeir tilheyri einhverju eða einhverjum (Fernandez-Mayoralas o.fl., 2011).

Rannsóknir hafa sýnt fram á að eldri karlmenn sem eru félagslega einangraðir og hafa þróað með sér þunglyndi eru í aukinni áhættu á að fremja sjálfsvíg eða látast af öðrum líkamlegum orsökum (Nicholson, 2012). Félagsleg samskipti gegna því mjög mikilvægu hlutverki á lífsleiðinni þar sem þau veita mikinn tilfinningalegan stuðning sem stuðlar að betri andlegri og líkamlegri heilsu (Portero og Oliva, 2007).

Þunglyndi

Félagsleg einangrun, minni tilfinningalegur stuðningur og félagsleg tengsl eru allt áhættuþættir þunglyndis hjá eldri borgurum (Cotten o.fl., 2012). Mikilvægt er því fyrir aldraða að hafa góðan félagslegan stuðning og hafa rannsóknir sýnt að slíkur stuðningur

getur dregið úr líkum á þunglyndi (Taylor o.fl., 2007). Almenn einkenni þunglyndis eru minnkað sjálfsöryggi eða léleg sjálfsmynd, aukin sektarkennd, endurteknar hugsanir um dauða; sjálfsvígshugmyndir eða hegðun sem bendir til slíkra hugmynda, minnkuð hæfni til einbeitingar, tregða í hreyfingum, svefntruflanir, breytingar á matarlyst og tilsvarandi breyting á líkamsþyngd (American Psychological Association, 2013; Blazer, 2003). Alvarlegt þunglyndi hjá öldruðum er í öllum aðalatriðum sams konar og hjá yngra fólki en vægari gerðir þunglyndis hjá eldra fólki eru að einhverju leyti frábrugðnar því þunglyndi sem hrjáð getur fólk á miðjum aldri. Aldraðir eru sjaldnar „langt niðri“ en yngri hópar, kvartanir um líkamleg einkenni án vefrænna sjúkdóma eru algengari meðal aldraðra, skerðing á vitrænni starfsemi getur fylgt í kjölfar þunglyndis og ef þunglyndið er alvarlegt geta einkennin líkst heilabilun. Kvíði er algengur en allt að helmingur aldraðra með þunglyndi þjáist einnig af kvíða. Afleiðingar þunglyndis hjá öldruðum eru verulegar, bæði fyrir sjúklinginn sjálfan og þjóðfélagið (American Psychological Association, 2013; Hallgrímur Magnússon, 2004).

Þunglyndi aldraðra:

- er einn af átta sjúkdómum sem valda mestri fötlun,
- leiðir oft til ónauðsynlegra innlagna,
- er stærsti áhættuþátturinn fyrir sjálfsvíg aldraðs fólks,
- eykur líkur á fötlun vegna líkamlegra sjúkdóma,
- leiðir til lengri dvalartíma á sjúkrahúsum,
- eykur erfiðleika þeirra við að taka lyfin sín rétt,
- dregur verulega úr lífsgæðum
- eitt og sér minnkar lífslíkur fólks

(Hallgrímur Magnússon, 2004).

Rannsóknir frá Evrópu og Norður-Ameríku gefa til kynna að algengi þunglyndis meðal aldraðra sé 8% til 15% og er þá átt við allar gerðir þunglyndis, bæði alvarlegt og vægt. Talið er að tíðni þunglyndis sé sú sama óháð þjóðfélögum og kynþáttum. Milli 17% og 18% aldraðra sem leita heimilislæknis hafa veruleg þunglyndiseinkenni og á sjúkrahúsum er algengi þunglyndis hjá öldruðum hærra en í þjóðfélaginu almennt. Rannsóknir hafa sýnt að 10% til 45% aldraðra sem lagðir eru inn á sjúkrahús þjást af þunglyndi og á hjúkrunarheimilum er hlutfallið enn hærra. Ekki er vitað með vissu hvort þunglyndi er algengara hjá öldruðum en þeim sem yngri eru og ber rannsóknum ekki saman um það þar sem sumar þeirra sýna óbreytta tíðni en aðrar hærri eða lægri tíðni hjá öldruðum (Hallgrímur Magnússon, 2004). Þunglyndismeðferð er alveg jafn mikilvæg fyrir aldraða og aðra aldurshópa. Þunglyndi hjá öldruðum getur oft þróast vegna undirliggjandi sjúkdóma eða sem aukaverkun lyfja og mikilvægt er að athuga hvort slíkar ástæður eru fyrir hendi og reyna að útiloka þær. Þunglyndiseinkennin hverfa þó ekki alltaf þrátt fyrir að undirliggjandi ástæður séu fjarlægðar og er því oftast en ekki þörf á samtalsmeðferð eða notkun þunglyndislyfja (Alexopoulos, 2005). Rannsóknir hafa sýnt að meðferð með þunglyndislyfjum virkar jafn vel á aldraða og unga einstaklinga. Þeir einstaklingar sem stríða við einhvers konar truflun í hugrænni starfsemi ásamt þunglyndi, geta sýnt léleg, hæg eða óstöðug viðbrögð við þunglyndislyfjum og þurfa því nákvæma meðferðaráætlun og mikla eftirfylgni (Alexopoulos, 2005).

Umfjöllun um samskiptamiðla

Samskiptasíður á internetinu urðu fyrst til árið 1997 þegar samskiptasíðan SixDegrees leit dagsins ljós. Samskiptasíðan snerist um að notendur gætu tengst öðrum notendum og sent skilaboð sín á milli. Síðan var þó ekki langlíf en henni var lokað árið 2000 og talið var að hún hefði einfaldlega verið á undan sínum samtíma (Boyd og Ellison, 2007). Með tímanum

hefur fjöldinn allur af samskiptasíðum orðið til. Árið 2003 var MySpace stofnað og ári seinna voru unglingar víða um heim orðnir áskrifendur að síðunni en eldri aldursflokkar voru í minnihluta. Árið 2004 var hin vinsæla samskiptasíða Facebook stofnuð. Síðan var upphaflega stofnuð aðeins fyrir nemendur í Harvard háskólanum. Ári seinna gátu aðrir háskólanemendur fengið aðgang og smám saman allir sem vildu (Boyd og Ellison, 2007).

Samskiptasíður eins og t.d. Facebook, Myspace og Twitter má skilgreina sem þjónustu byggða á netvef sem gerir einstaklingum kleift að byggja upp opinberan eða að hluta til opinberan prófíl (e. profile), setja upp lista af fólki sem þeir tengjast í gegnum síðuna og skoða aðra prófíla sem að þeir hafa aðgang að í gegnum tengingu vefsins (Boyd og Ellison, 2007).

Með aukinni tilkomu samskiptasíðna hefur sífellt dregið úr friðhelgi einkalífsins. Flestar síðurnar hafa sérstakar stillingar fyrir þennan þátt, þ.e. friðhelgi en ekki eru allir sem nýta sér þann möguleika. Þeir sem ekki eru notendur að samskiptasíðum hafa meiri áhyggjur af friðhelgi einkalífsins á internetinu heldur en þeir sem nota síðurnar. Notendur sjálfir eru yfirleitt á þeirri skoðun að það sé undir manni sjálfum komið hversu mikið af upplýsingum maður setur inn á síðurnar og hvert þær fara (Tufekci, 2008). Margt neikvætt hefur komið í ljós í rannsóknum á áhrifum internetsins á einstaklinga. Rannsóknir hafa sýnt að fjölgun einstaklinga með aðgang að samskiptasíðum er gríðarleg í Evrópu og eru 38% af börnum á aldrinum 9-12 ára og 77% af börnum á aldrinum 13-16 ára notendur á samskiptasíðum (Whittle, Hamilton-Giachritsis, Beech og Collings, 2013). Rannsókn sem gerð var árið 2007 í Bretlandi af Morris og félögum sýndi að aðeins 13% af einstaklingum á aldrinum 65-74 ára notuðu internetið daglega. Rannsóknin sýndi einnig að 62% af einstaklingum í þessum aldurshópi höfðu einhvern tímann á ævinni notað internetið (Morris o.fl., 2007). Í rannsókn Madden (2010) kom í ljós að sama ár (2007) voru um 26%

einstaklinga í aldurshópnum 65 ára og eldri sem notuðu samskiptasíður af einhverju tagi. Ef horft er til tölfræðinnar frá árinu 2005 var sami aldurshópur með aðeins 5% notkun (Madden, 2010). Í rannsókninni er einnig fjallað um að einstaklingar í þessum aldursflokki séu sá hópur sem stækkar mest hvað varðar notkun samfélagsmiðla og eru þrjár megin ástæður nefndar; Í fyrsta lagi er auðveldara að hafa samband við gamla vini og kunningja og auðvelt að búa til sterkt félagslegt net, í öðru lagi þjást þessir einstaklingar oft af krónískum sjúkdómum og eru mikið heima og því er auðveldara fyrir þá að hafa samband í gegnum samskiptasíður. Í þriðja lagi brúar þetta bilið á milli kynslóðanna og geta eldri einstaklingar því tileinkað sér ýmislegt frá yngri kynslóðinni með greiðari og skilvirkari hætti (Madden, 2010). Samkvæmt Cotten o.fl. (2012) eru eldri borgarar sem eru virkir á internetinu 20-28% ólíklegri til að þróa með sér þunglyndi. Það gerir það að verkum að þeir einstaklingar eru með betri andlega heilsu en ella. Með því að nota internetið sem samskiptamiðil dregur einnig úr félagslegri einangrun og þar með einmanaleika og þunglyndiseinkennum. Á sama tíma stækkar félagslega tengslanetið og fleiri möguleikar á félagslegum tengslum verða til (Cotten o.fl., 2012).

Búseta

Ziersch o.fl. (2009) rannsökuðu félagslega virkni á meðal íbúa í dreifbýli og þéttbýli og komust að því að íbúar á dreifbýlissvæði voru virkari í samfélagsþjónustu, nágrannahópum og sjálfbóðaliðastörfum en þeir sem bjuggu í þéttbýli. Ennfremur eru íbúar á dreifbýlissvæðum með betra félagslegt net í kringum sig, taka frekar þátt í borgaralegum viðburðum og hafa meiri félagslega samheldni (Ziersch o.fl., 2009). Rannsóknir hafa sýnt að einstaklingar sem búa í þéttbýli eru líklegri til þess að þróa með sér heilsutengd vandamál eins og alkóhólisma, lyfjafíkn, hjarta- og æðasjúkdóma og streitu sem bæði leiðir til andlegra og líkamlegra sjúkdóma (Paykel, Abbott, Jenkins, Brugha og Meltzer, 2000).

Þetta viðfangsnefni, þ.e. búseta, hefur ekki verið mikið rannsakað í tengslum við eldri einstaklinga en talið er að íbúar dreifbýlis séu félagslega virkari en íbúar þéttbýlis. Er þetta talið vera afleiðing þess að minni fólksfjöldi á tilteknu svæði leiði til sterkari félagslegra tengsla og færri úrræði almenningþjónustu leiðir til fleiri sjálfbóðaliða þegar þess þarf (Ziersch o.fl., 2009). Mikill skortur er á rannsóknum sem snúa að þessu sviði en meira er til af rannsóknum sem snúa að eldri einstaklingum sem búa á dvalarheimilum og/eða í þjónustuíbúðum. Þörf er því á fleiri rannsóknum sem snúa að sjálfstætt búandi eldri einstaklingum til þess að komast að nákvæmari niðurstöðum.

Ofangreind samantekt gefur til kynna tengsl á milli félagslegrar virkni og heilsu eldri einstaklinga auk þess sem búseta tengist þessum þáttum mögulega. Eftirfarandi rannsókn snýst um að skoða hvort munur sé á félagslegri virkni og andlegri og líkamlegri heilsu eldri einstaklinga eftir því hvort þeir búa í stóru þéttbýli, litlu þéttbýli eða dreifbýli á Norðurlandi. Einnig verður kannað hvort almenn notkun sé á samskiptamiðlum og hvort hún tengist andlegri heilsu einstaklinganna. Með rannsókninni var leitast við að svara eftirfarandi spurningum: *Tengist búseta félagslegri virkni eldri einstaklinga? Er munur á heilsu eldri einstaklinga eftir því hvort þeir búa í dreifbýli eða þéttbýli?* og *Tengist notkun samskiptamiðla betri andlegri heilsu á meðal eldra fólks?*

Aðferð

Þátttakendur

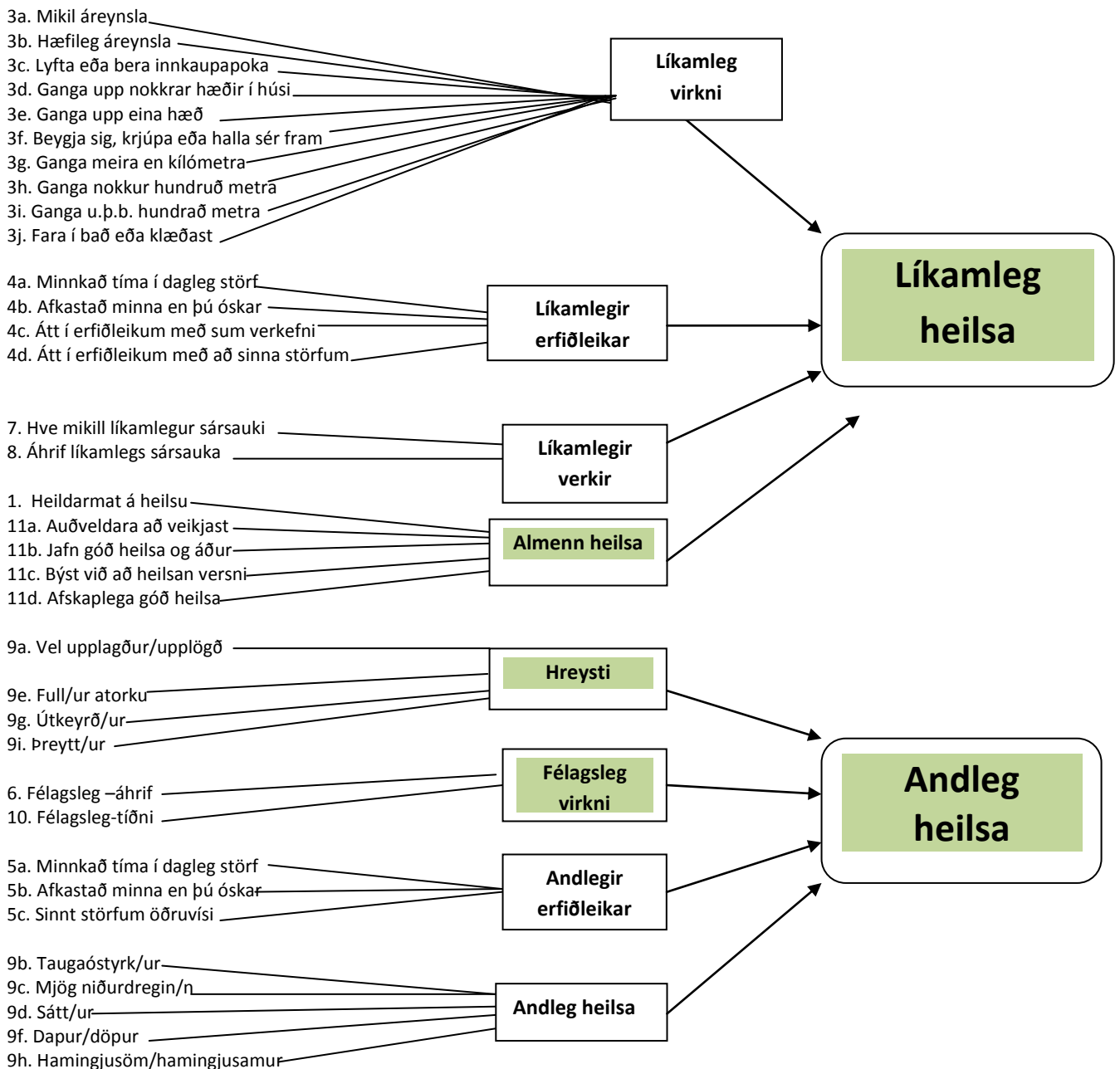
Þátttakendur voru 30 talsins (N=30). Kynjahlutfallið var þannig að karlar voru 12 (40%) og konur 18 (60%). Búseta skiptist þannig að 19 þátttakendur (9 karlar og 10 konur) voru búsettir í litlu þéttbýli (63,3%), 9 einstaklingar (2 karlar og 7 konur) í stóru þéttbýli (30%) og tveir einstaklingar (1 karl og 1 kona) í dreifbýlinu þar á milli (6,6%). Meðalaldur

Þátttakenda var 74 ár, yngsti þátttakandinn var 65 ára og sá elsti 91 árs. Meðalaldur þátttakenda í stóru þéttbýli var 72 ár, í litlu þéttbýli 77 ár og í dreifbýlinu þar á milli 70 ár. Skilyrði fyrir þátttöku voru að einstaklingar byggju á eigin vegum en hvorki í þjónustuíbúðum fyrir aldraða né á dvalarheimilum og væru eldri en 65 ára.

Mælitæki

Mælitækin sem notuð voru við rannsóknina var spurningalistinn *The short form (36) health survey* eða SF-36 sem snýr að andlegri og líkamlegri heilsu og spurningalisti sem hannaður var af rannsakendum.

SF-36 spurningalistinn samanstendur af 36 spurningum sem ætlað er að mæla líkamlega og andlega heilsu, virkni og vellíðan. Spurningunum 36 er skipt í tvo meginþætti; annars vegar líkamlegan þátt og hinsvegar andlegan þátt. Líkamlegi þátturinn inniheldur fjóra undirþætti: Almenna heilsu (e. general health), líkamlega getu (e. physical functioning), líkamlega verki (e. bodily pain) og áhrif líkamlegra þátta á atvinnu og félagslíf (e. role physical). Andlegi þátturinn hefur einnig fjóra undirflokkar sem eru andleg heilsa (e. mental health), hreysti (e. vitality), félagsleg virkni (e. social functioning) og áhrif andlegra þátta á atvinnu- og félagslíf (e. role emotional). Niðurstöðurnar eru kóðaðar, lagðar saman og settar í skala frá 0 (versta mögulega heilsa) til 100 (besta mögulega heilsa). Svarmöguleikar spurninganna eru 3-6 á Likert kvarða (Walters, Munro og Brazier, 2001; Jenkinson, 1999).



Mynd 1. Uppbygging undir- og yfirþátta SF-36.

SF-36 spurningalistinn var upphaflega hannaður í Bandaríkjunum árið 1998 af J. E.

Ware og félögum en hefur nú verið þýddur víða um heim. Ástæðuna má rekja til

verkefnisins IQOLA (*The International Quality of Life Assessment Project*) en markmið þess var að þróa staðlaða aðferð við þýðingu kvarðans frá ensku yfir á önnur tungumál (Ware og Gandek, 1998). Í dag hefur SF-36 kvarðinn verið þýddur á yfir 170 tungumál (Optum, e.d.) og hér á landi hefur hann verið þýddur og staðlaður af Magnúsi Ólafssyni undir heitinu: *Heilsa þín og vellíðan. SF-36. Spurningar um heilsu og lífsgæði*.

Áreiðanleiki undir- og meginþáttanna tveggja er gjarnan mældur með innra samkvæmi (e. internal consistency), eða svokölluðu Chronbach's alpha, og/eða endurtekinni prófun (e. test-retest) (Gatchel, Polatin, Mayer, Robinson og Dersh 1998). Áreiðanleiki undirþáttanna átta hefur oft verið mældur yfir 0,80 eða meira en fylgni sem mælist 0,70 eða hærri er talin vera ásættanleg (Ware, Kosinski, Turner-Bowker og Gandek, 2007).

Margar rannsóknir hafa sýnt fram á gott réttmæti SF-36 kvarðans (Braizer o.fl., 1992; Keller o.fl., 1998) og auk þess virðist kvarðinn sjálfur vera réttmætt mælitæki því innihalds-, viðmiðs- og hugsmíðaréttmæti er gott (Gatchel o.fl., 1998). Rannsóknir hafa einnig leitt í ljós að kvarðinn nýtist vel til að skoða ólíka hópa, þá bæði almenning og sjúklinga með ýmsa sjúkdóma (McHorney, Ware og Raczek, 1993). Kvarðinn hefur einnig gott alhæfingargildi á milli þjóða (Lam, Tse, Gandek og Fong, 2005; Jenkinson, 1999; Keller o.fl., 1998). Íslenska útgáfa SF-36 hefur lítið verið rannsökuð en í lokaverkefni Rannveigar J. Jónasdóttur frá árinu 2010 mátti sjá að innra samkvæmni var gott því öll atriði kvarðans mældust með fylgni upp á 0,40 eða meira við sinn undirkvarða. Innri áreiðanleiki allra undirkvarðanna mældist frá 0,76 til 0,95 sem telst vera nokkuð gott (Rannveig J. Jónasdóttir, 2010).

Spurningalistinn sem hannaður var af rannsakendum innihélt grunnspurningar um kyn, aldur, búsetu, stöðu á atvinnumarkaði, hjúskaparstöðu og menntun. Að auki var spurt

út í tengsl við börn, vini og nágretta og um tölvunotkun og samskiptamiðla eins og Skype/ Facetime og Facebook. Spurningar sem sneru að samskiptamiðlum lögðu áherslu á hvort notkun þeirra hefði jákvæð áhrif á líðan þátttakenda. Þátttakendur sem höfðu aðgang að tölvu og notuðu slíka samskiptamiðla voru til dæmis spurðir spurningarinnar *Hefur notkun þín á Facebook á einhvern hátt áhrif á þína vellíðan?* Þar sem svarmöguleikarnir voru 1) Já, samskiptin auka tengsl við fólkið mitt og það færir mér aukna ánægju, 2) Nei, samskiptin hafa engin áhrif á líðan mína og 3) Já, samskiptin hafa haft þær afleiðingar að ég fæ færri símtöl en áður.

Framkvæmd

Þessi rannsókn flokkast sem meginindleg þversniðsrannsókn þar sem um spurningakönnun er að ræða. Úrtaksstærðin var 30 einstaklingar, búsettir í stóru og litlu þéttbýli á Norðurlandi og dreifbýlinu á milli þeirra. Haft var samband við formenn félaga eldri borgara á þéttbýlisstöðunum og óskað eftir þátttakendum fyrir rannsóknina. Einnig var óskað eftir þátttakendum á samskiptamiðlinum Facebook. Í stærra þéttbýlinu sáu umsjónarmenn félagsstarfs aldriðra um að hengja upp auglýsingu í húsnæði félagsstarfsins þar sem óskað var eftir sjálfboðaliðum. Þeir sem höfðu áhuga hringdu eða sendu tölvupóst til að staðfesta þátttöku sína. Í minna þéttbýlinu sá formaður félags eldri borgara um að finna þátttakendur og sendi svo rannsakendum nafnalista með símanúmerum í tölvupósti. Hringt var í þátttakendur (N=30) á tímabilinu 8. - 20. mars 2015. Athugað var hvernig stæði á hjá þeim, þ.e. hvort þeir vildu svara spurningalistanum strax eða láta hringja í sig síðar. Flestir kusu að svara strax en nokkrir vildu láta hringja síðar þegar betur stæði á. Þátttakendum var skipt í tvennt á tilviljunarkenndan hátt og sáu tveir rannsakendur um að hringja í þá. Misjafnt var hvenær dagsins hringt var en aldrei var hringt snemma að morgni né eftir kvöldmat. Spurningalistinn var lagður fyrir munnlega, þ.e. rannsakendur báru upp

spurningarnar og þá svarmöguleika sem í boði voru við hverja spurningu, og skráðu svör þátttakenda á svarblöð. Fyrri hluti spurningalistans voru spurningarnar frá rannsakendum og seinni hlutinn var SF-36. Að meðaltali tók hvert símtal um 22 mínútur og luku allir þátttakendur við að svara spurningalistanum í heild. Ekki náðist í einn þátttakanda og annar hætti við þátttöku. Því var óskað eftir nýjum þátttakendum með sama hætti og áður. Þetta gagnasafn verður skilgreint sem *Gagnasafn I* í eftirfarandi umfjöllun.

Heilsutengdir hagir eldra fólks í dreifbýli og þéttbýli (2004)

Þátttakendur, gagnaöflun og aðferð

Rannsóknin Heilsutengdir hagir eldra fólks í dreifbýli og þéttbýli (2004) var hluti af þversniðsrannsókn á meðal eldri borgara á Íslandi. Þátttakendur voru valdir af handahófi úr þjóðskrá á einu þéttbýlissvæði og tveimur aðliggjandi dreifbýlissvæðum á Norðurlandi. Þéttbýlissvæðið í rannsókninni var háskólabær og næst stærsta þéttbýlissvæðið á Íslandi á eftir stór-höfuðborgarsvæðinu. Það hafði um það bil 16.500 íbúa og af þessum eldri aldurshópi voru 12% sem voru 65 ára og eldri. Af þeim hópi voru um 88% sjálfstætt búandi og 44% af þeim voru karlkyns. Á þessu þéttbýlissvæði voru ekki meira en 200 metrar á milli húsa og íbúarnir lifðu á öðrum úrræðum en landbúnaði. Dreifbýlissvæðið er landfræðilega aðskilið frá þéttbýlissvæðinu með firði og fjallgarði. Alls bjuggu þar 1000 íbúar, þar af 18% sem höfðu náð 65 ára aldri og 56% af þeim voru karlkyns. Þar sem engin stofnun fyrir eldra fólk var á svæðinu voru allir skráðir sem sjálfstætt búandi. Íbúarnir bjuggu ýmist á bæjum eða í öðrum aðskildum húsum og meirihluti þeirra hafði lifibrauð sitt af búskap (Arnadóttir, Gunnarsdóttir, Stenlund og Lundin-Olsson, 2011).

Íbúar svæðanna voru gjaldgengir til þátttöku ef þeir: (1) voru að minnsta kosti 65 ára, (2) voru sjálfstætt búandi, og (3) gátu tjáð sig munnlega í gegnum síma og ákvarðað

fund með aðstoðarmanni. Eftir að hafa af handahófi valið 250 einstaklinga sem uppfylltu þátttökuskilyrði var bréf sent til þeirra og nokkrum dögum seinna fengu þeir símtal þar sem ákveðinn var fundartími með aðstoðarmanni. Alls voru 14 einstaklingar sem uppfylltu ekki þátttökuskilyrði og voru því ekki beðnir um að taka þátt. Að lokum stóðu uppi 185 þátttakendur (78,4% þátttökuhlutfall). Rannsóknin var samþykkt af Vísindasiðanefnd (04-037-S1) og tilkynnt til Persónuverndar (S1948/2004). Gögnum var safnað frá júní til september árið 2004. Skriflegt upplýst samþykki var fengið frá öllum þátttakendum. Áður en gagnasöfnun hófst voru þrír aðstoðarmenn þjálfaðir í matinu. Gagnasöfnun fór ýmist fram á heimili þátttakenda eða á rannsóknarstöð nálægt heimili þeirra. Matið var byggt á sjálfsmatsskýrslum og í nær öllum tilfellum gert í viðtali í eigin persónu. Þátttakendum voru sýndir valkostir fyrir hverja spurningu með stækkunargleri til að auðvelda viðtölin við þá aðila sem þjáðust af heyrnaskerðingu. Öllum gögnum var safnað í einni heimsókn sem stóð yfir í um eina til þrjár klukkustundir (Arnadottir o.fl., 2011). Gagnasafnið verður skilgreint sem *Gagnasafn II* í eftirfarandi umfjöllun.

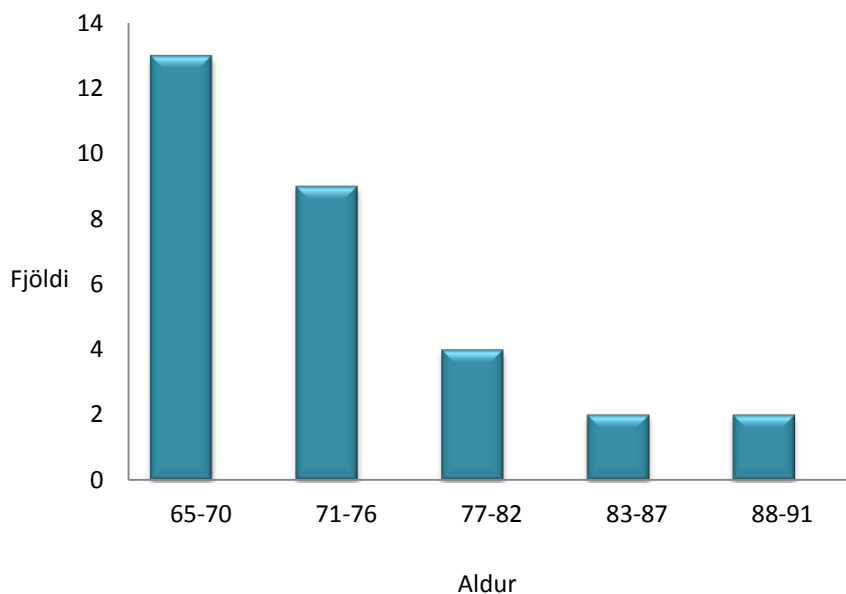
Siðfræðileg atriði

Hluti þeirra spurninga sem lagðar voru fyrir þátttakendur í rannsókninni snúa að persónulegum málefnum eins og andlegri- og líkamlegri líðan. Leitast var við að hafa höfuðreglurnar fjórar, Sjálfræðis-, Skaðleysis-, Velgjörðar- og Réttlætisregluna að leiðarljósi við framkvæmd rannsóknarinnar. Sjálfræðisreglan felur í sér að bera skuli virðingu fyrir einstaklingi og sjálfræði hans, Skaðleysisreglan snýr að því að umfram allt skuli forðast að valda skaða, Velgjörðarreglan leggur áherslu á mikilvægi þess að láta gott af sér leiða og að framkvæma rannsóknir sem eru til hagsbóta fyrir einstaklinginn. Réttlætisreglan miðar að því að hver og einn fái það sem hann/hún á skilið og að hópar í veikri stöðu séu verndaðir fyrir áhættu (Sigurður Kristinsson, 2013).

Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar (S7233) áður en gagnaöflun hófst. Áður en spurningalistinn var borinn upp var þátttakendum gerð grein fyrir því að þeim væri hvorki skylt að svara honum í heild né einstaka spurningum og frjálst að hætta þátttöku hvenær sem væri. Einnig voru þeir upplýstir um að engar persónulegar upplýsingar mætti rekja til þeirra. Ábyrgðamaður rannsóknarinnar var Dr. Elín Díanna Gunnarsdóttir.

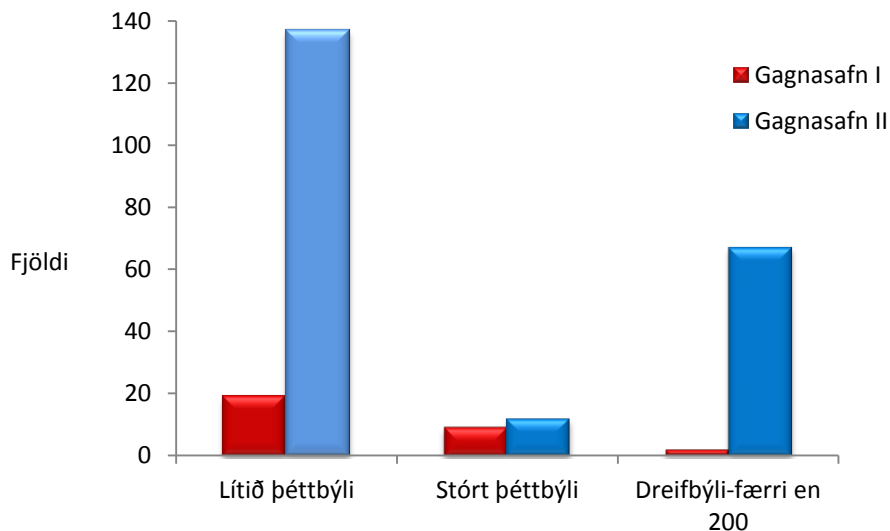
Tölfræðileg úrvinnsla

Spurningin *Hvaða ár ertu fædd/ur* var tekin og kóðuð upp á nýtt þannig að fæðingarár var dregið frá núverandi ári (2015). Með því fékkst aldur þátttakenda í tölustöfum og hægt var að kalla fram tíðnitöflu sem sýndi hæsta og lágsta aldur ásamt meðalaldri þátttakenda. Til að hægt væri að nota aldur til samanburðar í *t*-prófum og dreifigreiningu var nýja breytan *Aldur* endurkóðuð í 5 aldursflokka: 1=65-70 ára, 2=71-76 ára, 3=77-82 ára, 4=83-87 ára og 5=88-91 ára (sjá mynd 1).



Mynd 2. Aldursskipting þátttakenda

Spurningin *Hvar býrð þú núna* var upphaflega með fjórum svarmöguleikum: 1= Þéttbýli (200 eða fl.), 2=Dreifbýli I (færri en 200), 3=Dreifbýli II (færri en 25) og 4=Sveitabær.



Mynd 3. Búseta þátttakenda beggja rannsókna

Við endurkóðun voru svarmöguleikar 3 og 4 sameinaðir í *Dreifbýli færri en 200*, svarmöguleiki 2 varð að *Stórt þéttbýli* (3000 o.fl.) og svarmöguleiki 1 að *Lítið þéttbýli* (sjá mynd 2).

Spurningarnar *Hefurðu aðgang að tölvu*, *Við hverja talar þú helst á samskiptamiðlunum*, *Hefur notkun þín á Skype á einhvern hátt áhrif á þína vellíðan*, *Hefurðu notað Facebook* og *Hefur notkun þín á Facebook á einhvern hátt áhrif á þína vellíðan* reyndust vera með hátt ris (e. kurtosis) sem gefur til kynna litla dreifingu en lítil dreifing gefur til kynna lík svör þátttakenda. Svör við spurningunni *Hversu oft ertu í símasambandi við börn þín*, *ættingja* og *fjölskyldu* reyndust töluvert dreifð. Erfitt var að ná fram marktækum niðurstöðum úr tölfræðiprófum vegna þess hve lágt afl (e. power) gagnasafnsins er. Í þeim tilfellum sem skoða átti hvort munur væri á andlegri heilsu

einstaklinga eftir búsetu eða hvort munur væri á milli kynja varðandi það að vera í símasambandi við börnin sín, ættingja og fjölskyldu var notast við *t*-próf óháðra úrtaka (tveir óháðir hópar bornir saman). Til að skoða hvort tengsl væru á milli notkunar á samskiptamiðlum og andlegrar heilsu eða hvort munur væri á félagslegu stuðningsneti eftir búsetu var notast við dreifigreiningu (One-Way ANOVA). Hún gefur til kynna hvort munur sé á milli hópa en til að sjá nákvæmlega hvar munurinn liggur var notast við Post Hoc prófið *Tukey*. Miðað var við að $p \leq 0,05$ eða 95% öryggismörk í öllum tölfræðiþrófum.

Til að geta túlkað niðurstöður SF-36 spurningalistans þurfti að skilgreina betur þá átta undirþætti sem SF-36 samanstendur af. Ákveðnar spurningar í fimm af átta undirþáttum þurfti að endurkóða samkvæmt reglum sem fram koma í handbók mælitækisins (Ware, o.fl., 2007). Þannig fengust samsettir yfirþættir eins og *Félagsleg virkni og andleg og líkamleg heilsa* sem notast var við í tölfræðiþrófunum.

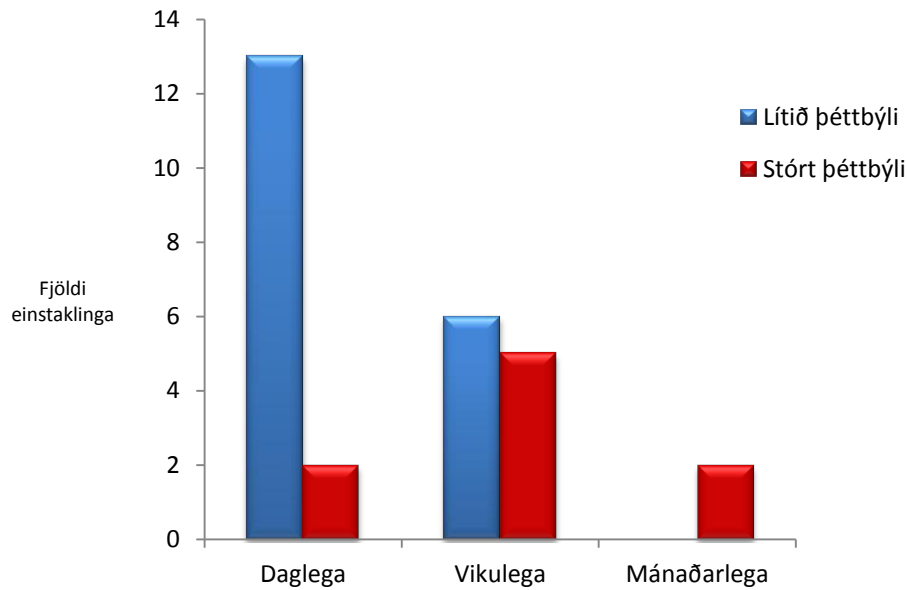
Niðurstöður

Tengist búseta félagslegri virkni eldri einstaklinga?

Til að skoða hvort munur væri á félagslegri virkni eldri einstaklinga eftir búsetu reyndist ekki nægilega mikill munur til að teljast marktækur þar sem $t(26) = -0,894$; $p > 0,05$. Til að skoða félagslega virkni var einnig hægt að notast við stakar spurningar í stað þeirra samsettu og þegar spurningin *Hve oft hittirðu vini þína eða nágranna (fyrir utan þá sem búa með þér)* og búseta í stóru þéttbýli eða litlu þéttbýli voru skoðaðar reyndist ekki marktækur munur á hópunum en að meðaltali hittu einstaklingar í litlu þéttbýli vini sína og nágranna oftar en einu sinni í viku á meðan einstaklingar í stóru þéttbýli hittu þá að meðaltali vikulega. Til samanburðar voru sömu svör skoðuð í gagnasafni II (frá 2004) og leiddu niðurstöður ekki í ljós marktækan mun. Munurinn á hópunum í því gagnasafni virtist

Þó minni en í gagnasafni I (frá 2015) en báðir búsetuhópar hittu vini sína oftár en einu sinni í viku. Samkvæmt þessum niðurstöðum virðist félagsleg virkni eldri borgara ekki háð búsetu. Í gagnasafni II reyndist ekki munur á félagslegri virkni eldri einstaklinga eftir því hvort þeir bjuggu í stóru eða litlu þéttbýli og ekki var heldur munur á sömu hópum varðandi það að fara í kirkju, á fundi eða sinna öðrum áhugamálum. Þegar skoðað var með *t*-prófi óháðra úrtaka hvort munur væri á kynjunum varðandi það að vera í símasambandi við börnin sín, ættingja og fjölskyldu reyndist hann ekki marktækur ($p > 0,05$), þótt meðaltölin sýndu örlítið meira símasamband hjá konum en körlum. Hið sama var upp á teningnum í gagnasafni I. Þegar dreifigreining var gerð á kóðuðu búsetuspurningunni (3 gildi) í gagnasafni I og *Hversu oft ertu í símasambandi við börn þín, ættingja og fjölskyldu* kom í ljós að tölfræðiprófið (ANOVA) reyndist ekki marktækt. Niðurstöður sýndu samt sem áður sama mynstur og sást í gagnasafni II ($F(2,183)=8,572, p < 0,05$), að þeir sem búa í stóru þéttbýli virðast oftár vera í símasambandi við börn, ættingja og fjölskyldu en einstaklingar í minni þéttbýlum.

Dreifigreining sýndi ekki mun á búsetu og félagslegri virkni eldri borgara í gagnasafni I $F(2,27) = 0,419, p > 0,05$. Þegar spurningin *Hversu oft hittirðu vini þína og nágretta (fyrir utan þá sem búa með þér)* var skoðuð með tilliti til búsetu viðkomandi sást marktækur munur (þrátt fyrir að íbúahlutfall væri ekki jafnt) þar sem $F(2,27) = 4,489, p < 0,05$.



Mynd 4. Hve oft hittir viðkomandi vini sína og nágretta (fyrir utan þá sem hann býr með).

Dreifbýlinu var sleppt þar sem þátttakendur þar voru einungis tveir og munurinn var því eingöngu á milli stórs þéttbýlis og lítils. Út frá þessu má áætla að einstaklingar í litlu þéttbýli hitti vini og nágretta oftar en þeir sem búa í stóru þéttbýli. Sambærilegar niðurstöður fengust úr gagnasafni II.

Til að skoða hvort munur væri á því hversu oft viðkomandi færi í kirkju, á fundi eða sinni öðrum áhugamálum eftir búsetu sýndi dreifigreining ekki marktækan mun. Hinsvegar sýndu niðurstöður að meðaltal eldri einstaklinga í stóru þéttbýli var lægra en meðaltal einstaklinga í litlu þéttbýli sem gefur til kynna að þeir fari sjaldnar í kirkju, á fundi eða sinni öðrum áhugamálum.

Í gagnasafni II reyndist ekki munur á félagslegri virkni eldri borgara eftir búsetu þegar heildarskor fyrir félagslega virkni var notað þar sem $p. > 0,05$. Þegar spurningin *Hversu oft ferðu í kirkju, á fundi eða sinnir öðrum áhugamálum* var borin saman við búsetu

(eins og í gagnasafni I) kom í ljós að það var marktækt ($p = 0,00$) þar sem $F(2,183)=14,480$, $p<0,05$. Munurinn var marktækur á milli lítills þéttbýlis og dreifbýlis með færri en 200 íbúum en samkvæmt niðurstöðum fara einstaklingar í litlu þéttbýli vikulega upp í 1-3 sinnum í mánuði í kirkju, á fundi eða sinna öðrum áhugamálum á meðan einstaklingar í dreifbýli með færri en 200 íbúum fara 1-3 sinnum í mánuði upp í nokkrum sinnum á ári. Einungis 3 þátttakendur voru búsettir í stóru þéttbýli.

Þótt munurinn á búsetu og félagslegri virkni sé ekki marktækur (sem líklega er vegna lítills úrtaks) má sjá vísbendingar um að félagsleg virkni sé ívið meiri í smærri samfélögum.

Þegar gagnasöfnunum tveimur var blandað saman ($N=216$) og skoðað hvort munur væri á félagslegu stuðningsneti (hve mörgum fjölskyldumeðlimum eða ættingjum viðkomandi er nán/n) eftir búsetu leiddi dreifigreining í ljós marktækan mun $F(2,213)=16,300$, $p < 0,05$. Í litlu þéttbýli áttu einstaklingar að meðaltali 16 nána aðstandendur en í dreifbýli voru þeir 6 að meðaltali og þar lá mesti munurinn. Í stóru þéttbýli áttu einstaklingar að meðaltali 8 nána aðstandendur. Einnig fékkst sama niðurstaða og þegar gagnasafn II var keyrt eitt og sér.

Er munur á heilsu eldri einstaklinga eftir því hvort þeir búa í dreifbýli eða þéttbýli?

Til að skoða hvort munur væri á andlegri heilsu eldri einstaklinga í gagnasafni I eftir búsetu var t-próf óháðra úrtaka framkvæmt. Í þessu tilfalli var eingöngu notast við breytur *Stórt þéttbýli* og *lítið þéttbýli*. Ekki reyndist marktækur munur þar sem $t(26) = -0,483$; $p > 0,05$, en örlítið hærra meðaltal var á meðal einstaklinga í stóru þéttbýli sem gefur til kynna lakari heilsu. Þótt hreysti eldri borgara í litlu þéttbýli væri að meðaltali örlítið lakari en meðal þeirra sem búa í stóru þéttbýli var ekki marktækur munur á milli hópanna þar sem $t(26) = 0,662$; $p > 0,05$. Þegar t-próf á líkamlegum verkjum þátttakenda eftir stærð þéttbýlis og

áhrifum líkamlegra þátta á atvinnu og félagslíf eftir þéttbýlisstærð voru skoðuð kom í ljós að þéttbýlisstærð virtist ekki hafa nein áhrif þar sem hóparnir voru nánast jafnir. Tölfræðipróf leiddi einnig í ljós að enginn munur reyndist á líkamlegri virkni þátttakenda eftir búsetu né á almennri heilsu.

Ákveðið var að skoða sömu breytur í gagnasafni II (N=185) og sjá hvort munur væri á hópunum á milli ára, þ.e. 2003 og 2015 með *t*-prófi óháðra úrtaka. Í ljós kom að ekki var um marktækan mun að ræða í neinum af þeim breytum sem prófaðar voru og meðaltal nokkuð jafnt eftir stærð þéttbýlis. *T*-próf sýndi ekki fram á mun á milli karla og kvenna hvað varðar andlega heilsu.

Til að skoða hvort munur væri á andlegri heilsu eldri einstaklinga í stóru þéttbýli, litlu þéttbýli eða dreifbýli með færri en 200 einstaklingum í gagnasafni I var gerð dreifigreining (one- Way ANOVA). Prófið reyndist ekki marktækt þar sem $p > 0,05$. Munurinn reyndist ekki heldur marktækur á milli búsetu eldri einstaklinga, líkamlegrar virkni og líkamlegra verkja. Til að skoða hvort munur væri á andlegri heilsu einstaklinga eftir aldri (Flokkuð aldursbreyta) var gerð dreifigreining og sýndu niðurstöður fram á marktækan mun á heilsu í aldursflokkunum 71-76 ára og 77-82 ára þar sem $F(4,25) = 3,530$, $p < 0,05$.

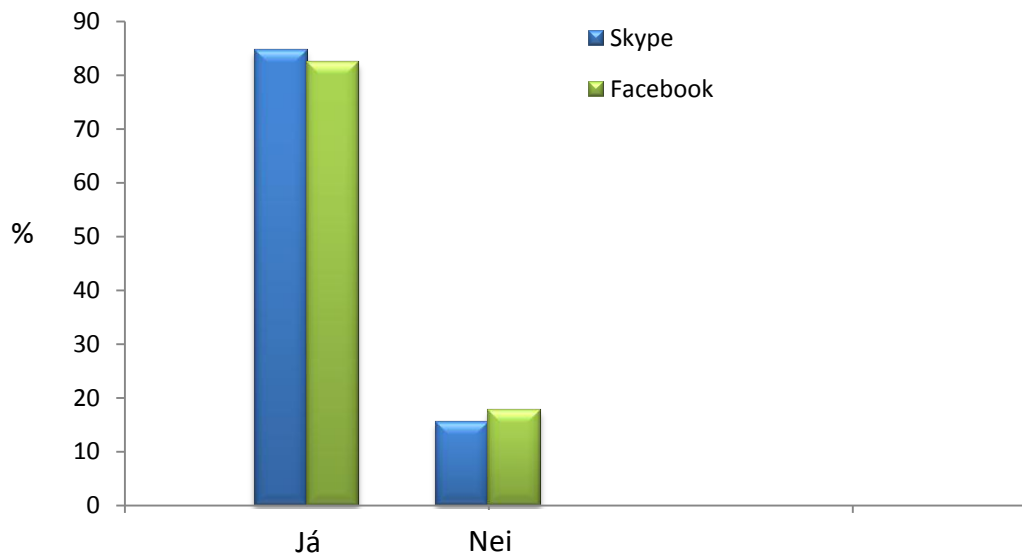
Sömu tölfræðipróf í gagnasafni II sýndu að munur var á almennri heilsu eldri einstaklinga í stóru þéttbýli, litlu þéttbýli og dreifbýli með færri en 200 íbúum þar sem $F(2,182) = 6,020$, $p < 0,05$. Munurinn reyndist vera á milli lítilla þéttbýla og dreifbýla með færri en 200 einstaklingum. Hið sama má segja um niðurstöður dreifigreiningar þegar skoðað var hvort munur væri á andlegri heilsu eldri einstaklinga eftir búsetu, því tölfræðiprófið ($F(2,179) = 4,860$, $p < 0,05$) sýndi að meðaltalið reyndist hæst (besta andlega heilsan) í litlu þéttbýli eða 59%, og í stóru þéttbýli og dreifbýli með minna en 200 íbúum

var meðaltalið jafnt, eða um 55%. Þegar skoðað var hvort munur væri á hreysti eldri einstaklinga eftir búsetu sýndi dreifigreining marktækan mun á milli sömu hópa og að ofan $F(2,181) = 4,738, p < 0,05$. Hinsvegar reyndist ekki munur á líkamlegum verkjum eldri einstaklinga eftir búsetu.

Tengist notkun samskiptamiðla betri andlegri heilsu á meðal eldra fólks?

Flestir þátttakendur rannsóknarinnar höfðu aðgang að tölvu, eða 86,7%. Til að skoða hvort tengsl væru á milli notkunar eldri einstaklinga á samskiptamiðlum Skype og andlegrar heilsu var gerð dreifigreining. Niðurstöður leiddu ekki í ljós að munur væri á andlegri heilsu hjá þeim sem nota Skype og hjá þeim sem ekki nota það þar sem $F(1,24) = 0,004, p > 0,05$.

Dreifigreining á tengslum eldri einstaklinga og notkunar á samskiptamiðlinum Facebook leiddi ekki heldur í ljós marktæk tengsl þar sem $F(2,26) = 1,059, p > 0,05$. Þar sem rannsakendur grunaði að ekki fengist marktæk niðurstaða úr þessum tölfræðiprófum vegna smáðar úrtaks ($N=30$) voru þeir þátttakendur sem sögðust nota Skype, Facebook eða Facetime spurðir að því hvort notkun samskiptamiðlanna hefði einhver áhrif á líðan þeirra. Alls sögðu 84,6% þeirra sem notuðu Skype og 82,4% þeirra sem notuðu Facebook að notkun á samskiptamiðlunum yki tengslin við fólkið þeirra og það færði þeim aukna ánægju (Sjá mynd 4). Enginn af þátttakendunum hafði notað samskiptamiðilinn Facetime.



Mynd 5. Hefur notkun þín á Skype/Facebook einhver áhrif á líðan þína?

Umræður

Markmið rannsóknarinnar var að skoða hvort tengsl væru á milli búsetu og heilsu, búsetu og félagslegrar virkni og hvort notkun samskiptamiðla tengdist betri andlegri heilsu eldra fólks. Ekki reyndist munur á því hversu félagslega virkir eldri einstaklingar eru eftir því hvar þeir búa. Félagsleg virkni samanstendur hinsvegar af ýmsum þáttum og því var einnig hægt að skoða hana með því að einblína á einn og einn undirþátt, t.d. með því að skoða hversu oft eldri einstaklingar hitta vini og ættingja eftir því hvar þeir búa.

Niðurstöður leiddu í ljós að eldri einstaklingar í litlu þéttbýli eða dreifbýli hitta vini og ættingja oftar að meðaltali en þeir sem búsettir eru í stóru þéttbýli. Þar sem fáir einstaklingar í gagnasafni I (frá 2015) voru búsettir í dreifbýli (6,7%) gaf niðurstaðan ekki skýra mynd af því hversu oft einstaklingar á þeim svæðum hitta vini og nágretta. Því var

áhugavert að skoða niðurstöður gagnasafns II (frá 2004) því þar voru 34,9% í dreifbýli með færri en 200 einstaklingum og úrtakið mun stærra. Þær niðurstöður gáfu til kynna að einstaklingar í stóru og litlu þéttbýli hitti vini og ættingja oft en þeir sem búa í dreifbýli. Þegar talað er um dreifbýli erlendis má leiða líkur að því að íbúafjöldi sé nær því að vera eins og í litlum þéttbýliskjörnum hérlendis frekar en á sveitabæjum, þ.e. að dreifbýli erlendis sé sambærilegt litlu þéttbýli hérlendis. Sú upplifun sem rannsakendur fengu eftir gagnaöflun var að einstaklingar í litlu þéttbýli falli undir þennan flokk þar sem þeir virðast félagslega virkari en þeir sem búa á stærrri stöðum. Talið hefur verið að íbúar dreifbýlis séu félagslega virkari en íbúar þéttbýlis (Ziersch o.fl., 2009) sem er talin afleiðing þess að minni fólksfjöldi á tilteknu svæði leiði til sterkari félagslegra tengsla.

Hlutverkakenning (e. role theory) Parson frá 1942 fékk hljómgrunn hjá rannsakendum þegar niðurstöður lágu fyrir vegna þess að hún snýst um þann mikilvæga part í öldrunarferlinu að eiga sér hlutverk. Stærstur hluti þátttakenda bjó með maka og áberandi var hve virkir þessir einstaklingar voru í því að finna sér hlutverk hvort sem það var að vera vinur, vera í kirkjukór, vera í gönguhópi og/eða ýmsum félagasamtökum og sjálfboðastörfum. Kenning Parson tengist líka inn á Virknikenningu (e. activity theory) Longino og Kart (1982) sem snýst um að því virkari, duglegri og afkastameiri sem einstaklingar eru á efri árum, því hamingjusamari verði þeir. Endurbætta útgáfan af kenningunni kom út árið 1997 og setur virka þátttöku, góða andlega og líkamlega heilsu og sjúkdómaleysi undir hatt farsællar öldrunar. Þetta samræmist niðurstöðum gagnasafns II en þeir sem voru búsettir í litlu þéttbýli og voru félagslega virkir mældust með betri almenna og andlega heilsu, auk þess að vera hraustari.

Félagslegur stuðningur virðist draga úr andlegu álagi, þróun á þunglyndi og kvíða (Taylor o.fl., 2007) og hefur reynst heilsuþætandi og áhrifaríkur fyrir úrvinnslu eldra fólks

úr sjúkdómum (White o.fl., 2009). Þegar þátttakendur svöruðu því hversu mörgum þeir væru nákomnir og gætu leitað til kom í ljós að félagslegt stuðningsnet reyndist minna í dreifbýli og stóru þéttbýli heldur en litlu þéttbýli þar sem hver einstaklingur hafði að meðaltali 1-10 aðila sem voru nákomnir. Í litlu þéttbýli höfðu einstaklingarnir hins vegar 11-20 nákomna einstaklinga. Einnig virtust eldri einstaklingar í dreifbýli sjaldnar vera í símasambandi við börn, ættingja og vini heldur en þeir sem búa í þéttbýli. Þessar niðurstöður haldast í hendur við umfjöllun Taylor o.fl., (2007) um tengsl félagslegs stuðningsnets og heilsu, því eins og fram hefur komið virðast einstaklingar í dreifbýli við lakari heilsu en þeir sem búa í litlu og stóru þéttbýli.

Þar sem tómstundaiðkun telst til félagslegrar virkni lék rannsakendum forvitni á að vita hvort munur væri á tómstundasækni eldri einstaklinga eftir búsetu til að varpa frekara ljósi á félagslega virkni þeirra. Ekki reyndist neinn munur á tómstundasækni þátttakenda í gagnasafni I en samkvæmt niðurstöðum gagnasafns II fara einstaklingar í litlu þéttbýli nokkrum sinnum í viku í tómstundir á meðan þeir sem búa í dreifbýli fara töluvert sjaldnar. Þrátt fyrir að félagsleg virkni mælist minni í dreifbýlum (þ.m.t. sveitabæjum) verður að hafa í huga að félagsleg virkni þar er mögulega á öðrum mælikvarða en í þéttbýlum. Sveitafólk fer á milli bæja í heimsóknir og haldnar eru skemmtanir þar sem allflestir mæta og ákveðin eining myndast á milli einstaklinganna. Í kenningu sinni fjallar Tornstam (2000) um að á vidd félags- og persónulegra tengsla aukist sjálflægni einstaklingsins og hann verði vandlátari á það í hvað hann ver tíma sínum. Hlédrægni getur verið hluti af þessu ferli á þann hátt að einstaklingur dragi sig í hlé en það gefur ekki til kynna að viðkomandi eigi við vanlíðan að stríða eða sé áhugalaus gagnvart félagslegum tengslum.

Þrátt fyrir að niðurstöðurnar gefi til kynna meiri félagslega virkni á meðal eldri einstaklinga í litlum þéttbýliskjörnum er engan veginn hægt að alhæfa um slíkt út frá þessum rannsóknarniðurstöðum því tölfræðilegt afl gagnasafnsins er svo lágt. Þetta vekur hinsvegar áhuga rannsakenda á því að gera samskonar rannsókn með stærra og dreifðara úrtaki. Niðurstöður gagnasafnanna gáfu til kynna lakari andlega og líkamlega heilsu á meðal einstaklinga í dreifbýli en það er heldur ekki hægt að alhæfa um það að skortur á félagslegri virkni og tengslum sé ástæðan. Einstaklingar sem alist hafa upp í dreifbýli, einkum á sveitabæjum, vinna oft og tíðum líkamlega erfið störf með miklum álagstímabilum eins og sauðburði, heyskap, göngum/smölun o.s.frv. Starfsaldur bænda er ekki bundinn við hinn hefðbunda eftirlaunaaldur (67 ára) og því halda margir þeirra störfum sínum áfram eins lengi og þeir treysta sér til. Rannsóknir hafa sýnt fram á fylgni milli líkamlegrar og andlegrar heilsu (Lang, 2001). Því má velja því fyrir sér hvort það að andleg heilsa einstaklinga í dreifbýli sé lakari en hjá þeim sem búa í þéttbýli sé á einhvern hátt afleiðing af líkamlegri heilsu þeirra.

Eins og fram kom í niðurstöðukafla var ekki marktækur munur á andlegri heilsu þátttakenda eftir því hvort þeir notuðu samskiptamiðla. Þegar þátttakendur voru spurðir að því hvort notkun samskiptamiðlanna færði þeim aukna ánægju eða hefði engin áhrif á líðan þeirra kom þó greinilega í ljós að notkun á Skype og Facebook færði þeim, sem það nota, aukna ánægju og helst það í hendur við þær rannsóknir sem fjallað var um. Samkvæmt Cotten o.fl. (2012) getur notkun internetsins sem samskiptamiðils dregið úr félagslegri einangrun og stækkað félagslegt tengslanet (Cotten o.fl., 2012).

Þrátt fyrir að tölfræðiþróf hafi ekki sýnt marktækar niðurstöður í mörgum tilfellum gáfu niðurstöður til kynna að það væri munur á einstaklingum eftir búsetu vegna þess að

samræmi var á milli gagnasafna varðandi hæstu og lægstu tíðni. Ekki má þó alhæfa um að niðurstöður gagnasafns I haldist alfarið í hendur við gagnasafn II.

Takmarkanir

Helstu takmarkanir á rannsókninni eru smæð gagnasafns I því svo lítið úrtak hefur nánast ekkert alhæfingargildi þótt það gefi ákveðna raunmynd til kynna. Mikill munur þurfti að vera til staðar til að fá marktækar niðurstöður með svo smáu úrtaki. Það takmarkar mögulega rannsóknina að þátttakendur voru aðallega fengnir í gegnum félagslega virka starfsemi fyrir eldri borgara, þ.e. þeir þátttakendur sem fengust voru líklegri til að vera félagslega virkir en óvirkir.

Önnur takmörkun er að okkar mati gildi svarmöguleikanna við sumar spurningarnar því þær buðu ekki upp á nógu nákvæm svör. Spurningarnar *Hversu oft ertu í símasambandi við börn þín, ættingja og fjölskyldu* og *Hversu oft ertu í símasambandi við vini þína og nágranna* buðu upp á svarmöguleikana *daglega, vikulega, mánaðarlega, árlega, og aldrei*. Algengt var að þátttakendum þætti enginn valmöguleiki eiga við sig því þeir töluðu gjarnan við þessa einstaklinga 2-3 sinnum í viku. Önnur spurning sem rannsakendur áttuðu sig of seint á að þyrfti mögulega að umorða var spurningin *Hversu oft ferðu í kirkju, á fundi eða sinnir öðrum áhugamálum*. Spurningin náði ekki að gefa mynd af því hve oft fólk stundar áhugamál. Það er ekki hægt að fullyrða að kirkjusókn sé áhugamál hjá eldri einstaklingum frekar en þeim yngri, en samkvæmt Hagstofunni (2015) hefur sóknarbörnum innan Þjóðkirkjunnar fækkað um 3,2% síðastliðinn áratug. Hið sama á við um fundi því erfitt er að alhæfa um að þeir tengist áhugamálum nema um sé að ræða samtök eða félög eins og Oddfellow, Lions, Rauða krossinn o.s.frv. sem fólk tekur oftast þátt í af áhuga. Það hefði þurft að vera sér spurning um áhugamál því þau eru stór þáttur í félagslegri virkni. Eftir á að hyggja sáú rannsakendur einnig að einhver galli virtist vera við spurninguna *Ef þú átt*

ættlingja eða fjölskyldu á lífi hversu mörgum ertu nákominn(n), líður vel með og getur leitað liðsinnis hjá því þátttakendum þótti í sumum tilfellum erfitt að flokka fólk niður eftir nánd. Ef sambærilegar rannsóknir verða gerðar í framtíðinni teljum við mikilvægt að ígrunda þessar spurningar betur og ganga úr skugga um að þær skoði og mæli það sem þeim ber.

Það að bera spurningalista eins og þennan fyrir fólk í gegnum síma hefur einnig ákveðnar takmarkanir því þá vantar þau tengsl og það traust sem þátttakandi finnur fyrir þegar hann er spurður augliti til auglitis. Eins og í öðrum spurningakönnunum er sú skekkja alltaf fyrir hendi að fólk svari því sem það telur „rétt“. Hvort tilviljun ráði því að enginn af einstaklingunum þrjátíu hafi fundið fyrir andlegri vanlíðan mánuðinn á undan, eða hvort þeim fannst spurningin of nærgöngul er vafaatriði en áberandi var hversu fáir þátttakendur svöruðu því að andleg heilsa þeirra hefði alls engin áhrif haft á þá félagslega síðustu 4 vikur.

Þegar spurt var út í líðan einstaklinga síðustu 4 vikurnar í SF-36 skýra niðurstöður í raun út tímabundið ástand en ekki almennt ástand. Af einstaklingunum þrjátíu í gagnasafni I voru alla vega tveir sem höfðu orðið fyrir því óhappi að beinbrjóta sig og voru þar af leiðandi ekki eins virkir og þeir voru vanir. Spurningar sem sneru að síðustu 4 vikum voru þannig ekki dæmigerðar fyrir viðkomandi einstakling og í svo litlu úrtaki hefur það töluverð áhrif.

Hagnýtt gildi og frekari rannsóknir

Það eru ekki margar íslenskar rannsóknir til um félagslega virkni og heilsu og líðan eldri borgara eftir búsetu eða landssvæðum. Við teljum rannsókn sem þessa áhugaverða fyrir okkar litlu þjóð því erlendar rannsóknir hafa ekki alltaf alhæfingargildi. Vegna smæðar þjóðarinnar skilgreinast þéttbýli og dreifbýli ekki á sama hátt á Íslandi og annars staðar í hinum vestræna heimi, þjónusta við einstaklinga er ekki sú sama, samgöngur á milli staða

eru öðruvísi o.s.frv. Í orðræðunni er höfuðborgarsvæðinu og stóru þéttbýli gjarnan gert hærra undir höfði hvað varðar úrræði, þjónustu og afþreyingu fyrir eldri borgara. Það er því mikilvægt að skoða betur hvaða áhrif félagsleg virkni og félagsleg nánd hefur á heilsu og líðan einstaklinga og sjá merki þess að þessir þættir séu mögulega sterkari í minna þéttbýli en stóru. Til að fá skýrari mynd af þessum vangaveltum þyrfti að gera stóra úrtaksrannsókn þar sem öll landssvæði tækju þátt. Sérstaklega áhugavert yrði að skoða áhrif tölvunotkunar og samskiptamiðla á líðan eldri einstaklinga því eins og niðurstöður rannsóknar Cotten o.fl. (2012) sýndu fram á er andleg heilsa betri á meðal eldri einstaklinga sem nota internetið.

Heimildaskrá

- Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365(9475), 1961-1970.
doi:10.1016/S0140-6736(05)66665-2
- Amalía Björnsdóttir og Ingibjörg H. Harðardóttir. (2007). Eldri borgarar og stórfjölskyldan. Í Gunnar Þór Jóhannesson (ritstjóri), *Rannsóknir í félagsvísindum VIII*. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. útgáfa). Washington: American Psychological Association.
- Amichai-Hamburger, Y. og Ben-Artzi, E. (2003). Loneliness and internet use. *Computers in Human Behavior*, 19(1), 71-80. doi:10.1016/S0747-5632(02)00014-6
- Angus, J. og Reeve, P. (2006). Ageism: A threat to “Aging well” in the 21st century. *Journal of Applied Gerontology*, 25(2), 137-152. doi:10.1177/0733464805285745
- Arnadóttir, S. A., Gunnarsdóttir, E. D., Stenlund, H. og Lundin-Olsson, L. (2011). Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the international classification of functioning. *BMC Public Health*, 11, 670-2458-11-670. doi:10.1186/1471-2458-11-670
- Bengtson, V. L., Rice, C. J. og Johnson, M. L. (1999). Are theories of aging important? models and explanations in gerontology at the turn of the century. Í Bengtson, V. og K. W. Schaie (ritstjórar), *Handbook of Theories of Aging* (bls. 3-19). USA: Springer.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), M249-M265

- 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.
- Boyd, D. M. og Ellison, N. B. (2007). Social network sites: Definition, history, and scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), 210-230. doi:10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x
- Brazier, J. E., Harper, R., Jones, N. M., O'Cathain, A., Thomas, K. J., Usherwood, T. og Westlake, L. (1992). Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 305(6846), 160-164
- Chang, P., Wray, L. og Lin, Y. (2014). Social relationships, leisure activity, and health in older adults. *Health Psychology*, 33(6), 516-523. doi:10.1037/hea0000051
- Cornwell, E. Y. og Waite, L. J. (2009). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(suppl 1), i38-i46. doi:10.1093/geronb/gbp037
- Cotten, S. R., Ford, G., Ford, S. og Hale, T. M. (2012). Internet use and depression among older adults. *Computers in Human Behavior*, 28(2), 496-499. doi:10.1016/j.chb.2011.10.021
- Crooks, V. C., Lubben, J., Petitti, D. B., Little, D. og Chiu, V. (2008). Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *American Journal of Public Health*, 98(7), 1221-1227. doi:10.2105/AJPH.2007.115923
- Dodge, R., Daly, A., Huyton, J. og Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222-235. doi:10.5502/ijw.v2i3.4

- Feldman, R. S. (2011). *Development across the life span* (6. útgáfa). Boston: Prentice-Hall.
- 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
- Fulop, T., Larbi, A., Witkowski, J. M., McElhaney, J., Loeb, M., Mitnitski, A. og Pawelec, G. (2010). Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology*, 11(5), 547-563. doi:10.1007/s10522-010-9287-2
- Gatchel, R. J., Polation, P. B., Mayer, T. G., Robinson, R. og Dersh, J. (1998). Use of the SF-36 health status survey with a chronically disabled back pain population: Strength and limitations. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8, 237-246.
- Hagstofa Íslands. (2015). Fjöldi eftir trú- og lífsskoðunarfélögum 2005 og 2015. Sótt af <http://www.hagstofa.is/Pages/95?NewsID=11679>
- Hagstofa Íslands. (2013). Spá um mannfjölda 2013-2060. *Hagtíðindi: Mannfjöldi*, 98(26), 1-25. Sótt af <https://hagstofa.is/lisalib/getfile.aspx?ItemID=15409>
- Hallgrímur Magnússon. (2004). Nokkrar staðreyndir um þunglyndi hjá öldruðum. *Öldrun* 22(1), 8-11.
- Hauge, S. (1998). An analysis and critique of the theory of gerotranscendence. *Vestfold College*,
- Helga S. Ragnarsdóttir. (2006). Öldrunarinnisæi - Ný kenning í öldrunarfræðum. *Öldrun*, 24(2).
- Helga S. Ragnarsdóttir. (2009). Ný sýn á elli og aldraða. Morgunblaðið. Sótt af <http://www.mbl.is/greinasafn/grein/1277448/>

- Hermann Óskarsson. (2005). *Heilbrigði og samfélag: Heilsufélagsfræðilegt sjónarhorn*. Akureyri: Háskólinn á Akureyri: Háskólaútgáfan.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343, d4163. doi:10.1136/bmj.d4163
- Hunter, K. og Linn, M. (1980-1981). Psychological differences between elderly volunteers and nonvolunteers. *International Journal of Aging and Human Development*, 12(3), 205-213.
- Ingibjörg Harðardóttir og Amalía Björnsdóttir (2008). *Það þarf þorp til að ala upp barn*. Framlag eldri borgara til umönnunar barna á Íslandi. Netla-veftímarit um uppeldi og menntun. Sótt af <http://netla.hi.is/greinar/2008/016/index.htm>
- Ingunn Stefánsdóttir. (2009). Er óþarfi að kvíða ellinni? *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 85(5), 30-35.
- Jackson, J. (1998). Contemporary criticisms of role theory. *Journal of Occupational Science*, 5(2), 49-55. doi:10.1080/14427591.1998.9686433
- Jenkinson, C. (1999). Comparison of UK and US methods for weighting and scoring the SF-36 summary measures. *Journal of Public Health Medicine*, 21(4), 372-376.
- Jón Björnsson. (1996). Hvað er öldrun? Í Hörður Þorgilsson og Jakob Smári (ritstjórar), *Árin eftir sextugt: Allt sem þú þarft að vita til þess að njóta efri áranna*. Reykjavík: Forlagið.
- Keller, S. D., Ware, J. E., Bentler, P. M., Aaronson, N. K., Alonso, J., Apolone, G., . . . Kaasa, S. (1998). Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 health survey in ten countries: Results from the IQOLA project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1179-1188.

- Krause, N., Herzog, A. R. og Baker, E. (1992). Providing support to others and well-being in later life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47(5), 300–311. doi: 10.1093/geronj/47.5.P300
- Lam, C. L. K., Tse, E. Y. Y., Gandek, B. og Fong, D. Y. T. (2005). The SF-36 summary scales were valid, reliable, and equivalent in a chinese population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(8), 815-822. doi:10.1016/j.jclinepi.2004.12.008
- Lang, F. R. (2001). Regulation of Social Relationships in later adulthood. *The Journals of Gerontology*, 56, 321-326
- Madden, M. (2010). Older adults and social media. *Pew Internet & American Life Project*, 27. Sótt af <http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/2010/Pew%20Internet%20-%20Older%20Adults%20and%20Social%20Media.pdf>
- Bulletin*, 30(12), 1524-1536. doi:10.1177/0146167204271185
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Jr. og Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-item short- form health survey (SF-63): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31, 247-263.
- Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), 74-82.
- Moen, P., Dempster-McClain, D. og Williams, R. M. (1992). Successful aging: A life-course perspective on women's multiple roles and health. *The American Journal of Sociology*, 97(6) 1612–1638.

- Musick, M. A., Herzog, A. R. og House, J. S. (1999). Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 54(3) 173–180 doi: 10.1093/geronb/54B.3.S173
- Nicholson, N. (2012). A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *The Journal of Primary Prevention*, 33(2-3), 137-152. doi:10.1007/s10935-012-0271-2
- Nussbaum, J.F., Pecchioni, L.L., Robinson, J.D. og Thompson, T.L. (2000). *Communication and Aging*. Mahwah, New Jersey: Erlbaum.
- Optum. (e.d.). *Translation process*. Sótt af <https://www.optum.com/optum-outcomes/what-we-do/health-survey-translation.html>
- Paykel, E. S., Abbott, R., Jenkins, R., Brugha, T. S. og Meltzer, H. (2000). Urban–rural mental health differences in great britain: Findings from the national morbidity survey. *Psychological Medicine*, 30(02), 269-280.
- Portero, C. F. og Oliva, A. (2007). Social support, psychological well-being, and health among the elderly. *Educational Gerontology*, 33(12), 1053-1068. doi:10.1080/03601270701700458
- Quadagno, J. S. (1999). *Aging and the life course: An introduction to social gerontology* McGraw-Hill College Boston.
- Rannveig J. Jónasdóttir. (2010). *Heilsa og líðan eftir útskrift af gjörgæslu*. Óbirt lokaritgerð: Háskóli Íslands, hjúkrunarfræðideild.
- Rook, K. S. og Sorkin, D. H. (2003). Fostering social ties through a volunteer role: Implications for older-adults' psychological health. *International Journal of Aging and Human Development*, 57(4), 313-337.

- Roscoe, L. J. (2009). Wellness: A review of theory and measurement for counselors. *Journal of Counseling & Development, 87*(2), 216-226.
- Santrock, J. W. (2011). *Life-span development*. New York: McGraw-Hill
- Serby, M. og Yu, M. (2003). Overview: Depression in the elderly. *Mount Sinai Journal of Medicine, 70*(1), 38.
- Sigurður Kristinsson (2013). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 229-237). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Stein, C. og Moritz, I. (1999). *A Life Course Perspective of Maintaining Independence in Older Age*. Sótt af http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_HSC_AHE_99.2_life.pdf
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P. og Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 110*(15), 5797-5801. doi:10.1073/pnas.1219686110
- Stiggelbout, M., Popkema, D. Y., Hopman-Rock, M., de Greef, M. og van Mechelen, W. (2004). *Once a week is not enough: Effects of a widely implemented group based exercise programme for older adults; a randomised controlled trial*doi:10.1136/jech.58.2.83
- Taylor, S. E., Friedman, H., & Silver, R. (2007). Social support. *Foundations of Health Psychology, 145-171*.
- Tomaka, J., Thompson, S. og Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health, 18*(3), 359-384. doi:10.1177/0898264305280993

- Tornstam, L. (2000). Transcendence in later life. *Generations*, 23(4), 10-14. Sótt af <http://search.proquest.com/docview/212226599/fulltextPDF/FD41BD848A8A4F5D>
PQ/1?accountid=49537
- Tufekci, Z. (2008). Grooming, gossip, facebook and myspace. *Information, Communication & Society*, 11(4), 544-564. doi:10.1080/13691180801999050
- Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55(5) 308–318. doi: 10.1093/geronb/55.5.S308
- Walters, S. J., Munro, J. F. og Brazier, J. E. (2001). Using the SF-36 with older adults: A cross-sectional community-based survey. *Age and Ageing*, 30(4), 337-343.
- Ware, J. E. og Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912.
- Ware, J., Kosinski, M., Turner-Bowker, D. M. og Gandek, B. (2007). User's manual for the SF-12v2 health survey. *Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated*.
- Velferðarráðuneytið. (e.d.). Niðurstöður framtíðarþings um farsæla öldrun. Sótt af <http://www.velferðarraduneyti.is/frettir-vel/nr/33936>
- Wellman, B. og Haythornthwaite, C. (2008). *The internet in everyday life*. New York: John Wiley & Sons.
- White, A. M., Philogene, G. S., Fine, L. og Sinha, S. (2009). Social support and self-reported health status of older adults in the united states. *American Journal of Public Health*, 99(10), 1872-1878.

- Whittle, H., Hamilton-Giachritsis, C., Beech, A. og Collings, G. (2013). A review of online grooming: Characteristics and concerns. *Aggression and Violent Behavior, 18*(1), 62-70. doi:10.1016/j.avb.2012.09.003
- World Health Organization. (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. Sótt af http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf
- World Health Organization. (2011). *Global Health and Aging*, Sótt af http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf?ua=1
- World Health Organization. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Sótt af http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- Wrzus, C., Hänel, M., Wagner, J. og Neyer, F.J. (2013). Social network changes and life events across the life span: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 139*(1), 53.
- Yorkston, K. M., Bourgeois, M. S. og Baylor, C. R. (2010). Communication and aging. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 21*(2), 309-319. doi:10.1016/j.pmr.2009.12.011
- Ziersch, A. M., Baum, F., Darmawan, I. G. N., Kavanagh, A. M. og Bentley, R. J. (2009). Social capital and health in rural and urban communities in south australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 33*(1), 7-16. doi:10.1111/j.1753-6405.2009.00332.x
- Þekkingarmiðstöð Sjálfsbjargar (e.d.). Félagsleg heilsa. Sótt af <http://www.thekkingarmidstod.is/velferd/heilsa/felagsleg-heilsa/>

Fylgiskjal A: Spurningalistar

1. Kyn:

1. Karl
2. Kona

2. Hvaða ár ertu fædd(ur)?: _____

3. Hvar býrðu núna?

1. Þéttbýli (200 eða fl.)
2. Dreifbýli I (færri en 200)
3. Dreifbýli II (færri en 25)
4. Sveitabær

4. Hjúskaparstaða:

1. Ég er einhleyp(ur)
2. Ég er sambúð/gift/kvæntur
3. Ég er ekkja/ekkill
4. Ég fráskilin(n)

5. Hvert eftirtalinna atriða á best við um þig núna?

1. Komin/-n á eftirlaun
2. Heimavinnandi (hugsa um heimilið)
3. Atvinnulaus
4. Öryrki
5. Útívinnandi (launuð vinna). Hvers konar vinnu? _____ Hve margar klukkustundir á viku? _____

6. Hvaða menntun hefur þú lokið?

1. Gagnfræðaprófi
2. Stúdentsprófi
3. Iðnmenntun
4. Háskólaprófi
5. Hef ekki lokið menntun

7. Auk þín hversu margir búa á heimili þínu? _____

Ef enginn, þá sleppa spurningu 8.

8. Hverjir aðrir búa á heimilinu?

	Fjöldi
1. Maki	
2. Foreldrar	_____
3. Systkini	_____
4. Börn/tengdabörn	_____
5. Aðrir ættingjar	_____
6. Aðrir	_____

9. Hversu oft hittirðu vini þína eða nágranna (fyrir utan þá sem búa með þér)?

1. Daglega
2. Vikulega
3. Mánaðarlega
4. Árlega
5. Aldrei

10. Hversu oft ertu í símasambandi við börn þín, ættingja og fjölskyldu?

1. Daglega
2. Vikulega
3. Mánaðarlega
4. Árlega
5. Aldrei
6. Ég á hvorki börn né ættingja á lífi

11. Hversu oft ertu í símasambandi við vini þína eða nágranna?

1. Daglega
2. Vikulega
3. Mánaðarlega
4. Árlega
5. Aldrei

12. Hefurðu aðgang að tölvu?

1. já
2. nei

Samskiptamiðlar

13. Hefurðu notað samskiptamiðilinn Skype eða aðra sambærilega miðla eins og Facetime?

1. já
2. nei

Ef nei þá sleppa sp. 14, 15 og 16.

14. Hversu oft að meðaltali notarðu samskiptamiðilinn til að eiga samskipti við vini/ættingja?

1. 1 sinni í mánuði eða sjaldnar
2. 2-3 sinnum í mánuði
3. 1 sinni í viku
4. 2- 6 sinnum í viku
5. 1 sinni á dag eða oftar

15. Við hverja talar þú helst á samskiptamiðlinum?

1. Nánustu fjölskyldu (börn, barnabörn, tengdabörn o.s.frv.)
2. Maka
3. Vini
4. Aðra fjölskyldumeðlimi eins og systkini og frændfólk
5. Annað (Einstaklinga sem tengjast atvinnu, félagsstörfum, áhugamálum o.s.frv.)

16. Hefur notkun þín á Skype á einhvern hátt áhrif á þína vellíðan?

1. Já, samskiptin auka tengsl við fólkið mitt og það færir mér aukna ánægju.
2. Nei, samskiptin hafa engin áhrif á líðan mína.
3. Já, samskiptin hafa haft þær afleiðingar að ég fæ færri símtöl en áður.

17. Hefurðu notað samskiptasíðuna Facebook?

1. já
2. nei

18. Hversu oft ferðu inn á Facebook að meðaltali?

1. 1 sinni í mánuði eða sjaldnar
2. 2-3 sinnum í mánuði
3. 1 sinni í viku
4. 2- 6 sinnum í viku
5. Daglega

19. Hefur notkun þín á Facebook á einhvern hátt áhrif á þína vellíðan?

1. Já, samskiptin auka tengsl við fólkið mitt og það færir mér aukna ánægju.
2. Nei, samskiptin hafa engin áhrif á líðan mína.
3. Já samskiptin hafa haft þær afleiðingar að ég fæ færri símtöl en áður.

20. Ef þú átt ættingja eða fjölskyldu á lífi hversu mörgum ertu nákominn(n), líður vel með, getur leitað liðsinnis hjá?

_____ Fjöldi ættingja

- Á enga ættingja á lífi.

21. Hversu mörgum öðrum ertu nákominn(n), líður vel með, getur leitað liðsinnis hjá? _____

22. Hversu marga af þeim hittirðu eða hefur símasamband við að minnsta kosti einu sinni í mánuði? _____

23. Hversu oft ferðu í kirkju, á fundi eða sinnir öðrum áhugamálum?

1. Aldrei
2. Nokkrum sinnum á ári
3. 1-3 sinnum á mánuði
4. Einu sinni í viku
5. 2-3 sinnum í viku
6. Næstum daglega

Könnun á heilsufari*Leiðbeiningar*

Þessi könnun leitar svara við því hvernig þér finnst heilsufar þitt vera. Upplýsingarnar aðvelda að fylgjast með líðan þinni og hvernig þér gangi að sinna daglegum störfum.

Svaraðu hverri spurningu með því að merkja við viðeigandi svar. Ef þú ert í vafa hvernig svara eigi tiltekinni spurningu, merktu þá eftir bestu getu við þann kost sem þér finnst komast næst réttu svári.

1. Þegar á heildina er litið, hvernig myndir þú segja að heilsa þín væri?

Setjið hring
utan um eitt
rétt svar

Afbragðs góð	1
Mjög góð	2
Góð	3
Sæmileg	4
Léleg	5

2. Hvernig metur þú heilsu þína nú, miðaðvið hvernig hún var fyrir einu ári?

Setjið hring
utan um eitt
rétt svar

Miklu betri nú en fyrir einu ári	1
Nokkru betri nú en fyrir einu ári	2
Nokkurn veginn eins og fyrir einu ári	3
Nokkru verri nú en fyrir einu ári	4
Miklu verri nú en fyrir einu ári	5

**Næstu spurningar fjalla um venjuleg, dagleg störf. Háir heilsufar þitt þér
þegar þú sinnir þessum störfum nú? Ef svo er, þá að hve miklu leyti?**

Setjið hring utan um einn tölustaf í hverri línu

	Já, háir	Já, háir	Nei, háir
	mér mjög	mér nokkuð	mér alls ekki
Mikil áreynsla, t.d. hlaup, lyfta þungum hlutum, taka þátt í	1	2	3
Hæfileg áreynsla, t.d. að færa til borð, ryksuga, synda eða spila	1	2	3
Lyfta eða bera innkaupapoka.	1	2	3
Ganga upp nokkrar hæðir í húsi.	1	2	3
Ganga upp eina hæð í húsi.	1	2	3

Beygja þig niður, krjúpa, halla þér	1	2	3
Ganga meira en einn kílómetra.	1	2	3
i. ganga u.þ.b. hundrað metra.	1	2	3
Fara í bað eða klæðast.	1	2	3

4. Hefur þú, undanfarnar 4 vikur, átt í erfiðleikum í starfi eða annarsstaðar vegna líkamlegrar heilsu og afleiðingarnar orðið eftirfarandi?

Svarið já eða nei m.þ.a. setja hring um 1 eða 2 í hverri línu.

	Já	Nei
a. Minnkað þann tíma sem fer í vinnu eða önnur dagleg störf.	1	2
b. Afkastað minna en þú óskar.	1	2
c. Átt í meiri erfiðleikum með sum verkefni en önnur.	1	2

- d. Átt í erfiðleikum með að sinna starfi þínu eða 1 2
öðrum daglegum störfum (hefur t.d. þurft að
leggja harðar að þér en venjulega).

5. Hefur þú, undanfarnar 4 vikur, átt í erfiðleikum í starfi eða annars staðar vegna erfiðleika í tilfinningalífi (t.d. verið kvíðin/n eða döpur/dapur) og afleiðingarnar orðið eftirfarandi?

Svarið já eða nei m.þ.a. setja hring um 1 eða 2 í hverri línu.

- | | Já | Nei |
|---|----|-----|
| a. Minnkað þann tíma sem fer í vinnu eða önnur dagleg störf. | 1 | 2 |
| b. Afkastað minna en þú óskar. | 1 | 2 |
| c. Sinnt starfinu eða öðru sem þú gerðir ekki eins vandlega og venjulega. | 1 | 2 |

6. Hversu mikil áhrif hefur líkamleg eða andleg heilsa þín haft á samskipti þín við fjölskyldu, vini, nágranna eða aðra, síðustu 4 vikurnar?

Setjið hring
utan um eitt
rétt svar

Alls engin	1
Svolítill	2
Nokkur	3
Mikil	4
Gífurleg	5

7. Fyrir hve miklum líkamlegum sársauka hefur þú fundið síðustu fjórar vikurnar?

Setjið hring
utan um eitt
rétt svar

Alls engum	1
Mjög litlum	2
Svolitlum	3
Þó nokkrum	4
Mjög miklum	5
Gífurlegum	6

8. Að hve miklu leyti hefur líkamlegur sársauki haft áhrif á þín venjulegu störf, þ.e.a.s. heimilisstörf og störf utan heimilis, síðastliðnar 4 vikur?

Setjið hring
utan um eitt
rétt svar

Alls engin	1
Svolítill	2
Nokkur	3
Mikil	4
Gífurleg	5

9. Hér á eftir fara spurningar um líðan þína undanfarnar 4 vikur. Svaraðu hverri spurningu með því að merkja við það svar sem best á við um hvernig þér leið. Hve oft undanfarnar 4 vikur:

Setjið hring utan um einn tölustaf í hverri línu.

	Alltaf	Mjög oft	Nokkuð oft	Stundum	Sjaldan	Aldrei
a. varst þú vel upplagður/ upplögð og	1	2	3	4	5	6
b. varst þú mjög taugaóstyrk/ur?	1	2	3	4	5	6

c. varst þú svo niðurdregin/n að ekkert gat glatt þig?	1	2	3	4	5	6
d. varst þú sátt/ur og í góðu jafnvægi?	1	2	3	4	5	6
e. varst þú full/ur atorku?	1	2	3	4	5	6
f. varst þú dapur/döpur?	1	2	3	4	5	6
g. varst þú útkeyrð/ur?	1	2	3	4	5	6
h. varst þú hamingjusöm/	1	2	3	4	5	6
i. varst þú þreytt/ur?	1	2	3	4	5	6

**10. Hve oft á síðustu 4 vikum hefur líkamleg eða andleg heilsa þín haft áhrif
á þig félagslega (t.d. heimsækja vini, ættingja o.s.frv.)?**

Setjið hring
utan um eitt
rétt svar

Alltaf	1
Oft	2
Stundum	3
Sjaldan	4
Aldrei	5

11. Hve RÉTTAR eða RANGAR eru eftirfarandi fullyrðingar þegar þú átt í hlut?

Setjið hring utan um einn tölustaf í hverri línu.

	Alveg rétt	Að mestu rétt	Veit ekki	Að mestu	Alrangt
a. Ég virðist eiga auðveldara með að	1	2	3	4	5
b. Ég er jafn heilsuhraust/ur og aðrir	1	2	3	4	5
c. Ég býst við að heilsa mín eigi eftir að versna.	1	2	3	4	5

Fylgiskjal B: Staðfesting frá Persónuvernd

Elín Díanna Gunnarsdóttir
Krabbastíg 2
600 Akureyri



Persónuvernd

Rauðarásstíg 10 105 Reykjavík
sími: 510 9600 trúfasi: 510 9606
netfang: postur@personuvernd.is
veffang: personuvernd.is

Reykjavík 25. febrúar 2015
Tilvísun: S7233/2015/ TS/-

Hér með staðfestist að Persónuvernd hefur móttækið tilkynningu í yðar nafni um vinnslu persónuupplýsinga. Tilkynningin er nr. S7233/2015 og fylgir afrit hennar hjálágt.

Vakin er athygli á því að tilkynningin hefur verið birt á heimasíðu stofnunarinnar. Tekið skal fram að með móttöku og birtingu tilkynninga hefur engin afstaða verið tekin af hálfu Persónuverndar til efnis þeirra.

Virðingarfyllst,


Teitur Skúlason

Hjál.: - Tilkynning nr. S7233/2015 um vinnslu persónuupplýsinga.

