

Avdeling for folkehelsefag

Kandidatnummer 10

Bacheloroppgave  
Ensomhet i hverdagen  
helsekonsekvenser sett i et kjønnsperspektiv

Loneliness in the daily life,  
health consequences seen in a gender perspective

Folkehelse

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA

NEI

## Forord

Som en avsluttende oppgave av denne 3-årige bachelorutdanningen ved Høgskolen i Innlandet er et av kravene å skrive en bacheloroppgave. Etter rundt 3 år med å gå studiet folkehelse, fant jeg ut at jeg ville skrive om temaet ensomhet. Dette er noe jeg absolutt kan se for meg at jeg vil møte på i jobbsammenheng i fremtiden. Jeg fant det derfor relevant og interessant å fordype meg i dette emnet.

Det å skrive en bacheloroppgave som jeg nå har gjort, har vært en lang og krevende prosess. Jeg har igjennom måneder med teorisøk, omformulering av problemstillinger, litteratursøk og undersøkelser av en mengde vitenskapelige artikler skrevet etter beste evne. Jeg vil takke veilederen min Ingvild for gode konstruktive tilbakemeldinger og gode råd. Jeg vil også rette en stor takk til kjæresten min Daniel for tolkning hjelp og støtte gjennom hele prosessen.

Å studere folkehelse har vært en lærerik prosess der jeg sitter igjen med et mer åpent syn rundt viktigheten av folkehelsearbeidet i Norge og forøvrig resten av verden, i tillegg har jeg tilegnet meg god og viktig kunnskap jeg kan få bruk for i både arbeidslivet og ellers i livet.

## Sammendrag

**Studieprogram:** Bachelor i Folkehelse 2014-2017, Høgskolen i Innlandet.

**Oppgavens tittel:** Ensomhet i hverdagen, helsekonsekvenser sett i et kjønnsperspektiv

**Problemstilling:** Hvordan påvirker ensomhet i hverdagen menneskets helse sett ut fra et kjønnsperspektiv?

**Metode:** Litteraturstudier

**Resultat:** Det finnes fysiske og psykologiske forskjeller for hvordan ensomhet påvirker menn og kvinners helse. Hovedfunnene viser forskjeller innenfor sosiale nettverk og fysiske plager. Kvinner har større nettverk enn menn, men føler seg mer emosjonelt ensomme, menn er mindre plaget av ensomhet, men opplever dette da ofte har små nettverk og føler seg sosialt ensomhet. Begge kjønn er utsatt for somatiske plager, men kvinner er spesielt utsatt diabetes, dette rammer ikke menn i betydelig grad. Begge kjønn opplever økt stress og føler det vanskelig å takle utfordrende livssituasjoner og problemer.

## Summary

**Study program:** Public health 2014-2017, Høgskolen i Innlandet.

**Title:** Loneliness in the daily life, health consequences seen in a gender perspective

**Question:** How does loneliness in the daily affect human's health seen in a gender perspective?

**Method:** Literature studies

**Results:** There are physical and psychological differences for how loneliness affects men and women's health. The main findings show differences in social networks and physical ailments. Women have larger networks than men, but feel more emotionally lonely, men are less bothered by loneliness, but experience it because they often have small networks and experience social loneliness. Both sexes are prone to somatic ailments, but women are particularly prone to diabetes, this does not affect men significantly. Both sexes experience increased stress and feel difficult to cope with challenging life situations and problems.

# INNHold

<b>FORORD .....</b>	<b>3</b>
<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>4</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>5</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>8</b>
1.1. PROBLEMSTILLING .....	8
1.2. AVGRENSING OG PRESISERING .....	8
1.3. BEGREPSAVKLARINGER .....	9
1.4. OPPGAVESTRUKTUR .....	9
<b>2. TEORI.....</b>	<b>11</b>
2.1. ÅRSÅK .....	11
2.2. FOREKOMST.....	11
2.3. HELSEKONSEKVENSER .....	12
2.4. STRESSETS EFFEKTER PÅ HELSE OG LIVSKVALITET.....	12
2.5. FYSIOLOGISK STRESS .....	12
2.6. KOGNITIVT STRESS OG STRESSVURDERINGER .....	13
2.7. DEPRESJON .....	13
2.8. MASHLOWS BEHOVSPYRAMIDE OG SOSIALE BEHOV .....	14
2.9. SOSIALE NETTVERK OG BRONFENBRENNERS UTVIKLINGSØKOLOGISKE MODELL ....	16
<b>3. METODE .....</b>	<b>18</b>
3.1. LITTERATURSTUDIER .....	18
3.2. KILDEKRITIKK OG KRITISK TENKNING .....	18
3.3. FREMGANGSMÅTE FOR LITTERATURSØK .....	19
3.4. SØK .....	20
<b>4. RESULTAT .....</b>	<b>21</b>
4.1. ARTIKKEL 1, WHO ARE LONELY? LONELINESS IN DIFFERENT AGE GROUPS (18-81 YEARS OLD), USING TWO MEASURES OF LONELINESS .....	21

---

<b>4.2. ARTIKKEL 2, INTERPERSONAL STRESS AND POOR HEALTH, THE MEDIATING ROLE OF LONELINESS .....</b>	<b>22</b>
<b>4.3. ARTIKKEL 3, LONELINESS IN EVERYDAY LIFE: CARDIOVASCULAR ACTIVITY, PSYCHOSOCIAL CONTEXT, AND HEALTH BEHAVIORS .....</b>	<b>22</b>
<b>4.4. ARTIKKEL 4, LONELINESS AMONG MEN AND WOMAN A FIVE-YEAR FOLLOW-UP STUDY</b>	<b>23</b>
<b>4.5. ARTIKKEL 5, PERSONAL NETWORKS AND MORTALITY RISK IN OLDER ADULTS: A TWENTY-YEAR LONGITUDINAL STUDY .....</b>	<b>23</b>
<b>4.6. ARTIKKEL 6, DO STRESS, HEALTH BEHAVIOR AND SLEEP MEDIATE THE ASSOCIATION BETWEEN LONELINESS AND ADVERSE HEALTH CONDITIONS AMONG OLDER PEOPLE? .....</b>	<b>25</b>
<b>5. DRØFTING .....</b>	<b>26</b>
<b>5.1. FORKLARING AV FUNN OG VIKTIGHETEN RUNDT DEM.....</b>	<b>26</b>
<b>5.2. MOTSTRIDENDE RESULTATER .....</b>	<b>29</b>
<b>5.3. BEGRENSENINGER .....</b>	<b>30</b>
<b>6. KONKLUSJON.....</b>	<b>32</b>
<b>7. LITTERATURLISTE .....</b>	<b>33</b>

# 1. Innledning

Temaet jeg skriver om i denne oppgave er ensomhet, da spesielt rundt de helsemessige konsekvensene det kan medføre å være ensom i hverdagen.

Jeg har valgt temaet ensomhet fordi dette er et interessant og tidsaktuelt område av folkehelsen som ikke alltid blir snakket høyt om. Jeg ser det også som relevant kunnskap å tilegne meg når det kommer til fremtidig jobbsituasjon, spesielt med tanke på det å kunne sette seg inn i andre menneskers situasjon når det kommer til ensomhet og sosiale utfordringer i hverdagen. Denne oppgaven fokuserer på ensomhet som opplevelsen rundt ufrivillig ensomhet, det vil si at man føler seg ensom, uten at man har valgt ensomheten selv.

Mer enn hver femte nordmann føler seg ensom, og så mange som 70 000 mennesker i Norge har få eller ingen fortrolige venner de kan lene seg på om de trenger noen å prate med i vanskelige situasjoner (Helsedirektoratet, 2014). Ut fra undersøkelser gjort av SSB oppgir 1 av 4 kvinner at de ofte eller av og til opplever ensomhet, mens rundt 1 av 5 menn oppgir at de ofte eller av og til opplever ensomhet (Clausen & Thorsen, 2009). Ensomhet går utover livskvaliteten, påvirker mestringsfølelsen og medfører økt risiko for dårlig helse. Dette kan derfor sees på som særegne utfordringer spesielt med tanke på folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2014).

## 1.1. Problemstilling

Problemstillingen i denne oppgaven er følgende: Hvordan påvirker ensomhet i hverdagen menneskets helse sett ut fra et kjønnsperspektiv?

## 1.2. Avgrensning og presisering

Jeg har valgt å legge vekt på ulikhetene mellom kjønn, da dette er et spennende område der jeg kan utforske de konkrete likhetene og ulikhetene mellom voksne ensomme menn og kvinner, årsakene og de helsemessige risikofaktorene rundt det å være ensom.



---

### 1.3. Begrepsavklaringer

**Ensomhet:** En subjektiv opplevelse som er et resultat av mangler i det sosiale nettverket, som ofte oppleves negativ og ubehagelig (Grasaas, Helgesen & Sjørusen, 2016).

**Fysiologisk stress:** Er en kroppslig reaksjon på stress der kroppen frigir såkalte stresshormoner som påvirker kroppen negativt (Haug, Sand & Sjaastad, 2001). Blant annet hjerte og kar, og immunsystemet blir påvirket under stressreaksjoner som dette (Hånes, 2015).

**Kognitiv stress:** Påvirker blant annet mestringsevnen, evnen til å håndtere vanskelige livssituasjoner og kan føre til en opplevelse av maktesløshet når det kommer til psykiske lidelser som angst og depresjon (Hånes, 2015)

**Sosiale nettverk:** Et uformelt system som er dannet av relasjoner mellom mennesker. Det kjennetegnes ofte ved at det er varig, avgrensbart og ofte knyttet sammen av en opplevelse av fellesskap. Et slikt nettverk består av en mengde aktører og individer der båndene kan være både sterke og mindre sterke slik at nettverksforbindelsen kan være både direkte og indirekte påvirkende på mennesket (Bø & Shiefloe, 2007).

**Helse:** Helse er et vidt begrep som vanlig brukes som motsetningen til begrepet sykdom. Det kan blant annet forklares som forutsetningen vi har for å være frisk og unngå å bli syk. WHO definerer helse som fullstendig mentalt, fysisk og sosialt velvære, ikke bare fravær av sykdom (Braut, 2015).

### 1.4. Oppgavestruktur

Oppgaven har blitt bygd opp slik at teoridelen blir lagt frem først etter forord og sammendrag på norsk og engelsk. Teoridelen er en stor del av oppgaven der det blir presentert relevant teori sett i relevans til problemstillingen som er satt. I denne delen er det lagt frem er generell teori rundt ensomhet, sosiale behovsteorier og helsekonsekvenser ved ensomhet. Jeg har valgt å ikke dele inn i kjønnslige forskjeller i særlig grad i denne delen av oppgaven da mye av dette gjelder for begge kjønn. Det blir blant annet lagt vekt på forskjellige typer stress, depresjon, sosiale nettverk, forekomst og årsak rundt ufrivillig ensomhet.

I metoddelen har jeg lagt frem hva slags metode som har blitt brukt, samt hvordan jeg har gått frem for å finne artiklene som er brukt i denne oppgaven samt inklusjon og eksklusjonskriterier som er brukt.

I resultatdelen av denne oppgaven har det blitt lagt frem valgte artikler og sammendrag av relevante resultater i disse. Her har jeg lagt vekt på årsaker til ensomhet hos begge kjønn, fysiologiske forskjeller og risikofaktorer rundt ensomhet og helse for både menn og kvinner.

Drøftingen i denne oppgaven er delt i to deler der første del tar utgangspunkt i relevante resultater understøttet av teori og refleksjon rundt viktigheten rundt disse, mens del to tar for seg motstridende resultater og refleksjoner rundt årsaken til dette. Deretter blir det nevnt kort begrensingene i denne oppgaven .

Til slutt i oppgaven kommer det en konklusjon der jeg har konkludert kortfattet hva jeg fant ut gjennom å jobbe med denne problemstillingen og oppgaven.

---

## 2. Teori

I dette kapittelet har det blitt lagt vekt på teori som er relevant for denne oppgaven og problemstillingen knyttet til den. Ensomhet har de siste årene gått fra å være et område som er lite snakket om, til å være et mer offentlig tema og et større problem enn først antatt. Det har utviklet seg til å være et tema som kan snakkes høyt om, og det har vist seg at ensomhet ikke lenger omhandler kun eldre, men at det er noe som påvirker og omhandler folk flest i korte eller lengre perioder av livet (Thorsen, 1990).

Det finnes flere definisjoner på ensomhet som har kommet gjennom tidene, der flesteparten omhandler reaksjoner og årsaker til ensomheten. De mest brukte definisjonene er fra 1982, skrevet av Peplau og Perlman. De skrev ned 12 definisjoner der de fant ut at de alle har felles elementer, blant disse elementene fant de at opplevelsene av ensomhet i stor grad er subjektive, det oppleves ubehagelig og negativt, og at ensomheten kommer som følger av mangler i personlige sosiale relasjoner (Thorsen, 1990).

### 2.1. Årsak

I følge en tidligere levekårsundersøkelsen har menn færre nære venner enn det kvinner har, og det viser seg at menn ofte har sin ektefelle som sin eneste fortrolige venn. Menn ansees i tillegg å være mindre sosiale enn kvinner, noe som kan være en sterk årsak til at menn ofte har et mindre sosialt nettverk enn kvinner og opplever ensomhet. Kvinner gifter seg ofte med eldre menn, og disse blir derfor ofte enker og lever alene. Dette fører til økt ensomhet og helseplager hos spesielt eldre kvinner. Det viser seg også at alderdom er en faktor for begge kjønn da mange eldre opplever sykdom og skrøpelighet, og mange eldre mennesker bo alene. Det forekommer også ensomhet hos yngre, men her er årsaken oftere at yngre mennesker er mer opptatt av popularitet og legger ofte skylden på seg selv om de ikke lykkes. Dette gjelder spesielt dem i aldersgruppen 18-29 år (Clausen & Thorsen, 2009).

### 2.2. Forekomst

Mer enn hver femte nordmann føler seg ensom, og så mangesom 70 000 mennesker i Norge har få eller ingen fortrolige venner de kan lene seg på om de trenger noen å prate med i vanskelige situasjoner (Helsedirektoratet, 2014). Ut fra undersøkelser gjort av SSB oppgir 1 av 4 kvinner at de ofte eller av og til opplever ensomhet, mens rundt 1 av 5 menn oppgir at de ofte eller av

og til opplever ensomhet. Når det kommer til aldersgrupper viser tidligere forskning at det er størst forekomst av ensomhet blant dem i alderen 70- 80 år. Forskjellene mellom kjønnene viser seg også å øke i takt med alder. rundt tre av ti personer over 80 år oppgir å være ensomme, mens rundt to av to sier det samme i trettiårsalderen. Ensomhet finnes også hos yngre mennesker men her spesielt hos unge voksne. I motsetning til helsefaktorene hos de eldre gruppene gjelder faktorer som popularitet mer hos de yngre gruppene (Clausen & Thorsen, 2009).

### **2.3. Helsekonsekvenser**

Ensomhet er påvist å gå utover livskvaliteten, påvirke mestringsfølelsen og medføre økt risiko for dårligere helse. Dette sees derfor på som særegne utfordringer spesielt med tanke på folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2014). Manglende kan manglende sosial støtte føre til både psykologisk og fysiologisk stress, noe som er negativt for både helse og livskvalitet. (Hånes, 2015).

### **2.4. Stressets effekter på helse og livskvalitet**

Det har tidligere blitt påvist at stress i stor grad påvirker helse og livskvalitet (Grasaas, Helgesen & Sjørnsen, 2016). Begrepet livskvalitet dreier seg om subjektive vurderinger og erfaringer rundt det som gjør livet godt å leve for den enkelte (Tveiten, 2008). Langvarig påvirkning av stress kan forårsake en rekke sykdommer, blant annet flere somatiske sykdommer som kreft, infarkt og forkjølelse. Det er påvist en spesielt sterk forbindelse mellom stress og hjerte- og karsykdommer. Et jordskjelv som hendte i Los Angeles i 1994 viser til at antall dødsfall der akutt infarkt var årsaken ble over tredoblet denne dagen, sammenlignet med uken før. I tillegg er det bevis for at mennesker utsatt for ugunstige mengder stress ofte tilegner seg uheldige helsevaner som røyking, usunt kosthold, lite søvn og rusmisbruk. Disse vanene er en sterk faktor når det kommer til svekket immunsystem, psykiske lidelser og redusert livskvalitet (Grasaas, Helgesen & Sjørnsen, 2016).

### **2.5. Fysiologisk stress**

Fysiologisk stress kan blant annet over tid påvirke hjerte- og karsystemet og immunsystemet i negativ retning (Hånes, 2015). Forbindelsen mellom stress og hjerte- og karsykdommer kan forklares ved at noen stresshormoner kan påvirke hjerte og kar direkte negativt. De fører blant

---

annet til at nedbrytningen av fett i årene blir redusert, noe som fører til økt sjanse for dannelse av blodpropp i blodårene.

Langvarig stress er spesielt skadelig for kroppen da nivåene av hormonene kortisol og adrenalin øker. Kortisol oppstår som følger av stress i kroppen, både langvarig og kortvarig, og stimuleres gjennom sentralnervesystemet gjennom hypotalamus, mens adrenalin frigis fra binyrebarken. Dette fører til økt glukosekonsentrasjon i blodet, og i tillegg til dette øker aktiviteten i det sympatiske nervesystemet. Det sympatiske nervesystemet er en del av det autonome nervesystemet, dette vil si at det ikke er viljestyrt. Det består av flere nervesentre som går fra halsen og ned til ryggraden og dets oppgave er å regulere aktiviteten i kjertler og glatt muskulatur (Jansen 2016). Resultatet av dette kan føre til dårligere fordøyelse, redusert energinivå og forhøyet blodtrykk (Haug, Sand & Sjaastad, 2001). Stress kan også hemme immunsystemet da stresshormonene kan binde seg opp med andre celler i systemet slik at disse cellenes funksjon blir hemmet (Grasaas, Helgesen & Sjørnsen, 2016).

## **2.6. Kognitivt stress og stressvurderinger**

Kognitivt stress påvirker blant annet mestringsevnen, evnen til å håndtere vanskelige livssituasjoner og kan føre til en opplevelse av maktesløshet når det kommer til psykiske lidelser som angst og depresjon (Hånes, 2015). Negativ fortolkning av en ytre påvirkning er det som starter en negativ stresssituasjon. Det kan skilles mellom to subjektive stressvurderinger når en slik situasjon oppstår; primære og sekundære stressvurderinger. I en primær vurdering vurderes faren og alvoret i situasjonen, og i den sekundære vurderingen vurderes det hva slags ressurser vi har tilgjengelig for å mestre situasjonen og stresset som oppstår (Grasaas, Helgesen & Sjørnsen, 2016).

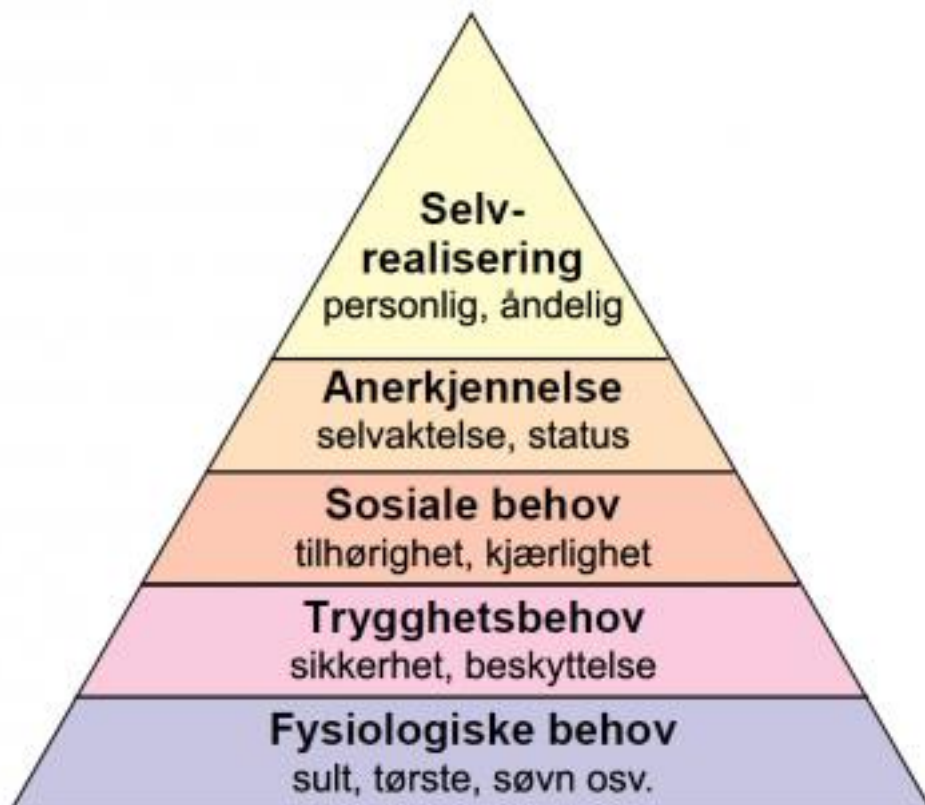
## **2.7. Depresjon**

Sammenhengen mellom depresjon sett sammen med ensomhet viser seg å være tydelig i forskningssammenheng. I tidligere forskning kommer det tydelig frem i empirien at det er en klar sammenheng mellom selvrapporterte psykiske plager og ensomhet. Dette gjelder spesielt kvinner. Den psykiske lidelsen depresjon kan kjennetegnes ved at personen føler seg passiv, nedstemt, sliten, handlingslammet, pessimistisk og ser lite mening i hverdag og fremtid. Det er vanlig ved depresjon at personen ser ned på seg selv og tror ikke han eller hun gir andre glede. Ettersom deprimerte personer føler mange negative følelser kan dette føre til at de isolerer seg

som resultat av å ikke ha noen å betro seg til, noe som igjen fører til at en kan føle seg ensom og alene i hverdagen (Halvorsen, 2005).

## 2.8. Mashlows behovspyramide og sosiale behov

Mashlows behovspyramide eller hierarki som den også kalles, fremstilles ofte som en slags pyramide som består av fem nivåer.



Figur 1 Maslows behovspyramide. Fra Rosslund, K, 2011, Maslows behovspyramide. Lokalisert på: <https://ndla.no/nb/node/85351?fag=102780>

Det første og mest grunnleggende nivået er de fysiologiske overlevelsesbehovene (Bø & Shiefloe, 2007). De fysiologiske overlevelsesbehovene vil si behovene som er nødvendige for å være i live. Behov som tørst og sult er sentrale behov som må tilfredsstilles før det skapes motivasjon til å gjøre noe som helst annet. Her i Norge og vesten er dette nærmest selvsagt et dekket behov, men i fattige land er det slettet ikke det (Imesen, 2014).

---

Nivå to er behovet for trygghet og beskyttelse. Dette innebærer at en person føler seg trygg, og at behovene for sikkerhet, beskyttelse, stabilitet og avhengighet er dekket. Dette gjelder også dekning av behov som struktur, orden, lov og grenser, samt frihet fra kaos og angst. Behovet for trygghet innebærer også en stabil tilværelse der en person kan føle at hverdagen er noenlunde forutsigbar og at man vet det er noen der for en om en skulle ha behov for det (Imesen, 2014).

Nivå tre består av kjærlighet og sosial tilknytning. Dette behovet kan sees å springe ut fra trygghet. Mennesker er sosiale vesener, og har behov for tilhørighet og noen å dele tilværelsen med. I følge Maslow er det lite forskning og bevis på det psykologiske rundt dette behovet, men han viser til at det kommer sterkt frem i skjønnlitteraturen som film og drama hva som skjer om dette behovet ikke blir dekket. I dagens samfunn kan man også tydelig se konsekvensene av dette da mennesker i store tall må forlate sine bosted for å finne seg et tryggere sted, men får utfordringer med å bli kjent med mennesker på det nye stedet det flyttes til. Da blir ofte resultatet ensomhet og følelsen av å være en fremmed (Imesen, 2014).

Nivå fire er anerkjennelse og respekt. Dette behovet innebærer at mennesket trenger å tro at det er noe, og at ens oppfattelse av en selv er positiv. I 1933 ble janteloven formet av Aksel Sandemose, og tankene som har sprunget ut fra denne er den helt klare motsetningen av dette behovet. Et menneske har behov for å vite at en er god og er representert av positivitet, og alle har behov for å vite at en kan mestre, utrette og blir respektert av de rundt seg. Dette behovet står sentralt med tanke på motivasjon og forbindes med begrep som selvrespekt og selvoppfatning. Dette behovet kan deles opp i to sider, der den ene siden er behovet der en føler at en kan noe, det å kunne løse en oppgave selvstendig og være en ressurs er viktig for motivasjonen. Den andre siden er behov for å føle at man er verdt noe i andres øyne, dette vil si det sosiale ved dette behovet, der en føler seg verdsatt og respektert av de rundt seg (Imesen, 2014).

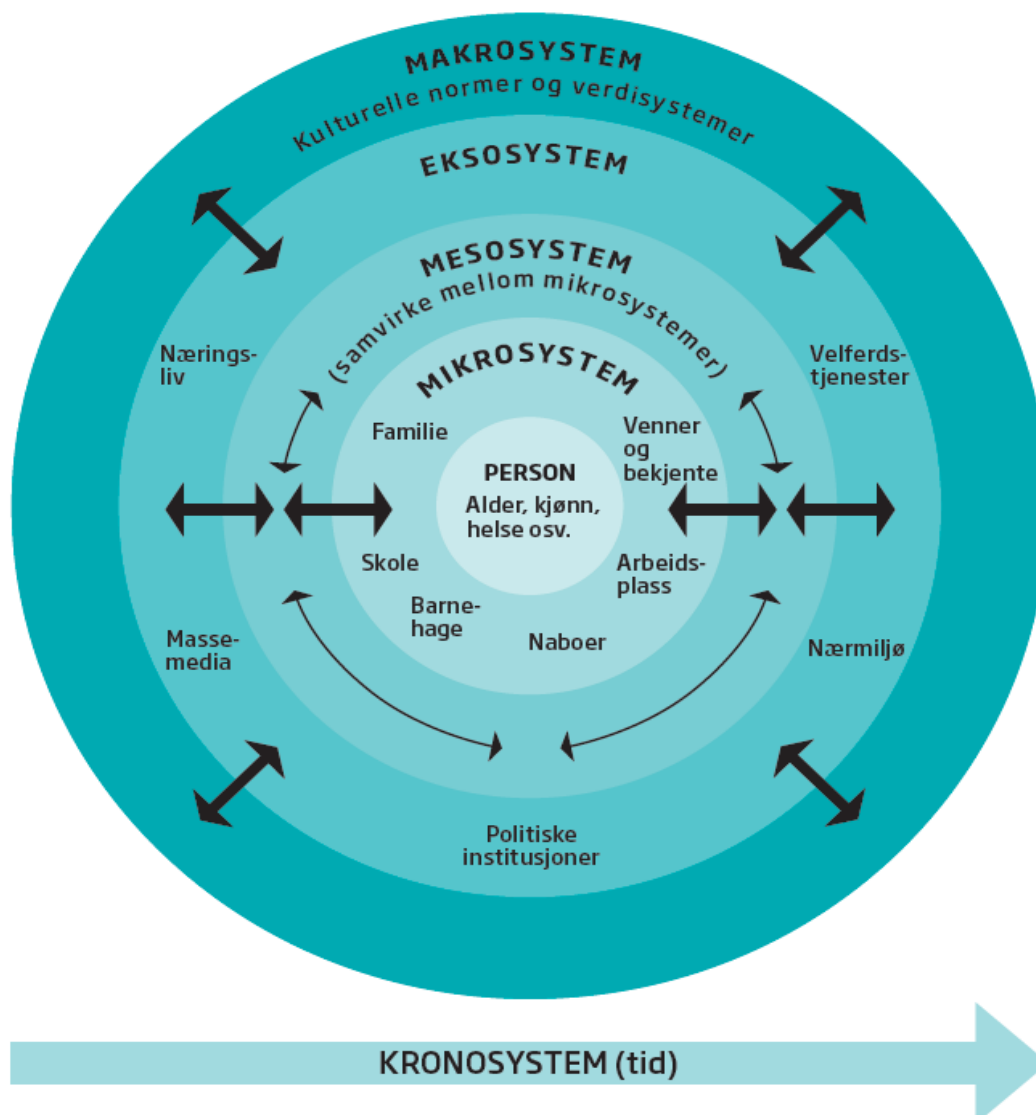
På toppen på nivå fem finner vi selvrealisering. Dette er det siste behovet, men likevel et viktig et. Det å føle at en får brukt evnene sine fullt ut og føler at vi gjør noe hensiktsmessig er viktig. Dette kan sees på som et overflodsbehov da det ikke er et fysisk overlevelseshov, men det er dette nivået som må tilfredstilles med tanke på personlig vekst og selvrealisering (Imesen, 2014).

Pyramiden fungerer slik at vi må ha det underliggende nivået tilfredstilt for å kunne oppnå det neste, vi kan derfor ikke hoppe over ett steg for å fullføre det neste. I tillegg til denne

pyramiden sees trygghet, tilhørighet og meningsfullhet på som spesielt viktige behov å dekke for å oppnå en god livskvalitet (Bø & Shiefloe, 2007).

## 2.9. Sosiale nettverk og Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell

Urie Bronfenbrenner er en sentral person som har bidratt til å sette menneskets kulturelle og sosiale utvikling og forankringer i system, der det kommer frem hvordan nettverk og samspillet i og blant disse fungerer. I den utviklingsøkologiske modellen skilles nettverk inn i fire forskjellige nivåer som sett i modellen under (Bø & Shiefloe, 2007).



Figur 2 Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell. Fra helsedirektoratet, 2015, *Teoretiske perspektiver på hvordan trivsel kan fremmes i skolen*. Lokalisert på: <https://utdanningsforskning.no/artikler/teoretiske-perspektiver-pa-trivsel>



---

Det innerste nivået og sirkelen i et nettverk kalles for mikrosystemet. Dette systemet innebærer alle samhandlinger mennesket har som er ansikt til ansikt. Dette gjelder blant annet grupper som familie og venner der mennesket blir påvirket og selv påvirker. Det er spesielt på dette nivået at sosialisering, modellering, utveksling av følelser og tolletakning skjer (Bø & Shiefloe, 2007).

Det neste nivået er kalt mesosystemet, og det er her det oppstår bånd og samspill mellom ulike arenaer der mennesker møtes. Dette vil si at det er to eller flere mikrosituasjoner der en aktør deltar på samtlige. Eksempel på dette kan være et menneske som går frem og tilbake mellom flere grupper. Med meso menes det arenaer som særlig bindes sammen via mennesker som utveksler kunnskap, påvirker hverandre og kommuniserer. Et lite miljø med tett befolkning med mange møteplasser utgjør en typisk mesostruktur (Bø & Shiefloe, 2007).

Den tredje sirkelen og nivået er kalt eksosystemet. Dette er arenaer der mennesket selv ikke deltar aktivt og sjeldent eller aldri er til stede, men indirekte har betydning for utvikling og liv. Dette kan for eksempel være et barn med en mamma eller pappa som jobber der han eller hun trives eller mistrives. Dette vil da kunne påvirke barnet indirekte i større eller mindre grad (Bø & Shiefloe, 2007).

Den siste og ytterste sirkelen og systemet kalles makrosystemet. Dette systemet omfatter samfunnet og dets verdier, tradisjoner, klassestrukturer, kultur, ideologier og økonomiske forhold. Påvirkningen fra makrosystemet kommer gjennom de andre nivåene og inn til mennesket. Eksempler på dette kan være demokratisk, religiøst og vitenskapelig tankepåfyll. Siden dette formildes gjennom de andre nivåene kan det skje mye forskjellig på veien, noe av informasjonspåvirkningen svekkes, noe endres eller fordreies og noe gjøres viktigere. Dette kommer av at mennesker er selektive og velger selv hvordan de vil anvende og videreformidle informasjonen de får gjennom samfunnet. Eksempler på dette kan være sekter og foreldre med en spesifikk religion som ikke vil at barna deres skal påvirkes av andre religioner i særlig grad (Bø & Shiefloe, 2007).

Å være uten et sosialt nettverk og fellesskap som føles trygt og aksepterende er en utfordring som særlig fører til ensomhet i dagens samfunn. Når ensomheten ikke er selvvalgt kan dette føles belastende for personen det gjelder. Å føle seg ensom i denne sammenhengen gjelder for alle uavhengig av alder, og det ser ut til at det er en utfordring i spesielt urbane områder og at det øker i takt med urbaniseringen (Bø & Shiefloe, 2007).

## 3. Metode

I dette kapittelet har jeg lagt frem metoden brukt i oppgaven samt fremgangsmåten og søkene som har blitt gjort i sammenheng med dette. Ordet metode stammer fra det greske ordet "methodos", som menes å følge en bestemt retning mot et satt mål. Metode dreier seg om hva slags måte vi velger å gå frem på for å finne informasjon, og læren rundt metode hjelper oss å treffe valg som er hensiktsmessige og gir oss nødvendig oversikt over flere fremgangsmåter og konsekvensene av å bruke disse (Christoffersen, Johannessen & Tufte, 2010).

### 3.1. Litteraturstudier

Metoden valgt for denne bacheloroppgaven er litteraturstudie. Litteraturstudie er en metode der man sammenligner vitenskapelige artikler og avhandlinger gjort av andre tidligere. (Christoffersen, Johannessen & Tufte, 2010). Når det samles inn teori og fakta fra valgt litteratur er det like viktig her som ved andre metoder at man har klart et eller flere spørsmål man vil ha svar på slik at en ikke glemmer hva en leter etter, eller blir påvirket av det en leser i undersøkelsene. Litteraturstudier krever at en har noe kunnskap om hvordan en leser og bearbeider statistiske materiale og analyse, slik at en kan forstå det andre har skrevet tidligere, samtidig som en stiller seg kritisk til informasjonen en tilegner seg. Det er derfor viktig at en i metoder som denne stiller definisjoner og studier opp mot hverandre slik at en kan ta stilling til sammenlikning eller hvilke resultater en skal velge å tro på. Ved litteraturstudier gjelder det å holde god orden på innsamlingen av data, slik at en unngår å ukritisk kopierer andres resultater uten at det passer inn med ens egne spørsmål knyttet til oppgaven. Det er også viktig å ha en god referanseliste og klare litteraturhenvisninger i redegjørelsen av oppgaven (Svensson, 1988).

### 3.2. Kildekritikk og kritisk tenkning

Ved gjennomføring av en litteraturstudie er det viktig å være kritisk til artiklene og teorien man finner i undersøkelsesfasen slik at det blir en solid og troverdig oppgave. Å gjøre både store og små undersøkelser er en god måte å tilegne seg forståelse for hvor utfordrende det kan være å skrive en tekst. For å bygge opp en kritisk sans for det man leser kreves kunnskap, viten om oppgaveoppsett, forståelse av fagspråk og statistikk (Svensson, 1998). Det å være kritisk til kilder vil si å være kritisk til kildenes kvalitet og hele tiden være obs på kildens relevans til problemstillingen som er satt i oppgaven. For å holde seg kritisk til det man leser, er det vanlig

---

å stille seg blant annet disse spørsmålene: Hvem er forfatteren bak kilden? Hvilken interesse innehar denne personen? Hvordan kan denne interessen ha vært som påvirkning av kilden? Hva betyr innholdet i den valgte teksten? I hvilken sammenheng ble denne kilden laget? (Gran, 2012).

### **3.3. Fremgangsmåte for litteratursøk**

I det første søket søkte jeg etter ordene "malmberg" og "ensomhet" i Oria. Etter å ha lest i rapporten "Ensomhet i ulike aldersgrupper" da jeg skrev teorien, fant jeg interessante fakta der forfatteren hadde brukt en artikkel fra de norske forskerne Berg og Malberg. Jeg forsøkte derfor å søke etter en av disse forfatterne. Da fikk jeg syv treff, der jeg fant to relevante artikler som var relevante for oppgaven. Neste søk valgte jeg å bruke PubPsych, en søkemotor for artikler innen psykologi, som jeg fant via høgskolens databasesider. Jeg valgte å søke etter ord som "loneliness", "gender" og "health", som kan oversettes til norsk som ensomhet, kjønn og helse. Videre valgte jeg å kun inkludere de nyeste artiklene da jeg ville ha nyere data inn i oppgaven min. Jeg valgte først 2016, men fant lite relevant her, jeg valgte derfor å prøve 2015, der jeg fant en relevant artikkel. I det tredje litteratursøket forsøkte jeg å bruke siden APA PsycNET. Her kunne jeg gjøre grundige søk i medisinske artikler ved å enkelt sette inn blant annet ord, avgrensninger, forfatter og lignende. Jeg valgte å sette inn nøkkelordene "loneliness" og "health", og valgte videre at disse søkeordene skulle være i tittelen på artiklene. Dette resulterte i fem. I det fjerde søket i denne oppgaven, brukte jeg den medisinske søkemotoren PubMed. Her var kriteriene satt for hvert søkeord som vist i tabellen nedenfor. Jeg valgte relevante engelske ord og valgte at disse skulle være med i enten tittel og/eller abstrakt delen av artiklene jeg søkte etter. Dette resulterte i tre treff der ett var meget relevant. Denne artikkelen fant jeg i fulltekst ved å klikke på link oppe til høyre på siden, som ledet meg til "science direct".

#### **Inklusjon og eksklusjon av søk**

Da jeg gjorde søkene mine inkluderte jeg bevisst fulltekstdokumenter og vitenskapelige artikler. Jeg ekskluderte alle andre typer for tekstformer da jeg ikke så relevansen i å bruke disse. Jeg valgte engelsk som hovedspråk og tok med så mange norske studier som mulig siden jeg synes disse virket mest relevante til teorien satt opp tidligere i oppgaven. Jeg varierte antall søkeord bevisst for å få mest mulig spesifikke resultat, noe som førte til relativt få men passende treff.

## 3.4. Søk

Søk nr	Database	Kriterier	Søkeord	Antall treff	Leste sammen drag	Utvalgte artikler
1	Oria Hedmark	#Artikler	*Malmberg og ensomhet	6	2	2
2	PubPsych	#2015	*Loneliness  *Gender  *Health	6	1	1
3	APA PsycNET	#Tittel  #Tittel	*Loneliness  * Health	5	5	2
4	PubMed	#Title/Abstract  #Title  #Title  #Title/Abstract  #Title/Abstract	* Gender  *Loneliness  * Health  *Differences  * Physical	3	2	1

---

## 4. Resultat

I denne delen av oppgaven blir de valgte artiklene og resultatene av disse presentert i form av sammendrag. Den første artikkelen som ble valgt er det fokus på hvilke aldersgrupper som er ensomme. I artikkel nummer to undersøkes det om det finnes en sammenheng mellom ensomhet og mellommenneskelig stress og psykologiske plager, og hvilke helseplager dette kan føre til hos norske menn og kvinner. Artikkel tre viser til stress, minuttvolum og preferier motstand ved ensomhet. I artikkel fire kommer det frem årsaker til ensomhet i tidligere og senere faser av livet hos begge kjønn. Artikkel fem forsker på viktigheten av gode nettverk hos eldre mennesker, mens artikkel seks forsker på dødelighet og sykdomsrisiko ved ensomhet hos eldre mennesker.

### **4.1. Artikkel 1, Who are lonely? Loneliness in different age groups (18-81 years old), using two measures of loneliness**

Denne kvantitative studien publisert i 2014 av de norske forskerne Magnhild Nicolaisen og Kristen Thorsen fokuserer på hvem de ensomme i samfunnet er, og hvilke aldersgrupper disse tilhører. Blant 14,743 personer ble det sammenlignet ensomhet i to forskjellige målinger der det ble sett på blant annet alder, helse, kjønn og sivilstatus. Gjennomsnittsalderen på testdeltakerne var 46,41 år, og den bestod av 50,7 % kvinner og 49,3 % menn. 55 % av disse var i god og meget god form, og 67,4 % var enten gift eller samboer.

Resultatene av målingene ved de to metodene brukt hadde mange likheter, men også noen forskjeller. Ved hjelp av en seks elements ensomhetsskalaen som var en av målemetodene, kom det frem at 24 % opplever ensomhet i varierende grad, mens 21 % opplever ensomhet ofte eller noen ganger, men her var resultatene svært like som ved direkte selvrangeringsmåling som var den andre metoden brukt i studien. Likevel kom det frem at tre av fire aldersgrupper virket å være mer ensomme ved bruk av ensomhetsskalaen enn ved bruk av direkte måling av ensomhet. Det eneste unntaket her var aldersgruppen 18- 29 år. Aldersmønstrene i testene varierte også i noen grad. Ved hjelp av direkte måling viste resultatene at de eldste var mest ensomme, fulgt av den yngste gruppen og deretter de to aldersgruppene i midten. Ved bruk av seks elements ensomhetsskalaen var resultatet at deltakerne var mer ensomme jo eldre de var. Alt i alt viste resultatene at de eldste deltakerne scoret høyest på ensomhet på begge testene.

Det viste seg også at forskjellene mellom kjønn varierte mellom begge målingene som ble brukt. Da det ble målt ved bruk av direkte måling viste det seg at kvinner var signifikant mer ensomme enn menn. Ved bruk av seks elements ensomhetsskalaen kom det frem at menn er signifikant mer ensomme enn kvinner i aldersgruppene 18-29 år og 30-49 år. Det ble også undersøkt om det var en kjønnslig forskjell i emosjonell ensomhet og sosial ensomhet ved bruk av forskjellige tester. Resultatene her viste at menn er mer ensomme sosialt enn kvinner i alle aldre, men at kvinner igjen er mer emosjonelt ensomme enn menn, men kun i de to eldste aldersgruppene.

#### **4.2. Artikkel 2, Interpersonal Stress and Poor health, The Mediating Role of Loneliness**

Denne studien er en kvantitativ studie som ble publisert i 2010 av de norske forskerne Mette M. Aanes, Maurice B. Mittelmark og Jørn Hetland. Formålet med denne studien var å finne ut om mangel på sosial samhörighet og ensomhet formidler sammenhengen mellom mellommenneskelig stress og psykiske plager hos norske menn og kvinner. Det var 3,268 kvinner og 3,220 menn fra Vest -Norge som deltok i studien. Denne studien la ikke vekt på forskjeller mellom menn og kvinner, men fant funn som inkluderte begge kjønn. Testpersonene rapporterte selv gjennom spørsmål og det ble deretter gjort kliniske undersøkelser av disse personene.

Det ble funnet signifikante direkte effekter som følger av ensomhet. 75 % av testpersonene rapporterte depressive symptomer som følger av ensomhet, og rundt 40 % rapporterte somatiske plager mediert gjennom ensomhet.

#### **4.3. Artikkel 3, Loneliness in Everyday Life: Cardiovascular Activity, Psychosocial Context, and Health Behaviors**

Dette er en kvalitativ studie som ble publisert i 2003 av Louse C. Hawkley, Mary H. Bureson, Gary G. Bertson og John T. Cacippo, alle forskere ved amerikanske universitet. Testpersonene var 135 studenter av begge kjønn der gjennomsnittsalderen var 19, 2 år. I denne feltstudien ble deltakerne bedt om å skrive dagbok i syv dager som selvrapporing, og i tillegg ble det gjort kardiovaskulære undersøkelser av studentene.

---

Det kommer frem i studien at ensomhet påvirker forskjellene i stressrating med 20 %, trusselratingen med 15 %. Dette vil si at om en er stresset eller føler seg truet, føler man dette 20 og 15 % sterkere om man er ensom, enn om man ikke skulle vært det. Disse to har i studien blitt satt sammen til ett resultat, der gjennomsnittet var 17 % og dette ble beskrevet som vanskelighetsgraden av et problem, altså hvor vanskelig et problem synes å være når man er ensom. Det kom også frem at det var 13 % nedgang i evnen til å håndtere utfordrende situasjoner i hverdagen. Resultatene konkluderte også med at ensomhet kunne forårsake forhøyet total perifer motstand (TPR) og ett lavere minuttvolum (CO), i løpet av en vanlig dag. Det kom også frem at ensomhet fremkaller mer stress og dårligere sosiale interaksjoner.

#### **4.4. Artikkel 4, Loneliness among men and woman a five-year follow-up study**

Dette er en kvantitativ studie som ble publisert av de norske forskerne Magnhild Nicolaisen og Kirsten Thorsen i 2013. Formålet ved studien var å finne ut om og hvordan ensomhet hos voksne var påvirket av livssituasjoner og erfaringer gjort i tidlige og senere faser av livet. Dette ble gjort ved å undersøke to ulike livsfaser der testpersonene var norske menn og kvinner i aldersgruppene 40-59 år og 60-80 år. Testpersonene rapporterte selv ved hjelp av spørreskjema. Datainnsamlingen ble gjort i to omganger, i 2002-2003 og i 2007-2008. Det var 3750 personer som deltok i studien.

Resultatene viste at hendelser i barndommen var assosiert med ensomhet hos begge kjønn. I de eldre gruppene var mennenes ensomhet linket til mobbing og konflikt mellom mor og far. Hos kvinner var ensomhet koblet til økonomiske utfordringer i familien i barndommen. Når det gjaldt ensomhet i alderen 40-59 år, var skilsmisse en sentral faktor spesielt hos kvinner. I alderen 60-80 år var det partnerdød som viste seg å være en sterk faktor spesielt blant menn.

Dette viser klart at ensomhet kan kobles sammen med påvirkning av erfaringer og hendelser fra tidlig barndom til senere i livet, og at noen hendelser og erfaringer påvirker menn og kvinner i forskjellig grad.

#### **4.5. Artikkel 5, Personal Networks and Mortality Risk in Older Adults: A twenty-year longitudinal study**

Denne forskningsartikkelen ble publisert i 2015 av de nederlandske forskerne Lea Ellwardt, Theo Van Tilburg, Marja Aarsten, Rafael Wittek og Bernardina Stevernik. Bakgrunnen for

studien var å finne ut om gode personlige nettverk og sosiale relasjoner øker sjansen for overlevelse hos eldre mennesker. Det har tidligere vært påvist en rød tråd mellom sosiale nettverk og indirekte psykososiale og direkte fysiologiske veier. Det blir derfor satt fokus på om gunstige helseeffekter og dødsrisiko varierer mellom funksjonelle og strukturelle egenskaper i det sosiale personlige nettverket hos eldre mennesker. Målet var å finne ut hvilke nettverkskarakteristikker som har størst risiko for dødsfall etter justering av fysisk, kognitiv og mental helse.

Det var 2,911 personer som ble inkludert i denne kvantitative studien der aldersgruppen var 54 år til 85 år. Starten var i 1992 og det ble gjort seks oppfølgingsstudier i løpet av de tjue neste årene. Det ble vurdert fire funksjonsegenskaper ( følelsesmessig ensomhet, sosial ensomhet, emosjonell støtte og instrumentell støtte), i tillegg vurderinger av mental, kognitiv og fysisk helse og fire strukturelle egenskaper ( kontaktfrekvens, antall nære kontakter, sosiale roller og levende arrangement), gjennom alle oppfølgingene. Funnene i denne undersøkelsen kan tyde på varierende effekt av personlige nettverkskarakteristikker når det kommer til overlevelse. Risikoen før dødsfall var lavest for de eldre menneskene med store sosiale nettverk.

Hos både menn og kvinner hadde det personlige nettverket lignende effekter. Menn hadde noe høyere sjanse for dødsfall om de bodde alene enn kvinner, men redusert risiko om de hadde store sosiale nettverk. Hos kvinner kom det frem at de opplevde større sjanse for overlevelse enn menn når de følelsesmessige behovene deres var tilfredsstillende ved å ha nære, støttende kontakter rundt seg.

Det beskrives i studien tidligere forskning har bekreftet at sosiale nettverk har en betydelig god innvirkning på integrering, helse og overlevelse, noe som ble videre bekreftet i denne undersøkelsen.

Det er påvist at gode personlige nettverk reduserer risikoen for flere sykdommer som blant annet høyt blodtrykk, kreft og demens hos eldre mennesker. Voksne som opplever sosial støtte har også større sannsynlighet for å komme seg fortere etter alvorlig sykdom, i tillegg har disse personene forlenget levetid sammenlignet med andre mennesker med mindre eller manglende nettverk. Dette forklares ved at sosial støtte gir økt psykologiske og materielle ressurser, noe som hjelper til å bedre evnen til å takle blant annet stress, og ut fra dette indirekte fremme helsen hos eldre mennesker.



---

Det kom også frem i studien at de funksjonelle egenskapene, altså følelsesmessig og sosial ensomhet, var indirekte forbundet med reduksjon i dødelighetsrisiko, mens strukturelle egenskaper som antall kontakter og antall sosiale roller hadde direkte beskyttende effekter for dødsrisiko, men det nevnes at det må mer forskning til for å forstå sammenhengene og relasjonene bedre.

#### **4.6. Artikkel 6, Do stress, health behavior and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people?**

Denne kvantitative studien ble publisert i 2016 av de danske forskerne Julie Christensen, Finn Breinholt Larsen og Mathias Lasgaard. Bakgrunnen for denne studien var at det tidligere har vært bevist sammenhenger mellom ensomhet og en rekke negative helsekonsekvenser blant eldre mennesker, men det er lite forskning rundt sammenhengene og mekanismene rundt dette. Undersøkelsen bestod av 8593 personer fra 65 år til 102 år der alle besvarte en spørreundersøkelse. Det ble lagt vekt på blant annet levevaner som røyking, aktivitet, søvn og alkoholinntak.

Resultatene konkluderte med at det var signifikant sammenheng mellom ensomhet og sykdommene diabetes, kardiovaskulære sykdommer og migrene. Det kom frem i studien at det var sammenheng mellom kardiovaskulære sykdommer og migrene ved ensomhet hos begge kjønn, men kun kvinnene var plaget av diabetes. Det kom også frem i studien at stress, inaktivitet, røyking daglig og dårlig søvnrytme er med å forsterker disse sammenhengene for begge kjønn.

## 5. Drøfting

Spørsmålet som lå til grunn for denne oppgaven er som tidligere nevnt "Hvordan påvirker ensomhet i hverdagen menneskets helse sett ut fra et kjønnsperspektiv?" .

Hovedfunnene i de valgte artiklene viste at det finnes forskjeller mellom menn og kvinner, ikke bare hvordan ensomhet påvirket helsen i hverdagen deres, men også hvilke aldersgrupper som er rammet og ulikheter i årsakene som har forårsaket ensomheten deres. Blant annet viser det seg at kvinner er ensomme til tross for at de har store nettverk, dette grunnet manglende emosjonell støtte innad i det sosiale nettverket, mens det kom frem at menn ofte er ensomme fordi de har mindre nettverk enn det kvinner har (Nicolaisen & Thorsen, 2014).

Når det kom til menn og kvinners helseutfordringer forbundet med ensomhet var det også noen forskjeller her. Det viste seg blant annet at for kvinner ble det påvist sammenheng mellom kardiovaskulære sykdommer, migrene og diabetes, mens for menn var det sammenheng mellom ensomhet, kardiovaskulære sykdommer og migrene (Christensen, Larsen & Lasgaard, 2016). Det viste seg også at det generelt for begge kjønn var flere utfordringer og risikoer rundt det å være ensom, blant annet stress og dårlige sosiale relasjoner (Bentson, Burleson, Cacippo & Hawkley, 2003).

### 5.1. Forklaring av funn og viktigheten rundt dem

Som tidligere nevnt i teoridelen av oppgaven kommer det frem at manglende sosial støtte kan føre til både psykologisk og fysiologisk stress, noe som er negativt for både helse og livskvalitet. (Hånes, 2015). Dette støttes av artikkel to. I denne kvantitative studien nevner Aanes, Mittelmark og Hetland (2010) at sammenhengen mellom stress og psykiske plager hos norske menn og kvinner. Det kommer frem at 75 % av testpersonene opplevde depressive symptomer som følger av ensomhet og 40 % rapporterte at de var plaget av somatiske sykdommer som følger av ensomheten. Artikkel tre veier opp med støttende resultat. I denne undersøkelsen kommer det frem at både menn og kvinner føler seg mer stresset når de er ensomme. Det rapporteres 20 % økning av stress ved ensomhet. Resultatet av dette ble lagt sammen med andre faktorer og presentert som hvor uoverkommelig man føler at et problem er i hverdagen. Det kom frem at testpersonene følte det 17 % mer uoverkommelig å løse ett problem ved ensomhet. Det var også 13 % nedgang i evnen til å håndtere utfordrende situasjoner i hverdagen (Bentson, Burleson, Cacippo & Hawkley, 2003). Dette støttes av Hånes

---

(2015) som beskriver psykologisk eller kognitivt stress som det også kalles, som stress som påvirker blant annet mestringsevnen og evnen til håndtere vanskelige livssituasjoner. Hun beskriver videre at dette klart kan påvirke mestringsevnen, som igjen har å gjøre med å håndtere blant annet vanskelige problemer og situasjoner i hverdagen, nettopp det artikkel to nevner. Disse funnene i tillegg til den støttende teorien viser en klar sammenheng mellom ensomhet og stress, da Hånes (2015) skriver dette fem år etter studien gjort av Aanes, Mittelmark og Hetland (2010). Disse resultatene kan tyde på at disse utfordringene og risikoen rundt disse har endret seg lite de siste årene.

I flere av de valgte artiklene kom det også frem påvist sammenheng mellom fysiske plager, stress og ensomhet. Det nevnes i resultatene av i artikkel to der flere av deltakerne selv rapporterte at de var rammet av depressive symptomer og somatiske plager på grunn av ensomhet (Aanes, Mittelmark & Hetland, 2010). Sammenhengen mellom depresjon sett sammen med ensomhet viser seg å være tydelig i forskningssammenheng. I tidligere forskning kommer det tydelig frem at det er en klar sammenheng mellom selvrapporterte psykiske plager og ensomhet. Dette gjelder spesielt kvinner (Halvorsen, 2005). Her igjen er det fem år mellom teorien og forskningen, noe som kan tyde på at sammenhengene enda er relevante og korrekte.

I artikkel seks av Christensen, Larsen og Lasgarrd (2016), kommer det frem at migrene, diabetes og kardiovaskulære sykdommer i sammenheng med ensomhet gjelder for både menn og kvinner, med unntak av diabetes som kun gjelder for kvinner. Flere av disse fysiologiske utfordringene og plagene støttes av Grasaas, Helgesen og Sjursen (2016), som beskrev sterke forbindelser mellom stress og somatiske sykdommer som kreft, kardiovaskulære sykdommer og forkjølelse. Det støttes også opp av Hånes (2015), som skrev at fysiologisk stress blant annet kan påvirke hjerte- og karsystemet og immunsystemet negativt. Disse funnene er viktige da både teori og forskning er enige om flere elementer og begge er relativt nye. Det at både teori og forskning er temmelig nytt, kan vise til at dette er relevant, og er noe som kan være gunstig å forebygge fremover.

Funnene inkluderte også klare sammenhenger mellom sosiale nettverk, helse og ensomhet. I artikkel fem publisert av de nederlandske forskerne Lea Ellwardt, Theo Van Tilburg, Marja Aarsten, Rafael Wittek og Bernardina Stevernik (2015) vises det en klar sammenheng mellom sosiale nettverk, og ikke minst viktigheten av å ha et godt sosialt nettverket for helsen. Bakgrunnen for studien var å finne ut om gode personlige nettverk og sosiale relasjoner øker sjansen for overlevelse hos eldre mennesker. Målet var å finne ut hvilke

nettverkskaraktrestikker som har størst risiko for dødsfall etter justering av fysisk, kognitiv og mental helse.

Funnene i denne undersøkelsen kunne vise til tidligere dødsfall ved ensomhet, og at dødsrisikoen var lavest for de eldre menneskene med store sosiale nettverk. Hos både menn og kvinner hadde det personlige nettverket lignende effekter. Menn hadde noe høyere sjanse for dødsfall om de bodde alene enn kvinner, men redusert risiko om de hadde store sosiale nettverk. Hos kvinner kom det frem at de opplevde større sjanse for overlevelse enn menn når de følelsesmessige behovene deres var tilfredsstilt. Det ble påvist i denne studien at gode personlige nettverk reduserer risikoen for flere sykdommer som blant annet høyt blodtrykk, kreft og demens hos eldre mennesker. Dette forklares ved at sosial støtte gir økt psykologiske og materielle ressurser, noe som hjelper til å bedre evnen til å takle blant annet stress. Det kom også frem i studien at strukturelle egenskaper som antall kontakter og antall sosiale roller hadde direkte beskyttende effekter for dødsrisiko helse (Ellwardt, Tilburg, Aarsten, Wittek & Stevernik, 2015).

Disse resultatene stemmer overens med Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell og Maslows behovspyramide. I Bronfenbrenners modell beskrives menneskets sosiale nettverk og viktigheten rundt dette. Denne modellen skiller sosiale nettverk inn i fire forskjellige nivåer (Bø & Shiefloe, 2007). I tillegg til å beskrive bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell, uttaler Bø og Shiefloe også at det å være uten et sosialt nettverk og fellesskap som føles trygt og aksepterende er en utfordring som særlig fører til ensomhet i dagens samfunn. I Maslows behovspyramide beskrives behovene vi mennesker har i fem trinn. På nivå tre av denne pyramiden beskrives viktigheten av sosial tilhørighet og kjærlighet som et viktig og grunnleggende behov for å oppnå blant annet anerkjennelse og selvrealisering (Imesen, 2014). Disse klare resultatene viser til viktigheten rundt sosiale nettverk, noe som kan være viktig å være klar over i fremtidig forebygging av ensomhet som en folkehelseutfordring.

Aldersgrupper rundt ensomme menn og kvinner viste også noen variasjoner i funnene. I følge artikkel en av Magnhild Nicolaisen og Kirsten Thorsen (2014), kommer det frem i resultatene at aldersgruppene for ensomhet i hovedsak gjaldt de eldre gruppene, med noen få unntak. Ved hjelp av to ulike målemetoder kom det frem at 24 % opplever ensomhet i varierende grad, mens 21 % opplever ensomhet ofte eller noen ganger. Det viste seg at tre av fire aldersgrupper virket å være mer ensomme ved bruk av metode 1 enn ved metode 2. Det eneste unntaket her var aldersgruppen 18- 29 år. Ved hjelp av metode 2 viste resultatene at de eldste var mest

---

ensomme, fulgt av den yngste gruppen og deretter de to aldersgruppene i midten. Ved bruk av metode 1 var resultatet at deltakerne var mer ensomme jo eldre de var. Alt i alt viste resultatene at de eldste deltakerne scoret høyest på ensomhet på begge testene.

Det viste seg også at forskjellene mellom kjønn varierte mellom begge målingene som ble brukt. Da det ble målt ved bruk av metode 2, viste det seg at kvinner var vesentlig mer ensomme enn menn. Ved metode 1 viste det seg at menn er mer ensomme enn kvinner i aldersgruppene 18-29 år og 30-49 år. Det ble også undersøkt kjønnslig forskjell i emosjonell ensomhet og sosial ensomhet. Resultatene viste at menn er mer sosialt ensomme kvinner, men at kvinner igjen er mer emosjonelt ensomme enn menn, men kun i de to eldste målte aldersgruppene (Nicolaisen & Thorsen, 2014).

Clausen og Thorsen (2009) underbygger disse resultatene. De uttaler at når det kommer til aldersgrupper viser tidligere forskning at det er størst forekomst av ensomhet blant dem i alderen 70- 80 år. De beskriver videre at ensomhet også finnes hos yngre mennesker da spesielt hos aldersgruppen 18-29 år, noe som er den eksakt samme aldersgruppen artikkel en peker ut. Clausen og Thorsen (2009) sier at denne aldersgruppen viser seg å være spesielt ensom på grunn av faktorer som popularitet, der mange tar på seg skylden om de ikke lykkes. Disse resultatene er viktige fordi det viser at det er flere utsatte aldersgrupper når det kommer til ensomhet, og ikke minst forskjellige årsaker til ensomheten. Dette kan være nyttig å vite i møte med disse aldersgruppene, spesielt med tanke på hvordan man kan hjelpe dem.

## **5.2. Motstridende resultater**

Mange av resultatene samt teorien i denne oppgaven stemte overens, men det var noen få unntak. Her spesielt artikkel fire. I artikkel fire publisert av Nicolaisen og Thorsen (2013), kommer det frem blant annet at den største årsaken til ensomhet hos menn i alderen 60- 80 år er partnerdød, men i teorien oppgir Clausen og Thorsen (2009) at partnerdød er en sterk faktor for ensomme eldre kvinner. Dette kan være fordi disse studiene er gjort på forskjellige måter eller vektlegger andre faktorer. Artikkel fire er en undersøkelse der forskerne har undersøkt to aldersgrupper over en femårsperiode der deltakerne har rapportert selv ved hjelp av spørreskjemaer. Clausen og Thorsen (2009) brukte en levekårsundersøkelse. Dette kan også tyde på at partnerdød muligens kan være en ensomhetsfaktor hos eldre mennesker av begge kjønn.

Formålet ved studien i artikkel fire var å finne ut om og hvordan ensomhet hos voksne var påvirket av livssituasjoner og erfaringer gjort i tidlige og senere faser av livet.

Resultatene viste at hendelser i deltakernes barndom linket til ensomhet hos begge kjønn. I de eldre testgruppene var menns ensomhet koblet til mobbing og konflikt mellom foreldrene. Hos kvinner var ensomhet koblet til økonomiske familieutfordringer i barndommen. Når det gjaldt ensomhet i alderen 40-59 år, var skilsmisse en sentral faktor spesielt hos kvinner. Dette var den eneste studien av de valgte som kom med denne informasjonen, det var og lite lignende informasjon i den litterære teorien som ble undersøkt.

Denne studien viser klart at det er forskjell hos menn og kvinner når det kommer til årsaker til ensomhet tidlig og sent i livet, men det var lite lignende forskning å finne på dette området. Dette kan være fordi det fortsatt er lite forskning på årsaker til selve ensomheten, men mer forskning på hva ensomhet kan forårsake av utfordringer både sosialt og helsemessig. Selv om det er påvist at ensomhet kan ramme alle, kan det virke som om det fortsatt er mye forskning på den eldre befolkningen og ikke fullt så mye på andre grupper, som spesielt unge voksne. Dette kan muligens kan være nyttig å studere i videre forskning rundt dette temaet.

Fordi om ikke denne studien var direkte støttet av teori og andre artikler fra oppgaven, støtter det likevel opp om at det er forskjeller i ensomhet mellom menn og kvinner.

### **5.3. Begrensinger**

Begrensingene ved valgte artikler var flere. Det var utfordrende å skille mellom kjønn og ensomhet da det opplevdes å ikke finnes mengder av studier rundt dette. De fleste studiene som ble funnet i søkene omhandlet ofte eldre mennesker, det opplevdes derfor også som utfordrende å finne kjønnslige forskjeller rundt flere aldersgrupper, for eksempel unge voksne og voksne som ikke ansees som godt voksne. Det kan virke som spesielt nyere forskning rundt ensomhet fokuserer på helsefarene rundt ensomhet, men lite rundt de faktiske psykologiske og fysiologiske forskjellene mellom menn og kvinner. I flere av artiklene hadde forskerne selv funnet opp sine egne verdier og satt disse i tabeller, noe som var utfordrende å lese da det var lite forklaring rundt betydningene av disse verdiene og tabellene.



## 6. Konklusjon

Det er forskjeller mellom menn og kvinner og hvordan de påvirkes av ensomhet i hverdagen. Forskjellene gjelder ikke bare hvordan kjønnene påvirkes i hverdagen, det finnes også forskjeller mellom kjønnenes aldersgrupper, og ulikheter i årsakene som har ført til ensomheten deres. Kvinner er ensomme til tross for at de har store nettverk, dette grunnet manglende emosjonell støtte innad i det sosiale nettverket, mens menn ofte er ensomme fordi de har mindre nettverk enn det kvinner har (Nicolaisen & Thorsen, 2014). Dessuten har begge kjønn risiko for ensomhet når partner dør og når kroppen eldes og blir skrøpeligere.

Menn og kvinners helseutfordringer forbundet med ensomhet viser blant annet at kvinner har påvist sammenheng mellom kardiovaskulære sykdommer, migrene og diabetes, mens menn har sammenheng mellom ensomhet, kardiovaskulære sykdommer og migrene (Christensen, Larsen & Lasgaard, 2016). Manglende sosial støtte kan føre til både psykologisk og fysiologisk stress, noe som er negativt for faktorer som helse og livskvalitet. (Hånes, 2015). I tillegg opplever begge kjønn depressive symptomer og somatiske plager som følger av ensomhet (Aanes, Mittelmark & Hetland, 2010).

Etter å ha jobbet med denne oppgaven ser jeg klart selv at det er forskjeller mellom kjønnene når det kommer til ensomhet. Jeg synes derfor det er viktig at jeg som folkehelsearbeider har kunnskaper om dette slik at jeg på best mulig måte kan hjelpe både menn og kvinner som sliter med ensomhet på den måten de har behov for. Dess mer jeg jobbet med denne oppgaven, jo tydeligere kom forskjellene mellom kjønnene frem. De utfordringene som ble funnet handlet ikke bare om kjønn, men blant annet også om alder og sosiale nettverk. Dette viser også at det ikke finnes kun ett svar rundt forebygging av ensomhet, men at det finnes flere løsninger som kan hjelpe i forebyggingsprosessen rundt ensomhet.



---

## 7. Litteraturliste

- Aanes, M. M., Mittelmark, M. B., & Hetland, J.(2010). Interpersonal stress and poor health the mediating role of loneliness. *European Psychologist*. Vol .15(1). DOI: 10.1027/1016-9040/a000003. Lokalisert på: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2010-06303-002>
- Bentson, G.G., Burlison, M. H., Cacippo, J. T., & Hawkley, L. C.(2003). Loneliness in everyday life: Cardiovascular Activity, Psychosocial Context, and Health Behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 85(1) s. 105–120. DOI: 10.1037/0022-3514.85.1.105 Lokalisert på:<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2003-05568-010>
- Braut, G., S.(2015). Store medisinske leksikon. *Helse*. Lokalisert på: <https://sml.snl.no/helse>
- Bø, I., & Shiefloe, P. M.(2007). *Sosiale landskap og sosial kapital: Innføring i nettverkstenking*. Oslo: Universitetsforlaget
- Christiansen, J., Larsen, F.B., & Lasgaard, M.(2016). Do stress, health behavior, and sleep mediate the association between loneliness and adverse health conditions among older people? *Elsevier*. Vol. 152. s. 80-86. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.020> Lokalisert på:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795361630020X>
- Christoffersen, L., Johannessen A., & Tufte, P.A.(2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*.(5 opplag). Oslo: Abstrakt forlag
- Clausen, S-E., & Thorsen, K.(2009). *Sosial kontakt og ensomhet: Hvem er de ensomme?* (Samfunnspeilet, 1/2009). Lokalisert på: <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/hvem-er-de-ensomme>
- Ellwardt, L., Tilburg, T., Aarsten, M., Wittek, R & Stevernik, N.(2015). Personal networks and mortality risk in older adults: A twenty-year longitudinal study. *Plos one*. Vol. 10(3), s. 1-13. DOI: 10.1371/journal.pone.0116731 Lokalisert på: <https://pure.rug.nl/ws/files/23263804/journal.pone.0116731.pdf>
- Gran, T.(2012). *Vitenskap i praksis: Metoder i forskning på harde og sosiale fakta*. Oslo: Abstrakt forlag

Grasaas, K. K., Helgesen, L. A., & Sjørnsen, M.(2016). *Psykologi og Sosilogi: For fagskoleutdannelsene*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Halvorsen, K.(2005). *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. Oslo: Gyldendal akademisk

Haug, E., Sand, O., & Sjaastad, Ø.V.(2001). *Menneskets fysiologi*. Oslo: Gyldendal akademisk

Helsedirektoratet.(2014). *Isolasjon og ensomhet*. Lokalisert på: <https://helsenorge.no/psykisk-helse/isolasjon-og-ensomhet>

Helsedirektoratet.(2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet* (Helsedirektoratet 12/2014). Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/891/Psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet-IS-2263.pdf>

Høifødt., B., F.(2013). *Unge og ensomme*. Lokalisert på: <http://www.mentalhelse.no/nyheter/unge-og-ensomme>

Hånes,. H.(2015). *Sosial støtte og ensomhet: faktaark*. Lokalisert på: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>

Imensen, G.(2014). *Elevens verden: Innføring i pedagogisk psykologi* (5 utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Jansen, J.(2016). Store medisinske leksikon. *Sympatiske nervesystem*. Lokalisert på: [https://sml.snl.no/sympatiske\\_nervesystem](https://sml.snl.no/sympatiske_nervesystem)

Nicolaisen, M., & Thorsen, K.(2013). Loneliness among men and women. a five-year follow-up study. *Aging & Mental Health*. Vol. 18(2), s. 194-206, DOI: 10.1080/13607863.2013.821457 Lokalisert på: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2013.821457?scroll=top&needAccess=tru>

Nicolaisen, M.,& Thorsen, K.(2014).Who are lonely? Loneliness in different age groups (18-81 years old), using two measures of loneliness. *Aging and human development*. Vol. 78(3), s. 229-257. DOI: <http://dx.doi.org/10.2190/AG.78.3.b> Lokalisert på: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/AG.78.3.b>

Svensson, E.(1988). *Forskningsmetode: Grunnbok for helsearbeidere*. Oslo: TANO

---

Thorsen, K.(1990). *Alene og ensom, sammen og lykkelig? Ensomhet i ulike aldersgrupper* ( NGI rapport 2/1990). Lokalisert på:

<http://www.nb.no/nbsok/nb/68217722aa60fecac87da256720339c4.nbdigital?lang=no - 0>

Tveiten, S.(2008). *Den vet best hvor skoen trykker... Om veiledning i empowermentprosessen.*( 2 opplag). Bergen: Fagbokforlaget