



Avdeling for Folkehelsefag

Marthe Svendsen Aune

Bacheloroppgave

Eldre menneskers psykiske helse- en salutogen tilnærming

The mental health of elderly people- a salutogenic approach

Bachelor i folkehelse

2017

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Forord

Tre år på bachelorstudiet i folkehelsearbeid går mot slutten. Det har vært tre lærerike år, hvor jeg har fått en mye dypere innsikt i hva folkehelsearbeid dreier seg om. Arbeidet med denne bacheloroppgaven har vært veldig givende, om enn tidvis litt frustrerende.

Jeg visste fra tidlig i studiet at temaet for bacheloroppgaven min måtte bli «noe med Salutogenese». Oppgavens problemstilling sto likevel ikke klart for meg før høsten 2016 da jeg var i praksis på Hamar frisklivssentral og tilbrakte en del tid sammen med brukerne av tilbudet «Friskliv Senior». Jeg observerte at denne gjengen med eldre mennesker så ut til å håndtere livene sine på en veldig god måte, til tross for at flere av dem hadde mange faktorer i livene sine som skulle tilsi noe annet. Jeg ble derfor nysgjerrig på om det kan finnes en sammenheng mellom Antonovskys begrep «sense of coherence», psykisk helse og livskvalitet, særlig hos eldre mennesker.

Jeg vil få rette en takk til mannen min og barna mine for tålmodigheten deres i denne perioden med skriving av bacheloroppgave. Videre vil jeg takke mamma for uvurderlig hjelp i skriveprosessen. Til slutt vil jeg takke veilederen min Trygve Broch for gode tips underveis, og for at han har gitt meg selvtillit til å tørre å «tenke sjøl».

Elverum 28.04.17

Marthe Svendsen Aune

Innhold

FORORD	3
INNHold	4
SAMMENDRAG.....	6
1. INNLEDNING	7
2. PROBLEMSTILLING.....	9
3. TEORI	10
3.1 ELDRE	10
3.1.1 <i>Biologisk, psykologisk og sosial aldring</i>	10
3.1.2 <i>Eriksons teori om psykososiale faser</i>	11
3.2 PSYKISK HELSE.....	13
3.2.1 <i>Alderdom og psykisk helse</i>	15
3.3 SALUTOGENESE.....	16
3.3.1 <i>Sense of coherence og generelle motstandsressurser</i>	16
3.3.2 <i>Bronfenbrenners bioøkologiske modell</i>	18
4. METODE	20
4.1 LITTERATURSØKET OG SØKEPROSESSEN.....	20
4.2 INKLUSJONS OG EKSKLUSJONSKRITERIER.....	24
5. RESULTATER	26
5.1 KRITIKK AV DE INKLUDERTE ARTIKLENE	30
5.1.1 <i>Kritikk av denne oppgaven</i>	32
6. DISKUSJON	34
6.1 KAN SOC ENDRES HOS ELDRE MENNESKER?.....	34
6.2 SOSIAL STØTTE.....	37
6.3 AUTONOMI.....	39

6.4	IMPLIKASJONER FOR FOLKEHELSEARBEIDET	40
7.	KONKLUSJON	44
	LITTERATURLISTE	46

Sammendrag

Forfatter: Marthe Svendsen Aune

Tittel: Eldres psykiske helse- en salutogen tilnærming

Problemstilling: I hvilken grad er det en sammenheng mellom eldre menneskers psykiske helse, livskvalitet og Sense of Coherence?

Teori: Det rettes først fokus mot temaet eldre og begrepene biologisk, psykologisk og sosial aldring. Videre blir Eriksons teori om psykososiale faser og begrepet livskvalitet behandlet. Også temaet psykisk helse, samt psykiske lidelser blir gjort rede for. Avslutningsvis blir det gjort rede for den salutogene teorien og sentrale begreper innenfor denne, samt teori om Empowerment og Bronfenbrenners bioøkologiske modell.

Metode: Litteraturstudie

Resultater og diskusjon: Artiklenes funn tyder på at det kan være en sammenheng mellom psykisk helse, livskvalitet og Sense of Coherence hos eldre mennesker.

Artiklenes funn peker særlig på tre forskjellige faktorer som kan ha sammenheng med dette. Det ble derfor først foretatt en diskusjon rundt hvorvidt SOC kan endres hos eldre mennesker. Teorien er sprikende når det kommer til dette spørsmålet. Det meste av empirien viser derimot at SOC kan endres hos eldre. Videre ble det diskutert rundt artiklenes funn som indikerer at sosial støtte kan være av betydning for en høy SOC, få depressive symptomer og god opplevd livskvalitet. Videre ble autonomi som forebyggende faktor når det kommer til eldre menneskers psykiske helse diskutert. Endelig blir det diskutert hvilke praktiske implikasjoner artiklenes funn, sammen med den salutogene teorien, kan ha for folkehelsearbeidet rettet mot eldre mennesker.

Konklusjon: Det kan se ut til at det er en sammenheng mellom eldre menneskers psykiske helse, deres livskvalitet og Sense of Coherence. Det er likevel mye som tyder på at det trengs mer longitudinell forskning på dette området, i tillegg til mer kvalitativ forskning.

1. Innledning

Denne oppgaven omhandler temaet eldre menneskers livskvalitet og psykiske helse.

Teorien om Salutogenese er en sentral del av studiet Bachelor i folkehelsearbeid. Denne teorien går enkelt forklart ut på å fokusere på det som gir sunnhet, fremfor det som er sykdomsfremkallende. Et sentralt begrep innenfor Salutogenese er «Sense of Coherence», som går ut på om individet føler at faktorer i tilværelsen er begripelige, håndterbare og meningsfulle (Antonovsky, 2014). Det har også blitt forelest om både psykisk sykdom som folkehelseutfordring, og Eldres helsetilstand gjennom studiet. Det demografiske skiftet i samfunnet fører til at det vil bli stadig flere eldre i befolkningen (Hovland & Nordhus, 2017). Samtidig ser vi at mange eldre sliter med psykiske lidelser, og dårlig opplevd livskvalitet (Daatland & Solem, 2011).

Folkehelsevitenskapen er svært tverrfaglig fundert, noe som kan ses på både som en styrke og en utfordring. Dette gjelder også for salutogenesen. Denne teorien befinner seg i et slags skjæringspunkt mellom psykologi og sosiologi. Selv om hovedfokuset i denne oppgaven vil være på det psykologiske, vil det også falle seg naturlig å trekke inn sosiologiske perspektiver. På grunn av oppgavens noe begrensede omfang har jeg foretatt noen valg om hva som skal inkluderes av teori. Det er helt klart at salutogenesen har mange likhetstrekk med andre relevante teorier innenfor folkehelsearbeidet, og det kunne ha vært interessant å inkludere flere av disse i drøftingen av de inkluderte artiklene.

Med utgangspunkt i den salutogene teoriens begrep «Sense of Coherence» vil det i denne litteraturstudien fokuseres på eldre menneskers psykiske helse og deres livskvalitet. Det vil først belyses aktuell teori om eldre og aldring, psykisk helse og livskvalitet, samt Salutogenese. Videre vil prosessen med å søke opp aktuelle forskningsartikler gjøres rede for.

Videre vil resultatene fra de inkluderte artiklene presenteres, før det endelig vil bli foretatt en drøfting av artiklernes funn sett i forhold til den aktuelle teorien.

Forkortelser brukt i denne oppgaven:

SOC: Sense of Coherence, Opplevelse av Sammenheng

GMR: Generelle motstandsressurser

GDS: Geriatrisk depresjonsskala

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders

WHO- World Health Organization.

ICD-10: Det offisielle klassifikasjonssystemet for psykiske lidelser i Norge (Martinsen, 2013).

2. Problemstilling

I hvilken grad er det en sammenheng mellom eldre menneskers psykiske helse, livskvalitet og Sense of Coherence?

3. Teori

Johannesen, Tufte & Christoffersen (2016) definerer teori som abstrakte antagelser og kunnskap om virkeligheten. Teorier hjelper til med å skape orden i komplekse virkeligheter. I kapittel 3.1 vil det først rettes fokus mot temaet eldre, deretter begrepene biologisk, psykologisk og sosial aldring. Videre vil det gjøres rede for Eriksons teori om psykososiale faser før begrepet livskvalitet vil bli behandlet. I kapittel 3.2 vil det gjøres rede for begrepet psykisk helse, samt psykiske lidelser og målemetoder for disse. I kapittel 3.3 vil den salutogene teorien, og sentrale begreper innenfor denne bli behandlet. Også teoriene Empowerment og Bronfenbrenners bioøkologiske modell vil bli kort behandlet her.

3.1 Eldre

Det er delte meninger om ved eksakt hvilken kronologisk alder at perioden «alderdommen» inntreffer. Håkonsen (2008) sier at i Norge omfatter alderdommen den perioden av livet som varer fra slutten av 60-årene og frem til døden. Stuart- Hamilton (2001) mener derimot at man kan defineres som «eldre» når man er et sted mellom 60 og 65 år. WHO (2017a) sier at det ikke finnes noen eksakt definisjon på når en person defineres som «eldre», da dette er noe som varierer stort rundt om i verden. FN opererer med alderen 60+, mens de fleste land i den vestlige verden bruker alderen 65+. I denne oppgaven vil det opereres med 65+ som en grense for hva som defineres som eldre, da dette ser ut til å være den mest vanlige oppfatningen.

3.1.1 Biologisk, psykologisk og sosial aldring

I utgangspunktet kan en si at aldring er en biologisk mekanisme som innbefatter det som skjer med kroppen gjennom årene. Biologisk alder kan deles inn i anatomisk alder (som omhandler kroppens generelle aldringsprosess), karpal alder (knoklens alder) og fysiologisk alder, som

relateres til kroppens fysiologiske prosesser, for eksempel metabolsk omsetning (Langhammer, 2012).

Aldring har også en psykologisk dimensjon, som handler om hvordan individet endrer seg i forhold til mentale evner og karakter, selvbilde og følelsesliv, samt i behov og atferd. Så lenge en person er frisk og før tyder store deler av forskningen på en relativt stabil grad av psykologiske trekk og evner i de voksne og modne årene. De store endringene når det kommer til psykologisk aldring skjer først i sen alderdom, hvor de fleste erfarer at hukommelsen kan bli svekket og at enkelte psykologiske behov og drivkrefter kan endre seg. Sviktende helse, samt tap av sine nærmeste kan føre til ensomhet og depresjon, noe som er relativt vanlig i høy alder (Daatland & Solem, 2011; Langhammer, 2012).

Sosial aldring dreier seg om hvordan aldring organiseres og preges av de dominerende oppfatningene om alderdom i den aktuelle kulturen. Sosiale normer forteller oss i stor grad hvem vi er/bør være sett i forhold til vår alder og vårt utseende. Vi har forskjellige sosiale roller i ulike aldre, med sine tilhørende forventninger, plikter og rettigheter (Daatland & Solem, 2011).

Sosialgerontologien inkluderer både psykologiske og sosiologiske studier av aldring, og presenterer flere forskjellige teorier om dette (Langhammer, 2012). En av disse teoriene kan for eksempel være psykologen Erik Homburger Erikson sin teori om psykososiale faser.

3.1.2 Eriksons teori om psykososiale faser

I følge Håkonsen (2008), samt Daatland & Solem (2011) går denne utviklingspsykologiske teorien ut på at mennesket gjennomgår 8 psykososiale stadier i utviklingen vår. Hvert av disse

stadiene stiller nye krav, og personen stilles ovenfor nye utfordringer som enten kan bli løst på en gunstig eller på en ugunstig måte. Hver fase kommer i kronologisk rekkefølge og henger sammen med den biologiske utviklingen til enkeltmennesket (se kapittel 3.1.1 om biologisk aldring). På hvert stadium er det ifølge Erikson en «livskrise», og måten man løser denne livskrisen på vil være påvirket av hvordan man har løst tidligere livskriser. Som nevnt ovenfor henger utviklingen til enkeltindividet nært sammen med omgivelsene, samfunnet og kulturelle kontekster (Håkonsen, 2008; Daatland & Solem, 2011; Erikson, 1998).

I denne oppgaven vil det bli fokusert spesielt på den åttende fasen. I følge Erikson kjennetegnes et positivt utfall av alderdommens livskrise av en personlig integritet, som en «moden frukt av de tidligere sju fasene» (Håkonsen, 2008). Kjennetegn på denne 8. livsfasens personlige integritet er:

- En aksept av livet som har vært levd, og at man ikke angrer på ting som kunne ha vært annerledes.
- Ansvarstakelse for livet slik det har vært levd.
- Å erkjenne at livet man har levd er en liten del av hele menneskehetens historie.

Erikson sier altså at personlig integritet er et mulig resultat av de tankene som en person gjør seg om eget liv, ved tilbakeblikk. Det motsatte av personlig integritet blir da fortvilelse, som kan ha forskjellige uttrykksformer, men som alle mennesker vil oppleve i større eller mindre grad. Det er sjelden å fullt ut nå en aksept av det livet som en har levd, og for enkelte personer kan dette føre til en følelse av skuffelse og sorg, eventuelt bitterhet og sinne (Håkonsen, 2008, kap. 6).

Eriksons teori om de åtte livsfasene kan relateres til begrepet livskvalitet, da god livskvalitet vil kunne ses i sammenheng med det positive utfallet av hver livskrise (Daatland & Solem, 2011).

Narum & Bergland (2009, s.101) definerer god livskvalitet som psykisk velvære, altså «det å oppleve livet som godt og ha en grunnstemning av glede». Ferrans i Narum & Bergland (2009), samt Daatland & Solem (2011) mener at livskvalitet er avhengig av enkeltindividets sine erfaringer, og at det er den enkelte som best kan vurdere livskvaliteten sin. I følge denne forståelsen vil livskvalitet defineres som enkeltindividets sin grad av tilfredshet med de livsområdene som er viktigst for vedkommende.

3.2 Psykisk helse

WHO definerer god psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte, samt at det har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.» (WHO, 2014). I følge WHO er mental helse mer enn bare fravær av sykdom, det kan knyttes tett opp til helsebegrepet som helhet og har sammenheng med fysisk helse og helseatferd (WHO, 2004).

Håkonsen (2008, s. 314) har en lignende definisjon. Han sier at de som har god psykisk helse har «evne til å fungere på en hensiktsmessig måte og til å finne tilfredshet med livet sitt. De kan knytte varige og stabile relasjoner til andre mennesker og har evne til å bruke seg selv konstruktivt i arbeid eller i andre produktive funksjoner». Videre sier han at de med god psykisk helse har en forståelse av seg selv, sine evner og sine begrensninger som er realistisk og at de klarer å akseptere seg selv som den personen de er.

Forebyggende arbeid knyttet til psykisk helse retter seg mot samfunnsforhold, nærmiljøet, familien og enkeltindividet. Formålet med dette arbeidet er å styrke de generelle ressursene for mental helse (Mæland, 2014). Mæland (2014) peker også på at støttende og stimulerende omgivelser, og det å realisere seg selv som menneske er med på å forebygge psykiske lidelser.

Undersøkelser viser at omtrent en tredjedel av alle voksne vil tilfredsstille diagnostiske kriterier for minst en psykisk lidelse i løpet av et år. Omtrent halvparten vil rammes i løpet av livet (Mæland, 2014). Psykiske lidelser er ifølge Hovland & Nordhus (2017) det som bidrar til flest tapte gode leveår globalt.

En skiller mellom psykiske plager og psykiske lidelser. Når de psykiske plagene er så store at kan klassifiseres innenfor en diagnose, kalles de psykiske lidelser (Sletteland & Donovan, 2014). Som regel er det hos kvinner en høyere forekomst av psykiske sykdommer enn hos menn, da særlig angst og depresjon. Ruslidelser og selvmord er derimot mer vanlig hos menn (Nasjonale Folkehelseinstitutt, 2010).

Psykiske lidelser blir inndelt i diagnoser. Det brukes som regel to forskjellige klassifikasjonssystemer for å beskrive psykiske lidelser. Det offisielle klassifikasjonssystemet i Norge kalles ICD-10, og er utarbeidet av WHO. Den amerikanske psykiaterforeningen sitt klassifikasjonssystem kalles «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, forkortet DSM- IV. Sistnevnte er det som oftest brukes i forskning, også i Norge (Martinsen, 2013).

Det vil i denne oppgaven bli fokusert mest på depresjon og alderdom, dels for å begrense oppgaven og dels fordi dette, sammen med angst, er den mest utbredte psykiske lidelsen blant eldre (Hovland & Nordhus, 2017).

Depresjon er en tilstand som de aller fleste vil oppleve i en relativt mild form i løpet av livet. Depresjon som krever klinisk behandling er langvarig og alvorlig nok til å forstyrre en persons normale funksjon, personen er i stor grad «handicappet» av tilstanden. I tillegg til en deprimert sinnstemning mangler vedkommende både fysisk og mental energi, har irrasjonelle følelser av verdiløshet og skyld, og kan være opptatt av tanker rundt døden og selvmord. (Eskeland, 2017).

3.2.1 Alderdom og psykisk helse

Det er ifølge Hovland & Nordhus (2017) et betydelig underskudd på forskning på eldres psykiske helse, og langt fra all forskning som er gjort på yngre menneskers psykiske helse kan generaliseres til å gjelde eldre.

Flere undersøkelser viser at eldre mennesker i mindre grad mottar behandling innenfor psykisk helsevern enn yngre. Enkelte studier viser at dette kommer av lavere forekomst av psykiske lidelser blant eldre, mens andre påpeker at det kan komme av at eldre ofte har et mindre opplevd behov for hjelp mot psykiske lidelser, dels på grunn av stigma knyttet til disse (Hovland & Nordhus, 2017).

Depresjon hos eldre mennesker kan ofte ha et atypisk sykdomsforløp, og kan derfor være vanskeligere å oppdage enn hos yngre. Det er viktig å være oppmerksom på komorbiditet¹, da depresjon kan være et av symptomene i flere sykdommer som rammer eldre. Videre kan depresjon vise seg å være starten på en demenssykdom, og det kan forekomme at depresjon blir tolket som et symptom på demens, eller omvendt at begynnende demens kan bli diagnostisert som depresjon (Munk, 2007).

Depresjon hos eldre mennesker blir ofte målt ved hjelp av et Geriatrisk² depresjonsskjema (heretter forkortet GDS). Dette er et ja-nei spørreskjema, som måler graden av respondentene sin depresjon. Spørsmålene i GDS er konstruert på en slik måte at de passer til de symptomene og levemåtene som man ofte finner hos eldre som er deprimerte (Stuart-Hamilton, 2001).

¹ Forekomst av flere sykdommer hos samme person samtidig (Malt, 2014).

² Geriatri defineres av Daatland & Solem (2011) som læren om eldre menneskers sykdommer

3.3 Salutogenese

Salutogenesen ble utviklet av den medisinske sosiologen Aron Antonovsky. Den salutogene tankegangen går ut på å ha fokus på det som skaper helse, fremfor det som gir sykdom (patogenese). Antonovsky avviste den dikotome klassifiseringen, hvor mennesket enten er friskt eller sykt. Han så på helse som et kontinuum, med «health-ease» i den ene enden, og «dis-ease» i den andre. Plasseringen på dette kontinuumet kan endres av såkalte stressorer. Disse stressorene skaper spenning, og det er hvordan man takler denne spenningen som vil avgjøre hvilken ende av kontinuumet man beveger seg mot. Med andre ord er stress³ i et salutogent perspektiv noe som kan være potensielt helsefremmende, mens man med en patogen tankegang vil se på stress som noe utelukkende sykdomsskapende (Antonovsky, 2014).

Salutogenesen har en del likhetstrekk med flere andre teorier, og kanskje særlig teorien om Empowerment. I følge Askheim & Starrin (2012) handler Empowerment om å styrke enkeltindivider eller grupper, slik at de kan få kraft til å endre de betingelsene som gjør at de befinner seg i en situasjon av avmakt. Dette gjøres ved å få i gang prosesser, aktiviteter og lignende som kan styrke selvkontrollen deres. Dette vil kunne gi økt selvtillit, bedre selvbilde samt økte kunnskaper og ferdigheter.

3.3.1 Sense of coherence og generelle motstandsressurser

I følge Antonovsky (2014), Lindström & Eriksson (2015) med flere er det første av to nøkkelbegreper innenfor salutogenesen Sense of Coherence, eller Opplevelse av Sammenheng

³ Stress kan ifølge Jonsdottir & Ursin (2008) defineres som «en tilstand av økt psykologisk, fysiologisk og atferdsmessig beredskap».

på norsk (heretter forkortet til SOC). SOC består av tre komponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. SOC- begrepet har ifølge Antonovsky (2014) mange likhetstrekk med Eriksons teori om psykososiale faser som er nevnt ovenfor (Antonovsky, 2014, kap.3). En svensk studie fra 1997 viser også at det kan være en sammenheng mellom et vellykket utfall av Eriksons psykososiale faser og en høy SOC hos eldre (Rennemark & Hagberg, 1997).

Har man en sterk SOC vil man føle at livet er preget av sammenheng, og at det er håndterbart, begripelig og meningsfylt. Dette vil igjen bidra til at man får en indre trygghet, og en tillit til at man har indre ressurser og ressurser i sine omgivelser tilgjengelig. En vil også ha evnen til å bruke disse ressursene på en måte som vil fremme helsen. Den viktigste av disse tre ressursene er meningsfullhet, da denne utgjør selve motivasjonselementet i SOC. Med meningsfullhet har man større mulighet til å skape struktur og lete etter ressurser, noe som vil bidra til å styrke de to andre komponentene. I følge Antonovsky er SOC å betrakte som en livsinstilling. Det kan ses på som en mestringsressurs som gjør en person i stand til å velge mellom ulike strategier for å løse problemer, samt å takle hendelser i livet (Lindström & Eriksson, 2015).

Generelle motstandsressurser er forutsetninger for å utvikle SOC. De ligger i oss mennesker som ressurser knyttet både til vår person og vår kapasitet. De kan også være knyttet til nære og fjerne omgivelser som materielle og ikke-materielle kvaliteter ved den enkelte person, eller samfunnet vedkommende er omgitt av. Eksempler på generelle motstandsressurser kan være penger, husvære, selvbilde, kunnskap, sosial støtte, eksistensielle forhold, religion og lignende (Lindström & Eriksson, 2015, s.30).

Antonovsky mente at SOC utvikler seg frem til 30-årsalderen, for deretter å forbli rimelig stabil. Likevel mente han at SOC kan endres midlertidig i beskjeden grad som svingninger

rundt en middelværdi. Videre påpekte han at i situasjoner der en behandler i lengre perioder har «betydelig kontroll over en persons livssituasjon», kan SOC påvirkes i mer varig grad (Antonovsky, 2014, s.137). Lindström & Eriksson (2015) sier derimot at det ikke finnes empirisk støtte for Antonovskys påstand om at SOC forblir stabil etter 30 års alder. De viser til flere undersøkelser som viser at SOC kan fortsette å øke gjennom hele livet.

Antonovsky utarbeidet et spørreskjema om tilnærming til livet for å måle SOC. Det opprinnelige skjemaet besto av 29 punkter som målte dimensjonene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Det ble senere utviklet et skjema med 13 punkter, det såkalte SOC-13 (Lindström & Eriksson, 2015). Det er dette skjemaet som brukes i de kvantitative undersøkelsene som er inkludert i denne oppgaven, med unntak av Mellqvist et. al (2011) som bruker SOC-29.

Antonovsky holdt i 1992 et foredrag for WHO om Salutogenese relatert til folkehelsearbeid. I den forbindelse nevnte han at en bør inkorporere Salutogenese i dette arbeidet på både individ- gruppe og samfunnsnivå. Han så dette i sammenheng med at Ottowacharteret fra 1986 trengte et teoretisk rammeverk å støtte seg på, og mente at salutogenesen kunne fungere som et slikt rammeverk (Antonovsky, 1996). Når en bruker salutogenesen i folkehelsearbeidet kan det muligens være hensiktsmessig benytte seg av begrepene brukt i Bronfenbrenners bioøkologiske modell.

3.3.2 Bronfenbrenners bioøkologiske modell

Den russisk- amerikanske psykologen Urie Bronfenbrenner opererer i sin bioøkologiske modell med begrepene mikro-, meso-, ekso- og makronivå. Mikronivået er individets nærmiljø som vedkommende er direkte involvert i, det være seg venner, nabolag, familie og lignende. Videre dreier mesonivået seg om å studere flere av individets nærmiljøer samtidig, for å få

øye på samspillet mellom dem. Eksonivået er konstellasjoner i samfunnet som virker inn på enkeltindividet, men som det ikke er aktivt involvert i. Makronivået omhandler ifølge Bronfenbrenner overbygninger på samfunnsnivå, for eksempel helsevesen og utdanningssystem. Alle de «lavere» nivåene er å regne som konkrete manifestasjoner av makronivået, og alle nivåene henger sammen og påvirker hverandre (Imsen, 2015).

4. Metode

Aubert i Hellevik (1999, s.12) sier at «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».

Metoden som blir benyttet i denne oppgaven er systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie gjøres ved å ta utgangspunkt i data fra primærkilder i form av vitenskapelige artikler eller rapporter. For å kvalifisere til å være en systematisk litteraturstudie må noen kriterier være oppfylt: Valg av primærstudier skal være gjort systematisk, og utvalgsmetoden skal klart defineres. Videre skal studien ha en tydelig problemstilling, den skal beskrive søksstrategiene som er benyttet for å finne primærkilder og den skal gjøre rede for på hvilket grunnlag disse studiene inkluderes eller ekskluderes fra litteraturstudien. Endelig skal det gjøres en analyse av resultatene fra primærstudiene (Johannesen et.al. 2016). I det følgende vil det aktuelle litteratursøket beskrives.

4.1 Litteratursøket og søkeprosessen

Det ble først søkt i Oria, da dette er en søkemotor som inkluderer treff fra alle de vitenskapelige databasene som Høgskolen i Hedmark sitt bibliotek har tilgang til. Det ble gjort et valg om å begrense treffene til artikler fra fagfelleverderte tidsskrifter. Slike tidsskrifter og forlag har en fagfellevurdering for å vurdere om manuskripter som sendes inn kan publiseres i uendret form, eller om det er påkrevd med revisjon eller refusjon. For å kunne utføre en slik kvalitetssikring må arbeidene kunne etterprøves. For at vitenskapens troverdighet og pålitelighet skal sikres plikter forskerne derfor å legge til rette for etterprøvbarehet og fagfellekontroll (Balsvik, 2011). Videre ble søket avgrenset til å kun inkludere treff nyere enn fra år 2005. Her kunne søket ha

vært begrenset til enda nyere dato, men det ble gjort et valg om å ta med artikler fra så langt tilbake i tid for å kunne fange opp den første delen av eventuelle longitudinelle undersøkelser. Endelig ble treffene sortert etter relevans, for å få opp artiklene med det mest relevante innholdet først. Det ble også gjort søk som ikke har blitt inkludert i søketabellen, da disse ikke førte til noen inkluderte artikler. Det ble også gjort treff på de samme artiklene ved flere av søkene, og da er kun stedet artikkelen først ble funnet ført opp i søketabellen.

Søketabell Oria 09.01.2017

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Abstracts lest	Artikler inkludert
Sense of coherence AND elderly AND mental health	Fagfelleurdert, 2005- 2017, sortert etter relevans	3062	25	4
Sense of coherence old depression	Fagfelleurdert, 2005- 2017, sortert etter relevans	6608	12	1
Sense of coherence elderly depression	Fagfelleurdert, 2005- 2017, sortert etter relevans.	2416	2	1

På det første søket ble de første 50 overskriftene lest, og 25 abstracts ble gjennomlest. Dette søket førte til inklusjon av 4 artikler:

Dezutter, J., Wiesmann, U., Apers, S. & Luyckx, K. (2013). *Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: a closer look at the role of integrity and despair*. *Aging and Mental health*. 17(7), 839- 843.

Lövheim, H., Graneheim, U.H., Jonsen, E., Strandberg, G. & Lundman, B. (2012). *Changes in sense of coherence in old age- a 5-year follow-up of the Umea 85+ study*. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. (27), 13-19.

Drageset, J., Espehaug, B. & Kirkevold, M. (2012). *The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment- a questionnaire survey*. *Journal of Clinical Nursing*. (21), 965-974.

Helvik, A-S., Engedal, K. & Selbæk, G. (2013). *Change in sense of coherence(SOC) and symptoms of depression among old non- demented persons 12 months after hospitalization*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 55(2), 314- 320.

På andre søk ble det lest gjennom 12 abstracts etter å ha lest de 45 første overskriftene. Dette resulterte i 1 inkludert artikkel:

Lundman, B., Forsberg, K.A., Jonsen, E., Gustafson, Y., Olofsson, K., Strandberg, G. & Lövheim, H. (2010). *Sense of coherence (SOC) related to health and mortality among the very old: The Umeå 85+ study*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 51(3), 329-332.

På det tredje søket ble det lest gjennom de 30 første overskriftene, 2 abstracts ble lest og 1 artikkel ble inkludert:

Mellqvist, M., Wiktorsson, S., Joas, E., Östling, S., Skoog, I. & Waern, M. (2011). *Sense of coherence in elderly suicide attempters: the impact of social and health-related factors*. International Psychogeriatric Association. 23(3), 986- 993.

Det ble til slutt foretatt et søk i tidsskriftet «Aging and mental health», siden jeg allerede hadde funnet flere interessante artikler i dette tidsskriftet gjennom søk i Oria. Dette søket førte til 1 inkludert artikkel:

Drageset, J., Espehaug, B., Hallberg, I.M. & Natvig, G.K. (2014). *Sense of coherence among cognitively intact nursing home residents- a five year longitudinal study*. Aging & Mental Health. 18(7), 889- 896

Etter endt søk i Oria ble det inkludert 7 kvantitative artikler. For å kunne gå litt dypere og se «menneskene bak tallene» i de kvantitative artiklene, ble det foretatt et søk i databasen Idunn som resulterte i to kvalitative artikler. Det prinsipielle skillet mellom kvalitative og kvantitative metoder dreier seg om hvordan data blir registrert og analysert. Kvalitative metoder opererer med tekst, der kvantitative bruker tall. I kvalitative metoder er det mindre formaliserte prosedyrer for å samle inn og analysere data enn det er i kvantitative metoder hvor det er utviklet spesielle statistiske prosedyrer (Johannesen et.al, 2016). I følge Weber i Aakvaag (2011) vil kvalitative metoder gi best tilgang til meningsdimensjonen og det som er på «innsiden» av handlinger, mens kvantitativ metode vil gjøre det mulig å teste hypoteser om «ytre» årsakssammenhenger i samfunnet.

Søketabell Idunn 09.01.2017:

Søkeord:	Avgrensning:	Antall treff:	Abstracts lest:	Artikler inkludert:
Salutogenese		28	1	1
Antonovsky		98	4	1

Det ble ikke foretatt noen videre avgrensning av søket i Idunn, da denne databasen ikke har noen mulighet for dette. Grunnet de relativt få treffene ble alle overskrifter lest. De to artiklene som ble inkludert var de eneste artiklene som ble vurdert som relevante for denne oppgaven:

Johannessen, A. (2005). *Hverdagslivet for de svækkede gamle*. Klinisk sygepleje. 19(1), 50-56).

Narum, I. & Bergland, A. (2009). *Livskvalitet og salutogenese: flyt og eldre damer*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 6(2) 100-109.

4.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Kriterier for inkludering i denne oppgaven, i tillegg til ovenfor nevnte søkekriterier, var at deltakerne i studiene skulle være over 65 år, jamfør definisjon for alderdom i kapittel 3.1. De inkluderte artiklene trenger ikke nødvendigvis å ha samme problemstilling som denne oppgaven, men det var det et kriterium at artikkelen omhandlet temaet eldre og deres psykiske helse. Det ble også kun inkludert originalartikler, ingen allerede eksisterende litteraturstudier. Dette fordi det ifølge Johannesen et. al (2016) er vanlig å utføre litteraturstudier med utgangspunkt i primærkilder som er skrevet av personene som har gjennomført undersøkelsen.

Kriterier for eksklusjon var demens eller annen kognitiv svikt hos studiens deltakere. Dette valget ble gjort fordi det ifølge Lindström & Eriksson (2015) ikke er anbefalt å bruke SOC-testene på personer med kognitive nedsettelse.

5. Resultater

Først presenteres resultatene fra de sju kvantitative studiene, før det videre presenteres resultater fra to kvalitative studier. Videre vil de inkluderte artiklene bli sett på med et kritisk blikk, før denne oppgaven vil bli kritisert.

Drageset, J., Espehaug, B. & Kirkevold, M. (2012). *The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment- a questionnaire survey*. Journal of Clinical Nursing. (21), 965-974.

Denne artikkelen er en tverrsnittstudie foretatt ved 30 sykehjem i Bergen. Her ble det blant annet testene SOC-13 og GDS brukt for å måle henholdsvis SOC og depresjon (se kapittel 3.2 og 3.3). Denne studien finner at depressive symptomer henger sammen med ensomhet, videre at SOC ikke modifierer sammenhengen mellom depresjon og ensomhet og endelig at SOC har en direkte sammenheng med ensomhet. Studien konkluderer altså med at det er en korrelasjon mellom SOC og depresjon hos eldre.

Drageset, J., Espehaug, B., Hallberg, I.M. & Natvig, G.K. (2014). *Sense of coherence among cognitively intact nursing home residents- a five year longitudinal study*.

Denne artikkelen er en oppfølgingsstudie til studien nevnt over. Dette er en longitudinell studie som forsøker å blant annet måle endringer i SOC over tid, ved hjelp av de samme spørreskjemaer som i forrige studie. Denne studien viser at SOC kan endre seg over tid, og at særlig sosial støtte i form av tilknytning til nær familie/venner kan føre til en positiv utvikling av SOC.

Lundman, B., Forsberg, K.A., Jonsen, E., Gustafson, Y., Olofsson, K., Strandberg, G. & Lövheim, H. (2010). *Sense of coherence (SOC) related to health and mortality among the very old: The Umeå 85+ study.*

Denne studien inkluderer 190 deltakere i alderen 85- 103 år, oppdelt i to grupper. Den ene gruppen kom fra en middels stor by nord i Sverige, mens den andre gruppen kom fra landlige områder. Studien er en del av den større Umeå 85+ studien. Innhenting av data foregikk hjemme hos deltakerne, ved at forskeren leste spørsmålene i blant annet SOC-13 skjemaet og GDS-skjemaet høyt og deltakerne fikk velge blant svarene på en forstørret kopi av skjemaene. Depresjon blant deltakerne ble diagnostisert ved hjelp av DSM-IV (se kapittel 3.2) Studien fant at en høy SOC var positivt relatert til livskvalitet, og lav SOC hadde sammenheng med depresjon. En depresjonsdiagnose har ifølge denne studien ingen direkte assosiasjon med lav SOC, men dette kan komme av at også de som var medisinert mot depresjon var inkludert i studien med diagnosen depresjon. Forskerne tror derfor at vellykket behandling av depresjon kan øke SOC.

Lövheim, H., Graneheim, U.H., Jonsen, E., Strandberg, G. & Lundman, B. (2012). *Changes in sense of coherence in old age- a 5-year follow-up of the Umea 85+ study.* Scandinavian Journal of Caring Sciences. (27), 13-19.

Dette er en oppfølgingsstudie til ovenfor nevnte studie. Den har en prospektiv og longitudinell design. Deltakerne i studien er de samme som i forrige studie, 5 år senere, selv om det har vært et forholdsvis stort frafall. Det var til sammen 56 deltakere i denne studien. Det ble foretatt tester ved hjelp av blant annet SOC-13 og GDS, i tillegg til flere andre tester. Studien viser at det var en signifikant økning i SOC over 5 år. Den viser også at negative livshendelser kan føre til en nedgang i SOC.

Helvik, A-S., Engedal, K. & Selbæk, G. (2013). *Change in sense of coherence(SOC) and symptoms of depression among old non- demented persons 12 months after hospitalization*. Archives of Gerontology and Geriatrics. 55(2), 314- 320:

Dette er en longitudinell studie som går over en toårs periode, hvor første datainnsamling foregikk på et norsk sykehus. Etter eksklusjon var det 217 deltakere i studien ved første datainnsamling, mens det ved andre datainnsamling var 97 deltakere. SOC ble testet ved hjelp av SOC-13, mens depresjon ble testet med en såkalt HAD-skala⁴. Sosiodemografisk informasjon ble også samlet inn. Gjennomsnittlig SOC hadde økt betraktelig mellom test 1 og test 2. Prevalensen av depresjon var uendret. Det var likevel færre depressive symptomer ved test 2, noe som så ut til å ha sammenheng med økningen i SOC. Forskerne antar at økt SOC i test to er assosiert med å ikke motta hjelp fra hjemmesykepleien og lignende. En lav SOC-score på test 1 hadde sammenheng med økt SOC-score på test 2.

Mellqvist, M., Wiktorsson, S., Joas, E., Östling, S., Skoog, I. & Waern, M. (2011). *Sense of coherence in elderly suicide attempters: the impact of social and health-related factors*. International Psychogeriatric Association. 23(3), 986- 993

Denne studien er en del av en større kasus-kontroll studie som omhandler selvmordsforsøk blant eldre mennesker. Studien hadde 80 deltakere, og metoden som ble brukt var ansikt- til ansikt intervjuer foretatt av en psykolog. Intervjuene foregikk ved at deltakerne ble stilt spørsmålene i blant annet SOC-29 testen og de ble vurdert etter DSM-IV- skalaen. Det ble også samlet inn informasjon om deltakernes sosiale situasjon. Denne studien finner at

⁴ Hospital Anxiety and Depression scale. Selvutfyllingsskjema med spørsmål om angst og depresjon (Helvik et. al, 2013).

depresjon er sterkt forbundet med lav SOC. Studien viste også at tid tilbragt sammen med barn og barnebarn hadde sammenheng med SOC.

Dezutter, J., Wiesmann, U., Apers, S. & Luyckx, K. (2013). *Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: a closer look at the role of integrity and despair*. *Aging and Mental health*. 17(7), 839- 843.

Denne artikkelen tar for seg SOC som en ressurs for å oppnå livskvalitet (forskerne definerer livskvalitet som få depressive symptomer og det å være fornøyd med livet). Forskerne tar utgangspunkt i Eriksons teori om psykososiale faser (se kapittel 3.1.2), og har en hypotese om at eldre med høy SOC vil ha lettere for å føle tilfredshet med livet, mens de med lav SOC vil ha problemer med å føle seg fornøyd med livene sine. Metoden brukt i studien er spørreskjema, og deltakerne er 100 eldre mennesker med en gjennomsnittsalder på 76,5 år. Skjemaene var blant annet SOC-13 og CES-D ⁵ skalaen for å måle depressive symptomer. Det ble også målt integritet versus fortvilelse, samt tilfredshet ved livet. Studien viser at SOC er negativt korrelert med depressive symptomer og fortvilelse, og positivt korrelert med tilfredshet med livet og personlig integritet.

Narum, I. & Bergland, A. (2009). *Livskvalitet og salutogenese: flyt og eldre damer*. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 6(2) 100-109.

Denne studien inkluderer 282 hjemmeboende kvinner i alderen 75- 93 år. Disse kvinnene ble bedt om å skrive ned hva uttrykket «god livskvalitet» betyr for dem, og materialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekst- kondensering. Kvinnene rapporterte gode relasjoner til familiemedlemmer, venner og jevnaldrende som viktig for deres livskvalitet. Også mestring

⁵ CES- D skalaen er et kort selvrapporteringsskjema som måler depressive symptomer. Skjemaet er ment til forskningsbruk på den generelle befolkningen og er utviklet av Centre for Epidemiological Studies (Dezutter et. al, 2013).

av hverdagslige aktiviteter ble nevnt som viktig. Kvinnene i undersøkelsen som opplevde god livskvalitet var de som så ut til å bevisst søke mot forhold som var helsebringende. Dette ble sett i sammenheng med høy SOC.

Johannessen, A. (2005). *Hverdagslivet for de svækkede gamle*. Klinisk sygepleje. 19(1), 50-56).

I denne danske artikkelen ble det foretatt intervjuer med 243 83-åringer. Artikkelen problemstilling er «hvordan oppleves det at lave mindre i hverdagen- og hvorledes klarer man sådanne forandringer?». Undersøkelsens respondenter ble delt i to grupper. De som følte tilfredshet i hverdagen, og de som ikke gjorde det. Senere ble utsagnene fra de to gruppene sammenlignet for å se etter markante forskjeller. Det er særlig fire temaer som er gjennomgående: hverdagens gang, aktivitet, helse og sosiale kontakter. Det blir også sett på hvorvidt eldre mennesker kan lære seg å håndtere vanskelige situasjoner, med utgangspunkt i den salutogene teorien. Artikkelen viser at de som har gode strategier for å håndtere vanskelige situasjoner, har større sjans for å oppleve tilfredshet i hverdagen.

5.1 Kritikk av de inkluderte artiklene

Innenfor kvantitativ forskning dreier intern validitet seg om hvorvidt en måler det som en ønsker å måle. Ekstern validitet omtales gjerne også som generaliserbarhet, og omhandler hvorvidt resultatene fra studien har relevans utover den aktuelle situasjonen i undersøkelsen (Johannessen et. al, 2016).

Reliabilitet sier noe om i hvilken grad resultatene ville ha blitt de samme dersom samme undersøkelse hadde blitt gjennomført av andre forskere ved hjelp av samme metode

(Johannessen et. al, 2016). I utvelgelsen av de kvantitative artiklene har det derfor blitt vurdert om utvalget har vært representativt, og hvorvidt undersøkelsenes resultater kan generaliseres.

Styrker ved de kvantitative studiene er blant annet at de fleste av dem er gjennomført i nordiske land, noe som kan gjøre dem relevante for bruk i folkehelsearbeidet i en nordisk kontekst. Videre er det en styrke at testene som har vært brukt i de inkluderte kvantitative artiklene er regnet som valide og reliable til bruk på eldre mennesker (Drageset et.al, 2014).

I flere av artiklene har spørsmålene i SOC- 13 spørreskjemaet blitt stilt muntlig i stedet for ved hjelp av avkrysning slik det egentlig er ment. Selv om dette har vært nødvendig på grunn av synsnedsettelse hos studiens deltakere, kan dette likevel ha påvirket svarene. Ifølge Hellevik (2011) kan svarene som gis til en intervjuer i noen tilfeller avvike fra svarene som ville ha blitt gitt på et spørreskjema. En årsak til dette kan være at respondentene ønsker å gjøre et godt inntrykk på den som foretar intervjuet. Videre kan enkelte temaer oppleves som sosialt følsomme, og dermed være lettere å svare på ved et spørreskjema enn ved intervju. Stigma knyttet til psykiske lidelser, jamfør Hovland & Nordhus (2017) sin artikkel, kan muligens være av en slik art og kan kanskje føre til feilrapportering.

Videre er det et forholdsvis stort frafall i de longitudinelle undersøkelsene. Dette kan ha mange årsaker, deriblant demens og død hos studienes deltakere. Dette kan ifølge Johannessen et. al. (2016) utgjøre et problem i slike undersøkelser dersom det er omfattende. Når deltagerne i mange av studiene så deles opp i undergrupper ut fra sosial status og lignende kriterier, kan gruppene bli såpass små at resultatene ikke lenger har statistisk validitet.

Flere av de inkluderte artiklens forfattere peker på at det kan være en mulighet for at de som takket ja til deltagelse har høyere SOC enn de som ikke har det, noe som kan ha ført til en skjevhet i utvalget (Dezutter et. al, 2013; Mellqvist et. al, 2011).

Det er også verdt å påpeke at selv om det er korrelasjon mellom to faktorer, så sier det ingenting om hva som forårsaker hva (Elster, 2011, s.110). Artikkene gir derfor ingen forklaring på om en høy SOC gir god livskvalitet og mindre depresjon, eller om det er mindre depresjon og god livskvalitet som fører til høy SOC.

Kvalitative undersøkelser må vurderes på en annen måte enn kvantitative undersøkelser. Det opereres derfor ofte heller med begrepene pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og overensstemmelse for å måle kvaliteten på kvalitativ forskning (Johannesen et. al., 2016). Det vil derfor være naturlig å bedømme de kvalitative undersøkelser på en annen måte enn de kvantitative. I de to kvalitative artiklene er det gjort godt rede for både forskningsprosessen, og det teoretiske grunnlaget for forskningen, noe som gjør at de fremstår som mer troverdige.

Det kan ses på som en styrke ved Narum & Bergland (2009) sin studie at den er gjennomført av kvinner, på kvinner. I følge Thagaard (2015) kan det at forskeren har et annet kjønn enn informantene påvirke hvordan disse posisjonerer seg i forhold til hverandre.

En kvalitativ studie vil også kunne vurderes som mer troverdig dersom resultater fra andre studier bekrefter resultatene fra den gitte studien (Thagaard, 2015). I denne sammenhengen er det flere likhetstrekk mellom funnene fra de to kvalitative artiklene, noe som kan bidra til å gjøre resultatene både mer troverdige og overførbare.

5.1.1 Kritikk av denne oppgaven

Det er mange ting som kan føre til en seleksjonsskjevhet i denne oppgaven. For eksempel er ikke engelsk mitt førstespråk, og enkelte artikler kan ha blitt oversatt på grunn av språkbegrensninger.

Videre kan avgrensningene i søkeprosessen ha ført til at flere aktuelle artikler kan ha blitt oversett. Grunnet det store antallet treff på søkeordene, ble det gjort et valg om å sortere resultatene etter relevans. Dette kan ha ført til at aktuelle artikler kan ha havnet så «langt ned på listen» at de har blitt oversett. Videre kan studier ha blitt oversett fordi de ikke har relevante ord i tittel eller abstract. Mange kvalitative artikler har heller ikke et klart avgrenset abstract og følger ikke samme «mal» som de kvantitative. Dermed kan dette ha ført til en seleksjonsskjevhet i artiklene som ble valgt ut.

Det vil også være aktuelt å trekke inn det faktum at en ofte mer eller mindre ubevisst vil forsøke å bekrefte sine egne yndlingsforklaringer. En legger merke til det som bekrefter egne forhåndsoppfatninger, og overser tegn som tilsier at disse ikke er riktige (Hellevik, 2011). For å unngå dette har jeg brukt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, for å forsøke å få et mer utfyllende bilde av problemstillingen. Det var dessuten flere funn i de inkluderte artiklene som overrasket meg, da de ikke stemte overens med min forhåndsoppfatning. Det kan likevel ha skjedd fra forskernes side at artikler med nullfunn, altså at de som ikke finner noen sammenheng mellom SOC og psykisk helse, ikke har blitt publisert. Dette kan ha ført til såkalt publikasjonsskjevhet (Rønning, 2015).

6. Diskusjon

Alle de inkluderte artiklene peker mot at det kan være en sammenheng mellom SOC, depresjon og livskvalitet. Det kan i så måte være interessant å se litt på forskjellige faktorer som bidrar til at det kan være sånn.

Det er særlig 4 punkter som utpeker seg i de inkluderte artiklene, og som kan egne seg for videre diskusjon. Det første punktet er hvorvidt det faktisk går an for eldre mennesker å endre SOC. Dette vil bli diskutert i kapittel 6.1. Videre synes det som at det kan være en sammenheng mellom sosial støtte, livskvalitet, lite depresjon og høy SOC. Sosial støtte som GMR vil derfor bli diskutert i kapittel 6.2. Videre peker flere av artiklene på viktigheten av å kunne klare seg selv i hverdagen i forhold til høy SOC og god psykisk helse. Derfor vil autonomi som GMR bli diskutert i kapittel 6.3. Til slutt vil SOC og artiklenes funn bli diskutert i relasjon til folkehelsearbeidet. Hvilke implikasjoner har disse funnene for folkehelsearbeidet rettet mot eldre menneskers psykiske helse og livskvalitet? Dette vil diskuteres i kapittel 6.4.

6.1 Kan SOC endres hos eldre mennesker?

Som nevnt i teorikapittelet mente Antonovsky selv at SOC i liten grad endres etter fylte 30 år. Dette begrunnet han til dels med at SOC er en «deeply rooted, pervasive orientation». Det er en holdning som bygges opp gjennom barndom og tidlige voksenår, og den er såpass dyptgående at den er vanskelig å endre i stor grad (Antonovsky, 1979). Lindström & Eriksson (2015) mener at dette har blitt motbevist gjennom forskning. Dette er en relevant problemstilling, da den salutogene teorien i liten grad vil være anvendelig på eldre dersom det ikke er mulig å bevisst styrke SOC hos disse. Det er verdt å nevne at også Erikson til å begynne med så på utviklingen til et menneske som mer eller mindre fastlåst da det har nådd voksen alder, men at han på sine eldre dager endret denne oppfatningen (Erikson, 1998). Flere av

artiklene som er inkludert i denne oppgaven peker på at SOC kan endres hos eldre mennesker. Studiene til Drageset et. al (2010; 2014), Lövheim et. al (2013) og Helvik et. al (2013) viser at gjennomsnittlig SOC kan øke over tid. Nå skal det sies at andre måling i studien til Helvik et. al ble gjort etter 12 måneder, og at den første målingen av SOC ble gjort mens studiedeltakerne var innlagt på sykehus. Dette kan ha gjort at SOC har blitt opplevd som lavere i den situasjonen enn den ellers ville ha blitt. Antonovsky (2014) sier at stressende livshendelser kan styrke eller svekke SOC, om enn ikke i veldig stor grad. Videre påpeker Antonovsky at det er større sannsynlighet for at SOC kan endres hos de som har lav SOC enn de som har høy SOC. Dette bekreftes i Helvik et. al (2013) sin studie, som viser at de som hadde en lav SOC ved første måling hadde større sannsynlighet for å ha økt sin SOC 12 måneder senere. Også Dezutter et. al (2013) viser til muligheten for å endre SOC gjennom intervensjoner fra helsearbeidere.

Den eneste studien som ikke finner noen direkte sammenheng mellom lav SOC og depresjon er Lundman et. al (2010). Denne studien inkluderer også de som gjennomgår medikamentell behandling mot depresjon i kategorien «deprimert». Det viser på den måten at SOC kanskje kan styrkes ved hjelp av vellykket medikamentell behandling av depresjon. Det er her et lite etisk tankekors at flesteparten av de eldre, ifølge Hovland & Nordhus (2017), sier at de heller vil ha samtaleterapi enn medikamentell behandling for psykiske lidelser. Dette kan henge sammen med at samtalebehandling i større grad vil kunne gi en følelse av at man selv er delaktig i prosessen med å bli frisk, jamfør teorien om Empowerment nevnt i kapittel 3.3. Videre vil samtaler med en psykiatrisk helsearbeider kanskje kunne gi en form for sosial støtte, noe som kan være vesentlig da en del eldre sliter med ensomhet (Daatland & Solem, 2011; Langhammer, 2012). Flere av de inkluderte studiene (Mellqvist et. al, 2011; Drageset et. al, 2014 m.fl.) viser at det er en sammenheng mellom opplevd ensomhet og depresjon hos eldre. Det kan også nevnes at medikamentell behandling av depresjon kanskje kan ses på som en

handling som i større grad hører hjemme i et patogent perspektiv, heller enn i et salutogent. Der patogenesen fokuserer på rett kur basert på rett diagnose, vil en i salutogenesen fokusere på personens aktive evne til tilpasning (Langeland, 2012). Det vil likevel ikke nødvendigvis bare være negativt med et patogent fokus. Kanskje kan medikamentell behandling av depresjon hjelpe den enkelte eldre til å lettere kunne fokusere på salutogene faktorer i tilværelsen? I følge Antonovsky (2014) er det ikke sånn at salutogenesen nødvendigvis skal erstatte patogenesen, i mange sammenhenger kan de utfylle hverandre. Ved å først behandle depresjonen medikamentelt for deretter å supplere med samtalebehandling vil en kanskje i større grad kunne hjelpe den enkelte til å fokusere på det som gir helse, fremfor det som gir sykdom. Dette vil kunne føre til at personen beveger seg i retning «health-ease» på kontinuumet, og at individet i større grad vil oppleve tilværelsen som håndterbar (se kapittel 3.3).

Drageset et.al (2010; 2014) og Lövheim et. al (2013) sine studier viser at gjennomsnittlig SOC var høyere hos de aller eldste på over 80 år. En forklaring på dette kan være at de aller eldste som faktisk er i stand til å gjennomføre en slik studie, har en bedre helsetilstand og er bedre til å mestre livsutfordringer enn de yngre aldersgruppene (Drageset et. al, 2014). Drageset et. al påpeker også at de eldste av studiens deltakere rapporterte om bedre psykisk helse enn de yngre. Også Helvik et. al (2013) viser i introduksjonen til sin artikkel til at flere studier viser at SOC har en tendens til å øke gjennom livet. Det er likevel verdt å påpeke at ingen av studiene Helvik et. al her viser til omhandler eldre mennesker.

Også Johannesen (2005) sier i sin studie at eldre mennesker kan lære å sette seg nye mål, og å endre livsstil. Også dette kan kanskje bekrefte påstanden om at SOC kan endres selv i høy alder.

De inkluderte artiklenes funn viser altså at det sannsynligvis er mulig å endre SOC hos eldre mennesker, selv om teorien er sprikende når det kommer til dette spørsmålet.

6.2 Sosial støtte

Samtlige av de inkluderte studiene peker på en mulig sammenheng mellom sosial støtte og SOC. Sosial støtte defineres av Cobb (1979) i Dalgard & Sørensen (2009) som et individs opplevelse av at en har noen som bryr seg om en og er glad i en, samt at en verdsettes og tilhører et nettverk bestående av samhandling og gjensidige forpliktelser. Antonovsky (2014) nevner selv sosial støtte som en viktig generell motstandsressurs, da spesielt blant de som er rammet av særlig stressende livshendelser. Langeland & Wahl (2008) har gjort en longitudinell panelstudie som viser at sosial støtte kan øke SOC hos personer (i aldersgruppen 18-80 år) med psykiske lidelser.

Mellqvist et. al (2011) sin studie viser at problemer relatert til familie og barn hadde sammenheng med lav SOC. Særlig tid tilbragt sammen med barn og barnebarn hang sammen med SOC. De begrunner dette med at barn og barnebarn spiller en større rolle i de eldres liv når jevnaldrende venner og familie dør. Dette kan kanskje ses i sammenheng med Erikssons teori som sier at integritet blant annet kjennetegnes ved å se seg selv som en del av historiens løp (Imsen, 2015). Å se barn og barnebarn vokse opp vil muligens kunne gjøre det lettere å plassere seg selv i en historisk kontekst? Videre viser studien at de som hadde flyttet de siste fem årene hadde lavere SOC. Begge disse faktorene hadde sammenheng med depresjon (Mellqvist et. al, 2011). Videre viser Drageset et. al (2010; 2014) sine studier viser at de som hadde gode, nære relasjoner i femårsperioden mellom datainnsamlingene hadde større sjanse for en økning i SOC. Dette bekrefter i tillegg påstanden om at SOC kan endres hos eldre

mennesker. Som nevnt i kapittel 3.1.1 sier Daatland & Solem (2011) og Langhammer (2012) at ensomhet er relativt vanlig i høy alder. Studiene viser også at det kan være en sammenheng mellom depresjon og opplevd ensomhet. Drageset et. al (2010; 2014) sine studier er foretatt på norske sykehjem blant mennesker uten kognitiv nedsettelse. 70-80 % av beboerne ved norske sykehjem har, ifølge Drageset et. al (2010), en eller annen form for kognitiv svikt. Å være kognitivt frisk beboer på et sykehjem vil derfor muligens kunne føre til en følelse av ensomhet og depresjon. I tillegg er det ifølge Drageset et. al (2010) flere studier som viser at mange som flytter på sykehjem opplever å ha mindre kontakt med familie og venner enn før, noe som kan føre til ytterligere ensomhetsfølelse.

Lövheim et. al (2013) sin studie viser at sosial støtte er en viktig faktor for å hjelpe eldre mennesker til å mestre hverdagslivets påkjenninger, og at dette har en sammenheng med SOC. Videre sier de at det kan være hensiktsmessig å inkludere familie og andre nære relasjoner i behandling av eldre mennesker med pleiebehov. Mæland (2014) påpeker at sosial støtte er en av faktorene som påvirker hvorvidt psykiske plager utvikler seg videre til en psykisk lidelse (Mæland, 2014, s.158).

Også Narum & Bergland (2009) og Johannesen (2005) sine informanter pekte på viktigheten av sosial støtte for å oppnå livskvalitet. Det å miste en ektefelle, venner eller nær familie ble av mange nevnt som en negativ innflytelse på livskvaliteten. Også kvaliteten på nære relasjoner hadde innvirkning på informantenes livskvalitet, mange nevner at det å ha en syk ektefelle kan være en stor påkjenning (Johannesen, 2005; Narum & Bergland, 2009).

Det er med andre ord støtte i både teorien og empirien for at sosial støtte kan være en viktig generell motstandsressurs for å forebygge psykiske lidelser hos eldre mennesker.

6.3 Autonomi

Eldre mennesker mister ofte gradvis sin evne til å klare seg selv. Dette vil igjen ha sammenheng med deres mulighet til selvbestemmelse. Flere av de inkluderte studiene, og da særlig de kvalitative, viser at opplevelsen av å kunne klare seg selv hadde sammenheng med høy SOC og lavere grad av depresjon. Helvik et. al (2013) sier at økning av SOC 12 måneder etter sykehusopphold har klar sammenheng med det å klare seg selv, uten assistanse fra hjemmehjelp og lignende.

Også Johannesens (2005) studie viser at sannsynligheten for at man ikke var tilfreds med tilværelsen hang sammen med det å motta hjelp fra hjemmesykepleien. I Johannesen (2005) sin studie nevnes det at det var viktig for de eldre at hverdagen deres opplevdes som passelig varierende og utfordrende. Antonovsky (2014) beskriver begrepet generelle motstandsressurser som fenomener som skaper komplekser av livsopplevelser som er «preget av en balanse mellom over og underbelastning» (Antonovsky, 2014, s. 42). Får man gjentatte opplevelser av denne typen vil det styrke SOC. Dette stemmer overens med det informantene i Johannesen sin studie sier. De deltakerne som opplevde stor grad av livskvalitet var de som ikke følte at hverdagen ble «for mye for dem». De følte at de klarte å mestre hverdagslivet selv, og det ble sånn sett en balanse mellom over og underbelastning. Det ble også pekt på viktigheten av å kunne komme seg ut. I gruppen som ikke var tilfreds med hverdagen, var det hele 27 % som ikke lenger kunne komme seg ut på egen hånd, mot 7 % i gruppen som var tilfreds. Videre ser det ut til at mange av de eldre i denne studien setter sin ære i å være uavhengige av hjelp utenfra, og mange av informantene var veldig opptatt av å klare seg selv (Johannesen, 2005).

Også Narum & Bergland (2009) peker i sin studie på viktigheten av en god balanse mellom oppgave og utfordring. Også i denne studien var det viktig for informantene å mestre dagliglivets aktiviteter. I likhet med Johannesens (2005) informanter, synes det viktig for kvinnene i denne studien å kunne komme seg ut. Det å kunne komme seg ut av huset uten hjelp, synes for mange å bidra til økt livskvalitet.

Mellqvist et. al (2011) og Lövheim et.al (2013) sine studier peker på at hjelp fra barn og barnebarn i hverdagen har sammenheng med høy SOC, mens Helvik (2013) sin studie viser at lav SOC har sammenheng med å motta hjelp fra hjemmesykepleien. Kanskje har relasjonen til den man mottar hjelp fra sammenheng med de eldre sin følelse av autonomi? Kanskje kan dette ha sammenheng med i hvilken grad de en mottar hjelp fra bidrar til en følelse av sosial støtte?

6.4 Implikasjoner for folkehelsearbeidet

Antonovsky var som nevnt sosiolog, og dermed opptatt av hvordan sosiale forutsetninger i samfunnet påvirker folkehelsen. Han var opptatt av viktigheten av at samfunnet legger til rette for utvikling av SOC. Han mente at god mestring ikke bare er et spørsmål om individet sin valgfrihet, men at nøkkelen til mestring ligger i samfunnet og mennesker med omsorg for hverandre (Lindström & Eriksson, 2015; Antonovsky, 1996). Helsedirektoratet (2010) definerer folkehelsearbeid som «samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse». Dette kan ses på som et uttrykk for Bronfenbrenners modell (se kapittel 3.3.2), ved at politikken som føres på makronivå har implikasjoner videre ned på meso, ekso og mikronivå.

Som nevnt i teorikapittelet sier også Mæland (2014) at det forebyggende arbeidet knyttet til psykisk helse retter seg mot enkeltindividet, familien, nærmiljøet og samfunnsforhold, noe som kan ses i sammenheng med Bronfenbrenners modell.

Lindström & Eriksson (2015) skriver at det salutogene rammeverket har potensiale til å brukes på samfunnsplan, altså det som Bronfenbrenner omtaler som makronivået, når det utarbeides helsepolitikk. De mener at det ikke bare er innenfor helsevesenet at salutogenesen kan utnyttes på samfunnsnivå. Alle andre nøkkelsektorer kan også være med på å skape et fokus mot det som skaper helse i samfunnet, og på den måten gjøre befolkningen oppmerksom på det å utnytte og styrke sine generelle motstandsressurser (Lindström & Eriksson, 2015). Dette kan sammenlignes med Ottowacharterets mål om å plassere helse på «sakslisten» hos alle bestemmende organer på alle nivåer (WHO, 2017b).

De inkluderte studiene i denne oppgaven viser hvor viktig sosial støtte kan være for eldre menneskers livskvalitet og psykiske helse. Et eksempel på makronivå som viser at den økonomiske politikken som føres sentralt i stor grad henger sammen med enkeltpersoners liv på mikronivå er Hamar frisklivssentral som av økonomiske årsaker måtte legge ned sitt tilbud «Friskliv Senior» (Haugen, 2016). Dette var et tilbud som mange eldre benyttet seg av. Dette tilbudet dreide seg ikke bare om trening, det fungerte også som en sosial samlingsplass, altså en del av samspillet i Bronfenbrenners mesonivå. Lexell, Frändin & Helbostad (2008) nevner at det sosiale miljøet ved treningstilbud for eldre sannsynligvis har stor betydning for hukommelse, tenkeevne, initiativevne, humør og helseopplevelse (Lexell, Frändin & Helbostad, 2008). Langeland (2011) viser til gode erfaringer med såkalte salutogene samtalegrupper, mens Tellnes (2008) skriver om Natur- Kultur- Helse- konseptet. Begge disse konseptene tar utgangspunkt i å fokusere på det salutogene, fremfor det patogene, og kan kanskje sammenlignes med frisklivssentralene sine samlinger for eldre. Veilederen for frisklivssentralene sier da også at det skal «gis veiledning som retter oppmerksomheten mot

friskressurser for helse og livskvalitet» (Helsedirektoratet, 2016), helt i tråd med den salutogene teorien. Lövheim et. al (2013) nevner i sin studie at familie og nære relasjoner bør involveres i behandlingen av eldre mennesker med pleiebehov. Dette er et eksempel på bevisst bruk av mesonivået, hvor flere av miljøene en person er involvert i fungerer sammen for å øke SOC.

Fra et samfunnsøkonomisk synspunkt, altså på Bronfenbrenners makronivå, vil det antagelig lønne seg å forebygge psykiske lidelser og øke SOC hos eldre. Hovland & Nordhus (2017) skriver at psykiske lidelser hos eldre ofte henger sammen med somatiske lidelser. Bruk av helsetjenesten for somatiske lidelser er noe som øker med alderen, og helseutgiftene er høyest i de eldste aldersgruppene. Også WHO sier, som nevnt i kapittel 3.2, at psykisk helse har sammenheng med fysisk helse og helseatferd (WHO, 2004). De inkluderte artiklene viser at sosial støtte og autonomi kan være viktige faktorer for å forebygge psykiske lidelser og øke SOC hos eldre mennesker. Siden sosiale samlingsplasser for eldre sannsynligvis kan bidra til både sosial støtte og følelse av autonomi, vil det antagelig være økonomisk gevinst på sikt i å opprettholde/ opprette slike tilbud. Det er likevel slik at det ofte kan være problematisk å få politikere til å bevilge penger til forebyggende helsearbeid, også der det beviselig vil være kostnadseffektivt å forebygge heller enn å behandle (Thurston, 2014). Dette er kanskje i enda større grad tilfelle i forebyggende arbeid rettet mot eldre. Mye av det forebyggende helsearbeidet retter seg mot yngre mennesker, da disse ofte har en del «kritiske faser» knyttet opp mot fysisk og mental utvikling, der man kan rette inn tiltak (Thurston, 2014). Dette kan muligens bidra til å legitimere et større samfunnsfokus på yngre menneskers psykiske helse. Det foreligger også, ifølge Hovland & Nordhus (2017) for lite forskning på eldres psykiske helse, mens det i større grad er blitt forsket på dette i forhold til yngre. Resultatene fra denne oppgavens inkluderte artikler kan likevel tyde på at også eldre mennesker kan ha nytte av forebyggende tiltak mot psykiske lidelser.

Som nevnt ser vi et demografisk skifte i samfunnet mot en stadig eldre befolkning (Hovland & Nordhus, 2017). Kanskje vil økonomiske tiltak på makronivå kunne føre til at eldre kan prioriteres på eksonivå, for eksempel gjennom frisklivssamlinger for eldre. Dette vil igjen kunne gjenspeiles på meso og mikronivå, gjennom at den enkelte eldre vil kunne få sosial støtte og en følelse av autonomi i sin hverdag. Videre vil dette kunne føre til en økning i SOC hos den enkelte eldre, som igjen kan ha sammenheng med en opplevelse av personlig integritet i stedet for fortvilelse, jmfør Eriksons teori.

7. Konklusjon

Det har i denne oppgaven blitt tatt utgangspunkt i den salutogene teorien, og dens begrep «sense of coherence» som omhandler hvorvidt et menneske opplever tilværelsen som begripelig, håndterbar og meningsfylt. Det har, i form av en litteraturstudie, blitt undersøkt om det kan være en sammenheng mellom eldre menneskers psykiske helse, deres sense of coherence og livskvaliteten deres, jamfør oppgavens problemstilling: «I hvilken grad er det en sammenheng mellom eldre menneskers psykiske helse, livskvalitet og Sense of Coherence?»

De 9 inkluderte artiklene i denne litteraturstudien viser at det sannsynligvis kan finnes en sammenheng mellom SOC, livskvalitet og psykisk helse hos eldre mennesker.

Artiklenes funn peker særlig på tre forskjellige faktorer som kan ha sammenheng med dette. Det ble derfor først i kapittel 6.1 foretatt en diskusjon rundt hvorvidt SOC kan endres hos eldre mennesker. Teorien er sprikende når det kommer til dette spørsmålet. Det meste av empirien viser derimot at SOC kan endres hos eldre. Videre ble det i kapittel 6.2 diskutert rundt artiklenes funn som indikerer at sosial støtte kan være av betydning for en høy SOC, få depressive symptomer og god opplevd livskvalitet. Flere av studiene viser også at en følelse av autonomi kan være en viktig generell motstandsressurs når det kommer til eldre menneskers psykiske helse, og dette ble diskutert i kapittel 6.3. I kapittel 6.4 ble det endelig diskutert hvilke praktiske implikasjoner artiklenes funn, sammen med den salutogene teorien, kan ha for folkehelsearbeidet rettet mot eldre mennesker.

Det ser likevel ut til at det trengs mer forskning på dette området. Særlig kan det være et behov for flere longitudinelle studier som ser på endring av SOC i forhold til psykisk helse og livskvalitet hos eldre mennesker. Det kunne også ha vært interessant med mer kvalitativ forskning på dette området, for å få en dypere forståelse for hva som ligger bak tallene i den

kvantitative forskningen. Videre kunne forskning på Salutogenese og eldre mennesker, spesielt rettet mot helsefremmende arbeid, være av interesse. Dette er særlig relevant på grunn av det demografiske skiftet som pågår i samfunnet. En eldre befolkning med god psykisk helse vil på grunn av dette skiftet kunne være av interesse for samfunnet som helhet.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promotion International. 11(1), 11-18. Lokalisert på: https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/heapro/11/1/10.1093/heapro/11.1.11/2/11-1-11.pdf?Expires=1487576907&Signature=B2sXGbFsPhYWbQajIU3D50tyllzBZ95U44w92JFr8F7BAbyysa~C0qslYNYm4RMQkQRDCDW6r9kr4Yh-EEW6hnlVV75CRvyn8y52ecn8gsMKIIQvxazhwTykdcv709yJLVksPby9YVgUIzIEjvFa2ntCdTfL20vBE2oOoKU1Ac1Yt5cdPTLpNdwkU8ePLYRhc-InlTmsv-zNBiVspAmpslOcljpgM1RA0~SoKwxIaVxV~W0UEBCRew1NkDlqjtOB1onoHW9I3RR2c9DdC~9F2tTf7qpRpEeQmWzbpjTmWprwvJJKIOyYvjO988v3repPr6miXyivCscVpp9GRt7p1A__&Key-Pair-Id=APKAIUCZBIA4LVPAVW3Q
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey- Bass Inc.
- Antonovsky, A. (2014). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O.P. & Starrin, B. (2012). Empowerment- et moteord? I B. Starrin (Red.), *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aakvaag, G.C. (2011). Fremveksten av sosiologisk tenkemåte: Karl Marx, Max Weber og Emile Durkheim. I E. Balsvik & S.M. Solli (Red.), *Introduksjon til samfunnsvitenskapene: bind 2*. Oslo: Universitetsforlaget.

-
- Balsvik, E. (2011). Forskningsetikk for samfunnsvitenskapene- en oversikt. I E. Balsvik & S.M. Solli (Red.), *Introduksjon til samfunnsvitenskapene: bind 1*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalgard, O.S. & Sørensen, T. (2009). Sosialt nettverk, sosial støtte og nærmiljø- viktige faktorer for helsen. I J.G. Mæland, J.I. Elstad, Ø. Næss & S. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi: Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Daatland, S.O. & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dezutter, J., Wiesmann, U., Apers, S. & Luyckx, K. (2013). *Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: a closer look at the role of integrity and despair*. *Aging and Mental health*. 17(7), 839- 843. Doi: 10.1080/13607863.2013.792780.
- Drageset, J., Espehaug, B., Hallberg, I.M. & Natvig, G.K. (2014). *Sense of coherence among cognitively intact nursing home residents- a five year longitudinal study*. *Aging & Mental Health*. 18(7), 889- 896. Lokalisert på:
<http://www.tandfonline.com.ezproxy.hihm.no/doi/abs/10.1080/13607863.2014.896866>
- 6
- Drageset, J., Espehaug, B. & Kirkevold, M. (2012). *The impact of depression and sense of coherence on emotional and social loneliness among nursing home residents without cognitive impairment- a questionnaire survey*. *Journal of Clinical Nursing*. (21), 965- 974. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03932.x.
- Elster, J. (2011). Vitenskapelig forklaring. I E. Balsvik & S.M. Solli (Red.), *Introduksjon til samfunnsvitenskapene: bind 2*. Oslo: Universitetsforlaget.

Erikson, E.H. (1998). *The life cycle completed*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.

Eskeland, K.O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. Oslo. Cappelen Damm Akademisk.

Haugen, E.J. (2016,14.06). Nei til seniorkutt. *Hamar Arbeiderblad*. Hentet fra: <http://www.h-a.no/debatt/forsvaret-hva-naa>

Helvik, A-S., Engedal, K. & Selbæk, G. (2013). *Change in sense of coherence(SOC) and symptoms of depression among old non- demented persons 12 months after hospitalization*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 55(2), 314- 320.

Hellevik, O. (1999). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hellevik, O. (2011). Gir menn kvinner skylden for voldtekt?- Om feiltolkning av intervjudata. I E. Balsvik & S.M. Solli (Red.), *Introduksjon til samfunnsvitenskapene: bind 2*. Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. (2010). *Folkehelsearbeidet- veien til god helse for alle*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/651/Utviklingstrekkrapport-2010-folkehelsearbeidet-veien-til-god-helse-for-alle-engelsk-IS-1846-bokmal.pdf>

Helsedirektoratet. (2016). *Veileder for kommunale frisklivssentraler*. Lokalisert på: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/53/Veileder%20for%20kommunale%20frisklivssentraler_IS1896.pdf

Hovland, A. & Nordhus, I.H. (2017). *Behandling av psykiske lidelser hos eldre*. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 54(1). 93-99.

Håkonsen, K.M. (2008). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.

-
- Imsen, G. (2015). *Elevens verden: Innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johannesen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannessen, A. (2005). *Hverdagslivet for de svækkede gamle*. *Klinisk sygepleje*. 19(1), 50-56).
- Jonsdottir, I.H. & Ursin, H. (2008). Stress. I R. Bahr (Red.). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Langeland, E. & Wahl, A.K. (2008). *The impact of social support on mental health users' sense of coherence: A longitudinal panel survey*. *International Journal of Nursing Studies*. 46 (6). 830- 837.
- Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper- en arena for økt mestring og velvære. I M. Lerdal & M.S. Fagermoen (Red.). *Læring og mestring- et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Langeland, E. (2012). *Betydningen av den salutogene modell for sykepleie*. *Klinisk Sygepleje*. 26 (2), 38- 48.
- Langhammer, B. (2012). Hva kjennetegner aldring? I H. Lohne- Seiler & B. Langhammer. *Fysisk aktivitet og trening for eldre*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lexell, J., Frändin, K. & Helbostad, J.L. (2008). Fysisk aktivitet for eldre. I R. Bahr (Red.). *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til Salutogenese*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lundman, B., Forsberg, K.A., Jonsen, E., Gustafson, Y., Olofsson, K., Strandberg, G. & Lövheim, H. (2010). *Sense of coherence (SOC) related to health and mortality among the very old: The Umeå 85+ study*. Archives of Gerontology and Geriatrics.

51(3), 329- 332. Lokalisert på:

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0167494310000270?np=y>

Lövheim, H., Graneheim, U.H., Jonsen, E., Strandberg, G. & Lundman, B. (2012). *Changes in sense of coherence in old age- a 5-year follow-up of the Umea 85+ study*.

Scandinavian Journal of Caring Sciences. (27), 13-19. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00988.x.

Martinsen, E.W. (2013). Psykiske lidelser som folkehelseutfordring. I N.C. Øverby, M. Klungland & R. Høogaard (Red.), *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Malt, U. (2014, 18.09). Komorbiditet. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/komorbiditet>.

Mellqvist, M., Wiktorsson, S., Joas, E., Östling, S., Skoog, I. & Waern, M. (2011). *Sense of coherence in elderly suicide attempters: the impact of social and health-related factors*. International Psychogeriatric Association. 23(3), 986- 993. doi: 10.1017/S1041610211000196.

Munk, K. (2007). Depression i det sene liv. I L.Larsen (Red.) *Gerontopsykologi: det aldrende menneskes psykologi*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

-
- Mæland, J.G. (2014). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Narum, I. & Bergland, A. (2009). *Livskvalitet og salutogenese: flyt og eldre damer*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 6(2) 100-109.
- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2010). *Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Rennemark, M. & Hagberg, B. (1997). *Sense of coherence among the elderly in relation to their perceived life history in an Eriksonian perspective*. Aging and mental health. 1(3), 221-229.
- Rønning, A.O. (2015). *Skrinlagte studier svekker forskningen*. Forskningsetikk. 1(15), 15-17.
- Sletteland, N. & Donovan, R.M. (2014). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stuart-Hamilton, I. (2001). *Aldringens psykologi : Grundbog i gerontopsykologi*. København: Gyldendal Uddannelse.
- Tellnes, G. (2008). Salutogenese. I Ø. Larsen, A. Alvik, K. Hagestad & M. Nylenna (Red.). *Samfunnsmedisin*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thagaard, T. (2015). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thurston, M. (2014). *Key themes in public health*. London: Routledge.

World Health organization. (2017a). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. Lokalisert på:

<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefolder/en/>

World health organization. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Lokalisert på:

http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/

World health organization. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Lokalisert på:

http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/promotingmentalhealth_greenbooklet.pdf

World health organization. (2017b). *The Ottawa Charter for health promotion*. Lokalisert

på: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>