



LUNDS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

SV: Välmående, ensamhet och självförmåga hos 70-plus-befolkningen i Sverige under covid-19-pandemin

EN: Well-being, loneliness and self-efficacy in the 70-plus-population in Sweden during the covid-19-pandemic

Karolina Zetterberg

Kandidatuppsats VT 2021

Handledare: Roger Johansson

Abstract

This study investigates how the population born in 1950 and older in Sweden experienced their well-being, self-efficacy and loneliness during the covid-19 pandemic (May 2020), and to what degree those experiences are related to physical health, “pandemic anxiety” and gender. A quantitative cross-sectional study was conducted through a web-based survey that was distributed via convenience sampling (N=79, 50 women and 29 men). The WHO-5 Well-Being Index (WHO-5) was used to measure mental well-being. The DeJong Gierveld Loneliness Scale was used to measure emotional and social loneliness, and the General Self-Efficacy Scale (GSE) was used to measure self-efficacy. Results show that the well-being for the 70-plus-population in Sweden during this period is strongly associated with their-efficacy and experienced loneliness. Moreover, the results show that their overall physical health and anxiety influence their well-being, self-efficacy and experienced loneliness. However, no differences were found between men and women.

Keywords: covid-19, well-being, self-efficacy, loneliness, anxiety, health, gender differences

Sammanfattning

Denna studie syftar till att undersöka hur befolkningen som är födda 1950 och äldre i Sverige upplevde sitt välmående, sin sociala situation (ensamhet), och sin självförmåga under rådande förutsättningar i Sverige under Covid-19-pandemin (Maj, 2020). Vidare undersöktes om dessa faktorer påverkades av upplevd oro fysisk hälsa, samt om det fanns skillnader mellan män och kvinnor. Undersökningen utfördes som kvantitativ tvärsnittsstudie med ett webbaserat frågeformulär som spreds via ett bekvämlighetsurval (N=79, 50 kvinnor och 29 män). För att mäta välmående användes The WHO-5 Well-Being Index (WHO-5). DeJong Gierveld Loneliness Scale användes för att mäta emotionell och social ensamhet, och General Self-Efficacy Scale (GSE) användes för att mäta självförmåga. Resultaten visar att 70-plus-populationens välmående i Sverige under denna period är starkt kopplad till deras självförmåga och upplevda ensamhet. Resultaten visar vidare att deras allmänna fysisk hälsa och upplevda oro påverkar deras välmående, självförmåga och upplevda ensamhet. Däremot fanns inga skillnader mellan män och kvinnor utifrån dessa aspekter.

Nyckelord: covid-19, välmående, självförmåga, ensamhet, hälsa, oro, könsskillnader

Tack!

Författaren vill tacka de personer som har medverkat i forskningsstudien, samt handledare Roger Johansson. Författaren vill också tacka min familj och vänner som har varit ett stöd under hela projektet med kandidatuppsatsen i psykologi och gjort det möjligt att genomföra forskningsstudien.

Välmående, ensamhet och självförmåga hos 70-plus-befolkningen i Sverige under covid-19-pandemin

Begreppet psykiskt välmående används för att beskriva de positiva dimensionerna av psykisk hälsa. Det handlar då inte enbart om frånvaro av sjukdom eller besvär, utan om ett tillstånd som har ett värde i sig och som omfattar både välmående och funktionsförmåga att kunna balansera positiva och negativa känslor, att känna tillfredsställelse med livet, att ha goda sociala relationer och att utveckla sin inre potential. Det handlar även om att kunna känna njutning, lust och lycka. Positiv psykisk hälsa är en grundläggande resurs för bemästrande av livets olika svårigheter och en tillgång för samhället ur en social och ekonomisk synvinkel enligt Världshälsoorganisationen WHO (2018). Då stora delar av världens befolkning under covid-19 pandemin lever med olika former av restriktioner såsom social distansering, förbud att umgås med mer än närmaste familj, totala nedstängningar och utgångsförbud föds det en nyfikenhet om hur det står till med befolkningens välmående under denna period.

Viruset som ligger till grund för pandemin upptäcktes i december 2019 i Wuhan Kina, märkt SARS-CoV2 och är ett nytt coronavirus som fått benämningen covid-19 (Peng Zhou et al., 2020). I början av 2020 spred sig viruset och den 11 mars förklarade WHO (2020) utbrottet som en pandemi. I förhållande till de flesta andra länder har dock Sverige valt en annan väg för att minimera konsekvenserna av pandemin. De svenska myndigheterna valde att, i stället för en allmän nedstängning, vädja till det sunnda förnuftet och rekommenderade strikt handhygien och social distansering för den stora allmänheten. För de 1,6 miljoner människor i åldern 70 år och äldre i Sverige har rekommendationerna varit strängare, inklusive en frivillig karantän och undvikande av alla sociala interaktioner utanför hemmet enligt Folkhälsomyndigheten (FoHM,) (2020).

I en redan gjord forskningsstudie visades att den äldre befolkningen över 70 år i hög grad följt rekommendationer som utfärdas av Folkhälsomyndigheten. Det är dock svårt att bedöma vilka långsiktiga effekter detta kommer att leda till för den psykiska hälsan på den äldre befolkningen i Sverige (Gustavsson & Beckman, 2020).

Den psykiska hälsan påverkas dock inte enbart av de restriktioner som införs utan också av andra omständigheter som uppkommer i covid-19-pandemin. Exempelvis påvisar tidigare forskning (Carriedo et al., 2020, García-Portilla et al., 2020) att upplevd isolering i allmänhet ökar risken för depression och ångest, vilket gör att rekommendationerna om social distansering kan leda till problem. Att vara begränsad hemma innebär förlust av frihet och separation från vänner och familjemedlemmar (Brooks et al., 2020) liksom betydande

förändringar i dagliga rutiner, särskilt att inte kunna röra sig fritt. Det har krävts extra ansträngningar för att anpassa sig till denna nya situation som pandemin påtvingat oss alla och dessa faktorer kan ge en högre psykologisk belastning på äldre människor, då de också måste anpassa sig till de biologiska riskfaktorerna av åldrande. Äldre människor har exempelvis en högre risk att dö av en coronavirusinfektion på grund av åldersrelaterade hälsfaktorer (Applegate & Ouslander, 2020), men det finns mindre kunskap om den psykologiska risken med isolering. Sociala medier och traditionella medier, inklusive radio, TV och tidningar förmedlar daglig information om höga dödsfall bland äldre, vilket riskerar att skapa en obehaglig atmosfär kring covid-19 som redan är mycket mer ogynnsam för de äldre än för den yngre befolkningen. Den sociala distansering och isolering som krisen innebär gör att äldre personer har högre risk att utveckla eller förvärra redan existerande psykiska problem genom isoleringen enligt Armitage och Nellums (2020). Samtidigt finns det studier som visar att äldre personer har goda motståndsmekanismer som gör att de kan hantera ogynnsamma situationer på ett mer positivt sätt än yngre (Fontes & Neri, 2015; Silva Júnior et al., 2019). Depression drabbar ofta äldre, men det finns samtidigt tecken på att sådan depression kan vara mindre allvarlig och ofta mer kortvarig än för unga människor (Santos et al., 2019).

Sammanfattningsvis har den nuvarande situationen med Covid-19-pandemin visat sig påverka människors psykiska hälsa, både genom isolering i hemmet och genom oro över viruset. Aktuella studier har fokuserat på den allmänna äldre befolkningens välmående under pandemin. Denna studie kommer därför undersöka hur personer 70 år och äldre i Sverige bedömer sitt (1) välmående under denna period och vilka samband som finns med (2) upplevd ensamhet och (3) självförmåga. Dessutom undersöks huruvida dessa tre faktorer påverkas av deras fysiska hälsa och oro under pandemin, samt om det finns några könsskillnader för dessa tre faktorer.

Välmående och isolering under Covid-19-pandemin

Professorn och överläkaren Peter Strang (2014) skriver i sin bok, *Att höra till*, om ensamhet och gemenskap. Han menar att tryggheten i att ingå i en grupp har inneburit en så kraftig överlevnadsfördel att vi för hundratusentals år sedan utvecklade starka mekanismer för att söka gemenskap och undvika ensamhet. Att känna välbehag vid taktill beröring är den belönande delen av dessa mekanismer, då till exempel hormonet oxytocin utsöndras som ska få oss att stanna i gemenskap och under flockens beskydd. Samtidigt beskrivs ångest i samband med ofrivillig ensamhet som en varningssignal som ska driva oss tillbaka till flocken i likhet med hur smärta får oss att dra undan en hand som är på väg att skadas av eld (Strang, 2014).

Det finns många undersökningar som visar att goda relationer är bra för hälsan, samtidigt som dåliga relationer och känslor av ensamhet har den motsatta effekten. I en metaanalys publicerad 2010 i tidskriften *PLoS Medicine* jämförde amerikanska forskare ensamhet med andra kända hälsofaror när det gällde risken att dö i förtid (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010). Enligt deras analys är ofrivillig ensamhet en lika stor riskfaktor för att dö i förtid som rökning och en större riskfaktor än fetma eller fysisk inaktivitet. Enligt Strang (2014) innebär långvarig, ofrivillig ensamhet vidare en kronisk, lågintensiv stress, där det biologiska varningssystemet om att söka sin flock är ständigt aktiverat. Det långvariga påslaget av stresshormoner är början av ett förlopp som kan ge högt blodtryck och inflammation i kroppen, vilket i sin tur ökar risken för sjukdomar som hjärtinfarkt, stroke och demens (Wiedenfeld et al., 1990). Utöver detta innebär ensamhet en högre risk för depression (Burholt et al., 2019). Enligt deras resultat spelar till exempel utbildningsnivå inte någon större roll, det varken skyddar eller ökar risken för ensamhet. Svårigheter att röra sig innebär en viss ökad risk och depression ger en nästan trefaldig riskökning för att någon ska känna sig ensam så vad de långtgående effekterna blir av den pågående pandemin kan bara framtiden utvisa.

Den ökade nivån av isolering och ensamhet som följer av covid-19-pandemins restriktioner kommer därför med hög sannolikhet att ha en stor påverkan på den äldre befolknings välmående och hälsa.

För att öka förståelsen för hur den äldre befolkningen upplever covid-19-pandemin och dess effekter har det redan genomförts ett antal forskningsstudier. I artikeln "*Older People in the Context of COVID-19: A European Perspective*" (Pentaris et al., 2020) skriver författarna, utifrån ett europeiskt perspektiv, om hur sociala och digitala skillnader har förvärrats av covid-19-pandemin. Det digitala utanförskap som covid-19-pandemin orsakar leder till bristande digital kompetens hos äldre som bor i bostadsområden med dålig internetuppkoppling.

I Sverige finns förstås också ett digitalt utanförskap hos den äldre befolkningen. Enligt Internetstiftelsens rapport, *Svenskarna och Internet*, uppger 1 miljon svenskar under år 2019, att de lever i digitalt utanförskap och flertalet var över 55 år. De äldre som främst saknar internetuppkoppling är de som har låg utbildningsnivå, låg inkomst och är änka/änkling. Även enligt Statistikmyndigheten (SCB), lever 300 000 svenskar år 2019 i ensamhet och är socialt isolerade. Var tionde över 75 år träffar inte anhöriga eller vänner mer än någon gång i månaden. Sveriges pensionärer är den åldersgrupp som är mest ensamma och med stigande ålder ökar ensamheten och isoleringen (SCB, 2019). Konsekvenser av ett

digitalt utanförskap är närvarande i vardagen och medför även till ett ”dubbelt utanförskap”. För att kunna delta i många sociala aktiviteter idag krävs tillgång till internet. Även för att kunna kontakta samhällsviktiga institutioner och samhället i stort behövs internetuppkoppling. Detta dubbla utanförskap innebär således att de äldre utesluts både ifrån digitala och sociala sammanhang, vilket har diskuterats och redogjorts för av Reneland-Forsman (2018).

Covid-19-pandemins effekter tenderar därför att drabba den grupp äldre som har ett dubbelt utanförskap extra hårt. Situationen är likartad för den äldre befolkningen i Finland och Storbritannien, där den äldre befolkningen blivit helt utestängd ifrån samhällsservice och hemtjänst på grund av covid-19-pandemins effekter (Pentaris et al., 2020). Ett sådant utanförskap leder då istället till att familj och vänner hjälper sina äldre släktingar med nödvändig samhällsservice. Vid Spaniens totala nedstängning under covid-19-pandemin kunde inte anhöriga alls besöka sina äldre släktingar. Detta medför att den äldre befolkningen istället tvingas hålla kontakt med familj, släkt och vänner via telefon och digitala teknik.

I en aktuell studie studerades hur välmående hos 70-plusbefolkningen under den totala nedstängningen i Spanien (Carriedo et al., 2020) och resultaten visade att dålig psykisk hälsa är en betydande orsak till sjukdom under covid-19-pandemin, med depression som största riskfaktorn. Detta diskuteras också av García-Portilla et al. (2020), som visade att äldre har en ökad risk att drabbats av depressioner och självmordstankar under den totala nedstängningen i Spanien.

Den äldre befolkningens välmående under den pågående pandemin påverkas också av hur pass riskbenägna de är när det kommer till sociala kontakter (Brooke & Clark, 2020). Hur äldre människor känner inför kontakten med coronaviruset och de risker som andra utgör för deras välmående till stor del påverkas av information som förmedlas av familj, vänner och myndigheter. Brooke och Clark (2020) menar att det därför är viktigt att veta hur äldre människor upprätthåller sina sociala nätverk och identifierade tre dimensioner av hur allmänheten uppfattar hälsorisker: (1) känsla, (2) analys och (3) politik (Lupton, 2013). Den känslomässiga dimensionen är kopplad till själva upplevelsen av situationen, medan dimensionerna analys och politik handlar mer om förmågan att förstå och följa samhällets/regeringens rekommendationer (Brooke & Clark, 2020).

Coping och self-efficacy

För att upprätthålla gott välmående använder människan olika försvarsmekanismer och copingstrategier som skydd mot stress. Det har teoretiserats mycket om olika copingstrategier och inom psykologin finns det förespråkare av olika typer och perspektiv. Inom de socialkognitiva förespråkarna är Self-efficacy (självförmåga) ett kärnbegrepp när det

kommer till copingstrategier. Begreppet myntades av den amerikansk-kanadensiska psykologen Albert Bandura. Bandura (1997) menar att självförmåga kan förklaras som individens upplevda möjligheter att påverka och genomföra en specifik situation eller uppgift. Självförmåga är uppbyggt av fyra beståndsdelar. Den första är *tidigare erfarenheter* av liknande situationer. Hur bra eller dåligt du har presterat på en liknande situation vid ett tidigare tillfälle kommer således att påverka din självförmåga vid nästa liknande situation. Vad Bandura däremot poängterar är att självförmåga alltid är kopplat till en specifik situation. En individ innefattar inte en generell självförmåga som är applicerbar på alla situationer, istället kan individen ha mycket stark självförmåga i en situation och mycket låg i en annan (Bandura, 1997). Nästa beståndsdel är *observationsinläring* vilket innebär att självförmågan kan öka i relation till hur väl människor omkring en presterar på en uppgift. Den tredje beståndsdel är *verbal övertalning* vilket innebär att vår självförmåga påverkas ifall andra människor uppmuntrar eller nedvärderar ens förmåga. Den fjärde beståndsdel är *känslomässig upphetsning* där hög upphetsning definieras som hög ångest eller utmatning, vilket påverkar vår självförmåga negativt (Bandura, 1997). Om individer med höga stresspåslag däremot lär sig att slappna av inför en uppgift, så har en signifikant ökning i prestationen påvisats (R.E. Smith, 1989).

Self-efficacy är således ett centralt begrepp i situationer som kräver stora förändringar i ens beteendemönster och spelar sannolikt en viktig roll i hur olika individer klarar av att anpassa sig till de förändringar i vardagslivet som följer av covid-19-pandemins restriktioner.

Coronapandemin och välmående ur ett genus/ jämställdhetsperspektiv

Enligt Folkhälsomyndigheten (FoHM, 2020) siffror har fler män än kvinnor avlidit av coronaviruset i Sverige, och så verkar det även se ut internationellt – även om de statistiska sammanställningarna på grund av olika mätmetoder kan vara missvisande (FoHM, 2020). Den 24 november 2020 var 54 procent av de avlidna i Sverige män (enligt den presenterade statistiken hos Folkhälsomyndigheten) och de som vårdades på svenska intensivvårdsavdelningar var 72 procent män (som hade laboratoriebekräftade fall av covid-19). Vad detta fenomen beror på är ännu oklart och forskning pågår, men en möjlig förklaring är skillnader i kroniska sjukdomar. Sedan tidigare är det etablerat att män globalt sett är överrepresenterade när det gäller kranskärslssjukdomar och lungsjukdomar, vilka är riskfaktorer vid insjuknande i covid-19 (Drefahl et al., 2020). Män är dock också överrepresenterade när det kommer till alkoholkonsumtion som är kopplat till att utveckla risksjukdomar som dessa. Enligt en sifo-undersökning beställd av FMH (2020) har det vidare visat sig att män har en lägre benägenhet att ändra sitt beteende och följa råd och

rekommendationer, som att exempelvis undvika sociala sammanhang, tvätta händerna ofta och att använda handsprit (Kantar, 2020). Det är således viktigt att följa hur pandemin potentiellt påverkar mäns och kvinnors hälsa olika i samhället. För att undvika att bli smittad eller smitta andra ser möjligheten till social distansering också olika ut för kvinnor och män. I pandemins frontlinje finns framförallt kvinnor. Det är de som i störst utsträckning arbetar inom hälso- och sjukvården och i omsorgen av äldre och funktionsnedsatta enligt Jämställdhetsmyndigheten (2020). Jämställdhetsmyndigheten undersökningar visar att könsskillnaderna gällande psykisk ohälsa finns inom alla åldersgrupper i samhället. När det gäller äldre är förekomsten högre bland kvinnor än bland män, dock har det visat sig att kvinnor har en kortare återhämtningstid än män. Än så länge är det dock svårt att överblicka pandemins effekt på människors psykosociala hälsa, både vad gäller män och kvinnor (enligt Jämställdhetsmyndigheten, 2020).

Syfte

Det finns sedan tidigare en hel del forskning om äldre och ensamhet och dess påverkan både på välmående och självförmåga. Men hur den psykiska hälsan hos äldre påverkats under covid-19-pandemin, som utgör en väldigt speciell omständighet vad gäller äldres vardagsliv, finns det än så länge begränsad kunskap om. Sedan pandemins utbrott under våren 2020 har politiker, media och myndigheter lagt stor vikt vid faktumet att personer över 70 år ingår i en riskgrupp som alla måste skydda (på grund av ålder och eventuella underliggande sjukdomar). Det var också denna grupp som utsattes för de hårdaste restriktionerna när Folkhälsomyndigheten gick ut med sina rekommendationer i mars 2020. Medierapporteringen har frekvent framställt den omtalade gruppen som en grupp som har drabbats extra mycket av de restriktioner som har implementerats under hela virusspridningen. Det är därför extra angeläget att genomföra en studie som systematiskt undersöker den här gruppens egna upplevelse och mående. Mer specifikt ämnar den här studien undersöka följande frågor:

1. Vilka samband finns det mellan faktorerna (1) välmående, (2) ensamhet och (3) självförmåga hos personer över 70 år i Sverige under COVID-19-pandemin?
2. Vilken betydelse spelar fysisk hälsa och oro för dessa tre faktorer?
3. Finns det några skillnader mellan män och kvinnor i dessa tre faktorer?

Metod

Urval och deltagare

Undersökningen har genomförts utifrån ett bekvämlighetsurval (Bryman, 2011) eftersom ett randomiserat urval är mycket tidskrävande att åstadkomma. Urvalet är begränsat

till personer som fyllt 70 år med tillgång till internet och är folkbokförda i Sverige. För att hitta deltagare till undersökning så har personliga och sedan tidigare etablerade kontakter använts. Enkäten har t.ex. delats med bekanta, exempelvis vänners föräldrar och morföräldrar. Enkäten har också publicerats i Göteborgs Stads nyhetsbrev för äldre, som når ut till en population på cirka 450 äldre i Göteborgs Stad. Enkäten har också delats i Facebookgrupper för seniorer, via hemtjänsten i Landskrona kommun och på två olika boulevaner i Malmö. Medan ett bekvämlighetsurval bedömdes som en rimlig strategi i den här studien finns det dock en del inbyggda problem (Bryman, 2011). Framförallt är det svårt att fånga upp en population som är representativ för den allmänna befolkningen då risken att populationen inte är representativ ökar i ett bekvämlighetsurval. Exempelvis ökar chansen att ett kön blir överrepresenterade eller att fler deltagare uppvisar extremvärden på en viss skala i kontrast till vad den generella befolkningen skulle gjort. Detta leder i sin tur till problem med att generalisera undersökningens resultat (Shaughnessy et al., 2015). Men på grund av tids- och resursbrist bedömdes ett bekvämlighetsurval utifrån givna förutsättningar vara en rimlig kompromiss för studiens syften.

Statistiken som används i denna studie är en del i en större forskningsstudie. I den här studien används dock endast data som är relevant för de aktuella forskningsfrågorna.

Totalt ackumulerades 88 svar. Sex av dem var dock utanför enkätens testgrupp i ålder och tre saknade data. Således landade det slutgiltiga antalet på 79 respondenter där 29 (37,5%) var män och 50 (62,5%) kvinnor. Medelåldern och median för respondenterna var 75 år (födelseår 1945) med en standardavvikelse på 3,8 år. Den demografiska spridningen utgjordes av 13 olika regioner. Störst representerat är Skåne med 23 deltagare. Sedan Halland 17 och Västra Götaland med 11, Östergötland med 7, Stockholm med 7, Blekinge med 4 och Värmland, Jönköping och Gävleborg 2, Jämtland/Härjedalen, Sörmland, Gävleborg Norrbotten, Kalmar, samtliga 1. I tabell 1 presenteras ytterligare deskriptiv och demografisk information om respondenterna.

Tabell 1.

Deskriptiv och demografisk information om respondenterna (N=79).

	N	%
Utbildning		
Högskole/universitetsnivå	38	48,1%
Yrkesutbildning	14	17,7%
Realskola/grundskolenivå	11	13,9%
Gymnasienivå	11	13,9%
Ingen utbildning	5	6,3%

Fysisk hälsa		
Bra	39	49,4%
Ok	28	35,4%
Mindre bra	12	15,2%
Var bor du?		
Mindre stad (färre än 200 000)	42	53,2%
Storstad (över 200 000)	24	30,4%
Landsbygd	13	16,5%
Civilstånd		
Gift	34	43,0%
Sammanboende	13	16,5%
Ensamstående	13	16,5%
Änka/änkling	12	15,2%
Skild	7	8,9%
Oro att pengarna inte räcker		
Aldrig	45	57,0%
Ibland	26	32,9%
Ofta	8	10,1%
Hur bor du?		
Villa/radhus	39	49,4%
Hyreslägenhet	16	20,3%
Bostadsrätt	20	25,3%
Äldreboende	4	5,0%

I Appendix (Tabell A1) sammanfattas ytterligare deskriptiv enkät-data över hur respondenternas ser på sin situation under pandemin och vad de anser har förändrats i sina liv. Denna data ger ett mer utförligt underlag om hur den undersökta gruppen upplever sin situation under pandemin.

Sammanfattningsvis så yrkar respondenterna på en ökad isolering, där 85,0% känner sig mer isolerade under pandemin än innan. 86,3% anser att deras relationer har förändrats under pandemin på så vis att de träffar vänner och bekanta mer sällan (29,8%) samt även släkt och familj (79,1%). 59,7% menar att de inte längre deltar i sociala aktiviteter och dessutom samtalar mer via telefon (47,7 %). Inom kategorin sociala förändringar anser 84,4% att de undviker folkmassor, 77,2% att det undviker sociala sammanhang, 46,8% kommunicerar mer via digitala medier och 40,5% träffar enbart folk utomhus.

Under kategorin sjukdom och smittskydd så menar 88,5% att det inte har blivit smittade och 3,8% menar att de inte testat sig men att det kan ha förelegat en misstanke om sjukdom. 3,8% uppger att de har varit smittade och behövt sjukvård och ytterligare 2,6% menar att det varit smittade men enbart upplevt milda symptom. När det kommer till

smittskyddsåtgärder så menar 64,5% att det håller minst 1 meters avstånd när de vistas bland andra människor. 72,1% reser inte kollektivt och 55,6% reser inte överhuvudtaget. 12,6% använder munskydd utanför hemmet. Dessutom använder 12,6% internet för sina matinköp och 12,6% även för sina resterande inköp. 12,6% undviker helt och hållet att lämna hemmet.

Av respondenterna så menar 59,5% att deras oro har ökat och 35,4% att deras oro inte har ökat. 5,1% hade ingen uppfattning i frågan. För de som upplever att oron har ökat så är rädd för att bli smittad den huvudsakliga anledningen (78,7%). Andra anledningar till oro är konsekvenser på Sverige/världens ekonomi (38,2%), orolig att världen inte kommer bli sig lik (27,6%), rädd för att smitta andra (12,7%) och att en/flera närstående blivit smittade (14,8%).

Sista frågorna undersökte ifall respondenterna har upplevt positiv påverkan till följd av pandemin. 82,5% svarade nej, 11,3% ja och 6,3% hade ingen uppfattning. Anledningar till positiv inverkan var: "Carpe diem, att ta tillvara dagen och tacksamhet." "Går inte ut så mycket, sparar pengar. Hinner med andra viktiga projekt." "Mera tid utomhus i trädgården." "Samtal miljö, omsorg och värderingar fördjupas." "Utifrån ett existentiellt perspektiv att vara tacksam för att inte blivit smittad." "Är med medveten om mina vänner, att de finns där för mig".

Design och mätinstrument

Datansamlingen utgår ifrån en kvantitativ internetbaserad enkätundersökning. Fördelar med denna metod är effektivitet, möjligheten att nå ut till en stor population samt att kostnaderna är icke-existerande. Nackdelar, som med alla enkätundersökningar, är att det kan vara svårt att motivera deltagarna till att vilja delta. Dessutom så ökar risken för att deltagarna inte slutför enkäten (Shaughnessy et al., 2015). Undersökningen är uppbyggd med hjälp av verktyget "Google Formulär" (2020). Vi har delvis designat egna frågor, men framförallt så har frågor hämtats ifrån redan konstruerade psykometriska instrument som har uppvisat god reliabilitet och validitet (se nedan).

Enkätens inledande del består av demografiska frågor. Här tillfrågades respondenten om kön, utbildningsnivå, födelseår, civilstånd, inkomst, vilken region hen bor i, boendeform samt respondentens fysiska hälsa. Vi har valt dessa frågor för att skapa en bild kring respondenterna samt öppna möjligheter för att kunna göra statistiska jämförelser.

Enkätens nästkommande del ställer frågor om respondenternas upplevelse av pandemin. Frågorna kan delas upp i kluster; det vill säga att vissa av frågorna är följdfrågor till en annan fråga eller tillhör samma övergripande tema. Svartalternativen är baserade på nominaldata med två eller flera val. Se Appendix (Tabell A2) för detaljer.

Det är dock möjligt att frågorna och svarsalternativen leder till en viss vinkling och/eller snedvriden data. Ett exempel är om deltagarna tvingas välja ett svarsalternativ som inte helt passar in på deras upplevelse, vilket resulterar i att data misslyckas med att vara representativt för verkligheten (Jones & Bullock, 2013). För att förhindra problemet diskuterades frågorna med en oberoende testgrupp innan enkäten distribuerades och respondenterna har också möjlighet att skriva in ett eget svar ifall de upplever en avsaknad bland svarsalternativen.

En ytterligare risk med att konstruera egna frågor är att de inte nödvändigtvis garanterar god reliabilitet eller validitet. Frågorna är dock av allmängiltigt slag och ämnar inte undersöka ett specifikt operationaliserat konstrukt, såsom exempelvis ett personlighetstest gör. Det huvudsakliga målet är enbart att förstå ett fragment av deltagarnas beteendemönster och känslor under pandemin.

För att mäta välmående så har Världshälsoorganisationens instrumentet WHO-5 (u.å). WHO-5 använts, vilken består av 5 självskattningsfrågor där varje fråga skattas på en intervallskala mellan noll och fem. Testet poängsätts genom att multiplicera respondentens sammanlagda poäng med fyra, vilket resulterar i ett värde mellan 0–100. Desto högre värde, desto bättre välmående. WHO-5 togs i bruk år 1998 och finns idag tillgängligt på fler än 30 språk (H-Region Mental Health Services, u.å). En metaanalys av Topp, Bech, Söndergaard, och Östergaard (2015) utfördes på 213 artiklar som använt sig av WHO-5. Resultatet visade att WHO-5 har en tillräcklig kapacitet för att fastslå tecken på depression samt förutspå resultat i kliniska studier. WHO-5 påvisade också god konstruktvaliditet samt har bevisats att fungera väl som ett verktyg för att mäta välmående i likväl yngre som äldre populationer (Topp et al., 2015).

För att mäta respondenternas upplevda ensamhet så har De Jong Giervelds Loneliness Scale använts (Jong-Gierveld & Kamphuis, 1985). Instrumentet ämnar mäta upplevd ensamhet och består av 11 items där fem är positiva och sex är negativa. För att poängsätta testet så adderas respondentens svar till en maximal summa av 11 poäng. Poängen kan sedan kategoriseras i fyra olika delar: 0–2 = inte ensam alls. 3–8 = måttligt ensam. 9–10 = svårt ensam. 11 = mycket svårt ensam. Instrumentet är väl etablerat och har uppvisat god reliabilitet och validitet (Jong-Gierveld & Van Tillburg, 2006).

Viktigt att notera är att DeJong Giervelds Loneliness Scale har översatts från engelska till svenska i den aktuella studien, då en svensk motsvarighet inte har gått att finna. En översättning kan därför komma att påverka instrumentets validitet i viss mån. Men en

Cronbach's alfa-analys visade på god intern konsistensen i den svenska översättningen, $\alpha = 0.79$.

För att mäta Self-Efficacy används General Self-Efficacy Scale, förkortad till GSE. GSE utvecklades i sin första version av Jerusalem och Schwarzer år 1979 och reviderades år 1981 (Jerusalem & Schwarzer, 1995). Testet består av 10 frågor där respondenten ska skatta sig själva på en skala 1–4. För att poängsätta respondenterna så adderas samtliga värden, vilket resulterar i en total score om 10–40 poäng. Högre poäng indikerar på starkare självförmåga. Idag finns GSE översatt och validerat till 32 språk (Schwarzer, 2012). Den svenska versionen av GSE upprättades av Koskinen-Hagman, Schwarzer och Jerusalem (1999). En studie utförd av Carlstedt, Månsson Lexell, Pessah-Rasmussen och Iwarsson (2015) påvisade att den svenska versionen av GSE har god konstruktvaliditet och godtagbar test-retest reliabilitet. Andra studier såsom en utförd av Löve, Dea Moore och Hensing har påvisat liknande resultat (2011).

Procedur

Datansamling pågick mellan den 8 november till den 8 december 2020. Google Forms användes som format för enkäten och som tog fem till tio minuter att fylla i. Enkäten innehåller även information om uppsatsen syfte, bakgrundsinformation till forskningsstudien och kontaktinformation från avsändaren av enkäten.

Dataanalys

Resultaten från enkäten lades först in i ett Excel-dokument, där data bearbetades inför statistisk testning i Jamovi. I Jamovi genomfördes sedan en korrelationsanalys mellan välmående (WHO5), ensamhet och självförmåga (self efficacy). Därefter genomfördes två ANOVA-analyser för dessa 3 variabler (välmående (WHO5), ensamhet och självförmåga (self efficacy)) utifrån de 2 oberoende variablerna fysisk hälsa (bra, ok, mindre bra) och oro under pandemin (ökad oro, ingen ökad oro; ”ökad oro” = de som svarade ”ja” på denna fråga i enkäten och ”ingen ökad oro” = de som svarade ”nej” eller ”ingen uppfattning” på denna fråga i enkäten – se tabell A1 i appendix). Slutligen genomfördes ANOVA-analyser som undersökte om det fanns några skillnader mellan män och kvinnor utifrån dessa aspekter.

Etik

Studien följer Vetenskapsrådets riktlinjer (2017) samt Helsingforsdeklarationen (1964). Innan studien fick alla respondenter acceptera ett samtyckesdokument och det gick inte att gå vidare till enkäten om detta dokument inte var ifyllt. Dokumentet bestod av följande information:

- Det är frivilligt att delta i denna undersökning som ska fungera som underlag till en kandidatuppsats inom psykologi på Lunds Universitetet.
- Svaren behandlas konfidentiellt och resultat presenteras endast på gruppnivå.
- Studien är endast till för att fylla syftet som underlag för uppsatsen och kommer inte spridas för några andra ändamål.
- Alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt och med full anonymitet då all insamling av rådata sker över det webbaserade verktyget där det inte går att se vem avsändaren är.
- Den som deltar i studien kan när som välja att avbryta sin medverkan.

Resultat

Samband mellan välmående, ensamhet och självförmåga

I Tabell 3 redovisas medelvärden, standardavvikelse, median, min och max för de undersökta variablerna välmående (WHO5), ensamhet (De Jong) och self-efficacy (GSE).

Tabell 3.

Deskriptiv data för respondenternas (N=79) välmående (WHO5), ensamhet (De Jong) och self-efficacy (GSE). Min och Max representerar de högsta och lägsta värdena ifrån respondenterna.

	Välmående (WHO5)	Ensamhet (De Jong)	Self –efficacy (GSE)
Medelvärde (SD)	58.1 (23.6)	5.4 (2.2)	29.0 (5.9)
Median	62	5	30
Min	0	1	12
Max	100	11	40

I tabell 4 redovisas en korrelationsanalys mellan välmående (WHO5), ensamhet (De Jong) och self-efficacy (GSE). Korrelationsanalysen visar på ett negativt samband mellan ensamhet och välmående och ett positivt samband mellan välmående och självförmåga. Vidare fanns även ett negativt samband mellan ensamhet och självförmåga. Detta innebär att individer med ett högre välmående och/eller en högre självförmåga överlag upplever sig som mindre ensamma (och vice versa).

Tabell 4.

Korrelationsanalysen för välmående (WHO5), ensamhet (De Jong) och self-efficacy (GSE). Tabellen redovisar pearson's r. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

	Välmående (WHO5)	Ensamhet (De Jong)	Self –efficacy (GSE)
Välmående (WHO5)	—	—	—
Ensamhet (De Jong)	-0.579 ***	—	—
Self –efficacy (GSE)	0.601 ***	-0.529 ***	—

Kopplingar till fysisk hälsa och oro

I nästa steg testades om deltagarnas oro under pandemin och deras upplevda fysisk hälsa hade en betydelse för välmående (WHO5), ensamhet (De Jong) och self-efficacy (GSE). För att genomföra detta genomfördes ANOVA-analyser på var och en av de undersökta variablerna (WHO5, De Jong, GSE). Deltagarna grupperades utefter hur de svarade i enkäten. Se Tabell 5 nedan.

Tabell 5.

Deskriptiv data (Medelvärde, SD) för respondenternas uppdelade utefter fysisk hälsa (Bra=39, OK=28, Mindre bra=12) och oro under pandemin (Ökad oro=47, Ingen ökad oro=32).

	Välmående (WHO5)	Ensamhet (De Jong)	Self –efficacy (GSE)
Fysisk hälsa			
Bra (N=39)	68.5 (17.4)	4.9 (2.3)	30.7 (4.4)
OK (N=28)	54.4 (22.0)	5.6 (1.9)	28.4 (5.3)
Mindre bra (N=12)	32.3 (24.4)	6.9 (1.8)	24.8 (8.8)
Oro under pandemin			
Ökad oro (N=47)	52.3 (26.0)	5.9 (2.1)	27.4 (6.3)
Ingen ökad oro (N=32)	66.1 (17.1)	4.9 (2.1)	31.1 (4.1)

Fysisk hälsa. Resultaten visade på en signifikant huvudeffekt av fysisk hälsa för välmående (WHO-5), $F(2, 77) = 15.6$, $p < .001$, $\eta^2 = 0.29$. Ett Tukey's post hoc t-test visade att de som bedömde sin hälsa som "Bra" hälsa hade högre välmående än de som bedömde den som "Mindre bra", $p < .001$, cohen's $d = 1.8$ och de som bedömde den som "OK", $p = .016$, cohen's $d = 0.7$. Även de som bedömde sin hälsa som "OK" hade högre välmående än de som bedömde den som "Mindre bra", $p = 0.006$, cohen's $d = 1.1$. Detta visar att fysisk hälsa har en stor konsekvens för upplevt välmående.

För ensamhet (De Jong) fanns också en huvudeffekt, $F(2, 77) = 4.35, p = .012, \eta^2 = 0.10$. Ett Tukey's post hoc t-test visade att de som bedömde sin hälsa som "Bra" upplevde mindre ensamhet än de som bedömde den som "Mindre bra", $p = .013$, cohen's $d = 0.96$. Inga signifikanta skillnader fanns mellan de andra jämförelserna. Detta visar att fysisk hälsa har en stark betydelse för upplevd ensamhet.

Även för självförmåga (GSE) fanns en signifikant huvudeffekt, $F(2, 77) = 5.4, p = .006, \eta^2 = 0.12$. Ett Tukey's post hoc t-test visade att de som bedömde sin hälsa som "Bra" hälsa hade högre självförmåga än de som bedömde den som "Mindre bra", $p = .005$, cohen's $d = 1.06$. Detta visar att fysisk hälsa har en stark betydelse även för skattad självförmåga.

Oro. Resultaten visade på en signifikant huvudeffekt av oro för välmående (WHO-5), $F(1, 77) = 6.95, p = .007, \eta^2 = 0.08$, ensamhet (De Jong), $F(1, 77) = 3.94, p = .05, \eta^2 = 0.049$, och även för självförmåga (GSE), $F(1, 77) = 8.24, p = .005, \eta^2 = 0.097$. Sammantaget visar detta att ökad oro under pandemin är kopplad till lägre välmående, större grad av upplevd ensamhet och till lägre självförmåga. Se Tabell 5.

Skillnader mellan män och kvinnor

I Tabell 6 redovisas medelvärden och standardavvikelse för de undersökta variablerna välmående (WHO5), ensamhet (De Jong) och self-efficacy (GSE) uppdelat över kön.

Tabell 6.

Deskriptiv data (Medelvärde, SD) för respondenternas uppdelade utefter kön (Män=29, Kvinnor=50) välmående (WHO5), ensamhet (De Jong) och self-efficacy (GSE).

	Välmående (WHO5)	Ensamhet (De Jong)	Self –efficacy (GSE)
Medelvärde (SD)			
Man (N=50)	59.6 (23.0)	5.0 (2.1)	28.8 (5.8)
Kvinna (N=29)	57.3 (24.2)	5.7 (2.2)	29.2 (5.9)

En analys med ett independent samples t-test genomfördes med välmående (WHO5), ensamhet (De Jong) och self-efficacy (GSE) som beroende variabler och med kön som en den oberoende variabeln. Men resultaten visade inte på några signifikanta skillnader mellan män och kvinnor för någon av variablerna ($p > .05$). I en uppföljningsanalys genomfördes även en ANOVA med välmående (WHO5), ensamhet (De Jong) och self –efficacy (GSE) som beroende variabler och med kön, upplevd fysisk hälsa och oro under pandemin. Detta för att undersöka om effekterna av hälsa och oro är kopplade till kön. Men det fanns inga signifikanta interaktioner mellan kön och dessa faktorer ($p > .12$).

Diskussion

Den här studien undersökte hur välmåendet för en 70-plus-population i Sverige hänger ihop med uppskattad ensamhet och självförmåga under covid-19-pandemin (8 November – 8 December, 2020) och visar att en högre grad av välmående är kopplad till en högre grad av självförmåga och en lägre grad av upplevd ensamhet (och vice versa). Studien visar vidare att dessa faktorer är starkt påverkade av upplevd fysisk hälsa och oro under pandemin. Däremot fann studien inga skillnader mellan män och kvinnor utifrån dessa aspekter.

Tidigare forskning om covid-19-pandemin i andra europeiska länder har visat att den äldre befolkningen fått ändra sitt vardagsliv och blivit helt beroende av hjälp från sina släktingar och vänner när länder gör totala nedstängningar (Carriedo et al., 2020). Data från den här studien som undersöker äldre personer i Sverige är linje med annan europeisk forskning om covid-19-pandemin och bekräftar att 70-plus-befolkning har fått göra stora förändringar i sitt vardagsliv genom att leva mera isolerat, handla på internet, och förändra sina sociala kontakter med släktingar och vänner till digital media (se tabell A1 i appendix). Liksom tidigare studier som har gjorts under covid-19-pandemin om välmående och psykisk hälsa visar resultaten ifrån den här studien att ökad oro under pandemin är kopplad till lägre välmående och ökad känsla av ensamhet. Detta är tydliga indikatorer på ökad risk för depression, vilket t.ex. har visats och diskuteras av Carriedo et al. (2020) och García-Portilla et al. (2020).

De samband som framkom mellan välmående, ensamhet och självförmåga i den här studien är i linje med tidigare forskning om välmående där det har påvisats att de individer som har ett högt välmående också har en högre självförmåga, samt överlag upplever sig som mindre ensamma (och vice versa), (Carriedo et al., 2020; García-Portilla et al., 2020). Detta antyder att det är extra viktigt med en god självförmåga under covid-19-pandemin när 70-plus-befolkningen har ett begränsat vardagsliv att försöka upprätthålla ett så högt välmående som möjligt.

Ett oväntat resultat från denna studie är att det inte finnas några signifikanta könsskillnader utifrån de tre undersökta aspekterna, välmående, ensamhet och självförmåga. Resultaten om könsskillnader från denna studie ligger inte i linje med tidigare undersökning om psykisk ohälsa och könsskillnader som utfört av Jämställdhetsmyndigheten. Resultaten från undersökningen visar att det finns könsskillnader mellan alla åldersgrupper i samhället, samt att förekomsten är högre av psykisk ohälsa bland äldre kvinnor än män, dock har kvinnorna kortare återhämtningstid än män. Eftersom det inte heller fanns några interaktionseffekter mellan kön, upplevd hälsa och oro under pandemin, verkar det inte som

att män och kvinnor i den undersökta gruppen skiljer som vad gäller dessa aspekter. Men eftersom det endast ingick 79 personer i den här studien är det möjligt att detta är en för liten population för att eventuella könsskillnader ska kunna fångas upp med de mätinstrument som studien använder.

Sambanden mellan välmående, ensamhet och självförmåga motsvarar även teorin om self-efficacy där nya situationer anses kräva stora förändringar av nya beteendemönster och att de individer som har ett högt välmående och en hög självförmåga bättre klarar av att hantera dessa situationer, (Bandura, 1997). Detta går vidare att se i relation till resultatet att fysisk hälsa påverkar välmående – där de som bedömde sig ha bra fysisk hälsa också hade högre välmående. Samma koppling går att se mellan ensamhet och fysisk hälsa, där individer som upplever sin hälsa som bra också känner sig mindre ensamma. Dock finns det stora skillnader i deltagarnas välmående, ensamhet och självförmåga utifrån hur de upplevde oro under pandemin. Resultaten visar att de som upplevde ökad oro under pandemin upplevde lägre välmående, större grad av ensamhet och hade lägre självförmåga. Det här resultatet indikerar därför att covid-19-pandemin och de förändrade levnadsvanor som denna har medfört för personer över 70 år i Sverige påverkar deras psykiska hälsa och förmåga att hantera situationen. Att ha god psykisk och fysisk hälsa och en hög självförmåga verkar därför vara avgörande förutsättningar för att den äldre befolkning på ett bra sätt ska kunna klara av sitt mer begränsade vardagsliv under covid-19-pandemin.

Enligt Banduras teori om copingstrategier (Bandura, 1997) hanterar individer ensamhet och isolering genom att använda sig av olika copingstrategier för att hantera stress och uppkomna situationer. Banduras forskning visar att självförmåga är kopplat till specifika situationer och inte en generell förmåga. Individer kan därför ha hög självförmåga i en viss situation och en låg i annan situation. Banduras forskning antyder att de individer som har en hög grad av självförmåga utifrån ensamhet och isolering därför borde vara bättre rustade att hantera de förändrade levnadsvanor som uppkommer i samband med covid-19-pandemin.

För att förbättra välmåendet hos 70-plus-befolkning under en pandemi skulle man i framtiden kunna jobba mer med känslomässiga modelleringar av hälsorisker som uppstår i samband med hemisolering och social distansering (Brooke & Clark, 2020). Resultaten ifrån den här studien visar på ett antal viktiga samband av betydelse för sådana hälsorisker.

Ett problem med tillförlitlighet som finns med den aktuella forskningsstudien är att den använde ett bekvämlighetsurval på grund av tid - och resursbrist. Om tillgången på tid och resurser hade varit större skulle forskningsstudien haft ett slumpmässigturval och ett bredare och större urval av respondenter, och där respondenterna skulle vara mer

proportionellt representerade utifrån Sveriges befolkning och dess regioner. En begränsning med forskningsstudien är att resultaten endast bygger på deltagare ifrån de 13 regioner som inkluderades (som till stor del bestod av regioner ifrån södra Sverige – särskilt Skåne) och de grupper av den äldre befolkning över 70 år som bor i dessa regioner i Sverige. En annan aspekt är att själva enkäten krävde tillgång till internet och god förmåga att hantera elektroniska web-baserade verktyg. Det är därför svårt att bedöma hur väl studiens resultat kan generaliseras till 70-plus-befolkningen i hela Sverige och till de som inte har möjlighet och/eller förmåga att använda digitala medier. Det hade också varit önskvärt att könsfördelning skulle varit mer proportionell i förhållande till Sveriges befolkning. Forskningsstudien har även en del möjliga brister i termer av giltighet, eftersom det finns en risk att respondenterna inte alltid har svarat såsom de faktiskt upplever sin situation utan istället har svarat såsom de tror att de bör svar. Det finns också en risk att deras svar inte alltid motsvarar deras generella upplevelser utan att de istället svarar utifrån hur de mer specifikt upplever själva pandemin. En vidare risk är att det finns andra variabler som är kopplade till välmående, självförmåga och ensamhet som egentligen är de som är drivande och som den aktuella studien inte kan fånga upp.

Resultatens betydelse för det svenska samhället i stort och för framtida studier är främst att den visar hur 70-plus-befolkningens välmående påverkas av deras psykiska och fysiska hälsa under covid-19-pandemin. De rapporterade sambanden mellan ensamhet, självförmåga och välmående ger också indikationer på vilka hälsoeffekter som den sociala distanseringen och den sociala isoleringen kan leda till, vilket är en viktig faktor att ta hänsyn till i utformningen av olika rekommendationer under en pandemi. Men utifrån resultaten i den här studien kan inga starka slutsatser dras vad gäller orsak och verkan mellan de undersökta sambanden. Framtida studier bör därför titta närmare på vilka av dessa faktorer som är direkt drivande och vilka som är mer indirekt kopplade till varandra. En möjlig väg för sådana studier är att undersöka välmående hos äldre populationer i olika delar i Europa som har haft olika grader av social isolering.

En annan intressant väg för framtida forskning är att göra en kvalitativ studie på ett mer begränsat urval av deltagare med hjälp av djupintervjuer på både kvinnor och män som är 70 år och över. Detta skulle tillsammans med resultaten ifrån den här studien kunna ge en djupare förståelse för upplevelser av välmående, ensamhet och oro under en pandemi. Sådana djupintervjuer skulle också kunna knyta an till hur förmåga att följa folkhälsomyndighetens rekommendationer påverkas av självförmåga, välmående och ensamhet. Slutligen skulle det vara oerhört intressant att replikera forskningsstudien efter att befolkningen blivit vaccinerad

och där vi återigen har börjat leva mer som ”förr” för att undersöka om den aktuella 70-plus-befolkningens välmående nu ser annorlunda ut.

Referenser

- Ashton, M. C., Lee, K., & Goldberg, L. R. (2004). A Hierarchical Analysis of 1,710 English Personality-Descriptive Adjectives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(5), 707–721. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.5.707>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman, 50 (3) 801-804.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. (2., [rev.] uppl.) Malmö. Liber.
- Burholt, V., Winter, B., Aartsen, M. et al. (2019). A critical review and development of a conceptual model of exclusion from social relations for older people. *European Journal of Ageing*, 17, 3 – 19. <https://doi.org/10.1007/s10433-019-00506-0>
- Brooke, J & Clark M (2020) *Older people's early experience of household isolation and social distancing during COVID-19*. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 4387- 4402. <https://doi.org/10.1111/jocn.15485>
- Carriedo, A., Cecchini J., Fernandez -Rio J & Mendez-Gimenez A. (2020). *COVID-19, Psychological Well-being and Physical Activity Levels in Older Adults During the Nationwide Lockdown in Spain*. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28 (11), 1146-1155. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.007>
- García-Portilla, P., de la Fuente Tomás, L., Bobes-Bascarán, T., Jiménez Treviño, L., Zurrón Madera, P., Suárez Álvarez, M., ... & Bobes, J. (2020). Are older adults also at higher psychological risk from COVID-19?. *Aging & mental health*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1805723>
- Carlstedt, E., Månsson Lexell, E., Pessah-Rasmussen, H., & Iwarsson, S. (2015). Psychometric properties of the Swedish version of the General Self-Efficacy Scale in stroke survivors. *International Journal of Rehabilitation Research*, 38(4), 333-337. <https://doi.org/10.1097/MRR.0000000000000131>
- Drefahl, S., Wallace, M., Mussino, E. et al. (2020). A population-based cohort study of socio-demographic risk factors for COVID-19 deaths in Sweden. *Nature Communications* 11, 1-7. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-18926-3>
- Google formulär (2020). *Vilka är dina upplevelser av Corona pandemin?*. [Google form]. Retrieved from URL: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdz4cYeIz8yY82cbGzSKoCafsbS7JPfaxMrLEhfKRNycnx6Jw/viewform?usp=sf_link'a
- Gustavsson, J & Beckman L., (2020). Compliance to Recommendations and Mental Health Consequences among Elderly in Sweden during the Initial Phase of the COVID-19

- Pandemic—A Cross Sectional Online Survey. *International Journal of Research and Public Health*, 17(15), 1 – 10. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155380>
- European Centre for Disease Prevention and Control (2020). *Rapid Risk Assessment: Cluster of pneumonia caused by a novel coronavirus, Wuhan, China*. Hämtad 20 november 2020 från <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-cluster-pneumonia-cases-caused-novel-coronavirus-wuhan>
- Folkhälsomyndigheten (2020). *Spridningen av covid-19 är en pandemi*. Hämtad 11 november 2020 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/mars/spridningen-av-covid-19-ar-en-pandemi/>
- Folkhälsomyndigheten. (2020). *Daglig statistik vardagar*. Hämtad 24 november 2020 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/statistik-och-analyser/bekraftade-fall-i-sverige/>
- Folkhälsomyndigheten (2020). *Covid-19*. . Hämtad 26 november 2020 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/2020>
- Helsingforsdeklarationen (1964). Hämtad 2 november 2020 från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- H-Region Mental Health Services. (u.å). *About the WHO-5*. <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx> [2020-11-12]
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), 1- 20. e1000316.
- Hu, Y., Sun, J., Dai, Z., Deng, H., Li, X., Huang, Q., ... & Xu, Y. (2020). Prevalence and severity of corona virus disease 2019 (COVID-19): A systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical virology*, 104371. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2020.104371>
- Internetstiftelsen (2019). *“Svenskarna och Internet”* Hämtad den 20 nov från <https://svenskarnaochinternet.se/rapporter/svenskarna-och-internet-2019/>
- Jamovi project (2020). *jamovi* (Version 1.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>
- Jones, N. D., & Bullock, J. J. (2013). Understanding who reported multiple races in the U.S Decennial Census: Results from census 2000 and the 2010 census. *Family Relations*, 62(1), 5-16. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2012.00759.x>

- John Hopkins COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering at Johns Hopkins University, [CSSE], (2020).
- Jong-Gierveld, J., & Kamphuis, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299.
<https://doi.org/10.1177/014662168500900307>
- Jong-Gierveld, J., & Van Tilburg, T. (2006). A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28(5), 582 - 598. <https://doi.org/10.1177/0164027506289723>
- Jämställdhetsmyndigheten, (2020). Hämtat den 20 nov 2020 från:
<https://www.jamstalldhetsmyndigheten.se/aktuellt/coronapandemin-i-ett-jamstalldhetsperspektiv>
- Kantars Sifoundersökning. (2020). *Allmänhetens tillit och beteende under corona krisen*. Hämtad 2020-11-24 från https://www.kantarsifo.se/sites/default/files/reports/documents/allmanhetens_tillit_tankar_och_beteende_under_coronakrisen_9_april_2020_kantar_sifo.pdf
- Koskinen-Hagman, M., Schweizer, R., & Jerusalem, M. (1999). *Swedish version of the general self-efficacy scale*. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/swedish.htm>.
- Löve, J., Dea Moore, C., & Hensing, G. (2011). Validation of the Swedish translation of the General Self-Efficacy scale. *Quality of Life Research* 21(7), 1249-1253. DOI: [10.1007/s11136-011-0030-5](https://doi.org/10.1007/s11136-011-0030-5)
- Mischel, W. (1984). Convergences and challenges in the search for consistency. *American Psychologist*, 39(4), 351–364. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.4.351>
- Reneland-Forsman, L. (2018). Borrowed access – the struggle of older persons for digital participation. *International Journal of Lifelong Education*, 37(4), 333 - 344.
<https://doi.org/10.1080/02601370.2018.1473516>
- Snyder, M. (1987). *Public appearances/private realities: The psychology of self - monitoring*. New York: Freeman.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio*. Causal and control beliefs (pp. 35- 37). Windsor, England: NFER-NELSON.
- Schwarzer, R. (12 februari 2012). *General Self-Efficacy Scale (GSE)* <http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm> [2020-11-17]
- Shaugnessy, J. J., Zechmeister, B. E., & Zechmeister, S. J. (2015). *Research Methods in Psychology*. McGraw-Hill Education, New York.

- Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., & Bech P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176.
- Panagiotis, P., Willis, P., Ray, M., Deusdad, B., Lonbay, S., Niemi, M., & Donnelly, S. (2020). Older People in the Context of COVID-19: A European Perspective. *Journal of Gerontological Social Work*.<https://doi.org/10.1080/01634372.2020.1821143>
- Zhou, P., Yang, X. L., Wang, X. G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., ... & Shi, Z. L. (2020). Discovery of a novel coronavirus associated with the recent pneumonia outbreak in humans and its potential bat origin. *BioRxiv*.
- Vetenskapsrådet. (2014). *God forskningssed*. Hämtad 2020-11-02 från <https://medarbetare.ki.se/media/26885/download>
- Wiedenfeld, S. A., O'Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine, S., & Raska, K. (1990). Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1082–1094.
- Worldometer (2008). *Reported Cases and Deaths by Country, Territory, or Conveyance*. Hämtad 21 november 2020 <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

Appendix

Tabell A1

Deskriptiv data om respondenternas situation under covid-19-pandemin (N=79).

	N	%
Är du mer isolerad från andra människor på grund av pandemin?		
Ja	67	85,0%
Nej	12	15,0%
Vilka sociala förändringar har du fått göra i samband med pandemin?		
Undviker folkmassor.	66	84,4%
Undviker sociala sammanhang.	61	77,2%
Kommunicerar via digitala medier.	37	46,8%
Träffar enbart folk utomhus.	32	40,5%
Övrigt	2	2,5 %
Har dina relationer förändrats under pandemin på grund av Folkhälsomyndighetens rekommendationer?		
Ja	68	86,3%
Nej	11	13,8%
Om ja, hur har dina relationer förändrats?		
Träffar vänner & bekanta mer sällan.	23	29,8%
Träffar familj & släkt mer sällan.	62	79,1%
Deltar ej i sociala aktiviteter.	47	59,7%
Samtalar via telefon & digitala medier.	37	47,7%
Har du blivit smittad av Corona?		
Nej	71	89,9%
Ja, mild sjukdom.	2	2,6%
Jag har inte testat mig.	3	3,8%
Ja, krävde sjukvård.	3	3,8%
Vilka åtgärder har du vidtagit för att minska risken att bli smittad och smitta andra?		
Håller 1m avstånd bland folk.	51	64,5%
Reser inte kollektivt.	57	72,1%
Reser inte alls.	44	55,6%
Använder munskydd utanför hemmet.	10	12,6%
Handlar mat online.	10	12,6%
Gör mina övriga inköp online.	10	12,6%
Undviker att lämna hemmet.	10	12,6%
Övrigt	3	3,8%
Har din oro ökat under pandemin?		
Ja.	47	59,5%
Nej.	28	35,4%
Ingen uppfattning.	4	5,1%
Om ja, varför har din oro ökat?		
Rädd för att bli smittad.	62	78,7%
Orolig för konsekvenser på Sverige/världens ekonomi.	30	38,2%
Orolig att världen inte kommer bli sig lik.	22	27,6%

Rädd för att smitta andra.	10	12,7%
Jag har en/flera närstående som har blivit smittad.	11	14,8%
Har pandemin påverkat dig positivt?		
Nej	65	82,5%
Ja	9	11,3%
Ingen uppfattning	5	6,3%

Tabell A2

Enkät

Kluster 1: Socialt

Fråga:

Svarsalternativ:

Är du mer isolerad från andra människor på grund av pandemin?	Ja/Nej/Ingen uppfattning
Har dina relationer förändrats under pandemin på grund av folkhälsomyndighetens rekommendationer?	Ja/Nej/Ingen uppfattning
Om du svarat ja, hur har dina relationer förändrats?	<ul style="list-style-type: none"> - Jag träffar vänner och bekanta mer sällan. - Jag träffar familj och släkt mer sällan. - Jag vill inte längre delta i sociala aktiviteter (ex. kurser, klubbar, restaurang, tillställningar). - Jag träffar vänner och bekanta oftare. - Jag träffar familj och släkt oftare. - Jag samtalar mer via telefon och digitala medier - *Eget svarsalternativ
Vilka sociala åtgärder har du tagit i samband med pandemin?	<ul style="list-style-type: none"> - Jag undviker sociala sammanhang. - Jag undviker folkmassor (exempelvis butiker, kollektivtrafik, träningshallar). - Jag kommunicerar via digitala medier istället. - Jag träffar enbart folk utomhus. - Inga åtgärder - *Eget svarsalternativ

Kluster 2: Oro

Fråga:

Svarsalternativ:

Har din oro ökat på grund av pandemin?	Ja/Nej/Ingen uppfattning
Om du svarade ja, varför har din oro ökat?	<ul style="list-style-type: none"> - Jag är rädd för att bli smittad. - Jag har en/flera närstående som har blivit smittade. - Jag är rädd för att smitta andra. - Jag är orolig för pandemins konsekvenser för Sveriges/världens ekonomi. - Jag är orolig att världen aldrig kommer bli sig lik. - *Eget svarsalternativ

Kluster 3: Smitta och smittskydd**Fråga:****Svarsalternativ:**

Har du blivit smittad av Corona?

- Ja, krävde sjukvård/måttlig sjukdom/mild sjukdom
- Nej
- Ingen uppfattning

Vilka åtgärder har du vidtagit för att minska risken att bli smittad och smitta andra?

- Jag handlar mat online.
- Jag gör mina övriga inköp online.
- Jag ser till att hålla avstånd på minst 1m när jag är ute bland folk.
- Jag använder munskydd när jag är utanför hemmet.
- Jag reser inte kollektivt.
- Jag undviker alla typer av resor.
- Jag undviker att lämna hemmet.
- *Eget svarsalternativ.

Kluster 4: Positiv inverkan**Fråga:****Svarsalternativ:**

Har pandemin påverkat dig positivt?

Ja/Nej/Ingen uppfattning

Om du svarade ja på förra frågan, på vilket sätt? Svara gärna med ett ord eller en kort mening.

*Eget svarsalternativ.