

**Funksjonshemning, ensomhet og depresjon: Hva betyr ensomhet
for om personer med funksjonshemning opplever depresjon?**

Kirsten Thorsen og Sten-Erik Clausen

Funksjonshemming, ensomhet og depresjon: Hva betyr ensomhet for om personer med funksjonshemming opplever depresjon?

Denne studien viser sterke sammenhenger mellom funksjonshemming, ensomhet og depresjon. Økt sosial deltakelse og integrasjon vil trolig være mer virksomt enn medisinerer.

Det er dokumentert at funksjonshemming og kronisk sykdom øker risikoen for å utvikle depresjon (Cummings, Neff & Husiani, 2003; Forsell, Jorm & Winblad, 1994; Ormel, Rijdsdijk, Sullivan, van Sonderen & Kempen, 2002), men sammenhengen er ikke perfekt. Det finnes mange mennesker med funksjonsnedsettelse som har god mestring og høy livskvalitet og ikke opplever depresjon. Selv om mange studier viser en direkte sammenheng mellom funksjonshemming, kronisk sykdom og depresjon, er det få undersøkelser internasjonalt der man analyserer forhold som modifierer denne sammenhengen. I den grad internasjonale studier trekker inn modifierende forhold, er dette som regel psykologiske faktorer som personlighetsfaktorer, mestring eller oppfatning av levekår og helse (Tikkanen & Heikkinen, 2005), men også sosial støtte har vært trukket inn (for eksempel Jang, Hayley, Small & Mortimer, 2002). Sosial støtte har vist seg å virke modifierende inn ved en rekke former for stress, og gir belegg til det som kalles «bufferhypotesen» (Cohen & Willis, 1985). Sosial støtte virker også inn på opplevelsen av sykdom (George, 1996).

Ensomhet peker mot at individet opplever manglende sosial støtte og kontakt.

Det har i de seneste årene vært en fornyet og økende interesse for å studere ensomhet i ulike aldersgrupper, både kvalitativt og kvantitativt – ikke minst blant gerontologer. Etter et nordisk samarbeidsprosjekt om ensomhet i ulike aldersgrupper på 1980-tallet (Thorsen, 1988, 1990; Tornstam, 1988) var temaet lenge utenfor fokus her hjemme, inntil det i de senere år har blitt en fornyet interesse og flere publikasjoner om temaet også i Norge (Barstad, 2000, 2004; Halvorsen, 2005).

Den økende interessen for temaet ensomhet og sosial isolasjon henger sammen med spørsmålet om ensomheten øker i samfunnet over tid. Teoretisk antas det en sammenheng mellom senmodernitetens individualisering og en svekkelse av sosial integrasjon og sosial kapital mennesker imellom og ensomhet (Bauman, 2000). Ensomhet antas av flere å ha fått epidemiske proporsjoner (Killeen, 1998). En demografisk og samfunnsmessig utvikling med stadig flere aleneboende i noen faser av livet, og endring av familieinstitusjonen med flere samlivsoppløsninger, kan bidra til at sosiale relasjoner i mindre grad er i stand til å tilfredsstille det forskere anser som grunnleggende behov for menneskelig tilhørighet og tilknytning (Baumeister & Leary, 1995; Erikson, 1968; Kohut,

1977). Sosial eksklusjon av marginale grupper – uføretrygdede, funksjonshemmede, psykisk syke, rusmiddelavhengige, fattige og innvandrere – skaper mer isolasjon, ensomhet og dårligere livskvalitet. Sosial eksklusjon betraktes som ensomhetsskapende (Halvorsen, 2000). Uførepensjonister i Norge er mer ensomme enn både andre pensjonister og personer i yrkesaktiv alder i samme aldersgrupper (Blekesaune & Øverbye, 2001).

I denne artikkelen stiller vi spørsmålet om hvordan ensomhetsopplevelse virker inn på opplevelsen av depresjon blant mennesker med funksjonshemming, og svarene er basert på den norske undersøkelsen Livsløp, aldring og generasjon (NorLAG).

I artikkelen redegjøres det for begreper og studier om funksjonshemming, ensomhet og depresjon, og om sammenhengen mellom dem. Deretter presenteres studiens mer detaljerte forskningsspørsmål, metode og resultater, som så drøftes i avslutningen av artikkelen.

Definisjoner av funksjonshemming

I Norge er den offisielle definisjonen av funksjonshemming som brukes i offentlige dokumenter, relasjonell. Den er anvendt i St.meld. nr. 8 (1998–99): Om handlingsplan for funksjonshemma 1998–2001, og i senere dokumenter, bl.a. NOU 2001: 22 Fra bruker til borger. Der heter det:

«Til grunn for denne meldinga ligg ei forståing av funksjonshemming som eit mishøve mellom individet sine føresetnader og krav frå miljøet og samfunnet si side til funksjon på område som er vesentlege for å etablere og halde ved lag eit sjølvstendig og sosialt tilvære» (s. 15).

Det legges etter hvert stadig sterkere vekt på forhold i omgivelsene som fungerer som fysiske eller sosiale barrierer og virker funksjonshemmende på individets livsutfoldelse.

Internasjonalt bygger man på Verdens helseorganisasjons definisjon av funksjonshemming: ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps). Den skiller mellom «impairment», «disability» og «handicap». På norsk har «impairment» vært oversatt med grunnlidelsen, som er den fysiske lidelse eller skade personene har. «Disability» er funksjonshemmingen, den manglende eller reduserte evnen til å utføre visse handlinger, og handikapp er hindring-ene for å utøve sosiale roller (Grue, 2000). I ICIDH er årsaksforståelsen at individets grunnlidelse er årsaken til funksjonshemmingen og rollebegrensninger.

Funksjonshemmedes egne organisasjoner, talspersoner og en rekke funksjonshemmede forskere, hovedsakelig i England, har lansert det som kalles «den sosiale modellen» (Oliver, 1990). Den anser at hovedårsaken til funksjonshemmingen er fysiske og sosiale omgivelser som virker funksjonshemmende. Det kan være manglende heis eller tilgang til kollektivmidler og bygninger, kulturelle oppfatninger og manglende sosial integrasjon. Modellen har hatt stor innvirkning på tenkning og politikk som gjelder funksjonshemming.

Den seneste klassifikasjonen av funksjonshemming, ICF (International classification of function, disability and health), ble vedtatt av WHO i 2001, er uferdig og under utarbeidelse. Hensikten med ICF er å utvide definisjonen av funksjonshemming ved å trekke inn kontekstuelle forhold i større grad enn ICIDH gjør.

De fleste studier av funksjonshemming knytter imidlertid tilstanden til individet, og funksjonshemmingen måles ved individkjennetegn, fordi man mangler gode mål på det relasjonelle forholdet mellom individ og omgivelser (Oliver, 1990).

I denne studien anvender vi en definisjon av funksjonshemming som «individets begrensninger i dagliglivet som skyldes sykdom, skade eller lidelse». Det er personens egen vurdering av dette som legges til grunn.

Om depresjon

Det finnes flere typer depresjon. Hovedskillet går mellom markant depressiv forstyrrelse («major depression») og mild depresjon («minor depression»), ofte betegnet som depressive symptomer. Sistnevnte, som er tema for denne artikkelen, måles ofte ved hjelp av såkalte sjekklisterinstrumenter i form av selvrapporing av symptomer. En norsk undersøkelse fant nylig en utbredelse av depressive symptomer på vel 20 % blant et landsomfattende utvalg i aldersgruppen 40 til 79 år (Clausen & Slagsvold, 2005). Tilsvarende utbredelse har man funnet i flere andre vestlige land (Rosenvinge & Rosenvinge, 2003).

Symptomer på et depressivt stemningsleie betyr vanligvis ikke det samme som en depressiv lidelse. Depressive symptomer er noe som kan ramme alle i forbindelse med reaksjoner på hendelser som innebærer sorg, stress, utmattelse og tap av ting man har satt stor pris på. I denne studien skiller vi ikke mellom alvorlig og mild depresjon, men vi inkluderer begge former i det vi betegner som depressive symptomer. Depressive symptomer kan vise seg gjennom emosjonelle, kognitive eller fysiske plager. Vanlige tegn på depresjon er senket stemningsleie, interesseløshet, hjelpeløshet, lavt selvbilde, pessimisme, dårlig appetitt og søvnløshet. Dette er bare noen av symptomene som

Dan Blazer lister opp i sin siste utgave av boken *Depression in Late Life* (Blazer, 2002). Disse symptomene inngår også i det sjekklisteinstrumentet som vi benytter i denne studien.

Når de depressive symptomene blir alvorlige, kan selve depresjonen utgjøre en form for funksjonshemning. Verdens Helseorganisasjon regner med at innen 2020 vil depresjon være den nest viktigste årsak til funksjonsnedsettelse på verdensbasis (WHO, 2001).

Funksjonshemning og depresjon

Det foreligger en rekke studier som viser en klar sammenheng mellom funksjonshemning og depresjon, enten funksjonshemning har vært definert ved overordnede mål på fungering i dagliglivet (som ADL eller IADL), mer spesifikt knyttet til fysisk, psykisk, kognitiv eller sansemessig funksjonshemning, eller til spesifikke diagnoser og lidelser, eventuelt til personens egen oppfatning av helse (Aneschensel, Frerichs & Huba 1984; Kennedy, Klerman & Thomas 1990; Ormel et al., 1998). Den positive sammenhengen mellom funksjonshemning og depresjon – at personer med en funksjonshemning («disability») oftere er deprimerte – synes å være universell og finnes på alle kontinenter (Ormel et al., 2002, Ormel et al., 1994).

Funksjonshemning kan antas å øke risikoen for depresjon, liksom depresjon kan antas å øke funksjonshemningen. Det har vært få longitudinelle studier som har studert årsakssammenhengene mer detaljert. Kartlegging av årsaksforhold vil være av stor betydning når det gjelder forebygging og målrettede tiltak.

Flere prospektive longitudinelle studier viser at en foreliggende depresjon øker risikoen for funksjonshemning (Ormel et al., 1998; Ormel & van Korff, 2000; Penninx et al., 1998), ved at depresjon bidrar til å redusere funksjonsevnen i dagliglivet. Personene makter ikke oppgavene slik som før, motivasjonen reduseres, og mestringen avtar (Jang et al., 2002; Ormel et al., 2002). Depresjon kan ha både direkte og indirekte effekter på funksjonshemning, det siste ved helsereduserende atferd, det Penninx et al. (1998) benevner som psykobiologiske mekanismer.

Fysisk sykdom vil ofte gi funksjonshemning via andre mekanismer enn de som depresjon og psykiske lidelser gir (Ormel et al., 2002). Fysiske lidelser kan redusere funksjonsevnen ved redusert styrke, mindre utholdenhet, smerter og sansemessige begrensninger.

Å få en fysisk sykdom av mer kronisk karakter, eller en skade som gir funksjonsnedsettelse, kan igjen predikere at depresjon oppstår eller eventuelt øker (Kennedy et al., 1990; Prince, Harwood, Thomas & Mann, 1997). Ormel et al. (2002) har i en longitudinell undersøkelse i Nederland undersøkt tidsrekkefølgen mellom funksjonshemning (målt med IADL/ADL-funksjoner) og

depressive symptomer blant personer 57 år og eldre. De finner at depresjon kan inntre på ulike tidspunkter etter at en reduksjon i funksjonsevnen har funnet sted. Det ser ut til at funksjonshemming og depresjon virker gjensidig forsterkende over tid.

Longitudinelle studier blant eldre viser at depresjon ikke nødvendigvis øker med økende alder (Haynie, Berg, Johansson, Gatz & Zarit, 2001; Heikkinen & Kauppinen, 2004). Dette er tilfellet selv om høyere alder innebærer økt risiko for en rekke helsemessige og sosiale tap; flere sykdommer, mer funksjonsreduksjon, svekket helse, tap av ektefelle, venner og slektninger. Noe ser ut til å modifisere depresjon ved aldersrelaterte tapshendelser. Vi trenger mer detaljert kunnskap om hvordan ulike forhold modifiserer sammenhenger mellom funksjonsnedsettelse og depresjon, og om disse forholdene innvirker forskjellig i ulike aldersgrupper.

Ensomhet

Ensomhet defineres som den vonde og uønskede opplevelse av å ikke ha tilstrekkelig eller tilfredsstillende sosial kontakt. Peplau og Perlman (1982, s. 3, vår oversettelse) sammenfatter ensomhetsdefinisjoner i mange studier slik:

Ensomhet kommer av mangler i en persons sosiale relasjoner. Ensomhet er en subjektiv erfaring, det er ikke synonymt med objektiv sosial isolering. Opplevelsen av ensomhet er negativ og ubehagelig.

Denne definisjonen understreker at ensomhet er en subjektiv opplevelse og ikke det samme som personens faktiske kontaktnett, enten dette måles ved antall kontakter eller hyppighet av kontakt. Om personen opplever ensomhet, avhenger av vedkommendes aspirasjoner for sine kontakter – disse kan være høye og nærmest umettelige eller beskjedne og lite krevende.

Det er forskjell mellom ensomhet og alenehet/sosial isolasjon. Isolasjon er et mål for manglende kontaktnett og angir (med ulike mål) dem som har lite kontakt. Personer med lite sosialt nettverk er oftere ensomme enn de med stort sosialt nettverk (Barstad, 2000, 2004; Routsalo, Savikko, Tilvis, Strandberg & Pikälä, 2006; Thorsen, 1990; Tornstam, 1988; Tracey et al., 2004; Victor, Scambler, Bowling & Bond, 2005; Victor & Scharf, 2005). Imidlertid kan også mennesker med stort kontaktnett være ensomme hvis de har aspirasjoner om kontakt som ikke tilfredsstilles.

Hvem er de ensomme?

Den norske Levekårsundersøkelsen 2000 viser at i alt 4 % føler seg ofte ensomme, mens 18 % føler seg ensomme av og til (Halvorsen, 2005). Et overordnet spørsmål som stilles, er: Øker ensomheten jo eldre man blir? En slik antakelse er i pakt med utbredte forestillinger om at eldre er mye mer ensomme enn yngre (Tornstam, 1981). Eller stilt som spørsmål i en boktittel: Ensom og ulykkelig? Om eldres levekår og livskvalitet (Dahl & Vogt, 1996).

Noen tverrsnittsstudier har funnet en positiv sammenheng mellom ensomhet og alder – ensomheten øker med økende alder (Fees, Martin & Poon, 1999; Holmen, Ericsson, Andersson & Winblad, 1992; Jylhä, 2006; Næss, 1991). Andre studier finner ikke dette, og tverrsnittsstudier peker ut andre grupper som mest ensomme i utvalg opp til 79 år (Thorsen, 1990; Tornstam, 1988). Levekårsundersøkelsen fra 1998 finner små forskjeller mellom aldersgruppene, bortsett fra en forhøyet andel ensomme blant dem over 80 år (Halvorsen, 2005). En longitudinell studie finner ikke en økning av ensomhet med økende alder i et utvalg av personer over 75 år (Holmen & Furukawa, 2002).

Metodiske årsaker som ulike ensomhetsdefinisjoner og målemetoder, pluss varierende og selektivt frafall i ulike aldersgrupper, bidrar til forskjellige resultater. Hvorvidt eldre fremstår som mer ensomme enn yngre, beror blant annet på hvilke aldersgrupper som inkluderes i studiene. Noen inkluderer voksne grupper inntil 80 år, andre inkluderer også grupper over 80 år; frafallet øker desto eldre personer som inkluderes i studien. Det er trolig større ensomhet blant dem som faller fra, de er skrøpeligere, sykere, er oftere enker og enkemenn, og bor oftere i aldersinstitusjon – forhold som øker risikoen for å oppleve ensomhet.

En longitudinell studie av eldre personer i Nederland (Tijhuis, de Jong Gierveld, Feskens & Kromhout, 1999) finner at ensomheten øker med økende alder. Multivariat analyse viser at dette kan skyldes husholdsstørrelse og manglende sosial deltakelse, de eldste er oftere aleneboende og deltar mindre sosialt. Også denne studien bekrefter at ensomhet øker med økende alder, og peker på tap av ektefelle og nedsatt funksjonsdyktighet med økende alder som årsaker.

Når det gjelder andre forhold, viser en rekke studier at det å bo alene, miste ektefellen, ha dårlig helse og funksjonsnedsettelse, lite sosialt nettverk og få fortrolige – øker risikoen for å oppleve ensomhet (Barstad, 2000, 2004; Jylhä, 2006; Kraus, Davis, Bazzini, Church & Kirshmann, 1993; Perlman, 2004; Pinguart, 2004; Pinguart & Sorensen 2003; Næss 1991, Tracy et al., 2004; Stack, 1998; Victor & Sharf, 2005).

Når det gjelder kjønn, er undersøkelsene noe sprikende. Noen viser at kvinner er mer ensomme enn menn (Thorsen, 1990; Tornstam, 1988), men i disse studiene skyldes dette først og fremst at kvinner er mer ensomme enn menn i ekteskapet. Andre studier som inkluderer eldre over 80 år (som Levekårsundersøkelsen 1998), peker på at kvinners større ensomhet blant annet kommer av at kvinner oftere enn menn er aleneboende (Halvorsen, 2005). Sosial støtte viser seg å redusere risikoen for å oppleve ensomhet (Bowling, Edelman, Leaver & Hockel, 1989; Kahn, Hessling & Russel, 2003; Kraus et al., 1993).

Depresjon og ensomhet

Peplau og Perlman (1982) peker på at depresjon er et mer omfattende fenomen enn ensomhet. Ensomhet utspiller seg sosialt og utløses av forhold som innvirker på sosiale relasjoner. Depresjon kan også utløses av ikke-sosiale situasjoner og forhold. Mennesker som er ensomme, har ofte depresjoner, men depressive mennesker behøver ikke oppleve ensomhet (Tikkainen & Heikkinen, 2005). Fenomenene korrelerer, men er ikke sammenfallende (Heikkinen, Berg & Avlund, 1995; Heikkinen & Kaupinnen, 2004; Prince et al., 1997; Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg & Pitkälä, 2006). De er adskilte fenomener (Young, 1982).

Tverrsnittstudier kan ikke vise årsakssammenhenger, men en rimelig antakelse er at årsaksforholdene kan gå begge veier: Deprimerte mennesker kan ha mistet lyst og energi til sosialt samvær, og trekker seg tilbake i sosial isolasjon. Omvendt kan ensomme mennesker ha en rekke negative emosjonelle reaksjoner, og depresjon kan være en av disse. Studier bekrefter dette (Thorsen, 1990; Tornstam 1988). Sammenhengen mellom ensomhet og depresjon kan variere i ulike grupper. Tikkainen og Heikkinen (2005) fant at depresjon predikerte ensomhet blant eldre kvinner, men ikke blant eldre menn. De forholdene som predikerte ensomhet eller depresjon, var dels de samme, dels noe forskjellige. Oppfatning av manglende emosjonelt fellesskap («perceived emotional togetherness in social interaction») predikerte både ensomhet og depresjon i den finske longitudinelle studien. Kronisk sykdom og funksjonshemning øker risikoen både for depresjon og ensomhet (Strömbäck & Malkan, 2003).

Forskningsspørsmål i undersøkelsen

I undersøkelsen trekkes ensomhet inn i analysen som et mulig modifierende forhold mellom funksjonshemning og depresjon. Ensomhet viser til en opplevelse av mangler ved personens sosiale kontakt. Vi stiller disse forskningsspørsmålene:

- 1 Hvordan er sammenhengen mellom funksjonshemning og depresjon? Er den forskjellig i ulike aldersgrupper?
- 2 Hvordan er sammenhengen mellom funksjonshemning og ensomhet? Er den forskjellig i ulike aldersgrupper?
- 3 Modifiserer opplevelsen av ensomhet opplevelsen av depresjon? Eller sagt på en annen måte: Reduseres depresjon blant mennesker med funksjonshemning hvis de opplever at de sosiale relasjonene er mer tilfredsstillende?

Metode

Dataene som benyttes i denne studien, er som nevnt hentet fra den norske undersøkelsen Livsløp, aldring og generasjon (NorLAG). Datainnsamlingen ble foretatt av Statistisk sentralbyrå i 2002/2003 på oppdrag fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Dette er den første større undersøkelsen i Norge om livsløpet til mennesker som er over 40 år gamle; den ble planlagt som en longitudinell undersøkelse. Neste datainnsamling i denne lengdesnittsundersøkelsen skal foregå i 2007 i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og integrert i det internasjonale prosjektet Generations and Gender Survey (GGS). Dette er et større internasjonalt samarbeidsprosjekt som sikrer mot en bedre forståelse av demografiske og sosiale utviklingsprosesser (Vikat et al., 2006).

NorLAGs utvalg er hentet fra 24 kommuner i følgende fire landsdeler: Troms, Nord-Trøndelag, Agder-fylkene og Akershus/Oslo. Datainnsamlingen ble utført ved hjelp av post- og telefonintervju av personer mellom 40 og 79 år. Nettoutvalget består av i alt 5559 personer for telefonintervjuet (svarprosent 67), og av disse besvarte 4169 personer det postale skjemaet (74,6 % av de som besvarte telefonintervjuet).

Måling og instrumenter

Depressive symptomer ble målt ved hjelp av en norsk versjon av Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977). Den norske versjonen bygger på vår egen fram- og tilbakeoversettelse av den amerikanske teksten, samt sammenlikning med en svensk versjon av testen. CES-D er et meget utbredt sjekklister-instrument for kartlegging av depressive symptomer i en normalbefolkning. Instrumentet består av i alt 20 ledd, og respondenten blir bedt om å krysse av for hvor ofte han/hun har følt seg f.eks. deprimert i løpet av den siste uka. Skalaen varierer fra «aldri eller nesten aldri» til «hele eller nesten hele tiden», og skåres fra null til tre. Skalaen gir en sumskåre som

varierer mellom null og 60, og vanligvis benyttes en grenseverdi på 16 eller høyere som indikasjon på forekomst av depressive symptomer. I en rekke undersøkelser har instrumentet vist høy intern konsistens.

I denne studien har vi benyttet syv ledd fra den opprinnelige CES-D-skalaen. Dette er de syv leddene som ladet høyest på den første depresjonsfaktoren. Ett av leddene i CES-D går direkte på ensomhet, og det ble utelatt i denne studien. Cronbachs alfa for de syv leddene ble beregnet til 0,80.

Ensomhet dekkes i denne studien av tre ledd fra The Loneliness Scale (de Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985) og et generelt spørsmål om det hender at man føler seg ensom. Det siste spørsmålet er benyttet i flere norske og internasjonale undersøkelser, bl.a. i Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser. Disse fire ensomhetsleddene oppnådde tilfredsstillende intern konsistens, med Cronbachs alfa lik 0,69.

Tabell 1 viser de depresjons- og ensomhetsleddene som benyttes i denne studien. Tabellen presenterer videre en prinsippal komponentanalyse (faktoranalyse) av disse variablene. Det ble gjort for å underbygge at de to leddsettene hører til to ulike domener. Resultatene viser tydelig at de 11 leddene kan reduseres til to underliggende komponenter, én som representerer depresjonsleddene, og én som representerer ensomhetsleddene. De to komponentene forklarer i alt 49 % av variansen.

Funksjonshemming. Dersom en person svarer bekræftende på at han/hun har en sykdom, skade eller lidelse som begrenser ham/henne i dagliglivet, klassifiseres vedkommende som funksjonshemmet i denne studien. Vi har ikke informasjon om graden av funksjonshemming, men klassifiserer respondentene som enten funksjonshemmet eller ikke.

Tabell 1. Roterte (varimax) faktorladninger for depresjons og ensomhetsleddene (KMO = 0,86)

Variabler	Faktor 1	Faktor 2	h2
Depresjonsledd			
1. Jeg var nedstemt, og kunne ikke riste det av meg	0,80	0,11	0,64
2. Jeg følte meg trist	0,74	0,20	0,58
3. Jeg følte meg engstelig	0,69	0,09	0,48
4. Jeg var plaget av ting som vanligvis ikke plager meg	0,69	0,01	0,47
5. Jeg var mer taus enn vanlig	0,64	0,09	0,41
6. Jeg hadde problemer med å konsentrere meg	0,59	0,12	0,36

Tabell 1. Roterte (varimax) faktorladninger for depresjons og ensomhetsleddene (KMO = 0,86)

7. Jeg følte at alt var et ork	0,54	0,13	0,31
Ensomhetsledd			
8. Min vennskapskrets er for liten	0,07	0,79	0,63
9. Jeg savner å ha en virkelig god venn	0,11	0,75	0,58
10. Hender det at du føler deg ensom?	0,24	0,67	0,51
11. Det er mange jeg kan stole fullt og helt på	0,04	0,63	0,40
Prosent forklart varians	29,5 %	19,5 %	49,0 %

Analysemetoder

Vi benyttet faktoranalyse eller prinsippal komponentanalyse på depresjons- og ensomhetsleddene for å undersøke om de dannet to separate faktorer. Videre benyttet vi vanlig regresjonsanalyse (OLS) til å predikere sumskårer for ensomhet og depresjon.

Resultater

Beskrivelse av utvalget

Tabell 2 presenterer en beskrivelse av de 3945 personene som hadde gyldig skåre på depresjons- og ensomhetsleddene. I alt 28,6 % klassifiseres som funksjonshemmede. Dette gjelder vel 20 % av 40-åringene og nesten 40 % av de som er mellom 70 og 79 år. Videre ser vi at halvparten av de funksjonshemmede er over 60 år, mot 38 % for de andre. Blant de funksjonshemmede finner vi 60 % kvinner, og det er flere som bor alene. De funksjonshemmede har noe lavere utdanning, og det er en større andel med lav inntekt. Alle disse fordelingene er i samsvar med prevalensstudier gjort i andre vestlige land (Australian Institute of Health and Welfare, 2003; Freedman & Soldo, 1994; Kraus, Stoddard & Gilmartin, 1996).

Tabell 2. Prosentfordelinger for uavhengige variabler, samt andeler som skårer over grenseverdiene for depressive symptomer og ensomhet

Variabler	Funksjonshemmet		Totalt
	Nei	Ja	

Tabell 2. Prosentfordelinger for uavhengige variabler, samt andeler som skårer over grenseverdiene for depressive symptomer og ensomhet

Alder			
40–49 år	31,4	20,8	28,4
50–59 år	30,9	29,6	30,5
60–69 år	22,6	26,2	23,7
70–79 år	15,1	23,3	17,4
Khi-kvadrat = 68,19; $df = 3$; $p < 0,001$			
Kjønn			
Menn	51,0	40,2	47,9
Kvinner	49,0	59,8	52,1
Khi-kvadrat = 38,01; $df = 1$; $p < 0,001$			
Samlivsstatus			
Alene	24,1	32,6	26,6
Gift/samboer	75,9	67,4	73,4
Khi-kvadrat = 29,73; $df = 1$; $p < 0,001$			
Utdanning			
Grunnskole	14,6	26,2	17,9
Videregående skole	53,8	54,1	53,9
Høyskole/universitet	31,6	19,7	28,2
Khi-kvadrat = 100,42; $df = 2$; $p < 0,001$			
Samlet inntekt			
0–150.000 kr	14,3	25,6	17,6
150–250.000 kr	26,9	37,9	30,1
250–350.000 kr	31,1	24,4	29,2
Mer enn 350.000 kr	27,6	12,1	23,2
Khi-kvadrat = 185,66; $df = 3$; $p < 0,001$			
Ensom			
Nei	80,2	71,2	77,6
Ja	19,8	28,8	22,4

Tabell 2. Prosentfordelinger for uavhengige variabler, samt andeler som skårer over grenseverdiene for depressive symptomer og ensomhet

Khi-kvadrat = 37,91; $df = 1$; $p < 0,001$			
Deprimert			
Nei	84,5	63,7	78,6
Ja	15,5	36,3	21,4
Khi-kvadrat = 208,26, $df = 1$; $p < 0,001$			
N	2817 (71,4 %)	1128 (28,6 %)	3945 (100 %)

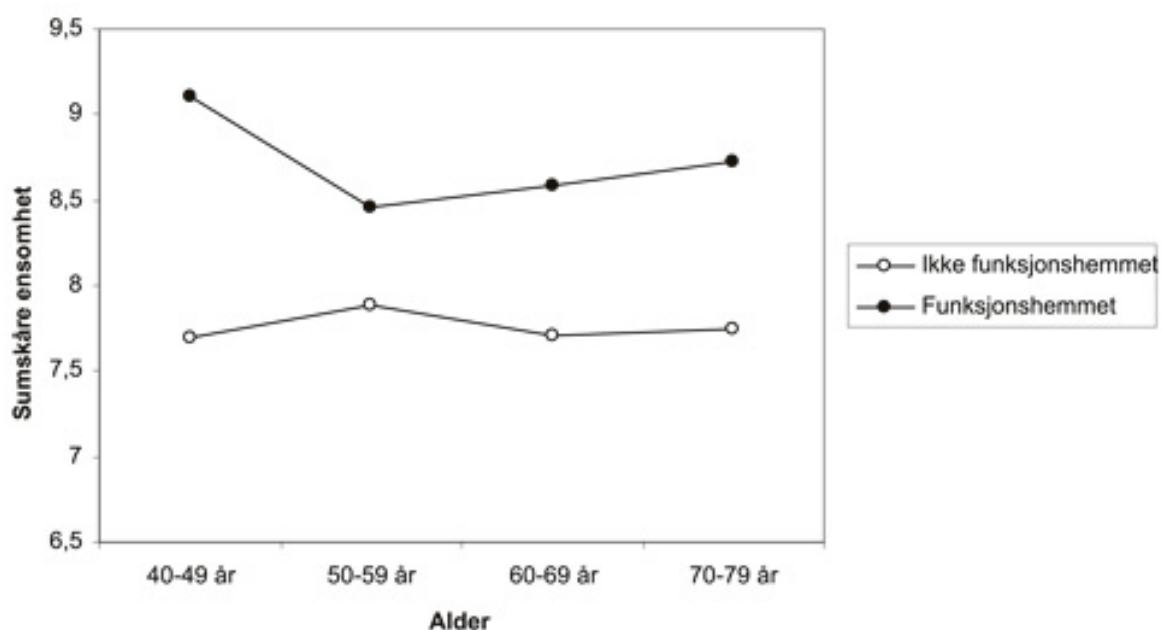
Tabell 2 viser videre at det er større andeler som uttrykker både ensomhet og at de har depressive plager blant de funksjonshemmede enn blant de som ikke er funksjonshemmet. Vel en tredel av de funksjonshemmede plages av depressive symptomer, mens andelen bare er 15 % blant de ikke-funksjonshemmede. Videre ser vi at 29 % av de funksjonshemmede opplever at de føler seg ensomme, mens blant de ikke-funksjonshemmede er denne andelen rundt 20 %.

Funksjonshemming og ensomhet

Figur 1 viser fordeling av gjennomsnittsskårer for opplevd ensomhet etter funksjonsdyktighet og alder. Figuren viser tydelig at de funksjonshemmede er mer ensomme enn de andre. Videre er forskjellene mellom aldersgruppene små, dvs. man opplever omtrent like stor grad av ensomhet i alle aldersgruppene. Et unntak er at funksjonshemmede personer i 40-årene er noe mer ensomme enn andre. Korrelasjonen mellom funksjonshemming og ensomhet er svakt positiv for alle aldersgruppene (se tabell 3).

Figur 1. Gjennomsnittsskårer ensomhet etter funksjonshemming og alder

($F = 58,0$; $df = 1$; $p < .001$)



Tabell 3. Korrelasjoner mellom funksjonshemning og ensomhet og depresjon etter alder

Alder	Ensomhet		Depresjon		N
40-49 år	0,17	***	0,24	***	1120
50-59 år	0,07	*	0,27	***	1204
60-69 år	0,12	***	0,25	***	934
70-79 år	0,13	***	0,26	***	687

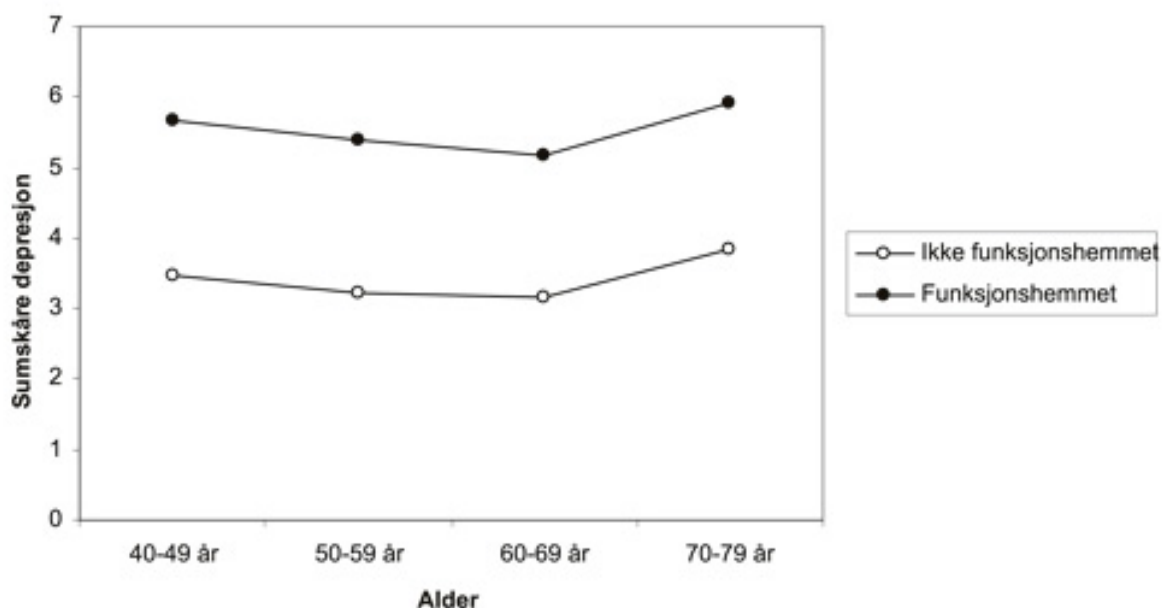
* = $p < .05$; *** = $p < .001$

Funksjonshemning og depressive symptomer

Figur 2 viser fordelinger for gjennomsnittsskårer for depressive symptomer. Resultatene viser at depressive symptomer er mest utbredt blant funksjonshemmede personer. Ellers er det relativt stabile gjennomsnittsskårer over aldersgrupper, med unntak for de eldste. Den eldste aldersgruppen har markert mer depressive symptomer enn de yngre, og dette gjelder både for funksjonshemmede og de andre. Tabell 3 viser at korrelasjonene mellom funksjonshemning og depressive symptomer er moderat og stabil for alle aldersgrupper.

Figur 2. Gjennomsnittsskårer depresjon etter funksjonshemning og alder

($F = 283,5$; $df = 1$; $p < .001$)



Regresjonsanalyser

Tabell 4 viser resultatene av tre regresjonsmodeller. I den første modellen er grad av ensomhet den avhengige variabelen. De standardiserte regresjonskoeffisientene viser at samlivsstatus er sterkt forbundet med ensomhet ved at de som bor alene, er mer ensomme enn samboende. Videre ser vi at funksjonshemmede er mer ensomme enn ikke-funksjonshemmede, og menn mer ensomme enn kvinner. De yngre er mer ensomme enn de eldre når vi kontrollerer for de andre uavhengige variablene. Til slutt ser vi at det er en statistisk signifikant sammenheng mellom inntekt og ensomhet, som innebærer at de med lavest inntekt er de mest ensomme. Modellen forklarer 7 % av variansen i ensomhetsvariabelen.

Tabell 4. Regresjonsanalyse med depresjonsskåre som avhengig variabel. Standardiserte regresjonskoeffisienter

Avhengige variabler:	Ensomhet		Depresjon		Depresjon	
Uavhengige variabler						
Alder	-,052	**	-,009	is	,004	is
Funksjonshemning ¹⁰²		***	,235	***	,102	**
Kjønn	-,070	***	,010	is	,027	is
Samlivsstatus	-,240	***	-,108	***	-,046	**
Utdanning	-,002	is	-,030	is	-,030	is

Tabell 4. Regresjonsanalyse med depresjonsskåre som avhengig variabel. Standardiserte regresjonskoeffisienter

Inntekt	-,048	*	-,043	*	-,031	is
Ensomhet					,122	**
Ensomhet x funksjonshemning					,186	**
R2	0,07		0,08		0,15	

* = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$; is = ikke signifikant

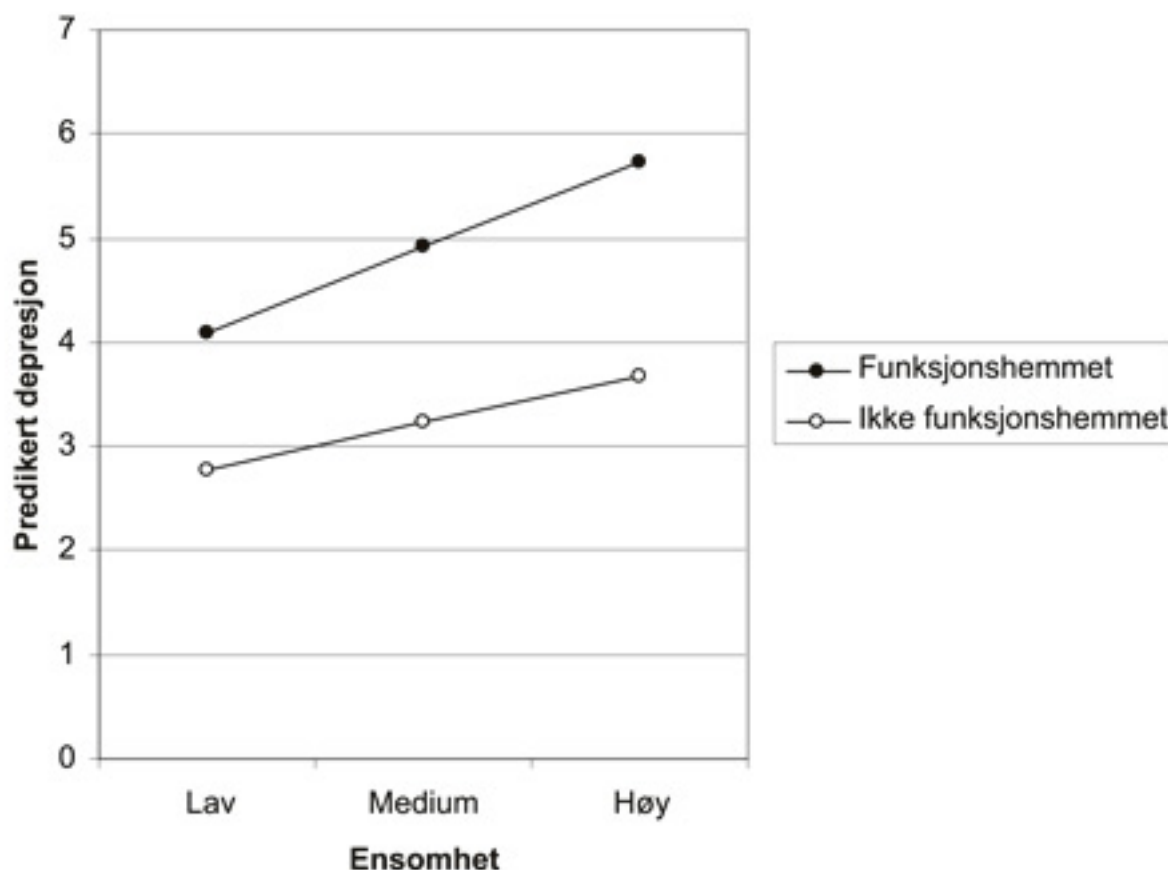
I den andre analysen er grad av depressive symptomer avhengig variabel, og her ser vi at funksjonshemning, samlivsstatus og inntekt er knyttet til depressive symptomer. De funksjonshemmede har mer depressive symptomer enn ikke-funksjonshemmede, og det er aleneboende som har mest depressive symptomer. Resultatene viser også at lav inntekt er forbundet med depressive plager. Denne modellen forklarer 8 % av variansen.

I den siste modellen introduseres ensomhet som uavhengig variabel, samt interaksjonsleddet ensomhet funksjonshemning. Både funksjonshemning og samlivsstatus er fortsatt knyttet til depresjon, men sammenhengen er svekket. Effekten av inntekt svekkes også og er ikke lenger statistisk signifikant. Ensomhet er forbundet med depressive symptomer, og det er de ensomme som er mest plaget. Analysen viser at ensomhet er det forholdet som har sterkest betydning for om funksjonshemmede personer har depressive symptomer. Resultatene viser også at det er en statistisk signifikant interaksjon mellom ensomhet og funksjonshemning. Denne kan tolkes slik at sammenhengen mellom ensomhet og depresjon er sterkere blant de funksjonshemmede enn blant de som ikke er funksjonshemmet. Ved å introdusere de to ensomhetsleddene i modellen øker den forklarte variansen til 15 %.

Interaksjonen vises grafisk på figur 3. Regresjonslinjenes stigningsvinkler viser at relasjonen mellom ensomhet og depresjon er betydelig mer positiv blant de funksjonshemmede enn blant de som ikke er funksjonshemmet.

Figur 3. Depresjon og interaksjon mellom ensomhet og funksjonshemning.

Beregnet ved hjelp av programmet ModGraph (Jose, 2004)



Diskusjon

Studien viser at ensomhet har stor betydning for om personer med funksjonshemming opplever å ha depressive plager. Tverrsnittundersøkelser kan bare antyde mulige årsakssammenhenger, og rimelige antakelser er som nevnt, at årsaksforhold kan gå begge veier blant funksjonshemmede som blant andre: Ensomhet kan gi depresjon, og depresjon kan gi ensomhet. Den nye datainnsamlingen i LOG-undersøkelsen (Livsløp, generasjon og kjønn) i 2007, med sammenlignbare data med NorLAG-studien, vil kunne fortelle mer om årsaksforhold.

Ensomhetsmålet som har vært brukt, fanger opplevelsen av om de sosiale kontaktene oppleves som tilstrekkelige og tilfredsstillende. Det innbefatter ikke sosial støtte i form av praktisk hjelp eller andre former for bistand. Studiens funn peker mot at det å skape muligheter for tilfredsstillende sosiale relasjoner vil være av vesentlig betydning for å redusere opplevelsen av depresjon blant personer med funksjonshemming. Resultatene understøtter relasjonsbetoningen i den

«offisielle» norske definisjonen av funksjonshemning og den sosiale modellens fokus på miljøets betydning.

Funksjonshemning innebærer i stor grad også utstøting av samfunnet, først og fremst fra arbeidslivet, med utestengning fra grupper, organisasjoner og posisjoner tilknyttet arbeidslivet og andre sosiale nettverk. Siden 1995 har antallet uføretrygdede nordmenn økt med 80 000, fra 240 000 til 320 000, altså en økning på 33 % (Trygdeetatens uførestatistikk 2006). IA-avtalen om et Inkluderende Arbeidsliv (inngått i 2001) har hittil ikke klart å begrense antall uføre som faller utenfor arbeidslivet. Det skal legges mer vekt på denne målsettingen ved den nylige forlengelsen av IA-avtalen.

Uførepensjonister har lavere utdanning og inntekt enn yrkesaktive, noe som begrenser aktiviteter og muligheter, også for sosial deltakelse. En undersøkelse basert på fem norske levekårsundersøkelser fra 1983 til 1995 (Blekesaune & Øverbye, 2000) fant at uførepensjonistenes medianinntekt var kun 43 % av medianinntektene til yrkesaktive personer. Innenfor samme aldersgrupper er forskjellene enda større. Uførepensjonister bor oftere alene og er – i tillegg til at de er utenfor arbeidslivet og tilknyttede organisasjoner – også svakere integrert i nærmiljøet enn yrkesaktive. Uførepensjonister har også et lavere nivå av fritidsaktiviteter enn yrkesaktive, noe som gjelder også når det er tatt hensyn til forskjeller i utdanning, helse og økonomiske ressurser.

Resultatene av studien peker mot den betydning sosial integrasjon og deltakelse som motvirker ensomhetsopplevelse, vil kunne ha for å redusere opplevelsen av depresjon blant personer med funksjonshemning. Spissformulert: Et fokus på personers sosiale relasjoner kan kanskje være mer fruktbart enn sykdomsfortolkning av depresjon, og sosial integrasjon mer grunnleggende og mer virksomt enn medikalisering. Mangesidige tiltak – i og utenfor arbeidslivet – som gir større sosial deltakelse og mindre ensomhet, vil trolig kunne bedre den mentale helsen og gi økt livskvalitet blant personer med funksjonshemning. Et samfunn som tilbyr det samfunnsforskere kaller sosial kapital (Putnam, 2000) – tillit mellom borgerne – vil gi bedre muligheter for inkludering og bidra til å redusere ensomhet og depresjon blant mennesker med funksjonshemning. Dette vil trolig også bidra til å redusere funksjonsnedsettelsen.

Kirsten Thorsen

NOVA

Pb. 3223 Elisenberg
 0208 Oslo
 Tlf 22 54 12 00
 E-post kth@nova.no

Referanser

- Aneshensel, C. S., Frerichs, R. R. & Huba, G. J. (1984). Depression and physical illness: A multiwave, nonrecursive causal model. *Journal of Health and Social Behaviour*, 25, 350–371.
- Australian Institute of Health and Welfare (2003). *Disability prevalence and trends*. Disability series. Canberra: AIHW.
- Barstad, A. (2000). Hvem er de ensomme og isolerte? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 2, 67–84.
- Barstad, A. (2004). Få er isolerte, men mange er plaget av ensomhet. *Samfunnspeilet*, 5, 19–26.
- Bauman, Z. (2000). *Savnet felleskap*. Oslo: Cappelen.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachment as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497–529.
- Blazer, D. G. (2002). *Depression in late life* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Blekesaune, M. & Øverbye, E. (2000). *Uførepensjonisters materielle levekår og sosiale tilknytning*. NOVA-rapport 7/2000. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Blekesaune, M. & Øverbye, E. (2001). *Levekår og livskvalitet hos uførepensjonister og mottakere av avtalefestet pensjon*. NOVA-rapport 10/01. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Bowling, A., Edelmann, R., Leaver, J. & Hockel, T. (1989). Loneliness, mobility, wellbeing and social support in a sample of 85 years old. *Journal of Personality and Individual Differences*, 10, 1189–1192.
- Clausen, S.-E. & Slagsvold, B. (2005). Aldring og depressive symptomer: En epidemiologisk studie. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42, 779–784.
- Cohen, S. & Wills, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis: *Psychological Bulletin*, 98, 310–357.

- Cummings, S. M., Neff, J.A. & Hisiani, B.A. (2003). Functional impairment as a predictor of depressive symptomatology: The role of race, religiosity, and social support. *Health & Social Work, 28*, 23–32.
- Dahl, E. & Vogt, P. (1996). *Ensom og ulykkelig? Levekår og livskvalitet blant eldre*. Fafo-rapport 1985. Oslo: Fafo.
- de Jong–Gierveld, J. & Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch–Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement, 9*, 289–299.
- Erikson, E. H. (1968). *Barndommen og samfunnet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fees, B., Martin, P. & Poon, L. (1999). A model of loneliness in older adults. *Journal of Gerontology, 54*, 231–239.
- Forsell, Y., Jorm, A. F. & Winblad, B. (1994). Association of age, sex, cognitive dysfunction and disability with major depressive symptoms in an elderly sample. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1600–1604.
- Freedman, V. A. & Soldo, B. J. (Eds.). (1994). *Trends in disability at older ages: Summary of a workshop*. Washington, DC: National Academy Press.
- George, L. K. (1996). Social factors and illness. I R. H. Binstoc & I. K. George (Ed.), *Handbook of aging and the social sciences* (4th ed, ss. 229–251). San Diego CA: Academic Press.
- Grue, L. (2000). Fra pasient til medborger. I K. Thorsen (red.). *Et langt liv med en alvorlig funksjonshemming* (ss. 71–78). Oslo. FoA. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Halvorsen, K. (2000). Sosial eksklusjon som problem. *Tidsskrift for velferdsforskning, 3*, (3) 157–171.
- Halvorsen, K. (2005). *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haynie, D., Berg, S., Johansson, B., Gatz, M. & Zarit, S. (2001). Symptoms of depression in oldest old. A longitudinal study. *Journal of Gerontology: Psychological sciences, 56 B*, 11–118.
- Heikkinen, R. L., Berg, S. & Avlund, K. (1995). Depressive symptoms in late life: Results from a study in three Nordic urban localities. *Journal of Cross–Cultural Gerontology, 10*, 315–330.
- Heikkinen, R.-L. & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: A 10 year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 38*, 239–250.
- Holmen, K., Ericsson, K., Andersson, L. & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: A population study. *Journal of Advanced Nursing, 17*, 43–51.

- Holmen, K. & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people; A follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 261–274.
- Jang, Y., Hayley, W. E., Small, B. J. & Mortimer, J. A. (2002). The role of mastery and social resources in the association between disability and depression. *The Gerontologist*, 42, 807–813.
- Jose, P. E. (2004). *ModGraph: An internet-based statistical program to graphically display statistical moderation*. New Zealand: Victoria University of Wellington. Lastet ned 13.11.2006 fra: www.vuw.ac.nz/psyc/staff/paul-jose/index.aspx.
- Jylhä, M. (2006). *Old age and loneliness: findings from cross-sectional and longitudinal studies*. Paper at the 18.th. Nordic Congress in Gerontology, Jyväskylä, Finland, 28–31 May 2006.
- Kahn, L., Hessling, R. & Russel, D. (2003). Social support, health and well-being among the elderly: What is the role of negative affectivity? *Personal and Individual Differences*, 35, 5–17.
- Kennedy, G. L., Klerman, H. R. & Thomas, C. (1990). The emergence of depressive symptoms in late life: The importance of declining health and increasing disability. *Journal of Community Health*, 15, 93–104.
- Killeen, K. (1998). Loneliness: An epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 762–770.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Kraus, L., Davis, M., Bazzini, D., Church, M. & Kirschman, C. (1993). Personal and social influences on loneliness: The mediating effect of social provisions. *Social Psychology Quarterly*, 56, 37–53.
- Kraus, L. E., Stoddard, S. & Gilmartin, D. (1996). *Chartbook on disability in the United States, 1996*. An InfoUse Report. Washington, DC: U.S. National Institute on Disability and Rehabilitation Research.
- NOU 2001: 22 Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmede barrierer.
- Næss, S. (1991). Ensomhet, livssituasjon og alder. *Aldring og eldre*, 8 (4), 2–6.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. London: McMillan.
- Ormel, J., Kempen, G. I. J. M., Deeg, D. J. H., Brilman, E. I., van Sondferen, E. & Relyveld, J. (1998). Functioning, well-being and health perception in the middle-aged and older people: Comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 39–48.

- Ormel, J., Rijdsdijk, F. V., Sullivan, M., van Sonderen, E. & Kempen, G. I. (2002). Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. *Journal of Gerontology. Psychological Sciences*, 57, P338–P347.
- Ormel, J. & vonKorff, M. (2000). Synchrony of change in depression and disability. What next? *Archives of General Psychiatry*, 57, 381–382.
- Ormel, J., vonKorff, M., Üsün, T. B., Pini, S., Korten, A. & Oldehinkel, A. J. (1994). Common mental disorders and disability across cultures: Results from the WHO collaborative primary care study. *Journal of American Medical Association*, 272, 1741–1748.
- Penninx, B. W. J. H., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Simonsick, E. M., Deeg, D. J. H. & Wallace, R. B. (1998). Depressive symptoms and physical decline in commodity-dwelling older persons. *Journal of American Medical Association*, 297, 1720–1726.
- Peplau, L. A. & Perlman, D. (Eds). (1982). *Loneliness: a sourcebook of current theory; research and therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- Perlman, D. (2004). European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal of Ageing*, 23, 2, 181–188.
- Pinquart, D. (2004). Loneliness in married, widowed, divorced and never-married older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*. 20, 31–53.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2003). Risk factors for loneliness in adulthood and old age – a meta-analysis. *Advances in Psychology Research*, 19, 111–143.
- Prince, M. J., Harwood, R., Thomas, A. S. & Mann, A. (1997). A prospective population-based cohort study on the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. *Psychological Medicine*, 28, 337–350.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone. The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Radloff, L. (1977). The CES–D–Scale. A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 3, 385–401.
- Rosenvinge, B. H. & Rosenvinge, J. H. (2003). Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990–2001. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 123, 928–929.

- Routasalo, P., Savikko, N., Tilvis, R., Strandberg, T. & Pitkälä, K. (2006). Social isolation and loneliness, are they distinct concepts? Paper at the 18th. Nordic Congress in Gerontology, Jyväskylä, Finland, 28–31 May 2006.
- St.meld. nr. 8 (1998–99): *Om handlingsplan for funksjonshemma 1998–2001*.
- Stack, S. (1998). Marriage, family and loneliness. A cross-national study. *Sociological Perspectives*, 41, 415–432.
- Strömback, J. & Malkan, H. E. (2003). *Att uppleva ensamhet i samband med kronisk sjukdom. En litteratur-studie*. Luleå: Institutionen för hälsovetenskap. Luleå Tekniska Universitet.
- Tijhuis, M., de Jong–Gierveld, J., Feskens, E. & Kromhaut, D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen elderly study. *Age and Ageing*, 28, 491–495.
- Tikkainen, P. & Heikkinen, R.-L. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health*, 9, 526–534.
- Thorsen, K. (1988). *Ensamhet som opplevelse og utfordring*. NGI-rapport 9/1988. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Thorsen, K. (1990). *Alene og ensom, sammen og lykkelig? Ensamhet i ulike aldersgrupper*. NGI-rapport 2/90. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Tornstam, L. (1981). Realiteter och föreställningar om vardagsproblem bland äldre, medelålders och yngre. Uppsala: Sociologiska institutionen.
- Tornstam, L. (1988). *Ensamhetens ansikten: En studie av ensamhetsopplevelser hos svenskar i åldrarna 15–80 år*. Arbetsrapport nr. 29 från projektet: Äldre i samhället förr, nu och i framtiden. Uppsala: Universitetet i Uppsala.
- Tracey, P., Butler, M., Byrne, A., Drennan, J., Fealey, G., Frazer, K. & Irving, K. (2004). *Loneliness and social isolation among older Irish people*. Dublin: National Council on Ageing and Older People.
- Trygdeetatens uførestatistikk 2006.
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A. & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25, 357–375.
- Victor, C. R. & Scharf, T. (2005). Social isolation and loneliness. I A. Walker (Ed.), *Understanding quality of life in old age* (ss. 100–116). Buckingham: Open University Press.

- Vikat, A., Spéder, Z., Beets, G., Billari, F. C., Bühler, C., Désesquelles, A. et al. (2006). Generations and gender survey (GGS): Towards a better understanding of relationships and processes in the life course. *Paper presented at the EAPS European Population Conference, 21.–24. juni 2006, Liverpool.*
- WHO (2001). The world health report 2001. Mental health: New understanding, new hope. Geneva: World Health Organization.
- Young, J. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. I L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory; research and therapy* (ss. 279–405). New York: John Wiley and Sons.