



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultetet

**Hvilken innvirkning hadde restriksjonene forbindelse med Covid-19
pandemien på Eldres mentale helse og sosiale relasjoner? – en
litteraturstudie med systematisk tilnærming**

Siw-Renate Johansen

Masteroppgave i Aldring og geriatrisk helsearbeid. HEL -3963 Mai 2022

Antall ord: 18689

Forord

Å arbeidet med denne oppgaven har vært en lærerik prosess, samtidig som det har vært en tung og utfordrende opplevelse og skrive masteroppgave under en pandemi. Det har vært økende smitte blant befolkningen og i institusjoner, som igjen viser hvor viktig det er å holde fokuset på eldre og deres psykiske helse under Covid-19 pandemien. Jeg ønsker å takke min veileder Gabrielle Kitzmüller for gode innspill og ærlige og konstruktive tilbakemeldinger, som har bidratt til at jeg har komme meg gjennom denne prosessen. Ønsker samtidig å takke min familie for støtte og barnepass og ikke minst til mine barn for deres tålmodighet og støtte underveis i prosessen. Rekker også en stor takk til Narvik kommune som har gitt meg muligheten til å ta denne utdanningen.

Narvik mai 2022

Siw-Renate Johansen

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema:.....	7
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål	8
2 Tidligere forskning.....	8
3 Teoretisk tilnærming	11
3.1 Sosial isolasjon og ensomhet.....	11
3.2 Angst og frykt.....	15
3.3 Aldring, stress og mestringsstrategier hos eldre.....	17
4 Metode.....	19
4.1 Forskningsdesign.....	19
4.2 Søkestrategi	19
4.3 Kvalitetsvurdering.....	24
4.4 Etikk	25
4.5 Analyse prosess	25
5 Resultater.....	28
5.1 Covid-19 pandemien og dens innvirkning på de eldre.....	40
5.1.1 Hvordan eldre håndterte beskyttende tiltak.....	40
5.1.2 Smittefrykt.....	42
5.1.3 Utfordringer knyttet til helsehjelp og funksjonelle behov	42
5.2 Mentale og sosiale bekymringer etter «tvungen» isolasjon	43
5.2.1 Sosial isolasjon og ensomhet.....	43
5.2.2 Depresjon, angst og emosjonelt stress.....	44
5.2.3 Eldres håndtering av den nye hverdagen.....	45
5.3 Sosialt nettverk og deltakelse	46
5.3.1 Eldre sitt sosiale nettverk	46
5.3.2 Eldre sin digitale tilnærming under Covid-19 pandemien	46

6	Diskusjon.....	48
6.1.1	Hvordan eldre håndterte beskyttende tiltak.....	48
6.1.2	Smittefrykt.....	50
6.1.3	Utfordringer knyttet til helsehjelp og funksjonelle behov	52
6.2	Utfordringer og mestring knyttet til mentale og sosiale bekymringer etter «tvungen isolasjon».....	53
6.2.1	Sosial isolasjon og ensomhet.....	53
6.2.2	Depresjon og angst og emosjonelt stress.....	56
6.2.3	Hvordan eldre håndterte den nye hverdagen.....	59
6.3	Sosialt nettverk og deltakelse	61
6.3.1	Eldre sitt sosiale nettverk	61
6.3.2	Eldre sin digitale tilnærming under Covid-19 pandemien	62
6.4	Metodediskusjon	64
6.4.1	Svakheter og styrker i denne litteraturstudien.....	65
6.4.2	Svakheter og styrker i de inkluderte studiene	65
6.4.3	Implikasjoner for praksis.....	66
6.5	Anbefalinger for fremtidig forskning.....	66
7	Konklusjon	67
	Referanseliste	68
	Vedlegg	76
	søkehistorikk	76
	Søkestrategi to	77
	Kritisk vurdering med JBL.....	78
	Kritisk vurdering med JBL.....	79
	Kritisk vurdering med JBL.....	80
	Dataekstraksjonsskjema	81

Tabelliste

Tabell 1 Pico-skjema	20
Tabell 2 inklusjon og eksklusjonskriterier	20
Tabell 3 Prisma Flytdiagram	23
Tabell 4 Kvalitetsvurdering.....	24
Tabell 5 Hovedtema og undertema	27
Tabell 6 Representasjon av tema og undertema i inkluderte artikler	27
Tabell 7Inkluderte studier	29

Sammendrag:

Bakgrunn: Også før Covid-19 pandemien har eldre har vært utsatt for isolasjon og ensomhet som har gitt økt fare for psykiske lidelser med depresjon og ensomhet. Mars 2020 ble verden rammet av en epidemi, Covid-19 pandemien førte til at en rekke land stengte ned og eldre ble bedt om å holde seg innendørs og unngå kontakt med andre, for å beskytte seg mot alvorlig sykdom og død. Dette har utløst bekymringer rundt hvordan omfattende sosial isolasjon og ensomhet har påvirket eldre sin psykiske og fysiske helse som følge av nedstengningen.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven var å granske og sammenstille tidligere forskning som har sett på hvordan isolasjon og ensomhet under Covid-19 pandemien har påvirket den psykiske helsen til eldre.

Metode: Denne studien har tatt utgangspunkt i Aveyard (2019) sin metode for litteraturstudie med systematisk tilnærming. Det er inkludert elleve studier, seks studier som anvender kvalitativt metode, tre som anvender kvantitativ og to som bruker miksede metoder.

Resultat: Funnene i studien viser at eldre har opplevd en økt påkjenning gjennom pandemien. Analysen har resultert i tre temaer med åtte undertema. Covid-19 pandemien og dens innvirkning på eldre -Hvordan eldre håndterte beskyttende tiltak, -smittefrykt, utfordringer knyttet til helsehjelp og funksjonelle behov. Mentale og sosiale bekymringer etter «tvungen» isolasjon: -Sosial isolasjon og ensomhet, - depresjon, angst og emosjonelt stress, - eldres håndtering av den nye hverdagen. Sosialt nettverk og deltagelse: -Eldre sitt sosiale nettverk, - Eldres digitale tilnærming under Covid-19 pandemien.

Konklusjon: Covid-19 pandemien har medført en større belastning for eldre og økt isolasjon og ensomhet blant eldre. Eldre har opplevd en større påkjenning med økt smittefrykt, angst og depresjon. Eldre tilpasset seg endringen i hverdagen med å bruke sosiale medier for kommunikasjon og sosialisering.

Nøkkelord: Eldre, Covid-19 pandemien, depresjon, angst, sosial isolasjon, ensomhet, stress og digitale medier.

Abstract:

Background: Even before the Covid-19 pandemic, the elderly had been exposed to isolation and loneliness, which entails an increased risk of mental disorders with depression and solitude. When the pandemic spread worldwide in March 2020, many countries shut down and the elderly were asked to isolate to protect themselves from serious illness and death. This closure has raised concerns about how widespread social isolation and loneliness have affected the elderly's mental and physical health.

Purpose: This thesis aims to examine and compile previous research that has studied how isolation and loneliness during the Covid-19 pandemic has affected the mental health of the elderly.

Method: This study is based on Aveyard (2019)'s method for literature study with a systematic approach. It includes eleven studies, six studies that use a qualitative method, three that use a quantitative method and two that use mixed methods.

Findings: The findings of the study show that the elderly have experienced an increased burden through the pandemic. The analysis has resulted in three themes with eight sub-themes. The Covid-19 pandemic and its impact on the elderly: -How the elderly handled protective measures, -Fear of infection, challenges related to health care and functional needs. Mental and social worries after "forced" isolation: -Social isolation and loneliness, - depression, anxiety and emotional stress, - the elderly's handling of the new everyday life. Social networking and participation: -Elderly people's social network, - Elderly people's digital approach during the Covid-19 pandemic.

Conclusion: The Covid-19 pandemic has caused a greater strain on the elderly and brought increased social isolation and loneliness. Elderly people have experienced a greater strain with increased fear of infection, anxiety and depression. They have adapted to this routine change by using social media for communication and socialization.

Keywords: Elderly, Covid-19 pandemic, depression, anxiety, loneliness, social isolation, stress and digital media

Innledning

Ifølge Kvaal (2009) er aldringsprosessen den største risikofaktoren for psykisk lidelse i eldre år, og eldre er utsatt for kroniske sykdommer og vil i større grad kunne risikere taps opplevelser med tap av ektefelle, venner og andre familiemedlemmer. Ifølge Kimiko et al. (2017) har sosiale relasjoner og aktiviteter innflytelse på en aktiv alderdom som er viktige faktorer for å ivareta fysiske og psykisk helse. Ifølge Yang et al. (2018) er ensomhet hos eldre en økende bekymring på bakgrunn av de negative aspektene som det påfører den eldre generasjonen. Ifølge O'Rourke et al. (2018) er ensomhet hos eldre assosiert med lav selvtillit, nedsatt velvære og livskvalitet og har stor innvirkning på fysisk helse. Yang et al. (2018) fører ensomhet til kardiovaskulær sykdom, nedsatt kognitive funksjon og økt dødelighet. Eldre som er ensomme og har et lite nettverk kan risikere å utvikle depresjon. Ifølge Birkeland and Natvig (2008) er ikke ensomhet en sykdom eller psykologisk dysfunksjon, men den er svært smertefull og kan assosieres med en lidelse. Sosial isolasjon kan oppleves som om at man er misforstått og avist av andre og føler at en mister mulighetene til en god kontakt med andre. Ifølge Kirchhoff et al. (2015) er mangelfull sosial kontakt og ensomhet en risikofaktor for at eldre utvikler sosial isolasjon, som igjen medfører en risiko for utvikling av depresjon eller depressive lidelser som reduserer levetiden til den eldre. Ifølge Zisberg (2017) er angst og depresjon assosiert med økt dødelighet.

Desember 2019 ble Coronaviruset sars-cov2 først oppdaget i den kinesiske byen Wuhan (Cifuentes-Faura, 2021). Ifølge de Souza et al. (2020) fører Corona viruset til et akutt respiratorisk syndrom, som er svært lik SARS-COV-2 som også medførte respiratorisk problemer, og eldre ble ansett som å ha størst risiko for alvorlig sykdom med sykehusinnleggelse og risiko før død. Ifølge Singhal (2020) er det er eldre med komorbiditet som har størst fare for alvorlig sykdomsforløp og risiko for død. Coronaviruset spredte seg raskt til andre deler av verden og hadde gjennom mars 2020 inntatt store deler av Europa, hvor Italia var hardest rammet. Det var over 300,000 smittet og rundt 15,000 dødsfall på verdensbasis, og på det tidspunktet var det ingen kur eller vaksine mot viruset (Cao & Shi, 2020). Ifølge de Souza et al. (2020) erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) erklærte mars 2020 at Corona viruset var en pandemi. Ifølge Kroll et al. (2021) hadde eldre over 65år størst fare for alvorlig sykdom og død, og det ble anbefalt å holde avstand til andre.

Det ble forbudt å samle seg, og butikker og andre fasiliteter som kirker, treningssenter ble stengt. (Kroll et al., 2021)

Ifølge Kroll et al. (2021) ble det ilagt krav om at en skulle bruke ansikts maske når en ikke kunne holde avstand til andre. Det ble fremstilt bekymringer for at eldre vil kunne komme til å sosialt isolere seg selv, som er forbundet med fare for økt depresjon og angst. Restriksjonen som var satt for å begrense smittespredning ville kunne komme til å påføre den eldre større påkjenning. Eldre har ofte mistet eller fått et lite nettverk, slik at stengte fasiliteter og møteplasser for eldre vil direkte påvirke deres evne for sosialisering, og restriksjonene vil også kunne påvirke den eldre sine muligheter til å holde seg fysisk aktivt. Restriksjonen medfører at kommunikasjon skjer via sosiale medier og oppfølging av enkelte helsetjenester skal foregå digitalt (Kroll et al., 2021).

1.1 Bakgrunn for valg av tema:

Bakgrunn

Eldre var i forkanten av pandemien utsatt for sosial isolasjon og ensomhet som følge av funksjonssvikt og sykdom, noe som medfører økt fare for depresjon. Vi skiller da mellom ensomheten i emosjonell ensomhet og sosial ensomhet (Kirchhoff et al., 2015). Ifølge Skaar et al. (2010) opplever flere eldre at de har lite sosial kontakt med andre, noen har god kontakt med familie og venner, mens andre igjen har mistet relasjoner på grunn av høy alder og sykdom. Ifølge Munkejord et al. (2018) har sosiale relasjoner store betydninger for den eldre sitt velvære og livskvalitet. Tidligere forskning av Cloutier-Fisher et al. (2011) har undersøkt hvordan eldre som har blitt identifisert for å være i risiko til å utvikle sosial isolasjon og ensomhet, oppfatter sin egen situasjon. Ifølge Coyle and Dugan (2012) er ensomhet relatert til å ha en psykisk lidelse og at isolasjon henger sammen med redusert funksjonsnivå. Når covid-19 pandemien rammet verdens samfunnet og landene iverksatte strenge restriksjoner for å begrense smittespredning med sosial avstand, ble eldre ble ansett for å være i risikogruppen for å utvikle alvorlig sykdom og død. Sepúlveda-Loyola et al. (2020) har undersøkt hvordan isolasjon gjennom covid-19 pandemien har påvirket eldre sin mentale helse. Studien viser at pandemien har gitt negative innvirkning på eldre sin mental og fysiske helse. Dette blir støttet av Gorenko et al. (2021) som hevder at pandemien har gjort eldre mer utsatt for ensomhet og psykisk stress og har manglende digital kunnskap. Ifølge Fang et al. (2019) kan digital kommunikasjon bidra til å redusere psykiske symptomer, men at det kan og bidra til økt ensomhet.

Forforståelse

Som sykepleier i sykehjem, har jeg fått erfare hvordan Covid-19 restriksjonen har påvirket de eldre, når sykehjemmene i landet ble stengt for besøkende. Pasientene som kunne ta til seg informasjon om pandemien og smittespredningen forstod restriksjonene, og fulgte daglig med på nyhetene for å holde seg oppdatert. Frykten for å selv skulle bli smittet var stor, da personer med flere sykdommer samtidig (komorbiditet) har størst risiko for alvorlig sykdom og død. Dette skapte mye frykt og dødsangst. De savnet tryggheten fra sin familie og andre nære relasjoner, vi gikk til innkjøp av nettbrett slik at pårørende kunne opprettholde kontakt med sine beboere på sykehjemmet. De frykter at den gamle skulle glemme de, når de ikke hadde mulighet til å opprettholde kontakt. Frykten for at de skulle bli smittet av Coronaviruset og bli alvorlig syk, preget hverdagen. Pasientene ble litt mer innesluttede og stille, og det var tydelig at de slet med å håndtere den utrygge situasjonen som de stod ovenfor. Pasienter som ikke egnet seg i like stor grad å ta innover seg situasjonen fremviste en atferd med rastløshet og på mange måter fremstod det som at den kognitive funksjonen forverret seg uten kontakt med familie og nærpersoner. Personalet under nedstengningen gjorde en formidabel jobb med å holde pasienten i aktivitet og skape trygge rammer, men de kunne ikke erstatte kontakten med familie.

Jeg ønsker derfor å se nærmere på hvordan covid-19 pandemien har medført innvirkninger på eldre sin psykiske helse som følge av restriksjonene.

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med denne studien er å granske og sammenstille tidligere forskning som har sett på hvordan isolasjon og ensomhet under Covid-19 pandemien har påvirket den psykiske helsen til eldre.

Forskningsspørsmålet i studien er som følger: Hvilken innvirkning hadde restriksjonene i forbindelse med Covid-19 pandemien på Eldres mentale helse og sosiale relasjoner?

2 Tidligere forskning

I det følgende kapittelet vil jeg presentere en oversikt over aktuelle forskningsartikler både før og etter Covid-19 pandemien som tar for seg eldre sin psykiske helse med depresjon, angst, og hvordan bruken av digitale medier kan benyttes.

I en narrative litteraturanalyse av Sepúlveda-Loyola et al. (2020) undersøkes påvirkningen sosial isolasjon gjennom Covid-19 pandemien har påført de eldre sin mentale helse. Studien viser isolasjonen har gitt negativt innvirkning på eldre. Det rapporteres at sosial isolasjon har medvirket til økt mentale og fysiske problemer som depresjon, angst, lav fysisk aktivitet og søvnproblemer.

I en narrativ litteraturanalyse av Gorenko et al. (2021) undersøkte de hvordan sosial isolasjon og psykisk stress blant gamle endret seg som følge av Covid-19 pandemien. Restriksjonene rundt Covid-19 pandemien gjør eldre mer utsatt for ensomhet og psykisk stress, manglende digital kunnskap og samhørighet med familie (Gorenko et al., 2021).

I en kvantitativ studie av Nakamura et al. (2021) undersøker de den fysiske og mentale forandringen hos eldre i bofellesskap. De hadde 127 deltakere. Første studie ble gjennomført i 2019 før covid-19 og på nytt i 2020 etter nedstengningen. Studien viser en betydelig høyre skår på depresjon, mens den geriatrike depresjons skala ikke ga noen signifikante endringer fra 2019. De eldre viste ingen endringer i smerte eller funksjonsnivå, men fremviste en økning i angst og hadde redusert gang evne og stor fallfare (Nakamura et al., 2021).

I en prospektiv kohort studie av Wong et al. (2020) ble det gjennomført en telefonundersøkelse på eldre i primærtjenesten i Japan. Studiens formål var å beskrive endringer i ensomhet, mentale helse problemer og planlagte medisinske behandlinger før og etter covid-19 pandemien. Studien inkluderte 583 eldre fra 60år og eldre. Resultatet av studien forekommer det ikke noen økning i ensomhet, angst og søvnproblemer som følge av covid-19 pandemien. Det kommer dog frem en økning i uteblitte legebesøk. Likevel er det å være kvinne og bo alene med kroniske helseproblemer, er assosiert med en høyre forekomst av angst og søvnproblemer (Wong et al., 2020).

I en spørreundersøkelse av Okamura et al. (2021) som ble sendt til alle eldre som ikke var under behandling, 1736 respondert på spørreundersøkelsen, 2018-2020 økte depresjonsraten fra 29%-39%. Skrupelighet økte fra 10%-16%. Depresjon, stemningsleie og sårbarhet lå på henholdsvis 25% og 11%. Depresjon var relatert til det å ha redusert hukommelse og benytter elektroniske hjelpemidler, sårbarheten relaterte seg til det å være gammel og har manglende sosial støtte og redusert helsetilstand tilsammens med problemer med å delta i sosiale sammenhenger (Okamura et al., 2021).

I et tverrsnitt studie av Ghoncheh et al. (2021) ble det utviklet en modell som kunne forklare religion, religiøse mestringsstrategier, frykten for Corona viruset kunne forklare angst og depresjon blant gamle voksne. Med bruk av et integrert helsesystem ble 1000 eldre tilfeldig invitert til å delta i en nettundersøkelse i tidsperioden november 2020- januar 2021.

Gjennomsnittsalderen var 69.56 år av de 696 som deltok. Studien viser at religion hadde en direkte innvirkning og depresjon, men ikke på angst. religiøse mestringsstrategier kunne assosieres i sammenheng med religion og angst frykt for Covid-19 (Ghoncheh et al., 2021).

I en kvantitativ studie av Scott et al. (2021) ble det gjennomførte en telefon undersøkelse blant 126 eldre som beskrev deres endringer i mental og fysisk helse og hvordan de tilpasset sin atferd i forhold til sin helsetilstand. Deltakerne viste endringer i mental og fysisk helse samt redusert sosialt engasjement og redusert tilpasnings evne. I tillegg viste resultatene til negative følger på sosiale sammenhenger og ett høyt stress nivå som følge av Covid-19.

Reduksjon i helsetjenestene ga innvirkninger på den mentale helsen.

En data studie av Coyle and Dugan (2012) utførte intervjuer og datasamling av 11825 deltakere. Resultatet fremviste at ensomhet og sosial isolasjon ikke nødvendigvis hang sammen. Ensomhet var assosiert med å ha en psykisk lidelse og isolasjon assosieres med å ha redusert fysisk helse.

En representativ studie av Fang et al. (2019) utførte telefonintervju med 730 eldre over 60år i Hong Kong for å finne ut om det var en sammenheng med informasjons teknologi (internett, smarttelefon) og ensomhet. Resultatet tilsier at det psykologiske symptomer ble mindre intense med bruken av teknologi, men at en hyppigere bruk av teknologi førte til mer psykologiske symptomer og økt ensomhet.

En kvalitativ studie av Cloutier-Fisher et al. (2011) gjennomførte tjue åtte dybde intervju med eldre som har blitt identifisert for å være i risiko for sosial isolasjon. Studien undersøker hvordan eldre som har små sosiale nettverk og hvordan deres livshistorie og livsvalg gir innvirkning på deres opplevelse av sosiale nettverk og sosial isolasjon.

Forskning viser at allerede før Covid-19 pandemien inntok verdenssamfunnet, var eldre disponert for ensomhet og sosial isolasjon, noe som kan medføre psykisk lidelse. Det kommer frem i forskningen at Covid-19 pandemien kan ha medført en større belastning og stress faktor på de gamle. Forskningen henviser til at ensomhet og isolasjon kan ha store negative konsekvenser for gamle. Ifølge Ghoncheh et al. (2021) er videre forskning på eldre er

nødvendig for å innhente korrekte opplysning om Covid-19, og hvordan eldre mestret frykt. Dette blir støttet av Okamura et al. (2021) som hevder at det trengs videre forskning på hvordan Covid-19 pandemien har påvirket psykisk helse hos eldre. Med utgangspunkt i dette ønsker jeg å bidra med en litteraturstudie som har til hensikten med denne studien er å sammenfatte tidligere forskning med tanke på hvordan isolasjon og ensomhet under Covid-19 pandemien har gitt innvirkning på eldre sin psykiske helse. Hensikten med denne studien er å sammenfatte tidligere forskning med tanke på hvordan isolasjon og ensomhet under Covid-19 pandemien gitt har innvirket på eldre sin psykiske helse.

3 Teoretisk tilnærming

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for den teoretiske tilnærmingen i min studie.

3.1 Sosial isolasjon og ensomhet

Sosial isolasjon

Sosial isolasjon og ensomhet er en allmenn helserisikosom som øker blant eldre over 65 år. Risikofaktorene for utvikling av sosial isolasjon og ensomhet øker etter fylt 50 år, da er det mer sannsynlig å oppleve tap av relasjoner, bo alene, kronisk sykdom og sansesvikt. Sosial isolasjon og ensomhet kan medføre sykkelighet og dødelighet på lik linje med andre livsstilssykdommer som røyking, overvekt og høyt blodtrykk. Sosial isolasjon og ensomhet kan være en kronisk tilværelse eller det kan komme i perioder, men dette er personavhengig og avhengig av omgivelsene rundt. (National Academies of Sciences, 2020)

Eldre er ifølge Bjørkløf and Barca (2019) utsatt for tilbaketrekking og isolasjon som følge av depresjon, da de ikke har krefter til å møte andre mennesker, og noen kjenner på en apati med en manglende motivasjon. Noen opplever angst som gjør at de ikke tør å gå ut som følge av depresjon. Ifølge Hynninen (2020) øker ensomhet og sosial isolasjon med alderen, da det er en sannsynlighet for at de opplever aldersrelatert tap som følge av å miste ektefelle og nære venner. Mulighetene for å skape seg nye relasjoner er begrenset på grunn av sykdom og redusert helse. Ensomhet kan ses i sammenheng med depresjon og angst, og kan gi en dårligere prognose og symptomutfall med sykehusinnleggelse på grunn av angstlidelse. Ifølge Ranhoff (2014) vil eldre i større grad ha vansker for å tilpasse seg nye situasjoner og har en økt fare for sosial tilbaketrekking som medfører ensomhet og fare for depresjon. Det er

derfor viktig at eldre opprettholder kontakt med familie og venner for å ha en støttefunksjon som kan hjelpe de å mestre omstillinger i livet og redusere faren for depresjon og sosial isolasjon. Ifølge Kirchhoff et al. (2015) skiller vi mellom ensomhet i emosjonell isolasjon og sosial isolasjon hvor emosjonell isolasjon innebærer at en savner et sosialt nettverk som er intimt og fortrolig, som kan knyttes til tap av relasjoner noe som kan medføre reduksjon i psykisk velvære og medfører økt risiko for depresjon og tidlig død. Sosial isolasjon kan være mangel på nettverk eller manglende integrering i sosiale nettverk og sammenhenger.

Ensomhet

Ensomhet er ifølge Halvorsen (2008) ikke en sykdom, men er en subjektiv følelse som et enkelt menneske kan føles og noe som oppleves som svært smertefull. Ensomhet er ikke det samme som sosial isolasjon, men kan beskrives utfra hvilken følelse den ensomme har, om hvordan de stiller seg til relasjonene rundt seg og det sosiale nettverket som de har rundt seg, sett i forhold til det sosiale nettverket de ønsker seg. Ifølge Kirchhoff et al. (2015) er ensomhet manglende sosialt nettverk, eller at den eldre har et lite nettverk og er lite deltakende i sosiale sammenhenger. Ifølge Halvorsen (2008) hevder at personer kan oppleve ensomhet selv om man er omgitt av mange mennesker rundt seg. Ensomhet kan skilles i tre dimensjoner: Sosial ensomhet, Inter-personlig og Kvantitativ ensomhet. Sosial ensomhet er manglende relasjoner eller fravær av sosiale relasjoner. Kvantitativ dimensjon er når det er en fysisk atskillelse og når man ikke ønsker den, snakker vi om ensomhet. Inter- personlig ensomhet er når en ikke føler seg inkludert og betydningsfull eller trives i selskapet. Ensomhet kan også oppstå ved spesielle begivenheter eller i sammenheng med tapsopplevelser av å miste nærstående. Kulturell ensomhet er når en føler seg imellom to kulturer og ikke føler tilhørighet i noe sted. Eksistensiell omsorg innebærer at en står alene i verden, og ensomhet kommer til med menneskelig eksistens. Solitude er den positive alenetiden som man ønsker seg, den som får deg til å verdsette øyeblikket og er en alenetid man verdsetter for å pleie seg selv (Halvorsen, 2008). Ifølge Kirchhoff et al. (2015) kan nettverket til den gamle familien, venner og naboer som reduserer følelsen av ensomhet med å sikre sosial kontakt. Voksne antas å ha mellom 25-40 nærkontakter, mens eldre over 65år antas å ha mellom 7 og 15 personer i sitt sosiale nettverk. Hvor mange relasjoner man har i nettverket sitt har betydning for opplevelsen av ensomhet, og en reduksjon i antall personer i det i sosiale nettverket gir økt risiko for opplevelse av ensomhet. Det foreligger store usikkerheter knyttet til forekomsten av ensomhet, og det anslås at 39-70% av de gamle er ensomme. Ifølge Munkejord et al. (2018) er sosial omsorg en dimensjon fra hvilken omsorg

brukerne mottar fra en velferdsstat. Ifølge Halvorsen (2008) er det å innrømme at man er ensom er svært tabulagt, da det forbindes med å være lite populær. Å være sosialt tilbaketrukket er en skam og kan lede til en følelse at man er utgått på dato eller en byrde. En vil derfor la vær å innrømme at enn er ensom for de det ikke er sosialt akseptert. Det kan være vanskelig å vite hvem som er ensom og trenger hjelp til å komme seg ut av ensomheten når de har isolert seg, og trukket seg bort fra sosiale sammenhenger. Ensomhet kan ikke måles da det er en subjektiv følelse for den enkelte, men noen hevder at ensomhet kan måles med å inkludere det i spørreskjema som brukeren er med på å fylle ut. Noen velger da å benytte UCLA loneliness scale som i følge Russell (1996) er et validert verktøy for å vurdere ensomhet.

Ensomhet utbredt hos eldre med fysiske utfordringer og som er avhengig av hjelp, de har lett for å isolere seg i sitt hjem. Ensomhet kan oppleves som tristhet, anger og uro, endeløs kjedsomhet og har en følelse over å ha blitt overlatt til seg selv og kan gi inntrykk om at ingen bryr seg, det er viktig å føle seg inkludert i fellesskapet (Kvaal, 2014).

Ifølge von Faber et al. (2016) har depresjon i alderdommen en dårligere prognose i motsetning til depresjon i ung alder. Depresjon i alderdommen svært vanlig, og har en negativ innvirkning på helsene, velvære og sosiale relasjoner. Ifølge Engedal (2003) har de psykologiske faktorene en betydning for å få depresjon. Somatiske sykdommer har en betydning for nedsatt fysisk helse, er den er følgen av sykdommen som gir størst risikofaktor for å utvikle depresjon i alderdommen. Høy alder og utvikling av depresjon er forbundet med en strukturelle hjerneskader som kan påvises i MR og CT. Det er da forbundet hjerneorganisk årsak som kalles geriatrisk depresjon eller vaskulærdepresjon. Depresjon blir ofte definert som en tilstand av følelse av tomhet og fortvilelse, som kan gi flere kroppslige beskjeder som smerte, uro, utmattelse og rastløshet som rapporteres ulikt fra person til person. Mange vil ikke alltid bli sett på som nedstemt eller trist, så ofte angis dette som somatiske plager (Bjørkløf & Barca, 2019). Ifølge Kvaal (2014) er de karakteristiske kjennetegnene på depresjon isolasjon, bekymringer, grubling, mistet interessen for omgivelsen og tidligere interesser, samt mistet interessen for sosial kontakt. Den som er deprimert, gråter mye og blir trist. Deprimerte blir ofte initiativløs og mimikkfattig hvor en har mistet lyspunkter og gleder og opplever dødsønsker. Deprimerte får ofte endret atferd med økt aggresjon og nedsatt aktivitet, og opplever somatiske symptomer slik som søvnløshet og lav appetitt. Ifølge Wyller (2015) skiller psykiatrien mellom å ha depresjon og depressive symptomer. Det anslås at depresjonsraten hos eldre ligger på 12-19 % og at det kun er 2-4% som har alvorlig depresjon.

Ifølge Kvaal (2014) deles depressive lidelser inn i *mild depresjon* som er ofte oversett og bagatellisert, og kan medfører forverring i somatisk sykdom og utvikles til alvorlig depresjon. *maskert depresjon* mangler de karakteristiske symptomene med redusert stemningsleie, men har de kroppslige symptomene. *Demensliknende depresjon* er ofte forvekslet med kognitiv svikt som demenssykdom på grunn av manglende interesse for omverden, konsentrasjonsvansker og blir forvekslet med varig hukommelsessvikt. *Atypisk depresjon* mangler de karakteristiske symptomene ved depresjon, men har symptomer som uro, aggresjon, vektøkning, økt appetitt og lite søvn. Ifølge Kirkevold (2014) er depresjon en hyppig forekomst hos eldre, men blir ofte oversett. Depresjon må tas alvorlig da det er en vond og plagsom sykdom som kan redusere levetid og rehabilitering, derfor er det viktig å identifisere og behandle. Ifølge Engedal (2003) er det høy dødelighet ved depresjon i alderdommen, sett i forhold til jevnaldrende som ikke er deprimerte, deriblant selvmordsfare. Men også stress faktorer kan medføre økt risiko for alvorlig somatisk sykdom. Ifølge Kirkevold (2014) finnes det flere kartleggingsskjema som kan benyttes blant annet MADRS (Engedal et al., 2012; "MADRS- S Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale ") og geriatrisk depresjonskartlegging Engedal (1983).

Ifølge Kvaal (2014) er det kriterier for hvilken grad av depresjon man vil få i forhold til de generelle kriterierene, kjernesymptomer og ledsagende symptomer.

«Generelle kriterier 1. Varige depressive episoder minst to uker. 2. Ingen tidligere episoder med mani/ hypomani eller blandingstilstand. 3. Organisk etiologi kan utelukkes. Kjernesymptomer 1. Nedtrykthet (depressivt stemningsleie). 2. Nedsatt lyst (glede) eller interesse for omgivelsene eller andre. 3. Nedsatt energi eller tretthet. Ledsagende symptomer 1. Nedsatt selvtillit eller selvfølelse, 2. Selvbebreidelse eller skyldfølelse, 3. tanker om død eller selvmord, 4. Tanker eller konsentrasjonsforstyrrelser, 4. agitasjon eller hemning, 6. søvnforstyrrelser, 7. Appetitt eller vektendring (Kvaal, 2014, p. 443)»

Ifølge Kvaal (2014) har en lett grad depresjon to i hver kategori, moderat grad har de generelle symptomene, to av kjernesymptomene og fire av de ledsagende symptomene. En alvorlig grad av depresjon har alle de generelle symptomene, tre av kjernesymptomene og fem av de ledsagende symptomene. Man kan også få alvorlig depresjon med psykose som i tillegg har hallusinasjoner, stupor eller vrangforestillinger. I følge Wyller (2015) vil gamle i mindre grad enn yngre gi uttrykk for depresjon med redusert stemningsleie og fortvilelse, og

vanlige diagnose kriterier vil gi mindre informasjon hos eldre. Symptomene som ofte er mer fremtredende hos eldre er psykomotorisk treghet og redusert evne til å gjennomføre kognitive prosesser. De mister interesse for omgivelsen og det som normalt gir de glede, mister initiativ og arbeidslyst og har en indre uro og angst.

Ifølge Bjørkløf and Barca (2019) får eldre et kroppslig symptombilde som kan minne om somatisk sykdom. Ifølge Wyller (2015) er depresjon hos eldre er vanlig, men at det er store variasjoner sett utfra de ulike gruppene av eldre. Bjørkløf and Barca (2019) hevder at eldre kvinner er mer disponert for å utvikle depresjon, mulige årsaker kan være det å være etterlatt, tidligere depressive tanker, søvn vansker og nedsatt funksjonsnivå. Bjørkløf and Barca (2019) vil de sosiodemografiske faktorene ha en innvirkning, da det er høyre forekomst av depresjon i land med fattigdom. Lavere levestandard, lav utdanning og livskvalitet spiller også inn. Kvinner er i risiko gruppen for utvikling av depresjon, noe som kan komme av forventning fra omgivelsene og økte omsorgsbyrder for egen familie, samt dårlig helse og lite inntekt. Hormonelle årsaker rettes også som en predisponering for utviklingen av depresjon i alderdommen. Biologiske faktorer kan også spille inn i forhold til disponering for depresjon (Bjørkløf & Barca, 2019).

3.2 Angst og frykt

Angst

Angst er en normal reaksjon som kan oppstå hos alle mennesker gjennom et livsforløp. Angst kan skape utfordringer i hverdagen når den vedvarer og skaper en angstlidelse, som er en samlebetegnelse på en rekke lidelser. Angst kan gi fysiologiske reaksjoner fra den primitive delen av hjernen, som øker responsen for å kunne bekjempe lidelsen med kamp eller flukt fra den situasjonen som oppfattes som truende. Symptomene som kan forekomme er gastrointestinale problemer, hjertebank, svetting, skjelving og hyperventilering (Bendixen, 2019). Ifølge Kvaal (2014) kan angst knyttes opp til en usikkerhet, med lav selvtillit og bekymringer med følelse av hjelpeløshet. Det er følelsen av hjelpeløshet, bekymring, nervøsitet og engstelse som utløser responsen i det autonome nervesystemet, som et resultat på den enkeltes trussel på selvbildet, velvære og identitet. Angst er en normal reaksjon på en stressende situasjon. Angst kan oppstå som følge av andre sykdommer og fremstår både i psykiatriske og somatiske sykdommer og opptrer i forskjellige angstlidelse.

Ifølge Nyquist (2019) er *Fobisk angstlidelse* en klar utløsende årsak, og oppstår når man utsettes for det man frykter slik som dyr eller høyde. *Panikk* angst kommer brått med en lammende angst, i situasjoner som oftest ikke ville ha medført angst. *Obsessive -kompulsiv* er en tvangslidelse som kan omhandle tvangstanker eller tvangshandlinger, som er noe personen gjenkjenner og som kan virke skremmende. Tvangshandlinger kan være at de må vaske hender 100ganger før at de er rene. *Tilpasningsforstyrrelser* har en utløsende årsak og anses som maldaptiv eller dysfunksjonelle reaksjoner på vedvarende eller alvorlige belastninger som hemmer mestringsmekanismer, og gjør det utfordrende å fungere sosialt og inkludere PTSD, sorg og kultursjokk. *Somatoforme* lidelser er overdreven frykt for sykdom, gjentatte funn av symptomer, personen ønsker utredning, men frykten forsvinner ikke med negative funn, inkluderer hypokonder og andre lignende lidelser. *Generalisert angstlidelse* er en vedvarende angst som ikke er begrenset til omstendigheter eller spesielle situasjoner. Lidelsen gir kroppslige symptomer blant annet hjertebank, svimmelhet, ubehag i epigastriet, svetting, skjelving ørhet, muskelspenning og frykten om at noe galt skal skje. *Dissosiative lidelser* har symptomer på somatiske sykdommer, men er ikke det, har andre lidelser inkludert dissosiativt amnesi og fugue (en reise aktivitet som framstår normal, men ikke er det) medvirker til nedsatt for eksempel reaksjonsevne og bevissthet, følelsesløshet og krampetilstand. Kjennetegnes med tap av hukommelse, sanseintrykk og tap av kroppskontroll, som oftest kommer en bedring i løpet av uker eller måneder (Nyquist, 2019). Ifølge Kvaal (2014) har mellom 20 og 40% av geriatriske pasienter over 80år symptomer på angst. Det er variasjoner i diagnostisering av angst, litt avhengig av måleinstrument, men det er mellom 3% og 15% av de geriatriske pasientene som har angst som diagnose. Det er sjeldent at geriatriske pasienter blir diagnostisert med posttraumatisk stress og panikkangst, men det bør ikke utelukkes. Mest utbredt er generalisert angst. Det er store kjønnsforskjeller i diagnostisering av angst, da kvinner blir to til tre ganger mer diagnostisert med angst. Men det viser seg ved sykehusinnleggelser at menn ofte skårer mer på angst enn kvinner, men at måleverktøyene ofte er mer tilrettelagt for kvinner. Angst opptrer ved flere somatiske sykdommer, og er ofte det første tegnet på kognitiv svikt. Eldre opplever angsten med å bli urolig, rastløs og finner ikke ro, noe som gir innvirkninger på livskvalitet og livsutfoldelsen da den gamle ikke er i stand til å kunne mestre de tunge dagene, aktiviteter i hverdagen og gir reduksjon i sosiale relasjoner og deltakelser.

Frykt

Ifølge Håkonsen (2013) er frykt en normal reaksjon på at noe man er redd for virker truende eller farlig. Frykt og angst benyttes om hverandre, selv om det er to forskjellige reaksjoner eller opplevelser. En frykt reaksjon kan komme uavhengig om vi vet hva vi er redd for, den kan framstå som urasjonell og overdreven ovenfor en situasjon, det kan være en frykt for dyr, gjenstander og sykdom.

3.3 Aldring, stress og mestringsstrategier hos eldre

Aldringsprosessen

Ifølge Engedal and Tveito (2019) er aldringsprosessen ulik fra person til person og enn kan derfor ikke se på aldring utfra en kronologisk alder, men vi bruker ordet eldre fordi aldringsprosessen er så stor ved en uttalt alder. Aldringsprosessen defineres som en irreversibel fysiologisk prosess som finnes hos alle, som medfører svekkelser slik at organismen dør. Det foregår endringer på cellenivå som gir reduserer reservekapasitet. Organenes manglende evne til å tilpasse seg svekker tilpasningsevne og homeostatiske mekanismer. Noe som gjør at kroppen ikke er i like motstandsdyktig til å kunne overvinne og bekjempe utfordrende belastninger som stress og sykdom (Engedal & Tveito, 2019). Ifølge Ranhoff (2014) er det viktig med mestring og evne til å håndtere tap av nære relasjoner, da en emosjonell kontakt med andre mennesker kan være med å redusere følelser om å være ensom. Aldring er ansett som normale forandringer i forhold til miljøet. Forandringene skjer biologisk, psykologisk og sosialt i en prosess som påvirker hverandre. Aldring skjer og vil påvirkes gjennom hele livet og vil påvirkes gjennom hele livet i forhold til levekår, livsvalg og tidligere hendelser (Lunde, 2020). Alderdommen deles opp i biologisk aldring og kronologisk alder. Aldringsprosessen kan ikke defineres utfra en kronologisk alder, da den er individuell. Aldringsprosessen er synlig i alderen 60-79år og gamle etter 79år (Engedal & Bjørkløf, 2014). Ifølge Engedal and Tveito (2019) vil aldringsprosessen medføre fysiske og psykiske påkjenninger på grunn av svekket homeostase og reservekapasitet, noe som kan medføre at den at den aldrende er mer sårbar. Når den aldrende da opplever tap av sosialt nettverk og svekket psykologisk forsvar, øker samtidig den psykiske belastningen og kan gjenspeiles i fysiske begrensninger. Dette kan medføre at personer får psykiske lidelser, selv om de aldri har hatt noen problemer med psykisk lidelser tidligere. Når psykisk lidelse oppstår i alderdommen er den som oftest relatert til de biologiske, psykososiale og psykologiske sårbarhetsfaktorene som opptrer i alderdommen.

Stress

Ifølge Håkonsen (2013) kan mennesker klare å finne passende løsninger når de befinner seg i situasjoner som oppleves som vanskelig. En vil da løse situasjonen med å benytte løsninger som er velkjent. En krisesituasjon kan innebærer et vendepunkt for personen når hen opplever en vanskelig situasjoner som er svært utfordrende. Det er vanlig å skille dette krisebegrepet i to. *Traumatiske krise* er utløst av ytre begivenheter som en ulykke eller sykdom, hvor integriteten til personen blir truet. *Utviklingskrise* er knyttet opp til normale livshendelser og endringer hvor en endring av sosial status kan oppleves overveldende for personen. Alle opplever kriser i løpet av livet som vil oppleves som vanskeligere enn vi er i stand til å mestre. Personens ressurser og mestringsevne er avgjørende for hvordan personens emosjonelle reaksjon blir.

Mestring

I følge Engedal and Tveito (2019) kan eldre mennesker som har redusert funksjonsevne være mer sårbare i en krisereaksjon, da deres mestringsmekanismer er brutt sammen, og de har mindre kapasitet for å kunne bearbeide krisen og komme seg ut av den. Mestring kan da ses i sammenheng med evnen til å kunne løse vanskelige problemer og håndtere hendelser som kan være svært belastende.

Ifølge Engedal and Tveito (2019) kan eldre oppleve kriser som sorg, spesielt om tapet kan framstå som uendelig og stort. Sorg og krise er ikke det samme, men et uttrykk som kan oppfattes ved krise. Når sorg prosessen vedvarer over tid, går den over til det vi kaller en krise og kan medføre en patologisk krisereaksjon hos den eldre, som kan gå over til det vi kaller for psykisk lidelse med depresjon, psykose eller angsttilstand. Andre tilstander som også bidrar til svekket mestringsevne er funksjonssvikt, svekket intellektuelle evner med begynnende demens (Engedal & Tveito, 2019).

4 Metode

Jeg vil i dette kapittelet redegjøre for valg av metode og strategi for søk og utvelgelse.

Litteraturstudier har en spesifikk metode den følger, da den har gjenkjennbare steg den følger i forskningsprosessen. I følge Polit and Beck (2020) er systematisk litteraturstudie en metode som er svært strukturert, og lar seg etterprøve og verifiseres. Jeg har gjennomført min litteraturstudie med systematisk tilnærming- hvor jeg har gjort søk utfra mitt PICO-spørsmål, som også har mine inklusjon og eksklusjonskriterier. Dette for å lettere kunne ha en utvalgsprosess for å finne de inkluderte studien som jeg har fremvist i eget flytdiagram. Jeg har etter utvalgsprosessen gjort en kvalitetsvurdering av artiklene og analysert funn med en tematisk analyse. Funndelen er representert i eget kapittel med påfølgende diskusjons kapittel og drøfting av metode.

4.1 Forskningsdesign

Jeg har valgt å gjøre en litteraturstudie med systematisk tilnærming, hvor jeg følger Aveyard (2019) sin fremgangsmåte for litteraturstudie. Dette er en fremgangsmåte som tydeliggjør prosessen med å ha en tydelig og klar problemstilling, etterfulgt av et metode kapittel som redegjør for prosessen med søkestrategi, hvor inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier er definert. Validering av inkluderte studier tydeliggjør jeg med å validere styrken på oppgaven og dens empiri. Analyse prosessen beskrives med valg av analysemetoden som benyttes, og hvordan dataene som er hentet ut blir fremstilt i funndelen.

Aveyard (2019) sier at man må påberegne å måtte endre oppgavens struktur underveis, men at utgangspunktet for min forskning og søkestrategi skal være mitt forskningsspørsmål.

4.2 Søkestrategi

Jeg har dannet søkeord etter PICO- skjema (se Tabell 1), som er hensiktsmessig å bruke med min problemstilling som utgangspunkt Aveyard (2019). Ifølge Polit and Beck (2020) brukes PICO for å dannet gode spørsmål, hvor P står for population som tar for seg den aktuelle gruppen du ønsker å undersøke, som i mitt tilfelle er eldre. I- står for intervention eller fenomenet du ønsker å se nærmere på, slik som jeg ønsker å se nærmere på eldre sin opplevelse av depresjon, angst, ensomhet, isolasjon, stress i forbindelse med Covid-19 pandemien som da blir CO konteksten du ser det sammen med.

Tabell 1 Pico-skjema

P=population	I= Phenomenom of interest	Co- (Context)
<i>Elderly, elderly people, old people, geriatric, senior</i>	<i>Depression, anxiety, stress, distress, isolation, fear, and mental illness</i>	<i>Covid-19, coronavirus, 2019-ncov, sars-cov-2, cov-19</i>

Før jeg kan starte på en søkeprosess har jeg hatt inklusjonskriteriene og eksklusjonskriteriene klar for hva jeg ønsker å ta med i min studie, og vise veien i søkeprosessen (se Tabell 2). Ifølge Aveyard (2019) vil inklusjonskriteriene hjelpe meg i søkeprosessen og eksklusjonskriteriene vil bidra til å hjelpe meg med å identifisere det som jeg trenger å ha med i min litteraturstudie. Polit and Beck (2020) hevder det er viktig å påse at det er nødvendig med en litteraturstudie og det er viktig at enn velger ut primære studier i sin litteraturstudie. Jeg har allerede sett at det er mye litteratur som er publisert omkring eldre som omhandler isolasjon, ensomhet, depresjon og angst gjennom Covid-19 pandemien. Det foreligger mye kvantitative data, men lite data som tar for seg eldre sin opplevelse med isolasjon og depresjon.

Tabell 2 inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<i>Artikler omhandler elder over 60år</i>	<i>Artikler som ikke inkluderer andre aldergrupper yngre enn 60+</i>
<i>Covid-19 pandemien</i>	<i>Depresjon og angst, ensomhet og isolasjon før Covid-19 pandemien</i>
<i>Psykisk helse hos eldre, depresjon, angst, frykt, isolasjon, ensomhet og stress</i>	<i>Artikler med psykisk lidelser ved spesifikke somatiske sykdommer</i>
<i>Artikler publisert mellom 2019-2022</i>	
<i>Engelsk og skandinavisk språk</i>	

	<p><i>Artikler om helsepersonellets erfaring av Eldres psykiske helse, isolasjon, stress og ensomhet under pandemien.</i></p> <p><i>Selv mord</i></p>
--	---

Databaser

Jeg har valgt å benytte søkebaser som Cinahl og Pub Med. For å gjøre et systematisk søk på mitt forsknings spørsmål, har jeg søkt i databaser som Cumulativ Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) som i følge Polit and Beck (2020) er en bibliografisk database som inneholder det meste av engelskspråklige artikler i fra sykepleie og andre samarbeidende helseprofesjoner. Cinahl inneholder over 5000 tidsskrifter i fra 1981, og inneholder over 6million artikler i tillegg til at de kan gi informasjon om andre publikasjoner, da de har sammendrag fra de aller fleste artikler.

Pub Med database har ifølge Polit and Beck (2020) andre databaser som MEDLINE som er USAs nasjonale bibliotek for medisin og er anerkjent for sin høye kvalitet av innhold fra medisin, sykepleie og andre helse tidsskrifter. Databasen inneholder 5600 tidsskrifter som er publisert i 70 land og har da mer enn 28 millioner artikler i fra 1940, hvor det i tillegg fikk lagt til Cochran i 1999. Alt er fritt tilgjengelig via Pub Med slik at alle har tilgang. I tillegg har Pub Med referanser til pågående forskning som ikke er publisert. Cochran Collaboration er ifølge Polit and Beck (2020) en internasjonal organisasjon som har som hensikt å dele gode helseinformasjon og systematic reviews.

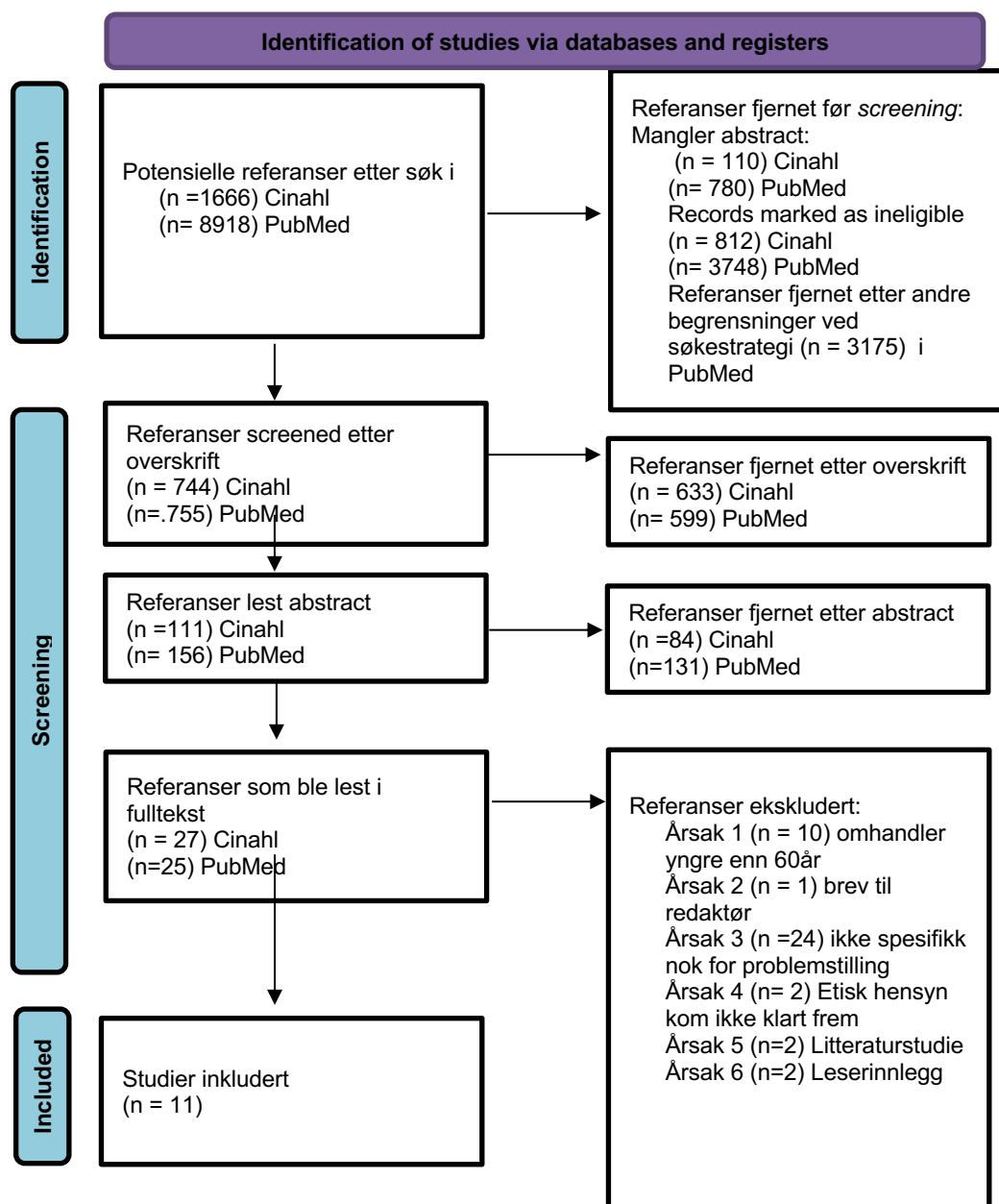
Jeg har brukt søkeord etter Mesh-termer elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or old people or senior AND Depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder AND - covid-19 or coronavirus or 2019-ncov.

Jeg valgte å gjøre søkeprosessen i databasene Cinahl og pub Med- Jeg har gjort søk fra november 2021 til februar 2022 med flere varianter av søkeord og mesh-ord fra de to databasene. Søkene mine er basert på min PI(CO) problem stilling. Søkene mine er gjort etter

synonymer til eldre «elderly or aged or elder or geriatric or elderly people or old people or senior» kombinerte med AND depression or anxiety or stress or mental illness or loneliness or isolasjon or fear AND Covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19. Jeg har valgt å benytte OR og AND i denne søke kombinasjonen. Ifølge Polit and Beck (2020) er OR en søkematrise som vil sørge for at jeg kan søke på artikler som omhandler enten depresjon eller angst vil den søke på artikler som omhandler fenomenet av interesse og vil kunne gi meg et større søke treff. Ved å kombinere AND vil jeg begrense omfanget slik at treffene må inkludere Eldre og Covid-19 pandemien. Jeg startet søkeprosessen i Cinahl og PubMed ved å bruke den samme søke matrisen, men endrer til å benytte * etter hvert ord i Pub Med (se vedlegg1). Dette fordi jeg fikk svært mange treff, og jeg valgte jeg å legge inn begrensninger til å kun ha med case report, clinical study, multicenterstudy og metaanalyse. Jeg har vært inne å sett på PubMed sitt eget covidfilter med qlinical queries for finne søkematrise, men fikk flere treff som ikke var aktuelle for denne oppgaven, søkeprosessen fremvises i Page et al. (2020) prisma flytdiagram (se tabell 3).

Inklusjonskriteriene mine var eldre over 65år, men jeg oppdager at flere av studiene som er gjort omhandlet fortsatt alle aldergruppene til tross for begrensninger i søk. Flere startet på aldergruppen < 60 og jeg måtte derfor justere mine inklusjonskriterier til å gjelde eldre fra 60 år og oppover.

Tabell 3 Prisma Flytdiagram



4.3 Kvalitetsvurdering

Kritisk vurdering av studiene og å vurdere deres validitet er viktig ifølge Polit and Beck (2020) er det viktig at en drar konklusjoner fra innholdet i studiene, og ikke bare vurderer metoden, fakta og resultatet, i tillegg til å kritisk vurdere kvaliteten på studien med styrker og svakheter. Jeg har brukt kritiske vurderingsverktøy fra Joanna Briggs Institute og har brukt følgende metode verktøy, Quasi-exsperimetal (se vedlegg 5) studies, analytical cross-sectional studies (se vedlegg 6), qualitative studies (se vedlegg 7) (Moola et al., 2017). Ifølge Polit and Beck (2020) kan kritiske vurderings verktøy fra Joanna Briggs Institute brukes for flere primær studier, da de har designet flere evaluering verktøy for forskjellige metoder. JBI kritisk vurderings verktøy for kvalitativ metode har 10 spørsmål som man skal svare ja/ nei, uklar, ikke aktuell. Etter å ha fullført sjekklisten er det opp til den som vurderer om artikkelen skal inkluderes eller ekskluderes, Jeg har laget en tabell (se tabell 4) som viser hvor mange av de spørsmålene jeg kunne svare ja på. Jeg har også påsett at artiklene kommer fra et fagfelleverdert vitenskapelig tidsskrift.

Tabell 4 Kvalitetsvurdering

Studie	Kvalitetsvurdering
1) Yurumez Korkmaz et al. (2021) Tyrkia	8/8
2.) Maggi et al. (2021) Italia	8/8
3.) Yang et al. (2021) Kina	9/10
4.) Kotwal et al. (2021) USA	9/10
5.) Ekoh et al. (2021) Afrika	9/10
6.) Ho et al. (2022) Kina	10/10
7.) Brooke and Clark (2020) England	9/10
8.) Brown et al. (2021) England	7/8
9.) (Sattari & Billore, 2020) Iran/India	9/10
10.) (Adams et al., 2021) USA	9/9

4.4 Etikk

En litteraturstudie innhenter data fra allerede publiserte kilder. Det innhentes ikke empiriske data og det er dermed ikke nødvendig å søke om etisk godkjenning eller godkjenning på personvern (*Om lov om behandling av etikk og redelighet i forskning* 2006) Jeg har påsett at studiene jeg inkluderer dokumenterer at de har fått etisk godkjenning fra eventuelle etisk komite og personvernmyndigheter og at studiene er gjennomført i henhold til etiske prinsipper om personvern og informert samtykke jf *Forskningsdata* (2022) og Helsinki deklarasjonen. Jeg er nøye med å rapportere funnene i tråd med forfatterens presentasjon og henviser for å unngå plagiering.

4.5 Analyse prosess

For å analysere artiklene har jeg valgt å benytte tematisk analyse etter Johannessen et al. (2018) som er en forenklet versjon inspirert av en tematisk analyse fra Braun and Clarke (2022). Ifølge Johannessen et al. (2018) foregår analysen i en firestegs prosess. Steg en er å få oversikt over datamaterialet, steg to er koding, hvor en skal fremheve og sette ord på viktige poeng i dataene. Steg tre er å sortere kodene i mer overordnede temaer som skal rapporteres i resultat delen i oppgaven. (Johannessen et al., 2018).

Elleve artikler fylte inklusjonskriteriene, noe som ifølge Aveyard (2019) er en overkommelig datamengde i en masteroppgave. Jeg startet med å få oversikt over datamaterialet som skulle analyseres. Jeg skrev ut artiklene i papirform slik at jeg kunne bruke markeringstusj for å finne ulike og aktuell tematikk i fra resultat delene på de utvalgte artiklene. Jeg leste igjennom flere ganger, skrev ned i margin de forskjellige temaene og egne refleksjoner som kom frem i tekstene. Ifølge Johannessen et al. (2018) kan jeg jeg etter gjentakende gjennomlesing av funndelen gå over til kodefase. Dette for å kunne fremheve og poengtere viktige og meningsbærende ord og setninger som kan hjelpe meg på å besvare mitt forskningsspørsmål. Dette gjorde jeg ved å stille spørsmål til teksten om dens innhold. Det kan ha nytteverdi å lese over dataene flere ganger, slik at en enn ikke går glipp av viktige poeng i teksten (Johannessen et al., 2018). Når jeg var ferdig med kodingen gikk jeg over til kategorisering,

hvor jeg satte de kodede dataene sammen til en større helhet som ble samlet under ulike tema. Etter endt koding, satt jeg igjen med tre tema og åtte undertema (se tabell 5 og 6). Eget dataekstraksjonsskjema ble laget for å innhente informasjon i artiklene i tråd med Bettany-Saltikov and McSherry (2016, p. 151) (se vedlegg 8)

Tabell 5 Hovedtema og undertema

Hovedtema	Undertema
Covid-19 pandemien og dens innvirkning på eldre	Hvordan eldre håndterte beskyttende tiltak Smittefrykt Utfordringer knyttet til helsehjelp og funksjonelle behov
Mentale og sosiale bekymringer etter «tvungen» isolasjon	Sosial isolasjon og ensomhet Depresjon og angst hos eldre Eldres håndtering av den nye hverdagen
Sosialt nettverk og deltakelse	Eldre sitt sosiale nettverk Eldre sin digitale tilnærming under Covid-19 pandemien

Tabell 6 Representasjon av tema og undertema i inkluderte artikler

Hovedtema	Covid-19 pandemien og dens innvirkning på eldre			Mentale og sosiale problemer etter «tvungen» isolasjon			Sosialt nettverk og deltagelse	
	Undertema	Hvordan eldre håndterte beskyttende tiltak	Smittefrykt	Utfordringer knyttet til helsehjelp og funksjonelle behov	Sosial isolasjon og ensomhet	Depresjon og angst	Eldre sin håndtering av den nye hverdagen	Eldre sitt sosiale nettverk
1) Yurumez Korkmaz et al. (2021) Tyrkia		X	X		X			

2.) Maggi et al. (2021) Italia			X		X			
3.) Yang et al. (2021) Kina	X	X	X	X	X		X	X
4.) Kotwal et al. (2021) USA		X	X	X	X	X	X	X
5.) Ekoh et al. (2021) Afrika	X			X			X	X
6.) Ho et al. (2022) Kina		X		X	X	X	X	
7.) Brooke and Clark (2020) England	X	X				X	X	X
8.) Brown et al. (2021) England		X		X	X	X	X	
9.)(Sattari & Billore, 2020) Iran/India	X	X		X	X	X		X
10.) (Adams et al., 2021) USA	X	X			X	X	X	X
11.) Krendl and Perry (2021) USA				X	X			X

5 Resultater

Jeg har inkludert elleve studier i min studie, disse er representert i egen matrise (tabell 7).

Studiene representerer land som England, USA, Tyrkia, Italia, Kina, Afrika og Iran og samlet har studiene 971 deltakere i alderen 60-97år hvorav 392 menn og 579 kvinner.

Tabell 7 Inkluderte studier

Author, Year, Country	Aim/objective/purpose	Sample	Method	Results
1) Yurumez Korkmaz et al. (2021) Tyrkia	To investigate the attitudes of elderly people towards the risk attending the covid-19 pandemic, and the relation of those attitudes with anxiety and depression.	(n=136) 82 F, 54 M. Mean age 75	Telephone-interview, statistic analyze	The most common comorbidity was hypertension (75%). Approximately 80% of the participants reported a decrease in experienced in physical activity during the curfew period. HADS score indicated rates of anxiety as 25.7% and depression as 16.9%, anxiety was significantly more common in females yhan males (P=0.002). Sleep problem (P=0.000), fatigue (P=0.000), and hopelessness

				<p>(0.000) were more common with people with depression and anxiety. Logistic regression analyses showed an association between delay in hospital admission and the presence of depression (P=0.0029, R²=0.146). Personal risk perception of COVID-19 was statistically significantly higher among patients with anxiety (P=0.0027, R²=0.157).</p>
2.) Maggi et al. (2021) Italia	To assess initial data on the mental health burden of the Italia during the Covid-19 pandemic	(n=334) M=138, F=196 60-89år	Cross-sectional longitudinal study	The sample recruited at T0 included 334 elderly participants. About 45% participants experienced depression, anxiety or anger. Fear of getting infected

				<p>was related to more severe depression, anxiety and anger.</p> <p>Resilience was found to mediate these relationships.</p> <p>More severe depression and anger symptoms was related to more severe cognitive failures. No significant difference was observed in mental health scores between T0 and T1.</p> <p>More severe depression was associated with development of post- traumatic stress symptoms at T1</p>
3.) Yang et al. (2021) Kina	To explore the experience of community- dwelling older adults in Wuhan during covid-2019 lockdown in	(n=18), 65-82år M= 8, F=10	Qualitative study	Four main theme categories emerged first the challenge post by the epidemic. Older adults were challenged with

				<p>barriers in seeing a doctor and daily life inconvenience. And they experienced negative emotions, whether infected or not. The second domain was multi-dimensional support, which helped older people went through the difficult period. The third domain was resilience amid challenges. Although they experienced physical and psychological distress, most of them could self-adjust and achieve transcendence from the unique experienced. Last the remaining impact after the epidemic affected older adults. Some</p>
--	--	--	--	--

				still had mental burdens, while others thought they benefited from the quarantined time.
4.) Kotwal et al. (2021) USA	To investigate experience of loneliness during sheltering -in-place orders and unmet health's need related to change in social interaction	(n=151) Mean age 75 M=52, F=95	Mix-methods study	Participants were on averaged aged 75 years, 50% had hearing or vision impairment. 64% lived alone, and 26% had difficulty bathing. Participants reported social isolation in 40% of interviews, 76% reported minimal video-based socializing, and 42% minimal internet-based socializing. Socially isolated participants reported difficulty finding help with functional needs including

				<p>bathing (20% vs 55%; P=0,04). More than half (54%) of the participants reported worsened loneliness due to covid-19 that was associated with worsened depression (62% vs 9%; and P<001). And anxiety (57 vs 9%; P=001). Rates of loneliness improved on average by time since shelter in place order 84-6 weeks: 46% vs 13-15 weeks ;27% P009). However, loneliness persisted or worsened for a subgroup of participants. Open ended responses revealed challenges faced by the subgroup experienced persistent</p>
--	--	--	--	---

				loneliness including poor emotional coping and discomfort with new technologies.
5.) Ekoh et al. (2021) Afrika	To explored how older people in rural Nigeria may be digitally excluded and its impact during covid-19 pandemic	(n=11) 65-81år M=5, F=6	Qualitative study	The people in Nigeria were digital excluded. However the older people argued that the digital exclusion is not the reason for their social isolation and loneliness.
6.) Ho et al. (2022) Kina	To explore the lived experiences of loneliness of this population during a 5-month period of the COVID-19 pandemic.	(n=15) 70-97år M=3, F=12	Qualitative study, hermeneutics phenomenology	the essence of loneliness was uncovered as” a deprive sense of self-significance in a familiar world contributes to older adult’s disconnection with prior commitments”. A sub-theme “from collapse to dissolution of self-understanding” revealed how COVID-19

				<p>structured their loneliness.</p> <p>Another sub-theme, “Restoring meanings by establishing connections with entities” illustrated the ways to mitigate loneliness during the pandemic. Activities fostering alternative self-interpretation are important to protect older adults against loneliness.</p>
7.) Brooke and Clark (2020) England	To explored older people’s initial experience of household isolation, social distancing and shielding, and the plans they constructed to support them through the COVID-19 pandemic.	(n=19) 70-89år M=6 F=13	Qualitative interview study	Older people early experienced social distancing, protective measures, current and future plans and acceptance of a good life, but still a life to live.

<p>8.) Brown et al. (2021) England/ Ireland</p>	<p>To investigate the impact of COVID-19 lockdown measures on the lives of older people.</p>	<p>(n=142) 76-97år M=71 F=71</p>	<p>Cross- sectional telephone survey</p>	<p>N=142.52% did not worry about their health; 76% rated their health as “good; Very good or excellent;<10% met the criteria indicative of depression (PHQ-8), or anxiety(GAD-2); were less active than before lockdown; and 27% were lonely at least some of the time. Over half of participants identified positive aspects.</p>
<p>9.)(Sattari & Billore, 2020) Iran/India</p>	<p>To Explore the respective risk perception towards the Covid-19 pandemic among the elderly in two developing countries and their lifestyle change and adaptation behavior as a result of that. them through the COVID-19 pandemic.</p>	<p>(n=19) 70-89år M=6, F=13</p>	<p>Qualitative</p>	<p>The result showed that majority of the interviewees initially experienced fear and anxiety during the stay-at-home order and the pandemic situation at large, they quickly adapted to the new</p>

				situation with behavioral and attitudinal changes in ways relevant to the new normal. The results confirmed the maturation hypothesis proposed by Knight et.al(2000).
10.) (Adams et al., 2021) USA	To Examine the early impact of stay-home stay healthy orders on function older adults participating in a behavior intervention study involving community-based exercise	(n=39) 65-91år M=8, F=31 Mean age (74.1)	Mixed methods	79.5% were woman, and 20,5% were racial/ethnic minorities. Compared to the pre-COVID-19, there was a significant increase in anxiety and decrease in fatigue and social participation. Thematic analysis revealed five main themes related to disruption of daily life, the emotional and physical impact

				of stay-at home orders, unexpected positive outcomes, and perspectives on messaging surrounding the pandemic.
11.)Krendl and Perry (2021) USA	To Examine whether social isolation due to the covid-19 shelter-in-place order was associated with greater loneliness and depression for older adults, and if so, whether declines in social engagement or relationship strength moderated that relationship.	(n=93) M= 41, F=52	Longitudinal studie av	Older adults reported higher depression and greater loneliness following the onset of the pandemic. Loneliness positively predicted depression. Perceived relationship strength, but not social engagement, moderated this relationship such that loneliness only predicted for individuals who became closer to their networks during the pandemic. For those who felt less close,

				depression was higher irrespective of loneliness.
--	--	--	--	---

N= antall deltakere, Mean age = gjennomsnittsalder, M= Mann, F= Kvinner, År =alder på deltakere

5.1 Covid-19 pandemien og dens innvirkning på de eldre

Covid-19 pandemien har medført at flere land har satt inn en rekke tiltak for å begrense spredningen av viruset. Landene som er representert er England, Irland, USA, Tyrkia, Italia, Kina, Afrika og Iran (se tabell 7). Ifølge Ekoh et al. (2021) ble det satt inn begrensninger for at befolkningen skulle holde avstand. Myndighetene stengte blant annet butikker, barer og kirker for å begrense kontaktpunktene mellom mennesker og redusere antall syke med covid-19. Eldre over 65år ble ansett for å være i risikogruppen for å få alvorlig sykdomsforløp og død som følge av smitte med covid-19, i forhold til yngre som oftest får mildt forløp. Eldre kan risikere alvorlig respiratoriske problemer med lungebetennelse, respirator behandling og død. Familiene til de eldre fikk ikke lov å besøke dem.

5.1.1 Hvordan eldre håndterte beskyttende tiltak

Ifølge Brooke and Clark (2020) følte deltakerne på utfordringer knyttet til beskyttende tiltak, blant annet med å holde to meters avstand, da ikke alle de møtte hadde respekt for restriksjonene og brøt avstandsreglene. Deltakerne kjente da på en frykt omkring det å bli eksponert for en mulig smitte, som kan medføre alvorlig sykdom. Deltakerne hadde tatt smittevernradene svært alvorlig og drev med desinfeksjon og håndvask. Noen hadde også drevet med overdreven håndvask, selv inne i sitt eget hjem. Frykten for at de skulle dra inn smitte med varer, medførte at deltakerne hadde laget egne rutiner for håndtering av varer og de satte varene i karantene for å sikre at de ikke var smittebærende. De eldre desinfiserte dørhåndtak etter at varene ble levert av pårørende. Ifølge Sattari and Billore (2020) hadde deltakerne respekt for myndighetenes restriksjoner, og hadde fulgt anbefalingene slavisk for å kunne beskytte seg selv og andre rundt seg. Ikke alle deltakerne hadde vært like bekymret for sin egen del, men fryktet konsekvensene kunne ha for familie og venner om de skulle bli smittet av Corona viruset, da deres helsetilstand tilsier at de var i risikogruppen for å kunne utvikle alvorlig sykdom og død. Deltakeren hadde prioriterte smittevern, og de forlot aldri

huset uten å ha på seg ansiktsmaske og hansker. De hadde vært svært opptatt med å unngå fysisk kontakt med andre, hadde stort søkelys på egen hygiene og var nøye med å desinfisere og vasker hender opp mot 100 ganger om dagen Sattari and Billore (2020). Ifølge Adams et al. (2021) var 78% av deltakerne i risikogruppen for alvorlig sykdom, men deltakerne hadde stor tiltro på sin egen evne til å beskytte seg selv. 86,4% menet at sjansen for at de kunne bli smittet var liten eller fraværende. 18% hadde venner eller familiemedlemmer som hadde fått påvist Covid-19 smitte. Det hadde ikke like stor tillitt til samfunnet for øvrig sine evner til å beskytte seg selv. Ifølge Sattari and Billore (2020) hadde de eldre vært realistisk om at det var mulig at de kunne bli smittet av covid-19 og fulgte derfor restriksjonene slavisk. Ifølge Brooke and Clark (2020) ønsket de ikke å risikere at andre ble smittet. Deltakerne fortalte at de var ikke klar for å dø, og de ønsket ikke å dø som følge av inkompetanse hos regjeringen og de fulgte derfor reglene slik at de kunne fortsette å leve og nyte livet. Deltakerne hadde fortalt at de ikke har dødsangst, men livsløst. Ifølge Brooke and Clark (2020) rapporterte deltakerne om utfordringer med å kunne handle varer på grunn av stengte butikker. Stengte banker gjorde det vanskelig å få tak på penger, og de ble da bekymret for økonomien. Ifølge Kotwal et al. (2021) fortalte de eldre at de fortsatt følte seg utestengt fra samfunnet, selv om at restriksjonene hadde blitt lettet på. Denne studien viste at de samfunnsmessige konsekvensene etter ned stenging hadde medført at flere mistet jobben. Dette gjaldt også for flere av pårørende til de eldre. I studien til Kotwal et al. (2021) førte de økonomiske utfordringene til at de eldre ikke fikk nok hjelp i hjemmet. De hadde pårørende som bodde langt unna, og de kunne ikke reise på besøk, da det vart for dyrt, og noen plasser var det fortsatt ikke mulig å krysse kommune grensen.

Ifølge Adams et al. (2021) ønsket flertallet av deltakerne strengere restriksjoner for å kunne forebygge smittespredning av viruset, og følte det var nødvendig for å kunne kontrollere omfanget. Mens et mindre tall av deltakerne følte at restriksjonene var for strenge og var bekymret for hvordan restriksjonene vil kunne komme til å ramme de økonomiske og sosialt. Mindretallet av deltakerne mente det burde være et individuelt valg om de ønsket å leve som før Covid-19 pandemien. Ifølge Yang et al. (2021) ble deltakere som hadde gjennomgått covid-19 utsatt for diskriminering og stigmatisering som smittebærere. Naboer snakket om de og de fikk stygge blikk når de brukte munnbind ute. Deltakerne sa de var redde for å smitte andre og holdt seg derfor unna. De traff ikke familie på flere måneder i frykt for en reinfeksjon.

5.1.2 Smittefrykt

Frykten for å bli smittet med Corona viruset førte til økte bekymringer og angst, og deltakerne hadde vært svært oppmerksomme på deres egne symptomer i fall de skulle være smittet. Ifølge Adams et al. (2021) hadde denne jevnlig symptom kontrollen økt stressnivået betraktelig, og de hadde utviklet symptomer som hyperventilering og ble straks bekymret for at det skulle være covid-19. Ifølge Brooke and Clark (2020) hadde deltakerne kjent på frykt for å bli smittet, hvor de daglige oppdateringer om dødsfall gjorde alt mer virkelig. De hadde trøstet seg med at de aller fleste var gamle og hadde levd et liv i det minste. Frykten for smitte gjorde at de trakk seg unna når noen kom for nærme dem. Ifølge Yang et al. (2021) var deltakere som var smittet av Covid-19 angstfulle og redde, slik at de vurderte å gi opp. Ifølge Maggi et al. (2021) var det en sammenheng mellom posttraumatisk stress (PTSD) og smittefrykt, i sammenheng med alvorlig depresjon og angst kombinert med kognitiv svikt og aggresjons problemer. I statistiske analyser fremkommer det at for 8% var PTSD fraværende, 72% hadde et mildt forløp mens 16% moderat og 4% alvorlig tilfelle.

5.1.3 utfordringer knyttet til helsehjelp og funksjonelle behov

Covid-19 pandemien har medført flere utfordringer knyttet til helsehjelp for de eldre. Ifølge Yang et al. (2021) var tilgang til medisinsk helsehjelp redusert. Sykehusene har vært overfylt med pasienter som hadde vært smittet med Corona viruset. De eldre hadde allerede flere eksisterende helseproblemer (kormorbiditet) som medførte at de hadde behov for medisinsk hjelp. Legekonsultasjonen gikk over til å være en digital tjeneste via smarttelefon. Ifølge Kotwal et al. (2021) var det utfordrende å få adekvat hjelp i hjemmet, for å vedlikeholde oppgaver i hjemmet som vasking, matlaging og hjelp til transport. De som hadde nedsatt funksjonssvikt hadde noen problemer med å få hjelp til å ivareta personlig hygiene, og når de hadde trengt bistand til å gjennomføre oppgaver som bading. Ifølge studien til Ho et al. (2022) hadde frykten for Coronaviruset medført at deltakeren ikke fikk oppholdt seg på fellesrom. Når de hadde forsøkt å forlate rommet, hadde de blitt sendt tilbake med beskjeder om det var for farlig å bevege seg utenfor rommet (Ho et al., 2022). Ifølge Kotwal et al. (2021) hadde det vært vanskelig å få adekvat hjelp til vasking. Deltakerne informerte om at det ikke hadde vært vasket på over fire uker, og ble invadert av kakerlakker. Ifølge Kotwal et al. (2021) hadde 56% av deltakerne vært svært bekymret for Corona viruset og forverring i helsetilstanden, og det hadde vært store forsinkelser i medisinsk behandling.

5.2 Mentale og sosiale bekymringer etter «tvungen» isolasjon

5.2.1 Sosial isolasjon og ensomhet

Ifølge Kotwal et al. (2021) fortalte 40% av deltakerne at de hadde en sosial tilstedeværelse som samsvarte med å være sosialt isolert. Covid-19 pandemien hadde gitt innvirkning på den mentale helsen til deltakerne, og at 54% av deltakeren rapporterte at de følte seg ensomme og opplevde 62 % rapporterte om forverring med depresjon og 52% opplevde angst. Noen av deltakerne hadde allerede isolert seg før pandemien inntraff på bakgrunn av redusert funksjonsnivå. Ifølge studien til Brown et al. (2021) gikk 62% av deltakerne i selv-isolasjon og forlot ikke huset selv for å handle. Ifølge studien til Krendl and Perry (2021) angir 56% av deltakerne at de hadde gått inn i selv-isolasjon før det ble et lovpålagt krav om å isolere seg. 93,5 (n=87) av de gamle var isolert gjennom intervju prosessen. 79,3% (n=63) kunne meddele at deres sosiale liv hadde blitt innskrenket som følge av Covid-19. 60,9% (n=60) av deltakerne rapporterte at de hadde vært mindre sammen med personene som de bryr seg om, og 60,9% (n=53) sier at de hadde noe tid sammen med deres nære relasjoner og opprettholdt kontakt. Studien deres forutser at ensomhet øker under isolasjon og gir økt depresjon (Krendl & Perry, 2021).

Ifølge Ekoh et al. (2021) ble følelsen av ensomheten forsterket og påvirket helsetilstanden, når de ikke kunne treffe familie og tilbring tid med barnebarn. Deltakerne i denne studien fortalte at savnet etter familien medførte at de følte seg ensomme, hvor det å føle seg ensom ble som en stor sykdom. Ifølge Kotwal et al. (2021) rapporterte 54% av deltakerne at de følte en forverring i ensomhet minst en gang gjennom pandemien. Deltakeren rapporterte også at følelsen av ensomhet, hadde blitt redusert. Etter 4-6 uker i isolasjon rapporterte 46% ensomhet, etter 13-15 uke rapporterte bare 27% at de følte seg ensomme. Denne studien forteller at de som hadde vært på to intervjuer, rapportert (n=63) om forverring av ensomhet, og blant disse var det flere som hadde en økning i opplevelsen av ensomhet. 28% (n=18) hadde opplevde ensomhet som økte i alvorlighetsgrad. 21% (n=13) opplevde ensomheten som mild over tid, noe som førte til at de ble sløve og kjedet seg. De håndterte ensomhet med å tilegne seg nye kunnskaper om teknologi og drev med husarbeid. Ifølge studien til Brooke and Clark (2020) fremkommer det at noen deltakere var dyktig på å takle å være ensomme, og trivdes i eget selskap, mens andre følte på stillheten og det å være innestengt i et låst hus. Noen av deltakerne bodde alene og hadde familien langt unna. Dårlig helse og redusert syn medførte at de var mye ensomme og isolert i forkant av pandemien.

5.2.2 Depresjon, angst og emosjonelt stress

Ifølge Yurumez Korkmaz et al. (2021) hadde 16,9% av deltakerne som presenterte depresjon ofte symptomer lignende manifestasjon, hvor fatigue, hukommelse, håpløshet og søvnproblemer forelå. De hadde også fått hyppigere forsinkelser i sykehusinnleggelser. Deltakere (n=6) hadde som følge av depresjon rapportert om selvmordstanker. Det er en statistisk sammenheng mellom forsinkelse i sykehusinnleggelser og depresjon. Ifølge Maggi et al. (2021) var det ikke en sammenheng mellom alder og depresjon. Hos 46% (n=153) var depresjon fraværende eller minimal, 37% (n=125) hadde mild depresjon, 12% (n=41) moderat opplevelse av depresjon, 4% (n=13) alvorlig, og 1% (n=2) svært alvorlig depresjon. Ifølge Brown et al. (2021) var 7,7% (n=11) som møtte kriteriene for alvorlig depresjon og 1,4% (n=2) svært alvorlig depresjon. Krendl and Perry (2021) hadde undersøkt om reduksjon i sosiale relasjoner medførte til økt ensomhet og depresjon hvor de ikke fant noen positiv relasjon som tilsier at det var rett. I studien ble det undersøkt om det var noe sammenheng mellom endringer i sosialt nettverk i forhold til ensomhet og depresjon. I deres resultat fremkommer det at gamle som ikke hadde følt at de hadde en nær kontakt med deres sosiale nettverk gjennom pandemien opplevde økt depresjon uavhengig av ensomhet. I studien fremkom det også at noen eldre som opplevde en økt kontakt med sitt sosiale nettverk, hadde en liten reduksjon i depresjon og ensomhet. De som opplevde økt ensomhet, hadde større økning på depresjon.

Ifølge Yurumez Korkmaz et al. (2021) opplevde 25,7% av deltakerne angst. Kvinner hadde høyst forekomst av angst, som er relatert til økt frykt for Covid-19 og opplevelsen med forsinkelser i sykehusopphold. Ifølge Maggi et al. (2021) hadde 39% (n=131) fravær av angst, 45% (151) mild angst, 11% (n=37) moderat, 5% (n=15) alvorlig angst, og det var dominerende for kvinner med mindre mestring og større smitte frykt. Ifølge Krendl and Perry (2021) var de ikke noe kjønnsforskjell, men det kommer frem at gamle opplever økt depresjon og opplevelsen av ensomhet og depresjon. Ifølge Ho et al. (2022) kommer angsten når de føler seg sårbare, og frykt for smitte overføres til frykt for medmennesker i frykt for at de ikke overholder avstand og brukte maske.

Ifølge Brooke and Clark (2020) hadde deltakerne vært følelsesmessig berørt av Covid-19 pandemien og hvordan eldre blir oppfattet. Hvor eldre ble prioritert sist i helsekøen og at det var lettere å avse gamle i behandlingen. Deltakerne turte ikke å snakke ut om det, i frykt for at

det kan gi innvirkninger for generasjonene under dem. Deltaker fortalte om at frykten for sykdom påvirker angsten og følte at den økte over tid. Ifølge Adams et al. (2021) følte deltakerne at stress nivået deres økte med å måtte håndtere smittevern og covid-19 situasjonen samtidig som de må håndtere tap av venner og sorg som følge av covid-19 pandemien. Ifølge studien til Kotwal et al. (2021) følte deltakerne på en tristhet på grunn av usikkerhetene omkring covid-19 pandemien, usikkert hvor lenge restriksjoner og begrensninger i hverdagen kunne komme til å vare, samt frykten for at de ikke kommer til å oppleve en normal hverdag igjen med reising.

5.2.3 Eldres håndtering av den nye hverdagen

Ifølge studien til Ho et al. (2022) medførte endringene i hverdagsrutiner at de fikk store begrensninger i deltakernes hverdag, som hadde innvirkning på livskvaliteten. Flere av aktivitetstilbudene, fysikalske behandlinger og treningsgrupper hadde blitt stengt for besøkende eller betydelig redusert i antallet som kunne komme. Den ufrivillige fritiden opplevdes som forstyrrende og ga de en urovekkende tankegang. De opplevde at de i større grad var i stand til å håndtere angsten når de hadde fastsatte aktiviteter. Ifølge studien til Adams et al. (2021) opplevde deltakerne en økende smerteproblematikk og en forverring i sin artrose. Flere av deltakerne konstaterer at de har fått en betydelig reduksjon i fysisk aktivitet og noen hadde pleid daglige å gå turer ute. Reduksjon i aktivitetstilbud har medført til at deltakerne føler seg rutineløse og opplever en begrenset livsverden. Deltakerne hadde fått tilgang til andre metoder for å gjennomføre fysisk aktivitet i hjemmet, men hadde manglet motivasjon for å kunne gjennomføre trenings økter

Ifølge studien til Ho et al. (2022) Opplevde deltakerne at ensomheten førte til en økt kontakt med egne følelser som ga de en større selvforståelse. Studien viser at de eldre fant mening med livet ved å lese i bibelen, og fant via den trøst og mestring av tap og sorg. Ett få tall av deltakerne i studien som opplevde tap av selvforståelse, og følte at de ikke var betydningsfull for noen. Ifølge Brooke and Clark (2020) førte ned stengingen av samfunnet til en pause fra hverdagsstress. Studien viser at de eldre hadde kunnet stoppet litt opp fra den travle hverdagen og var i bedre stand til å nyte livet og øyeblikkene. Deltakerne hadde fått bedre tid til å kunne ta seg av husholdningsoppgaver som over tid hadde bygd seg opp. Deltakerne hadde rapportert om at de hadde fått bedre tid til å stelle i hagen og nyte det uvanlige flotte været. Studien viser at de eldre hadde fått mer tid til å kunne slappe av å lese en god bok.

Ifølge Brown et al. (2021) gjorde den nye tilværelsen slik at hadde at de fått en pause noe som gjorde livet enklere og de fikk nå tid til å gjenoppta hobbyer. Ifølge Kotwal et al. (2021) hadde deltakerne tilegnet seg nye kunnskaper om teknologi, og verdsatte stillheten og fikk nyte roen, mens de ble kjent med sine egne følelser. I studien til Brooke and Clark (2020) henviser deltakerne tilbake til barndommen og noe gjenkjennbart i det å måtte holde seg inn og isolert fra andre.

5.3 Sosialt nettverk og deltakelse

5.3.1 Eldre sitt sosiale nettverk

Ekoh et al. (2021) hevder at restriksjonen i Nigeria omkring begrensning i smitteomfanget til covid-19 pandemien, har påført de eldre begrensninger i sosiale sammenhenger. Restriksjonen har medført at de eldre hadde fått redusert kontakt med pårørende. Den eldre sitt nettverk bestod av naboer, venner og familie. Ifølge studien til Yang et al. (2021) handle familiemedlemmer til deltakeren og de sørget for at de fikk medisinsk hjelp. Deltakerne hadde sosial støtte fra familien med daglige telefonsamtaler. Hjemmetjenesten hadde også sørget for at de fikk hjelp til handling av mat, sosial støtt og medisinsk oppfølging. De hadde også vært tilgjengelig slik at deltakeren kunne kontakte de om nødvendig. Regjeringen hadde også tildelt Wuhan et medisinsk hjelpe team. Ifølge Brown et al. (2021) opplevde eldre at de fikk økt kontakt med naboer og venner gjennom Covis-19 pandemien. Ifølge Brooke and Clark (2020) henviser deltakerne til barndommen og noe gjenkjennbart i det å måtte holde seg inne og isolert fra andre. Ifølge Ho et al. (2022) Opplevde noen av deltakerne i studien at de var verdiløse og en byrde for deres familie, på bakgrunn av redusert funksjonssvikt, og var dermed mer avhengig av hjelp fra deres familiemedlemmer og nærkontakter. Og nedsatt funksjonssvikt medførte at de ikke lengre var i stand til å kunne opprettholde funksjonelle behov og gjøre deres tidligere forpliktelser som medførte nedsatt selvbetydning og opplevd ensomhet.

5.3.2 Eldre sin digitale tilnærming under Covid-19 pandemien

Ifølge studien til Brooke and Clark (2020) hadde bruken av sosiale medier økt for å holde kontakt med venner og familiemedlemmer. Av alle mediene som kunne benyttes, var det Whatsapp og Facetime som var dominerende. Deltakerne hadde benyttet alle sosiale medier i forkant av pandemien, men at bruken hadde økt betydelig under Covid-19 pandemien. I studien til Yang et al. (2021) hadde de eldre i bofellesskapet en online chattegruppe som de brukte for å kommunisere med helsetjenesten/ hjemmetjenesten. Der skrev de handle lister og

andre nødvendig ting som de trengte. Deltakerne i studien hadde også gått over til å ha digitale møter med lege- frem for face to face kontakt.

Ifølge studien til Krendl and Perry (2021) var deltakernes digitale kontakt med personer som de trivdes med eller brydde seg om. I deres studie kom det frem at 78,2% (n=68) av deltakerne brukte online teknologi for å opprettholde kontakt med folk gjennom pandemien. I studien rapporterte de gamle at de gjennomsnittlig hadde brukt 78.79min daglig med digital sosialisering over telefonen, og at de gjennomsnittlig løpet av de siste to ukene hadde brukt 42,6 timer med for å opprettholde sosial kontakt. Ifølge studien til Kotwal et al. (2021) hadde det vært et lavt antall av deltakerne som hadde ukentlige video samtaler, 46% av deltakerne sa de ikke hadde hatt noen video samtaler, mens 30% av deltakerne hadde video samtaler 1-2 ganger i uken. I studien hadde flere av deltakerne brukt teknologiske løsninger for å opprettholde kontakt med familie og venner. Deres forhold til teknologiske løsninger hadde endret seg gjennom pandemien. De hadde fått også fått undervisning av pårørende i digitale medier ett par ganger i måneden. Ifølge Kotwal et al. (2021) føler deltakerne at de er inkludert gjennom teknologien og har positive tanker rundt bruken. Ifølge Brooke and Clark (2020) forelå det en stigmatisering omkring eldre og bruken av digitale medier, som at eldre ikke klarer å bruke elektronikk og digitale medier for å kunne kommunisere med omverden. Alle deltakerne brukte sosial medier i forkant av pandemien, og benyttet Whatsapp, Facetime, Facebook, Messenger, Zoom og Skype for å opprettholde kontakt med venner og familie. Ifølge Sattari and Billore (2020) hadde bruken av sosiale medier økt gjennom pandemien, og deltakerne hadde brukt mer tid på å handle på nett og spille. Ifølge Adams et al. (2021) følte deltakerne at det hadde vært positive forandringer som har kommet frem under pandemien. De har gjennom teknologien som ved bruk av Facebook og zoom funnet støtte og dypere kontakt med deres kjære, samtidig som de har fått gjenopptatt tidligere bekjentskap.

I studien til Ekoh et al. (2021) er det knyttet en del utfordringer til en digital hverdag. Noen eldre har ikke tilgang på smarttelefon og kostanden for anskaffelse var for stor for deres økonomi. I studien deres kommer det frem at deltakerne ikke hadde god nok tilgang på elektrisitet, slik at det var vanskelig å kunne opprettholde en tilstrekkelig internetttilgang med den elektrisitet de hadde, samt muligheten for å kunne lade telefon, pc etc. Ifølge Kotwal et al. (2021) var det flere deltakere som følte seg ukomfortabel med å bruke digitale medier, da de ikke hadde adekvat tilgang på internett eller utstyr som satte begrensninger for sosiale interaksjoner på nett. Deltakerne rapporterte om begrenset kunnskap i å bruke smarttelefoner,

og de brukte den kun som telefon. Deltakerne klandret seg selv for sitt begrensede kunnskapsnivå.

6 Diskusjon

Hensikten med denne studien er å granske og sammenstille tidligere forskning som har sett på hvordan ensomhet og isolasjon under Covid-19 pandemien som har påvirket den psykiske helsen til eldre. Analysen resulterte i tre hovedtemaer og åtte undertemaer. I det følgende vil jeg ta utgangspunkt i de tre hovedtema når resultatene diskuteres I forhold til Covid-19 pandemien og dens innvirkning på eldre. Resultatene er innhentet fra elleve forsknings artikler hvor det er flere med ulik metode, noe som medfører at det er svært vanskelig å sammenfatte disse artiklene til en enhet.

6.1.1 Hvordan eldre håndterte beskyttende tiltak

Funnene i studiene viser at eldre opplevde utfordringer knyttet til smittvern rådene som ble gitt av nasjonale myndigheter om å holde avstand til andre. Funnen viser at eldre opplevde at ikke alle de møtte respekterte smittevern rådene, noe som gjorde de redde for å bli smittet, men også for å smitte andre. De eldre fulgte rådene om å holde avstand og hadde stor respekt for myndighetene sine anbefalinger, grunnet bekymringer for å dra med seg smitte. Funnene tyder på at eldre var redd for å bli smittet av viruset og fulgte derfor smitteverns rådene. Ifølge Latkin et al. (2022) er Covid-19 et høyt overførbart respiratorisk virus, hvor det er bevist at en smittevernsvennlig atferd med håndvask, ansiktsmaske og sosial avstand vil redusere smitten av Corona viruset. Offentlige helse program promoterte for bruken av det, da de ville kunne bidra i å redusere smitten i befolkningen. Funnen i studien tyder på at de eldre hadde en smittevernsvennlig atferd og var nøye med å ivareta egen helse og hygiene. De hadde innført egne karantene regimer for håndtering av varer og hadde en rutine med overdreven håndvask og desinfeksjon av dørhåndtak også i eget hjem for å kunne beskytte seg selv (Brooke & Clark, 2020). De eldre hadde stor respekt for myndighetene sine krav om å holde avstand, og brukte munnbind og hansker når de forlot hjemmet. Søkelyset på smittevern gjorde at de var meget fokusert på egen hygien og var nøye med å desinfisere og vasket hendene opp mot 100 ganger i løpet av et døgn (Sattari & Billore, 2020). Funnen viser at et stort fokus på hygiene tiltak kan ha ført til en tendens til obsessiv kompulsive disorder (OCD) Ifølge Nyquist (2019) er overdreven håndvask og vask inntil 100ganger om dagen en tvangslidelse kalt obsessiv -kompulsiv (OCD), dette er noe personen kan gjenkjenne og det

kan virke skremmende på den personen. Ifølge Jazi and Asghar-Ali (2020) er det sjeldent at personer over 50 år blir diagnostisert med OCD, men at alderdommen kan medbringe en stressende hverdag med helse- og tapsopplevelser som kan påvirke at eldre utvikler OCD. Ifølge Dennis et al. (2021) kan angst for egen helse fremprovosere en atferd som ikke er hensiktsmessig for å ivareta egen helse og velvære.

Ifølge Dennis et al. (2021) har de som hadde en angst diagnose før pandemien inkludert OCD, dog hatt en større risiko for å utvikle obsessiv kompulsiv gjennom pandemien, hvor overdreven håndvask og hygiene tiltak står i sentrum. Ifølge Fernandes et al. (2021) er OCD karakteristisk, gjenkjennbart og oppleves som plagsom, inntrengende og medfører en trang til å gjennomføre repeterende handlinger for å kunne redusere angsten. OCD er vanlig blant eldre over 65år, men eldre oppsøker sjeldent hjelp og får dermed ikke diagnosen. Ifølge Dennis et al. (2021) har tidligere pandemier og epidemier vist at OCD lar seg trigge frem av uvisshet og utrygghet for egen helse og sikkerhet.

Ifølge Jiwani et al. (2021) var det usikkerheten som kom frem i adferden og symptomene på angsten. Atferden ble trigget med at det var for lite informasjon om covid-19 pandemien og konsekvensene omkring den. Smittefrykten og vanskeligheter med å gjøre de beskyttende faktorer kunne frem provosere mental stress og angst. Funn i min studie tyder på at flertallet i studiene hadde respekt for restriksjonene og at et mindretall av studiens totale populasjon mente at restriksjonen var alt for streng og at det ga for store innvirkningen i hverdagen, og var bekymringer for hvilken innvirkning restriksjonen kunne få for økonomien og sosialt liv. Ifølge Eronen et al. (2021) hadde eldre som rapporterte om for strenge restriksjoner i bekjempelse av spredning av Covid-19 viruset en høyere depressive lidelse sammenlignet med de som ikke rapporterte om for strenge tiltak i bekjempelse av viruset.

Funnene i studien tyder på at de eldre hadde stor tillit til sine egen evner til å beskytte seg selv, og hadde liten tro på at de kom til å bli smittet. Ifølge Jiwani et al. (2021) ble restriksjonen som ble innført av helsemyndighetene gjort uten å ha forstått omfanget og patogenese til viruset noe som medførte at de første månedene ble opplevd som svært usikre og forvirrende. Denne usikkerheten omkring Covid-19 kan ha medført at personer som ikke håndterte denne usikkerheten hadde en mindre toleranse for den. Slik studien viser var de eldre i stand til å beskytte seg selv, og de var oppdatert på informasjon om Covid-19 og hvordan de kunne beskytte seg selv mot smitte.

Ifølge forskning utført av Sætrevik et al. (2021) hadde personer 60år og eldre en større etterlevelse for å overholde restriksjonene som ble satt. Funnene i studien viser at de eldre hadde større tillitt til myndighetene og deres pandemi håndtering, og anså myndighetene som en troverdig informasjonskilde. Funn i studien tilsier at deltakerne ønsket ikke å risikere å smitte andre eller risikere sitt eget liv og fulgte derfor smitteverns rådene. De eldre etterlevde smittevernrådene slik at de kunne fortsette å nyte livet. Funnen i studien til Brooke and Clark (2020) tilsier at de eldre ikke opplevde at de hadde dødsangst, men livslyst og det var grunnen til at de fulgte smittevernrådene slik at de kunne fortsette å leve livet litt til. Ifølge Eronen et al. (2021) hadde eldre som ønsket å beskytte seg selv og andre og viste stor etterlevelse for restriksjonen en høyre kognitiv funksjon, sammenlignet med de som ikke hadde stor tillitt til egen evne å beskytte seg selv.

Funnene i min studie viser at deltakerne som hadde vært smittet med covid-19, følte at det foreligger en stigmatisering og diskriminering i samfunnet overfor de som har vært smittet. Ifølge Singh et al. (2020) er det frykten for viruset som gjør at de smittet opplever en stigmatisering av andre og føler at de blir utestengt fra samfunnet eller psykologisk utmattende og påfører den smittet en ekstra stressfaktor. Funnene i min studie viser at de opplevde at de fikk stygge blikk, og at de ble snakket om bak ryggen deres. De fryktet at de skulle videre bringe smitten med at de ble re smittet, og valgte derfor å beskytte seg og andre med å bruke munnbind og unngå kontakt med venner og familie i flere måneder. Ifølge Singh et al. (2020) var det en usikkerheten omkring Covid-19 pandemien og hvordan viruset fungerer og manglende kur, og frykten for at de som har vært smittet kan bli re smittet når som helst førte til en stigmatisering. Stigma kan oppleves som sosial frastøtt, psykologisk mishandling og en mental tortur.

6.1.2 Smittefrykt

Funnene i min studie tyder til at de eldre var bekymret for å bli smittet av Covid-19. Bekymringene for smitten medførte at de hadde et større fokus på symptomer og fulget nøye med på om de hadde utviklet noen symptomer. Denne symptom kontrollen økte stress nivået slik at de utviklet fysiologiske symptomer som hyperventilering. Ifølge Håkonsen (2013) er frykt en normal reaksjon når man anser noe som truende og farlig. Frykten kan da framstå som urasjonell og overdreven i forhold til situasjonen. Frykt kan også komme av for eksempel gjenstander, dyr og sykdommer.

Ifølge Mertens et al. (2020) er frykt en tilpasningsdyktig følelse som har som hovedoppgave og mobilisere energien for å håndtere en truende situasjon, men når frykten er feil justerte vil den kunne ha en skadelig effekt på individ nivå med at de utvikler psykiske problemer, fobier og sosial angst. Når frykten er utilstrekkelig, kan det medføre skade på individet med at de utvikler, sosial angst, fobier og redusert psykisk helse. På samfunnsnivå kan individet kan utvikle fremmedfrykt eller at enkelt individer ignorer tiltak og restriksjonen for å kunne begrense smittespredningen. Frykten kan trigge til en adferd hvor sikkerhet står i fokus for å kunne eliminere trusselen, men dette kan også medføre at frykten blir forsterket og trigger frem smittefrykt og angst for egen helse med overdreven håndvask og kontamineringsfrykt (Mertens et al., 2020).

Funnene i studien viser ifølge Brooke et al. (2022) at de eldre opplevde de daglige oppdateringene om dødsfall som skremmende og det medførte at deltakerne følte på alvoret i situasjonen. Funnene i studien viser at deltakeren fant situasjonen svært tung og de trøstet seg selv i situasjonen, med at de fleste dødsfallene var av eldre som da hadde levd et langt liv. Slik funnene beskriver forsøkte de eldre å finne en mening bak frykten og da trøste seg da med å se på hvilken gruppe som hadde størst risiko og hvor de fleste dødsfallene skjedde. Ifølge Gao et al. (2020) har den massive media opplysningene for å opplyse den allmenne befolkningen omkring Covid-19 pandemien har bidratt til den økende frykten blant befolkningen. Ifølge Bergman et al. (2020) har Covid-19 pandemien medført at det har oppstått alderisme blant gamle, da de ble ansett for å ha høyest sårbarhet og dødelighet som følge av Covid-19 viruset. og at de kan i større grad være utsatt for å utvikle psykologiske følger med angst som følge av Covid-19 viruset. De kan i større grad være utsatt for å utvikle psykologiske følger med angst og alderisme oppstår fordi de kan relatere seg til den sosiale gruppen med eldre voksne. Alderismen er ofte egen-alderisme som kommer av at de anser seg selv som gammel med dårlig helse og sårbar for den nåværende situasjon med pandemien (Bergman et al., 2020).

Funnene i studien viser at det er en sammenheng mellom smittefrykt og posttraumatisk stress, alvorlig depresjon og angst kombinert med kognitiv svikt og aggresjonsproblemer. Posttraumatisk stress (PTSD) var fraværende hos 8%, 72% hadde et mildt forløp, 16% et moderat forløp mens 4% hadde et alvorlig tilfelle av posttraumatisk stress syndrom (Maggi et al., 2021). Ifølge Kvaal (2014) er det sjeldent at eldre blir diagnostisert med posttraumatisk stress syndrom, men at det ikke kan utelukkes. Ifølge Mertens et al. (2020) er det utviklet to forskjellige Covid-19 stress skalaer som tar for seg fem faktorer for stress og angst knyttet til

frykt for Corona viruset. 1. Fare og eksponering, 2. frykt for økonomiske konsekvenser, 3. fremmedfrykt relatert til Corona viruset, 4. tvangs sjekking og søking etter betryggelser, 5. posttraumatiskstress syndrom. Det ble identifisert fire forskjellige typer frykt for kroppen, frykt for andre, frykt for det ukjente og frykt for infeksjon (Mertens et al., 2020). I min studie var det ikke vist til at noen av informantene utviklet fremmedfrykt som følge av Covid-19. Derimot avdekket studien funn som antyder at det var mye frykt, angst, symptom kontroll, smittefrykt og utvikling av PTSD. Ifølge Kvaal (2014) kan angsten komme på bakgrunn av personens usikkerhet, lave selvtillit, bekymringer og opplever en følelse av hjelpeløshet. Det er disse følelsene som bidrar til å avgjøre den enkeltes identitet, selvbilde og velvære.

6.1.3 utfordringer knyttet til helsehjelp og funksjonelle behov

Funn i min studie tyder på at eldre fikk redusert tilgang på helsetjenester og at de måtte gå over til digitale legetjenester. Funnene i min studie peker mot at helsevesenet har fremstått som innovativ i en tid hvor vi ikke skulle treffes fysisk, men at brukergruppen ikke var like forberedt for en digital hverdag. I en undersøkelse utført av Kjerkol et al. (2020) har endringer i tjeneste tilbudet under Covid-19 pandemien medført en økt utrygghet for eldre som har gitt innvirkninger på livskvaliteten. Ifølge Locsin et al. (2021) er digitalisering av helsetjenesten fremtidsrettet og at det vil bidra til å gi en trygghet for eldre i de kommende årene. Studiens funn tyder på at det var utfordrende å få adekvat helsehjelp, og at det var mye forsinkelser i planlagte innleggelses og andre medisinske utførelser på bakgrunn av Covid-19 pandemien. Funnene i min studie tyder på at de eldre opplevde uverdige forhold knyttet opp til manglende dekning av grunnleggende og funksjonelle behov i hjemmet. Verdighet er i følge Dignity (2022) noe som hver og en avgjøre hva som føles verdig for den enkelte. Funnene i min studie kommer fra land med forskjellige sosioøkonomiske bakgrunn, og har derved ikke det samme utgangspunktet for å sikre helse og velferd for sine borgere. Verdens helseorganisasjon (World Health, 2005) jobber for å skape et felles verdi grunnlag for verdens befolkningen ved å sikre at landene får informasjon om sikkerhet, helse og ivaretagelse av psykisk, fysisk og sosialt velvære. WHO har i samarbeid med Forentnasjoner (1948) dannet grunnlaget med menneskerettighetene for å sikre at deres medlemsland ivaretar de grunnleggende behovene og sikre en forsvarlig helsetjeneste. Funnene i studien tyder på at manglende utførelse av grunnleggende behov og funksjonelle behov har gitt innvirkning på velferden og medført nedsatt livskvalitet.

Funnene i studien viser at 56% av deltakerne var bekymret for Coronaviruset og egen helse da det var store forsinkelser i medisinsk behandling som følge av pandemien (Kotwal et al., 2021). Ifølge Horn et al. (2021) var uvissheten til Covid-19 pandemien så stor at det var nødvendig for helsevesenet å gjøre prioriteringer for å sikre forsvarlig bemanning og respiratorer nok til alle som ble innlagt med Covid-19 smitte. Denne uvissheten medførte at det ble omprioriteringer som medførte konsekvenser for andre medisinske behandlinger med avlysninger og utsatt behandling. Slik min studie viser var de eldre redd for egen helse fordi de fryktet at de ikke kom til å få forsvarlig helsehjelp om de skulle risikere å bli syk.

6.2 utfordringer og mestring knyttet til mentale og sosiale bekymringer etter «tvungen isolasjon»

6.2.1 Sosial isolasjon og ensomhet

Funnene i min studie tyder på at de eldre hadde isolerte seg selv som følge av krav fra myndighetene for å bidra til å redusere smitteomfanget med Corona viruset, og stor del av populasjonen i studien hadde valgt å selv isolere seg før at det ble et nasjonalt krav. Ifølge Ibsen et al. (2022) var sosial isolasjon under Covid-19 pandemien mye høyere enn under normale omstendigheter og at eldre hadde gitt seg selv strengere tiltak enn det som var anbefalt fra nasjonale myndigheter. Funn i min studie tyder på at mange av de eldre i det totale utvalget led under isolasjons tiden. Funnene tilsier at mange av de eldre i utvalget hadde lite sosialisering og kontakt med omverden at det tilsvarer sosial isolasjon. Ifølge Fakoya et al. (2020) er sosial isolasjon et internasjonalt problem, 50% av befolkningen over 60 år er i risiko for å utvikle sosial isolasjon. Sosial isolasjon og ensomhet er risikofaktorer for sykdom og dødelighet på lik linje med andre livsstilssykdommer som røyking, høyt blodtrykk og overvekt.

Ifølge National Academies of Sciences (2020) kan sosial isolasjon og ensomhet være kronisk eller komme i perioder. Hvor utviklingen er avhengig av personene og omgivelsene rundt.

Funnene i min studie tyder på at flere av de eldre var isolert allerede i forkant av pandemien på grunn av fysiske utfordringer som gjorde at de ikke kunne forlate huset på egen hånd. Ifølge Hawkley and Casioppo (2010) er det viktig å ha fokus på ensomhet, da ubehandlet ensomhet kan medføre alvorlige konsekvenser for kognitive funksjoner, adferd, følelser og helsetilstanden. Ifølge Kvaal (2014) er ensomhet utbredt hos eldre som har fysiske utfordringer og er avhengig av hjelp, og de har da lett for å isolere seg i eget hjem. Ifølge Hynninen (2020) er risikoen for at eldre utvikler sosial isolasjon aldersrelatert, da de har

større sannsynlighet for å kunne oppleve tap av ektefelle og venner. Funn i min studie tyder på at under isolasjonstiden opplevde de eldre mye sorg og depresjon som følge av tap av venner som følge av Covid-19 smitte.

Funn i min studie viser at de eldre hadde vanskeligheter med å tilpasse seg den nye situasjonen med Covid-19, og det påvirker den mentale helsen. Ifølge Polenick et al. (2021) har Covid-19 pandemien medført store utfordringer for gamle, opprivning av daglige rutiner og redusert sosial kontakt. Ifølge Engedal and Bjørkløv (2014) er det vanskelig for gamle å tilpasse seg nye situasjoner, noe som kan utgjøre en fare for at de vil trekke seg tilbake, og utgjør en risiko for sosial isolasjon, ensomhet og depresjon. Noen eldre opplever også angst og depresjon som gjør at de ikke tør å gå ut. Tidligere forskning av Coyle and Dugan (2012) viser at sosial isolasjon og ensomhet og ikke nødvendigvis har en sammenheng, da man kan være ensom uten å være sosialt isolert. Det foreligger likevel en sammenheng mellom redusert fysisk helse og sosial isolasjon. Ensomhet har en sammenheng med redusert psykiske helse som medfører ensomhet og sosial isolasjon. Funn i min studie tyder på at de eldre savnet sosial kontakt, hvor savnet etter å ha sosial kontakt ble forsterket under isolasjonstiden. Ifølge Ferguson (2021) er det svært viktig for de eldre å ha nære relasjoner da de skaper en felles tillit og trygghet for dem. Tidligere forskning av Cloutier-Fisher et al. (2011) viser at små sosiale grupper kan bidra til å redusere ensomhet og forebygge sosial isolasjon.

Funnene i min studie tyder på at det stor andel av det totale utvalget i studien som hadde utfordringer knyttet til sosial isolasjon. Tidligere forskning av Sepúlveda-Loyola et al. (2020) har undersøkt hvilken påvirkning sosial isolasjon gjennom Covid-19 pandemien har hatt på eldre sin mentale helse. Studien viser en negativ innvirkning på eldre, hvor sosial isolasjon har medvirket til økt mentale og fysiske problemer som depresjon, angst, søvnproblemer og lav fysisk aktivitet. Ifølge Kirchhoff et al. (2015) skiller vi ensomhet i to dimensjoner. Sosial isolasjon og emosjonell isolasjon som innebærer at enn savner et sosialt nettverk som er intimt og fortrolig. som kan knyttes opp mot tap av relasjoner som kan føre til reduksjon i psykisk velvære og gir økt risiko for depresjon og tidlig død. Ifølge Halvorsen (2008) er ensomhet tre dimensjonert, hvor sosial isolasjon er manglende relasjoner, kvantitativ dimensjon er en fysisk skille fra relasjoner som en ikke ønsker. Inter- personlig ensomhet er når en ikke føler seg inkludert og akseptert i fellesskapet. Funnene i studien min tyder på at eldre var mye ensomme under ned stengingen. En stor andel av det totale utvalget i studiene rapporterte at de var isolert, og uttrykte at deres sosiale liv og deltakelse hadde blitt

innskrenket som følge av Covid-19 pandemien samt tilbringer mindre tid samens med deres nære relasjoner.

Ifølge Hawkley and Casioppo (2010) kan mennesker leve isolert uten å føle seg ensomme, mens man også kan ha et stort sosialt nettverk og føle seg ensom. Ensomhet kan oppleves som en stressende og plagsomt når en føler at det sosial livet ikke blir oppfylt i kvalitativt eller kvantitativt med sosiale relasjoner. Funnene mine fra en studie tyder på at noen få eldre følte seg så ensom at det ble opplevd som en stor sykdom. Ifølge Halvorsen (2008) er ikke ensomhet en sykdom, men en subjektiv følelse som et menneske kan oppleve og føle, og ensomhet kan oppleves som svært smertefullt. Ensomhet og sosial isolasjon er ikke det samme, men at det kommer ifra følelsen til den ensomme og hvordan de stiller seg til relasjonene rundt seg, sett i forhold til den relasjonen de ønsker seg. Ifølge Hawkley and Casioppo (2010) er mennesker avhengig av en sikre og trygge sosiale omgivelser for å kunne føle seg komfortable.

Funnene i studien tyder på at eldre opplevde at følelsen av ensomhet ble redusert etter hvert som ukene gikk og etter noen uker følte store deler av den totale populasjonen at følelsen av ensomhet avtok litt. Ifølge Kirchhoff et al. (2015) er det familie, venner og naboer som er nettverket til den gamle, og det er de som er med på å redusere følelsen av ensomhet med å sikre en sosial kontakt. Ifølge Ranhoff (2014) er det viktig med mestring og tilpasning til tap av nære relasjoner, da det å ha en emosjonell kontakt med andre mennesker skaper en mindre følelse av ensomhet. Funnene i min studie tyder på at de fleste eldre opplevde ensomheten som mild over tid, det medførte at de kjedet seg og ble noe sløv, men mestret tiden med å lære seg nye ting som teknologi.

Ifølge Kvaal (2014) kan ensomhet oppleves som en endeløskjedsomhet, uro, anger og tristhet og følelse at man har blitt overlatt til seg selv. Ensomhet er utbredt hos eldre uavhengig om de mottar hjelp, og de har da lett for å isolere seg i sitt hjem. Ensomhet kan virke som at ingen bryr seg om deg, det er derfor viktig å være inkludert i fellesskapet. Dette kan samsvare med mine funn hvor eldre opplevde en økende ensomhet og følelser med å være en byrde. Ifølge Christensen et al. (2022) legger ensomme fortere merke til situasjoner som kan fremstå som truende i sosiale settinger, og økt oppmerksomheten til de negative sidene i sosiale sammenhenger fører til en vond sinende sirkel som fører til mer ensomhet og vansker med ha tillit og stole på andre mennesker. Funnene i min studie tyder på at det var ett fåtall av den totale populasjonen som opplevde ensomhet som alvorlig. Ifølge Halvorsen (2008) kan vi

ikke måle ensomhet, da ensomhet er en subjektiv følelse som hver enkelt føler, men noen hevder en kan måle det med å benytte et spørreskjema som personen selv er med på fylle ut. Ifølge Russell (1996) er UCLA loneliness scale et validert verktøy for å kunne måle ensomhet. Ifølge Halvorsen (2008) er Solitude den positive ensomheten som man ønsker seg og en ensomhet som man verdsetter og bruker for å pleie seg selv. Cloutier-Fisher et al. (2011) hevder at noen eldre kan være innadvendt og ha et mindre behov for sosial kontakt. Funnene i min studie tyder på at noen av deltakerne i utvalget var vant til å være ensomme og følte seg dyktig på å være ensom og ga uttrykk for at de trivdes i eget selskap. Min erfaring tilsier at hvis en skal bli dyktig eller flink til noe må man tilegne seg ny kunnskap, så min forståelse er at for å bli dyktig på å være ensom må man ha lært seg å være ensom og lære seg å trives i eget selskap. Slik min forståelse er viss man har måtte lært seg å være ensom, kommer det av mangel på sosiale relasjoner.

6.2.2 Depresjon og angst og emosjonelt stress.

Funnene i en av min viser at flere av de eldre som presenterte symptomer på depresjon ofte har symptomer etterlignende manifestasjon (Yurumez Korkmaz et al., 2021). Ifølge Cho et al. (2022) er kjønnsforskjell i hvordan symptomer på manifestasjon presenterer seg. Ifølge Kvaal (2014) er det karakteristiske kjennetegn på depresjon hos eldre, hvor de kan miste interesse for omgivelsene og tidligere interesser, og endrer atferd og sosial kontakt. Funn i min studie tyder på at de eldre opplevde store utfordringer og opplevde depresjon gjennom isolasjonstiden ifølge studien til Yurumez Korkmaz et al. (2021) presenterte deprimerte symptomer som fatigu, redusert hukommelse og søvnproblemer. Ifølge Kvaal (2014) er somatiske symptomer som søvnløshet og lav appetitt vanlig hos deprimerte samt negative følelser hvor de kan framstå som mimikkfattige og initiativløse. Funn i min studie tyder på at årsaken for at eldre utviklet depresjon under Covid-19 pandemien henger sammen med reduksjon i sosiale sammenkomster som har medført at eldre opplever isolasjon og ensomhet. Ifølge von Faber et al. (2016) er depresjon i alderdommen svært vanlig, og har en negativ innvirkning på helsen, velvære og sosiale relasjoner. Depresjon i alderdommen har en dårligere prognose enn å få diagnosen i ung alder. Ifølge Engedal (2003) har de fysiske faktorene en betydning for utvikling av depresjon, da somatiske sykdommer som kan medføre tap av fysisk helse, er den største risikofaktoren for utvikling av depresjon i alderdommen. Ifølge Kurniawidjaja et al. (2022) var depresjon gjennom Covid-19 pandemien assosiert med å ha en trygg inntekt/ pensjon så vell som det å ha sosial støtte. Alder var ikke dominerende for utvikling av depresjon da deres studie viser at depresjon var høyest i alderen 70-79 og

synkende over 80 år. Helse velferd og det å se presentabel ut var dominerende faktorer. Funn i min studie tyder på at det ikke er noen sammenheng mellom alder og depresjon.

Funn i tre av mine studier (Brown et al., 2021; Maggi et al., 2021; Yurumez Korkmaz et al., 2021) tyder på at de eldre har opplevd store utfordringer gjennom Covid-19 pandemien, og har gitt store innvirkninger på helsen, velvære og livskvaliteten til eldre. Pandemien har medført at den psykiske helsen hos eldre har blitt betydelig redusert som følge av depresjonen. En tidligere studie gjennomført av Nakamura et al. (2021) undersøkte de om de var fysiske og mentale forandringer hos eldre. Studien viser en betydelig høyre skår på depresjon. De eldre viste ingen endringer i smerte eller funksjonssvikt, men fremviste en økning i angst og hadde fått redusert gang evne og stor fallfare.

Ifølge Wyller (2015) er at depresjon hos eldre er vanlig, men kan variere utfra ulike grupper av eldre. Ifølge Bjørkløf and Barca (2019) er eldre kvinner er mer disponert for å utvikle depresjon, mulige årsaker kan være det å være etterlatt, tidligere depressive tanker, søvn vansker og nedsatt funksjonsnivå. Kvinner har hatt et større omsorgsbyrder og har som oftest lavere utdanning. Funnene i min studie tyder på at det skilles mellom depresjons stadier. Funnene i min studie tyder på at de fleste eldre som opplevde depresjon led av mild eller moderat depresjon. Ifølge Wyller (2015) skiller psykiatrien mellom å ha depresjon og depressive symptomer. Det anslå at depresjonsraten til eldre ligger på 12-19 % og at det kun er 2-4 % som har alvorlig depresjon.

Ifølge Kvaal (2014) deles depressive lidelser inn i Mild depresjon som blir ofte oversett og bagatellisert, og kan medføre forverring i somatisk sykdom og utvikles til alvorlig depresjon. Funnene i min studie tyder på at eldre hadde flere symptomer på depresjon hvor de presenterte symptomer som søvnproblemer, fatigue, nedsatt hukommelse, følelse av håpløshet og manifestasjons symptomer. Ifølge Wyller (2015) vil ikke gamle gi uttrykk for de samme symptomene for depresjon slik som yngre vil kunne presentere symptomer på depresjon. Hos eldre vises symptomene på depresjon ofte som psykomotorisk treghet, de mister interessen for omgivelsene, og det som normalt gir de glede og de får en mer indre uro og angst. Ifølge Kirkevold (2014) er det hyppig forekomst av depresjon hos gamle, men at det ofte blir oversett. Depresjon er noe som må tas alvorlig da det er en smertefull og plagsom sykdom som kan redusere levetid og rehabilitering. Derfor er det viktig å identifisere og behandle sykdommen.

Ifølge Engedal (2003) har depresjon i alderdommen en høy dødelighet sammenlignet med eldre som ikke er deprimert, deriblant selvmordsfaren, men det foreligger også noen stress faktorer som medfører økt fare for alvorlig somatisk sykdom. Funnene i min studie tyder på at det var (n=6) av de eldre av det totale antallet i populasjonen i studien som rapporterte om selvmordstanker som følge av depresjon, og mye tyder på at årsaken til depresjon med selvmordstanker hadde en sammenheng med forsinkelser i sykehusinnleggelse og behandling (Yurumez Korkmaz et al., 2021). Dette blir støttet av Louie et al. (2021) som hevder at gamle med depresjon i alderdommen har en større selvmordsfare enn jevnaldrende uten depresjon i alderdommen gjennom Covid-19 pandemien. Funn i min studie gir ingen informasjon på at det har vært gjort forsøk på selvmord hos eldre. Funnene i min studie tyder på at det var ett fåtall av de eldre som har hatt en mer alvorlig depresjonslidelse med selvmordstanker. Eldre kan ifølge Engedal and Tveito (2019) er en sorg prosess som vedvarer over tid en patologisk krisereaksjon som går over til psykisk lidelse med depresjon, psykose eller angsttilstand. Ifølge Kvaal (2014) finnes det kriterier som avgjør hvilken grad av depresjon enn kan få. Det er avgjørende med de generelle symptomene og ledsagende symptomer og at en må oppfylle kriterier for å kunne karakteriseres som depresjon og få diagnoser med depressive lidelser eller depresjon.

Funn i min studie tyder på at en stor andel av deltakerne hadde angst hvor kvinner presenterte en høyre forekomst av angst. Ifølge Bendixen (2019) er angst en normal reaksjon, som kan oppstå hos alle mennesker, og kan skape utfordringer når angsten vedvarer og skaper en angstlidelse. Ifølge Kvaal (2014) er angst en normalreaksjon som kommer frem i en stressende situasjon og kan fremvises i både somatiske og psykisk sykdom. Funn i min studie tyder på at angsten var relatert til forsinkelser i sykehusopphold og frykt for Covid-19, men ikke alle hadde lik opplevelse med angst. Ifølge Bendixen (2019) er angst en samlebetegnelse på en rekke angstlidelser og er noe som alle kan oppleve gjennom livet.

Funn i min studie tyder på at kvinner var dominerende med alvorlig angst lidelser. Ifølge Kvaal (2014) blir kvinner to til tre ganger oftere diagnostisert med angst i motsetning til menn, noe som kan komme av måleverktøyet er bedre tilrettelagt for kvinner. Slik funnene i min studie tilsier, kommer angsten i forskjellige forløp noen angir at de ikke oppleve noe angst, mens det er en høyest andel av utvalget som opplever en mild angst, hadde en mindre andel av utvalget opplevd at angsten var moderat eller svært alvorlig.

Tidligere forskning av Bergman et al. (2020) hevder at Covid-19 pandemien har påført eldre angst på bakgrunn av frykt for smitte og aldersdiskriminering. Funn i min studie tyder også på at det var samsvar mellom frykt for sykdom og at frykt for Covid-19 smitte var en utløsende faktor for utvikling av alvorlig angst lidelse. Derimot viser ikke mine funn noen sammenheng med angst og aldersdiskriminering, men at aldersdiskriminering kan ses i sammenheng med et følelses register og emosjonelt stress.

Ifølge Gribanov et al. er gamle kvinner og middelaldrende kvinner i en overgangsfase hvor angst for aldringsprosessen kan stå i fokus. Angsten kan komme på bakgrunn av økende emosjonell ustabilitet. Ifølge Barros et al. (2020) var det dobbelt så vanlig at kvinner opplevde angst og tristhet forhold til menn. Ifølge Sørly (2017) er den kjønnsforskjeller innenfor psykiatrien. Menn blir oftere diagnostisert med avhengighetslidelser og manglende impulskontroll, mens kvinner har depressive lidelser og angst som dominerende lidelser. Tidligere forskning av Wong et al. (2020) viser at kvinner opplevde mer angst og søvnproblemer som følge av kronisk sykdom og uteblitte legebesøk. Funn i min studie tyder på at lav mestringsevne er den dominerende faktor for at kvinner utvikler alvorlig angst.

6.2.3 Hvordan eldre håndterte den nye hverdagen

Funn i min studie tyder på at de eldre opplevde store begrensninger i hverdagen. Endringene i hverdagen gjorde at deres normale hverdagsrutiner måtte endres og dette ga innvirkninger på livskvaliteten til de eldre. Ifølge Sayin Kasar and Karaman (2021) kan eldre som ikke har noen sosial kontakt oppleve utfordringer under covid-19 pandemien. Eldre kan benytte flere ulike strategier for å håndtere krisen under Covid-19 pandemien slik som å ha samtaler med personer som de bryr seg om, og at det kan være ideelt å bruke kognitive atferdsterapi. Ifølge Koivunen et al. (2022) har eldres opplevelse av livskvalitet en betydning for deres stress og mestringsstrategier. Eldre som har en høy stress og mestringsstrategi vil ha en høyere livskvalitet uavhengig av restriksjonene i samfunnet. Ifølge Engedal and Tveito (2019) handler mestring om evnen til å kunne løse vanskelige problemer og hendelser som kan oppleves som svært belastende. Ifølge Engedal and Tveito (2019) er eldre mennesker med lav funksjonsevne er mer sårbare i en krisereaksjon, på grunn av manglende mestringsmekanismer, og mestring er evnen til å løse vanskelige situasjoner og kunne bearbeide kriser. Funn i min studie tyder på at flere av de eldre i utvalget mestret ensomheten med å finne ro til å få kontakt med egne følelser. Ifølge Fuller and Huseth-Zosel (2021) er

Covid-19 pandemien en betydelig stressfaktor grunnet de stadige forandringene og usikkerheten omkring hvor lenge pandemien vil vare.

Funn i min studie tyder på at de eldre opplevde at de fikk bedre tid til å nyte hverdagen. Nedstenging av samfunnet ga de en større frihet som gjorde at de kunne nyte livet og ga de en økt selvforståelse. Ifølge Fuller and Huseth-Zosel (2021) fant eldre mestringsstrategier som fungerte med holde seg opptatt og opprettholde sosial kontakt allerede fra begynnelsen av pandemien. Funn i min studie tyder på at eldre håndterte den nye hverdagen med nedstenging av samfunnet og reduserte kontakt med å holde seg opptatt i huset. De eldre startet med husarbeid og fikk tid til å ordne i hagen og nyte den.

Ifølge Burlacu et al. (2020) vil tro og religion gi en livsfilosofi og med verdier og holdninger som gjør de i stand til å fortolke meninger og gir de en økt selvforståelse. Funn i min studie tyder på at eldre fant mestring av hverdagen av tap og sorg med å henvende seg til religiøse tro (Ho et al., 2022). Tidligere forskning av Ghoncheh et al. (2021) hevder at eldre fant støtte i religion og at eldre er bedre i stand til å motstå psykisk stress når de henvender seg til religion. Ifølge Burlacu et al. (2020) trenger eldre en gudetro å støtte seg til for å kunne håndtere en stressfull hverdag med Covid-19. Ifølge Burlacu et al. (2020) opplever eldre mye livssorg som følge av tap av andre i samme aldersgrupper, ensomhet, isolasjon og psykisk stress gjennom Covid-19 pandemien. Ved begrensninger i sosialisering og deltakelse, kan religion hjelpe de å finne mening og gi ressurser for mestring av ensomhet.

Funn i min studie tyder på at noen av de eldre opplevde at de manglet rutiner i hverdagen noe som medførte at de følte seg rutineløse. Ifølge Fuller and Huseth-Zosel (2021) fant eldre mestring med Covid-19 pandemien med å holde seg opptatt og ivareta deres normale rutiner så mye som mulig. Når de ivaretok deres tidligere rutiner, ble ikke pandemien så overveldende (Fuller & Huseth-Zosel, 2021). Funn i min studie tyder på at noen av de eldre opplevde den nye hverdagen med lite aktiviteter som forstyrrende og medførte at de fikk urovekkende tankeganger. Ifølge Verhage et al. (2021) opplevde flere eldre seg som fortapt og bare ventet på at hverdagen skulle bli normal og livet igjen kunne starte og de kunne gjenoppta meningsfulle aktiviteter.

Funn i min studie tyder på at flere av det totale utvalget i studien opplevde store begrensninger i fysisk aktivitet. Tidligere forskning av Nakamura et al. (2021) har undersøkt Eldres funksjonsnivå og hvordan fysisk funksjon har endret seg etter nedstengingen på grunn

av Covid-19 pandemien. De fant en betydelig reduksjon i aktivitetsnivået til eldre fra 2019-2020 som har medført fallfare og frykt for å falle. Fallfaren har en sammenheng med lavt aktivitetsnivå hvor eldre har verget seg fra å bevege seg utendørs på grunn av smittefare.

Funn i min studie tyder på at nedstengingen og avlysninger i de daglige aktivitetene med fysisk trening har påvirket den fysiske helsen og gitt innvirkninger på tidligere sykdom med økt smerteproblematikk på grunn av nedsatt fysisk aktivitet. Ifølge Ghram et al. (2021) er fysisk aktivitet for eldre viktig for å forebygge alders relaterte sykdommer, og det foreligger en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykologisk velvære. Fysisk aktivitet vil bidra til å forebygge funksjonssvikt hos eldre som følge av alder, redusere fallfare, skrøpeligheit og kan bidra i til å ivareta kognitive funksjoner og gir positivt innvirkning på humøret.

6.3 Sosialt nettverk og deltakelse

6.3.1 Eldre sitt sosiale nettverk

Funnene i studien tyder på at eldre fikk store begrensninger i sosial kontakt og at det sosial nettverket til eldre hadde bestått av naboer, venner og familie. Ifølge Ferguson (2021) er det sosiale nettverket med voksne barn viktig for eldre. Sosial kontakt er viktig for å ivareta den emosjonell og psykologiske velvære for eldre, og har mye å si for livskvaliteten. Funnene i min studie tyder på at Covid-19 pandemien har ført til at eldre fikk begrensninger i sosiale deltakelser. Ifølge Pachana and Wuthrich (2021) var den største bekymringen for begrensninger i sosiale deltakelser at eldre risikerte å bli sosialt isolert. Tidligere forskning av Cloutier-Fisher et al. (2011) har sett på hvordan eldre oppfatter sitt nettverk og hva det innebærer å ha et begrenset sosialt nettverk. Denne studien antyder at små nettverk kan ha en positiv innvirkning på eldre og forebygger sosial isolasjon og ensomhet. Små foreninger som kirkeklubber kan bidra med å gi en sosial tilknytning. Covid-19 pandemien har medført reduksjon i sosiale sammenhenger og medført reduksjoner i sosiale relasjoner og kontakt med andre utenfor egen husstand. Funn i min studie tyder på at eldre fikk redusert kontakt med pårørende. Ifølge Pachana and Wuthrich (2021) var det å ha en rolle i sosial sammenhenger og størrelsen på nettverket viktig for en tilrettelegging for sosial deltakelse.

Ifølge Ferguson (2021) kunne relasjonene med eldre og familien være vanskelig. Eldre ønsket mer besøk og hadde vanskelig for å be de om å komme oftere på besøk. Eldre var innforstått med hvor avhengig de var av hjelp fra sine voksne barn og det medførte at de følte at de var en byrde for sin familie og at de krevde for mye av dem. Ifølge Ibsen et al. (2022) reduserte

eldre sitt sosiale nettverk i frykt for smitte. Eldre reduserte også nettverket sitt i frykt for å gjøre noe feil i forhold til restriksjonene som var, og at flere av restriksjonen var forvirrende for de eldre og de hadde derfor mindre kontakt med andre. Funn i en av mine studier Ho et al. (2022) uttrykker et få tall av informantene at de føler seg som en byrde og verdiløs for samfunnet, sett i sammenheng med funksjonssvikt og manglende funksjonalitet. Denne strukturelle sårbarheten bidro til nedsatt selvbetydning i forhold til tidligere forpliktelser og opplevd ensomhet. Funn i min studie tyder på at flertallet av de eldre i studiene ikke følte at de var en byrde for sine familier. Voksne barn hadde ikke noe imot å hjelpe sine familiemedlemmer, og det var familiemedlemmer til de eldre som sørget for å handle og sikre de medisinsk hjelp i løpet av nedstengningen.

Funn i min studie tyder på at eldre fikk hjelp og sosial støtte fra helsepersonell. Helsepersonellet hadde gjennom Covid-19 pandemien sørget for at de eldre fikk hjelp til handling av mat, sosial støtte. Helsepersonellet hadde vært tilgjengelig for de eldre og var en trygghet som de kunne ta kontakt med om det skulle være nødvendig. Ifølge Pachana and Wuthrich (2021) økte tilfredshet med helsepersonell og deres evne til å bidra med sosial støtte gjennom pandemien, og den økte sosial kontakten med brukerne skapte en økt jobb tilfredshet. Ifølge Ferguson (2021) anser eldre helsepersonell som instrumentell støtte og anså ikke helsepersonell som sosial relasjon. De eldre er avhengig av støtte og hjelp fra helsepersonell og anså de som en nødvendighjelp. Kun ett få tall eldre anså helsepersonell som en de kunne ha samtaler med, og det var avgjørende at de tok seg bryet med å bli kjent med deres pårørende. Ifølge Kirchhoff et al. (2015) var det å ha en fortrolig samtalepartner noe som hadde størst betydning, eldre definerte også helsepersonell som en fortrolig person i sitt nettverk. Hvor kvaliteten i relasjonene hadde betydning for hvordan eldre opplevde sosial tilhørighet og forebygget sosial isolasjon og ensomhet. Hvor helsepersonell som hadde en nettverksorientert tilnærming hadde en betydning for hvordan eldre opplevde ensomhet og brukeren fikk en opplevelse med å bety noe for andre (Kirchhoff et al., 2015).

6.3.2 Eldre sin digitale tilnærming under Covid-19 pandemien

Funnene i min studie tyder det på at de eldre brukte sosial medier i forkant av pandemien, men at bruken økte som følge av at de ønsket å opprettholde kontakt med venner og familie. Ifølge Keränen et al. (2017) kan internettbruk blant eldre være svært gunstig for å kunne opprettholde sosial kontakt. Internettbruk kan bidra til å øke velvære og livskvalitet ved å

holde kontakt med andre via digitale medier. Ifølge Lund (2021) har gamle en mangfoldig historisk bakgrunn og livserfaring, og deres utdanningsnivå varierer. Dette er viktig å ta hensyn til og man må også ta eventuelle konsekvenser av aldringsprosessen i betraktning for å forstå hvordan alt dette kan påvirke evnen til å gjøre bruk av ny teknologi. Engedal and Tveito (2019) påpeker at aldring ikke bare kan vurderes ut fra kronologisk alder, da aldringsprosessen er individuell, men at høy alder kan påvirke evnen til å tilegne seg ny informasjon. Ifølge Siren and Knudsen (2017) er det flest eldre over 60 år som ikke benytter seg av digitale medier, likevel er det 42% av eldre over 65 år som bruker internett.

Funn i min studie tyder på at eldre gjorde utstrakt bruk av digitale medier for å kommunisere med pårørende og andre som de ønsket å opprettholde sosial kontakt med. Funn i inkluderte studiene til Krendl and Perry (2021) påpeker at det totale tidsbruken på sosiale medier var på 42,6 timer i løpet av to uker. Ifølge en studie av Ibsen et al. (2022) hadde eldre kontakt med sitt nettverk av familie og venner i underkant av en time daglig. Funn i studien til Lee et al. (2020) viste at yngre eldre med god utdanning og europeisk herkomst hadde større sannsynlighet for å bruke digitale medier enn andre. Samlet sett virker det slik at mange eldre har brukt digitale medier under pandemien for å opprettholde kontakt med sitt sosiale nettverk. Det er varierende forskningsfunn hvorvidt digitale medier kan avhjelpe ensomhet. Funnene i studien til Fang et al. (2019) tyder på at digitale medier førte til en større følelse av ensomhet, men skapte en reduksjon i de psykologiske symptomene. Ifølge Kikuchi et al. (2022) fikk de eldre et annet innsyn i hvordan andre levde når de kommuniserte via digitale plattformer, dette skapte interesse for andre.

Ifølge Rumei et al. (2021) fikk ikke eldre gjennom de tjenestene de trengte fra primær helsetjenesten under Covid-19 pandemien fordi de eldre ikke kunne anvende teknologien slik at nødvendig tilsyn kunne gjennomføres digitalt. Funnene i min studie tyder likevel på at en stor andel av de eldre gjennomførte legetjenestene digitalt. De hadde også egne chattegrupper med hjemmetjenesten via en telefonapper som gjorde det mulig å kommunisere med helsepersonellet om sine behov. Her er det likevel viktig å merke seg at rekrutteringen i flere av de studiene jeg inkluderte foregikk digitalt. Dermed er det sannsynlig at bare eldre som kunne bruke slike tjenester ble representert i disse studiene. Dette harmonerer med at flertallet av populasjonen av eldre i de inkluderte studiene allerede brukte sosial medier i forkant av pandemien, de benyttet Whatsapp, Face time, Facebook, Messenger, zoom og Skype for å opprettholde kontakt med venner og familie. Likevel tyder noen av funnene i min studie at det foreligger utfordringer for de eldre med å delta i en digital hverdag fordi ikke alle hadde like

stor tilgang på smarttelefoner av økonomiske grunner Andre hadde ikke tilgang til internett eller hadde ustabil strømforsyning. Ifølge Bixter et al. (2019) som fastslår at noen av årsakene til eldres manglende bruk av sosiale medier er økonomiske forhold.

Funnene i min studie tyder på at eldre sin bruk av digitale medier endret seg gjennom pandemien. Undervisning fra pårørende var medvirkende. Dette er i tråd med funnene i studien til Ivan et al. (2020) som at pårørendes innflytelse kan gjøre dem til trygge brukere på lik linje med yngre. Funnen i min studie tyder på at ett fåtall av det totale antallet med eldre klarte å utnytte funksjonene til smarttelefoner, og brukte den kun som telefon.

Funnene tyder på at ett fåtall av de eldre klarte å utnytte funksjonene til smarttelefonen og en del klandret seg selv for sitt begrensede kunnskapsnivå og noen følte seg stigmatisert på grunn av dette. Sist nevnte er funnet i tråd med resultater i studien til Brooke and Clark (2020) som antyder en stigmatisering med tanke på eldres bruk av digitale medier. Ifølge García-Vigara et al. (2022) kan eldre som aldri har vært eksponert for elektronikk i sin yngre dager være litt mer motvillig til å bruke den. Lund (2021) påpeker at det er tre faktorer som spiller inn ved eldre sin digitale tilnærming slik som intellektuell nysgjerrighet, tilgjengelighet og selvtillit. Ifølge García-Vigara et al. (2022) er skrøpelighet en årsak til hvorfor færre kvinner bruker sosiale medier. Det er flest kvinner som har god helse som bruker disse. Funn i to av mine studier tyder på at det var ett mindre antall eldre i det totale antallet i studien som hadde følt seg ukomfortabel med å bruke digital kommunikasjon. Ifølge García-Vigara et al. (2022) har alder, kognitive ferdigheter en medvirkende rolle hvor vidt eldre bruker digital kommunikasjon, men at opplevelsen med bruken av internett er en avgjørende faktor for om eldre vil komme til å bruke digital kommunikasjon (García-Vigara et al., 2022). Ifølge Locsin et al. (2021) treng eldre mer opplæring i bruken av digitale tjenester, da mange eldre opplever utfordringer relatert til nedsatt motorikk og hukommelse. Ifølge Keränen et al. (2017) sine funn som viser at eldres bruk av digitale plattformer har en sammenheng mellom fysisk funksjonsnivå.

6.4 Metodediskusjon

Hensikten med denne oppgaven var å granske og sammenstille tidligere forskning som har sett på hvordan isolasjon og ensomhet under Covid-19 pandemien har påvirket den psykiske helsen til eldre. Jeg har valgt å gjøre en litteraturstudie med systematisk tilnærming i tråd med

Aveyard (2019) fremgangsmåte. Litteraturstudie er en omfattende metode hvor jeg gransker og sammenstilt allerede eksisterende forskning og litteratur som omhandler mitt tema, slik at jeg kan besvare mitt forskningsspørsmål. På denne måten vil min studie kunne danne grunnlag for videre forskning på området.

6.4.1 Svakheter og styrker i denne litteraturstudien

Jeg har gjennom litteraturstudie med systematisk tilnærming har jeg sammenfattet eksisterende forskning vedrørende Covid-19 pandemien innvirkning på eldre sin psykiske helse og deres sosiale relasjoner. Aveyard (2019) påpeker at det er viktig å være kritisk til sin egen rolle som forsker. Jeg har ingen tidligere erfaringer med å anvende denne metoden og dette kan ha medført at litteratursøket ikke er like godt gjennomført som en erfaren forsker ville ha gjort det. Dermed kan jeg ha gått glipp av viktige data. Oppgavens tidsramme kombinert med de utfordringene en pågående pandemi førte med seg kan også ha gitt negativ innvirkning på kvaliteten. Det har krevd mye tid å sette seg inn i forskningsprosessene som en litteraturstudie med systematisk tilnærming medfører. Det at jeg er uerfaren med å gjøre systematiske søk og er ukjent med å gjøre forskning og kan det ha bidratt til at jeg har gått glipp av flere viktige materialer som jeg kunne ha bygd opp studien med. Studien min inkluderer forskningsartikler med flere metoder, noe som kan ha gitt innvirkning på resultatet da det har vært vanskelig å sammenfatte alle de ulike metodene. Ifølge Aveyard (2019) bør analysen og koding av innholdet analyse prosessen gjøres av to eller tre personer som for å kunne oppnå maksimal innsikt i dataene. Jeg har gjort analysen og kode prosessen alene, og dette kan da ha medført redusert kvalitet i analysen og funnene i min studie. Mine egne praksiserfaringer under Covid-19 pandemien som inngår i min forforståelse kan ha gjort innvirkninger på min utvelgelsesprosess uten at jeg har vært bevisst på det.

6.4.2 Svakheter og styrker i de inkluderte studiene

Kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene viste at de var av god kvalitet i tråd med kvalitetsanalysen av Moola et al. (2017). Rekruteringsmåtene til studiene jeg inkluderte var veldig ulike. Noen av studiene gjorde snøballrekrutering eller rekrutterte digitalt mens andre rekrutterte deltakere fra nabolaget. Ifølge Polit and Beck (2020) er det godkjente rekruteringsmåter men at det kan føre til en risiko for bias. Den pågående pandemien kan ha gitt innvirkninger i hvordan rekruteringen til studien har foregått, da det ikke lengre var faste møteplasser for eldre, og de var i større grad vanskeligere å få tak på og dermed vanskelig å rekruttere til en studie. Det er en skjevfordeling av kjønn i studiene, hvor kvinner er over

representert. Ikke alle studiene er gjort mens nedstengingen pågikk, men er en representasjon av deltakernes opplevelse under nedstengningen under covid-19 pandemien. Rekruttering gjennom digitale medier kan ha ført til at friskere og mere ressurssterke eldre ble rekruttert noe som kan ha gitt et unyansert resultat. Landene studiene er gjort i, har forskjellig sosioøkonomisk bakgrunn og det tilsier at resultatene må anvendes med forsiktighet med tanke på overførbarhet til vestlige land.

6.4.3 Implikasjoner for praksis

Sosial isolasjon og ensomhet hos eldre har vekket bekymring lenge før Covid-19 pandemien og funnene i studien tyder på at sosial isolasjon, angst og ensomhet har tiltatt under pandemien. Vi har fortsatt ikke sett de langsiktige konsekvensene av ensomhet og isolasjon under pandemien og pandemien er ikke over i mange land. Det er derfor viktig at helsepersonell og helsemyndigheter er observante på dette og setter i verk tiltak for å følge opp og forebygge langsiktige konsekvensene av isolasjon og ensomhet som kan medføre alvorlige lidelser hos eldre. Dette krever trolig en større innsats av helsevesenet i tiden fremover og det må jobbes målrettet og kunnskapsbasert for å unngå at depresjon og angst får enda større fotfeste hos eldre.

Funnene i studien viser at mange eldre ikke fikk fulgt opp sine helseproblemer under pandemien. Nedstengte aktiviteter og utsatte fysikalske behandlinger og inaktivitet kan ha medført at eldre har fått funksjonssvikt og andre helseproblemer. Dette bør følges opp av helsevesenet. Helsestasjon for eldre eller annen oppsøkende virksomhet for å kartlegge eldre i risiko gruppen og for å kunne iverksette forebyggende tiltak kan også være på sin plass. Funnene i studien gir også grunnlag for økt innsats i forhold til å lære opp eldre til å bruke digitale plattformer for sosial kontakt med andre og med helsetjenesten.

6.5 Anbefalinger for fremtidig forskning

Mye av forskningen som har vært gjennom pandemien har foregått digitalt og har derved utelukket eldre som ikke er på digitale plattformer. Fremtidig forskning bør fokusere på eldre som ikke har brukt digitale medier for å undersøke hvordan deres psykiske og fysiske helse har blitt påvirket av pandemien. Forskning bør også dreie seg om hvordan eldre fysiske helse er blitt påvirket som følge av nedstengingen med utsatte legetimer og smittefrykt som har hindret eldre oppsøke lege.

Ett flertall av studiene som finnes på det aktuelle området bruker kvantitative metoder. Det trengs mer kvalitativ forskning for å kartlegge eldres subjektive opplevelser under pandemien, med tanke på isolasjon, ensomhet men også hvordan de har erfart sykdommen på kroppen under innleggelse og behandling og hvordan de har opplevd å ikke få besøk av pårørende.

7 Konklusjon

Covid-19 pandemien har medført en større belastning for eldre på grunn av økt isolasjon og ensomhet. Dette har virket negativt på eldres psykiske helse i form av smittefrykt, angst og depresjon. Eldre har samtidig vist at de har mestringssevne og er tilpasningsdyktig, og mange har benyttet seg av digitale medier for å holde kontakt med familie og nettverk. Studien har implikasjoner for praksis med tanke på et økt helsereelatert oppfølgingsbehov i tiden som kommer for å kartlegge og forebygge uheldige langtidsvirkninger av pandemien for den eldre befolkningen. Det trengs mer kvalitativ forskning på hvordan de eldre selv har opplevd isolasjon, ensomhet og eventuelle innleggelse og behandling. Det bør fokuseres mer på eldre som ikke hadde tilgang på digitale medier under pandemien.

Referanseliste

- Adams, L. M., Gell, N. M., Hoffman, E. V., Gibbons, L. E., Phelan, E. A., Sturgeon, J. A., Turk, D. C., & Patel, K. V. (2021). Impact of COVID-19 'Stay Home, Stay Healthy' Orders on Function among Older Adults Participating in a Community-Based, Behavioral Intervention Study. *Journal of Aging & Health, 33*(7/8), 458-468. <https://doi.org/10.1177/0898264321991314>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th ed. ed.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Barros, M. B. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S., Romero, D., Souza Júnior, P. R. B., Azevedo, L. O., Machado Í, E., Damacena, G. N., Gomes, C. S., Werneck, A. O., Silva, D., Pina, M. F., & Gracie, R. (2020). Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. *Epidemiol Serv Saude, 29*(4), e2020427. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018> (Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19.)
- Bendixen, A. B. (2019). Angst. In *Alderspsykiatri* (1. utgave. ed.). Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Bergman, Y. S., Cohen-Fridel, S., Shrira, A., Bodner, E., & Palgi, Y. (2020). COVID-19 health worries and anxiety symptoms among older adults: the moderating role of ageism. *Int Psychogeriatr, 32*(11), 1371-1375. <https://doi.org/10.1017/s1041610220001258>
- Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2016). *How to do a systematic literature review in nursing : a step-by-step guide* (2nd ed. ed.). Open University Press.
- Birkeland, A., & Natvig, G. K. (2008). Old, in need for help and alone/gamle, hjelpetrengende og alene. *Vard i Norden, 28*(1), 18.
- Bixter, M. T., Blocker, K. A., Mitzner, T. L., Prakash, A., & Rogers, W. A. (2019). Understanding the use and non-use of social communication technologies by older adults: A qualitative test and extension of the UTAUT model. *Gerontechnology, 18*(2), 70-88. <https://doi.org/10.4017/gt.2019.18.2.002.0>
- Bjørkløf, G. H., & Barca, M. L. (2019). Depresjon. In M. Tveito (Ed.), *Alderspsykiatri*.
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Brooke, J., & Clark, M. (2020). Older people's early experience of household isolation and social distancing during COVID - 19. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 29*(21/22), 4387-4402. <https://doi.org/10.1111/jocn.15485>
- Brooke, J., Dunford, S., & Clark, M. (2022). Older adult's longitudinal experiences of household isolation and social distancing during the COVID-19 pandemic. *Int J Older People Nurs, e12459-e12459*. <https://doi.org/10.1111/opn.12459>
- Brown, L., Mossabir, R., Harrison, N., Brundle, C., Smith, J., & Clegg, A. (2021). Life in lockdown: a telephone survey to investigate the impact of COVID-19 lockdown measures on the lives of older people (≥75 years). *Age & Ageing, 50*(2), 341-346. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa255>
- Burlacu, A., Mavrichi, I., Crisan-Dabija, R., Jugrin, D., Buju, S., Artene, B., & Covic, A. (2020). "Celebrating old age": an obsolete expression during the COVID-19 pandemic? Medical, social, psychological, and religious consequences of home

- isolation and loneliness among the elderly. *Archives of Medical Science*, 16(4), 1-11. <https://doi.org/10.5114/aoms.2020.95955>
- Cao, H., & Shi, Y. (2020). Convalescent plasma: possible therapy for novel coronavirus disease 2019. *Transfusion*, 60(5), 1078-1083. <https://doi.org/10.1111/trf.15797>
- Cho, I. Y., Kang, J., Ko, H., Sung, E., Chung, P. W., & Kim, C. (2022). Association Between Frailty-Related Factors and Depression among Older Adults. *Clinical Gerontologist*, 45(2), 366-375. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1952676>
- Christensen, R., Haenschel, C., Gaigg, S., & Fett, A.-K. (2022). Loneliness, positive, negative and disorganised Schizotypy before and during the COVID-19 pandemic. *Schizophr Res Cogn*, 100243-100243. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2022.100243>
- Cifuentes-Faura, J. (2021). Do the determinants of the COVID-19 mortality rate differ between European Union countries with different adult population pyramids? *Public Health (Elsevier)*, 198, 82-84. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.06.018>
- Cloutier-Fisher, D., Kobayashi, K., & Smith, A. (2011). The subjective dimension of social isolation: A qualitative investigation of older adults' experiences in small social support networks. *Journal of aging studies*, 25(4), 407-414. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2011.03.012>
- Coyle, C. E., & Dugan, E. (2012). Social Isolation, Loneliness and Health Among Older Adults. *Journal of Aging & Health*, 24(8), 1346-1363. <https://doi.org/10.1177/0898264312460275>
- de Souza, C. D. F., de Arruda Magalhães, A. J., Lima, A. J. P. D., Nunes, D. N., de Fátima Machado Soares, É., de Castro Silva, L., Santos, L. G., dos Santos Cardoso, V. I., Nobre, Y. V. S., & do Carmo, R. F. (2020). Clinical manifestations and factors associated with mortality from COVID - 19 in older adults: Retrospective population - based study with 9807 older Brazilian COVID - 19 patients. *Geriatrics & Gerontology International*, 20(12), 1177-1181. <https://doi.org/10.1111/ggi.14061>
- Dennis, D., Radnitz, C., & Wheaton, M. G. (2021). A Perfect Storm? Health Anxiety, Contamination Fears, and COVID-19: Lessons Learned from Past Pandemics and Current Challenges. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(3), 497-513. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00109-7>
- Dignity, G. (2022). *Verdighetprinsippene*. Globaldignity.no. Retrieved 02.04.22 from Ekoh, P. C., George, E. O., & Ezulike, C. D. (2021). Digital and Physical Social Exclusion of Older People in Rural Nigeria in the Time of COVID-19. *Journal of Gerontological Social Work*, 64(6), 629-642. <https://doi.org/10.1080/01634372.2021.1907496>
- Engedal, K. (1983). *GDS Geriatrisk depresjonsskala*. Retrieved 25.02.21 from Engedal, K. (2003). Etter 70 er alt trist og leit. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*.
- Engedal, K., & Bjørkløf, G. H. (2014). *Depresjon hos eldre : psykologisk og biologisk forståelse og behandling*. Hertervig forl.
- Engedal, K., Kvaal, K., Korsnes, M., Barca, M. L., Borza, T., Selbaek, G., & Aakhus, E. (2012). The validity of the Montgomery–Aasberg depression rating scale as a screening tool for depression in later life. *J Affect Disord*, 141(2), 227-232. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.042>
- Engedal, K., & Tveito, M. (2019). Aldring. In M. Tveito (Ed.), *Alderspsykiatri* (1. utgave. ed., pp. 20-32). Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Eronen, J., Paakkari, L., Portegijs, E., & Rantanen, T. (2021). Coronavirus-related health literacy and perceived restrictiveness of protective measures among community-dwelling older persons in Finland. *Aging Clinical & Experimental Research*, 33(8), 2345-2353. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01928-6>

- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
- Fang, Y., Chau, Anson K. C., Fung, Helene H., Woo, J., Chau, A. K. C., & Fung, H. H. (2019). Loneliness Shapes the Relationship between Information and Communications Technology Use and Psychological Adjustment among Older Adults. *Gerontology*, 65(2), 198-206. <https://doi.org/10.1159/000495461>
- Ferguson, J. M. (2021). How Do the Support Networks of Older People Influence Their Experiences of Social Isolation in Care Homes? *Social inclusion*, 9(4), 315-326. <https://doi.org/10.17645/si.v9i4.4486>
- Fernandes, C. P., Vilaverde, D., Freitas, D., Pereira, F., & Morgado, P. (2021). Very Late Onset of Obsessive-Compulsive Disorder: Case Report and Review of Published Cases in Those More Than 60 Years Old. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 209(3), 208-211. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001284>
- FN's Verdenserklæring om menneskerettighetene, 5 (1948).
- Forskningsdata, N.-N. s. f. (2022). *NSD- Vi sørger for at data om mennesker og samfunn kan hentes inn, bearbejdes, lagres og deles trygt og lovlig, i dag og i fremtiden*. nsd.no. Retrieved 26.03.22 from
- Fuller, H. R., & Huseth-Zosel, A. (2021). Lessons in Resilience: Initial Coping Among Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Gerontologist*, 61(1), 114-125. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa170>
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One*, 15(4), e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- García-Vigara, A., Cano, A., Fernández-Garrido, J., Carbonell-Asíns, J. A., Tarín, J. J., Sánchez-Sánchez, M. L., & Carbonell-Asíns, J. A. (2022). Non-use of information and communication technology as a predictor of frailty in postmenopausal midlife and older women. *Maturitas*, 156, 60-64. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2021.05.010>
- Ghoncheh, K. A., Chieh-hsiu, L., Chung-Ying, L., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2021). Fear of COVID-19 and religious coping mediate the associations between religiosity and distress among older adults. *Health Promotion Perspectives*, 11(3), 316-322. <https://doi.org/10.34172/hpp.2021.40>
- Ghram, A., Briki, W., Mansoor, H., Al-Mohannadi, A. S., Lavie, C. J., & Chamari, K. (2021). Home-based exercise can be beneficial for counteracting sedentary behavior and physical inactivity during the COVID-19 pandemic in older adults. *Postgraduate Medicine*, 133(5), 469-480. <https://doi.org/10.1080/00325481.2020.1860394>
- Gorenko, J. A., Moran, C., Flynn, M., Dobson, K., & Konnert, C. (2021). Social Isolation and Psychological Distress Among Older Adults Related to COVID-19: A Narrative Review of Remotely-Delivered Interventions and Recommendations. *Journal of Applied Gerontology*, 40(1), 3-13. <https://doi.org/10.1177/0733464820958550>
- Gribanov, A. V., Deputat, I. S., Dzhos, Y. S., Nehoroshkova, A. N., Bolshevidtseva, I. L., Kereush, Y. V., Deryabina, I. N., Startseva, L. F., Emeljyanova, T. V., Bagretsova, T. V., & Ikonnikova, I. V. (2015). DIFFERENTIATED ASSESSMENT OF ANXIETY IN ELDERLY WOMEN. Prague.
- Halvorsen, k. (2008). Veier inn i og ut av ensomhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(3), 258-267.
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). *Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms* [218-227]. Mahwah, N.J. .:
- Ho, K. H. M., Mak, A. K. P., Chung, R. W. M., Leung, D. Y. L., Chiang, V. C. L., & Cheung, D. S. K. (2022). Implications of COVID-19 on the Loneliness of Older Adults in

- Residential Care Homes. *Qual Health Res*, 32(2), 279-290.
<https://doi.org/10.1177/10497323211050910>
- Horn, S. A., Jølstad, B., Barra, M., & Solberg, C. T. (2021). Er covid-19 alvorlig? Det norske alvorlighetskriteriet for helseprioriteringer i møte med en pandemi. *Is covid-19 severe? - the Norwegian severity criterion for priority setting meets the pandemic*(2), 1-14. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-02-01>
- Hynninen, M. (2020). Angst og bekymringer. In M. Bystad (Ed.), *Psykisk helse hos eldre : mestring og behandling* (1. utgave. ed.). Gyldendal.
- Håkonsen, K. M. (2013). *Innføring i psykiatri* (Vol. 4). Gyldendal Norske Forlag AS.
- Ibsen, T. L., Ibsen, T. L., Rokstad, A. M. M., Eriksen, S., Bjørkløf, G. H., Tveito, M., Bergh, S., & Selbæk, G. (2022). *Sosial isolasjon blant eldre under koronapandemien*. Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Ivan, L., Loos, E., & Bird, I. (2020). The impact of 'technology generations' on older adults' media use: Review of previous empirical research and a seven-country comparison. *Gerontechnology*, 19(4), 1-19. <https://doi.org/10.4017/gt.2020.19.04.387>
- Jazi, A. N., & Asghar-Ali, A. A. (2020). Obsessive-Compulsive Disorder in Older Adults: A Comprehensive Literature Review. *Journal of Psychiatric Practice®*, 26(3), 175-184. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000463>
- Jiwani, Z., Cadwell, O. G., Parnes, M., & Brown, A. D. (2021). Uncertainty in the Time of Corona: Precautionary Adherence, Fear, and Anxiety in New York City During the COVID-19 Pandemic. *J Nerv Ment Dis*, 209(4), 251-255. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001308>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforl.
- Keränen, N. S., Kangas, M., Immonen, M., Similä, H., Enwald, H., Korpelainen, R., & Jämsä, T. (2017). Use of Information and Communication Technologies Among Older People With and Without Frailty: A Population-Based Survey. *J Med Internet Res*, 19(2), e29-e29. <https://doi.org/10.2196/jmir.5507>
- Kikuchi, M., Kamishima, T., Abe, H., Onishi, R., Takashima, R., & Hirano, M. (2022). Older rural people's perception of connectedness through a communication application: A qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 24(1), 163-173. <https://doi.org/10.1111/nhs.12908>
- Kimiko, T., Norio, K., Hiroshi, H., Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2017). Positive and negative influences of social participation on physical and mental health among community-dwelling elderly aged 65-70 years: a cross-sectional study in Japan. *BMC Geriatrics*, 17, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0502-8>
- Kirchhoff, J., W. , Grøndahl, V. A., & Andersen, K. L. (2015). Betydningen av sosiale nettverk og kvalitet på pleien for opplevelse av ensomhet blant brukere av hjemmesykepleie. *Nordisk sykeplejeforskning*(3), 266-282.
- Kirkevold, M. (2014). kartlegging. In *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Kjerkol, I., Linset, K., & Westeren, K. I. (2020). *Virkninger av COVID-19 på tjenestetilbud, kommunikasjon og livssituasjon for eldre som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester i Stjørdal kommune*.
- Koivunen, K., Portegijs, E., Sillanpää, E., Eronen, J., Kokko, K., & Rantanen, T. (2022). Maintenance of high quality of life as an indicator of resilience during COVID-19 social distancing among community-dwelling older adults in Finland. *Quality of Life Research*, 31(3), 713-722. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-03002-0>
- Kotwal, A. A., Holt - Lunstad, J., Newmark, R. L., Cenzer, I., Smith, A. K., Covinsky, K. E., Escueta, D. P., Lee, J. M., & Perissinotto, C. M. (2021). Social Isolation and

- Loneliness Among San Francisco Bay Area Older Adults During the COVID - 19 Shelter - in - Place Orders. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(1), 20-29. <https://doi.org/10.1111/jgs.16865>
- Krendl, A. C., & Perry, B. L. (2021). The Impact of Sheltering in Place During the COVID-19 Pandemic on Older Adults' Social and Mental Well-Being. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 76(2), e53-e58. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa110>
- Kroll, N. L., Sanchez-Jones, T., Atchley, M. D., & Etcher, L. (2021). COVID-19 and the golden years. *Nurse practitioner*, 46(6), 37-42. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000743320.82081.6a>
- Kurniawidjaja, M., Susilowati, I. H., Erwandi, D., Kadir, A., Hasiholan, B. P., & Al Ghiffari, R. (2022). Identification of Depression Among Elderly During COVID-19. *Journal of Primary Care & Community Health*, 1-12. <https://doi.org/10.1177/21501319221085380>
- Kvaal, K. (2009). *Psykiske lidelser i eldre år: En av tidens største helseutfordringer* [142-148]. Oslo.
- Kvaal, K. (2014). Angst og depresjon. In *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Latkin, C. A., Dayton, L., Kaufman, M. R., Schneider, K. E., Strickland, J. C., & Konstantopoulos, A. (2022). Social norms and prevention behaviors in the United States early in the COVID-19 pandemic. *Psychology, Health & Medicine*, 27(1), 162-177. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.2004315>
- Lee, O. E.-K., Kim, D.-H., & Beum, K. A. (2020). Factors affecting information and communication technology use and eHealth literacy among older adults in the US and South Korea. *Educational Gerontology*, 46(9), 575-586. <https://doi.org/10.1080/03601277.2020.1790162>
- Locsin, R. C., Soriano, G. P., Juntasopepun, P., Kunaviktikul, W., & Evangelista, L. S. (2021). Social transformation and social isolation of older adults: Digital technologies, nursing, healthcare. *Collegian*, 28(5), 551-558. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.01.005>
- Louie, L. L. C., Chan, W. C., & Cheng, C. P. W. (2021). Suicidal Risk in Older Patients with Depression During COVID-19 Pandemic: a Case-Control Study. *East Asian Archives of Psychiatry*, 31(1), 3-8. <https://doi.org/10.12809/eaap2055>
- Lund, B. (2021). Predictors of use of digital technology for communication among older adults: analysis of data from the health and retirement study. *Working with Older People: Community Care Policy & Practice*, 25(4), 294-303. <https://doi.org/10.1108/WWOP-01-2021-0002>
- Lunde, L.-H. (2020). Aldring og myter om eldre. In M. Bystad (Ed.), *Psykisk helse hos eldre : mestring og behandling* (1. utgave. ed.). Gyldendal.
- MADRS- S Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale In (Vol. 2021). Helsebiblioteket.no: Ulrik Malt.
- Maggi, G., Baldassarre, I., Barbaro, A., Cavallo, N. D., Cropano, M., Nappo, R., & Santangelo, G. (2021). Mental health status of Italian elderly subjects during and after quarantine for the COVID - 19 pandemic: a cross - sectional and longitudinal study. *Psychogeriatrics*, 21(4), 540-551. <https://doi.org/10.1111/psyg.12703>
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *J Anxiety Disord*, 74, 102258. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>
- Moola, S., Munn, Z., Tufanuru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P.-F. (2017). The Joanna Briggs Institute Reviewer's

- Manual. In Z. Munn (Ed.), *Aromataris E* (Vol. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk). <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>: The Joanna Briggs Institute.
- Munkejord, M. C., Schönfelder, W., & Eggebø, H. (2018). Sosial omsorg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 298-306. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-12>
- Nakamura, M., Imaoka, M., Nakao, H., Hida, M., Imai, R., Tazaki, F., & Takeda, M. (2021). Increased anxiety about falls and walking ability among community - dwelling Japanese older adults during the COVID - 19 pandemic. *Psychogeriatrics*, 21(5), 826-831. <https://doi.org/10.1111/psyg.12750>
- National Academies of Sciences, E., and Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; Health and Medicine Division; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences; Board on Health Sciences Policy; Committee on the Health and Medical Dimensions of Social Isolation and Loneliness in Older Adults. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults : opportunities for the health care system*. National Academies Press. <https://doi.org/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557974/>
- Nyquist, H. S. (2019). Personlighet og personlighetsforstyrrelser. In *Alderspsykiatri* (1. utgave. ed.). Forlaget aldring og helse - akademisk.
- O'Rourke, H. M., Collins, L., Sidani, S., & O'Rourke, H. M. (2018). Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 18(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0897-x>
- Okamura, T., Sugiyama, M., Inagaki, H., Miyamae, F., Ura, C., Sakuma, N., Edahiro, A., Taga, T., Tsuda, S., & Awata, S. (2021). Depressed mood and frailty among older people in Tokyo during the COVID - 19 pandemic. *Psychogeriatrics*, 21(6), 892-901. <https://doi.org/10.1111/psyg.12764>
- Om lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. (2006). (Vol. nr 58, 2005-2006). Departementet.
- Pachana, N. A., & Wuthrich, V. M. (2021). Social Inclusion and Isolation: Research for the Post-COVID Era and Beyond. *Clinical Gerontologist*, 44(4), 355-358. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1934283>
- Page, M., EJ, M., Bossuyt, P., Boutrín, i., Hoffmann, T., Mulrow, C., & all., e. (2020). *Prisma Flow diagram 2020* <https://doi.org/http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>
- Polenick, C. A., Perbix, E. A., Salwi, S. M., Maust, D. T., Birditt, K. S., & Brooks, J. M. (2021). Loneliness During the COVID-19 Pandemic Among Older Adults With Chronic Conditions. *Journal of Applied Gerontology*, 40(8), 804-813. <https://doi.org/10.1177/0733464821996527>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Ranhoff, A. H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. In *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Rumei, Y., Yan, D., Haocen, W., Chumin, J., & Yun, J. (2021). Technology for Healthy Aging: Use of Electronic Communication among Older Adults. *Innovation in aging*, 5(Supplement_1), 634-635. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab046.2398>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *J Pers Assess*, 66(1), 20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Sattari, S., & Billore, S. (2020). Bring it on Covid-19: being an older person in developing countries during a pandemic. *Working with Older People: Community Care Policy & Practice*, 24(4), 281-291. <https://doi.org/10.1108/WWOP-06-2020-0030>

- Sayin Kasar, K., & Karaman, E. (2021). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 42(5), 1222-1229. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.03.010>
- Scott, J. M., Yun, S. W., & Qualls, S. H. (2021). Impact of COVID-19 on the Mental Health and Distress of Community-Dwelling Older Adults. *Geriatr Nurs*, 42(5), 998-1005. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.06.020>
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938-947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1500-7>
- Singh, S., Bhutani, S., & Fatima, H. (2020). Surviving the stigma: lessons learnt for the prevention of COVID-19 stigma and its mental health impact. *Mental Health & Social Inclusion*, 24(3), 145-149. <https://doi.org/10.1108/MHSI-05-2020-0030>
- Singhal, T. (2020). A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian Journal of Pediatrics*, 87(4), 281-286. <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>
- Siren, A., & Knudsen, S. G. (2017). Older Adults and Emerging Digital Service Delivery: A Mixed Methods Study on Information and Communications Technology Use, Skills, and Attitudes. *J Aging Soc Policy*, 29(1), 35-50. <https://doi.org/10.1080/08959420.2016.1187036>
- Skaar, R., Fensli, M., & Söderhamn, U. (2010). Behov for praktisk hjelp og sosial kontakt: en intervjustudie blant hjemmeboende eldre i Norge. *Vard i Norden*, 30(2), 33.
- Sætrevik, B., Bærøe, K., Carlsen, B., & Bjørkheim, S., B. (2021). Nordmenn stolte på myndighetenes informasjon og tiltak i starten av koronapandemien. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 24(2), 1-16. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-02-06>
- Sørly, R. (2017). Relasjonell innsikt sett i lys av makt, kunnskap, kjønn og ansvar. En studie fra nordnorsk distriktpsykiatri. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(4), 290-301. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-04-02>
- Verhage, M., Thielman, L., Kock, L. d., & Lindenberg, J. (2021). Coping of Older Adults in Times of COVID-19: Considerations of Temporality Among Dutch Older Adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 76(7), e290-e299. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbab008>
- von Faber, M., van der Geest, G., van der Weele, G. M., Blom, J. W., van der Mast, R. C., Reis, R., & Gussekloo, J. (2016). Older people coping with low mood: a qualitative study. *Int. Psychogeriatr*, 28(4), 603-612. <https://doi.org/10.1017/S1041610215002264>
- Wong, S. Y. S., Zhang, D., Sit, R. W. S., Yip, B. H. K., Chung, R. Y.-n., Wong, C. K. M., Chan, D. C. C., Sun, W., Kwok, K. O., & Mercer, S. W. (2020). Impact of COVID-19 on loneliness, mental health, and health service utilisation: a prospective cohort study of older adults with multimorbidity in primary care. *British Journal of General Practice*, 70(700), e817-e824. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X713021>
- World Health, O. (2005). World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action. In. Geneva: World Health Organization.
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatrici* (1 ed., Vol. 2) [Medesinsk lærebok]. Gyldendal Akademisk.
- Yang, F., Zhang, J., & Wang, J. (2018). Correlates of loneliness in older adults in Shanghai, China: does age matter? *BMC Geriatrics*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0994-x>
- Yang, Q., Wang, Y., Tian, C., Chen, Y., & Mao, J. (2021). The Experiences of Community - dwelling older adults during the COVID - 19 Lockdown in Wuhan: A qualitative

study. *Journal of advanced nursing*, 77(12), 4805-4814.

<https://doi.org/10.1111/jan.14978>

Yurumez Korkmaz, B., Gemci, E., Cosarderelioglu, C., Yigit, S., Atmis, V., Yalcin, A., Varli, M., & Aras, S. (2021). Attitudes of a geriatric population towards risks about COVID - 19 pandemic: in the context of anxiety and depression. *Psychogeriatrics*, 21(5), 730-737. <https://doi.org/10.1111/psyg.12731>

Zisberg, A. (2017). Anxiety and depression in older patients: the role of culture and acculturation. *International Journal for Equity in Health*, 16, 1-10.

<https://doi.org/10.1186/s12939-017-0666-z>

Vedlegg

søkehistorikk

Database	Dato søk	Søkeord	Treff	Avgrensning	Treff	
Cinahl:	23.11.21	elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or old people or senior	1,160,327	Abstract tilgjengelig Akademisk journal 2020	113,645	
	25.11.21	Depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder.	26,040	Abstract tilgjengelig Akademisk journal 2020	23,568	
		- covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov 19 P=3	79,246		41,877	
		P1 AND P2 AND P3	79,246		2020 Akademisk journal Abstract tilgjengelig +65år Europa Engelsk	74 60
	06.12.21	P= european or europe P2= elderly or aged or older or elder or geriatric or elderly people or old people or old people or senior P3= depression or depressive disorder or depressive symptoms or major depressive disorder P4= covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19	19		Etter å ha begrenset det til 65år +	6
		P1and P2 andP3	6.12.21 456treff (450 2020)		Etter å ha lest overskrift og abstract Etter abstrakt, akademisk journal. Eldre 65+ og kontinent europa 32	18
	30.12.21	OLD PEOPLE OR GERIATRIC DEPRESSION OR ANXIETY	103	Europa Abstract tilgjengelig	53	

Søkehistorikk to

Cinahl	30.12.21	Old people or geriatric AND Depression or anxiety AND Covid-19 or coronavirus or 2019- ncov or sars-cov2 or cov-19	103	Mangler abstract Europa Etter lest overskrift	53 35	
PubMed	27.11.21	Elderly*	3,295 results	2020 Abstract	1,139 1,134	
PubMed	27.11.21	Depression	9,938	2020	3,176	
PubMed		Covid-19*	3,713	2020	3,607 Etter at abstract	
PubMed		P1= Elderly* P2= Depression* P3= Covid-19*	5			
PubMed		P and P2 and P3 i pubMed PubMed Clinical Queries	13		Etter å ha lest overskrift 10	
Cinahl	16.02.22	P1-Elderly or aged or elder or geriatric or elderly people or old people or old people or senior AND P2- depression or anxiety or loneliness or isolation or fear or stress or distress or mental illness AND P3- Covid-19 or coronavirus or 2019- ncov or sars-cov2 or cov-19	1666	Mangler abstract 2019-2022 Akademisk journal 65+ Etter lest abstract	1556 1536 1520 744 111	27 leses igjennom I fullekr
PubMed	17.02.22	P1-Elderly* or aged* or elder* or geriatric* or elderly people* or old people or old people* or senior* AND P2- depression* or anxiety*or loneliness* or isolation* or fear*or stress* or distress* or mental illness* AND P3- Covid-19 or coronavirus or 2019- ncov or sars-cov2 or cov-19	9510	Mangler abstract 65+ 2019-2022 Begrenser til å kun ha med case report, clinical study, multicenterstudy og metaanalyse Etter lest overskrift Etter lest abstract	8741 4115 744 156 25	25 leses I fullektst

Kritisk vurdering med JBL

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer_____

Date_20.02.22_____

Author_____ (Yurumez __ Korkmaz __ et __ al., __ 2021)_____

Year____2021____ Record Number____1____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	X	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Kritisk vurdering med JBL

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUASI-EXPERIMENTAL STUDIES

Reviewer _____

Date 22.02.22

Author (Adams et al., 2021) Year 2021

Record Number 10

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Kritisk vurdering med JBL

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR QUALITATIVE RESEARCH

Reviewer _____

Date 22.02.22

Author _____ (Kotwal et al., 2021) _____ Year 2021

Record Number 4

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Dataekstraksjonsskjema

Dataekstraksjonsskjema (Bettany-Saltikov, s. 151)

Dataekstraksjon	
Forfatter, årstall	(Brooke & Clark, 2020)
Tittel	"Older peoples's early experience of household isolation and social distance during COVID-19"
Land	England (UK) og Irland
Lastet ned fra/dato/funnet på annet vis+dato	Pubmed, 17.02.22
Studiens hensikt	Utforske eldre menneskers første erfaring med husholdt isolasjon, sosial avstand og skjerming, hvilken planer de har for å konstruere for å støtte seg gjennom Covid-19 pandemien
Studiens design	Kvalitativ
Datainnsamling	Intervju
Populasjon	Eldre over 70år
Utvalgets størrelse	19 deltakere
Utvalgets sammensetning (kjønn, alder,	13 kvinner 70-89år 6 menn 71-84år
Utdanning (type, antall år)	Fremkommer ikke
Etnisitet og evt. religion	4 stk kommer fra Irland 15 stk kommer fra England
Jobbstatus	pensjonert
Tema	3 temaer: beskyttende tiltak, nåværende og fremtidig mestrings plan, aksept for levd liv,men fremdeles et liv og leve

Brooke, J., & Clark, M. (2020). Older people's early experience of household isolation and social distancing during COVID-19. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(21/22), 4387-4402. doi:10.1111/jocn.15485

