

Nordmenns psykiske velvære under covid-19 pandemien

– *en tverrsnittundersøkelse*

Rapportens samlede antall tegn
(med mellomrom & fotnoter): 287 155
Svarer til antall normalsider: 119,6

Julie Eriksen, 20164638 (+47 97345455)
Siri Østerhus, 20165896 (+47 99461688)

10. Semester, Psykologi
Prosjektmodul: Kandidatspeciale

Veileder: Casper Schmidt

Aalborg Universitet
28. mai 2021

Abstract

The purpose of this study was to investigate what psychological impact the covid-19 pandemic has had on the Norwegian population one year into the pandemic. The serious physical impact has already been established, but less is known about the consequences the pandemic has on people's psychological well-being. This study therefore sought to investigate the prevalence of depressive and anxiety symptoms, quality of life, work- and social functioning, as well as the correlation between these. We also wanted to uncover which sociodemographic characteristics that mediate psychological well-being, and whether the level of procrastination mediates this as well.

To examine this, we conducted a cross-sectional study by composing an online questionnaire, with mainly quantitative questions and scales. The questionnaire consisted of demographic questions, the HSCL-25 scale for measuring symptoms of anxiety and depression, the WHO-5 scale for measuring wellbeing and quality of life, IPS for measuring level of procrastination, WSAS for work and social adjustment, a question for perceived life satisfaction and two qualitative questions about self-perceived positive and negative experiences during the pandemic. The questionnaire was distributed through the online social media platform Facebook by using SurveyXact.

The survey was open from March 8th to April 7th, resulting in 2919 respondents, 2114 who participated in the quantitative analysis, and 2249 in the qualitative. The statistical analyses show that 60% of our respondents scored above threshold marks for psychological distress. These results in general show a substantial decrease in psychological wellbeing, both compared to before the origin of the covid-19 pandemic and from results published only a few months previous to our study. All scales correlated with each other, and the strongest mediator for both symptoms of depression and anxiety and quality of life was procrastination. More specifically, we find that women, younger adults, singles, people with a physical illness, people with a mental diagnosis and people who procrastinate more show a lower score of

psychological well-being. Four main topics were discovered from our qualitative data: “relational life”, “leisure time”, “work- and school-life” and “well-being”. Both positive and negative experiences within these topics were revealed, suggesting that some people have had positive experiences with the pandemic as well as negative.

Our study is still limited to the fact that it contains possible biases from our methods of collecting data, and that we were unable to collect information about several important aspects of people’s lives. We still argue that our study contributes to the arising attention of the psychological consequences of the pandemic and hope it can be used as empirical evidence for the importance of turning our heads to a new possible repercussion of the covid-19 pandemic: a mental pandemic. Future studies should investigate the mediating effect of resilience factors, different coping mechanisms, various mental illnesses and attempt to obtain data from a larger sample of men. In addition, we ask for general replications of our study to gain empirical evidence to push for the importance of enabling resources to help change the worrying trend of low psychological wellbeing as a result of the pandemic.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	1
1.1 FORSKNINGSSPØRSMÅL	3
1.2 BEGREPSAVKLARING	4
1.2.1 Psykisk velvære	4
1.2.1 Symptomatologi.....	5
1.2.3 Covid-19.....	5
1.3 AVGRENSENING	5
1.4 OPPGAVENS OPPBYGGING.....	6
2. BAKGRUNN	8
2.1 SÅRBARHET OG RESILIENS.....	8
2.2 DIAGNOSTISKE FORKLARINGER PÅ STRESSREAKSJONER	9
2.3 STRESS OG BELASTNING	13
2.4 MESTRING	16
2.5 PSYKOLOGISKE REAKSJONER TIL PANDEMIER	17
2.5.1 Resiliens og anvendelse av mestringsstrategier under covid-19.....	17
2.5.2 Intoleranse mot usikkerhet og maladaptive mestringsstrategier.....	18
2.5.3 Helseangst.....	20
2.5.4 Dødsangst og konfrontasjon med eksistensielle temaer	21
2.6 REGJERINGENS KONTROLLERING AV SMITTESITUASJONEN.....	22
2.6.1 Sosial distansering	22
2.6.2 Mangel på, eller tap av, kontroll.....	25
2.6.3 Hjemmekontor og grenseutslettelse	26
2.6.4 Samfunnsmessige konsekvenser av smitteverntiltakene	27
2.7 BEFOLKNINGENS PSYKISKE HELSETILSTAND UNDER COVID-19	28
3. METODOLOGI	30
3.1 EPISTEMOLOGISK FOKUS.....	30
3.2 UNDERSØKELSESDSIGN	31
3.2.1 Pilotstudie	34
3.3 UNDERSØKELSEN VÅR.....	34
3.3.1 Kartlegging av bakgrunnsopplysninger	36
3.3.2 World Health Organization - Five Well-Being Index (WHO-5).....	39
3.3.3 Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL-25)	41
3.3.4 Work and Social Adjustment Scale (WSAS)	43
3.3.5 Irrational Procrastination Scale (IPS).....	43
3.3.6 Tilfredshet med livet.....	45
3.3.7 Positive og negative opplevelser med pandemien	46
3.4 DATAINNSAMLING	46
3.5 ETISKE OVERVEIELSER	47
3.6 STATISTISK ANALYSE	52
3.6.1 Korrelasjonsanalyse.....	52
3.6.1.1 Pearsons korrelasjonskoeffisient	53
3.6.2 Regresjonsanalyse.....	54
3.6.2.1 Hierarkisk multipl regressjonsanalyse	55
3.6.2.2 Forutsetninger for bruk av hierarkisk multipl regressjonsanalyse.....	56
3.6.2.3 Gruppering av variabler.....	58
3.6.3 ANOVA- og post hoc-analyser	58
3.7 KVALITATIV ANALYSE	59
3.8 HYPOTESER	61
4. RESULTATER	64

4.1 DESKRIPTIV STATISTIKK	64
4.2.1 <i>Innfrielse av forutsetninger for analysering</i>	66
4.2.2 <i>Skalakonsistens</i>	66
4.2.3 <i>Kvantitative funn</i>	67
4.2.3.1 <i>Symptomatologi</i>	67
4.2.3.2 <i>Trivsel</i>	70
4.2.3.3 <i>Korrelasjon mellom skalaer</i>	72
4.2.3.4 <i>Grupperte variabler</i>	72
4.3 KVALITATIV ANALYSE	77
4.3.1 <i>Kvalitative funn</i>	77
4.3.1.2 <i>Fritid</i>	78
4.3.1.3 <i>Arbeidsliv og skoleing</i>	78
4.3.1.4 <i>Velvære</i>	79
4.4 STUDIENS OVERORDNEDE RESULTATER	80
5. DISKUSJON	82
5.1 OPPSUMMERING AV FUNN	82
5.2 NORMMENNENS PSYKISKE VELVÆRE UNDER COVID-19	84
5.2.1 <i>Forekomst av psykiske plager under covid-19</i>	84
5.2.1.1 <i>Forekomst av engstelighet og depressive plager</i>	84
5.2.1.2 <i>Opplevd livstilfredshet og fremtidstro</i>	86
5.2.1.3 <i>Ensomhet</i>	88
5.2.1.4 <i>Sammenligning av våre funn og andre forskningsgruppers resultater</i>	89
5.2.2 <i>Personlige karakteristikk av betydning for psykisk velvære</i>	91
5.2.2.1 <i>Kjønn, alder og sivilstatus</i>	91
5.2.2.2 <i>Fysisk og psykisk sykdom</i>	93
5.2.2.3 <i>Prokrastinering</i>	94
5.2.2.4 <i>Bosted</i>	96
5.2.2.5 <i>Bosituasjon, opplevd karantene og opplevd SARS-CoV-2 smitte</i>	98
5.2.3 <i>Andre aspekter av betydning for psykisk velvære under covid-19</i>	100
5.2.3.1 <i>Motstandsdyktighet og tidligere erfaringer med smitteutbrudd på stor skala</i>	100
5.2.3.2 <i>Digitalisering og utslettelse av grensen mellom jobb og privatliv</i>	102
5.2.3.3 <i>Opplevd kontroll og valg av mestringsstrategier</i>	103
5.2.3.4 <i>Traumatisk eksponering og vaksinerings</i>	103
5.2.3.5 <i>Endringer i behandlingstilbud</i>	105
5.2.3.6 <i>Andre mulige forklaringsvariabler</i>	106
5.3 METODOLOGISKE ASPEKTER VED OPPGAVEN	107
5.3.1 <i>Utvalg og distribuering</i>	107
5.3.1.1 <i>Utvalg</i>	107
5.3.1.2 <i>Distribuering</i>	108
5.3.1.2.1 <i>Facebook som distribusjonsplattform</i>	108
5.3.1.2.2 <i>Distribusjonstiden</i>	110
5.3.2 <i>Design</i>	111
5.3.2.1 <i>Frivillig deltakelse og selvrappoterings</i>	111
5.3.2.2 <i>Måleinstrumenter</i>	114
5.3.2.2.1 <i>Mål av symptomatologi</i>	114
5.3.2.2.2 <i>Aspekter som ikke kartlegges i undersøkelsen</i>	116
5.3.2.2.3 <i>Kartlegging av psykiske lidelser</i>	119
5.3.2.2.4 <i>Gruppering av demografiske variabler</i>	121
5.3.2.2.5 <i>Variabler som ikke er anvendt i analysen</i>	121
5.3.3 <i>Etiske ettertanker</i>	123
5.3.3.1 <i>Undersøkelsens innvirkning på respondentene</i>	123
5.3.3.2 <i>Deltakere under 18 år</i>	124
5.3.3.3 <i>Svaralternativer i de demografiske spørsmålene</i>	125
5.4 RELEVANS OG IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING	125
5.4.1 <i>Relevans</i>	126
5.4.2 <i>Implikasjoner for videre forskning</i>	127

6. KONKLUSJON	130
7. REFERANSELISTE	132
8. PENSUMOPPGJØRELSE	156

Vedlegg:

- 1) Utfyllende resultater fra de hierarkiske multiple regresjonsanalysene
- 2) Diverse tilleggsanalyser
- 3) ANOVA- og Bonferroni-analyser
- 4) Kvalitativ analyse
- 5) Informasjonstekst til Facebook og sider postet på
- 6) Den fullstendige undersøkelsen
- 7) Somatisk sykdom
- 8) Pilotundersøkelse
- 9) Koding av grupperte variabler

1. Innledning

Den 11. mars 2020 erklærte Verdens helseorganisasjon (WHO) at covid-19 skulle kategoriseres som en *pandemi*. Dette grunnet virusets raske spredning på tvers av kontinenter og landegrenser (WHO, 2020). En pandemi er nemlig en *epidemi*, eller en økning i en smittsom sykdoms forekomst, som opererer på stor skala og sprer seg på globalt nivå (Hem, 2020; Taylor, 2019, p. 2). På det tidspunktet hvor WHO erklærte covid-19 som en pandemi, rapporterte Folkehelseinstituttet (FHI) om 489 smittetilfeller i Norge (Folkehelseinstituttet, 2020). Siden den gang har antall smittede økt betraktelig, og i perioden 31. desember 2019 til 7. mars 2021 er det påvist 75 943 covid-19 tilfeller, og 638 covid-19 relaterte dødsfall, i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021, p. 61). Samtidig rapporteres det om at nær 47% av den norske befolkningen, henholdsvis 2 526 443 unike mennesker, på ett eller annet tidspunkt innen 7. mars 2021, har testet seg for covid-19 (Folkehelseinstituttet, 2021, p. 7). Disse tallene indikerer at pandemien har rammet hardt og bredt, og at de fleste nordmenn trolig kjenner noen som har vært smittet av, eller som har testet for, covid-19.

For å begrense smittespredningen la den norske regjeringen frem *Covid-19-forskriften*; en forskrift med det primære formål å hindre eller begrense spredning av SARS CoV-2 i den norske befolkningen (jf. Covid-19-forskriften §1). Forskriften inkluderer blant annet flere påbud og forbud relatert til sosial ferdsel og sosial samhandling (jf. Covid-19-forskriften §§ 4-8 og §§13-16), hvilket bevirker at nordmenns sosiale liv i særlig grad påvirkes av smitteverntiltakene. Ettersom mennesker er sosiale vesen med behov for medmenneskelig kontakt (Greve, 2004, p. 1740), er det tenkelig at slike restriksjoner påvirker nordmenns grad av psykiske velvære i negativ forstand. Samtidig er det tenkelig at frykten for covid-19 smitte kan stimulere *dødsangst* og påfølgende patologiske uttrykk (Lee, Jobe, Mathis & Gibbons, 2020), hvilket også, naturligvis, er av betydning for nordmenns psykiske velvære. Ettersom flere studier finner økt forekomst av psykopatologi blant nordmenn under covid-19 (Nes, Aarø, Vedaa & Nilsen, 2020; Ebrahimi, Hoffart &

Johnson, 2021; Helsedirektoratet, 2021), virker nordmenns psykologiske velbefinnende i høy grad å påvirkes av pandemien og dennes medfølgende restriksjoner. I den sammenheng vil vi argumentere for at det er behov for ytterligere fokus på pandemiens psykologiske følger, ettersom dette muligens kan bevirke at det igangsettes tiltak for å begrense de psykiske konsekvensene av SARS-CoV-2 og regjeringens smitteverntiltak. Vi ønsker derfor å bidra med innsikt i nordmenns mentale helsetilstand under covid-19, ved å undersøke nordmenns psykiske velvære ett år inn i pandemien. På denne måten håper vi å kunne belyse eventuelle psykologiske effekter av covid-19 som først kommer til uttrykk nå, ett år etter utbruddet, noe foregående studier i mindre grad har hatt mulighet til, ettersom de er utført på tidligere tidspunkt i pandemiens utviklingsforløp. Det er også vår forhåpning at studien vår vil kunne bidra med å kartlegge eventuell utvikling i psykisk velvære under pandemien, gjennom sammenligning av våre funn og tilsvarende funn fra foregående studier på feltet. Gitt at fremtidsoptimisme er av betydning for psykisk velvære under pandemien, finner vi det sannsynlig at vi, i vår studie, vil oppfange en viss utvikling i grad av opplevd velvære, men stiller oss undrende til i hvilken retning utviklingen forløper. Dette fordi det er tenkelig at nordmenn vil oppleve redusert fremtidstro etter et helt år med pandemi og smitteverntiltak, samtidig som det også er tenkelig at nordmenn opplever mere fremtidsoptimisme nå som vaksineringsen er igangsatt og hele 392 208 nordmenn er delvis vaksinerte mens 209 794 er fullvaksinerte per 07.03.21 (Folkehelseinstituttet, 2021, p. 3).

Til tross for at forskere finner økt forekomst av psykopatologi under covid-19, vil fremdeles størsteparten av den norske befolkningen rapportere om psykiske tilstander på normalt nivå (Nes et al., 2020; Ebrahimi, Hoffart & Johnson, 2021; Kvinnsland et al., 2021). I den sammenheng stiller vi oss undrende til hvilke faktorer som karakteriserer nordmenn med lav grad av psykisk velvære under pandemien og hvilke personlige karakteristikk som kjennetegner nordmenn med normal, eller høy, grad av psykisk velvære under covid-19. Denne undren vedrørende hvilke variabler som potensielt sett kan forklare forskjeller i nordmenns psykiske reaksjoner

til pandemien, setter rammene for oppgavens overordnede forskningsspørsmål og vil utdypes i det følgende.

1.1 Forskningsspørsmål

Selv om det er naturlig at det rettes mest oppmerksomhet mot det somatiske aspektet ved covid-19, anser vi det som viktig å også rette lys mot de potensielle psykologiske konsekvensene av pandemien og dennes innvirkning på nordmenns dagligliv. Som det fremgår fra det ovenstående er det nemlig identifisert en økning i forekomst av psykopatologiske uttrykk blant nordmenn under covid-19 (Nes et al., 2020; Ebrahimi, Hoffart & Johnson, 2021; Helsedirektoratet, 2021), hvilket taler for at pandemien også har potensiale til å stimulere psykologisk lidelse og forårsake psykologiske belastninger. Til tross for at forskere peker på betydelige psykologiske farer assosiert med covid-19, virker det kun å finnes et fåtall studier som har undersøkt nordmenns mentale helsetilstand under pandemien (Nes, Aarø, Vedaa & Nilsen, 2020; Ebrahimi, Hoffart & Johnson, 2021; Hoffart, Johnson & Ebrahimi, 2020). Av denne grunn finner vi det relevant å bidra med forskning på feltet, med den forhåpning at vi også kan være med på å rette fokus mot behovet for ytterligere innsatser relatert til ivaretagelse av psykologisk velbefinnende under covid-19.

Vår nysgjerrighet vedrørende nordmenns mentale helsetilstand under pandemien utspringer ikke bare fra det relativt nyoppståtte fokuset på psykisk velvære under covid-19 og bevisstgjørelsen av den relativt spinkle forskningslitteraturen relatert til psykologiske konsekvenser av pandemien, men også personlige erfaringer fra arbeidslivet og praksisperioden på studiet. Gjennom arbeid med mennesker som opplever betydelig forverring av mental helsetilstand under covid-19, ble vi nysgjerrige på hvorfor mennesker reagerer ulikt på samme belastning og hva som skiller de som utvikler psykopatologiske symptomer under pandemien fra de som ikke utvikler tilsvarende symptomatologi. Samtidig stiller vi oss undrende til hvorvidt nordmenns grad av psykisk velvære vil være annerledes ett år inn i pandemien, sammenlignet med foregående studiers resultater fra tidligere tidspunkt i

pandemiens utviklingsforløp. I den forbindelse kom vi frem til følgende forskningsspørsmål:

“Hvordan er nordmenns psykiske velvære ett år inn i covid-19 pandemien, og hvilke personlige karakteristikk er forbundet med lav og høy grad av psykisk velvære under pandemien?”

Gjennom utforskning av ovenstående forskningsspørsmål er det vår forhåpning å kunne bidra med relevant innsikt i nordmenns nåværende mentale helsestatus, og potensielt sett bidra med evidens som kan rette fokus mot behovet for igangsettelse av ulike tiltak for å fremme mental helse under covid-19.

1.2 Begrepsavklaring

Vi vil i det følgende definere noen av oppgavens mest sentrale begreper. Dette for å forhindre mistolkning og misforståelser, og gjøre leser innforstått med hvilken begrepsforståelse oppgaven beror på. I det følgende vil vi derfor definere begrepene “psykisk velvære”, “symptomatologi” og “covid-19”.

1.2.1 Psykisk velvære

I det understående skal begrepet “psykisk velvære” forstås som et subjektivt kontinuum over grad av opplevd glede eller opplevd tilfredshet med livet. I tråd med Næss sin forståelse anser vi ytterligere konstruktet som bestående av både kognitive- og affektive komponenter, ettersom det både inkluderer følelsesmessige tilstander og kognitive vurderinger av disse tilstandene (Næss, 2001, p. 1940). For å gjøre begrepet mer målbart, operasjonaliserer vi det til å bety skåre på våre anvendte skalaer; herunder både skåre på symptomatologiskalaen *Hopkins Symptom Check-list* (HSCL-25) og skåre på *WHO's trivselsindeks* (WHO-5). Lav grad av psykisk velvære vil i den sammenheng referere til høy skår på HSCL-25 og lav skår på WHO-5, mens høy grad av psykisk velvære vil ses ved lav skår på HSCL-25 og høy skår på WHO-5. Mens mennesker som rapporterer om lav grad av psykisk velvære vil oppleve

betydelige psykiske plager og redusert trivsel, vil mennesker med høy grad av psykisk velvære naturligvis rapportere om det motsatte.

1.2.1 Symptomatologi

Ifølge Store medisinske leksikon refererer begrepet “symptomatologi” til to forhold; symptomlære eller symptomer som typisk opptrer i sammenheng med én bestemt lidelse (Bruusgaard, 2019). Når vi i oppgaven benytter oss av begrepet, refererer vi primært til psykiske plager som kan oppfanges av HSCL-25; herunder symptomer på angst og depresjon. I den sammenheng vil vi, ved anvendelse av symptomatologibegrepet, i hovedsak henvise til symptomer hva angår engstelighet og depressivitet, men i forbindelse med fremleggelse av kvalitative funn vil begrepet også henvise til andre former for psykiske plager, herunder ensomhet.

1.2.3 Covid-19

I det følgende vil begrepet covid-19 referere til sykdom forårsaket av viruset SARS-CoV-2 eller mutasjoner av dette, som B. 1.1.7 (engelsk variant), B1.351 (sør-afrikansk variant) og B. 1.1.248/P.1 (brasiliansk variant) (Folkehelseinstituttet, 2020). Vi vil tidvis også anvende begrepet “korona”, hvilket refererer til samme konstrukt.

1.3 Avgrensning

Denne oppgaven har som nevnt til hensikt å kartlegge nordmenns psykiske velvære ett år inn i covid-19 pandemien. Av denne grunn stiller vi krav til at deltakerne skal være bosatt i Norge, ettersom andre bostedslokalisasjoner muligens vil ha andre smitteverntiltak hvilket potensielt sett øker risikoen for bias. Av etiske årsaker ønsker vi også utelukkende respondenter som er 18 år eller eldre. Dette vil utdypes ytterligere i oppgavens etiske metodeavsnitt.

Vi ønsker å bemerke at vi i bakgrunnsavsnittet vårt vil redegjøre for en rekke aspekter utover de som er inkludert i undersøkelsen, og som også kan bidra med en forklaring på individets grad av psykisk velvære. Dette for å skape en overordnet

oversikt over emnet vi undersøker. Grunnet plassbegrensning i undersøkelsen og oppgavens kapasitet generelt, har vi dog valg å utelukkende fokusere på enkelte av de belyste aspektene. Ettersom forskningsspørsmålet tilsier at vi ønsker å kartlegge personlige karakteristikk av betydning for hvorvidt individet opplever lav eller høy grad av psykisk velvære, finner vi det hensiktsmessig å blant annet kartlegge respondentenes mestringsstrategier. Med hensyn til oppgavens kapasitet, har vi dog valgt å utelukkende kartlegge anvendelse av én mestringsstrategi, henholdsvis *prokrastinering*. Vi har også valgt å utelukkende kartlegge psykiske plager i form av angst og depresjon, og dermed i mindre grad belyse andre symptomatologisk uttrykksformer. Disse valget vil belyses senere i oppgaven, i oppgavens diskusjonsavsnitt.

Oppgaven vil således fokusere på et utvalg demografiske karakteristikk, herunder grad av prokrastinering, og undersøke hvorvidt disse medierer grad av psykisk velvære i et utvalg av den norske befolkningen ett år inn i pandemien. I henhold til psykisk velvære vil vi i hovedsak undersøke forekomst av depresjon- og engstelighetssymptomer, grad av trivsel, opplevd livstilfredshet og nivå av sosial og arbeidsmessig funksjonsevne. Vi vil, som nevnt, ikke fokusere på andre psykiske diagnoser, mestringsstrategier eller aspekter knyttet til psykiske reaksjoner på covid-19.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven vil utarbeides som et forskningsprosjekt, både av kvantitativ- og kvalitativ karakter. I den forbindelse vil vi først gjennomgå teoretiske forståelser av relevans for emnet, herunder gjennomgang av begrepene sårbarhet og resiliens, diagnostiske forklaringer på stressreaksjoner, teoretiske forståelser av stress og belastning samt teoretiske tilnærminger til psykologiske reaksjoner til pandemier. Vi vil også fremlegge empiriske funn fra feltet, med den hensikt å kartlegge den viten som allerede eksisterer om problemfeltet vi ønsker å belyse. Dernest vil vi gjennomgå oppgavens metodologiske utgangspunkt, samt de metodiske valgene som foretas innen undersøkelsens distribuerings. Etterfølgende vil vi presentere en analyse av

undersøkelsens resultater. Denne analysen vil omfatte undersøkelsens kvantitative så vel som kvalitative resultater. Vi vil deretter bringe resultatene i spill ved å diskutere disses betydning og relevans, samt diskutere hvorvidt de er valide, reliable og generaliserbare med utgangspunkt i metodiske aspekter ved undersøkelsen og utførelsen av denne. Avslutningsvis vil vi fremlegge en konklusjon, hvor oppgavens forskningsspørsmål besvares.

2. Bakgrunn

I det følgende vil vi gjennomgå teoretiske- og empiriske funn vedrørende psykisk velvære under covid-19. Dette for å belyse eksisterende viten relatert til vårt forskningsspørsmål, samt fremheve behovet for ytterligere utforskning av menneskets mentale helsetilstand under den pågående pandemien. I avsnittets første del vil vi fremlegge teoretiske perspektiver på håndtering av stressende og belastende situasjoner, og fremheve hvordan individuelle faktorer spiller inn på den enkeltes evne til å takle stress assosiert med pandemien. Vi vil også anvende ICD-11 og peke på mulige diagnostiske utfall av covid-19, samt fremlegge generelle, teoretiske perspektiver på stress og stressmestring. Etterfølgende vil vi presentere mer spesifikke psykologiske reaksjoner til pandemier og innføringen av nasjonale, og globale, smitteverntiltak, ved å gjennomgå relevante empiriske funn knyttet til dette. Gjennomgangen har til hensikt å skape en oversikt over feltet, og vi vil, som presisert innledningsvis, ikke nødvendigvis trekke på samtlige teorier eller empirisk data videre i oppgaven.

2.1 Sårbarhet og resiliens

Som nevnt innledningsvis omhandler vårt forskningsspørsmål nordmenns psykiske velvære under covid-19 pandemien, og vi er både interessert i å undersøke hvem som har det bra og hvem som har det dårlig under pandemien. For å få en forståelse av hvorfor mennesker reagerer ulikt på stress og belastning vil vi ta utgangspunkt i *diatese-personlighet-stress modellen*. Modellen baseres på oppfatningen om at enkelte mennesker har visse sårbarheter som kan bidra til utvikling av sykdom (Møhl & Simonsen, 2017, p. 44). Begrepet *diatese* refererer til medfødt sårbarhet, enten av biologisk eller psykososial karakter, og det er ifølge modellen denne sårbarheten, i samspill med stressfaktorer i livet, som er betingelsene for patologisk utvikling. Den medfødte sårbarheten er individuell, og hos noen mennesker kan selv små mengder stresspåvirkning utløse psykopatologiske prosesser. Andre mennesker har mindre medfødt sårbarhet, og derfor forutsetningen for å tåle større mengder stress uten å reagere psykopatologisk (Møhl & Simonsen, 2017, p. 44).

Det er dog ikke forhåndsbestemt at en person med en medfødt sårbarhet vil reagere psykopatologisk i møte med en stressende situasjon eller belastning, ettersom tidlige livserfaringer også spiller inn på hvordan vedkommende håndterer stress og psykisk belastning. I den forbindelse fremtrer begrepet motstandskraft, eller *resiliens*, som relevant. Resiliens refererer nemlig til en rekke ikke-spesifikke faktorer som beskytter individet mot å reagere patologisk på stresspåvirkninger (Møhl & Simonsen, 2017, p. 45). Eksempler på generelle resiliensfaktorer kan være sosial støtte, optimisme og følelse av mening i livet (Wu et al., 2013, p. 6). I et review over psykologiske konsekvenser av katastrofer beskriver Goldman og Galea at de fleste som utsettes for en traumatisk hendelse, ikke vil utvikle psykopatologi (2014, p. 171). I studien antas det at resiliens utgjør en viktig faktor, og at de fleste har nok motstandskraft til å mestre og tilpasse seg den nye hverdagen (Goldman & Galea, 2014, p. 171). Det er dog enkelte karakteristikker som er spesielt forbundet med risiko for utvikling av psykopatologi under katastrofer som covid-19 pandemien. Goldman og Galea påpeker eksempelvis at personlighetstrekk som nevrotisme og engstelighet, samt tilbøyelighet til å anvende unngående mestringsstrategier, er assosiert med forhøyet risiko for psykopatologisk utvikling i etterkant av katastrofer. Forskerne fremmer ytterligere betydningen av biologiske faktorer ved å blant annet hevde at kvinner og mennesker som er medlem av etniske minoritetsgrupper også har større risiko for utvikling av psykopatologi i kjølvannet av katastrofer (Goldmann & Galea, 2014, p. 174). Funnene understøttes ytterligere av resultatene fra Yildirim og Solmaz' studie av tyrkeres velvære under covid-19, hvor det ble konkludert med at resiliens utgjør en medierende rolle i relasjonen mellom covid-19 relatert stress og utbrenthet (Yildirim & Solmaz, 2020). Det kan dermed virke til at individuelle faktorer påvirker hvordan mennesker reagerer på pandemien og stressende livsendringer assosiert med Covid-19.

2.2 Diagnostiske forklaringer på stressreaksjoner

Som vist i ovenstående er det ikke gitt at man vil reagere patologisk på covid-19 pandemien, ettersom sårbarhetsfaktorer og resiliensfaktorer påvirker menneskets reaksjoner i møte med stress og belastende situasjoner (Møhl & Simonsen, 2017, p.

45). Likevel kan pandemien medføre en rekke patologiske tilstander hos enkelte, hvilket eksempelvis kommer til uttrykk gjennom Folkehelseinstituttets (FHI) undersøkelse av nordmenns psykiske helsetilstand i slutten av 2020. Resultatene herav peker nemlig på at flere nordmenn sliter med ensomhet og psykiske plager ved det aktuelle måletidspunktet, sammenlignet med før pandemiens utbredelse (Nes et al., 2020). Wang og kollegaer har også undersøkt de psykologiske konsekvensene av pandemien gjennom et systematisk review og metaanalyse over 68 studier fra ulike land i verden (Wang, Kala & Jafar, 2020). Forskergruppen kom frem til at én av tre voksne i den generelle populasjonen opplever covid-19 relaterte psykologiske bekymringer (distress) (Wang et al., 2020, p. 2), hvilket konvergerer med resultatene fra FHIs undersøkelse. For å bedre forstå hvilke psykologiske følger pandemien kan ha, vil vi i det følgende redegjøre for ulike diagnoser en slik situasjon kan fremprovosere. De fleste av de presenterte diagnosene vil i liten grad bringes i spill i oppgavens resterende avsnitt, men gjennomgangen har til hensikt å skape en oversikt over mulige diagnostiske utfall, ettersom dette kan bidra med å rette oppmerksomhet mot hvilke fatale konsekvenser pandemien kan stimulere.

WHO har gjennom diagnosemanualen ICD-11 en egen kategori for problemer assosiert med skadende eller traumatiske hendelser (WHO, 2018). Herunder oppgis *QE84: Akutt stressreaksjon* (acute stress reaction), som refererer til utviklingen av forbigående emosjonelle, somatiske, kognitive eller atferdsmessige symptomer som et resultat av en ekstremt truende hendelse eller situasjon. Symptomer på akutt stressreaksjon kan blant annet være psykosomatiske tegn på angst, forvirring, tristhet, engstelighet, inaktivitet og sosial tilbaketrekning. Disse reaksjonene er ansett som normale grunnet belastningens alvorlighetsgrad, og vil normalt frafalle når hendelsen, eller den truende situasjonen, er over (WHO, 2018). Diagnosen tilsier dermed at stressreaksjoner relatert til pandemien kan anses som normalt, og at symptomene vil avta når situasjonen er over. Covid-19 pandemien har dog vart i over ett år (pr. 27.05.2021), og det kan derfor diskuteres hvorvidt betegnelsen «akutt» stressreaksjon er passende på dette tidspunktet i pandemien.

Ettersom covid-19 pandemien har vart såpass lenge, kan det derfor være relevant å trekke inn *6B43: Tilpasningsforstyrrelse* (adjustment disorder), som er en lidelse spesifikt assosiert med stress (WHO, 2018). Tilpasningsforstyrrelse er en mistilpasset reaksjon på en identifiserbar psykososial stressor, eller flere stressorer. Den er karakterisert med en overopptatthet av den belastende hendelsen eller konsekvensene av denne, samt manglende evne til å tilpasse seg situasjonen. Dette medfører problemer på blant annet det personlige, familiære, sosiale og yrkesmessige plan. Symptomene er ikke knyttet til andre psykiske lidelser, eksempelvis stemningsforstyrrelser, og avtar som oftest innen seks måneder, med mindre belastningen vedvarer (WHO, 2018). Ettersom covid-19 pandemien kan anses som en meget belastende situasjon som påvirker mennesket på flere arenaer, anses denne diagnosen som hensiktsmessig å inkludere som en forklaring på reaksjonene mennesket kan oppleve over tid. Ettersom pandemien har vedvart i en relativt lang tidsperiode, vil det også være mulig at enkelte har opplevd situasjonen så krevende at de har utviklet andre vedvarende diagnoser. Eksempler på dette kan være stemningsforstyrrelser som *depresjon* og ulike *angstlidelser*, som ligger under gruppen *06: mentale, atferdsmessige eller nevroutviklende lidelser* i ICD-11 (WHO, 2018).

Depresjon tilhører mer spesifikt under kategorien “stemningslidelser” i ICD-11 og karakteriseres ved et nedstemt humør hvilket eksempelvis kommer til uttrykk gjennom irritasjon, tristhet og følelse av tomhet, eller tap av glede (WHO, 2018). I tillegg er lidelsen akkompagnert av andre kognitive, atferdsmessige eller nevrovegetative symptomer som i stor grad påvirker personens funksjonsevne. Angstlidelser hører til under “angst og fryktrelaterte lidelser” i ICD-11, og karakteriseres ved overdreven frykt, angst og relaterte atferdsmessige forstyrrelser (WHO, 2018). Symptomene er alvorlige nok til at de resulterer i betydelig ubehag som påvirker personens funksjonsevne, både i forbindelse med personlige, sosiale, familiære og andre viktige funksjonsområder (WHO, 2018). Flere studier har undersøkt prevalensen av angst og depresjon under covid-19, og Wang og kollegaer fant eksempelvis, i sitt tidligere presenterte review, at prevalensen av angst og depresjon var på henholdsvis 33% og 30% under pandemien (Wang, Kala & Jafar

2020, p. 17). En annen systematisk oversikt og metaanalyse utført av Salari og kollegaer finner lignende resultater, med prevalens av angst og depresjon på henholdsvis 31,9% og 33,7% (Salari et al., 2020, p. 1). I forlengelsen av dette kan det være relevant å nevne at Madanes og kollegaer, i en artikkel vedrørende diagnostiske utfall assosiert med koronapandemien, poengterer at covid-19 kan medføre både akutt stresslidelse, traumatisk stresslidelse, tilpasningslidelser, depresjon og angstlidelser (Madanes et al., 2020, p. 295), som gir en argumentasjon for å anvende diagnosene som forklaring på reaksjoner på pandemien.

Andre forskere fremhever traumatisk stresslidelse, henholdsvis *posttraumatisk stresslidelse*, som et mulig diagnostisk utfall relatert til covid-19 (Brooks et al., 2020, p. 913). I ICD-11 er lidelsen *6B40 Posttraumatisk stresslidelse* gruppert under betegnelsen «lidelser spesifikt assosiert med stress», og diagnosen kan stilles ved imøtekommelse av følgende kriterier; 1) gjenopplevelse av den traumatiske hendelsen gjennom livlige og påtrengende minner, flashbacks eller mareritt, akkompagnert av sterke og overveldende emosjoner og aktivering av én eller flere sansemodaliteter, 2) unngåelse av tanker og minner om hendelsen, eller unngåelse av situasjoner, aktiviteter eller mennesker som minner om hendelsen samt 3) vedvarende oppfattelse av forhøyet trusselnivå (WHO, 2018). For at diagnosen kan skulle stilles skal nevnte symptomer ha vedvart i flere uker, og disse skal forårsake funksjonsnedsettelse på en rekke områder i individets liv (WHO, 2018).

En annen diagnostisk kategori som fremtrer som relevant i forbindelse med covid-19 er *6B23 hypokondrisk lidelse*, gruppert under betegnelsen «tvangslidelse eller beslektede lidelser» (obsessive-compulsive or related disorders) (WHO, 2018). Dette av grunner som vil påpekes senere i forskningsprosjektets bakgrunnsavsnitt. For at diagnosen hypokondrisk lidelse skal kunne stilles, må sykdomsangsten akkompagneres av maladaptiv og helserelatert unngåelsesatferd, eksempelvis unngåelse av legetimer, eller repeterende og overdreven helserelatert atferd, herunder søk etter beroligelse. Symptomatologien skal også medføre betydelig ubehag og funksjonssvekkelse på en rekke områder, og kunne adskilles fra andre lidelser med lignende symptomatologi (WHO, 2008). Aktuelle differensialdiagnoser, eller

komorbide tilstander, kan blant annet være depresjon, generalisert angstlidelse, panikklidelse, tvangslidelse, paranoid psykose og somatiseringslidelse (Wilhelmsen, 2002). Det ser altså ut til at følgene av covid-19 pandemien kan bli så store for enkelte at de utvikler diagnostiserbare psykiske lidelser, og det vil være interessant å finne ut av om disse tendensene har vedvart utover i 2021. Selv om det ikke er vår oppgave å diagnostisere vår undersøkelses deltakere, anser vi det som relevant å overveie hvilke diagnoser de mulige symptomene underligger, og knytte disse opp til kartleggende forklaringer til reaksjoner på psykisk belastning under covid-19 pandemien.

I vår studie ønsker vi også å inkludere de som er, eller har vært, diagnostisert med en psykisk lidelse. Dette for å kunne sammenligne disse menneskene med en ikke-klinisk gruppe og se hvorvidt det eksisterer forskjeller mellom dem. Andre forskergrupper har allerede undersøkt dette i utenlandske populasjoner. Asmundson og kollegaer utførte eksempelvis en studie vedrørende covid-19 pandemiens følger blant mennesker med allerede eksisterende angstrelaterte- og stemningslidelser i Nord-Amerika, mer spesifikt USA og Canada (Asmundson et al., 2020). Forskerne sammenlignet mennesker med psykiatriske diagnoser med mennesker uten, og fant at de med psykiske diagnoser i større grad påvirkes negativt av covid-19 pandemien enn de som ikke er diagnostisert med en psykisk lidelse (Asmundson et al., 2020). Det vil være interessant å se om resultatene fra vår undersøkelse konvergerer, eller divergerer, med Asmundsons og kollegaers funn, ettersom vi undersøker den norske befolkningen, og undersøkelsen vår utføres på et senere stadium under pandemien.

2.3 Stress og belastning

Covid-19 pandemien blir i det ovenstående beskrevet som en stressende belastningssituasjon, og vi vurderer det derfor som relevant å inkludere en forklaring på hva stress og belastning er, samt hvordan dette påvirker mennesket. Hans Selye, grunnleggeren av den klassiske *stressteorien*, beskrev stress som ikke-spesifikke responser som kan komme av ulike typer stimuli (Selye, 1999, p. 398). Selye introduserte modellen *generell tilpasningssyndrom* (general adaptation syndrom)

(GAS), hvor han forklarer hvordan mennesker går igjennom tre faser i reaksjon på en stressende situasjon; *alarmfasen*, *motstandsfasen* og *utmattelsesfasen*. Gjennom disse fasene aktiveres kroppen for å hankses med den stressende hendelsen, før den etter hvert inntar en viss grad av aktivisering for å tåle langvarig stress (Selye, 1999, p. 398). Man vil, i følge Selye, på et tidspunkt utvikle en motstand mot den stressende hendelsen, men dette på bekostning av ens tilpasningsevne i møte med andre typer stress (1999, p. 399). Til slutt vil ressursene, eller *tilpasningsenergien*, dog være oppbrukt, og personen vil ikke klare å opprettholde tilpasningen mer. Selye påpeker at dette vil skje med enhver organisme som er utsatt for kontinuerlig mengde stress (Selye, 1999, p. 399).

Tar man utgangspunkt i denne teorien kan man anta at ulike mennesker vil være i ulike faser av GAS under covid-19 pandemien, og at dette avhenger av til hvilken grad de har tilpasset seg situasjonen eller hvor mye av tilpasningsenergien de har brukt opp. Dersom man befinner seg i motstandsfasen vil man kanskje ha opparbeidet seg en tilpasning til pandemien, som dog kan gå på bekostning av evnen til å tilpasse seg andre typer stressende hendelser i livet. Selyes stressteori fokuserer dog eksplisitt på fysiologisk stress og har ikke tatt psykologisk stress i betraktning (Suzuki & Ito, 2013). Lupe, Keefer og Szigethy bruker GAS-modellen i sin artikkel om stress og resiliens relatert til covid-19 pandemien, men poengterer at selv om mennesker har fysiologiske reaksjoner pandemien, har de også kognitive og affektive responser (2020, p. 297).

Lazarus og Folkman kom i 1984 med en alternativ forståelse av stress som i dag er kjent som *transaksjonsmodellen* (the transactional model). De anså stress som et produkt av en transaksjon mellom en person, herunder dens kognitive, fysiologiske, affektive, psykologiske og nevrologiske systemer, og personens komplekse miljø (Lazarus & Folkman, 1987). Ifølge Lazarus og Folkman defineres stress som tilstanden som oppstår når samspillet mellom en person og dens omgivelser resulterer i opplevelsen av uoverensstemmelse mellom situasjonelle krav og individets egne ressurser. Denne opplevelsen er ikke nødvendigvis reell, men reflekterer personens egen persepsjon av situasjonen (Samdal, Wold, Harris &

Torsheim, 2017, p. 5). Samtidig fremhever Lazarus og Folkman at mennesket besitter kapasiteten til å selv tenke, vurdere og evaluere situasjoner innen det reagerer på dem. Under denne prosessen gjennomfører personen en *kognitiv vurdering* (cognitiv appraisal), der vedkommende undersøker til hvilken grad hendelsen oppleves stressende og hvilke emosjonelle- og atferdsmessige krav som kreves for å håndtere situasjonen (1987, p. 143).

Den kognitive vurdering kan deles inn i to former; *primær* og *sekundær*. Primær vurdering omhandler hvorvidt det som skjer er relevant for personens velvære. Ofte er det tre typer primære vurderinger – skade man allerede har opplevd, antatt skade i form av en trussel, og en utfordring, der man har muligheten for mestring eller gevinst (Lazarus & Folkman, 1987, p. 145). Lazarus og Folkman påpeker at en miljøtilstand ikke vil fungere som en kilde til skade eller gevinst med mindre den konfronterer personen eller gruppen med motiverende og kognitive karakteristikk som gjør dem sårbare for den spesifikke situasjonen (1987, p. 145). I sammenheng med pandemien må covid-19 altså bli vurdert som en form for skade vedkommende har opplevd før, eller en antatt trussel som kan medføre skade. Lazarus og Folkman poengterer at alle mennesker deler visse vurderinger som gjør de mer eller mindre sårbare for enkelte miljømessige situasjoner, eksempelvis katastrofer eller trusler mot mennesker man er glad i (Lazarus & Folkman, 1987, p. 145).

Allikevel poengterer Lazarus og Folkman at kvaliteten og intensiteten av den emosjonelle reaksjonen til disse situasjonene også varierer fra person til person, ettersom personlighetsfaktorer og mestringsstrategier er individuelle (Lazarus og Folkman, 1987, p. 145). Eksempelvis påpekes det i en studie fra Hong Kong at de som ikke opplevde SARS-utbruddet i 2003 har større risiko for å oppleve psykologisk bekymring under covid-19 pandemien (Wang, Kala & Jafar, 2020, p. 18). Dette impliserer at ens første erfaring med denne typen smittsomme utbrudd oppleves svært stressende, og at det man har opplevd tidligere i livet, og dermed oppbygd resiliens mot, har mye å si for hvordan man takler covid-19 pandemien. Med denne individualiteten bringes også den sekundære vurderingen i

transaksjonsmodellen inn, som omhandler den kognitive prosessen *mestring* (coping) (Lazarus & Folkman, 1987, p. 146) – et begrep som vil utdypes i det følgende.

2.4 Mestring

Mestring er den kritiske prosessen som medierer personens miljø og relasjoner, og har til hensikt å beskytte individet mot de negative effektene stressorer medbringer, både med tanke på psykisk og fysisk helse (Lorente, Vera og Peiró, 2020 p. 1336f). Mestring skiller seg fra begrepet resiliens, der resiliens påvirker vurderingen av situasjonen og valg av mestringsstrategier, mens mestring i seg selv er strategiene man bruker i etterkant av vurderingene. Ifølge Lazarus og Folkman skiller man mellom to overordnede mestringsstrategier: *emosjonsfokusert mestring* og *problemfokusert mestring* (1984, p. 153). Disse to strategiene er, ifølge Lazarus og Folkman, gjensidig avhengig av hverandre og jobber sammen ved å supplere hverandre i den generelle mestringsprosessen. Problemfokusert mestring refererer til personens forsøk på å eliminere den truende situasjonen, og ved anvendelsen av slike mestringsstrategier forsøker man å redusere kilden til stress og forbedre situasjonen man er i. Med emosjonsfokusert mestring forsøker man derimot å redusere emosjonelt ubehag eller andre negative opplevelser som er trigget av situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984, p. 153f).

Struktureringen av mestringsstrategier er i dag et kontroversielt tema, og det finnes flere tilnærminger til mestringsbegrepet. Krzysztof Stanisławski argumenterer blant annet for at problemfokusert- og emosjonsfokusert mestring ikke er skilte kategorier, men heller to akser som korresponderer med å løse både personens problemer og regulere vedkommendes emosjoner (Stanisławski, 2019, p. 1). Selv om Stanisławski postulerer at problemløsning og emosjonsregulering er stresshåndterings to hovedoppgaver, anser han dem som bipolare dimensjoner og han påpeker at Lazarus selv har innrømmet at forskjellen mellom problem- og emosjonsfokusert mestring har ført til en forenklet konseptualisering av hvordan mestring fungerer (Stanisławski, 2019, p. 2). Skinner og kollegaer har i sitt review over måter å klassifisere mestring på også uttalt at de fleste måter å mestre en situasjon på kan tjene begge funksjonene

og dermed passe i begge kategorier (Lazarus, 1996, p. 292; Stanisławski, 2019 p. 2, Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003; Stanisławski, 2019, p. 2). I det understående vil vi anvende mestringsbegrepet i forklaringen av psykologiske reaksjoner til pandemier, herunder covid-19. Vi vil også presentere ulike maladaptive mestringsstrategier, eller patologiske reaksjoner, assosiert med pandemiske utbrudd, især covid-19.

2.5 Psykologiske reaksjoner til pandemier

Som vist i det ovenstående kan pandemier forstås som stressende belastningsreaksjoner, og menneskers reaksjoner på disses utbredelse avhenger av både individuelle faktorer så vel som medfødte disposisjoner. I det følgende vil vi presentere ulike mestringsstrategier, eller psykologiske reaksjoner, knyttet til pandemiske utbrudd, primært covid-19. Først vil vi redegjøre for psykologiske reaksjoner på individnivå, før vi fremlegger en oversikt over den norske stats håndtering, og kontrollering, av SARS-CoV-2-utbruddet og hvordan disse reaksjonene antakeligvis påvirker nordmenns mentale helse. Avslutningsvis vil vi presentere konkrete forskningsfunn vedrørende den norske befolkningens psykiske velvære under covid-19.

2.5.1 Resiliens og anvendelse av mestringsstrategier under covid-19

I en studie av sykepleiere under covid-19 pandemien finner Lorente og kollegaer en positiv korrelasjon mellom problemfokustert mestring og emosjonsfokustert mestring, men også at det å anvende begge formene for mestringsstrategier er viktig for å oppnå en adaptiv effekt på sykepleiernes mentale helse under koronapandemien (Lorente, Vera og Peiró, 2020, p. 1335). I studien bemerkes også viktigheten av resiliens, og forskerne fremhever resiliens-ressurser som en betydelig mediator for psykisk velvære (Lorente, Vera og Peiró, 2020, p. 1335). Yildirim og Solmaz presiserer også viktigheten av resiliens, ettersom de i sin studie av stress og utbrenthet finner at resiliens kan fungere som en buffer mot utbrenthet som følge av covid-19 relatert stress (2020, p. 7). Dette kan dog anses som forventelig, ettersom

resiliens i seg selv er en viktig beskyttelsesfaktor mot stress og annen psykopatologi (Wu et al., 2013, p. 1).

Forskere har pekt på at enkelte mestringsstrategier er positivt assosiert med psykisk velvære, mens andre assosieres med manglende, eller skrøpelig, velværefølelse. Gurvich og kollegaer fant eksempelvis at mestringsstrategiene positiv omramming (reframing), aksept og humor var forbundet med bedre psykisk velvære, mens selvbekreftelse, ventilering, atferdsmessig utkobling og selvdistraksjon var assosiert med dårligere psykisk velvære (Gurvich et al., 2020). I en annen studie av covid-19 relatert stress fant Zacher og Rudolph at visse former for mestringsstrategier viste moderat effekt på endring i velvære, og at ulike former for emosjonsfokuserte og problemfokuserte mestringsstrategier ble assosiert med høyere livstilfredshet, mens unngående mestringsstrategier var forbundet med lavere livstilfredshet (2020, p. 59). Ut ifra ovenstående empiri kan mestringsstrategier følgelig anses som en viktig mediator med henblikk på psykisk velvære under koronapandemien. I det understående vil vi gjennomgå ytterligere empiri knyttet til mestringsstrategier relatert til covid-19, mer spesifikt mestringsstrategier som anvendes for å takle pandemiens usikkerhetskomponenter.

2.5.2 Intoleranse mot usikkerhet og maladaptive mestringsstrategier

Pandemier skaper ofte usikkerhet, hvilket blant annet utspiller seg gjennom utbredt forvirring vedrørende smitterisiko, eventuelle beskyttelsesfaktorer og begrensende tiltak. Det er også knyttet usikkerhet til pandemiers varighet, ettersom smitteutbruddene ofte kommer i bølger og det følgelig kan være vanskelig å avgjøre hvorvidt en aktuell pandemi virkelig er over (Taylor, 2019, p. 5). Evnen til å tolerere usikkerhet påvirker hvilke mestringsstrategier som anvendes for å takle ubehaget knyttet til pandemiens usikkerhetskomponent. Ved intoleranse mot usikkerhet ses ofte bruk av maladaptive mestringsstrategier, eksempelvis fornektelse, og lavere grad av psykisk velvære (Rettie & Daniels, 2020, p. 2). Intoleranse mot usikkerhet er også assosiert med forstyrrede handlings- eller beslutningsevner, grunnet tendensen til å *prokrastinere*. Begrepet prokrastinering har ulike definisjoner, men kan ifølge Steel forstås som irrasjonell utsettelse av tiltenkte handlingsforløp, til tross for en

bevissthet om at utsettelsen vil gjøre en dårligere stilt (Steel, 2007, p. 66). Ved å prokrastinere kan individet unngå stressende konfrontasjoner og konflikter assosiert med beslutningstakingsprosessen og utførelsens av et gitt handlingsforløp.

Prokrastinering vil dog kunne anses som en maladaptiv mestringsstrategi, ettersom det er forbundet med lavere grad av velvære på lang sikt, og i enkelte tilfeller opptrer sammen med tilstedeværende psykopatologi i form av depresjon, angst og stress (Taylor, 2019, p. 42; Ferrari, 1994, p. 673; Steel, 2007, p. 65; Svartdal, 2017, p. 26).

I tidligere nevnte studier av mestringsstrategier assosiert med belastingshåndtering under covid-19 brukes begreper som «unngående mestring» og «selvdistraksjon» (Zacher & Rudolph, 2020, p. 59, Gurvich et al., 2020, p. 1). Disse kan anses som versjoner av prokrastineringsbegrepet, og kan dermed å tale for en sammenheng mellom prokrastinering og grad av psykisk velvære under covid-19. Studier av prokrastinerende atferd blant studenter under covid-19 peker også på at prokrastinering kan svekke grad av psykisk velvære (Arifiana, Rahmawati, Hanurawan & Eva, 2020; Pelikan, et al, 2021), hvilket også taler for en sammenheng.

Utover å være forbundet med prokrastinerende atferd, er intoleranse mot usikkerhet også assosiert med overdrevent *søk etter beroligelse* (reassurance-seeking), hvilket kan forstås som en kompulsiv strategi for å redusere usikkerhetsfølelsen (Taylor, 2019, pp. 42, 53). Selv om strategien kan gi midlertidig bekymringslettelse, kan overdrevent søk etter beroligelse forverre og opprettholde engstelighet og depresjon på lang sikt (Lee & Crunk, 2020, p. 3; Halldorsson & Salkovskis, 2017, p. 619). Med utgangspunkt i dette, kan det virke til at intoleranse mot usikkerhet og maladaptive mestringsstrategier assosiert med håndteringen av usikkerhetsfølelsen, påvirker menneskets grad av psykisk velvære i negativ forstand. Dette argumentet understøttes ytterligere av bemerkningen om at overdrevent søk etter beroligelse også assosieres med *helseangst*, altså unødig bekymring for egen helse, næret av uro assosiert med alle typer stimuli som oppfattes som trusler mot egen helsetilstand (Halldorsen & Salkovskis, 2017, p. 619; Taylor, 2019, p. 50). Slik engstelighet påvirker nemlig psykisk velvære i negativ forstand (Asmundson, Abramowitz,

Richter & Whedon, 2010, p. 306). Begrepet helseangst vil utdypes ytterligere i det følgende.

2.5.3 Helseangst

Som tidligere presisert, reagerer mennesker ulikt på psykososiale stressorer. Mens noen nærmest benekter at pandemien representerer en helserisiko, reagerer andre med intens frykt og angst. Selv om et moderat nivå av frykt og angst kan ha en prososial funksjon ved å motivere mennesker til å følge myndighetenes anbefalinger og til å oppsøke klinisk hjelp ved behov, kan svært intens frykt skape alvorlig ubehag for den enkelte (Taylor, 2019, p. 24; Asmundson et al., 2010, p. 306). Mennesker som skårer høyt på kontinuumet over grad av helseangst vil eksempelvis ofte mistolke kroppslig aktivering og somatiske stressreaksjoner som uttrykk for underliggende infeksjon eller sykdom, og tenderer mot å oppfatte selv det minste uttrykk for kroppslig endring som tegn på foreliggende sykdom (Taylor, 2019, pp. 50-52). Slike katastrofetanker skaper utmattende og unyttig engstelighet, næret av vansker med å takle usikkerhet eller ønsket om å ikke dø nå, og angsten forsøkes minimert gjennom sikkerhetsatferd som eksempelvis søk etter beroligelse og overdreven håndvask (Wilhelmsen, 2002; Taylor, 2019, p. 53).

Et annet ord for overdreven helseangst er *hypokondri*. Som nevnt i det foregående inngår diagnosen hypokondrisk lidelse som en diagnostisk kategori i diagnosemanualen ICD-11, hvilke taler for sykdomsangstens potensielle alvorlighet (WHO, 2018; Wilhelmsen, 2002). Pasienter med hypokondrisk lidelse kan også utvikle en sekundær depresjon, altså en depresjon i etterkant av helseangstens oppblomstring, som uttrykk for utmattelse eller fortvilelse over situasjonen (Wilhelmsen, 2002). Både helseangst og hypokondriens komorbide lidelser er dessuten forbundet med negative tanker om døden og *dødsangst* (James & Wells, 2002; Spitzenstätter & Schnell, 2020; Yalom, 1980), et begrep som vil utdypes i det følgende.

2.5.4 Dødsangst og konfrontasjon med eksistensielle temaer

I henhold til Irvin D. Yalom finnes det fire ultimate, og endelige, bekymringer – *død, frihet, isolasjon og meningsløshet*. De ultimate bekymringene er forankret i menneskets eksistens, og konfrontasjon med disse kan forårsake angst (Yalom, 1980, p. 8f). Ulike former for infeksjonskontroll under covid-19, som påbud om munnbind og regler for sosialisering, samt daglige oppdateringer vedrørende pandemiens utvikling og SARS-CoV-2-relaterte dødsfall, kan muligens bevirke at mennesker i større grad konfronteres med egen mortalitet under pandemien (Spitzenstätter & Schnell, 2020; Menzies & Menzies, 2020). Ettersom konfrontasjon med egen dødelighet, som tidligere presisert, kan stimulere angst, nærmere bestemt *dødsangst*, kan en stille spørsmål til hvorvidt denne ultimate bekymringen kan anses som særskilt aktuell i dagens pandemipregede samfunn.

I henhold til Yalom, er dødsangsten forankret i den eksistensielle konflikten mellom bevisstheten om at man en gang skal dø og ønsket om å fortsette å eksistere, og begrepet skal forstås som frykt for å dø eller for å opphøre å være (Yalom, 1980, pp. 8ff, 41ff). Dødsangst er ikke i seg selv patologisk da bevissthet rundt egen mortalitet gjør det mulig å leve et autentisk liv (Yalom, 1980, p. 31). Psykopatologi kan derimot oppstå dersom individet feiler i å anvende adaptive forsvarsmekanismer for å håndtere angsten. Bruk av maladaptive forsvarsmekanismer for å takle dødsangst kan nemlig forhindre vekst, samtidig som dødsangst kan betraktes som en transdiagnostisk faktor, av betydning for utvikling og opprettholdelse av en rekke psykiatriske lidelser (Yalom, 1980, pp. 10, 111; Spitzenstätter & Schnell, 2020; Menzies & Menzies, 2020). Begrepet *forsvarsmekanismer* refererer i denne sammenheng til ubevisste mekanismer med formål om å beskytte personen mot angst, ubehag og smertefulle opplevelser, samt sikre tilpasning til realiteten og stabilisere vedkommendes identitet (Møhl & Simonsen, 2017, p. 144).

Forsvarsmekanismer fungerer simultant med mestringsstrategier, og vedvarende bruk av forsvarsmekanismer som kan resultere i dårligere tilpasningsatferd og svekket mental helse anses som patologiske (Walker & McCabe, 2021, p. 42; Møhl & Simonsen, 2017, p. 147).

Gitt at mennesker i større grad konfronteres med egen mortalitet under covid-19 pandemien, vil individer med høyt nivå av dødsangst trolig være mer tilbøyelige for å oppleve betydelig eksistensielt ubehag og ha større risiko for å utvikle psykiske lidelser enn mennesker med lavere nivå av dødsangst (Spitzenstätter & Schnell, 2020). Resultatene fra Lee og kollegaers hierarkiske multiple regresjonsanalyse peker også på at *koronafobi*, altså frykt og angst for covid-19, predikerer dødsangst og psykopatologi i form av depresjon og angst (Lee, Jobe, Mathis & Gibbons, 2020), hvilket understreker linken mellom covid-19, dødsangst og psykopatologiske uttrykk. I det følgende vil vi komme nærmere inn på hvilke kontrolltiltak den norske regjeringen har innført med henblikk på å begrense smittespredning av SARS-CoV-2, samt hvordan tiltakene kan påvirke nordmenns psykiske velvære.

2.6 Regjeringens kontrollering av smittesituasjonen

For å hindre spredning av SARS-CoV-2 har den norske regjeringen innført nasjonale smitteverntiltak etter Covid-19 forskriften (forskrift 27.mars 2020, nr. 470), som har til formål å begrense smitte samt sikre ivaretagelse av ordinære helse- og omsorgstjenester (jf. Covid-19 forskriften §1). Forskriften har hjemmel i smittevernloven (smvl.) § 7-12, og inkluderer blant annet bestemmelser vedrørende *sosial distansering*, herunder krav om karantene og isolasjon (jf. Covid-19 forskriften §§ 4-8) og forbud mot arrangementer, stengning av virksomheter og krav til smittevernlig forsvarlig drift (jf. Covid-19 forskriften §§ 13-16). Siden kunngjøringen den 27. mars 2020, har forskriften ved flere anledninger blitt modifisert i overensstemmelse med pandemiens utvikling. I vår oppgave vil vi trekke på den for tiden gjeldende versjonen av forskriften (per 30. mars 2021) i vår redegjørelse av psykologiske reaksjoner knyttet til tiltakene.

2.6.1 Sosial distansering

Begrepet sosial distansering refererer i denne sammenheng til tiltak som har til formål å redusere sannsynligheten for at smittede mennesker sprer smitten videre (Taylor, 2019, p. 19). Selv om sosial distansering kan anses som en nødvendighet for å begrense smittespredning, kan slik distansering også influere på psykisk velvære og

potensielt sett fremprovosere psykologisk lidelse (Taylor, 2019, pp. 20, 24f). Brooks og kollegaers review over psykologiske konsekvenser av karantene fra 2020 peker eksempelvis på at mennesker som har opplevd karantene rapporterer om høyere prevalens av psykologisk ubehag og stress, samt høyere prevalens av psykologiske lidelser som depresjon, angst, insomni og symptomer på PTSD (Brooks et al., 2020, p. 913). I reviewet fremheves det også at karantenens varighet er av betydning for til hvilken grad vedkommendes psykisk velvære påvirkes av karanteneopplevelsen, og at lengre varighet er assosiert med dårligere psykisk helse og mer symptomatologi (Brooks et al., 2020, p. 916).

Utover forskning på psykologiske konsekvenser av karantene, finnes det også empiriske studier av konsekvensene av sosial distansering i bredere term. En amerikansk studie fra pandemiens tidlige faser peker eksempelvis på en assosiasjon mellom sosial distanseringsatferd og psykologisk helsetilstand under covid-19 pandemien (Marroquín, Vine & Morgan, 2020). I studien rapporteres det om signifikant økning i symptomer på depresjon og generalisert angstlidelse i tidsrommet slutningen av februar til slutningen av mars 2020 – en periode hvor antall smittede og SARS-CoV-2 relaterte dødsfall ekspanderte i USA og flere amerikanske stater oppfordret innbyggerne til å holde seg hjemme (Marroquín, Vine & Morgan, 2020). En sammenligningsstudie på tvers av landegrenser impliserer også at sosial distansering er av betydning for menneskets velværefølelse (Geirdal et al., 2021). I studien fremgår det at henholdsvis 50% av studiens norske respondenter, 70% av studiens amerikanske respondenter, 74% av studiens britiske respondenter og 63% av studiens australske respondenter rapporterer om emosjonelt ubehag i tidsrommet april til mai 2020. Dette svarer til en økning i antall mennesker med lavere grad av psykisk velvære sammenlignet med tall fra før pandemiens utbrudd (Geirdal et al., 2021, p. 5). Forskerne peker på flere mulige forklaringer på de observerte forskjellene mellom landenes rapportering av opplevd emosjonelt ubehag, herunder sosiopolitisk ulikhet og grad av tillit til regjeringen og det politiske systemet. Norge, som skiller seg ut som det landet med lavest prosentandel innbyggere som har opplevd emosjonelt ubehag under pandemien, har eksempelvis et relativt robust, statlig støttesystem som ivaretar innbyggernes velferd dersom de eksempelvis smittes

av SARS-CoV-2 eller blir arbeidsledige som følge av nedstengingen (Geirdal et al., 2021, p. 5f). Australia, som fremtrer som det landet med nest lavest prosentandel innbyggere som rapporterer om emosjonelt ubehag i det gitte tidsrommet, har et velferdssystem som likner Norges, mens USA og Storbritannia, som rapporterer om høyere prosentandeler, har andre statlige ordninger og systemer (Geirdal et al., 2021, p. 5f). Med utgangspunkt i dette kan det argumenteres for at statlige støtteordninger kan virke beskyttende mot opplevelsen av emosjonelt ubehag under covid-19 (Fellesorganisasjonen, u.å.).

Andre forskere trekker også frem sosial støtte som en betydningsfull beskyttelsesfaktor i forbindelse med covid-19 og pandemiens innvirkning på menneskers mentale helse, hvilket virker logisk med hensyn til ovenstående bemerkning om at sosial støtte kan anses som en generell resiliensfaktor relatert til stressreaksjoner (Wu et al., 2013, p. 6). Sosial støtte kan nemlig anses som et aspekt ved menneskets sosiale kapital, og mangel på dette som følge av covid-19 relaterte restriksjoner og isolering kan forårsake angst og stresssymptomatologi (Xiao, Zhang, Kong, Li & Yang, 2020 if. Asmundson et al., 2020, p. 5). I en studie av betydningen av opplevd sosial støtte blant mennesker som opplevde karantene eller isolasjon under covid-19, ble det også konkludert med at sosial støtte kunne virke beskyttende mot psykopatologisk utvikling (Grey et al., 2020). Mer spesifikt konkluderte forskerne med at det forelå 63% lavere risiko for utvikling av depresjon og 52% lavere risiko for utvikling av søvnvansker blant de med høy grad av opplevd sosial støtte sammenlignet med de som i mindre grad opplevde sosial støtte (Grey et al., 2020, p. 5). Resultatene herav er følgelig med på å understøtte betydning av sosial støtte for reaksjoner på covid-19 relaterte restriksjoner og belastninger.

Hoffart, Johnson og Ebrahimi undersøkte i 2020 potensielle risiko- og resiliensfaktorer assosiert med ensomhet innad i den norske populasjonen i perioden 31. mars 2020 til 7. april 2020, hvorpå det norske samfunnet var preget av særlig strenge retningslinjer vedrørende sosial distansering (Hoffart, Johnson & Ebrahimi, 2020). Resultatene viste blant annet at 80% av studiens 10 061 deltakere hadde overholdt myndighetenes retningslinjer, og at faktorer som eksempelvis sivilstatus

som singel, lavere utdannelsesnivå, arbeidsledighet, ung alder og tilstedeværende psykiatrisk diagnose økte risikoen for å oppleve ensomhet i forbindelse med sosial distansering under covid-19 pandemien. Det ble også pekt på en assosiasjon mellom mannlig kjønn og lavere grad av ensomhet (Hoffart, Johnson & Ebrahimi, 2020, p. 6), hvilket indikerer at kjønn kan representere en risiko- og resiliensfaktor i forbindelse med patologisk utvikling under covid-19. Resultatene fra studien peker videre på assosiasjoner mellom ensomhet og symptomer på depresjon og angst, hvilket tilsier at ensomhet kan representere en risikofaktor i forbindelse med utvikling av de nevnte lidelsene (Hoffart, Johnson & Ebrahimi, 2020).

2.6.2 Mangel på, eller tap av, kontroll

Som vist i det ovenstående kan regjeringens innføring av begrensende tiltak, med den hensikt å fremme sosial distansering, resultere i betydelige psykiske konsekvenser på individnivå. Dette kan muligens henge sammen med opplevelsen av kontroll, eller mangel på dette, som følge av lovpålagte sosiale restriksjoner. Flere forskere har undersøkt betydningen av kontrollfølelse i konfrontasjon med pandemiens utbredelse. Yang og Ma konkluderer eksempelvis med at kunnskap om SARS-CoV-2 er assosiert med høyere kontrollfølelse, hvilket igjen er assosiert med høyere grad av psykisk velvære under pandemien (Yang & Ma, 2020, p. 5). Brailovskaia og Margraf peker også på en sammenheng mellom kontrollfølelse og psykisk velvære, og konkluderer med at den psykologiske belastningen assosiert med covid-19 har potensiale til å redusere menneskers følelse av kontroll, hvilket igjen kan øke risikoen for avhengighetssymptomatologi dersom det foreligger et høyt, eller middels, nivå av angstsymptomer (2021, pp. 1, 3f). Forskerne fremhever i særlig grad hvordan mennesker kan utvikle en avhengighet til sosiale medier på bakgrunn av en manglende kontrollfølelse over eget sosialt liv, og behovet for å søke substitusjon gjennom sosiale mediekkanaler (Brailovskaia & Margraf, 2021, p. 3f).

Sigurvinsdottir, Thorisdottir og Gylfason undersøkte også internettbruk og grad av kontroll i forbindelse med psykisk velvære under covid-19, men til forskjell fra Brailovskaia og Margraft undersøkte de spesifikt hvordan *kontrollplassering* (locus

of control) påvirker mental helse (Sigurvinsdottir, Thorisdottir & Gylfason, 2020, pp. 1, 3). Forskerne tok utgangspunkt i Joseph Rotters kontrollplasseringsparadigme som skiller mellom *intern kontrollplassering* (internal locus of control) og *ekstern kontrollplassering* (external locus of control). Mens mennesker med en intern kontrollplassering har tiltro at de selv besitter kontroll over eget liv og dets utfoldelse, tror mennesker med en ekstern kontrollplassering at eksterne faktorer er av større betydning for hvordan livet deres utspiller seg (Holt et al., 2015, p. 657; Sigurvinsdottir, Thorisdottir & Gylfason, 2020, p. 3; Yalom, 1980, p. 157). Resultatene fra Sigurvinsdottir og kollegers studie viste at mennesker med en ekstern kontrollplassering opplevde mer symptomatologi under covid-19 enn mennesker med en intern kontrollplassering, og at opplevelsesbasert internettbruk (experiences using the internet) var assosiert med lavere forekomst av symptomatologi enn nettbasert informasjonssøking som motsatt var assosiert med flere symptomer (Sigurvinsdottir, Thorisdottir & Gylfason, 2020, p. 11). Resultatene angående kontrollplassering samstemmer med tidligere forskningsfunn vedrørende assosiasjoner mellom ekstern kontrollplassering og psykopatologi, og ifølge Yalom henger dette sammen med at en ekstern kontrollplassering skaper grobunn for patologi ved å påvirke måten individet tilnærmer seg verden på (Yalom, 1980, p. 157). I henhold til Yalom er ekstern kontrollplassering nemlig assosiert med følelse av maktesløshet, lav selvtillit og utilfredsstillende interpersonlige relasjoner (Yalom, 1980, p. 157). Med utgangspunkt i dette, virker grad av kontroll å representere en mulig medierende faktor i forbindelse med psykisk velvære under covid-19. I det understående vil vi redegjøre for utslettelsen av grenser under pandemien, hvilket muligens også kan betraktes som en versjon av tap av kontroll.

2.6.3 Hjemmekontor og grenseutslettelse

Som vist i det ovenstående kan de restriktive smitteverntiltakene muligens stimulere psykopatologiske uttrykk og opplevd kontrolltap. Forskning peker også på at innføringen av hjemmekontor, som et forsøk på å begrense smittespredning på arbeidsplassen, bidrar til å utviske grensen mellom jobb og privatliv, noe som kan forårsake psykisk ubehag for den enkelte (Dongarwar et al., 2020; Clark, 2000; Kotera & Vione, 2020). Ifølge *Arbeid- og familiegrenseteorien* (work/family

boundary theory) representerer nemlig jobb og privatliv to ulike, og gjensidig påvirkende, domener eller sfærer, assosiert med ulike roller (Clark, 2000, pp. 750f, 753). For å minimere den potensielle rollekonflikten som kan oppstå når disse rollene kolliderer, vil individet strebe etter en balanse, eller integrasjon, mellom de ulike domenene. Når balanse oppnås, er individet tilfreds og velfungerende i både arbeidslivet så vel som på hjemmebane (Clark, 2000, p. 751). Dersom to svært ulike roller derimot kolliderer, og grensen mellom dem opphører, kan det oppstå rollekonflikt og frustrasjon, hvilket påvirker individets velvære og funksjonsevne i negativ forstand (Clark, 2000, p. 757f). En systematisk gjennomgang av forskning relatert til den endrede måten å arbeide på under covid-19 peker også på at hjemmekontor, i noen tilfeller, kan resultere i utslettelse av grensen mellom jobb og privatliv, samt påfølgende utmattelse og mentalt press (mental demands) (Kotera & Vione, 2020, p. 10). Selv om den nye måten å arbeide på også assosieres med positive konsekvenser, herunder engasjement og arbeidsflyt, fremheves det at den nye arbeidsmetoden potensielt sett kan påvirke de ansattes velvære i negativ forstand (Kotera & Vione, 2020, p. 10). I den sammenheng fremstår hjemmekontor som en betydelig faktor i forbindelse med psykisk velvære under covid-19 på mikronivå. I det følgende vil vi fremlegge en kort presentasjon av mulige konsekvenser av smitteverntiltakene på makronivå.

2.6.4 Samfunnsmessige konsekvenser av smitteverntiltakene

I en rapport utviklet av Koronakommisjonen under ledelse av Stener Kvinnsland fremgår det at pandemien og de påfølgende smitteverntiltakene har ført til at flere virksomheter har måttet permittere eller si opp ansatte (Helsedirektoratet, 2021, p. 399). Kvinnsland og kollegaer fremhever at arbeidsledigheten i Norge ved utgangen av 2020 var opp imot dobbelt så høy som før pandemiutbruddet, og at det er særlig arbeidstakere med lavere lønn og utdanningsnivå som rammes av oppsigelse eller permittering. Samtidig fremgår det at hjemmeskolering som følge av pandemiens utbredelse kan ha resultert i dårligere læringsvilkår og mindre motivasjon blant skoleelever, hvilket igjen kan føre til dårlige læringsutbytte og mere frafall. På lengre

sikt kan dette muligens medføre problemer med sysselsetting (Helsedirektoratet, 2021, p. 399).

I rapporten fremlegges det også en vurdering av helsemessige konsekvenser av pandemien, og under denne seksjonen fremheves det blant at redusert aktivitet i norske sykehus under covid-19 kan ha resultert i forsinket diagnostisering av andre pasientgrupper. Forsinket diagnostisering kan videre gi forverret prognose og økt behov for helsetjenester på lengre sikt (Helsedirektoratet, 2021, p. 412). Samtidig fremgår det at flere pasienter innenfor psykiatrien har opplevd endringer i behandlingstilbud, eksempelvis overgang til digitaliserte konsultasjoner, eller forlenget ventetid og fristbrudd i forbindelse med behandlingsoppstart. Slike overskridelser eller brudd på frister kan potensielt sett forverre pasientenes helsetilstand (Helsedirektoratet, 2021, p. 406).

Selv om det i rapporten primært fokuseres på negative konsekvenser av covid-19, fremheves det også at pandemien kan resultere i positive samfunnsendringer. I den forbindelse trekker Kvinnsland og kollegaer blant annet frem at vanemessig utførelse av smitteverntiltak på sikt kan resultere i mindre sykdom innad i befolkningen og at digitaliserte arbeidsplasser og digitalisert undervisning kan gi økt kunnskap om bruk av digitale løsninger og redusert reiseaktivitet med den konsekvens at klimaet påvirkes i positiv favør (Helsedirektoratet, 2021, p. 400). Likevel fremgår det at redusert sosial kontakt med kollegaer, venner, familie og bekjente kan ha negative psykologiske følger, eksempelvis økt ensomhet (Helsedirektoratet, 2021, p. 399). I det understående vil vi fremlegge en kort oversikt over den norske befolkningens psykologiske helsetilstand under covid-19, ved å trekke på et fåtall studier på feltet.

2.7 Befolkningens psykiske helsetilstand under covid-19

Forskning på mental helse under covid-19 peker, som vist, på at pandemien ikke bare influerer på somatisk helsetilstand, men også psykisk velvære. En norsk forskningsgruppe fant blant annet en dobling i angstsymptomer og en tredobling i depressive symptomer blant nordmenn under covid-19, sammenlignet med mål før

pandemiens oppblomstring (Ebrahimi, Hoffart & Johnson, 2021). Selv om depresjon og angst er naturlige responser til stressende og usikkerhetspregede situasjoner (Huremović, 2019, p.103), kan funnene betraktes som alarmerende da de peker på en betydelig økning i forekomst av psykisk lidelse innad i den norske befolkningen under covid-19 pandemien.

Ifølge Kvinnsland og kollegaer har andelen nordmenn registrert med psykiske diagnoser hos fastlegen i perioden november og desember 2020 også økt, sammenlignet med tall fra 2019 (Helsedirektoratet, 2021, p. 410). Dette samstemmer med funnene fra den tidligere nevnte studien til det norske Folkehelseinstituttet angående nordmenns livskvalitet og psykiske helse under covid-19. Resultatene herav pekte nemlig på en økning i forekomst av betydelige psykiske plager under covid-19, hvor henholdsvis 16,8% av respondentene skåret over måleinstrumentets terskelverdi for betydelige psykiske plager (Nes et al., 2020). Ettersom andelen som har skårer over terskelverdi har variert mellom 9 og 12% de siste 20 årene (Nes et al., 2020), kan økningen under pandemiens utbredelse betraktes som særskilt oppsiktsvekkende. Det finnes dog relativt få studier av nordmenns psykiske velvære under pandemien, og det er for tidlig å trekke konklusive slutninger vedrørende pandemiens innvirkning på befolkningens psykologiske helsetilstand (Helsedirektoratet., 2021, p. 408). Vår studie har dog som nevnt til hensikt å bidra i kartleggingen av pandemiens psykologiske konsekvenser for nordmenn, og det er vår forhåpning at studien kan bidra med å avdekke relevant informasjon vedrørende nordmenns psykiske velvære ett år etter pandemiens utbredelse. I det følgende vil vi gjennomgå hvordan vi har tenkt å utforme undersøkelsen vår, samt hvilke metodologiske betraktninger som setter rammene for undersøkelsens utforming.

3. Metodologi

I det følgende vil vi fremstille de metodologiske og metodiske vurderingene som ligger til grunn for forskningsprosjektet vårt. Innledende vil vi fastslå vårt vitenskapsteoretiske ståsted. Deretter vil vi beskrive vår metodiske fremgangsmåte, studiens design og de ulike etiske overveielsene som er tatt i forkant av distribusjonen av den digitale undersøkelsen. Sluttvis vil vi fremlegge en redegjørelse over valg av statistiske tester, samt en beskrivelse av hypotesene våre og hvordan disse vil utprøves.

3.1 Epistemologisk fokus

Vår oppgaves epistemologiske fokus kan blant annet forklares med avsett i Habermas sin *teknisk-beherskende erkjennelsesinteresse*, ettersom undersøkelsen vil utarbeides etter *den hypotetisk-deduktive metoden*, med inndragelse av en *fenomenologisk* tilnærming til forståelsen av undersøkelsens kvalitative bestanddeler, hvilket vil utdypes i et senere avsnitt (Langergaard & Sørensen, 2015, p. 274f; Feilberg, 2014, p. 150). Den hypotetisk-deduktive metoden omhandler formulering av hypoteser basert på eksisterende viten innenfor feltet, innhentet gjennom litteratursøk. De deduktivt formulerte hypotesene blir videre testet, og observasjonene fra hypotesetestingen vil enten kunne støtte eller avkrefte disses sannhetsverdi (Andersen & Boolsen, 2015, p. 42). Resultatene fra hypotesetestingen vil dog aldri kunne bevise eller verifisere hypotesene, ettersom resultatene fra de ulike testene kan stamme fra andre årsaker enn hva som fremkommer i teorien (Coolican, 2014, p. 7; Vensgaard, 2015, p. 135). For å nå frem til de beste vitenskapelige teoriene er det derfor, i tråd med Karl Poppers teoretiske postulater, viktig å teste og forsøke å *falsifisere* dem, ettersom teoriene styrkes hver gang de ikke blir avkreftet (Vensgaard, 2015, p. 146f).

Som det fremgår fra det ovenstående vil vår undersøkelse utformes etter en hypotetisk-deduktiv tilnærming til feltet, og vi vil følgelig trekke på allerede eksisterende viten vedrørende covid-19 under utformingen av våre hypoteser. Selv om undersøkelsen vår aldri vil kunne bevise noe, har den til hensikt å utprøve en

rekke hypoteser og undersøke hvorvidt disse avkreftes eller ei. Det er nemlig vår forhåpning at undersøkelsen vår vil kunne bidra i prosessen med å oppnå ytterligere kunnskap om psykisk velvære under covid-19, gjennom identifikasjon av ulike personlige karakteristikk som ikke kan avkreftes som betydningsfulle for psykisk velbefinnende under pandemien.

3.2 Undersøkelsesdesign

Vår undersøkelse er en form for *kvantitativ* forskning, som i all hovedsak omhandler målinger ved bruk av tall (Coolican, 2014, p. 54). Denne måten å forske på er gunstig til utforskning av vårt forskningsspørsmål, ettersom det kreves et høyt antall testpersoner for å kunne besvare spørsmålet. Vi vil, som tidligere beskrevet, undersøke den norske befolkning, og ønsker derfor et stort utvalg respondenter i alle aldersgrupper. Vi har også et ønske om at respondentene er bosatt på tvers av Norges fylker, ettersom dette kan styrke utvalgets representativitet. I vårt tilfelle vil det derfor ikke gi mening å utelukkende anvende en *kvalitativ* tilnærming, ettersom kvalitativ metode omhandler tidkrevende og utdypende undersøkelse av færre respondenter (Coolican, 2014, p. 10). Selv om en kvalitativ undersøkelse vil kunne gi fylldigere informasjon om deltakernes opplevelser og erfaringer, anser vi det som mer hensiktsmessig å utføre en undersøkelse som primært baseres på kvantitativ metodologi. Dette fordi vi på denne måten kan undersøke et representativt utvalg nordmenn, og oppnå generaliserbar viten vedrørende psykisk velvære under pandemien (Coolican, 2014, p. 42). På denne måten vil vi kunne si noe om hele den norske befolkningens psykiske velvære under covid-19 pandemien.

Kvantitative metoder måler ulike *variabler*, altså kvantiteter som kan endre seg, og som ofte refererer til målinger av fenomener (Coolican, 2014, p. 31). Det er ofte snakk om to typer variabler, *avhengige variabler* og *uavhengige variabler*. Endringene i den avhengige variabelen er avhengig av manipulering av den uavhengige variabelen (Coolican, 2014, p. 66). I vår studie er vår avhengige variabel psykisk velvære under covid-19. Vi ønsker å undersøke om denne variabelen endrer seg som følge av våre uavhengige variabler. Våre uavhengige variabler er henholdsvis kjønn, alder, sivilstand, geografisk bosted, foreliggende somatisk

og/eller psykisk sykdom, bosituasjon, arbeidsstatus, opplevd karantene/isolasjon, opplevd covid-19 smitte og anvendelse av prokrastinering som mestringsstrategi. I tillegg ønsker vi å undersøke om det finnes en sammenheng mellom sosial og arbeidsmessig funksjonsevne og forekomst av psykiske plager, mellom livstilfredshet og trivselsmål samt mellom trivselsmål og forekomst av psykiske plager. Undersøkelsens eneste eksklusjonskriterier er, som presisert innledningsvis, at respondentene er under 18 år og bosatt andre steder enn Norge.

I vår undersøkelse ønsker vi altså å sammenligne ulike grupper innenfor samme populasjon, og vi vil derfor benytte oss av en *tverrsnittsundersøkelse* (cross-sectional study). En tverrsnittsundersøkelse sammenligner utvalg trukket ut fra separate identifiserbare undergrupper innenfor en populasjon, og sammenligner disse gruppene på samme tidspunkt (Coolican, 2014, p. 231). Ved å bruke en slik undersøkelse, kan vi bemerke eventuelle forskjeller mellom de ulike gruppene som inngår i undersøkelsen. Tverrsnittsundersøkelser er lite tidkrevende, billige og relativt enkle å innhente deltakere til (Coolican, 2014, p. 234). Av denne grunn anser vi det som et gunstig design til undersøkelse av vårt forskningsspørsmål.

For å innhente informasjon fra populasjonen ønsker vi å bruke et strukturert design, der alle respondentene mottar de samme spørsmålene i samme rekkefølge (Coolican, 2014, p. 169). Vi har derfor besluttet å ta i bruk en elektronisk undersøkelse, i form av en *survey*. En survey bruker man om man ønsker å innhente informasjon fra et stort antall mennesker, noe som er ønskelig i vårt tilfelle (Coolican, 2014, p. 184). Vi vil distribuere undersøkelsen på internett, og vil benytte oss av Facebook som distribusjonsplattform. Elektroniske surveys har dog fått kritikk for at utvalget de innhenter kan bli skjevt i forbindelse med representasjon av den generelle populasjon (Coolican, 2014, p. 187f). Dette spesielt med tanke på aldersgrupper, der den eldre generasjon vil være mindre sannsynlig til å bruke internett. Selv om det er en stadig økning i bruk av internett i alle aldersgrupper, vil det allikevel være en overrepresentasjon av de yngre generasjoner (Coolican, 2014, p. 188). Vi risikerer også med en tverrsnittsundersøkelse å støte på *kohorteffekten*, som innebærer at om aldersforskjellen på de undersøkte gruppene er store, kan enhver forskjell vi finner

være et resultat av forskjellige aldersrelaterte erfaringer og opplevelser (Coolican, 2012, p. 234). Til tross for disse mulige ulempene anser vi stadig tverrsnittsundersøkelse og elektronisk survey som et godt alternativ. Dette fordi vi, ved å distribuere undersøkelsen over internett, vil ha mulighet til å nå ut til nordmenn fra hele landet og dermed oppnå et utvalg som er representativt for den norske populasjonen.

Vi ønsker å utforme vår elektroniske survey slik at den består av en blanding av *åpne- og lukkede spørsmål*, hovedsakelig i *skalaform* der respondentene svarer på påstander. Lukkede spørsmål, eller påstander, har kun et fåtall, allerede fastsatte svaralternativer, og i den sammenheng ønsker vi primært å bruke en likertskala der respondentene kan velge mellom mer enn to alternative svar (Coolican, 2014, pp. 181, 201). Åpne spørsmål har ingen svaralternativer, og gir respondentene muligheten til å svare fyldigere og mer beskrivende. Ettersom dette beveger oss mer inn mot den kvalitative metoden, vil vi kun ta i bruk to åpne spørsmål. Dette hovedsakelig fordi analysering av åpne spørsmål er mer tidkrevende. Besvarelsene fra likertskalaene vil vi kunne kjøre igjennom et analyseprogram, og vi vil følgelig ikke behøve å notere hvert enkelt svar. Dette vil ikke være mulig med de åpne spørsmålene, ettersom alle besvarelsene vil være forskjellige. Et større antall åpne spørsmål vil også forlenge tiden det tar å svare på undersøkelsen. Dette kan føre til frafall, ettersom en tidkrevende undersøkelse kan virke demotiverende og langtekkelig for deltakerne (Kemper, Trapp, Kathmann, Samuel & Ziegler, 2019). Åpne spørsmål vil dog gi oss supplerende informasjon i form av respondentenes egne erfaringer og opplevelser knyttet til covid-19 pandemien (Coolican, 2014, p. 10). Vi anser det derfor som hensiktsmessig å inkludere et fåtall åpne spørsmål da de blant annet kan brukes under diskusjon av de analyserte resultatene fra den kvantitative delen av undersøkelsen.

3.2.1 Pilotstudie

Innen distribuering av undersøkelsen vår vil vi gjennomføre en *pilotundersøkelse*.

Når man utfører en pilotundersøkelse sender man ut undersøkelsen til et lite utvalg, for å se hvilke justeringer man bør gjøre innen man distribuerer hovedundersøkelsen (Coolican, 2014, p. 22). Vi ønsker å gjøre dette for å bedre estimere hvor lang tid respondentene kommer til å bruke på undersøkelsen, få en oversikt over hvorvidt vi har inkludert et passende antall spørsmål og påstander, samt for å sjekke reliabiliteten til de anvendte skalaene slik at vi mer sikkert kan argumentere for bruken av disse og ikke blindt støtter oss på andre forskeres resultater. For å sjekke skalaens reliabilitet og påstandenes interne konsistens vil vi gjennomføre en *Cronbachs alfa-test* på pilotundersøkelsen. Cronbach's alfa er en av de mest brukte statistiske testene for å estimere en skalas reliabilitet, og uttrykkes ved et tall mellom 0 til 1 (Coolican, 2014, p. 217). Det eksisterer ulike aksepterte målinger hva angår Cronbachs alfa-verdier, og disse strekker seg fra .70 til .95 (Tavakol & Dennick, 2011, p. 54). Vi vil i vår studie bruke .70 som laveste aksepterte verdi. Dette er fordi vi inkluderer flere skalaer med få spørsmål og påstander, som øker sannsynligheten for at alfaverdien blir lavere (Tavakol & Dennick, 2011, p. 54). I det følgende vil vi redegjøre for de anvendte skalaene, samt resultatene fra pilotundersøkelsen vår.

3.3 Undersøkelsen vår

For å undersøke nordmenns psykiske velvære under covid-19 pandemien har vi, som tidligere beskrevet, valgt å utforme en elektronisk survey bestående av påstander og spørsmål i både åpen og lukket form. Vi har i hovedsak valgt å anvende relativt korte skalaer som er validerte og utbredte innenfor forskningsfeltet til å måle vår avhengige variabel *psykisk velvære*. Selv om lengre screeningverktøy muligens kunne bidratt med å avdekke mer detaljert informasjon, finner vi det mest hensiktsmessig å anvende korte kartleggingsinstrumenter ettersom dette både er mindre ressurskrevende og kan øke responsraten (Kemper et al., 2019, pp. 768, 780). Ettersom skalaene vi anvender har gode psykometriske egenskaper, hvilket vil utdypes i det understående, anser vi også inklusjon av de anerkjente skalaene som styrkende for vår undersøkelses validitet og reliabilitet.

For å undersøke nordmenns psykiske velvære under covid-19 pandemien har vi både valgt å inkludere skalaer med et symptomatologisk fokus, herunder *Hopkins Symptom Check-list* (HSCL-25) og *Work av Social Adjustment Scale* (WSAS), samt *World Health Well-Being Index* (WHO-5) som i større grad fokuserer på positive aspekter ved psykisk velvære. For å supplere WHO-5, har vi også valgt å inkludere et spørsmål vedrørende tilfredshet med livet hentet fra studier utført av FHI som har hatt til formål å kartlegge nordmenns livskvalitet (Nes et al, 2020; Nes et al., 2019). FHI har både utført en studie av nordmenns livskvalitet innen pandemiens start og under pandemiens oppblomstring, og inklusjon av spørsmålet vil følgelig åpne opp for sammenligning av resultater og kartlegging av eventuell utvikling. Utover å inkludere anerkjente skalaer til kartlegging av psykologiske plager og trivsel, har vi valgt å anvende en validert skala til å måle respondentenes prokrastineringsstendens, henholdsvis *Irrational Procrastination Scale* (IPS). Vi har også konstruert egne spørsmål til kartlegging av demografiske variabler og formulert to åpne spørsmål vedrørende positive og negative opplevelser under pandemien, hvilket, som tidligere presisert, åpner opp for kvalitative data knyttet til forskningsspørsmålet vårt.

Som det fremgår fra det ovenstående, vil vår elektroniske survey følgelig bestå av syv deler. Første del omhandler kartlegging av bakgrunnsopplysninger som kjønn, alder, sivilstand, bosted, bosituasjon, arbeidsstatus, tilstedeværende somatisk eller psykisk lidelse samt hvorvidt vedkommende har vært, eller er, smittet av covid-19 eller i karantene/isolasjon. Andre del omfatter WHO-5s trivselsindeks og dermed kartlegging av grad av trivsel, mens tredje del består av symptomatologisk kartlegging ved bruk av HSCL-25. Surveyens fjerde del omhandler kartlegging av sosial funksjon gjennom WSAS, mens undersøkelsens femte del omfatter utforskning av eventuelle prokrastineringsmønstre gjennom bruk av IPS. Vår elektroniske surveys sjette del inkluderer utelukkende spørsmålet om tilfredshet med livet hentet fra FHIs undersøkelser, mens siste del består av de to åpne spørsmålene vedrørende positive og negative opplevelser knyttet til pandemien. I det følgende vil innholdet i undersøkelsens syv bestanddeler utdypes ytterligere, og det vil også bli redegjort for de ulike skalaenes psykometriske egenskaper samt resultatene fra pilotstudien vår (se vedlegg 6 for den fullstendige undersøkelsen).

3.3.1 Kartlegging av bakgrunnsopplysninger

Innledningsvis i undersøkelsen ønsker vi å kartlegge demografiske variabler og annen relevant bakgrunnsinformasjon. Dette for å kunne besvare vårt underspørsmål vedrørende betydningen av personlige karakteristikk for psykisk velvære under covid-19, samt for å forsikre oss om at utvalget er representativt for den norske populasjonen. Med vår undersøkelse ønsker vi som tidligere nevnt å undersøke grad av psykisk velvære blant et utvalg fra den norske befolkningen, med det formål å kunne si noe generelt om nordmenns psykiske velvære ett år etter covid-19 pandemiens oppblomstring. I den forbindelse er det, som tidligere nevnt, avgjørende at det utvalget vi undersøker er representativt for hele den norske populasjonen.

Som nevnt i det ovenstående vil vi blant annet stille spørsmål vedrørende respondentenes kjønn, alder, sivilstatus, bosted, bosituasjon og arbeidsstatus. Dette med henblikk på å oppnå informasjon om hvem respondentene er, hvorvidt utvalget er representativt for populasjonen samt i forbindelse med diskusjon av resultatene. Samtidig ønsker vi å oppnå informasjon som kan benyttes til å besvare vårt forskningsspørsmåls andre del vedrørende hvilke personlige karakteristikk som er forbundet med lav- og høy grad av psykisk velvære under covid-19 pandemien. Ettersom tidligere studier har funnet indikasjoner på at demografiske variabler som kjønn, alder og bosituasjon er av betydning for psykisk velvære under covid-19 pandemien (Conversano et al., 2020, p. 4f; Groarke et al., 2020; Nes et al., 2020), finner vi det også hensiktsmessig å inndra disse variablene for å undersøke hvorvidt våre funn samsvarer med funn fra andre studier.

Majoriteten av publiserte studier som undersøker psykisk velvære under covid-19 pandemien peker på at kvinner, unge voksne og de som bor alene rapporterer om lavere grad av psykisk velvære (Conversano et al., 2020; Kwong et al., 2020; Wang et al., 2020; Wang, Kala & Jafar, 2020; Hoffart, Johnson & Ebrahimi, 2020; Salari et al., 2020; Browning et al., 2021; Chaix, Delamon, Guillemassé, Brouard & Bibault, 2020; Bettinsoli et al., 2020; Jia et al., 2020; Bu, Steptoe & Fancourt, 2020; O'Connor et al., 2020; Every-Palmer et al., 2020; Pieh, Budimir & Probst, 2020;

Hoffart, Johnson & Ebrahimi, 2020; Huang & Zhao, 2021; Guo et al., 2020; Nes et al., 2019; Cao et al., 2020; Fisher et al., 2020; Agha, 2021; Essadek & Rabeyron, 2020; Liu et al., 2021; Mei et al., 2021). Av denne grunn antar vi også at disse tendensene vil fremgå i våre resultater. Når det kommer til hvorvidt bosted og sivilstatus er av betydning for psykisk velvære under covid-19 er forskningsfeltet preget av inkonsistente funn. I en landsdekkende studie fra 2018 finner Reneflot og kollegaer ingen betydelig forskjell i livskvalitet mellom fylkene i Norge (Reneflot et al., 2018). Studien ble dog utført innen covid-19 pandemiens utbredelse, og det har ikke lyktes oss å finne en tilsvarende studie utført under covid-19. Internasjonale studier peker dog i ulike retninger, hvorav enkelte studier finner at de som bor i landlige (rural) områder er i større risiko for å oppleve psykologisk ubehag (Zhang et al., 2020; Husky, Kovess-Masfety & Swendsen, 2020), mens andre rapporterer at de som bor i større byer i større grad påvirkes negativt og har høyere risiko for å utvikle ensomhet under pandemien (Fisher et al., 2020; Bu et al., 2020). Ettersom ulike fylker i Norge har hatt ulike restriksjoner og ulikt antall smittede, anser vi det stadig som relevant å undersøke hvorvidt det finnes forskjeller mellom de ulike fylkene. Som beskrevet i ovenstående avsnitt kan restriksjoner og karantene nemlig føre til lavere psykisk velvære (Brooks et al., 2020). Ifølge FHI sin fylkesbaserte smitteoversikt skiller fylkene Viken og Oslo seg markant fra landets resterende fylker, ved å ha flest smittede både totalt og basert på innbyggere (Folkehelseinstituttet, 2021). Vi anser det derfor som interessant å undersøke hvorvidt det er forskjeller i grad av psykisk velvære på tvers av fylkene i Norge.

Flere studier peker også på at sivilstatus er av betydning for psykisk velvære under pandemien, men empirien er noe inkonsistent. Mens enkelte studier peker på at gifte personer opplever mer angst (Liu et al., 2021) og depresjon (Gao et al., 2020) under covid-19, viser andre at single opplever mer ensomhet (Hoffart, Johnson & Ebrahimi, 2020) og at de bekymrer seg mer (Lee, Dean, Baxter, Griffith & Park, 2021). En annen studie finner dog ingen forskjell i psykisk helse relatert til sivilstatus under pandemien (Bettisoli et al., 2020), og et systematisk review over psykisk helse under covid-19 rapporterer om usikkerhet rundt hvorvidt sivilstatus er av betydning

(Xiong et al., 2020). Av denne grunn finner vi det interessant å undersøke hvorvidt de nevnte faktorene er av betydning for nordmenns psykiske velvære under covid-19.

Som nevnt i det ovenstående, ønsker vi også å kartlegge respondentenes arbeidsstatus. Dette fordi covid-19 pandemien har påvirket flere menneskers arbeidsforhold, ved at noen eksempelvis har blitt arbeidsledige eller permitterte, men også fordi arbeidssituasjon generelt virker å være relatert til psykisk velvære (Nes et al., 2020). Studier utført under pandemien har til nå funnet at de med finansiell usikkerhet, lavere inntekt, arbeidsledige og pensjonister rapporterer om lavere grad av psykisk velvære (Hoffart, Johnson & Ebrahimi, 2020; Chaix, Delamon, Guillemassé, Brouard & Bibault, 2020; Fisher et al., 2020; Guo et al., 2020; Essadek & Raberyon, 2020; Mei et al., 2021). Gjennom studien vår ønsker vi å undersøke hvorvidt disse tendensene også er tilstedeværende i vårt utvalg, og om noen former for arbeidsstatus i større grad er knyttet til høyere- eller lavere grad av psykisk velvære enn andre.

Utover å kartlegge ovenstående informasjon, ønsker vi også å undersøke hvorvidt respondentene er diagnostisert med en somatisk sykdom eller en psykisk lidelse. Ved å kartlegge hvorvidt respondentene er diagnostisert med en somatisk sykdom, får vi mulighet til å besvare vårt forskningsspørsmåls andre del vedrørende hvorvidt grad av psykisk velvære under covid-19 pandemien påvirkes av personlige karakteristikk, herunder foreliggende somatisk sykdom. Samtidig kan vi, ved å kartlegge eventuelle psykiske lidelser, skille mellom den kliniske og den ikke-kliniske populasjonen, og sammenligne de ulike subgruppens grad av psykisk velvære. Dette er aktuelt da vi også ønsker å undersøke hvorvidt det finnes forskjeller i grad av psykisk velvære blant nordmenn med og uten psykiatriske lidelser. Flere forskergrupper har dog allerede undersøkt dette, hovedsakelig i andre land, men det finnes også norske studier som belyser dette, og de fleste kommer frem til at både de med somatisk sykdom og de med ulike psykiske diagnoser fremviser større risiko for å oppleve lavere grad av psykisk velvære under pandemien (Salari et al., 2020; Guo et al., 2020; Mei et al., 2021; Zhang et al., 2020; Joensen et al., 2020; Higbee, Nava, Kwong, Dodd & Granell, 2021; Sheha et al., 2021; Diamanti et al.,

2020; O'connor et al., 2020; Van Rheenen et al., 2020; Asmundson et al., 2020; Hoffart, Johnson & Ebrahimi, 2020; Vindegaard & Benros, 2020). Vi forventer derfor å finne samme tendens i vårt utvalg.

Som vist i ovenstående bakgrunnsavsnitt er isolasjon og karantene i forbindelse med SARS-CoV-2-smitte assosiert med betydelige psykiske belastninger og dårligere psykisk velvære (Brooks et al., 2020). Av denne grunn finner vi det også hensiktsmessig å kartlegge hvorvidt respondentene har vært, eller er, smittet av SARS-CoV-2, og om de av ulike grunner er, eller har vært, i karantene under covid-19 pandemien. Studier utført underveis i pandemiens forløp finner at opplevd karantene representerer en risikofaktor for dårligere psykisk velvære, også i lang tid etter utført karantene (Brooks et al., 2020; Rossi et al., 2020; Xiong et al., 2020; Wang et al., 2021; de Lima et al., 2020). Samtidig peker studier på at covid-19 smittede mennesker opplever mere posttraumatiske stresssymptomer og depresjonssymptomer enn mennesker som ikke har vært smittet av SARS-CoV-2 (Vindegaard & Benros, 2020). Disse funnene stimulerer en undren i oss, og vår studie har følgelig til formål å oppfange eventuelle konvergerende eller divergerende tendenser innad i forskningsfeltet. Våre hypoteser vedrørende betydningen av de utvalgte personlige karakteristikkkene som har blitt gjennomgått i det ovenstående vil fremlegges i et senere avsnitt.

3.3.2 World Health Organization - Five Well-Being Index (WHO-5)

I vår undersøkelse har vi som tidligere beskrevet valgt å inkludere det generiske måleinstrumentet WHO-5 med det formål å kartlegge deltakernes subjektive opplevelse av psykisk velvære. Måleinstrumentet består av fem positive fraser utledet fra en vurderingsskala bestående av 28 positive og negative items gjennom bruk av ikke-parametrisk item respons teori, og instrumentet oppfanger følgelig positive aspekter ved psykisk velvære (Topp, Østergaard, Søndergaard & Bech, 2015, p. 168). WHO-5 har siden første publikasjon i 1998 blitt oversatt til mer enn 30 språk, inkludert norsk av Olaf Bakke (Topp et al., 2015, p. 168; Kaiser & Kyrrestad, 2019, p. 3). Vår studie beror på Bakkes oversettelse, hentet fra Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse sin hjemmeside (u.å.).

Ved administrering av verktøyet blir respondentene bedt om å vurdere hvor godt de kan gjenkjenne påstandene, basert på opplevelser fra de siste 14 dagene. Hver påstand skåres på en skala fra null til fem, hvor null betyr “aldri” og fem betyr “hele tiden” (Topp et al., 2015, p. 168; Kaiser & Kyrrestad, 2019, p. 3). Etterfølgende blir den enkeltes råskår utregnet ved å summere skårene for hvert enkelt item. Råskåren vil følgelig være et tall mellom null og 25, hvor 25 indikerer høyest grad av trivsel og velvære mens null betyr lavest grad av psykisk velvære (Kaiser & Kyrrestad, 2019, p. 3). En råskår på under 13, eller en besvarelse hvor vedkommende har vurdert en eller flere påstander til null eller en, indikerer ifølge WHO-5s egen veiledningsmanual at vedkommende bør undersøkes nærmere og eventuelt screenes for depresjon (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, u.å.). Denne cut-off verdien er særlig anvendelig i klinisk sammenheng, men vi antar at den også kan anvendes til kartlegging av depressive tendenser i den generelle befolkningen.

Det er ofte ønskelig å operere med standardiserte skåre fremfor råskåre. For å utregne standardiserte skåre på WHO-5, må man multiplisere den enkeltes råskår med fire, slik at man ender opp med et tall mellom 0 og 100 (Topp et al., 2015, p. 168; Kaiser & Kyrrestad, 2019, p. 3; Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, u.å.). I den forbindelse vil skåre på 50 eller lavere indikere depressive tendenser (Topp et al., 2015, p. 170), og lavere nivå av psykisk velvære. Det har ikke lyktes oss å finne data over nordmenns gjennomsnittlige skår på trivselsindeksen, men gjennomsnittlig skår i den danske populasjonen anses å være omtrent 70 (Bech, 2012, p. 106). Vi finner det sannsynlig at gjennomsnittlig skår vil være tilsvarende for den norske populasjonen, ettersom studier peker på at de to landene har tilsvarende depresjonsrater og begge skårer høyt på globale oversikter over grad av velvære (Huppert, Marks, Clark, Siegrist, Stutzer, Vittersø & Wahrendorf, 2009, p. 307f).

Psykometriske undersøkelser peker på at WHO-5 har høy klinisk validitet og høy intern reliabilitet, og instrumentet anses som anvendelig både i klinisk praksis så vel

som i forskningssammenheng (Topp et al., 2015, p. 173f; Hajos et al., p. 67). Resultatene fra vår pilotstudie er også med på å understøtte instrumentets reliabilitet, ettersom våre resultater peker på at skalaen oppnår en tilstrekkelig alfa-verdi ($\alpha=.91$). Samtidig kan det anses som fordelaktig at instrumentet måler positiv affekt og trivsel, ettersom nevrovitenskapelig forskning indikerer at positive og negative affektive tilstander utgjør delvis separate prosesser i hjernen noe som kan tale for behovet for egne målesystemer til mål av positive aspekter ved mentalt velvære (Nes, Barstad & Hansen, 2018, p. 120). Med utgangspunkt i dette, anser vi det som hensiktsmessig å inkludere WHO-5 i vår undersøkelse av nordmenns psykiske velvære under covid-19 pandemien.

3.3.3 Hopkins Symptom Checklist 25 (HSCL-25)

Til kartlegging av generelle psykologiske plager vil vi som tidligere nevnt anvende HSCL-25. Instrumentet består av 25 items utledet fra screeningverktøyet *Symptom Checklist* (SCL-90), og er særlig anvendelig til å oppfange psykiske helseproblemer (Ventevogel et al., 2007, p. 329; Vindbjerg, Mortensen, Makransky, Nielsen & Carlsson, 2021, p. 2; Sandanger et al., 1998, p. 345). Ettersom instrumentet anses å ha høy validitet og god intern reliabilitet, interrater-reliabilitet og test-retest reliabilitet (Lee, Kaaya, Mbwanbo, Smith-Fawzi & Leshabari, 2008, p. 7; Müller, Postert, Beyer, Furniss & Achtergarde, 2009, p. 247; Strand, Dalgard, Tambs & Rognerud, 2003, p. 114), anser vi det som styrkende for egen undersøkelse å inkludere instrumentet. Til tross for at kortere versjoner av skalaen, henholdsvis HSCL-5 og HSCL-10, også har vist seg å ha god reliabilitet og validitet, (Schmalbach et al., 2021, p. 629), inkluderer de i mindre grad items omhandlende somatiske symptomer assosiert med engstelig- og depressiv patologi. Ved å inkludere flere items som kan oppfange somatiske symptomer på psykologiske plager, muliggjøres identifikasjon av mennesker med få emosjonelle symptomer på depresjon eller angst, men som likevel opplever psykologiske plager og påfølgende somatiske symptomer (Kerr & Kerr jr., 2001, p. 351f). Av denne grunn anser vi det som hensiktsmessig å inkludere HSCL-25 fremfor kortere versjoner av skalaene som i mindre grad oppfanger somatiske uttrykk for psykologiske plager.

Som det fremgår fra det ovenstående, er HSCL-25 i særlig grad egnet til å oppfange engstelighetsproblematikk og depressive tendenser. Instrumentet består av to subskalaer, henholdsvis en engstelighetsskala bestående av ti items og en depresjonsskala bestående av femten items (Ventevogel et al., 2007, p. 329; Vindbjerg et al., 2021, p. 2). Respondentene blir bedt om å angi til hvilken grad de ulike itemene har vært fremtredende de siste to ukene, og bes vurdere hvert item på en likertskala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 4 (svært mye) (Ventevogel et al., 2007, p. 329; Oslo Universitetssykehus, 2016). Under skåringsprosessen vil alle besvarelsene summeres og divideres på antall besvarte items, altså 25, slik at man sitter igjen med en gjennomsnittsskår (Sandanger et al., 1998, p. 346). Vi vil, i tråd med annen forskning, operere med en cut-off verdi på minst 1,75 for å identifisere psykiatriske tilfeller, og mennesker med betydelige psykologiske plager (Sandanger et al., 1998, p. 346; Ventevogel et al., 2007, p. 329; Nettelbladt, Hansson, Stefansson, Borgquist & Nordström, 1993). Selv om vi ikke har til formål å identifisere mennesker med psykiatriske problematikker, er det vår hensikt å kartlegge til hvilken grad den generelle populasjonen opplever psykologiske plager og lavere grad av psykisk velvære under covid-19 pandemien. Til tross for at skalaen er noe lengre enn de andre inkluderte måleinstrumentene, anser vi den som egnet til å kartlegge nordmenns psykiske velbefinnende gjennom screening av emosjonelle, atferdsmessige og somatiske plager assosiert med psykiske problematikker. I vår undersøkelse vil vi anvende den norske oversettelsen av skalaen, hentet fra Oslo Universitetssykehus sin nettside (Oslo Universitetssykehus, 2016). På bakgrunn av resultatene fra pilotundersøkelsen vår, vil vi argumentere for at også den norske versjonen har tilstrekkelig reliabilitet, da våre resultater peker på en alfaverdi på .96 (se vedlegg 8 for pilotundersøkelsen og innsikt i dens resultater).

3.3.4 Work and Social Adjustment Scale (WSAS)

Ettersom psykiske plager også er assosiert med funksjonell svekkelse (Pedersen, Kvarstein & Wilberg, 2017, p. 215), anser vi det som fordelaktig å inkludere et instrument til mål av sosial og arbeidsmessig funksjonsevne i vår undersøkelse av nordmenns psykiske velvære under covid-19 pandemien. Dette fordi slike målinger kan si noe om hvor betydelig de psykologiske plagene er, og til hvilken grad de påvirker vedkommendes evne til å fungere i hverdagen. For å måle sosial- og arbeidsmessig funksjonsevne vil vi i vår undersøkelse som tidligere beskrevet anvende måleinstrumentet WSAS. Instrumentet består av fem items vedrørende funksjonsevne i arbeidslivet så vel som privatlivet den siste måneden (Pedersen, Kvarstein & Wilberg, 2017, p. 216). Respondentene vurderer hvert item på en ni-punkts likertskala fra 0 (ikke svekket i det hele tatt) til 8 (svært alvorlig svekket), og den enkeltes totalskår vil følgelig variere fra 0 til 40 (Pedersen, Kvarstein & Wilberg, 2017, p. 216). I vår undersøkelse vil vi, i tråd med Pedersen og kollegaer, betrakte en totalskår over 30 som uttrykk for alvorlig svekkelse, en totalscore mellom 15 og 30 som en indikasjon på moderat svekkelse og en totalskår under 15 som indikasjon på ingen til mild svekkelse (Pedersen, Kvarstein & Wilberg, 2017, p. 216).

WSAS vurderes å ha tilstrekkelig reliabilitet og validitet, og anses som et nyttig verktøy i klinisk sammenheng (Pedersen, Kvarstein & Wilberg, 2017, pp. 216, 223, 225). Resultatene fra pilotundersøkelsen vår peker eksempelvis på at skalaen har en alfaverdi på .88, hvilket i høy grad kan anses som tilstrekkelig. Av denne grunn anser vi det som styrkende for vår undersøkelses psykometriske egenskaper å inkludere den norske oversettelsen av skalaen. Vi fikk tilgang til den norske oversettelsen gjennom mailkorrespondanse med Geir Pedersen (Personlig kommunikasjon, 17. februar 2021).

3.3.5 Irrational Procrastination Scale (IPS)

Under covid-19 pandemien har arbeidsplasser og skoler i større grad lagt til rette for nettbasert arbeid og undervisning. Studier som har undersøkt de psykologiske konsekvensene av dette peker på at nettbasert arbeid er assosiert med varierende arbeidsproduktivitet og økt risiko for psykiske problemer (Moretti et al., 2020, p. 8f).

Dette kan muligens henge sammen med at den ansatte i større grad må strukturere egen arbeidsdag når vedkommende arbeider hjemmefra. Mangelfull struktur og større krav til selvkontroll og selvregulering er nemlig assosiert med økt prokrastineringsstendens, som vi i vårt bakgrunnsavsnitt har bemerket er assosiert med økt risiko for psykisk sykdom, høyere stressnivå og redusert livskvalitet og velvære (Steel, 2007, p. 84; Svartdal, 2017). Grad av prokrastinerende atferd kan følgelig ikke bare si noe om vedkommendes funksjonsevne i arbeids- og skolesammenheng, men også tilby en mulig forklaring på vedkommendes opplevelse av psykisk velvære. Av disse grunner anser vi det som aktuelt å inkludere et instrument som kan oppfange prokrastinerende atferd, og anvendelse av prokrastinering som mestringsstrategi, i vår undersøkelse av nordmenns psykiske velvære under covid-19 pandemien.

For å kartlegge respondentenes prokrastineringsstendens, vil vi som tidligere presisert anvende instrumentet IPS. Måleinstrumentet ble utviklet av Piers Steel i 2010, og senere oversatt til norsk av Frode Svartdal (2017). Den norske oversettelsens psykometriske egenskaper har blitt undersøkt i flere utvalgsgrupper, og resultatene peker på at den norske versjonen har tilstrekkelig reliabilitet og god konvergent validitet med andre instrument som måler samme konstrukt (Svartdal, 2017). IPS består av totalt ni items, hvorav tre er reverserte og følgelig inkonsistente med prokrastineringskonstruktet. Itemene skal vurderes på en fempunktsskala, hvor 1 velges dersom påstanden ikke passer i det hele tatt og 5 velges dersom påstanden passer svært godt (Botnmark, Kvalnes & Svartdal, 2014). Når de individuelle besvarelsene skal skåres, vil vi utregne en gjennomsnittlig skår for hele skalaen basert på den enkeltes besvarelser. I den sammenheng vil lave gjennomsnittsskåre referere til lav grad av prokrastinering og motsatt (Botnmark, Kvalnes & Svartdal, 2014).

Valget om å benytte IPS ble foretatt etter at pilotstudien ble distribuert. Dette fordi vi i første omgang ønsket å konstruere en egen skala til mål av prokrastinerende atferd i jobb- og skolesammenheng. Vår egenkonstruerte skala ble utformet i tråd med Steels forståelse av prokrastineringsbegrepet, og vi lot oss særlig inspirere av hans

metaanalytiske- og teoretiske review på emnet utført i 2007. Til tross for at pilotstudiens resultater pekte på at skalaen vår hadde en akseptabel Cronbach's alfa-verdi på .72 (se vedlegg 8.2.4.), anså vi det som mer hensiktsmessig å anvende en validert skala med en høyere alfa-verdi. Dette fordi resultatene fra pilotstudien utelukkende var basert på besvarelser fra 24 respondenter – en utvalgsstørrelse som er utilstrekkelig i forbindelse med å trekke presise konklusjoner vedrørende intern konsistens (Yurdugül, 2008, p. 1). Ettersom den observerte alfa-verdien også befant seg på terskelnivået for hva man kan akseptere, anså vi det som hensiktsmessig og heller anvende en skala som tidligere har vist seg reliabel for å sikre reliable resultater.

3.3.6 Tilfredshet med livet

Som tidligere beskrevet har vi også valgt å inkludere et spørsmål hentet fra Folkehelseinstituttets livskvalitetsundersøkelser (Nes et al., 2020; Nes et al., 2019), ettersom dette kan supplere WHO-5 i kartlegging av positivt psykisk velvære. Spørsmålet (*"Alt i alt, hvor fornøyd er du med livet ditt akkurat nå?"*), hvor respondentene velger et tall fra 0 (ikke fornøyd i det hele tatt) til 10 (svært fornøyd), muliggjør også sammenligning med tidligere forskningsresultater, og kan potensielt sett oppfange endringer i tilfredshet med livet i løpet av de siste årene og under covid-19 pandemiens utbredelse. Dette anser vi som hensiktsmessig, ettersom vi ikke har funnet studier som har undersøkt tilfredshet med livet under covid-19 pandemiens senere faser hvor vaksineringsprosessen er igangsatt og mer smittsomme mutasjoner av viruset er identifisert.

En annen fordel ved å inkludere spørsmålet er at vi på denne måten gir respondentene mulighet for å foreta en totalvurdering av egen tilfredshet med livet. Samtidig muliggjør spørsmålet for undersøkelse av hvorvidt skåre på dette spørsmålet korrelerer positivt med WHO-5 skåre, og dermed om grad av livstilfredshet og opplevd trivselsnivå samsvarer, hvilket vil være forventelig gitt de to konstruktenes definisjon.

3.3.7 Positive og negative opplevelser med pandemien

Avslutningsvis vil vi, som tidligere nevnt, inkludere to åpne spørsmål som gir respondentene mulighet for å utdype sine opplevelser av pandemien. I den forbindelse vil vi be dem om å beskrive hvilke positive og negative opplevelser de har hatt under covid-19. Formålene med disse spørsmålene er å tilby respondentene en mulighet for å beskrive hendelser eller elementer som har vært betydningsfulle for dem, samt å oppfange emner som undersøkelsen muligens ikke ville ha identifisert på andre måter. Som vist i ovenstående kan åpne spørsmål nemlig tilby en helt annen form for data enn lukkede spørsmål (Coolican, 2014, p. 10), og vi anser det følgelig som hensiktsmessig å inkludere to åpne spørsmål til datainnsamling av mer kvalitativ karakter. Dette fordi kvalitative data, som tidligere nevnt, både kan understøtte undersøkelsens kvantitative funn, samt tilby utdypende informasjon om spesifikke opplevelser som vedkommende selv opplever som betydningsfulle for egen trivsel og velvære. Samtidig kan det ene spørsmålet være med på å avdekke eventuelle preventive aspekter som kan forklare hvorfor noen opplever høyere grad av psykisk velvære enn andre. Denne utdypende informasjonen anser vi som særs relevant for oppgavens diskusjonsdel og perspektivering.

Som det fremgår av det ovenstående vil undersøkelsen bestå av flere deler, konstruert for å belyse ulike elementer aktuelle for besvarelse av våre forskningsspørsmål. I det følgende vil vi redegjøre for hvordan undersøkelsen vil distribueres.

3.4 Datainnsamling

For å distribuere vår elektroniske survey vil vi ta i bruk plattformen SurveyXact, utviklet av konsulentfirmaet Rambøll Management Consulting. SurveyXact er et nettbasert verktøy for spørreundersøkelser der man kan konstruere, distribuere og innhente data fra egne undersøkelser (SurveyXact, 2021). Undersøkelsen vil bli distribuert fra SurveyXact sin nettside, gjennom en URL-link vi poster på Facebook. Valget falt på SurveyXact ettersom det garanterer full anonymitet til deltakerne og ettersom det gir oss mulighet for direkte overføring av data til analyseverktøyet SPSS som vi vil bruke for å analysere resultatene. SurveyXact opererer også ut ifra dagens gjeldende GDPR-standarder, som gir oss en trygghet i form av at vi kan forsikre

deltakerne om at deres personopplysninger blir ivare tatt (SurveyXact, 2021). GDPR er EUs personvernordning, som trådte i kraft 25. mai 2018, med formål om å beskytte EU-borgeres personopplysninger. Personvernordningen består av et sett med regler som gjelder for alle som behandler data vedrørende EU- og EØS-borgere (Voigt, & von dem Bussche, 2017, p. 1). Disse reglene vil også vi følge i vår undersøkelse av nordmenns psykiske velvære under covid-19 pandemien. For å få samtykke til å oppbevare og behandle våre respondenters personopplysninger vil vi informere dem om dette innen undersøkelsen starter. Dette vil bli gjort gjennom en informasjonsside hvor vi vil presisere at deltakerne, ved å trykke seg videre i undersøkelsen, samtykker til at vi kan bruke besvarelsen deres. Samtykke og personvern vil bli utdypet ytterligere i det følgende avsnittet om etiske overveielser.

Som nevnt i det ovenstående vil undersøkelsen vår publiseres på ulike facebook-grupper, der vi oppfordrer deltakerne til å dele undersøkelsen videre. På denne måten kan vi oppnå en form for *snøball-prøvetaking* (snowball sampling). Snøball-prøvetaking er en teknikk man kan bruke for å utvide antall respondenter, ved at allerede deltakende respondenter er behjelpelig i rekrutteringsprosessen (Coolican, 2014, p. 51). Ved at de initielle deltakerne deler undersøkelsen videre med sine egne venner og bekjente, hjelper de oss ved å rekruttere personer som vi ellers ikke ville ha nådd ut til, og dermed øke undersøkelsens samlede antall deltaker.

3.5 Etiske overveielser

Vår studie har som formål å undersøke hvordan nordmenns psykiske velvære er under covid-19 pandemien, og vi vil derfor spørre inn til sensitiv informasjon vedrørende respondentenes privatliv. I den forbindelse har vi overveid en rekke etiske dilemmaer og problematikker som vi anser som relevante i forbindelse med undersøkelsen vår. Som norske psykologistudenter i Danmark følger vi *Etiske Prinsipper for Nordiske Psykologer* (EPNP), et sett med prinsipper alle nordiske psykologer skal følge (Norsk Psykologforening, 2021). I det understående vil vi ta for oss samtlige av de fire hovedprinsippene, og utdype de underkategoriene vi anser som relevante i forbindelse med vårt forskningsprosjekt. Vi vil også utdype hvilke etiske overveielser vi har gjort i forkant av undersøkelsens distribuerings.

Prinsipperklæringen refererer hovedsakelig til *klienter* og *terapi*, men vi har allikevel tatt utgangspunkt i disse prinsippene når vi har overveid aktuelle etiske dilemmaer. For å følge mer spesifikke etiske retningslinjer innenfor forskning har vi supplert med *De Nasjonale Forskningsetiske Komiteenes* (FEK) generelle forskningsetiske retningslinjer (2019). Det bør også nevnes at vi har vært i kontakt med *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk* og sendt inn en fremleggelsesvurdering med forespørsel om det er behov for forhåndsgodkjenning av forskningsprosjektet. Vi fikk beskjed av REK at det ikke var nødvendig med godkjenning ettersom vi forsker på anonyme data, som gjør at vår undersøkelse faller utenfor Helseforskningsloven (Regional Etisk Komite, personlig kommunikasjon, 12. mars 2021).

Det første etiske prinsippet for nordiske psykologer omhandler respekt for personens rettigheter og verdighet. Prinsippet presiserer viktigheten av å unngå krenkelse og å være oppmerksom på individuelle, rollemessige og kulturelle ulikheter (Norsk Psykologforening, 2021). FEK har i tillegg prinsipper som presiserer viktigheten av å behandle personer som deltar i forskning med respekt og å utforme og utføre forskningsprosjekter på en rettferdig måte (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). I vårt prosjekt har vi vært opptatt av å unngå å krenke deltakerne ved å opptre inkluderende overfor alle som ønsker å svare på undersøkelsen. I de demografiske spørsmålene har vi åpnet opp for alle legninger og gitt rom for at de som ikke ønsker å oppgi spesifikk informasjon om seg selv kan velge «ønsker ikke å oppgi» som svaralternativ. Videre har vi tatt prinsippene vedrørende konfidensialitet og taushetsplikt på alvor, ettersom vi spør inn til meget sensitiv informasjon. Vi har derfor satt oss inn i hvordan GDPR fungerer, og forsikret oss om at vi, gjennom å bruke undersøkelsesverktøyet SurveyXact, sikrer respondentenes krav på personvern og datasikkerhet. For å gi deltakerne en følelse av trygghet, vil vi presisere at besvarelsene vil være fullstendig anonymiserte, og at vi ikke har tilgang til informasjon om hvem som har svart hva på spørsmålene. Videre vil kun de to undertegnede, og vår veileder, ha tilgang til dataen, og selve besvarelsene vil ikke bli distribuert noe sted. På denne måten sikrer vi konfidensialitet og hindrer

videreformidling av den sensitive informasjonen vi innhenter gjennom undersøkelsen.

Både når det kommer til terapeutisk behandling og forskning er informert samtykke og valgfrihet et viktig etisk punkt. Ifølge FEK skal samtykke være informert, uttrykkelig, frivillig og dokumentert (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). I denne studien har vi ikke direkte kontakt med noen av våre respondenter, og vi har derfor, som tidligere beskrevet, laget en form for samtykkeerklæring ved at deltakerne trykker seg videre inn i undersøkelsen fra første side. Vi presiserer på denne siden at samtykke er frivillig og ikke bindende. Dette betyr at deltakerne til enhver tid vil ha mulighet for å ombestemme seg i løpet av undersøkelsen, og forkaste svarene sine. Vi analyserer kun fullstendig fullførte responser, og de besvarelsene som ikke fullføres vil bli fjernet når vi innhenter data. Vi følger med dette også EPNP sitt prinsipp om selvbestemmelse, ved at det er fullstendig opp til respondentene om de ønsker å delta i undersøkelsen og få sine besvarelser analysert.

Underveis i forskningsprosessen har vi ifølge EPNP og FEK en rekke ansvarsområder som vi er nødt til å være oppmerksomme på. Vi må ta selvstendig ansvar for kvaliteten og konsekvensen av vårt arbeid, men samtidig være klar over at vi av andre oppleves som representanter for vår yrkesgruppe (Norsk Psykologforening, 2021). Vi er derfor opptatt av å opparbeide oss et høyt nivå av kunnskap relatert til emnet vi undersøker, for å sikre at vi utvikler en undersøkelse av høy kvalitet. Ettersom vi representerer psykologifeltet, er det også utslagsgivende at vi opptrer profesjonelt i møte med deltakerne, og overholder den oppfølgingen vi har bemerket at vi skal gjøre. Vi vil eksempelvis gi deltakerne mulighet for å få innsikt i studiens analyser og resultater dersom de ønsker dette, og vil i den sammenheng notere ned hvem som ønsker dette for å sikre at disse får utsendt den informasjonen de ønsker. Dette overholder også FEK sine retningslinjer om tilgjengeliggjøring av resultater (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

Videre har vi ifølge FEK et ansvar om at forskningen vi utfører skal komme deltakerne og/eller samfunnet til gode, og vi skal etterstrebe gode konsekvenser av

forskningen. Vårt forskningsspørsmål omhandler et særlig samfunnsaktuelt tema, og vi håper våre resultater vil være behjelpelig i prosessen med å danne et overblikk over nordmenns psykiske helse under en pandemi der det primære fokuset til nå har ligget på somatisk sykdom (Shah et al., 2020, p. 1). Selv om vår forskning ikke umiddelbart vil hjelpe deltakerne, kan forskningen muligens hjelpe dem på lang sikt ved å rette kollektiv oppmerksomhet mot eventuelt økende prevalens av psykiske plager eller redusert psykisk velvære under covid-19 pandemien. Slik oppmerksomhet kan fremme igangsetting av ulike tiltak for å fremme positiv psykisk helse, hvilket muligens kan hjelpe deltakerne i det lange løp. Av denne grunn vil vi argumentere for at vi ivaretar FEK sine retningslinjer vedrørende ansvar for at forskningen har gode konsekvenser. Vi vil også informere deltakerne om at undersøkelsen de deltar i er en masteroppgave, med henblikk på å undersøke psykisk velvære under covid-19 pandemien. På denne måten forholder vi oss også til integritetsprinsippet, som omhandler å opptre ærlig og selvstendig samt å gi deltakerne innsikt i hva forskningen innebærer (Norsk Psykologforening, 2021; De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Vi ønsker å være transparente, og klargjøre at vår rolle i denne forskningen er å bidra til viten på området, og at selv om vi kun er studenter, tar vi rollen som forskere på alvor.

Utover de nevnte ansvarsområdene har vi også et ansvar for å unngå misbruk og/eller skade av deltakerne. EPNP presiserer mer spesifikt ansvaret for at skade som er uunngåelig, men som kan forutses, blir gjort så lite som mulig (Norsk Psykologforening, 2021). Det er derfor viktig å ikke tvinge noen til å gi fra seg opplysninger eller innrømmelser, eller presse noen til å avsløre personlig informasjon. Dette er et prinsipp vi har tatt meget alvorlig. For å kunne undersøke vårt valgte emne er vi dog nødt til å innhente meget sensitiv informasjon. Det er derfor viktig for oss å sette aldersgrensen på undersøkelsen til over 18 år, slik at vi ikke behøver å innhente samtykke fra mindreåriges foreldre eller verger. Ved å sette aldersgrensen til 18 år forsøker vi å hindre at mindreårige svarer på undersøkelsen, og dens sensitive spørsmål rettet mot psykisk velvære.

Skalaene vi skal bruke vil, som nevnt ovenfor, innhente informasjon om blant annet psykisk velvære, generelle psykologiske plager og sosial- og arbeidsmessig funksjonsevne. Vi har gjennomgått samtlige items på de ulike skalaene, og vurdert hvorvidt det er etisk forsvarlig å spørre inn til disse emnene, uten å tilby direkte oppfølging i etterkant av undersøkelsen. Skalaen HSCL-25 er ansett som den skalaen med mest inngripende påstander, og vi har lagt spesielt merke til påstand 20; «har tanker om å ta ditt eget liv». For enkelte kan dette være både ubehagelig og utløsende å besvare. Innen vi fikk svar fra REK drøftet vi også dette etiske dilemmaet med veilederen vår, og kom frem til at det vil være skadende for skalaens validitet dersom vi fjernet det aktuelle itemet. Av denne grunn velger vi å inkludere itemet i undersøkelsen vår. For å informere deltakerne om de sensitive påstandene de vil møte, vil vi presisere at de vil bli stilt spørsmål som kan oppleves ubehagelige å besvare innen de går i gang med undersøkelsen. Som tidligere nevnt vil vi også fremheve at undersøkelsen er frivillig, og at de til enhver tid kan velge å avbryte besvarelsen. Avslutningsvis i undersøkelsen har vi også vedlagt en link til Helsenorge, en norsk internettside med diverse telefonnummer og chattetjenester der deltakerne vil ha mulighet til å snakke med noen døgnet rundt (Helsenorge, u.å). Dette fungerer som en kompensasjon for at vi ikke vil ha mulighet for å følge opp deltakerne etter endt besvarelse.

Ved å overveie disse ulike etiske prinsippene og retningslinjene følger vi også EPNP sitt prinsipp om kompetanse, ved å opptre med etisk bevissthet og integrere disse vurderingene i forskningen vår (Norsk Psykologforening, 2021). Vi forsøker å arbeide i overensstemmelse med vitenskapelige prinsipper, og har, som nevnt, ilagt et stort arbeid med å skaffe oss kunnskap innenfor emnet innen vi går i gang med selve undersøkelsen. Vi har også brukt tid på å overveie hvilke spørsmål og skalaer vi skal inkludere i undersøkelsen, for å sikre at de spørsmålene vi stiller er meningsfulle. Samtidig er vi oppmerksomme på hvilke konsekvenser de sensitive spørsmålene kan medføre, og har forsøkt å minimere disse.

3.6 Statistisk analyse

Som vist innledningsvis, har dette forskningsprosjektet til formål å undersøke nordmenns psykiske velvære ett år inn i pandemien, samt belyse hvilke personlige karakteristikk som er av betydning for grad av psykisk velvære under covid-19. For å vurdere hvorvidt funnene, eller besvarelsene, er konsistente, vil vi undersøke til hvilken grad skåre på de anvendte måleinstrumentene samsvarer med hverandre. I den sammenheng har vi formulert tre underspørsmål omhandlende skalaenes samvariasjon, henholdsvis ett spørsmål vedrørende samvariasjon mellom totalskåre på WSAS og HSCL-25, ett spørsmål vedrørende samvariasjon mellom totalskåre på spørsmålet om livstilfredshet og skåre på WHO-5 samt ett spørsmål vedrørende samvariasjon mellom totalskåre på WHO-5 og HSCL-25. Vi vil i den forbindelse anvende flere analysemetoder for å besvare forskningsspørsmålene våre.

Til undersøkelse av hvorvidt det finnes en sammenheng mellom to variabler, anser vi det som hensiktsmessig å utføre en *korrelasjonsanalyse*. Vi vil også gjennomføre en *hierarkisk multippel regresjonsanalyse*, ettersom vi ønsker å undersøke forholdet mellom en avhengig variabel og flere uavhengige variabler (Pallant, 2011, p. 146). For å undersøke eventuelle forskjeller innad i de grupperte variablene vil vi videre utføre flere *ANOVA-analyser* og *post hoc analyser*. Alle de nevnte analysene er parametriske tester som krever normalfordeling, et begrep vil vi redegjøre for i det understående. Dersom utvalget viser seg å ikke være normalfordelt, blir vi nødt til å ta i bruk alternative ikke-parametriske tester. I det følgende vil vi redegjøre for de aktuelle analysemetodene, samt ulike forutsetninger som må innfris for at disse kan benyttes.

3.6.1 Korrelasjonsanalyse

Innen vi redegjør for korrelasjonskoeffisienten som vil anvendes under besvarelse av tverrsnittsundersøkelsens tre underspørsmål vedrørende sammenhengen mellom skåre på ulike instrumenter, finner vi det hensiktsmessig å redegjøre for korrelasjonsanalyser generelt. *Korrelasjon* er et standardisert mål på hvorvidt to variabler *samvarierer*, altså til hvilken grad en variabel endres når en annen variabel forandres (Coolican, 2014, p. 520). Dersom det foreligger en *positiv korrelasjon*, vil

en gitt variabel øke sammen med en annen. Motsetningsvis refererer *negativ korrelasjon* til inverse forhold, hvor økning i én variabel forekommer sammen med reduksjon av en annen. Selv om korrelasjonsdata ikke muliggjør for konklusive slutninger vedrørende forholdets kausalitet, kan korrelasjonsanalyser si noe om forholdets styrke og retning (Coolican, 2014, pp. 520, 524). Korrelasjonsstyrken angis i den forbindelse ved en *korrelasjonskoeffisient*, som uttrykkes gjennom et tall mellom -1 og 1. En korrelasjonskoeffisient på -1 vil i den sammenheng referere til en perfekt negativ korrelasjon, mens en korrelasjonskoeffisient på 1 refererer til en perfekt positiv korrelasjon. Dersom korrelasjonskoeffisienten uttrykkes ved 0, foreligger det ingen korrelasjon, eller samvariasjon, mellom de to undersøkte variablene (Coolican, 2014, p. 524).

3.6.1.1 Pearsons korrelasjonskoeffisient

Ettersom vi ønsker å undersøke hvorvidt totalskåre på HSCL-25 korrelerer med totalskåre på WHO-5 og WSAS, samt hvorvidt totalskåre på WHO-5 korrelerer med skåre på livstilfredshetsspørsmålet, anser vi det som hensiktsmessig å anvende *Pearsons korrelasjonskoeffisient*. Dette fordi data som analyseres vil være på intervallnivå, hvilket gjør korrelasjonskoeffisienten særskilt passende (Coolican, 2014, pp. 339, 530; Field, 2017, p. 344). For at vi skal kunne anvende Pearsons korrelasjonskoeffisient forutsettes det dog at visse forutsetninger innfris. Data bør nemlig være tilnærmet *normalfordelt*, og forholdet mellom de undersøkte variablene bør være *lineært*. Samtidig bør det foreligge *homoskedasitet* hvilket innebærer at variansen i en gitt variabel bør være den samme ved alle verdier av en annen variabel, og ekstreme skåringspar, eller uteliggere (outliers), bør fjernes, ettersom disse kan representere bias i data (Coolican, 2014, p. 530). Begrepene normalfordeling og linearitet vil utdypes i det følgende avsnittet om hierarkisk multipl regressjonsanalyse.

Pearsons korrelasjonskoeffisient uttrykkes ved symbolet r , og beregnes ved å multiplisere de to aktuelle variablenes *standard deviasjon*, eller standardavvik, fra gruppens gjennomsnitt og dividere de kombinerte standardavvikene på antall observasjoner minus én. Dersom det foreligger en korrelasjon bør de to variablene

deviere fra gjennomsnittet på samme, eller motsatt, måte (Field, 2017, pp. 336ff). Pearsons r er i seg selv også et effektmål, og vi vil i vår studie følge Cohens effektmålstolkninger når vi skal vurdere korrelasjonskoeffisientenes effekt. I den forbindelse vil vi tolke r -verdier på .1 som visende lav effekt, r -verdier på .3 som visende moderat effekt og r -verdier på .5 som visende høy effekt (Coolican, 2014, p. 535). I det understående vil vi redegjøre for analysemetoden som vil anvendes til analysing av forholdet mellom psykisk velvære og spesifikke personlige karakteristikk, nemlig hierarkisk multipl regressjonsanalyse.

3.6.2 Regresjonsanalyse

Innen vi fordyper oss i hierarkisk multipl regressjonsanalyse, ønsker vi å fremlegge en kort redegjørelse av begrepet *regresjonsanalyse*. En regressjonsanalyse har til formål å predikere verdien av en avhengig variabel fra en eller flere uavhengige variabler, ved å tilpasse en *lineær modell*, altså en rett linje, til data (Field, 2017, p. 374). Den lineære modellen vil dog aldri passe perfekt, ettersom det alltid vil finnes noe forskjell mellom modellens prediksjoner og faktiske dataobservasjoner. Forskjellen mellom predikerte verdier gitt av den lineære modellen og observerte verdier i datasettet omtales som *residualer*. Ved å summere alle kvadrerte residualer (*residual sum of squares*) kan man anslå mengden feil i modellen, og dermed også hvor nøyaktige modellens prediksjoner er (Field, 2017, p. 376f).

For å vurdere hvorvidt anvendelse av modellen gir bedre prediksjoner enn gjennomsnittsverdien til den avhengige variabelen, benyttes kvantiteten R^2 . R^2 refererer til mengden varians i utfallsdata som kan predikeres fra modellen, og beregnes ved å dividere *model sum of squares*, altså forskjellen mellom modellens prediksjoner for en gitt verdi og gjennomsnittsverdi av den avhengige variabelen, med *total sum of squares*, altså forskjellen mellom gjennomsnittsverdien for den avhengige variabelen og observerte utfallsverdier i datasettet (Field, 2017, p. 377f). Videre vil vi se på *tilpasset R^2* (adjusted R^2), en modifisert versjon av R^2 som gir presisjon og reliabilitet ved å ta i betraktning de uavhengige variablene i modellen som kan gi skjevheter. Denne vil dog ikke skille seg betydelig fra R^2 hvis utvalgsstørrelsen er adekvat (Coolican, 2014, p. 560). Videre kan *F-statistikk*

anvendes for å vurdere hvorvidt R^2 er signifikant, ettersom F-statistikk tilbyr et mål for forholdet mellom *systematisk varians* og *usystematisk varians* i datasettet. Mens systematisk varians kan forklares av modellen, er usystematisk varians forårsaket av feil i modellen eller andre usystematiske faktorer (Field, 2017, pp. 379, 533).

3.6.2.1 Hierarkisk multippel regresjonsanalyse

Som nevnt i det ovenstående ønsker vi å benytte oss av en hierarkisk multippel regresjonsanalyse for å analysere deler av data. Hierarkisk multippel regresjonsanalyse er en type multippel regresjonsanalyse, og inkluderer derfor to eller flere uavhengige variabler, eller *prediktorer* (Field, 2017, p. 374; Pallant, 2011, p. 146). Ved hierarkisk multippel regresjon kan man avgjøre til hvilken grad de ulike uavhengige variablene kan predikere den avhengige variabelen ved å trinnvis, eller blokkvis, inkludere de ulike prediktorene i likningen (Pallant, 2011, p. 146f). Den trinnvise inkluderingen beror på teoretisk og empirisk grunnlag, og bevirker at variabler med kjente prediktorevner inkluderes i *første blokk* slik at disses bidrag i første omgang kan vurderes og deretter kontrolleres for. Etterfølgende inkluderes uavhengige variabler med mindre kjent prediktorevne i de påfølgende blokkene, i tråd med prinsippet om at de antatt viktigste prediktorene inkluderes før prediktorer som antas å ha mindre betydning (Pallant, 2011, p. 147; Field, 2017, p. 398). Ved å kontrollere for bidraget til forestående blokker, kan man avgjøre til hvilken grad de uavhengige variablene i en aktuell blokk kan forklare den gjenværende variansen i den avhengige variabelen (Pallant, 2011, p. 161). Dette kan man se med ΔR^2 (R square change), som vil kunne si noe om endringen i den tilpassede R^2 når en ny uavhengig variabel, eller blokk, inkluderes i modellen (Field, 2017, p. 404). Verdien representerer altså endring i variansen fra 0 når en aktuell variabel eller blokk er vedlagt. ΔR^2 kan være nyttig for å si noe om bidraget til nye variabler, eller blokker, og hva de kan si om variansen i utfallet av den avhengige variabelen (Field, 2017, pp. 401, 404). På denne måten vil det både være mulig å vurdere den samlede modellens evne til å predikere den avhengige variabelen, samt de enkelte uavhengige variablenes prediktorevner (Pallant, 2011, p. 147). Dette anser vi som fordelaktig i forbindelse med utforskning av vårt forskningsspørsmål.

For å kunne vurdere hypotesene våre mer konkret vil vi bli nødt til å se på *betaverdiene, eller b-verdiene*. B-verdien blir i analysen presentert gjennom en koeffisienttabell, og inneholder en rekke verdier som sier noe om variasjonen til hver enkelt uavhengig variabel og hvorvidt forskjellene er statistisk signifikant (Coolican, 2014, p. 563f). Verdien *ustandardisert beta* (unstandardized beta (B)) forteller noe om hvor mye én enhetsøkning i den uavhengige variabelen har å si for totalskåren i den avhengige variabelen. Videre er den *standardiserte betaverdien* (Standardized beta (β)) regresjonskoeffisienten som gjelder for standardiserte skåre, og sier noe om styrken på forholdet mellom den uavhengige variabelen og den avhengige variabelen (Coolican, 2014, p. 564). En t-test blir utført på alle de uavhengige variablene for å utregne signifikansverdien for hver uavhengig variabel. Disse verdiene sier altså noe om retningen av variansen, hvor sterkt forholdet mellom den uavhengige og den avhengige variabelen er, og hvorvidt verdiene er signifikante (Coolican, 2014, p. 564). Disse verdiene kan dermed enten gi støtte til, eller avkrefte våre hypoteser. For at en hierarkisk multippel regresjonsanalyse skal kunne utføres, bør dog visse antakelser innfris. I det følgende vil vi redegjøre for disse antakelsene.

3.6.2.2 Forutsetninger for bruk av hierarkisk multippel regresjonsanalyse

For at resultatene fra en hierarkisk multippel regresjonsanalyse skal kunne anses som valide og generaliserbare, må flere forutsetninger innfris (Jeong & Jung, 2016, p. 338; Field, 2017, p. 385). For det første må det, som ved korrelasjonsanalyse, foreligge et lineært forhold mellom de uavhengige variablene og den avhengige variabelen. Dette omtales ofte som *linearitet*. Samtidig stilles det krav til homoskedasitet, hvilket er forklart i ovenstående avsnitt om korrelasjonsanalyse (Jeong & Jung, 2016, p. 338; Field, 2017, p. 387). En annen forutsetning omhandler residualenes fordeling. Optimalt sett bør residualene nemlig være normalfordelte, hvilket betyr at forskjellen mellom predikerte og observerte verdier bør være null eller tilnærmet null. Ved stor utvalgsstørrelsen vil dette dog være ubetydelig, grunnet *sentralgrenseteoremet* (central limit theorem) som tilsier at fordelingen vil være tilnærmet normalfordelt ved utvalgsstørrelser på minst 30 respondenter (Field, 2017, pp. 63f, 388; Jeong & Jung, 2016, p. 338). For at resultatene til en hierarkisk multippel regresjonsanalyse skal være valide og generaliserbare bør residualene også

være uavhengige. Dette vil si at residualene ikke bør korrelere med hverandre, altså at det ikke må forekomme *autokorrelasjon* eller *seriekorrelasjon* (Jeong & Jung, 2016, p. 338; Field, 2017, p. 387). Det bør heller ikke forekomme *multikollinearitet*, altså korrelasjon mellom to eller flere prediktorvariabler. Sterk korrelasjon mellom to eller flere prediktorvariabler skaper bias og reduserer undersøkelsens validitet og generaliserbarhet (Jeong & Jung, 2016, p. 339; Field, 2017, pp. 388, 401f).

For å teste hvorvidt forutsetningene om linearitet og homoskedasitet innfris kan man studere variablenes spredningsplott (scatterplots). Dersom det foreligger et lineært forhold vil residualene være tilfeldig plassert, og ikke utgjøre et distinkt mønster. For at forutsetningen om homoskedasitet skal innfris vil residualene være tilfeldig spredt rundt nullpunktet på regresjonslinjen, som for øvrig bør være rett og horisontal (Jeong & Jung, 2016, p. 338). Residualenes fordeling kan også undersøkes grafisk ved bruk av et P-P-plott, ettersom punktene på plottet vil ligge nær den diagonale linjen dersom normalitetskravet imøtekommes. Det er også mulig å teste hvorvidt residualene er normalfordelt ved å utføre en statistisk test, eksempelvis Kolmogorov-Smirnov testen (Jeong & Jung, 2016, p. 338). Man kan også utføre en statistisk test for å undersøke hvorvidt residualene korrelerer med hverandre. I den forbindelse anvendes Durbin-Watson testen for å teste seriekorrelasjon mellom residualene (Jeong & Jung, 2016, p. 338; Field, 2017, p. 387). For å avgjøre om multikollinearitet eksisterer, kan man beregne *variansinflasjonsfaktoren* (VIF), som sier noe om hvorvidt en prediktor har et sterkt lineært forhold til én eller flere andre prediktorer, eller *toleransestatistikk*, hvilket refererer til den resiproke VIF-verdi. VIF-verdien bør optimalt sett være mindre enn 10, mens toleranseverdien bør være større enn 0,1 (Jeong & Jung, 2016, p. 339; Field, 2017, pp. 388, 401f). Innen vi analyserer data, vil vi forsikre oss om at de ovenstående forutsetningene innfris.

3.6.2.3 Gruppering av variabler

Flere av de demografiske variablene som undersøkes er kategoriske, og inneholder mer enn to svaralternativer. En annen forutsetning for anvendelse av hierarkisk multipl regressjonsanalyse er at variablene som inkluderes i blokkene skal være binære eller svar på intervallnivå (Coolican, 2014, p. 554), som eksempelvis er tilfellet ved variabelen “alder”. For å kunne inkludere de resterende variablene i regressjonsanalysen blir vi nødt til å gjøre noen modifikasjoner etter innhenting av data. Respondentene som svarer “annet” og “ønsker ikke å oppgi” vil bli fjernet fra den statistiske analysen vår, og variablene bosted, bosituasjon og sivilstatus vil bli gruppert slik at det kun er to svaralternativer i variabelen. Dette blir gjort slik at vi kan undersøke forskjell i kjønn, herunder “kvinne” og “mann”, i stedet for “kvinne”, “mann”, “annet” og “ønsker ikke å oppgi”, og for å kunne bruke de resterende variablene. Sivilstatus vil bli gruppert som “singel” og “i et fast forhold”, hvorav “singel”, “skilt” og “enke/enkemann” hører til kategorien “singel”, og “i et fast forhold” og “samboer/gift” hører til kategorien “i et fast forhold”. For bosituasjon vil “bor alene” være én kategori, og de resterende alternativene vil kategoriseres som “bor med noen”. Bosted vil bli delt i “Oslo og Viken” og “andre fylker”. Dette fordi, det som tidligere nevnt, er observert høyere smittetall i Oslo og Viken enn i de resterende fylkene (Folkehelseinstituttet, 2021), som følgelig gir en antakelse om at det vil eksistere forskjeller mellom disse to fylkene og andre norske fylker hva angår psykisk velvære. Respondentene med svaralternativene “annet” og “ønsker ikke å oppgi” vil bli inkludert i den kvalitative analysen, og de grupperte variablene vil bli ytterligere undersøkt gjennom ANOVA- og post hoc analyser. Disse analysemetodene vil utdypes i det understående.

3.6.3 ANOVA- og post hoc-analyser

Ettersom vi til den hierarkiske multiple regressjonsanalysen blir nødt til å gruppere flere av de demografiske variablene anser vi det som hensiktsmessig å undersøke forskjellene innad i disse grupperingene utover det den hierarkiske multiple regressjonsanalysen kan gjøre. Dette gjennom bruk av ANOVA-analyser og tilhørende post hoc-analyser. En ANOVA-analyse sammenligner nemlig variansen mellom gruppene med variansen innad i gruppene gjennom F-statistikk (Coolican,

2014, 575). Dette gjør det mulig for oss å se forskjellene i de grupperte variablene i mer detalj enn resultatene vi vil få ut av regresjonsanalysen, ettersom variablene her er gruppert i to kategorier i stedet for å skille mellom alle svaralternativene. Er ANOVA-testens F-verdi signifikant, kan man utføre en *post hoc sammenligning*, altså parvise sammenligninger designet for å sammenligne alle de forskjellige kombinasjonene av gruppene i variabelen og finne eventuelle signifikante forskjeller (Field, 2017, p. 549). Til våre data ønsker vi å bruke *Bonferroni korreksjon* – en av flere post hoc-analyser man kan bruke for å teste for signifikante forskjeller. I testen settes gjennomsnittsskåren til de ulike gruppene opp mot hverandre, og det blir testet for signifikante forskjeller i alle de forskjellige kombinasjonene (Coolican, 2014, p. 597). Eksempelvis vil vi ha muligheten til å se om det er signifikante forskjeller mellom det å bo med venner og det å bo med familie, som i regresjonsanalysen er gruppert sammen. Det er vår forhåpning at en slik analyse kan bidra med ytterligere informasjon vedrørende variansen innad i resultatene fra den hierarkiske multiple regresjonsanalysen, og dermed bidra med ytterligere informasjon av relevans for besvarelsen av vårt forskningsspørsmål omhandlende personlige karakteristikk av betydning for psykisk velvære under pandemien.

3.7 Kvalitativ analyse

Ettersom to av spørsmålene i undersøkelsen vår er utformet slik at respondentene med egne ord kan beskrive sine positive og negative opplevelser med pandemien, blir vi nødt til å inkludere en form for kvalitativ analysemetode for å tolke denne informasjonen. I den forbindelse har vi valgt å trekke på prinsipper fra den tolkende fenomenologiske analysetilnærmingen, *interpretative phenomenological analysis* (IPA), som er en av de mest brukte analyseverktøyene for kvalitativ data i forbindelse med psykologisk helseforskning (Langdridge, 2007, p. 107). Som det fremgår av analysetilnærmingens betegnelse, beror tilgangen på fenomenologiske prinsipper og vektleggingen av individets bevissthet. Begrepet *fenomenologi* omhandler i all hovedsak hvordan vedkommende konstituerer bevisste erfaringer, eller opplevelser, av verden, og analysetilnærminger som utspringer fra denne vitenskapstilnærmingen vil følgelig vektlegge subjektive opplevelser av verden og en selv som aktør i denne (Andersen & Koch, 2015, pp. 245ff, 250). I våre analyse av

respondentenes kvalitative besvarelser vil vi følgelig vektlegge deres bevisste opplevelser og erfaringer av verden under pandemien.

Ettersom IPA i hovedsak er utviklet for semistrukturerte intervju med en liten utvalgsstørrelse, er ikke metoden fullstendig passende for oss da vi tar sikte på å innsamle data fra et relativt stort utvalg fra den norske populasjonen. Vi ønsker likevel, som nevnt, å trekke på analysetilnærmingens prinsipper og vitenskapsteoretiske forståelse, når vi analyserer de kvalitative dataene som undersøkelsen vår oppfanger. Vi vil i særlig grad trekke på IPAs fire ulike analysetrinn, som omhandler at man gjentatte ganger gjennomleser teksten og identifiserer fremtredende temaer (Langdridge, 2007, p. 111). I den sammenheng vil vi gjennomlese samtlige deltakers kvalitative svar og reflektere over de ulike meningsenhetene som fremkommer fra svarene. Deretter vil vi gjennomgå de innledende meningsenhetene og utvikle de, ved å skape hovedtemaer og dele opp enkelte av dem i distinktive underemner. For å kunne søke opp og regne ut frekvensen av de ulike temaene, vil vi markere hvert tema med et kodetall. Dette anser vi som hensiktsmessig ettersom det skaper en form for strukturert oversikt over hvilke temaer som kan anses som mest essensielle, eller mest gjennomgående. På denne måten sikrer vi, gjennom å hente inspirasjon fra IPA, en semisystematisk analysering av vår kvalitative data. Med hensyn til oppgavens kapasitet og tidsperspektiv vil vi dog ikke ha mulighet for å foreta en analysering av samtlige kvalitative beskrivelser. Vi har derfor besluttet at vi vil gjennomgå 100 besvarelser på begge de kvalitative spørsmålene for å oppfange sentrale temaer og undertemaer som fremgår fra data. For å identifisere andre besvarelser som reflekterer, eller som kan knyttes til, de gjennomgående temaene identifisert gjennom IPA-inspirert analysering av de 100 første besvarelsene, vil vi foreta søk i den innsamlede kvalitative dataen. Vi vil i den sammenheng søke etter temaer, eller synonymer for temaer, som blir identifisert gjennom analysen av de 100 første besvarelsene. På denne måten vil vi kunne inkludere flere beskrivelser i forskningsprosjektet vårt, både besvarelser innsendt kort tid etter distribuering og besvarelser innsendt på et senere tidspunkt under distribusjonsprosessen. Vi får også mulighet for å oppfange flere relevante undertemaer som fremgår som gjennomgående i respondentenes

beskrivelser, til tross for at de ikke lar seg identifisere gjennom analysering av de 100 første besvarelsene. Dette antar vi som fordelaktig, og disse undertemaene vil også bli betraktet som identifiserte undertemaer i undersøkelsens kvalitative resultatfremstilling dersom de fremgår som gjennomgående i respondentenes besvarelser.

3.8 Hypoteser

Som vist i det ovenstående antar vi at kvinner, unge voksne, de som bor alene, de som har en somatisk sykdom knyttet til risiko for alvorlig sykdomsforløp under covid-19, de som er diagnostisert med en psykisk lidelse, og de som har opplevd karantene og isolasjon under pandemien vil rapportere om dårligere psykisk velvære. Videre antar vi at sivilstatus, arbeidsstatus, bosted og prokrastineringstendens vil være av betydning for grad av psykisk velvære. Vi postulerer og så at det vil være en korrelasjon mellom grad av psykisk velvære og sosial- og arbeidsmessig funksjonsevne, mellom grad av psykisk velvære og trivselsnivå samt mellom opplevd trivsel og opplevd tilfredshet med livet. Våre hypoteser er, som vist ovenfor, i utgangspunktet utarbeidet ut ifra tidligere empiri og teori, men hypotesene om bosted og prokrastinering kan dog betraktes som *eksplorative hypoteser*, ettersom vi ikke har så mye empirisk eller teoretisk belegg for våre postulatene (Coolican, 2014, p. 36, 56). I understående tabell (tabell 1) fremstilles våre hypoteser, og disse knyttes opp imot vårt forskningsspørsmål og tilhørende underspørsmål. Vi fremhever også hvilke variabler, herunder også skalaer, som fremstår som aktuelle i forbindelse med testing av de aktuelle hypotesene.

Tabell 1

Hypoteser

Forskningsspørsmål	Hypoteser	Relevante variabler
Hva er prevalensen av angst og depresjon i den norske befolkningen ett år inn i covid-19 pandemien?	H1: <i>Prevalensen av engstelighets- og depressiv symptomatologi vil være høyere på det angivelige måletidspunktet, sammenlignet med tilsvarende prevalensmål fra før pandemiens utbredelse.</i>	Totalskår på HSCL-25
Hvilke personlige karakteristikk er forbundet med høyere og lavere grad av psykisk velvære under covid-19 pandemien?	H2: <i>Kvinner vil rapportere om lavere grad av psykisk velvære enn menn.</i> H3: <i>Nordmenn i yngre aldersgrupper/unge voksne vil rapportere om lavere grad av psykisk velvære.</i> H4: <i>Bosted vil være av betydning for nordmenns grad av psykisk velvære under covid-19 pandemien.</i> H5: <i>Nordmenn som bor alene vil rapportere om lavere grad av psykisk velvære enn de som bor sammen med noen.</i> H6: <i>Sivilstatus vil være av betydning for nordmenns grad av psykisk velvære under covid-19 pandemien.</i> H7: <i>Arbeidsstatus vil være av betydning for nordmenns grad av psykisk velvære under covid-19 pandemien.</i> H8: <i>Nordmenn som er diagnostisert med én eller flere somatiske sykdommer vil rapportere om lavere grad av psykisk velvære under covid-19.</i> H9: <i>Nordmenn som er diagnostisert med én eller flere psykiske lidelser vil rapportere om lavere grad av psykisk velvære under covid-19.</i> H10: <i>Nordmenn som har opplevd karantene av covid-19 relaterte årsaker, vil rapportere om lavere grad av psykisk velvære.</i> H11: <i>Nordmenn som har vært smittet av SARS-CoV-2 vil rapportere om lavere grad av psykisk velvære.</i> H12: <i>Grad av prokrastinering vil være av betydning for nordmenns grad av psykisk velvære under covid-19.</i>	Kjønn, alder, bosted, bosituasjon, sivilstatus, arbeidsstatus, somatisk sykdom, psykisk lidelse, opplevd karantene, SARS-CoV-2-smitte, totalskår på IPS Totalskår på HSCL-25 Totalskår på WHO-5
Finnes det en sammenheng mellom sosial- og arbeidsmessig funksjonsevne og symptomer på psykopatologi under covid-19 pandemien?	H13: <i>Det vil være en korrelasjon mellom grad av symptomatologi og grad av sosial- og arbeidsmessig funksjonsevne.</i>	Totalskår på HSCL-25 og WSAS

Finnes det en sammenheng mellom opplevd livstilfredshet og grad av trivsel under covid-19 pandemien?	H14: <i>Det vil være en korrelasjon mellom opplevd livstilfredshet og trivselsnivå.</i>	Skår på livstilfredshetsspørsmålet og totalskår på WHO-5
Finnes det en sammenheng mellom forekomst av psykiske plager og nivå av trivsel under covid-19?	H15: <i>Det vil være en korrelasjon mellom grad av symptomatologi og grad av trivsel.</i>	Totalskåre på WHO-5 og totalskåre på HSCL-25

Notat: H=hypotese

4. Resultater

I det understående vil vi presentere studiens resultater. Først vil vi foreta en beskrivelse av studiens respondenter og vurdere hvorvidt forutsetningene for kvantitativ analysing innfris. Derneft vil vi fremlegge resultatene fra de kvantitative analysene, før resultatene fra den kvalitative analysen presenteres. Avslutningsvis vil vi oppsummere funnene våre, og fremheve undersøkelsens mest sentrale oppdagelser.

4.1 Deskriptiv statistikk

Undersøkelsen ble distribuert den 8. mars 2021 og stengt av for respondenter den 7. april 2021. I løpet av dette tidsrommet nådde undersøkelsen ut til 2919 respondenter, hvorav 2770 respondenter valgte å gjennomføre undersøkelsen fullstendig eller delvis. Grunnet etiske overveielser var det, som tidligere presisert, forhåndsbestemt at de respondentene som ikke hadde fullført hele undersøkelsen, samt deltakere under 18 år, ikke ville inngå i undersøkelsens analyser. 511 ble derfor fjernet fra datasettet grunnet ufullstendig data, 9 respondenter ble fjernet fra datasettet ettersom de var yngre enn 18 år, og én deltaker ble fjernet fra studien ettersom vedkommende hadde svart det samme alternativet gjennom hele undersøkelsen. Videre ble vi nødt til å fjerne 135 deltakere fra de kvantitative analysene, men beholdt dem i den kvalitative analysen, ettersom disse hadde valgt “annet” og “ønsker ikke å oppgi” på de demografiske spørsmålene. Følgelig ble 2114 deltakere inkludert i studiens statistiske analyser, og av disse rapporterte 1819 respondenter at de var kvinner (86%) og 295 at de var menn (14%). Gjennomsnittsalderen på respondentene i de kvantitative analysene var 37,05 år, med et standardavvik på 13,87. Se tabell 2 for en oversikt over demografisk informasjon.

Tabell 2

Sosiodemografiske karakteristikk

Karakteristikk	Antall og prosent		Gjennomsnitt og standardavvik	
	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>SD</i>
Kjønn				
Kvinne	1927	85,7		
Mann	307	13,7		
Annet	7	,3		
Ønsker ikke å oppgi	8	,4		
Alder	—	—	36,79	13,99
Sivilstatus				
Singel	654	29,1		
I fast forhold	334	14,9		
Samboer/gift	1127	50,1		
Skilt	75	3,3		
Enke/Enkemann	24	1,1		
Annet	25	1,1		
Ønsker ikke å oppgi	10	,4		
Bosituasjon				
Bor alene	488	21,7		
Bor med partner	632	28,1		
Bor med familie	944	3,2		
Bor med venn(er)	71	42		
Bor i kollektiv	69	2		
Annet	45	3,1		
Bosted				
Agder	66	2,9		
Innlandet	471	20,9		
Møre og Romsdal	78	3,5		
Nordland	91	4,0		
Oslo	251	11,2		
Rogaland	169	7,5		
Troms og Finnmark	237	10,5		
Trøndelag	217	9,6		
Vestland	249	11,1		
Vestfold og Telemark	80	3,6		
Viken	333	14,8		
Ønsker ikke å oppgi	7	,3		
Opplevd karantene				
Ja	1854	82,4		
Nei	358	15,9		
Ønsker ikke å oppgi	37	1,6		
Smittet av covid-19				
Ja	61	2,7		
Nei	2183	97,1		
Ønsker ikke å oppgi	5	,2		
Psykisk lidelse		54		
Ja	487	21,7		
Nei	1736	77,2		
Ønsker ikke å oppgi	26	1,2		
Somatisk sykdom				
Ja	702	31,1		
Nei	1523	67,7		
Ønsker ikke å oppgi	21	,9		

Notat: Tabellen inneholder alle respondentene inkludert i både den kvalitative og kvantitative analysen, og antall respondenter og antall besvarelser på de enkelte variablenes svaralternativer er derfor noe høyere enn det som fremstår i den kvantitative analysen.

4.2 Kvantitativ analyse

I det understående vil vi presentere resultatene fra oppgavens kvantitative analyse. Først vil vi gjennomgå resultatene fra tester vedrørende innfrielse av forutsetninger for analysering, før vi fremlegger resultatene fra reliabilitetsanalyser av de anvendte skalaene. Derneft vil vi fremlegge våre kvantitative funn, herunder funn relatert til symptomatologi og funn relatert til trivsel. Avslutningsvis vil vi fremlegge resultatene fra ANOVA-analysene av de grupperte variablene for å kunne si noe om eventuelle forskjeller innad i grupperingene anvendt i de hierarkiske multiple regresjonsanalysene.

4.2.1 Innfrielse av forutsetninger for analysering

Som beskrevet i vårt ovenstående metodologiske avsnitt, er de avhengige og uavhengige variablene nødt til å innfri en rekke forutsetninger innen de kvantitative analysene kan gjennomføres. Ettersom vi har en utvalgsstørrelse på 2114 respondenter kan vi, grunnet sentralgrenseteoremet, argumentere for at forutsetningen vedrørende normalitet innfris. Samtidig viser skalaenes spredningsplott og P-P plott at forutsetningene vedrørende homoskedasitet og linearitet også imøtekommes (se vedlegg 1.1.1 og 1.2.1). Variablenes VIF-skåre viser ytterligere at forutsetningen om multilinearitet innfris, ettersom alle variablene har skåre under 10 – henholdsvis mellom 1-1.462. Samtidig virker forutsetningen om uavhengige residualer også å oppfylles, ettersom resultatene fra Durbin-Watson-testene viser at både HSCL-25 og WHO-5 skåre ligger innenfor det godkjente intervallet på 1.5 til 2.5. Mens HSCL-25 oppnår en skår på omtrent 2.06, skårer WHO-5 2,07 (se vedlegg 1.1 og 1.2). Dette tilsier at samtlige forutsetninger for analysering innfris.

4.2.2. Skalakonsistens

Selv om vi tok i bruk allerede validerte skalaer, og testet for samtlige skalaers reliabilitet, forutenom IPS, i pilotundersøkelsen vår, valgte vi å gjennomføre en Cronbach's alfa-analyse for å teste de ulike skalaenes reliabilitet i hovedundersøkelsen også. Resultatene fra de ulike reliabilitetsanalysene viste at

WHO-5 har en alfaverdi på .89, HSCL-25 har en alfaverdi på .95, WSAS har en alfaverdi på .84 og IPS har en alfaverdi på .92. Alle skalaene som anvendes i undersøkelsen har dermed en tilstrekkelig alfaverdi, ettersom de er høyere enn den laveste aksepterte verdien som vi fastsatt i vårt metodologiske avsnitt ($\alpha=.70$). Skalaenes items korrelerte også med hverandre, som innebærer at spørsmålene i skalaene målte det samme konstruktet (se vedlegg 2.3.).

Tabell 3

Cronbach's Alpha

Skala	Cronbach's Alpha (α)
WHO-5	.885
HSCL-25	.951
WSAS	.839
IPS	.915

4.2.3 Kvantitative funn

Som tidligere presisert vil vi i det følgende presentere resultatene fra undersøkelsens kvantitative resultater. Først vil vi gjennomgå kvantitative funn relatert til symptomatologi, herunder resultatene fra den hierarkiske multiple regresjonsanalysen av HSCL-25 skåre. Derneft vil vi presentere kvantitative funn relatert til trivselsnivå, gjennom en fremleggelse av resultatene fra den hierarkiske multiple regresjonsanalysen av totalskåre på WHO-5 (se vedlegg 9 for koding av variablene som inngår i de hierarkiske multiple regresjonsanalysene). Deretter vil vi presentere korrelasjonsanalysene knyttet til skalaene HSCL-25, WHO-5, WSAS og livstilfredshetsspørsmålet. Sluttvis i avsnittet vil vi presenterer resultatene fra ANOVA-analysene til de grupperte variablene.

4.2.3.1 Symptomatologi

Som beskrevet i det metodiske avsnittet ble HSCL-25 anvendt for å måle prevalens av engstelighets- og depresjonssymptomatologi. Gjennomsnittsskåren for HSCL-25 var 50,04 (SD= 16,01), hvorav 60% skåret over terskelverdien for betydelig symptomatologi på 1,75 (43 råskårpoeng). Andelen som skårer over terskelverdi for betydelig symptomatologi er 48-51% høyere enn hva den har vært ved tilsvarende

målinger i Norge de siste 20 årene, og 43,2% høyere enn hva FHI rapporterte om i sin undersøkelse fra november-desember 2020 (Nes et al., 2020). Videre viser totalskåre på HSCL-25 en forskjell i grad av angst og depresjon, der gjennomsnittsskåren på engstelighetsskalaen er på 1,8 og gjennomsnittsskåren på depresjonsskalaen er på 2,1. Begge delskalaene viser altså en gjennomsnittsskår på over terskelverdi, men forekomst av depressive plager har en høyere gjennomsnittsskår enn forekomst av engstelighetsproblematikker (se vedlegg 2.1.2).

For å besvare forskningsspørsmålet vårt vedrørende hvilke personlige karakteristikk som er forbundet med dårligere og bedre psykisk velvære under covid-19 pandemien, utførte vi en hierarkisk multippel regresjonsanalyse av hvorvidt skåre på HSCL-25 kan predikeres av våre uavhengige variabler (kjønn, alder, sivilstatus, bosituasjon, opplevd karantene, opplevd SARS-CoV-2 smitte, fysisk sykdom, psykisk lidelse, IPS-skåre og bosted) (se tabell 4). I den første analyseblokken ble alle de demografiske kontrollvariablene analysert. Resultatene herav viste at modellen er statistisk signifikant ($p < .001$), og modellens tilpassede R^2 -verdi viste at 14,1% av variansen i modellen kan forklares av de demografiske kontrollvariablene. Dette indikerer at 85,9% av variansen i HSCL-25-skåre ikke kan forklares av kontrollvariablene. Når variablene opplevd karantene, smittet av SARS-CoV-2, fysisk- og psykisk lidelse ble lagt inn i analysens blokk 2, viste modellen seg også statistisk signifikant ($p < .001$) og kunne forklare 30,4% av variansen i HSCL-25-skåre (adj. $R^2 = .304$). Blokk 2 kan dermed forklare ytterligere 16,5% av variansen ($\Delta R^2 = .165$), og etter inkluderingen av disse variablene er det 69,6% av variansen som ikke kan forklares. I blokk 3 ble totalskår på IPS inkludert, som også viste seg statistisk signifikant ($p < .001$). Med IPS medregnet i modellen viste den tilpassede R^2 -verdien at 45,4% av variansen i HSCL-25 kunne forklares av variablene, en økning på 14,9% ($\Delta R^2 = .149$). På dette punkt i modellen er det 54,6% av variansen i HSCL-25 som ikke kan forklares av de uavhengige variablene. Den siste analyseblokken som ble inkludert i modellen inneholdt den uavhengige variabelen bosted. Denne blokken viste seg ikke å være statistisk signifikant ($p = .228$), og kunne ikke forklare ytterligere av variansen i HSCL-25-skåre ($\Delta R^2 = .000$). Som det fremgår

i vedlegg 1.1, viser resultatene fra ANOVA-analysen videre at hele modellen er statistisk signifikant ($p < .001$).

Som det fremgår fra β -verdiene i tabell 4 skårer kvinner ($\beta = -.102$, $p < .001$), eldre ($\beta = -.147$, $p < .001$), single ($\beta = -.053$, $p < .05$), respondenter med psykisk lidelse ($\beta = -.292$, $p < .001$), respondenter med fysisk sykdom ($\beta = -.104$, $p < .001$), og respondenter med høye skåre på IPS ($\beta = .423$, $p < .001$) i gjennomsnitt signifikant høyere på HSCL-25. De resterende fire uavhengige variablene viste ikke-signifikante forskjeller i skåre på HSCL-25, hvor henholdsvis de som bor med noen ($\beta = .007$, $p = .723$), de som har opplevd karantene ($\beta = .005$, $p = .771$), de som har eller er smittet av SARS-CoV-2 ($\beta = -.010$, $p = .539$) og de som bor i fylkene Oslo og Viken ($\beta = -.020$, $p = .228$) i gjennomsnitt skårer høyere på HSCL-25.

Tabell 4

Hierarkisk multipel regresjonsanalyse, HSCL-25

Blokk	Variabel	Adj.R ²	ΔR^2	F	Ustandardisert Beta		Standardisert Beta	
					B	SE	β	p
1		.141	.142	87.441*				
	Kjønn				-7.143	.933	-.155	.000
	Alder				-.329	.024	-.285	.000
	Sivilstatus				-4.524	.815	-.134	.000
	Bosituasjon				-1.292	.937	-.033	.000
2		.304	.165	125.165*				
	Kjønn				-5.391	.846	-.117	.000
	Alder				-.295	.023	-.256	.000
	Sivilstatus				-3.652	.735	-.108	.000
	Bosituasjon				-.164	.847	-.004	.847
	Opplevd karantene				1.036	.829	.024	.211
	Smittet av covid-19				-2.793	1.833	-.038	.039
	Psykisk lidelse				-14.599	.741	-.272	.000
	Somatisk lidelse				-3.934	.651	-.114	.000
3		.454	.149	576.952*				
	Kjønn				-4.714	.750	-.102	.000
	Alder				-.170	.021	-.147	.000
	Sivilstatus				-1.826	.656	-.054	.005
	Bosituasjon				.269	.751	.007	.720
	Opplevd karantene				.236	.735	.005	.749
	Smittet av covid-19				-1.215	1.627	-.012	.455
	Psykisk lidelse				-11.432	.669	-.292	.000
	Somatisk lidelse				-3.553	.577	-.103	.000
	Totalskår på IPS				.877	.036	.422	.000
4		.454	.000	1.451**				
	Kjønn				-4.703	.750	-.102	.000
	Alder				-.107	.021	-.147	.000
	Sivilstatus				-1.796	.656	-.053	.006
	Bosituasjon				.266	.751	.007	.723
	Opplevd karantene				.214	.735	.005	.771
	Smittet av covid-19				-1.005	1.637	-.010	.539
	Psykisk lidelse				-11.429	.669	-.292	.000
	Somatisk lidelse				-3.570	.577	-.104	.000
	Totalskår på IPS				.878	.037	.423	.000
	Bosted				-.711	.590	-.020	.228

* $p < .001$, ** $p = .228$

4.2.3.2 Trivsel

For å belyse forskningsspørsmålet vårt vedrørende hvilke personlige karakteristikk som er forbundet med dårligere og bedre psykisk velvære under pandemien fra en annen vinkel, ble det også utført en hierarkisk multippel regresjonsanalyse av hvorvidt skåre på WHO-5 kan predikeres av de tidligere nevnte uavhengige variablene (se tabell 5). Som ved den hierarkiske multiple regresjonsanalysen av tilstedeværende symptomatologi, ble de demografiske kontrollvariablene inkludert i analysens første blokk. Resultatene viste at modellen er statistisk signifikant ($p < .001$), og at den kan forklare 10,2% av variansen i WHO-5 skåre (adj. $R^2 = .102$). Dette indikerer at 89,6% av variansen i WHO-5 skåre ikke kan forklares av de demografiske kontrollvariablene. Ved tilføyelse av de uavhengige variablene i blokk 2, kunne modellen derimot forklare ytterligere 9,3% av variansen i WHO-5 skåre ($\Delta R^2 = .093$). Den totale mengden varians i WHO-5 skåre som, på dette analysetrinnet, kunne forklares av modellen er dermed 19,4% ($R^2 = .194$), og modellen viser seg statistisk signifikant ($p < .001$). Som ved den hierarkiske multiple regresjonsanalysen av symptomatologi ble totalskåre på IPS inkludert i analysen tredje blokk, hvor modellen også viste seg statistisk signifikant ($p < .001$). ΔR^2 -verdien viste at modellen kunne forklare ytterligere 15% av variansen i WHO-5 skåre, og at den totale variansen forklart av modellen var 34,4% (adj. $R^2 = .344$). I analysens siste blokk ble den uavhengige variabelen bosted inkludert. I motsetning til resultatene på HSCL-25 pekte variabelen i blokk 4 på en statistisk signifikant endring fra 0 ($p < .05$), der bosted kan forklare ytterligere 0,3% av variansen i WHO-5 skåre ($\Delta R^2 = .003$). Som det fremgår i vedlegg 1.2. viser resultatene fra ANOVA-analysen videre at hele modellen er statistisk signifikant ($p < .001$).

Som det fremgår fra β -verdiene i tabell 5 skårer kvinner ($\beta = .067$, $p < .001$), eldre ($\beta = .134$, $p < .001$), single ($\beta = .055$, $p < .05$), respondenter med psykisk lidelse ($\beta = .185$, $p < .001$), respondenter med fysisk sykdom ($\beta = .099$, $p < .001$), respondenter med lave skåre på IPS ($\beta = -.425$, $p < .001$) og respondenter bosatt i Oslo og Viken ($\beta = .057$, $p = .001$) i gjennomsnitt signifikant lavere på WHO-5. Respondenter som har opplevd karantene fremviser også en statistisk trend mot lavere skåre på WHO-5 enn respondenter som ikke hadde opplevd karantene ($\beta = .036$, $p = .051$). De resterende to

uavhengige variablene viste ikke-signifikante forskjeller i skåre på WHO-5, hvor henholdsvis de som bor sammen med noen ($\beta = -.015, p = .462$) og de som har eller er smittet av SARS-CoV-2 ($\beta = .012, p = .493$) i gjennomsnitt skårer lavere på WHO-5.

Til undersøkelse av utvalgets opplevde livstilfredshet, ble respondentene, som beskrevet i metoden, bedt om å vurdere grad av tilfredshet med livet på en skala fra 0 til 10. Gjennomsnittlig skårer respondentene 5.46 på livstilfredshet (se vedlegg 2.1.5).

Tabell 5

Hierarkisk multipl regressjonsanalyse, WHO-5

Blokk	Variabel	Adj.R ²	ΔR^2	F	Ustandardisert Beta		Standardisert Beta	
					B	SE	β	p
1		.102	.104	61.069*				
	Kjønn				1.791	.334	.111	.000
	Alder				.101	.009	.248	.000
	Sivilstatus				1.522	.292	.128	.000
2	Bosituasjon	.194	.093	61.103*	.241	.336	.018	.473
	Kjønn				1.339	.319	.083	.000
	Alder				.098	.009	.241	.000
	Sivilstatus				1.321	.278	.112	.000
	Bosituasjon				-.063	.320	-.005	.844
	Opplevd karantene				.248	.313	.016	.428
	Smittet av covid-19				1.549	.692	.044	.025
	Psykisk lidelse				3.661	.280	.267	.000
	Somatisk lidelse				1.310	.246	.108	.000
3		.344	.150	481.380*				
	Kjønn				1.102	.288	.068	.000
	Alder				.054	.008	.132	.000
	Sivilstatus				.680	.252	.057	.007
	Bosituasjon				-.215	.289	-.016	.457
	Opplevd karantene				.529	.283	.035	.061
	Smittet av covid-19				.644	.626	.018	.303
	Psykisk lidelse				2.549	.257	.186	.000
	Somatisk lidelse				1.176	.222	.097	.000
4	Totalskår på IPS	.347	.003	10.177**	-.308	.014	-.423	.000
	Kjønn				1.090	.288	.067	.000
	Alder				.054	.008	.134	.000
	Sivilstatus				.649	.252	.055	.010
	Bosituasjon				-.212	.288	-.015	.462
	Opplevd karantene				.551	.282	.036	.051
	Smittet av covid-19				.430	.628	.012	.493
	Psykisk lidelse				2.546	.257	.185	.000
	Somatisk lidelse				1.194	.221	.099	.000
	Totalskår på IPS				-.309	.014	-.425	.000
	Bosted				.722	.226	.057	.001

* $p < .001$, ** $p = .001$

4.2.3.3 Korrelasjon mellom skalaer

For å undersøke korrelasjonen mellom, og på tvers av, skalaene med et symptomatologisk fokus og skalaene med en mere positiv tilnærming til velværebegrepet, utførte vi Pearsons korrelasjonsanalyser, som viste at samtlige skalaer korrelerer med hverandre. HSCL-25 og WSAS har en sterk, signifikant korrelasjon ($r=.742, p<.001$), hvilket indikerer at høye skåre på HSCL-25 opptrer sammen med høye skåre på WSAS. For WHO-5 og livstilfredshetsskåre viste resultatene også en sterk, signifikant korrelasjon ($r=.751, p<.001$), hvilket indikerer at lave skåre på WHO-5 opptrer sammen med høye livstilfredshetsskåre. Videre utførte vi en korrelasjonsanalyse av forholdet mellom WHO-5 og HSCL-25, som også viser seg å ha en sterk, signifikant korrelasjon ($r=-.798, p<.001$). Dette indikerer at lav skår på WHO-5 og høy skår på HSCL-25 opptrer sammen. Se tabell 6 for ytterligere data vedrørende korrelasjonsanalysene.

Tabell 6

Korrelasjonsanalyser

Variabler	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	WHO-5	HSCL-25	WSAS	Livstilfredshet
WHO-5	2114	11.89	5.614	—			
HSCL-25	2114	50.04	16.009	-.798*	—		
WSAS	2114	21.59	9.593	-.693*	.742*	—	
Livstilfredshet	2114	5.46	2.391	.751*	-.478*	-.668*	—

* $p < .001$

4.2.3.4 Grupperte variabler

Som beskrevet i ovenstående metodeavsnitt ble svaralternativene knyttet til variablene sivilstatus, bosituasjon og bosted gruppert til to svaralternativer. Vi finner det derfor hensiktsmessig å undersøke hvorvidt det eksisterer signifikante forskjeller innad i disse grupperingene som kan ha meningsfulle bidrag til resultatene. I den forbindelse valgte vi å kjøre en enveis-ANOVA for hver av de tre variablene – både for HSCL-25 skåre og WHO-5 skåre. For variabelen bosituasjon fremviste de respondentene som valgte alternativet “bo med venner”, “kollektiv” og “annet” gjennomsnittlig flere engstelighets- og depresjonssymptomer og lavere trivsel, enn de som bor alene (se vedlegg 3.1.2.). Dette avviker fra resultatene i den hierarkiske

multiple regresjonsanalysen som viser at de som bor alene har høyere symptomtrykk enn de som bor med noen. Bonferroni-korreksjonen viser dog at disse forskjellene ikke er signifikante ($p>.05$). Det er dog en signifikant forskjell mellom det å “bo med venner” og det å “bo med partner” ($p<.05$). Resultatene fra ANOVA-analysen til sivilstatus viser at “singel” har høyest totalskår på HSCL-25 og lavest på WHO-5 av alle svaralternativene, men at “skilt” og “enke/enkemann” fremviser signifikant lavere skår på HSCL-25 ($p<.001$) og høyere på WHO-5 ($p<.05$) enn “singel” (se vedlegg 3.1.1. og 3.2.1.). Dette tilsier at respondentene som er single har et høyere symptomtrykk og lavere trivselsnivå enn de som er skilt eller enke/enkemann, selv om de som er skilt eller enke/enkemann også er enslige. I tillegg skårer de i et fast forhold signifikant lavere enn de som er gift på WHO-5 ($p<.05$) og signifikant høyere enn de som er gift og skilt på HSCL-25 ($p<.001$, $p<.05$).

For variabelen “bosted” viser det seg dog at ett av fylkene har signifikante forskjeller i skåre på HSCL-25 sammenlignet med de grupperte fylkene Oslo og Viken, som innen distribuering av undersøkelsen ble antatt å ha høyest symptomtrykk (se tabell 7, 8 og 9). Vestfold & Telemark er fylket med det høyeste symptomtrykket, og det er signifikante forskjeller mellom dette fylket og både Oslo og Viken. Det er også signifikante forskjeller mellom Vestfold og Telemark og Troms og Finnmark, Rogaland og Innlandet ($p<.05$). Samtidig ble det funnet statistiske trender mellom Vestfold og Telemark og fylkene Møre og Romsdal ($p=.065$) og Trøndelag ($p=.073$). Det er imidlertid ikke signifikante forskjeller mellom Vestfold og Telemark og fylkene Agder, Nordland og Vestland. Videre viser analysen at det finnes statistisk signifikante forskjeller mellom Innlandet og Vestland. Når det kommer til trivselsindeksen WHO-5 er også Vestfold og Telemark det fylket med lavest trivsel, og det er signifikante forskjeller mellom Vestfold og Telemark og fylkene Innlandet, Rogaland, Troms og Finnmark og Viken ($p<.05$), og en statistisk trend mellom Vestfold og Telemark og Trøndelag ($p=.08$) (se vedlegg 3.2.3). Det er ikke statistiske forskjeller mellom Vestfold og Telemark og fylkene Agder, Møre og Romsdal, Nordland, Oslo, og Vestland. Det er også statistisk signifikante forskjeller mellom Innlandet og fylkene Oslo og Vestland, og en statistisk trend mellom Innlandet og Viken ($p=.09$). Videre er det statistisk signifikante forskjeller mellom Troms og

Finnmark og fylkene Oslo og Vestland, og en statistisk trend mellom Troms og Finnmark og Viken ($p=.054$). I det understående ses tabellene fra ANOVA- og post hoc-analysen vedrørende variabelen bosted for HSCL-25. Se vedlegg 3 for resterende tabeller knyttet til analysene av de grupperte variablene.

Tabell 7

Deskriptiv statistikk for bosted

Variabel	HSCL-25		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Agder	64	53.14	17.443
Innlandet	447	47.64	15.594
Møre og Romsdal	70	50.04	14.239
Nordland	84	51.73	16.477
Oslo	236	50.23	15.663
Rogaland	160	47.60	16.305
Troms og Finnmark	220	47.61	15.273
Trøndelag	206	51.72	15.277
Vestland	236	52.20	15.454
Vestfold og Telemark	75	58.60	17.672
Viken	316	50.40	16.561
Totalt	2114	50.04	16.009

Tabell 8

Enveis-ANOVA for bosted

	ANOVA			
	<i>Sum of Squares</i>	<i>df</i>	<i>Mean Square</i>	<i>F</i>
Mellom grupper	12915.553	10	1291.555	5.138*
Innenfor grupper	528632.188	2103	251.371	
Total	541547.741	2113		

* $p < .001$

Tabell 9

Bonferroni Korreksjon for bosted

(I) Bosted	(J) Bosted	BONFERRONI		
		Mean Difference (I-J)	Standard Error	p
Agder	Innlandet	5.503	2.119	.521
	Møre og Romsdal	3.098	2.742	1.000
	Nordland	1.414	2.631	1.000
	Oslo	2.908	2.234	1.000
	Rogaland	5.541	2.345	1.000
	Troms og Finnmark	5.532	2.252	.776
	Trøndelag	1.417	2.269	1.000
	Vestland	.941	2.234	1.000
	Vestfold og Telemark	-5.459	2.698	1.000
	Viken	2.842	2.173	1.000
Innlandet	Agder	-5.503	2.119	.521
	Møre og Romsdal	-2.405	2.038	1.000
	Nordland	-4.089	1.885	1.000
	Oslo	-2.595	1.276	1.000
	Rogaland	.038	1.461	1.000
	Troms og Finnmark	.28	1.306	1.000
	Trøndelag	-4.086	1.335	.123
	Vestland	-4.562*	1.276	.020
	Vestfold og Telemark	-10.962*	1.978	.000
	Viken	-2.761	1.165	.984
Møre og Romsdal	Agder	-3.098	2.742	1.000
	Innlandet	2.405	2.038	1.000
	Nordland	-1.683	2.566	1.000
	Oslo	-.190	2.158	1.000
	Rogaland	2.443	2.272	1.000
	Troms og Finnmark	2.434	2.176	1.000
	Trøndelag	-1.680	2.193	1.000
	Vestland	-2.156	2.158	1.000
	Vestfold og Telemark	-8.557	2.635	.065
	Viken	-.356	2.094	1.000
Nordland	Agder	-1.414	2.631	1.000
	Innlandet	4.089	1.885	1.000
	Møre og Romsdal	1.682	2.566	1.000
	Oslo	1.493	2.014	1.000
	Rogaland	4.126	2.136	1.000
	Troms og Finnmark	4.117	2.033	1.000
	Trøndelag	.003	2.052	1.000
	Vestland	-.473	2.014	1.000
	Vestfold og Telemark	-6.874	2.519	.352
	Viken	1.327	1.946	1.000
Oslo	Agder	-2.908	2.234	1.000
	Innlandet	2.595	1.276	1.000
	Møre og Romsdal	.190	2.158	1.000
	Nordland	-1.493	2.014	1.000
	Rogaland	2.633	1.624	1.000
	Troms og Finnmark	2.624	1.486	1.000
	Trøndelag	-1.490	1.512	1.000
	Vestland	-1.966	1.460	1.000
	Vestfold og Telemark	-8.367*	2.102	.004
	Viken	-.166	1.364	1.000

Rogaland	Agder	-5.541	2.345	1.000
	Innlandet	-.038	1.461	1.000
	Møre og Romsdal	-2.443	2.272	1.000
	Nordland	-4.126	2.136	1.000
	Oslo	-2.633	1.624	1.000
	Troms og Finnmark	-.009	1.647	1.000
	Trøndelag	-4.123	1.671	.752
	Vestland	-4.599	1.624	.256
	Vestfold og Telemark	-11.000*	2.219	.000
	Viken	-2.799	1.538	1.000
Troms og Finnmark	Agder	-5.532	2.252	.776
	Innlandet	-.028	1.306	1.000
	Møre og Romsdal	-2.434	2.176	1.000
	Nordland	-4.117	2.033	1.000
	Oslo	-2.624	1.486	1.000
	Rogaland	.009	1.647	1.000
	Trøndelag	-4.114	1.537	.412
	Vestland	-4.590	1.486	.112
	Vestfold og Telemark	-10.991*	2.120	.000
	Viken	-2.790	1.392	1.000
Trøndelag	Agder	-1.417	2.269	1.000
	Innlandet	4.086	1.335	.123
	Møre og Romsdal	1.680	2.193	1.000
	Nordland	-.003	2.052	1.000
	Oslo	1.490	1.512	1.000
	Rogaland	4.123	1.671	.752
	Troms og Finnmark	4.114	1.537	.412
	Vestland	-.476	1.512	1.000
	Vestfold og Telemark	-6.877	2.138	.073
	Viken	1.325	1.420	1.000
Vestland	Agder	-.941	2.234	1.000
	Innlandet	4.562*	1.276	.020
	Møre og Romsdal	2.156	2.158	1.000
	Nordland	.473	2.014	1.000
	Oslo	1.966	1.460	1.000
	Rogaland	4.599	1.624	.256
	Troms og Finnmark	4.590	1.486	.112
	Trøndelag	.476	1.512	1.000
	Vestfold og Telemark	-6.401	2.102	.129
	Viken	1.800	1.364	1.000
Vestfold og Telemark	Agder	5.459	2.698	1.000
	Innlandet	10.962*	1.978	.000
	Møre og Romsdal	8.557	2.635	.065
	Nordland	6.874	2.519	.352
	Oslo	8.367*	2.102	.004
	Rogaland	11.000*	2.219	.000
	Troms og Finnmark	10.991	2.120	.000
	Trøndelag	6.877	2.138	.073
	Vestland	6.401	2.102	.129
	Viken	8.201*	2.036	.003
Viken	Agder	-2.742	2.173	1.000
	Innlandet	2.761	1.165	.984
	Møre og Romsdal	.356	2.094	1.000
	Nordland	-1.327	1.946	1.000
	Oslo	.166	1.364	1.000

Rogaland	2.799	1.538	1.000
Troms og Finnmark	2.790	1.392	1.000
Trøndelag	-1.325	1.420	1.000
Vestland	-1.800	1.364	1.000
Vestfold og Telemark	-8.201*	2.036	.003

*gjennomsnittsforskjellen er signifikant på nivå $p < .05$

4.3 Kvalitativ analyse

I det understående vil vi fremlegge resultatene fra oppgavens IPA-inspirerte kvalitative analyse ved å peke på de mest gjennomgående temaene i respondentenes besvarelser. Dette for å supplere de kvantitative funnene, og for å skape oversikt over hvilke temaer som kan anses å være av størst betydning for respondentene selv. I denne delen av analysen har vi inkludert de deltakerne som valgte “annet” og “ønsker ikke å oppgi” som svaralternativer, og vi endte følgelig opp med 2249 deltakere i den kvalitative analysen, 135 deltakere flere enn ved den kvantitative analysen. Som nevnt i det metodologiske avsnittet vårt, har vi kun foretatt en IPA-inspirert analysering av de 100 første besvarelsene på hvert spørsmål. Utover dette har vi søkt etter identifiserte temaer eller undertemaer, og synonymer for disse, i den kvalitative datainnsamlingen, og vi har på denne måten også identifisert relevante, og gjennomgående, undertemaer som ikke ville blitt identifisert dersom vi utelukkende fokuserte på de 100 første besvarelsene. I det følgende vil vi redegjøre for våre kvalitative funn.

4.3.1 Kvalitative funn

Ved gjennomlesning av respondentenes kvalitative besvarelser vedrørende positive og negative opplevelser under covid-19, ble fire gjennomgående hovedtemaer, i tråd med IPA-prinsipper, identifisert; *relasjonelt liv*, *fritid*, *arbeidsliv* og *skolering* samt *velvære*. I relasjon til de nevnte hovedtemaene ble det også identifisert flere undertemaer, hvilket vil utdypes ytterligere i det følgende. Med hensyn til studien kapasitet vil det ikke fremlegges direkte sitater for å understøtte temaene i dette avsnittet, men underbyggende sitater kan ses i vedlegg 4. Vi vil også trekke på noen sitater i studiens diskusjonsavsnitt, i sammenhenger hvor dette er passende.

4.3.1.1 Relasjonelt liv

En betydelig andel respondenter fremhever hvordan pandemien har påvirket deres relasjonelle liv – både i positiv og negativ forstand. Mens noen fremhever at pandemien har medført hyppigere, og dypere, kontakt til andre mennesker, især mennesker av essensiell betydning, fremhever andre at pandemien har resultert i begrensede muligheter for å dyrke relasjoner eller økt forekomst av relasjonelle problematikker i form av samlivsbrudd, familiære vansker, sosial eksklusjon, tap av vennskap og liknende. Noen peker også på at pandemien har gjort det lettere å unngå sosiale sammenkomster uten å kjenne på skam eller føle seg “unormal”, mens andre fremhever at mangel på sosiale aktiviteter og fysisk nærhet har påvirket dem i negativ forstand.

4.3.1.2 Fritid

Flere respondenter peker på at pandemien har påvirket deres fritid og muligheter for å oppnå, eller gjennomføre, diverse opplevelser. Mens en betydelig andel fremhever at pandemien har gitt dem mer frihet og tid til å dyrke allerede eksisterende hobbyer eller oppdage nye interesser, fremhever andre at de under pandemien har mistet kreativiteten og følt seg begrenset med tanke på muligheter for å delta på fritidsaktiviteter og foreta fritidsreiser grunnet eksisterende restriksjoner. Enkelte har også opplevd at restriksjonene har bevirket at særlige opplevelser, som eksempelvis bryllup, har måttet utsettes, og at forskjellen mellom hverdag og helg utviskes da det ikke er så mye å bedrive tiden med.

4.3.1.3 Arbeidsliv og skolering

Som vist i det ovenstående, fremhever flere respondenter også hvordan pandemien har påvirket arbeidslivet og skoleringen i positiv og negativ forstand. I forbindelse med skolering peker noen på at digitalisert læring har resultert i positive opplevelser, eksempelvis økt læringsutbytte, større frihet til å strukturere egen hverdag og bedre forhold for å kombinere studier og jobb. Enkelte som opplever angst knyttet til skoleoppmøte påpeker også at hjemmeskole har ført til reduksjon av engstelighetsproblematikker. På den andre siden peker noen av respondentene på at den digitaliserte skolehverdagen har ført til dårligere oppfølging fra skolens side,

mindre motivasjon, økt tendens til å prokrastinere og vansker med å følge undervisningen digitalt grunnet funksjonsnedsettelse, eksempelvis hørselsnedsettelse.

I forbindelse med arbeidslivet virker det også å eksistere ulike oppfattelser av hvorvidt hjemmekontor har resultert i positive eller negative opplevelser. Mens enkelte peker på at hjemmekontor har ført til økt fleksibilitet, redusert pendlertid, mindre engstelighets- og depresjonsproblematikk samt mere tid til å arbeide uavbrutt, fremhever andre at hjemmekontor har ført til “tap av arbeidsmiljø”, utvisking av grensen mellom jobb og privatliv, redusert motivasjon og patologiske tilstander, eksempelvis i form av ensomhet. Samtidig peker noen på at pandemien har ført med seg flere jobbmuligheter, ny lærdom, og bedre økonomi, mens andre fremhever at covid-19 har resultert i betydelige vansker knyttet til jobbsøking og opprettholdelse av stillinger. Noen opplyser blant annet om at de har opplevd permittering eller oppsigelse, samtidig som flere fremhever at pandemien har resultert i dårligere økonomi og usikkerhet med tanke på fremtiden.

4.3.1.4 Velvære

Det fjerde hovedtemaet som ble identifisert ved gjennomlesning av respondentenes besvarelser er som nevnt velvære. En betydelig andel respondenter peker nemlig på at pandemien har påvirket deres psykiske- og/eller fysiske helse, enten i positiv- eller negativ retning. I relasjon til psykisk helse fremhever flere respondenter at de under pandemien har opplevd bedring i symptomatologi, herunder mindre anstrengt forhold til mat/trening, bedre søvnkvalitet, reduksjon i depressive symptomer og selvmordstanker, mindre angst som følge av færre angstutløsende situasjoner og mindre ensomhet. Noen nevner også at de under pandemien har fått god oppfølging fra diverse hjelpeapparat, og mere tid til selvutvikling og personlig vekst. Andre rapporterer dog om at pandemien oppleves psykisk belastende, og at de under covid-19 har opplevd redusert trivsel og mere psykopatologiske symptomer. I den forbindelse rapporterer flere om tilstedeværende depresjon, økende ensomhetsfølelse, mangel på fremtidshåp, generell usikkerhetsfølelse, forverret forhold til kropp/mat og ulike former for angst, herunder helseangst. Flere respondenter fremhever også at

pandemien har ført med seg mere stress, mens andre påpeker at de under pandemien har opplevd mindre stress og mere tid til å stresse ned og finne ro. Samtidig peker enkelte på at pandemien har lært dem å sette større pris på andre mennesker og sosiale situasjoner, og at covid-19 har bidratt til å sette livet i perspektiv og stimulert eksistensiell refleksjon.

I relasjon til fysisk helse er et gjennomgående tema aktivitetsnivå og kostholdsvaner, hvorpå flere rapporterer om at de under pandemien har foretatt en positiv livsstilsendring gjennom å øke treningsmengden, fokusere på sunn mat og konsumere mindre alkohol. Andre opplyser derimot om økt alkoholkonsum, dårligere kostholdsvaner, vektoppgang eller patologisk vektnedgang og redusert aktivitetsnivå under pandemien.

4.4 Studiens overordnede resultater

Som det fremgår fra det ovenstående, finner en prevalens av engstelighets- og depresjonssymptomatologi på 60%. Dette støtter hypotesen vår om at prevalensen av engstelighets- og depresjonssymptomatologi blant nordmenn vil være høyere under den aktuelle måleperioden, sammenlignet med mål fra før pandemiens utbredelse. Videre viser samtlige variabler, forutenom bosted, å kunne forklare noe av variansen i HSCL-25 skårene, der grad av prokrastinerende atferd har det sterkeste forholdet til HSCL-25 skårene. I medfør av betaverdiene, kan våre hypoteser vedrørende kjønn (H2), alder (H3), sivilstatus (H6), somatisk sykdom (H8), psykisk lidelse (H9) og grad av prokrastinerende atferd (H12) støttes når det gjelder grad av symptomatologi. Vi finner ikke støtte for hypotesene vedrørende bosituasjon (H5), bosted (H4), opplevd karantene (H10) og covid-19 smitte (H11), ettersom forskjellene ikke er signifikante. Vår korrelasjonsanalyse av forholdet mellom HSCL-25 og WSAS viser seg også å ha en sterk, signifikant korrelasjon som støtter vår hypotese vedrørende korrelasjon mellom symptomatologi og funksjonsevne (H13).

I henhold til trivselsnivå og skåre på WHO-5 ser vi flere likheter med analysen til HSCL-25. Her kan de samme variablene forklare variansen i WHO-5, men

variabelen bosted kan til forskjell fra HSCL-25 forklare 0,02% av variansen i WHO-5 skårene. Grad av prokrastinerende atferd har i likhet med HSCL-25 også det sterkeste forholdet til WHO-5 skåre. Som følge av betaverdiene kan hypotesene vedrørende kjønn (H2), alder (H3), sivilstatus (H6), somatisk sykdom (H8), psykisk lidelse (H9), grad av prokrastinerende atferd (H12) og bosted (H4) støttes når det gjelder trivselsnivå, men vi finner ikke støtte for hypotesene vedrørende bosituasjon (H5), karantene (H10), og smitte av covid-19 (H11), ettersom de ikke viser signifikante forskjeller. Korrelasjonsanalysen vedrørende WHO-5-skalaen og spørsmålet om livstilfredshet viser en positiv sterk, signifikant korrelasjon, noe som støtter hypotesen vedrørende korrelasjon mellom trivselsskalaen og oppfattet livstilfredshet (H14).

Som det fremgår fra det ovenstående, ble det i studiens kvalitative analyse identifisert fire hovedtemaer som var gjennomgående i respondentenes rapportering av positive og negative opplevelser under covid-19. De identifiserte hovedtemaene er "relasjonelt liv", "fritid", "arbeidsliv og skolering" og "velvære", og hver av disse har tilknyttede undertemaer som belyser ulike aspekter ved hovedtemaene. Til tross for at det identifiseres et mønster i besvarelsene, er ulike besvarelser tidvis motstridende. Dette indikerer at respondentene har ulike, og tidvis motstridende, opplevelser av pandemien.

5. Diskusjon

I det følgende vil vi kaste lys over ulike aspekter ved oppgaven, og dennes utforming. Først vil vi oppsummere våre funn, og fremheve hvilke hypoteser som støttes av våre resultater, og hvilke hypoteser som avkreftes basert på våre funn. Deretter vil vi diskutere våre resultater, og betydningen av disse for besvarelse av oppgavens forskningsspørsmål. Vi vil også vurdere hvorvidt våre funn konvergerer med allerede etablert viten om emnet, ved å sammenligne våre resultater med andre forskeres resultater. Dernest vil vi fremlegge en metodologisk diskusjon hvor vi diskuterer ulike aspekter ved oppgavens utforming, og drøfter de valgene som ble foretatt før, under og etter undersøkelsens distribueringsperiode. Dette for å kunne vurdere egen utførelse, samt vurdere hvorvidt våre resultater kan anses som pålitelige, reliable og generaliserbare. Avslutningsvis vil diskutere undersøkelsens relevans, og fremlegge våre tanker vedrørende implikasjoner for videre forskning.

5.1 Oppsummering av funn

Som det fremgår fra studiens innledende avsnitt, har denne tverrsnittsundersøkelsen hatt til formål å undersøke nordmenns psykiske velvære ett år inn i covid-19 pandemien. Dette for å fremheve pandemiens potensielle påvirkning på psykologisk velbefinnende, og identifisere ulike personlige karakteristikk assosiert med høy eller lav grad av psykisk velvære under covid-19. I tverrsnittsundersøkelsens metodologiske avsnitt presenterte vi vårt forskningsspørsmål, hvilket i stor grad setter rammene for undersøkelsens fokus og utfoldelse. Vi fremla også hypoteser knyttet til forskningsspørsmålets underspørsmål, og innen vi diskuterer studiens resultater og potensielle begrensninger, ønsker vi å fremlegge en oversikt over hvorvidt resultatene understøtter, eller motsier, våre hypoteser.

Et av undersøkelsens underspørsmål omhandler prevalensen av engstelighets- og depressiv symptomatologi under covid-19, og som vist i studiens metodologiske avsnitt, hypotetiserer vi at prevalensen vil være høyere på det angivelige måletidspunktet, sammenlignet med tilsvarende mål innen pandemiens utbredelse (H1). Som det fremgår fra undersøkelsens resultatavsnitt, bekreftes denne hypotesen, ettersom 60% av utvalget skårer over terskelverdi på HSCL-25 – hvilket svarer til en,

omtrentlig, dobling i forekomst av psykiske plager sammenlignet med tilsvarende målinger utført i Norge de siste 20 årene (Nes et al., 2020).

Som det fremgår fra undersøkelsens metodologiske avsnitt, ønsker vi med vår studie også å utforske hvilke personlige karakteristikk som er forbundet med høyere eller lavere grad av psykisk velvære under covid-19, og vi hypotetiserer at kvinner (H2), nordmenn i yngre aldersgrupper (H3), nordmenn som bor alene (H5), nordmenn med somatisk diagnose (H8), nordmenn med psykisk diagnose (H9), nordmenn som har opplevd karantene som følge av covid-19 (H10), samt nordmenn som har eller er smittet av SARS-CoV-2 (H11) vil rapportere om lavere grad av psykisk velvære. Samtidig hypotetiserer vi at bosted (H4), sivilstatus (H6) og grad av prokrastinerende atferd (H12) vil være av betydning for psykisk velvære under pandemien. Som vist i ovenstående resultatavsnitt, forkastes hypotesene vedrørende bosituasjon (H5), karantene (H10) og SARS-CoV-2 smitte (H11) ettersom forskjellene i skåre på HSCL-25 og WHO-5 ikke er signifikante. Hypotesene vedrørende kjønn (H2), alder (H3), sivilstatus (H6), somatisk sykdom (H8), psykisk lidelse (H9) og grad av prokrastinerende atferd (H12) understøttes derimot av våre funn, da forskjellene i WHO-5 og HSCL-25 skåre, på tvers av de binære alternativene, fremstår som signifikante. Vår hypotese vedrørende bosted (H4) understøttes delvis, men kun i meget lav grad, ettersom variabelen viser seg å signifikant kunne forklare 0,02% av variansen i WHO-5 skåre. Bostedsvariabelen kan dog ikke forklare noe av variansen i HSCL-25 skåre og det oppfanges ingen signifikante forskjeller i HSCL-25 skåre mellom de som bor i Oslo eller Viken og de som bor i andre fylker. Av denne grunn blir det vanskelig å trekke en konklusiv slutning vedrørende hypotesen, og hvorvidt denne understøttes eller avkreftes basert på våre resultater.

I undersøkelsens metodologiske avsnitt fremlegges det også tre forskningsspørsmål vedrørende sammenhenger mellom skåre på ulike måleinstrumenter som inngår i studien. Vi hypotetiserer i den forbindelse at det vil finnes en korrelasjon mellom symptomatologi og funksjonsevne, mellom livstilfredshet og trivsel, samt at det vil finnes en korrelasjon mellom symptomatologi og trivsel. Samtlige av disse hypotesene understøttes, ettersom det oppfanges sterke korrelasjoner mellom

samtligte av de undersøkte måleinstrumentene. I det understående vil vi diskutere betydningen av dette ytterligere, gjennom en diskusjon av resultatenes betydning og funnenes relevans.

5.2 Nordmenns psykiske velvære under covid-19

I det følgende vil vi diskutere våre funn og betydningen av disse. Først vil vi diskutere forekomsten av psykiske plager ved å sammenligne våre funn med tilsvarende funn på feltet. Dernest vil vi diskutere resultatene vedrørende hvilke personlige karakteristikk som fremtrer som særs betydningsfulle for psykisk velvære under covid-19, før vi avslutningsvis peker på andre aspekter som muligens også kan forklare variansen i nordmenns HSCL-25 skåre og WHO-5 skåre.

5.2.1 Forekomst av psykiske plager under covid-19

I det følgende vil vi diskutere våre funn vedrørende forekomsten av psykiske plager under covid-19, og betrakte disse i lys av andre forskeres resultater. Dette med henblikk på å kunne belyse forskningsspørsmålet vårt ytterligere, og kunne si noe om hvorvidt våre funn konvergerer, eller divergerer, med annen forskning innad i feltet.

5.2.1.1 Forekomst av engstelighet og depressive plager

Som det fremgår fra det ovenstående, viser våre resultater at 60% av respondentene skårer over cut-off-verdi på HSCL-25, hvilket taler for at forekomsten av psykiske plager i den norske befolkningen har økt betraktelig, sammenlignet med tilsvarende målinger utført før covid-19 pandemiens inntreffes – som tidligere presisert, har variert mellom 9% og 12% de siste tyve årene (Nes et al., 2020; Sandanger et al., 1998). Selv om prevalensmålet er alarmerende, er det viktig å fremheve at HSCL-25 måler ikke-spesifikke psykosomatiske symptomer og plager, og ikke nødvendigvis forekomst av psykiatiske diagnoser som angst og depresjon (Oslo Universitetssykehus, 2016). Ifølge Strand og kollegaer, sitert av Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse (NOA) ved Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), vil derimot mellom 50 til 60% av de som skårer over terskelverdi på HSCL-25 oppfylle diagnostiske kriterier for én eller flere psykiatiske lidelser ved gjennomførelse av et

klinisk intervju (Strand, Dalgard, Tambs & Rognerud, 2003, p. 118; Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø, u.å.). Gitt dette, kan det være rimelig å anta at mellom 25% og 30% av respondentene våre vil oppfylle kriterier for én eller flere psykiatriske diagnoser, forutsatt av at de gjennomgår et klinisk intervju. Dersom vi trekker fra andelen respondenter som oppgir at de, fra før, er diagnostisert med en psykisk lidelse – henholdsvis 21,2% – tilsier våre resultater at 8,8-14,8% av respondentene, som ikke oppgir å være diagnostisert med en psykiatrisk lidelse, vil kunne oppfylle diagnostiske krav for én eller flere psykiske lidelser dersom de undergår et klinisk intervju. En tilleggsanalyse av skåre på WHO-5 viser ytterligere at gjennomsnittsskåren på skalaen er 11,9, som ifølge WHO tilsier at en betydelig andel av respondentene burde screenes for depresjon (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse, u.å.) (vedlegg 2.1.8). Gjennomsnittsskåren er også betydelig lavere enn de danske normene referert til i oppgavens metodologiske avsnitt (Bech, 2012, p. 106), hvilket tilsier at trivselsnivået innad i den norske befolkningen har falt og at flere står i fare for å utvikle depressive lidelser. Likevel bør det fremheves at dette kun er antakelser og ikke bekreftede observasjoner, ettersom vi ikke har mulighet til å foreta et diagnostisk intervju av de aktuelle respondentene. Våre resultater kan derfor ikke si noe konklusivt om hvorvidt prevalensen av psykiatriske lidelser har økt under covid-19, til tross for at studien vår peker på en økning i forekomst av psykiske plager blant nordmenn under pandemien.

I forlengelsen av ovenstående avsnitt, bør det dog nevnes at den sterke korrelasjonen mellom totalskåre på HSCL-25 og WSAS samt HSCL-25 og WHO-5 tilsier at høy forekomst av psykosomatiske plager forekommer sammen med lavere funksjonsnivå og lavere trivselsnivå, og at en betydelig andel nordmenn følgelig opplever psykologiske plager, av lettere eller mere alvorlig grad, som virker belastende ved å redusere deres funksjonsevne og generelle trivselsnivå. En analysering av skåre på WSAS viser ytterligere at respondentene i gjennomsnitt opplever moderate sosiale- og arbeidsmessige funksjonssvekkelser, ettersom de i gjennomsnittet skårer 21,59 på skalaen (se vedlegg 2.1.4.). Disse funnene samsvarer med ovenstående bemerkning om at en betydelig andel nordmenn opplever psykiske plager og at disse plagene

reduserer deres sosiale- og arbeidsmessige funksjonsevne. Disse kvantitative observasjonene samsvarer ytterligere med våre kvalitative funn, som viser at enkelte respondenter rapporterer om psykopatologiske symptomer, redusert trivsel, relasjonelle problematikker og svekkede funksjonsevner både relatert til arbeidslivet og privatlivet.

De alarmerende funnene vedrørende forekomsten av psykiske plager innad i den norske populasjonen i perioden 8. mars til 7. april 2021, virker også til en viss grad å finne støtte i teoretiske fremleggelser og andre forskeres empirisk funn. Som nevnt i oppgavens bakgrunnsavsnitt kan angst og depresjon anses som naturlige responser til stressende og usikkerhetspregede situasjoner (Huremović, 2019, p.103), og med utgangspunkt i dette kan det argumenteres for at funnene, hvert fall til en viss grad, kan anses som forventede. Forskning på forekomsten av psykologiske plager under SARS-epidemien i 2002-2003, understøtter påstanden om at funnene, hvert fall delvis, kan betraktes som forventede, ettersom det også i forbindelse med SARS-utbruddet i 2002-2003 ble observert en økning i forekomst av symptomer på angst og depresjon innad i den generelle befolkningen (Chau et al., 2021, p. 15). Studier som har sett på de langvarige, psykologiske effektene av SARS-smitte som følge av epidemien i 2002-2003 finner også at de psykiske plagene, til tross for noe falming, vedvarer ved oppfølgingsmålinger ett år etter smitteutbruddets opphør, særlig blant helsepersonell (Lee et al., 2007, p. 237). I den forbindelse kan en stille spørsmål til hvorvidt de observerte tallene vedrørende forekomsten av psykologiske plager innad i den norske befolkningen vil vedvare også etter pandemiens avtakelse, og om vi følgelig, i kjølvannet av covid-19, vil konfronteres med en ny epidemi; *en psykisk epidemi*. Dette spørsmålet vil belyses ytterligere i oppgavens relevansavsnitt, og vi vil nå diskutere hvorvidt våre funn samsvarer med funnene fra tilsvarende studier på feltet.

5.2.1.2 Opplevd livstilfredshet og fremtidstro

I oppgavens tidligere avsnitt har det blitt henvist til Folkehelseinstituttets studie av livskvalitet og psykisk helse i perioden november til desember 2020 (Nes et al., 2020). Som tidligere beskrevet finner også Nes og kollegaer en økning i forekomst

av psykiske plager sammenlignet med tilsvarende studier fra før covid-19 pandemiens utbredelse (Nes et al., 2020; Nes et al., 2019). Nes og kolleger rapporterer også om reduksjon i subjektiv tilfredshet med livet, og henviser til en foregående livskvalitetsstudie fra 2019 som fant at nordmenn i gjennomsnitt skårer 7,5 av 10 på spørsmålet om fornøydhet med livet, hvilket tilsvarer 0,7 poeng mere enn gjennomsnittsskåren på tilsvarende spørsmål i november-desember 2020 (Nes et al., 2020; Nes et al., 2019, p. 8). I vår undersøkelse finner vi ytterligere reduksjon i subjektiv tilfredshet med livet, da våre respondenter i gjennomsnitt vurderer egen fornøydhet med livet til å være 5,46, altså 1,34 poeng lavere enn respondentene i livskvalitetsstudien fra 2020 og 2,04 poeng lavere enn respondentene i livskvalitetsstudien fra 2019 (Nes et al., 2020; Nes et al., 2019). Med forbehold om at funnene er frie for bias, indikerer dette at nordmenn, under covid-19, har opplevd en betydelig reduksjon i livstilfredshet, og at subjektiv livstilfredshet virker å avta i takt med pandemiens varighet og utfoldelse. Denne reduktive tendensen kan muligens forklares av våre kvalitative funn som viser at flere respondenter fremviser pessimistiske tanker om, eller manglende håp for fremtiden, ettersom grad av håp og optimisme virker å kunne predikere livstilfredshet (Bailey, Eng, Frisch & Snyder, 2007, p. 168).

En korrelasjonsanalyse av respondentenes besvarelser på HSCL-25s syttende item ("følelse av håpløshet mht. fremtiden") og spørsmålet vedrørende livstilfredshet virker ytterligere å understøtte ovenstående bemerkning vedrørende fremtidspessimisme, ettersom analysen peker på en sterk negativ korrelasjon ($r = -.681$) mellom de aktuelle itemene (se vedlegg 2.2.2). I forlengelsen av dette bør det nevnes at hele 18,5% av våre respondenter opplyser om at de svært ofte opplever håpløshet med hensyn til fremtiden, og at henholdsvis 19,8% og 33,3% svarer at de opplever dette en god del eller litt. Kun 28,4% av respondentene oppgir at de *ikke* føler på håpløshet med hensyn til fremtiden, hvilket tilsier at 71,6% av respondentene, til en viss grad, opplever redusert fremtidshåp under covid-19. I den forbindelse indikerer våre resultater at pandemien påvirker nordmenns tanker om fremtiden, og at fremtidspessimisme er mer utbredt enn fremtidsoptimisme. Dette samstemmer med våre kvalitative funn, ettersom flere respondenter oppgir at de

opplever usikkerhet og bekymringer knyttet til fremtiden. Som beskrevet i oppgavens bakgrunnsavsnitt, er det naturlig å oppleve usikkerhet under pandemiske utbrudd, og slik usikkerhet kan blant annet omhandle uvisshet vedrørende pandemiens opphøring (Taylor, 2019, p. 5). Slik usikkerhet gjenspeiles blant annet i én av våre respondenters kvalitative besvarelse ved at vedkommende opplyser at “(..) *det at man stadig vekk lever på forhåpninger om at det “snart” vil ta slutt, gjør at man kanskje blir mer skuffet når man har forstått at det vil vare lenge og at man fortsatt har fremtidige nedstengninger i vente*”. I den forbindelse kan det argumenteres for at ett år med varierende smittetrykk og skiftende smitteverntiltak kan stimulere både usikkerhet og redusert fremtidshåp, hvilket, som vist i ovenstående, påvirker grad av psykisk velvære (Rettie & Daniels, 2020, p. 2; Bailey, Eng, Frisch & Snyder, 2007, p. 168).

5.2.1.3 Ensomhet

Nes og kollegers studie fra 2020, som det har blitt henvist til tidligere i oppgaven, peker også på en økning i ensomhetsfølelse innad i den norske befolkningen, sammenlignet med tall fra tilsvarende studier innen pandemien (Nes et al., 2020). Selv om vi i vår studie ikke spesifikt undersøker grad av ensomhet, evner vi til en viss grad å kartlegge opplevd ensomhet gjennom HSCL-25s ellefte item. Dette itemet legger nemlig opp til at respondentene skal vurdere hvorvidt de har følt seg ensomme de siste 14 dagene på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 4 (svært ofte). En frekvensanalyse av besvarelsene på dette itemet viser at 30,9% av respondentene ikke har følt seg ensomme, mens henholdsvis 32,5%, 19,8% og 16,8% oppgir å ha følt seg litt ensom, en god del ensom og svært ensom de siste to ukene (se vedlegg 2.1.1.). Resultatene herav indikerer at 69,1% av respondentene, i ulik grad, har opplevd ensomhet under covid-19, noe som understøttes av respondentenes kvalitative beskrivelser. I den kvalitative analysen kommer det eksempelvis frem at 201 respondenter nevner ordet “ensom” i relasjon til spørsmålet vedrørende negative opplevelser under covid-19, og i en av besvarelsene nevnes ordet ensom hele tre ganger etter hverandre ved at vedkommende besvarer spørsmålet med “*ensom, ensom, ensom! (..)*”. Selv om noen respondenter, som vist i det forestående resultatavsnittet, rapporterer om mindre ensomhet under covid-19, peker våre funn i

hovedsak på at en betydelig andel nordmenn opplever økt ensomhet under pandemien.

5.2.1.4 Sammenligning av våre funn og andre forskningsgruppers resultater

Andre forskergrupper har også undersøkt nordmenns psykiske velvære under covid-19, og som nevnt i forskningsartikkelens bakgrunnsavsnitt finner eksempelvis Ebrahimi og kolleger en dobling i angstsymptomer og en tredobling i depresjonssymptomer blant nordmenn under den nåværende pandemien (Ebrahimi, Hoffart & Johnson, 2021). Selv om forskerne anvendte andre måleinstrumenter enn oss, vil vi argumentere for at funnene er sammenlignbare ettersom vi undersøker samme fenomen, og at Ebrahimi og kollegers funn kan være med å understøtte våre resultater ettersom vi finner noe tilsvarende tendenser. I vår undersøkelse finner vi nemlig også en høyere forekomst av depressive plager, da respondentene i gjennomsnitt skårer 2,1 (31,66 i råskår) på HSCL-25s depresjonsskala og 1,8 (18,38 i råskår) på HSCL-25s engstelighetsskala (se vedlegg 2.1.2.). Selv om gjennomsnittsskåre på begge subskalaene overskrider klinisk cut-off verdi på 1,75, er det noe påfallende at gjennomsnittsskår på engstelighetsskalaen så vidt overskrider terskelverdien mens gjennomsnittsskår på depresjonsskalaen ligger 0,35 standardiserte skåre, eller 8,75 råskåre, over grenseverdien for betydelige plager. Resultatene virker å indikere at en betydelig andel nordmenn opplever engstelighet og/eller depressive plager under pandemien, og at forekomsten av depressive problematikker viser seg å være større enn forekomsten av angstsymptomer. Respondentenes kvalitative beskrivelser virker til en viss grad også å understøtte denne slutningen ettersom noen, som vist i de forestående resultatavsnittet, rapporterer om mindre angst, især sosial angst, under pandemien. En av respondentene opplyser eksempelvis om at han eller hun synes det er positivt at pandemien har brakt med seg *“færre angsttriggende situasjoner”*, mens en annen oppgir at en positiv opplevelse under pandemien har vært at vedkommende *“har sluppet å ha angst for skolen når det var hjemmeskole”*. Selv om noen naturligvis også opplyser om mere angst, herunder også sosial angst, under pandemien, er det flere som rapporterer om redusert engstelighet enn avtatt depresjon under covid-19,

selv om dette også forekommer. På denne måten virker våre resultater, til en viss grad, å samsvare med Ebrahimi og kollegers konklusjoner (Ebrahimi, Hoffart & Johnson, 2021).

I perioden 1. mars til 5. april 2021 ble det utført en studie av norske studenters helse og trivsel med den hensikt å kartlegge hvorvidt norske studenter påvirkes av de eksisterende smitteverntiltakene og den pågående unntakssituasjonen som landet befinner seg i (Sivertsen, 2021, p. 4). Undersøkelsen fremgår som en tilleggsundersøkelse til SHoT-undersøkelsene (Studentenes helse- og trivselsundersøkelse) som utføres hvert fjerde år, da det ble besluttet at det skulle utføres ytterligere én undersøkelse innen neste undersøkelse i 2022, grunnet covid-19 og pandemiens medfølgende smittevernstiltak. SHoT-undersøkelsen fra 2021 ble utført av Folkehelseinstituttet på oppdrag fra studentskipnadene SiO, SiT og Sammen (Sivertsen, 2021, p. 4), og resultatene herav fremstår som alarmerende. I studien pekes det blant annet på at andelen studenter som vurderes å ha et høyt nivå av psykiske plager har økt fra omtrent hver sjettede student i 2010 til nesten annen hver student i 2021 (Sivertsen, 2021, p. 2). Samtidig rapporteres det om en kraftig økning i ensomhet blant studentene. I 2018 svarte nemlig 30% ofte eller svært ofte på minst ett av de følgende spørsmålene; hvor ofte de savner noen å være sammen med, hvor ofte de føler seg utenfor eller hvor ofte de føler seg isolert. På tilsvarende spørsmål i 2021 svarer 54% ofte eller svært ofte på minst ett spørsmål, hvilket svarer til en økning på 24% fra 2018. Det kommer også frem at én av seks studenter svarer ofte eller svært ofte på samtlige av de tre spørsmålene om ensomhet i 2021 (Sivertsen, 2021, p. 43). Selv om SHoT-undersøkelsens målgruppe er norske studenter i alderen 18-35 år, og dermed ikke *hele* den norske populasjonen, er det påfallende at undersøkelsen peker i samme retning som vår. Begge undersøkelsen måler forekomsten av psykiske plager gjennom bruk av versjoner av instrumentet HSCL, og begge studiene finner en betydelig økning i forekomst av psykologiske plager blant nordmenn under covid-19. I den sammenheng kan en argumentere for at resultatene understøtter hverandre, og at det eksisterer konvergerende tendenser i våre, og andre forskningsgruppers, resultater.

Som vist i det forestående virker våre funn vedrørende den betydelige økningen i forekomst av psykiske plager under covid-19 å finne støtte i tilsvarende studier på feltet. Senere i oppgaven vil vi diskutere hvorvidt vi kan ha tiltro til disse resultatene, og om eventuelle bias kan forstyrre resultatenes relevans og pålitelighet. Innen diskusjonen av mere metodiske aspekter vil vi fortsette diskusjonen av våre resultater, og diskutere våre funn vedrørende hvilke personlige karakteristikk som viser seg å være av betydning for psykisk velvære under covid-19.

5.2.2 Personlige karakteristikk av betydning for psykisk velvære

Som tidligere beskrevet, finner vi at kjønn, alder, sivilstatus, foreliggende somatisk- og/eller psykisk sykdom og grad av prokrasterende atferd er av betydning for psykisk velvære under covid-19. Samtidig finner vi at bosted, til en viss grad, er av betydning for trivselsnivå, men ikke forekomsten av psykologiske plager, under covid-19. I det følgende ønsker vi å utdype dette ytterligere ved å diskutere den relative betydningen av disse funnene, samt ved å trekke på tilsvarende, eller motstridende, funn identifisert av andre forskningsgrupper. Sluttvis i avsnittet vil vi kort diskutere betydningen av bosituasjon, opplevd karantene og opplevd SARS-CoV-2 smitte, som i vår undersøkelse ikke viste seg å ha en signifikant betydning for psykisk velvære under pandemien.

5.2.2.1 Kjønn, alder og sivilstatus

Som nevnt i forskningsartikkelens metodologiske avsnitt peker majoriteten av studiene som har undersøkt betydningen av kjønn for psykisk velvære under covid-19 på at kvinner opplever mere psykologiske plager og lavere trivselsnivå under pandemien (Conversano et al., 2020; Kwong et al, 2020; Wang et al, 2021; Wang, Kala & Jafar, 2020; Hoffart et al., 2020; Salari et al, 2020; Browning et al., 2020; Chaix et al, 2020; Bettinsoli et al, 2020; Jia et al, 2020; O'Connor et al, 2020; Every-Palmer et al, 2020; Nes et al., 2020; Sivertsen, 2021). Samme tendens ses også i våre data, ettersom kvinner skårer signifikant dårligere enn menn på både HSCL-25 og WHO-5. Funnene fremstår dog ikke som overraskende, da kvinner generelt sett virker å ha høyere risiko for utvikling av psykiatrisk lidelse enn menn (Kristiansen &

Munk-Jørgensen, 2017, p. 229). I den forbindelse kan det være rimelig å anta at denne gruppen også vil være mer sårbar for redusert velvære under covid-19, slik våre resultater viser. Likevel bør det nevnes at vi i vår studie primært behandler data fra kvinner, ettersom utvalget kun består av 14% menn. Denne skjevfordelingen kan muligens influere på resultatene, og en kan i den sammenheng stille spørsmål til hvorvidt resultatene ville sett annerledes ut dersom vi hadde evnet å rekruttere flere menn. Det kan derfor være aktuelt å undersøke psykisk velvære blant en større andel menn, eller blant et utvalg bestående av utelukkende menn, i fremtiden.

I vår studie finner vi også at yngre aldersgrupper virker å oppleve mere psykologiske plager, og lavere trivselsnivå, enn eldre aldersgrupper. Disse funnene samsvarer med resultatene fra foregående studier som også viser at det er de yngste som rammes hardest at de psykologiske konsekvensene av covid-19 (Pieh, Budimir & Probst, 2020; Kwong et al, 2020; Hoffart et al., 2020; Wang et al., 2020; Huang & Zhao, 2021; Guo et al., 2020; Jia et al., 2020; Bu, Steptoe & Fancourt, 2020; Nes et al., 2020), og taler for behovet for psykologisk oppfølging, især blant yngre aldersgrupper. Samtidig peker våre hierarkiske multiple regresjonsanalyser på at enslige opplever mere psykiske plager og lavere trivselsnivå enn respondenter med partner, til tross for at ANOVA-analysen vår avslører at respondenter som definerer seg selv som “singel” fremviser et høyere symptomtrykk og mindre tilfredshet med livet enn respondenter som kategoriserer seg selv som “skilt” eller “enke/enkemann”, og at respondenter som oppgir å være “i et fast forhold” fremviser signifikant høyere skåre på HSCL-25 enn respondenter som opplyser om at de er “skilt”. De noe inkonsistente funnene relatert til sivilstatus virker dog å reflektere feltets inkonsistent, ettersom noen studier konkluderer med at enslige opplever mere psykopatologi under covid-19 (Hoffart et al, 2020; Lee et al, 2021) mens andre peker på det motsatte (Gao et al, 2020; Liu et al., 2021) eller fremhever usikkerheten knyttet til betydningen av sivilstatus for psykisk velvære under covid-19 (Xiong et al., 2020). Som det fremgår fra det ovenstående, vil det følgelig være behov for ytterligere utforskning av hvorvidt sivilstatus er av betydning for psykologisk velbefinnende under pandemien.

5.2.2.2 Fysisk og psykisk sykdom

Våre funn peker også på at fysisk sykdom predikerer grad av psykisk velvære under pandemien. Dette samsvarer med eksisterende viten innad i feltet (Salari et al., 2020; Guo et al., 2020; Mei et al., 2021; Zhang et al., 2020; Joensen et al., 2020; Higbee et al., 2021; Sheha et al., 2021; Diamanti et al., 2020). Av de 667 respondentene som oppgir å ha en fysisk sykdom, oppgir flere å være rammet av minst én sykdom som øker risikoen for alvorlig sykdomsforløp, herunder kroniske lungesykdommer som kols og astma, hjerte- og karsykdommer, kreft og diabetes (Nystad et al., 2020) (se vedlegg 7). Vi har dog ikke utført en analyse for å vurdere hvorvidt de som oppgir å ha en somatisk sykdom som øker sannsynligheten for alvorlig sykdomsforløp ved SARS-Cov-2 smitte rapporterer om høyere symptomtrykk enn de som rapporterer om somatisk sykdom som, per nå, ikke assosieres med alvorligere sykdomsforløp. Av denne grunn kan vi i liten grad si noe om hvorvidt nordmenn med kjente somatiske risikofaktorer opplever lavere grad av psykisk velvære under pandemien. Likevel peker våre funn i retning av at somatisk sykdom er av betydning for psykologisk velbefinnende under pandemien, uavhengig av om sykdommen øker sannsynligheten for alvorlig sykdomsforløp eller ei.

Som hypotetisert finner vi også at nordmenn med én eller flere psykiske lidelser rapporterer om lavere grad av psykisk velbefinnende enn nordmenn uten psykopatologiske lidelser, og våre resultater støtter følgelig opp om resultatene fra majoriteten av foregående studier på emnet (Vindegaard et al., 2020; Hoffart et al., 2020; Van Rheenan et al., 2020; O'Connor et al., 2020). Funnene oppleves også meningsfulle, ettersom det vil være rimelig å anta at respondenter med én eller flere psykiske lidelser, og dermed også et mere "psykologisk sårbart" utgangspunkt, vil rapportere om høyere symptomtrykk og lavere trivselsnivå under pandemien og dennes belastende følger. Flere av respondentene med en psykisk diagnose ville trolig også ha skåret høyt på HSCL-25 og lavt på WHO-5 under normale forhold, og vi vil i den forbindelse argumentere for at funnene i høy grad er forventede. Ettersom vi ikke spurte inn til hvilke psykiske lidelser de aktuelle respondentene er diagnostisert med, kan vi dog i liten grad si noe om hvorvidt noen lidelser er assosiert med høyere forekomst av psykologiske plager og lavere trivselsnivå enn

andre. Respondentenes kvalitative beskrivelser peker også litt i ulike retninger, ved at respondenter som oppgir å være diagnostisert med samme lidelse virker å ha motstridende opplevelser, og ulike oppfattelser av samme fenomen, under pandemien. Til illustrasjon skriver én respondent *“Jeg har sosial angst og synes derfor det er bra å kunne bruke munnbind for å “skjule” meg litt”* mens en annen respondent opplyser at *“Sosial angst har blitt mye verre, det er frustrerende å ikke kunne se ansiktsuttrykk til andre personer bak munnbind”*. Samtidig rapporterer noen om mindre depresjon, eksempelvis grunnet hjemmekontor, mens andre rapporterer om depressive tilbakefall, eksempelvis grunnet *“tap av sosiale omgivelser”*. Det virker med andre ord ikke å finnes noen konsistente mønstre vedrørende dette i respondentenes kvalitative beskrivelser, og besvarelsene fremhever i større grad enkeltmenneskets individualitet enn eventuelle tendenser assosiert med spesifikke psykiatriske lidelser. Av denne grunn blir det vanskelig å fremlegge noen antakelser vedrørende betydningen av de enkelte psykiatriske lidelsene, til tross for at psykologiske lidelser som fellesbetegnelse assosieres med høyere symptomtrykk og mindre trivsel under pandemien.

5.2.2.3 Prokrastinering

Som det fremgår fra det ovenstående fremtrer grad av prokrastinerende atferd som den mest betydningsfulle faktoren i forbindelse med psykisk velvære under pandemien. Dette fordi totalskåre på IPS virker å ha det sterkeste forholdet til både totalskåre på HSCL-25 og WHO-5, og i den sammenheng kan en stille spørsmål til hvorfor prokrastinering fremtrer som en så essensiell faktor i forbindelse med psykisk velvære under pandemien. Som postulert i oppgavens metodiske avsnitt, kan det være rimelig å anta at nettbasert undervisning og en digitalisert arbeidshverdag øker risikoen for å prokrastinere, grunnet større krav til selvkontroll, selvregulering og selvstrukturering (Moretti et al., 2020, p. 8f; Steel, 2007, p. 84). Økt risiko for prokrastinering er, som tidligere presisert, forbundet med økt risiko for psykisk sykdom og redusert livskvalitet (Svartdal, 2017), hvilket gjenspeiles i våre funn. Selv om det er få respondenter som anvender ordet “prokrastinering” eller “utsettelse” i sine kvalitative beskrivelser, blir ordet utelukkende anvendt til å beskrive negative opplevelser under pandemien, eksempelvis ved å oppliste *“utsetter mer”* eller

“prokrastinert mer enn vanlig” som negative følge av covid-19. Dette indikerer at prokrastinering i all hovedsak oppleves som noe negativt, og reiser ytterligere spørsmålet om anvendelse at prokrastinering som mestringsstrategi i møte med pandemisk stress kan forklare noe av den reduktive tendensen relatert til psykologisk velbefinnende under covid-19.

På den andre siden kan en stille spørsmål til om den reduktive tendensen i psykisk velvære under covid-19 medfører en økt prokrastineringstendens innad i befolkningen. Som Svartdal påpeker kan prokrastinering nemlig både anses som disponerende for, og forårsaket av, depresjon (Svartdal, 2017, p. 30). Uavhengig av dette, viser våre data en sterkere korrelasjon mellom de to fenomenene enn hva som har blitt observert tidligere. Ifølge Svartdal (2017, p. 30) er nemlig den gjennomsnittlige korrelasjonen mellom prokrastinering og depresjon, utledet fra gjennomgang av foreliggende forskning, moderat ($r = .28 - .30$), og dermed svakere enn den sterke korrelasjonen ($r = .58, p < .001$) vi finner mellom HSCL-25s depresjonsskala og totalskåre på IPS (se vedlegg 2.2.1.). Resultatene våre indikerer dermed at forholdet mellom prokrastinering og depresjon har blitt forsterket under covid-19, noe som taler for en sammenheng mellom pandemien og økt forekomst av både prokrastinering og depressive plager. Ettersom det ikke har lyktes oss å finne studier som undersøker sammenhengen mellom prokrastinering og psykisk velvære under pandemien (per 27.05.21), vil vi følgelig argumentere for at våre funn, hvert fall til en viss grad, tilbyr et betydningsfullt bidrag til den vitenskapelige litteraturen på området.

Våre funn vedrørende betydningen av anvendelse av prokrastinering som mestringsstrategi for psykisk velvære under covid-19, kan også ses i sammenheng med samfunnsmessige endringer og tendenser på makronivå. I dagens samfunn har mennesker nemlig hurtig, og nærmest konstant, tilgang til fristende og stimulerende verktøy som eksempelvis smarttelefon og nettbrett. I møte med mindre umiddelbart stimulerende oppgaver som oppleves kjedelige er det dermed, i tråd med Steels postulat, tenkelig at individet opplever økt risiko for å prokrastinere (2007, p. 67f). Ifølge Steel øker nemlig risikoen for prokrastinering dersom oppgaven som skal

utføres oppleves kjedelig, eller dersom belønningen ved å utføre oppgaven opptrer tidsmessig senere enn belønningen ved å utsette oppgaven, til fordel for annen, mer umiddelbar, stimulerende aktivitet (2007, p. 68). I den sammenheng kan en stille spørsmål til om den teknologiske utviklingen bevirker at mennesket i dagens samfunn i større grad kan unngå kjedsomhet, grunnet tilgjengelige stimulerende verktøy. I forlengelsen av dette kan en også stille spørsmål til hvorvidt risikoen for å prokrastinere har økt i takt med den teknologiske utviklingen, ettersom denne legger til rette for at mennesket hele tiden kan stimulere seg selv gjennom bruk av teknologiske verktøy. Dette blir dog noe spekulativt, og det er behov for ytterligere forskning på emnet innen konklusive slutninger kan dras.

5.2.2.4 Bosted

Som tidligere presisert er våre resultater vedrørende betydningen av bosted for psykisk velvære under covid-19 noe inkonklusive. Mens vår hierarkiske multiple regresjonsanalyse viser at respondenter fra Viken eller Oslo rapporterer om signifikant lavere trivselsnivå enn respondenter fra andre fylker, avslører ANOVA-analysen at det også finnes signifikante forskjeller innad, og på tvers av, de to bostedsgrupperingene. Samtidig viser den hierarkiske multiple regresjonsanalysen vedrørende psykologiske plager at respondenter fra Oslo eller Viken *ikke* skårer signifikant annerledes enn respondenter fra landets resterende fylker, til tross for at ANOVA-analysen av HSCL-25 totalskåre finner signifikante forskjeller mellom flere fylker. Vestfold og Telemark fremtrer i den sammenheng som det fylket med høyest forekomst av psykiske plager, og respondenter herfra opplyser i gjennomsnitt om signifikant mere angst og depressive symptomer enn respondenter fra både Oslo, Viken, Troms og Finnmark, Rogaland og Innlandet. I den sammenheng kan en stille spørsmål til hvorfor nordmenn som er bosatt i Vestfold og Telemark opplever mere symptomatologi enn nordmenn bosatt i andre fylker. En mulig forklaring kan være forekomsten av SARS-CoV-2 smitte ettersom Folkehelseinstituttets ukesrapporter fra uke 10 til og med uke 14, altså den perioden undersøkelsen ble distribuert, peker på at Vestfold og Telemark preges av svært høye smittetall, særlig i uke 10 og 11 (Folkehelseinstituttet, 2020). Ifølge ukesrapportene fremtrer Vestfold og Telemark også som et av fylkene med flest smittetilfeller av den engelske virusvarianten, en

virusvariant som assosieres med 2,6 ganger høyere risiko for sykehusinnleggelse (Folkehelseinstituttet, 2020).

Som en konsekvens av de høye smittetallene og den høye forekomsten av den engelske covid-19 varianten, ble det den 4. mars innført skjerpede regionale tiltak i flere av fylkets kommuner, og disse tiltakene var gjeldende gjennom hele distribusjonsperioden (Regjeringen, 2021). I den sammenheng kan en stille spørsmål til om disse skjerpede tiltakene, som legger opp til minimal sosial kontakt og et svært begrenset sosialt liv, kan tilby en mulig forklaring på den høye forekomsten av psykologiske plager blant respondenter fra Vestfold og Telemark. Denne forklaringen virker dog å slå sprekker, ettersom tilsvarende tiltak også har vært gjeldende i både Oslo og Viken under hele distribusjonsperioden. Mens Oslo kommune i desember 2020 fremla en forskrift om forebygging av koronasmitte som fastsetter regler for blant annet sosial ferdsel og sosiale arrangementer, ble det den 15. mars innført tilsvarende regionale tiltak i hele Viken fylke (Forskrift om forebygging av koronasmitte, Oslo; Regjeringen, 2021). Med utgangspunkt i våre funn blir det dermed vanskelig å antyde at respondenter fra fylker med mere omfattende smitteverntiltak vil rapportere om mere psykiske plager, selv om andre forskere argumenterer for dette (Nes et al., 2020).

En annen mulig forklaring på den høye forekomsten av psykiske plager blant nordmenn bosatt i Vestfold og Telemark kan være frykten for den engelske virusvarianten. Som vist i ovenstående er denne varianten nemlig assosiert med høyere risiko for sykehusinnleggelse (Folkehelseinstituttet, 2021), hvilket muligens kan stimulere mer frykt og angst for smitte. Ettersom frykt og angst for covid-19, som vist i oppgavens forestående bakgrunnsavsnitt, virker å predikere psykopatologi (Lee et al., 2020), kan det være rimelig å anta at fylker med høy forekomst av den engelske virusvarianten vil rapportere om mere symptomatologi enn fylker med lavere, eller ingen, forekomst av denne. Denne antakelsen virker dog å svekkes ved at Oslo også fremtrer som et av fylkene med høyest forekomst av den engelske virusvarianten (Folkehelseinstituttet, 2021). I den sammenheng kan en stille spørsmål til hvorvidt data er preget av bias og hvorvidt våre funn er generaliserbare. Samtidig

er det også noe påfallende at bosted kun viser seg signifikant i den hierarkiske multiple regresjonsanalysen relatert til trivselsnivå, og ikke i den hierarkiske multiple regresjonsanalysen vedrørende opplevde psykologiske plager under pandemien. Dette særlig fordi vi finner en sterk negativ korrelasjon mellom totalskåre på WHO-5 og totalskåre på HSCL-25, og det dermed vil være rimelig å anta at en faktor som viser seg å signifikant kunne forklare forskjeller i skåre på den ene skalaen også ville kunne oppfange signifikante forskjeller på den andre skalaen. Vi vil komme nærmere inn på mulige bias i undersøkelsen vår i det kommende avsnittet om metodiske drøftingspunkter.

Ved å oppfange eventuelle forskjeller i opplevd psykisk velvære under covid-19 på tvers av Norges fylker, kunne vi potensielt sett ha identifisert ulike geografiske områder med særlig behov for innsatser relatert til ivaretagelse av psykisk helse under pandemien. Dette kunne vært hensiktsmessig ettersom slike avsløringer, eller identifikasjoner, kunne ha pekt på områder i særlig behov for statlig støtte og tildeling av ressurser, med det formål å sikre innbyggernes velvære under pandemien. Samtidig kunne identifikasjon av eventuelle geografiske forskjeller relatert til opplevd psykisk velvære under covid-19 ha stimulert iverksettelse av ulike analyser relatert til fylkesmessig funksjonsevne, og eventuelt oppdagelsen av mangelfulle psykologiske støtteordninger, av betydning for utvikling av fylkesbaserte psykologiske oppfølgingstilbudsordninger. På den annen side kunne vi, ved å ikke finne forskjeller i opplevd psykisk velvære på tvers av norske fylker, ha rettet lyset mot behovet for jevn fordeling av statlige ressurser for å sikre ivaretagelsen av nordmenns psykiske velvære under pandemien. Ettersom vi, som vist, ikke evner å trekke konklusive slutninger basert på våre funn, blir det dog vanskelig å si noe om hvordan statlige ressurser bør fordeles, eller hvorvidt det er behov for ytterligere utvikling av psykologiske tilbud i enkelte fylker. Det vil følgelig være behov for mere forskning på emnet.

5.2.2.5 Bosituasjon, opplevd karantene og opplevd SARS-CoV-2 smitte

Som det fremgår fra det ovenstående forkaster vi våre hypoteser vedrørende bosituasjon, opplevd karantene og opplevd SARS-CoV-2 smitte ettersom

forskjellene i skåre på HSCL-25 og WHO-5 ikke fremtrer som signifikante. Våre funn skiller seg dermed fra tilsvarende studier på feltet som finner at de som bor alene, opplever eller har opplevd karantene og/eller er, eller har vært, smittet av SARS-CoV-2 har større risiko for å oppleve psykiske plager under pandemien (Cao et al., 2020; Fisher et al, 2020; Guo et al., 2020; Liu et al., 2021; Essadek & Rabeyron, 2020; Jia et al., 2002, Bu et al., 2020; Rossi et al., 2020; Wang, Kala & Jafar, 2020; de Lima et al., 2020; Brooks et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020), og understøtter studier på feltet som finner at de nevnte variablene ikke er av betydning for psykisk velvære under covid-19 (Bettinsoli et al., 2020; Zhu et al., 2020).

Ettersom respondenter som bor alene fremviser en sterk statistisk trend mot å rapportere om lavere trivselsnivå enn de som bor sammen med andre, og ANOVA-analysene avslører at det finnes statistiske forskjeller mellom de som bor med venner og de som bor med partner både når det kommer til trivselsnivå og psykologiske plager, kan en stille spørsmål til hvorvidt våre konklusjoner vedrørende variabelen er meningsfulle. I forlengelsen av dette kan det være relevant å nevne at Amrhein, Greenland og McShane postulerer at man bør være forsiktige med å konkludere med at det ikke finnes forskjeller eller sammenhenger mellom variabler bare fordi disse forskjellene eller korrelasjonene overskrider terskelverdien for hvorvidt noe kan betraktes som signifikant eller ei (Amrhein, Greenland & McShane, 2019). Ifølge forskerne kan en slik trang til å kategorisere, og en slik dikotom anvendelse av terskelnivå, nemlig resultere i feilslutninger (Amrhein, Greenland & McShane, 2019). Gitt dette, kan det argumenteres for at de nevnte variablene likevel kan være av betydning for psykologisk velbefinnende, noe våre kvalitative funn, til en viss grad, støtter opp om. Flere respondenter fremhever eksempelvis at de synes det er positivt at de under pandemien har fått tilbringe mere tid sammen med de menneskene de bor med, og en respondent skriver blant annet *“heldig at jeg bor med venner, hvis ikke ville livet vært ganske mye mer håpløst”*. Samtidig fremhever andre at det å bo sammen med noen også kan oppleves vanskelig. En av respondentene skriver eksempelvis: *“Føler meg ensom pga. selv-isolering. Har familie jeg bor med som er i risikogruppen, så jeg isolerer meg selv for å sørge for at jeg ikke smitter*

familien". Videre rapporterer noen om negative opplevelser knyttet til karantene og covid-19 smitte. Én respondent skriver eksempelvis "*under karantenetid + syk med covid-19 ble jeg svært nedstemt og psykisk preget*". De kvalitative beskrivelsene kan dermed tale for at de nevnte variablene likevel påvirker grad av psykisk velvære under covid-19, til tross for at resultatene fra de statistiske analysene ikke finner sterke relasjoner eller signifikante forskjeller knyttet til bosituasjon, opplevd karantene eller opplevd SARS-Cov-2 smitte. En frekvensanalyse av variablene opplevd karantene og opplevd covid-19 smitte viser videre en betydelig skjevfordeling, hvorav 84% av respondentene har opplevd karantene og kun 2,6% har vært smittet med SARS-CoV-2 (se vedlegg 2.1.6 og 2.1.7). Denne skjevfordelingen kan medføre utvalgsvariasjon, et begrep som vil utdypes i den metodologiske diskusjonen. Skjevfordelingen kan også tilby en mulig forklaring på hvorfor vårt funn vedrørende opplevd karantene og smitte divergerer med andre forskeres resultater (Folkehelseinstituttet, 2020; Brooks et al, 2020). I det følgende vil vi komme inn på andre faktorer som kan være av betydning for psykisk velvære under covid-19, og diskutere dette ved bruk av teoretiske fremleggelser og empiriske funn innad i feltet.

5.2.3 Andre aspekter av betydning for psykisk velvære under covid-19

I det tidligere presenterte resultatavsnittet fremgår det at de uavhengige variablene som ble undersøkt i denne analysen kunne forklare henholdsvis 54,6% av variansen i HSCL-25 skåre og 34,7% av variansen i WHO-5 skåre. Dette indikerer at 45,4% av variansen i HSCL-25 skåre og 65,3% av variansen i WHO-5 skåre *ikke* kan forklares av de undersøkte personlige karakteristikkene, og at det følgerig også må være andre faktorer som viser seg betydningsfulle for psykisk velvære under covid-19. I det følgende vil vi diskutere hvilke faktorer dette eventuelt kan være ved å trekke på empiriske funn og teoretiske fremleggelser relatert til emnet.

5.2.3.1 Motstandsdyktighet og tidligere erfaringer med smitteutbrudd på stor skala

Som tidligere presisert i oppgavens bakgrunnsavsnitt, antas naturligvis resiliens å utgjøre en viktig, og medierende, faktor i møte med covid-19 relatert stress (Yildirim

& Solmaz, 2020). Av denne grunn kan det være rimelig å anta at resiliensfaktorer kan forklare noe av variansen i HSCL-25 skåre og WHO-5 skåre, og at det i den sammenheng kunne være relevant å undersøke hvorvidt ulike faktorer assosiert med motstandsdyktighet kan forklare noe av den resterende variansen i skåre relatert til psykisk velvære. Som nevnt finner eksempelvis Wang og kollegaer at mennesker som opplevde SARS-utbruddet i 2003 har lavere risiko for å oppleve psykologiske bekymringer under covid-19 enn mennesker som ikke har erfaringer med slike utbrudd (Wang, Kala & Jafar, 2021, p. 18), og en kan i den sammenheng stille spørsmål til om erfaringer med epidemiske eller pandemiske utbrudd kan forklare noe av variansen i HSCL-25 og WHO-5 skåre. Ettersom det ikke ble påvist noen SARS-tilfeller i Norge under SARS-epidemien i 2003 (Folkehelseinstituttet, 2010), virker det dog noe usannsynlig at erfaringer med SARS-utbruddet kan forklare deler av variansen i våre funn. Ifølge Norsk Helseinformatikk ble dog omtrent 900 000 nordmenn smittet under svineinfluensapandemien seks år senere (NHI, 2021), og en kan dermed stille spørsmål til hvorvidt nordmenns personlige erfaringer med det pandemiske utbruddet i 2009 kan forklare noe av variansen i våre resultater. Dette blir dog noe spekulativt, og andre resiliensfaktorer, eller sammensetningen av flere former for motstandsdyktighet, kan være av større betydning for psykisk velvære i den norske befolkningen under covid-19.

Barzilay og kollegaer utførte eksempelvis i 2020 en undersøkelse av resiliens, covid-19 relatert stress og forekomsten av angst- og depresjonssymptomer, og anvendte i den forbindelse et testbatteri som dekker over flere resiliensaspekter og gir en total resiliensskår (Barzilay et al., 2020, p. 2). Forskerne konkluderer med at høy resiliensskår fungerer som en buffer mot covid-19 relatert stress og forekomst av psykopatologi (Barzilay et al., 2020, p. 5), og det virker dermed til at stor motstandsdyktighet, naturligvis, assosieres med bedre psykisk velvære under covid-19. I den forbindelse kan det være rimelig å anta at vi, ved å anvende en tilsvarende resiliensskala, ville kunnet forklare en ytterligere andel av variansen i HSCL-25 skåre og WHO-5 skåre.

5.2.3.2 Digitalisering og utslettelse av grensen mellom jobb og privatliv

I det ovenstående har vi argumentert for at det sterke forholdet mellom prokrastinering og psykisk velvære under pandemien muligens kan henge sammen med den digitaliserte hverdagen og økningen i krav til selvdisiplin og selvstruktur. I forlengelsen av dette kan en stille spørsmål til om den digitaliserte hverdagen også påvirker grad av psykisk velvære på andre måter, eksempelvis gjennom å utsette grensen mellom jobb og privatliv.

Som vist i det ovenstående bakgrunnsavsnittet fremhever nemlig arbeid- og familiegrenseteorien at utvisking av grensen mellom arbeidsliv og privatliv potensielt sett kan forårsake identitetsforvirring og frustrasjon dersom rollene assosiert med de ulike sfærene er meget forskjellige (Clark, 2000). Samtidig peker forskning på at manglende grense mellom jobb og privatliv som følge av nye måter å arbeide på under covid-19, kan resultere i lavere grad av velvære blant de ansatte (Kotera & Vione, 2020, p. 10). I den forbindelse kan det være rimelig å anta at respondenter med svært ulike roller i arbeidslivet og privatlivet vil oppleve reduksjon i psykisk velvære når disse rolle konfronteres med hverandre gjennom arbeid hjemmefra. Dette postulatet finner støtte i respondentenes kvalitative beskrivelser, ettersom enkelte oppgir at negative opplevelser med pandemien blant annet har vært *“Begrenset plass til å skille arbeid og fritid (hjemmekontor i liten leilighet) (..)”, “Vanskeligere å jobbe pga. hjemmekontor + familie hjemme (..)”* og *“Grensen mellom privat og jobb er visket helt ut med bruk av hjemmekontor over lang tid. Du er alltid tilgjengelig på jobb, men klarer aldri å prestere bra nok. Du er alltid tilgjengelig hjemme, men klarer aldri å prestere bra nok”*. Selv om flere også nevner hjemmekontor som noe positivt, virker det altså til at hjemmekontor anses som noe negativt dersom grensen mellom jobb og fritid minimeres. I den forbindelse kan det argumenteres for at den digitaliserte arbeidshverdagen kan medføre reduksjon i psykisk velvære blant mennesker som opplever rollekonflikt som følge av kollisjonen mellom de to sfærene. Samtidig indikerer sistnevnte sitat at utviskingen av grensen mellom jobb og privatliv også kan resultere i økende press om å alltid være tilgjengelig, noe som trolig også kan oppleves stressende. Av disse grunner kan

det være rimelig å anta at den potensielle utslettelsen av grensen mellom jobb og privatliv også kan forklare noe av variansen i HSCL-25 og WHO-5 skåre.

5.2.3.3 Opplevd kontroll og valg av mestringsstrategier

I oppgavens bakgrunnsavsnitt ble det pekt på empiriske studier som finner at grad av kontroll er assosiert med grad av psykisk velvære under covid-19 (Yang & Ma, 2020; Brailovskaia & Margraf, 2021). I den forbindelse kan det være rimelig å anta at respondentenes opplevelse av kontroll, eller mangel på dette, kan forklare noe av variansen i HSCL-25 og WHO-5 skåre. Selv om vi ikke har undersøkt dette gjennom våre kvantitative analyser, virker respondentenes kvalitative beskrivelser til en viss grad å understøtte denne antakelsen. Dette fordi noen fremhever *“mangel på kontroll”* og *“følelsen av å bli kontrollert”* som negative opplevelser assosiert med pandemien. Samtidig rapporter flere av respondentene om betydelig uforutsigbarhet og usikkerhet i møte med pandemien, og ettersom intoleranse mot usikkerhet, som tidligere nevnt, assosieres med anvendelse av maladaptive mestringsstrategier og lavere grad av psykisk velvære (Rettie & Daniels, 2020, p. 2; Taylor, 2019, pp. 42, 53), kan det også være rimelig å anta at opplevd usikkerhet og valg av mestringsstrategier kan forklare noe av variansen i HSCL-25 skåre og WHO-5 skåre. Som vist i det ovenstående virker anvendelse av mestringsstrategien prokrastinering å ha det sterkeste forholdet til både HSCL-25 skåre og WHO-5 skåre i våre analyser, og det kan derfor virke meningsfullt at andre former for mestringsstrategier også vil kunne forklare deler av variansen i skåre relatert til psykisk velvære. Samtidig peker foregående studier, som tidligere nevnt, på at ulike mestringsstrategier er assosiert med ulik grad av velvære under covid-19 (Gurvich et al., 2020; Zacher & Rudolph, 2020, p. 59), hvilket også taler for at ytterligere kartlegging av anvendte mestringsstrategier kan føre til ytterligere forklaring av variansen i skåre. I et senere avsnitt vil vi komme nærmere inn på hvorfor ytterligere utforskning av mestringsstrategier ble fravalgt.

5.2.3.4 Traumatisk eksponering og vaksinerings

Det kan også være rimelig å anta at grad av eksponering kan være av betydning for psykisk velvære under pandemien, og at mennesker som i særlig grad eksponeres for

pandemien og dens brutale konsekvenser vil oppleve lavere grad av psykisk velvære enn mennesker som i mindre grad konfronteres med pandemiens alvorlighetsgrad. Foregående studier har eksempelvis pekt på høy forekomst av psykologiske plager blant mennesker som arbeider innenfor helsevesenet under pandemien (Spoorthy, Pratapa & Mahant, 2020). Samtidig er det tenkelig at mennesker som har opplevd dødsfall i nær sfære under pandemien vil oppleve flere psykiske plager. Flere respondenter beskriver nemlig negative opplevelser knyttet til dødsfall under pandemien, eksempelvis restriksjoner som hindrer besøk på dødsleiet eller deltakelse i begravelser. En respondent opplyser blant annet at en negativ opplevelse under pandemien var *“Å ikke kunne treffe faren min. Så døde han”* mens en annen skriver *“(.) farmor døde fikk ikke sagt hade ordentlig”*. Disse uttalelsene taler for at traumet ved å miste en nærstående, uavhengig av om dødsfallet er forårsaket av covid-19, forsterkes dersom man ikke får tatt et ordentlig farvel, og det kan følgelig være rimelig å anta at mennesker som opplever dødsfall under pandemien vil rapportere om lavere trivselsnivå og høyere forekomst av psykiske plager enn mennesker som i mindre grad eksponeres for slike traumer under covid-19.

En annen variabel som muligens kan bidra med å forklare variansen i resultatene våre er vaksinerings. Under undersøkelsens distribusjonsperiode var den eldre generasjon, nordmenn i risiko for alvorlig sykdomsforløp og helsepersonell prioritert i vaksinasjonsprosessen mot SARS-CoV-2 (Folkehelseinstituttet, 2021). Selv om de prioriterte ikke utgjorde majoriteten av nordmenn, hadde 404 697 nordmenn fått første vaksinedose den 8. mars, og 789 529 nordmenn fått første vaksinedose den 7. april (Folkehelseinstituttet, 2021). I den forbindelse vil det være rimelig å anta at en andel av deltakerne i vår studie var delvis- eller fullvaksinerte da de gjennomførte undersøkelsen. Dette kan muligens bidra til å forklare grad av psykisk velvære i den undersøkte tidsperioden, ettersom man som vaksinert er beskyttet mot viruset og er mindre sannsynlig til å smitte andre. Slik beskyttelse kan muligens påvirke grad av helseangst i positiv favør, ved å begrense sykdomsengstelighet (Tyrer, 2020, p. 307). På en annen side kan vaksineringsen muligens også bidra negativt til nordmenns psykiske velvære, ettersom ikke alle er positive til vaksinen. Enkelte vurderer eksempelvis risikoen for bivirkninger og konsekvenser av vaksinen som for stor, og

har lav tillit til vaksinene ettersom de er produsert i løpet av kort tid, og med lite klinisk testing (Paul, Steptoe & Fancourt, 2021, p. 1). Samtidig anser enkelte covid-19-viruset som lite alvorlig, og vurderer de mulige konsekvensene av vaksinen for å være større enn det å bli smittet av viruset (Karlsson et al., 2021, p. 10). Dersom noen føler seg presset til å ta vaksinen, selv om de ikke opplever dette som trygt, vil det trolig påvirke vedkommendes opplevde psykiske velvære negativt. En av grunnene til dette kan være at de kjenner på tap av kontroll, som vi i bakgrunnsavsnittet har knyttet til lavere nivå av psykisk velvære (Brailovskaia & Margraf, 2021, pp. 1, 3f). På bakgrunn av det ovenstående kan vaksinerings derfor anses som en mulig forklaringsvariabel, relevant for forståelsen av våre resultater.

5.2.3.5 Endringer i behandlingstilbud

I vår tidligere gjennomgang av relevant bakgrunns litteratur, presenterte vi en rapport utledet av Kvinnsland og kollegaer, hvorpå det blant annet fremkommer at flere pasienter innenfor psykiatrien har opplevd endringer i behandlingstilbud under covid-19 (Helsedirektoratet, 2021, p. 406). Slike endringer kan både omhandle overgang til digitaliserte behandlingsformer og forsinkelser relatert til terapiens utførelse, og ifølge Kvinnsland og kollegaer kan dette, som tidligere nevnt, potensielt sett forverre den enkelte pasients psykiske helse (Helsedirektoratet, 2021, p. 406). Ettersom flere av våre respondenter rapporterer om *“utsatt behandling”*, *“ustabilt behandlingsapparat (...)”* og negative opplevelser assosiert med overgangen til digitalisert behandling, kan en stille spørsmål til hvorvidt slike opplevelser også kan forklare noe av variansen i våre resultater. Samtidig kan en stille spørsmål til hvorvidt covid-19 utbruddet også har påvirket pasientenes mulighet for å delta i terapi, og om dette også kan forklare noe av variasjonen i HSCL-25 og WHO-5 skåre. En respondent skriver eksempelvis *“(.) ikke fått fulgt opp behandling i psykisk helsevern fordi jeg er sykepleier og det har vært veldig manko på folk på jobb, som har ført til at jeg har måtte avlyse mange timer”*, hvilket indikerer at reduserte behandlingstilbud ikke utelukkende skyldes mangelfull oppfølging fra behandlingssenheterne, men også hvorvidt individet, grunnet pandemien, har mulighet for å engasjere seg i terapien. Ettersom enkelte respondenter også rapporterer om tilstrekkelig, eller tettere oppfølging fra behandlingssenheter, kunne det vært

interessant å undersøke hvorvidt opplevelser knyttet til psykisk helsetilbud og psykiatrisk oppfølging kan forklare noe av variansen i våre respondenters opplevde psykiske velvære, især for den kliniske undergruppen. Det kunne også være interessant å undersøke hvorvidt opplevelser knyttet til somatiske behandlingstilbud kan forklare noe av variansen i våre funn, ettersom våre kvalitative data eksempelvis indikerer at flere respondenter har opplevd redusert velvære som følge av avbrutt fysioterapi. En respondent oppgir eksempelvis *“Stengte hos fysioterapeut, som gjorde at jeg fikk en dårligere livskvalitet. Mere smerter, nedsatt funksjonsevne mm.”*, hvilket i særlig grad taler for at slike opplevelser kan være av betydning for grad av velvære. Ytterligere undersøkelse av nevnte opplevelser kunne dermed være aktuelt for å kunne forklare en større andel av variansen i våre resultater.

5.2.3.6 Andre mulige forklaringsvariabler

Utover variablene som blir diskutert i det ovenstående, kan også personlige karakteristikk som arbeidsstatus og sosioøkonomisk status være av betydning for psykisk velvære under covid-19. Flere forskergrupper konkluderer nemlig med at arbeidsledige og mennesker med redusert inntekt eller lavere sosioøkonomisk status opplever lavere grad av velvære under pandemien (Nes et al., 2020; Hoffart, Johnson & Ebrahimi, 2020; Chaix, Delamon, Guillemassé, Brougard & Bibault, 2020; Fisher et al., 2020; Guo et al., 2020; Essadek & Rabeyron, 2020; Bu et al., 2020; Mei et al., 2020). I den forbindelse er det tenkelig at disse variablene også vil kunne forklare noe av den resterende variansen i HSCL-25 skåre og WHO-5 skåre i våre analyser. Samtidig kan det være rimelig å anta at mennesker med somatiske sykdommer som øker risikoen for alvorlig sykdomsforløp, eller mennesker med nærstående som befinner seg i risikogruppen, vil rapportere om lavere grad av psykisk velvære under pandemien. Som tidligere nevnt, har vi dog ikke foretatt en kvantitativ analyse for å undersøke hvorvidt antakelsen understøttes, men våre kvalitative funn peker på at dette kan være tilfellet. Mens én respondent opplyser at han eller hun er *“bekymret for nær familie i risikogruppe”*, opplyser en annen at han eller hun *“Har lite kontakt med foreldrene mine siden de er i risikogruppen. De er redde for å treffes”*. En tredje respondent opplyser om at vedkommende selv *“er i risikogruppe og lever isolert. Savner venner og familie”*, hvilket kan tale for at det pandemien oppleves særlig

belastende for mennesker med forhøyet risiko for alvorlig sykdomsforløp eller mennesker med nærstående i risikogruppen. I den forbindelse kan det være rimelig å anta at kartlegging av hvorvidt respondentene selv er, eller kjenner noen som er, i risikogruppen for alvorlig sykdomsforløp, vil kunne tilrettelegge for forklaring av noe av variansen i HSCL-25 skåre og WHO-5 skåre. Dette blir dog opp til andre forskere å utforske.

5.3 Metodologiske aspekter ved oppgaven

I det følgende vil vi diskutere oppgavens metodologiske aspekter. Dette anses som hensiktsmessig ettersom det kan si noe om hvorvidt tverrsnittsundersøkelsens resultater er valide, reliable og generaliserbare. Grunnet oppgavens valgte form har vi blitt nødt til å foreta en rekke metodiske valg, og vi anser derfor metodologien som betydningsfull for våre resultater. I det følgende vil vi drøfte oppgavens metodologiske styrker og svakheter, da dette anses som hensiktsmessig for å kunne kartlegge hvorvidt resultatene er troverdige og pålitelige.

5.3.1 Utvalg og distribuering

I det følgende vil vi drøfte undersøkelsens utvalg og hvorvidt respondentene fremtrer som representative for den norske populasjonen. Vi vil i den sammenheng ta for oss hvorvidt resultatene våre kan anses som troverdige basert på utvalget vårt, og hvorvidt den valgte distribueringsplattformen er representativ nok for den norske populasjon.

5.3.1.1 Utvalg

Vår undersøkelse nådde ut til et relativt stort utvalg nordmenn, henholdsvis 2919 unike respondenter hvorav 2114 besvarelser ble inkludert i den kvantitative analysen. På bakgrunn av denne utvalgsstørrelsen kan det argumenteres for at vår studie innehar et tilstrekkelig antall deltakere, som øker validiteten og reliabiliteten til resultatene våre, og med dette troverdigheten til funnene våre (Coolican, 2014, p. 40). Vi har dog flere skjevheter i gruppefordelingene som kan påvirke undersøkelsens representativitet. Den største skjevfordelingen omhandler kjønn.

Menn er nemlig meget underrepresentert i vår undersøkelsen, ettersom det mannlige kjønn, som tidligere presisert, kun utgjør 14% av utvalget i de kvantitative analysene. Denne skjevfordelingen kan påvirke våre resultaters reliabilitet og hvorvidt vi kan postulere noe for hele befolkningen basert på utvalget vi har.

Selv om det er en stor differanse mellom menn og kvinner i undersøkelsen vår, er allikevel 295 menn inkludert, som taler for at utvalget fremdeles er stort nok til at vi kan trekke statistiske slutninger (Coolican, 2014, p. 205). Når det er sagt, vil utvalget av menn fremdeles ha større sjanse for utvalgsvariasjoner (sample variations) enn kvinner. Utvalgsvariasjon går ut på at utvalget inneholder ulike medlemmer fra populasjonen, og et utvalg kan for eksempel helt tilfeldigvis inneholde flere mennesker med psykiske plager enn mennesker uten. Dess større utvalgsstørrelse man har, dess mindre sannsynlig er det at dette problemet oppstår (Field, 2017, p. 62). Av denne grunn vil det være større sannsynlighet for fravikelser fra normalpopulasjonen for menn enn for kvinner i vår undersøkelse. Selv om vi allikevel har en tilstrekkelig utvalgsstørrelse for menn, har vi flere variabler med svaralternativer valgt av et fåtall respondenter. Dette er spesielt gjeldende i de grupperte variablene, og er noe vi vil ta for oss i et senere avsnitt om måleinstrumenter

5.3.1.2 Distribueringsprosessen

I det understående vil vi drøfte ulike aspekter ved distribueringsprosessen, herunder valg av distribueringsplattform og distribueringsperioden. Dette fordi vi vurderer det som hensiktsmessig å diskutere enkelte distribueringsvalg, ettersom disse muligens kan ha påvirket våre funn.

5.3.1.2.1 Facebook som distribusjonsplattform

Som beskrevet i vårt metodologiske avsnitt ble undersøkelsen distribuert på nettsiden Facebook. Den ble publisert på undertegnede profiler og delt av våre venner, samt delt på en rekke grupper og sider på Facebook (se vedlegg 5.2.). Vi har altså kun tatt i bruk én distribusjonsplattform, som kan reise spørsmålet om denne plattformen alene når ut til et representativt utvalg av den norske befolkningen, og om vi evner å

inkludere en stor nok andel fra den eldre generasjonen. Det er kun 6,4% (135) av respondentene våre som er 60 år eller eldre, og selv om vi grunnet vår store utvalgsstørrelse har et adekvat utvalg eldre, øker den lave prosenten sjansen for utvalgsvariasjoner. En kan derfor stille spørsmål ved hvorvidt det var tilstrekkelig å kun publisere undersøkelsen på Facebook. Tidligere nevnte studie av Ebrahimi og kollegaer poengterer dog at hele 85% av den norske populasjonen befinner seg på Facebook, en prosentandel som i seg selv argumenterer for at internettplattformen er relativt dekkende for den norske populasjonen (Ebrahimi, Hoffart & Johnson. 2021, p. 9). Facebook er også en god måte å nå ut til en stor gruppe mennesker på, uten å spørre hver enkelt person om å delta. Grunnet omstendighetene Norge nå befinner seg i, var det heller ikke hensiktsmessig å innhente deltakere fysisk, ettersom anbefalinger og restriksjoner tilsier at man skal unngå fysisk kontakt med andre så vidt det er mulig. For å kunne dekke de resterende 15% av Norges befolkning kunne vi, som Ebrahimi og kollegaer gjorde (Ebrahimi et al., 2020, p. 9), forsøkt å reklamere for undersøkelsen via nyhetssider, aviser, radio og TV, men ettersom dette er et studentprosjekt med ytterst få midler og en stram tidsramme, ble det vanskelig å bruke ytterligere ressurser på distribusjon.

Undersøkelsen ble, som tidligere beskrevet, delt på ulike grupper og sider på Facebook, men vi har ingen oversikt over hvor mange fra de ulike gruppene som besvarte undersøkelsen vår. Eksempelvis delte vi undersøkelsen på to grupper som omhandlet psykisk helse. Disse gruppene er relativt spesifiserte, som kan øke sjansen for at utvalget er av en spesifikk gruppe mennesker, eksempelvis mennesker med psykiske plager og/eller lidelser. Ut ifra våre demografiske data ser vi dog at utvalget inneholder 21,2% respondenter med psykiske diagnoser. Ifølge FHI stemmer dette ganske godt overens med hva prevalensen for psykiske lidelser i Norge er. FHI rapporterer om en livstidsprevalens på 50% for psykiske lidelser generelt, og at omtrent en tredjedel vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av et år (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009, p. 10). Vi forsøkte likevel i hovedsak å finne grupper som ikke hadde en slik spesifisering, eksempelvis grupper brukt som generelle «oppslagstavler». Vi publiserte også i grupper uten et spesifikt tema, men som eksempelvis var geografisk spesifisert, som «*hjelp til alt mulig - Østfold*». Det kan

allikevel være en mulighet for at respondenter som er medlem av ulike grupper skiller seg fra de som ikke er medlem, eller de som ikke aktivt bruker Facebook. Selv om vi fikk en tilfredsstillende utvalgsstørrelse, bør resultatene derfor tas med forbehold om at undersøkelsen kun er distribuert via Facebook.

5.3.1.2.2 Distribusjonstiden

Undersøkelsen ble, som tidligere nevnt, distribuert den 8. mars, og stengt av for respondenter den 7. april. Dette tilsvarer nesten en hel måned hvor respondenter kunne svare på undersøkelsen. Den 25. mars innførte den norske regjeringen strengere nasjonale tiltak enn det som hadde vært gjeldende fra 8. mars og frem til dette tidspunktet. Vi ble dermed nødt til å vurdere hvorvidt det var riktig å holde undersøkelsen åpen etter de nye nasjonale endringene, ettersom det var mulig at disse endringene hadde innvirkning på sinnsstemningen til respondentene som besvarte undersøkelsen. Etter drøfting med veileder ble det imidlertid bestemt at vi skulle la undersøkelse forbli åpen etter de nye tiltakene og restriksjonene. Dette for å styrke utvalget, ved å forhåpentligvis få en større fordeling av menn, som på gjeldende tidspunkt var på 13%, og en større fordeling av respondenter fra de ulike fylkene i Norge. Vi tok dermed et bevisst valg om å opprettholde distribueringen av undersøkelsen, selv om dette muligens åpnet for bias ved at respondentene som svarte på undersøkelsen etter 25. mars kunne ha andre tanker om restriksjoner og covid-19 enn de som svarte på undersøkelsen før de nye restriksjonene inntraff. Valget ble tatt med tanke på at fordelen med et større utvalg ville trumfe potensielle bias assosiert med innførelsen av nye tiltak. Ettersom vi økte antallet respondenter med over 1000 deltakere, vil vi argumentere for at dette var det riktige valget. Vi økte dog kun responsraten på menn med 1%, hvilket er lavere enn vi hadde håpet på. Deltakere i de ulike fylkene økte dog, og flere fylker som innen 25. mars hadde under 100 deltakere, økte til tall på over 100. Dette taler for at det var et godt valg å holde undersøkelsen åpen, for å øke representativiteten til undersøkelsen på tvers av fylker i Norge og for å øke utvalget generelt. Samtidig vil vi fremheve at vi mistet 135 deltakere da vi fjernet de som hadde valgt “annet” og “ønsker ikke å oppgi”, og at flere av de fjernede var bosatt i fylker med lav responsrate. Dersom vi ikke hadde

holdt undersøkelsen åpen ville vi muligens fått enda færre respondenter fra de aktuelle fylkene.

5.3.2 Design

I det understående vil vi drøfte de ulike designvalgene som ble foretatt; både frivillig deltakelse, selvrapportering, måleinstrumentet for symptomatologi og grupperingene av enkelte variabler. Vi vil diskutere de ulike fordelene og ulempene våre designmessige valg medfører, og poengtere hvilke endringer som kunne vært gjort for å bedre undersøkelsen.

5.3.2.1 Frivillig deltakelse og selvrapportering

Ettersom vi undersøker et betent tema – psykisk velvære – var det viktig for oss at respondentene deltok i undersøkelsen frivillig, at de kunne velge å droppe ut underveis og at anonymiteten til deltakerne ble overholdt. Frivillig deltakelse kan dog medføre en form for utvalgsbias (sampling bias), mer spesifikt selv-seleksjonsbias (self-selection bias). Dette er en form som bias som kan fremkomme når deltakelsen er frivillig, ettersom menneskene som velger å delta i undersøkelsen kan skille seg fra mennesker som ikke ønsker å delta (Coolican, 2014 p. 97). Dersom det foreligger selv-seleksjonsbias i våre data, svekkes funnenes generaliseringsevne og relevans (Braver & Bay, 1992, p. 938). Av etiske årsaker argumentert for tidligere i oppgaven, vil det dog være vanskelig å utføre en undersøkelse som ikke baseres på frivillighetsprinsippet. Dette blant annet fordi FEK stiller skarpe krav til at samtykket skal være frivillig og at forskningen skal utformes på en rettferdig måte (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). I den forbindelse vil vi argumentere for at risikoen for selv-seleksjonsbias, i denne sammenheng, er uunngåelig, ettersom overholdelsen av etiske prinsipper veier tyngre enn minimering av potensielle bias. Undersøkelsens resultater bør, i likhet med tilsvarende studier på feltet, derfor avleses med forbehold om at respondentene ikke nødvendigvis er representative for hele den norske populasjonen.

Videre kan vi også ha støtt på sosial ønskelighetsbias (social desirability), som omhandler at respondenter har en tendens til å svare det de tror forskerne er ute etter

(Coolican, 2014, p. 204). Denne formen for bias kan være spesielt gjeldende for vår studie, ettersom vi undersøker et fenomen som kan argumenteres for å være svartmalt av media og folk generelt. Tallrike nyhetsartikler beskriver de negative konsekvensene av pandemien, eksempelvis når det gjelder fysiske, økonomiske og psykososiale problemer (Folkehelseinstituttet, 2020; NAV, 2021; Nes et al., 2020). Selv om disse konsekvensene og negativiteten knyttet til pandemien er reell, kan dette bidra til at folk har en oppfatning av hvordan de tenker de bør svare innen de gjennomfører undersøkelsen. Det kan også hende flere tenker at de bør ha det dårligere under pandemien enn hvordan de egentlig har det, og at respondentene bærer oppfattelsen av at vi ønsker alarmerende resultater som peker på at covid-19 i høy grad influerer negativt på grad av velvære. Informasjonsteksten vi publiserte på Facebook-sidene kan muligens også bringe deltakerne i tanke om dette, ettersom teksten lyder som følger: «*HVORDAN HAR COVID-19 PANDEMIEN PÅVIRKET DEG? Etter et år med nedstengninger og restriksjoner, ønsker vi å undersøke hvorvidt den nye hverdagen har påvirket nordmenns psykiske helse. (..)*» (se vedlegg 5.1 for den fullstendige informasjonsteksten publisert på Facebook-sidene). Selv om vi ikke eksplisitt sier at vi ønsker å undersøke de negative konsekvensene av pandemien, kan det argumenteres for at vi legger det frem på en måte som kan tolkes i denne retningen. Informasjonsteksten var dog ment for å rette oppmerksomhet mot innlegget, og øke potensielle deltakers nysgjerrighet. I informasjonsteksten kunne vi dog fremdeles ha bemerket at vi er ute etter både positive og negative opplevelser. Selv om dette kommer frem i selve undersøkelsen, kan informasjonsteksten ha bidratt til at respondentene påbegynte undersøkelsen med en antakelse om at vi var ute etter å primært undersøke negative konsekvenser av pandemien, og dette kan følgelig anses som kritikkverdig.

En annen form for bias som også kan ha forekommet er *responsbias*. I følge Coolican er folk mer sannsynlig til å si seg enig med en fremlagt påstand, enn å være uenig med den, og det er derfor viktig å blande både positive og negative påstander om noe, slik at respondenten må være årvåken gjennom hele undersøkelsen (2014, p. 203). Ettersom vi valgte å bruke validerte skalaer, anså vi det som skadelig for skalaenes validitet å endre på strukturen og oppsettet av påstander. Skalaen for

prokrastinerende atferd har dog tre vendte påstander, og WHO-5 og HSCL-25 var oppstilt motsatt slik at «hele tiden» alternative på WHO-5 var det første svaralternativet, mens «svært ofte» var det siste svaralternativet på påstandene til HSCL-25 skalaen. På denne måten kan det argumenteres for at vi har blandet de positive og negative påstandene på en slik måte at vi har opprettholdt fokuset til deltakerne, og til beste evne unngått denne formen for bias.

Grunnet deltakernes anonymitet fikk vi heller ikke orientert dem om undersøkelsen personlig. Ettersom vi var opptatt av å fange interessen til deltakerne slik at de ville gjennomføre undersøkelsen, holdt vi informasjonsteksten i Facebook-postene og på førstesiden av undersøkelsen så kort som mulig. Dette medførte at vi utelot informasjon som ble vurdert som ikke-essensiell. Grunnet anonymiteten kunne vi heller ikke følge deltakerne gjennom undersøkelsen og svare på eventuelle spørsmål underveis. Dette kan ha påvirket respondentenes tolkning av undersøkelsen (Coolican, 2014, p. 204). Coolican postulerer eksempelvis at det kan være en god ide å snakke med deltakerne om at de ulike skalaene måler ulike aspekter og at det vil fremkomme positive og negative items i undersøkelsen (Coolican, 2014, p. 204). Dette problemet har dog vært vanskelig for oss å unngå, ettersom vi prioriterte anonymitet høyere. Grunnet begrensninger i forbindelse med tid og ressurser har dette også vært den mest hensiktsmessige fremgangsmåten for vår undersøkelse. Det vi imidlertid gjorde var å opplyse om mailadressen vår på undersøkelsens forside, og vi presiserte at deltakerne kunne kontakte oss dersom de hadde spørsmål til undersøkelsen. Ettersom undersøkelsen ble postet av oss på ulike Facebook-sider, hadde respondentene også mulighet til å kontakte oss gjennom våre Facebook-profiler. På denne måten var vi tilgjengelige for korrespondanse dersom respondentene selv følte de trengte å få avklaring på noe knyttet til undersøkelsen.

Til tross for at vi kan ha støtt på ulike utvalgsbias, vil vi allikevel argumentere for at utvalget vårt er representativt for den norske befolkningen. Resultatene fremviser en tilstrekkelig normalfordeling, som vi har undersøkt gjennom linearitet, normalitet, homoskedasitet og multilinærhet. Vi har også oppdaget enkelte outliers som kunne ha påvirket fordelingen, og eksempelvis, som presisert i ovenstående resultatavsnitt,

fjernet en person som svarte det samme alternativet på samtlige svaralternativer i undersøkelsen. Dersom vi derimot ikke hadde oppnådd en tilstrekkelig normalfordeling gjennom normalitetstestene, kunne vi likevel ha argumentert for at data var normalfordelt, grunnet sentralgrenseteoremet (Field, 2017, pp. 63f, 388; Jeong & Jung, 2016, p. 338). Normalfordelingen i seg selv tilsier også at folk ikke kun har hatt negative opplevelser i tankene, eller vært influert av at de tror de bør svare negativt under gjennomførelsen av undersøkelsen. Videre viser våre kvalitative funn eksplisitt at folk også kan erindre positive opplevelser under covid-19 pandemien, og at det er store forskjeller i hvordan de ulike respondentene har opplevd pandemien.

5.3.2.2 Måleinstrumenter

I undersøkelsen tok vi i bruk en rekke måleinstrumenter for å besvare forskningsspørsmålene våre. I det understående vil vi dykke ned i de ulike valgene vi tok når det kommer til mål av blant annet symptomatologi, velvære, prokrastinering og kartlegging av demografiske variabler. Vi vil argumentere for de valgene vi tok, og belyse eventuelle kritikkverdige valg som har blitt klart for oss i etterkant av undersøkelsens konstruksjon og distribusjon.

5.3.2.2.1 Mål av symptomatologi

For å måle grad av symptomatologi endte vi, som tidligere forklart, opp med å bruke den velkjente skalaen HSCL-25. Som nevnt i det metodologiske avsnittet, eksisterer HSCL-skalaen også i flere andre størrelser, og vi kunne ha valgt å bruke både kortere og lengre versjoner av skalaen. Under konstrueringen av undersøkelsen overveide vi lenge hvorvidt vi skulle ta i bruk en kortere versjon av skalaen, for å kutte ned på undersøkelsens lengde og for å unngå itemet som omhandler selvmordstanker. Påstanden om selvmordstanker vil vi komme nærmere inn på i den etiske diskusjonen.

Som beskrevet i vårt metodologiske avsnitt falt valget på HSCL-25 fordi denne versjonen også inkluderer flere items med somatiske symptomer og gir muligheten til en bredere kartlegging av symptombildet. Det gir også, som beskrevet i ovenstående

metodeavsnitt, anledning til å oppfange de som opplever somatiske symptomer, men få emosjonelle symptomer på depresjon og angst (Kerr & Kerr jr., 2001, p. 351f). Vi vurderte dog også en annen validert skala for å måle symptomatologi, nemlig DASS 21. Denne skalaen likner mye på HSCL-25 og måler også symptomer på depresjon, engstelighet og stress. Begge skalaene er kjente og validerte skalaer, men DASS-21 inneholder ikke den mye omdiskuterte påstanden om selvmordstanker (Osman et al., 2012, p. 1328). Vi vurderte derfor om vi skulle gå for denne skalaen i stedet. Da vi satte skalaene opp mot hverandre for å sammenligne de fant vi også ut at skalaene inneholdt mange av de samme påstandene, bare formulert på ulike måter. Det som allikevel gjorde at vi gikk for HSCL-25, til tross for selvmordspåstanden, var at vi i forkant av distribueringen av undersøkelsen ønsket å sammenligne våre svar med tidligere utførte undersøkelser av den norske befolkningens psykiske helsetilstand. Som tidligere nevnt har FHI publisert en studie av covid-19 pandemiens konsekvenser, der de anvender en versjon av HSCL-skalaen (Nes et al., 2020). Vi anså det derfor som lettere å sammenligne vår tverrsnittsundersøkelses resultater med FHI sine resultater dersom vi brukte en versjon av samme skala som FHI har gjort i sin studie.

Foruten om valget mellom ulike skalaer som måler symptomatologi vil vi også frembringe spørsmålet om hvorvidt vi har dekket symptombildet godt nok ved å anvende en skala som kun ser på depresjon- og engstelighetssymptomatologi. Som beskrevet i bakgrunnsavsnittet vårt kan det argumenteres for at covid-19 pandemien kan medføre en rekke psykopatologiske tilstander, ikke kun angst og depresjon. Spørsmålet er derfor hvorvidt det er dekkende nok å kun anvende HSCL-25 for å se på symptombildet til respondentene. Som forklart i vår avgrensning ble vi, grunnet begrensede midler og tidspress, nødt til å begrense oss til å kun undersøke enkelte temaer knyttet til psykologiske reaksjoner på covid-19. Ettersom vi ønsket å holde undersøkelsen så kort som mulig for å minske sjansen for frafall, falt valget på HSCL-25 og kartlegging av symptomer på depresjon og angst. Depresjon og angst er psykiske lidelser av høy forekomst, i tillegg til at de er komorbide lidelser (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 352; Alberdi & Møhl, 2017, p. 394ff) og lidelser flere studier av psykisk helse under covid-19 har fokusert på (Salari et al., 2020; Asmundson et

al., 2020; Wang, Kala & Jafar, 2020). Dette gjør det lettere for oss å sammenligne våre funn med andre studier. I vårt bakgrunnsavsnitt nevner vi også stressreaksjoner, tilpasningsforstyrrelser og PTSD som mulige konsekvenser av pandemien. Disse diagnostiske lidelsene angir symptomer på angst og depresjon, eksempelvis psykosomatiske tegn på angst, tristhet og følelse av håpløshet som diagnosekriterier (WHO, 2018), og oppfanger av ulike påstander i HSCL-25. Vi kunne ha valgt å inkludere en skala som kun ser på stress, men ettersom flere av disse symptomene også blir dekket av påstandene i HSCL-25, anså vi HSCL-25 som en adekvat skala til mål av symptomatologi.

5.3.2.2.2 Aspekter som ikke kartlegges i undersøkelsen

I tillegg til det generelle symptombildet til respondentene måler vi også grad av trivsel, funksjonsevne og prokrastinerings-tendens, som dekker over flere aspekter redegjort for i bakgrunnsavsnittet. Alle aspektene beskrevet i bakgrunnsavsnittet blir dog, som tidligere bemerket, ikke spurt direkte inn til, noe som kan anses som en begrensning ved vår studie. Vi vil dog argumentere for at vi som en kompensasjon allikevel, til en viss grad, har fått målt flere av disse aspektene gjennom den kvalitative dataen vi har innsamlet. I henhold til helseangst spør vi ikke direkte inn til dette, men mer generelt om bekymringer og nervøsitet. I vår kvalitative del gir vi dog mulighet for at deltakerne selv kan komme med bud på hva som har vært viktig og/eller vanskelig for dem, og her beskriver flere respondenter at de har såkalt «smittefrykt» ved at de har vært bekymret for enten egen eller andres helse, og påbegynt vaskeregimer og lignende som underligger symptomer på helseangst, eller hypokondri. Eksempelvis skriver en av respondentene «(..)Har også blitt helt bakteriefrik, må sprite alle matvarer hver gang jeg handler og skrubber henda mine etter jeg har vært ute så huden nesten detter av». Smittefrykt er et gjennomgående tema som kommer frem i flere av de kvalitative beskrivelsene, noe som kan brukes som argumentasjon for at vi til en viss grad avdekker helseangst som tema under pandemien med hjelp fra respondentenes egne beskrivelser.

Når det kommer til mestringsstrategier kunne vi, som tidligere nevnt, med fordel ha spurt mer inn til dette, ettersom en vesentlig del av bakgrunnsavsnittet beror på dette

emnet. Igjen ble vi nødt til å begrense oss, og i dialog med vår veileder besluttet vi å gå for kartleggingen av én spesifikk mestringsstrategi – prokrastinering. Dette ble besluttet ettersom vi anså prokrastinering som spesielt gjeldende i den hverdagen nordmenn per nå lever i, med hjemmeskole, hjemmekontor og en mulig mindre strukturert hverdag. Vi har dermed ikke undersøkt andre former for mestringsstrategier, og heller ikke fått kartlagt hvorvidt noen av respondentene anvender adaptive mestringsstrategier. Igjen kan vi dog benytte oss av de kvalitative dataene for å få innsyn i dette. Flere av deltakerne beskriver eksempelvis en overopptatthet av nyheter, økning av alkoholinntak, nedgang i fysisk aktivitet og tid brukt på å stelle seg selv i hverdagen. Dette er atferd som kan anses som uttrykk for maladaptive mestringsstrategier, herav både emosjonsrettede og problemrettede (Stanislavski, 2019, p. 8). På en annen side beskriver flere andre deltakere en positiv livsstilsendring, at de er flinke til å strukturere hverdagen og at de bruker mer tid på å dyrke sine nære relasjoner. Dette kan være eksempler på adaptive mestringsstrategier, og i den forbindelse kan det argumenteres for at de kvalitative spørsmålene fungerer som en kompensasjon for vårt fravalg av andre mestringsstrategiskalaer, og at de evner å oppfange andre former for mestringsstrategier som i liten grad oppfanges på andre måter. Vår innsamlede data indikerer dog at det ville vært relevant å se mer spesifikk på anvendelsen av andre mestringsstrategier, ettersom prokrastinering viste seg å være den sterkeste prediktoren for psykisk velvære.

I tillegg til det ovenstående har vi, som tidligere nevnt, heller ikke kartlagt ulike resiliensfaktorer. I vårt bakgrunnsavsnitt argumenterer vi for at resiliens kan fungere som en buffer mot stress og patologi, og i det ovenstående diskusjonsavsnittet blir det argumentert for at resiliens kan være et av aspektene som kan forklare variansen i resultatene våre. På bakgrunn av dette ville det vært meningsgivende å inkludere dette i undersøkelsen for å betrakte en eventuell sammenheng mellom høy grad av psykisk velvære og foreliggende resiliensfaktorer. I den sammenheng finnes det flere resiliensskalaer som hadde vært meningsgivende å inkludere, og vi kunne eksempelvis valgt én av skalaene som fremgår fra Windle og kollegaers review over ulike resiliensskalaer, ettersom forskerne presenterer hele 19 ulike skalaer (Windle,

Bennet, Noyes, 2011, p. 1). Vi valgte i stedet WHO-5 som mål for positive aspekter ved psykisk velvære. Denne skalaen detekter de som har høy grad av psykisk velvære, eller høyt trivselsnivå, og fungerer som en kartlegging av de som klarer seg bra gjennom pandemien. Det er også en hyppig anvendt skala med høy validitet, som styrker våre resultaters troverdighet (Topp et al., 2015, p. 173f.; Hajos et al., 2012, p. 67).

Det ville fremdeles ha vært interessant å se på hvorvidt grad av resiliens påvirker den norske befolkningen under covid-19, og om resiliensfaktorer kan forklare noe av variansen i våre funn. Dette kan imidlertid våre kvalitative besvarelser, som tidligere påpekt, delvis gjøre, uten at dette blir en systematisk kartlegging, som vi ville fått ved bruk av en kvantitativ skala. Mye av det som går igjen i den kvalitative dataen er sosiale relasjoner, og flere beskriver mer tid med familie og mulighet til å dyrke sine nære relasjoner som positive opplevelser knyttet til covid-19. Det kan argumenteres for at disse personene opplever høy grad av sosial støtte, noe som kan hjelpe med å beskytte mot negativiteten pandemien medbringer. Som vist i ovenstående bakgrunnsavsnitt er sosial støtte nemlig en sentral resiliensfaktor i forbindelse med stresshåndtering (Wu et al., 2013, p. 6). Flere beskriver dog implisitt at de mangler sosial støtte, ved at de har fått mindre tid med venner og familie og mangler det sosiale i hverdagen, eksempelvis «(..) *Mindre kontakt og det sosiale liv har mer eller mindre opphørt.*». Her kan man se en mulig forskjell mellom de som har resiliensfaktoren sosial støtte og de som mangler denne.

Andre beskriver at de har fått tid til å jobbe med seg selv, funnet ut hva de ønsker videre i livet og har ting å se frem til. Å kunne se fremover og å ha en mening i livet kan anses som en del av resiliensen som beskytter mot negative reaksjoner på pandemien (Wu et al., 2013, p. 6). Andre beskriver tap av fremtidshåp og følelse av håpløshet, eksempelvis «*Følelse av håpløshet og generelt negativ innstilling til alt. Utviklet en form for apati siste månedene der jeg er omtrent likegyldig til alt som skjer i livet, positivt som negativt.*». Eksempler som dette kan være tegn på at man mangler mening i livet, som kan virke skadende når man er utsatt for stress og andre reaksjoner på pandemien. Flere andre resiliensfaktorer kan også gjenkjennes i det

kvalitative, som humor, tro og spiritualisme (Wu et al., 2013, p, 7), men disse er ikke distinktive beskrivelser blant respondentene. Det kan allikevel argumenteres for at vi ser en form for beskrivelse av resiliens, og mangel på dette, gjennom de kvalitative beskrivelsene til respondentene våre. Dette kan, til en viss grad, fungere som en kompensasjon for en mer systematisk kartlegging av resiliens, selv om det hadde vært ønskelig med en validert skala som undersøkte dette kvantitativt for alle respondentene. Som bemerket i vår innledende avgrensning og det metodologiske avsnittet har vi dog blitt nødt til å utelukke enkelte elementer. Dette for å øke antallet respondenter som fullfører undersøkelsen, og grunnet oppgavens generelle kapasitet.

Den kvalitative dataen er altså behjelpelig med å dekke flere av de ulike komponentene vi bringer frem i bakgrunnsavsnittet vårt, men som vi ikke systematisk undersøker gjennom skalaene i undersøkelsen. Beskrivelsene til respondentene presiserer også mer eksplisitt hva deltakerne selv mener er viktig og har påvirket dem. I lys av dette kan det argumenteres for at vi avdekker symptombildet, og ulike aspekter av respondentenes liv på en tilstrekkelig måte, men at vi til fordel kunne ha anvendt flere skalaer på blant annet resiliensfaktorer og andre mestringsstrategier for å få et mer helhetlig bilde av respondentenes psykiske velvære.

5.3.2.2.3 Kartlegging av psykiske lidelser

Én av hypotesene våre omhandler antakelsen om at personer med psykiske diagnoser vil oppleve lavere psykisk velvære enn personer uten. Denne hypotesen støttes, men vi har, som tidligere presisert, ingen mulighet til å si noe om hvilke psykiske lidelser som medierer dette forholdet. Dette fordi vi i undersøkelsen kun spurte hvorvidt respondentene er diagnostisert med en psykisk lidelse, ikke hvilke psykiske lidelser det er snakk om. Dette kan anses som en kritikk av undersøkelsen vår, ettersom vi mister relevant informasjon hvor vi eksempelvis kunne ha sett på om spesifikke psykiske lidelser i høyere grad er assosiert med lavere eller høyere grad av psykisk velvære under covid-19 enn andre. Hensikten med å spørre inn til psykisk lidelse var dog kun å kartlegge hvor stor andel av utvalget som hørte til den kliniske populasjonen, for å kunne ta dette med i beregningen av symptomtrykk blant

respondentene. Interessen for hvilke psykiske lidelser som er knyttet til grad av velvære kom i etterkant av datainnsamlingen. Det ville her vært en fordel om vi hadde undersøkt ytterligere om dette var forsvarlig å spørre inn til innen distribuerings, ettersom det ville vært et interessant aspekt å inkludere i undersøkelsen.

Til tross for denne mangelen, kan vi likevel argumentere for at vi har fått noe innsikt i psykiske lidelser gjennom våre kvalitative resultater. Som poengtert i vårt ovenstående avsnitt om forekomst av psykiske plager i vår undersøkelse later det til at respondentene med sosial angst virker til å ha det noe bedre. Dette blir begrunnet med at personene slipper store folkemengder, mer hjemmeskole og hjemmekontor og at det er færre sosiale tilstelninger, eksempelvis *«(..)Det er også lettere å handle da det i perioder har vært større tidsrom hvor det ikke er så mange folk samtidig på butikken som tidligere. Det er også lettere å takke nei til besøk hvis man er i dårlig form psykisk fordi man kan begrunne det med corona isteden.»*. Svar som dette kan dog kun anses som en midlertidig bedring av symptomer, ettersom verden til slutt vil gå noenlunde tilbake til normalen, og de store folkemengdene og fysiske tilstelninger vil forekomme igjen. Allikevel relaterer dette funnet seg til vårt forskningsspørsmål, ettersom vi også ønsker å oppdage de som har høyere grad av psykisk velvære under pandemien.

Som påpekt i ovenstående diskusjonsavsnitt fremkommer det dog også besvarelser som indikerer at engstelighetsnivået har økt. Enkelte respondenter rapporterer eksempelvis om økning i sosial angst, selv om de fleste engstelighetsforverringer later til å være knyttet til helseangst. En stor andel av respondentene beskriver også depressive tilstander fylt med håpløshet og ensomhet. Et av eksemplene lyder som følger: *«Ensomhet og tap av sosiale omgivelser har gitt meg depresjonen tilbake, og jeg har tapt livsglede og følelsen av "mening" i livet.»*. Her ser man at respondenten beskriver både tap av resiliensfaktorene sosialt liv og mening i livet, i tillegg til tilbakefall av depresjon. Dette stemmer også med våre kvantitative resultater, der vi, som beskrevet over, ser et høyere gjennomsnitt av symptomer på depresjon enn på angst. Som vist i ovenstående har vi dog ikke funnet noe særlig konsistent mønster i

forbindelse med psykiske lidelsers innflytelse på grad av psykisk velvære, da dette varierer fra respondent til respondent. Det er derfor vanskelig å trekke slutninger vedrørende spesifikke psykiske lidelsers betydning for psykisk velvære under covid-19, men emnet er absolutt et aspekt verdt å undersøke.

5.3.2.2.4 Gruppering av demografiske variabler

Noen av svaralternativene i de demografiske variablene ble i etterkant av undersøkelsens distribusjon gruppert i to alternativer. Vi valgte å gruppere de primært for å kunne inkludere de i den hierarkiske multiple regresjonsanalysen, som krever data på binært- eller intervall-nivå (Coolican, 2014, p. 554). Dette valget kan dog også anses som hensiktsmessig ettersom vi hadde svært lave utvalgsstørrelser relatert til enkelte svaralternativer på de undersøkte variablene. Flere av fylkene i variabelen «bosted» hadde eksempelvis et utvalg på under 100, og i henhold til variabelen «bosituasjon» valgte kun 60 respondenter at de «bor med venner» og 63 at de «bor i kollektiv», sammenlignet med 893 som rapporterte at de «bor med familie». Videre ble det, i relasjon til variabelen «sivilstatus», kun rapportert om 73 skilte og 24 enker/enkemenn. Utvalgsstørrelser helt ned på 24 kan være kritisk både i henhold til normalfordeling og den statistiske *styrken* (power), som har noe å si for hvorvidt vi kan avgjøre om effekten vi finner er reell (Field, 2017, p. 72f). Selv om vi kunne ha valgt å gruppere disse variablene fra start, ønsket vi å se hvorvidt det var andre forskjeller innad i eksempelvis fylkene enn de vi predikterte, noe det også viste seg å være. Ved å gruppere variablene for den hierarkiske multiple regresjonsanalysen, og i etterkant kjøre en ANOVA og post hoc analyser på alle gruppene i variablene var det mulig for oss å både avgjøre hvorvidt variablene kunne forklare variansen i våre avhengige variabler, og se hvorvidt det var statistisk signifikante forskjeller innad i variablene, selv om noen av disse resultatene er diskuterbare grunnet utvalgsstørrelsen, som bemerket i ovenstående avsnitt.

5.3.2.2.5 Variabler som ikke er anvendt i analysen

I vårt avsnitt om metodiske valg presenterer vi “arbeidsstatus” som en av variablene vi ønsket å undersøke. Som det fremkommer i vårt resultatavsnitt, er dog denne variabelen ekskludert fra alle våre statistiske analyser. Dette valget ble foretatt

bevisst, grunnet uheldige metodiske beslutninger i forkant av datainnhenting. For å opptre inkluderende, ønsket vi å gi deltakerne muligheten til å velge flere svaralternativer, ettersom man eksempelvis både kan være student og ha en fast jobb. Grunnet de mange mulige svarkombinasjonene ble det dog for tidkrevende å inkludere denne variabelen i de statistiske analysene, ettersom vi hadde begrenset med tid og ressurser under prosjektet. Vi fikk også feedback fra én av respondentene om at svaralternativene ikke var representative nok for hele den norske befolkningen, ettersom vi eksempelvis ikke hadde inkludert et alternativ om dagpenger. I tillegg ble ikke alternativet “ønsker ikke å oppgi” lagt til blant svaralternativene til denne variabelen, noe som kan anses som kritikkverdig, ettersom dette alternativet var ment for å gi deltakerne mulighet til å delta i undersøkelsen selv om de ikke ønsket å oppgi demografisk informasjon. Det er dermed tydelig at vi burde ha vært mer nøye med hva vi inkluderte som svaralternativer, og forutsett hvordan vi kom til å bruke variablene. Som følge av ovenstående bemerkninger, valgte vi å fjerne variabelen “arbeidsstatus” fra analysen. Dette kan anses som en svakhet, ettersom arbeidsstatus, som vist i ovenstående diskusjonsavsnitt, muligens kunne forklare noe av variansen i våre resultater.

I tillegg til mangel på anvendelse av variabelen arbeidsstatus, har vi ikke brukt informasjonen vi innhentet vedrørende somatiske sykdommer til å vurdere hvorvidt de som plasseres i risikogruppen opplever lavere grad av psykologisk velvære enn de utenfor risikogruppen. Dette kan anses som kritikkverdig, ettersom vi innhentet denne informasjonen nettopp for å kunne vurdere dette aspektet, men arbeidet ble fravalgt grunnet tidspress og oppgavens kapasitet. Ettersom respondentene kvalitativt skrev ned sine svar om fysisk sykdom, i stedet for å huke av et svaralternativ, ble arbeidet med å kartlegge risikogrupper for stor. Det vi med fordel kunne ha gjort var å liste opp en rekke sykdommer plassert under risikogruppen og spurt hvorvidt deltakerne er diagnostisert med en av disse diagnosene. Dette er følgelig noe fremtidige forskere med fordel kan undersøke.

5.3.3 Etiske ettertanker

Innen distribusjonen av undersøkelsen vår overveide vi, som beskrevet i det metodologiske avsnittet, en rekke etiske dilemmaer. Vi anser det derfor som relevant å gjennomgå noen av de etiske drøftelsene vi støtte på i etterkant av undersøkelsens distribusjon, som en forlengelse av de etiske dilemmaene vi grep an under konstruksjonen av undersøkelsen.

5.3.3.1 Undersøkelsens innvirkning på respondentene

En stor del av våre etiske dilemmaer innledningsvis omhandlet den sensitive informasjonen vi etterspør, herunder tilstedeværende psykiske- og fysiske lidelser samt symptomer på angst, depresjon og livskvalitet generelt. Vi var spesielt nervøse for det mye omtalte utsagnet «har tanker om å ta ditt eget liv», ettersom vi ikke hadde mulighet til å undersøke sinnsstemningen til respondentene etter endt undersøkelse. I de kvalitative svarene kommer det også frem at flere av respondentene beskriver en økning i selvmordstanker, enkelte rapporterer om venner som har begått selvmord og én av respondentene beskriver forsøk på å ta sitt eget liv. Dette, i tillegg til en svært høy gjennomsnittsskår på depresjonsdelen av HSCL-25, legger til grunn for en alvorlig bekymring for den norske befolkningens liv og helse. Vi har derfor også vært bekymret for at vår undersøkelse kan ha virket utløsende for de individene som allerede sliter med tanker og/eller forsøk på å ta sitt eget liv. Som beskrevet i det metodiske etikkavsnittet tar vi forskeransvaret på alvor, og har forsøkt til beste evne å ikke la undersøkelsen medføre respondentene noe form for skade. Selv om vi innledende advarer om at noen av spørsmålene i undersøkelsen kan være vanskelige å svare på, og deltakelsen er frivillig, føler vi oss fremdeles ansvarlige for eventuelle følger besvarelsen kan ha for respondentenes velvære. Det var derfor betryggende for oss å få en bekreftelse fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk om at undersøkelsen ikke behøvde godkjenning, ettersom den med anonymitetspremisset lå utenfor helseforskningsloven (Regional Etisk Komite, personlig kommunikasjon, 12. mars 2021).

Selv om det juridiske var avklart, følte vi fremdeles på ansvaret for undersøkelsens respondenter. Det var derfor betryggende å se at FHI, i etterkant av vår undersøkelses

distribusjon, publiserte den tidligere nevnte studentundersøkelsen (SHoT) der de bruker skalaen HSCL-5 som blant annet inneholder samme påstand om selvmordstanker som HSCL-25 gjør. De spør i tillegg mer spesifikt inn til selvskading og selvmordsforsøk og spør dermed inn til ytterligere sensitiv informasjon enn vi gjør i vår undersøkelse (Sivertsen, 2021, p. 41). FHI sin studie er også anonym og de henviser respondentene til Helsenorge sin nettside med kontaktinformasjon (Sivertsen, 2021), slik som vi gjorde i vår undersøkelse. Selv om det er betryggende for oss at andre studier spør inn til de samme, og mer utdypende spørsmål uten noe form for oppfølging av respondentene, stiller vi oss fremdeles undrende til hvorvidt undersøkelsen vår kan ha virket utløsende for enkelte deltakere. Et review av Dazzi og kollegaer kommer dog med evidens for at det ikke er skadende å spørre inn til selvmordstanker og andre relaterte temaer. De anslår, ut fra 13 studier som undersøker konsekvensene av slike spørsmål, at å spørre inn til selvmordsrelaterte temaer faktisk kan bidra med å forhindre tanker og atferd relatert til selvmord (Dazzi, Gribble, Wessley & Fear, 2014, p. 1). Dette taler for at det var forsvarlig å inkludere påstanden om selvmordstanker. Inkluderingen av denne påstanden, samt de andre påstandene rundt symptomatologi og psykisk velvære påpeker også, gjennom de fremviste resultatene, viktigheten av å fremme psykisk helse under covid-19, noe vi vil komme tilbake til under avsnittet om undersøkelsens relevans.

5.3.3.2 Deltakere under 18 år

Et bevisst valg innen distribuering av undersøkelsen var å sette aldersgrensen for deltakelse til 18 år og oppover. Dette hovedsakelig fordi det kreves godkjennelse av foreldre eller verge for å kunne inkludere mindreårige personer i en undersøkelse. Etter innsamling av data la vi umiddelbart merke til at det var enkelte deltakere som hadde besvart undersøkelsen selv om de var under 18 år. Dette kan anses som en kritikk av undersøkelsens strukturering, men er allikevel et uunngåelig problem. Selv om vi kunne ha sperret av slik at man ikke kunne svare om man var under 18 år, er det ikke sikkert dette hadde løst problemet. Vi kunne fremdeles ikke visst om noen under 18 år bare valgte et annet årstall, og hadde dette blitt gjort ville vi ikke hatt muligheten for å screene vekk de som faktisk var under 18 år. Ettersom vi også ikke

har hatt direkte kontakt med hver enkelt respondent har det vært vanskelig å kunne kontrollere for dette.

5.3.3.3 Svaralternativer i de demografiske spørsmålene

Som beskrevet over ble vi nødt til å gruppere enkelte demografiske variabler, og fjerne de respondentene som hadde valgt «annet» og «ønsker ikke å oppgi» som svaralternativer. Ettersom det ville vært vanskelig å undersøke hvilke faktorer som indikerer grad av psykisk velvære hos respondenter med disse svarene, ble dette ansett som den beste måten å løse problemet på. Dette informerte vi dog ikke deltakerne om innen de gjennomførte undersøkelsen, utelukkende fordi vi ikke var klar over dette dilemmaet da vi utformet undersøkelsen, og ønsket med svaralternativet å fremvise respekt for at deltakerne kan ha andre svar enn de vi har opplistet, eller ikke ønsker å svare på enkelte spørsmål. Sett fra et etisk og metodisk ståsted kan dette anses som kritikkverdig, ved at vi filtrerer vekk de respondentene som ikke passer med det vi ønsker å undersøke, uten å informere deltakerne om dette. Vi anser dette som spesielt kritikkverdig ettersom deltakerne, uavhengig av svarvalg, har satt av tid for å hjelpe oss med undersøkelsen vår. Når det er sagt betyr ikke dette at svarene fra disse deltakerne ikke har blitt brukt i analysen. Alle respondentene ble som nevnt inkludert i den kvalitative analysen, hvor vi har fått stort utbytte av respondentenes beskrivelser av egne opplevelser under pandemien. Det er allikevel beklagelig at flere av respondentene ikke ble inkludert i den kvantitative analysen. Selv om dette er uheldig for vår nåværende undersøkelse, tar vi det med oss som erfaring og læring videre.

5.4 Relevans og implikasjoner for videre forskning

Som beskrevet tidligere i oppgaven har vi tatt for oss et samfunnsrelatert og stadig pågående problem, som påvirker både Norges befolkning og resten av verden. Vi vil i de følgende avsnittene argumentere for hvorfor vår undersøkelse er relevant, hva den bidrar med og hvilke implikasjoner den har for videre forskning på emnet.

5.4.1 Relevans

Som beskrevet i det ovenstående viser våre resultater bekymringsverdige tilstander i den norske befolkningen under covid-19 pandemien. At hele 60% av våre respondenter skårer over terskelverdi for psykologiske plager vedrørende angst og depresjon er alarmerende, og vi kan argumentere for at disse resultatene får frem viktigheten av å rette søkelyset mer mot de psykiske konsekvensene av pandemien. Selv om tallene på smitte og dødsfall verden over er både skrekkelige og bekymringsverdige, peker vår undersøkelse på viktigheten av å også få frem de psykologiske konsekvensene pandemien medbringer. Den siste tiden har dette skiftet kommet, spesielt i media og i nyhetsbildet, ettersom man nå begynner å se bekymringsverdige økninger i rapporter om psykisk helse, samt en økning i bruk av psykiske helsetilbud og hjelpetelefoner (Nes et al., 2020; Khorami, 2021). Vår studie er med på å avdekke disse tallene, noe vi håper kan være behjelpelig med å rette fokuset mot de som sliter psykisk, og ikke bare de som blir rammet av de somatiske konsekvensene av viruset. Flere nyhetskilder har også i det siste blant annet fokuset på den gruppen mennesker som fikk sine forløp i helsetjenesten kuttet grunnet mangel på ressurser under pandemien (Berg, Norman, Rasmussen, 2021). For flere av disse individene har konsekvensene av mangel på hjelp vært fatale, der flere har valgt å ende livet sitt (Berg, Norman, Rasmussen, 2021). I en tid der Norge uforventet ble utsatt for en verdensomfattende pandemi er det forståelsesfullt at alle instanser ble rettet mot å opprettholde beredskapen på sykehus og forhindre død. Det er imidlertid også viktig å bemerke seg de som sliter med psykiske plager, og at disse plagene også kan ha fatale konsekvenser. Som nevnt i det ovenstående stiller vi spørsmålet om vi i kjølvannet av covid-19 pandemien vil bli møtt med en psykisk epidemi.

Det later til at andre har samme antakelser, for i mars 2021 startet regjeringen opp en ekstern ekspertgruppe som skulle innhente kunnskap om de konsekvensene koronapandemien har hatt for folks livskvalitet, psykiske helse og bruk av rusmidler (Regjeringen, 30.04.2021). I ekspertgruppens rapport fremkommer det at det forventes en økt pågang i benyttelse av helseapparat fra folk som strever med konsekvenser og ettervirkninger av pandemien. Gruppen legger frem hele 31 tiltak

av forskjellige former som både er rettet mot individer, grupper, tjenestetilbud og den psykiske folkehelse. Det ekspertgruppen imidlertid påpeker er at en vellykket gjennomføring av disse tiltakene forutsetter at økonomiske og organisatoriske ressurser blir prioritert (Regjeringen, 2021). Som følge av dette håper vi at vår studie kan bidra med økt innsikt i hvor viktig det er å få satt av ressurser til disse tiltakene, og at den kan bidra som pressmiddel for å få gjennomslag på disse ressursene. På bakgrunn av våre funn, og hva vi anser som en begynnelse på et skifte i fokusområde, argumenterer vi for at vår studie er av høy relevans i den aktuelle debatten om psykisk velvære under covid-19 pandemien, og vi håper den kan bidra med å få rettet ressurser mot å hjelpe de som både nå, og fremover, vil slite med ettervirkningene av koronapandemien.

5.4.2 Implikasjoner for videre forskning

Som beskrevet i det ovenstående har vi ikke hatt mulighet til å undersøke alle aspekter av nordmenns psykiske velvære under covid-19 pandemien, og vi erkjenner også enkelte mangler og kritikkverdige punkter ved vår undersøkelse. Vi har derfor flere implikasjoner og bud på videre forskning som kan fungere som en supplering til vår studie og våre funn. Vi har tidligere poengtert at det hadde vært ønskelig å undersøke betydningen av spesifikke psykiske lidelse for psykisk velvære under covid-19. Dette kunne ha bidratt til en mer utdypende analyse av psykisk velvære blant den kliniske befolkningen i Norge under koronapandemien. Videre påpeker vi at vi mangler å undersøke resiliensfaktorer og andre former for mestringsstrategier, og vurdere sammenhengen mellom dette og grad av psykisk velvære under covid-19. Selv om vi argumenterer for at vi til dels inkluderer dette gjennom våre kvalitative resultater, hadde det vært ønskelig med en mer systematisk innhenting av denne informasjonen gjennom kvantitativt skalerte svar. Dette kunne vært interessant å få kartlagt, for å sammenligne hvilke strategier og resiliensfaktorer som virker å fungere, og ikke fungere, under en pandemi, samt undersøke hvordan nordmenn bedre kan takle slike situasjoner i fremtiden. Vi vil også argumentere for viktigheten av å undersøke og fokusere på de variablene som, i våre resultater, viser inkonklusive

og usikre svar, eksempelvis sivilstatus og bosted, og variablene arbeidsstatus og somatiske risikofaktorer som vi i vår studie ikke hadde kapasitet til å undersøke.

Videre har vår studie et overtall av kvinner, og det hadde vært fordelaktig å forsøke å få et mer fordelt utvalg av kvinner og menn. På bakgrunn av dette har vi også et ønske om at andre forskningsgrupper kan replikere vår studie, eller utføre liknende studier. Ettersom covid-19 pandemien er en livssituasjon som kun har pågått i rundt ett år, anser vi det som nødvendig å utføre ytterligere studier på emnet, for å samle opp evidens. Selv om vår studie har et tilstrekkelig utvalg, har vi bemerket flere begrensninger som også kan påvirke våre resultaters troverdighet. Til tross for at vi har begrunnelse for valgene vi foretok i relasjon til disse problematikkene, er det ønskelig at flere lignende studier kommer på banen for å enten støtte våre resultater, eller se på hvorvidt de stemmer overens med hva andre studier finner, eksempelvis gjennom systematiske reviews. Det er også ønskelig med replikasjoner av studien eller lignende utførelser for å videre øke bemerkningen av viktigheten med fokus på psykisk velvære under pandemien. Med flere studier på emnet, blir evidensen for resultatene man finner større. Dette vil kunne hjelpe med å presse på for viktigheten av å sette av penger og ressurser for å endre den bekymringsverdige trenden av lavt psykisk velvære i den norske befolkningen på nåværende tidspunkt. Vi vil også argumentere for fordelene av å gjennomføre longitudinelle studier, for å kunne se hvorvidt de belyste tendensene vedvarer etter pandemiens opphør. Som bemerket ovenfor har psykiske ettervirkninger av virus som ligner covid-19 vist seg å vedvare etter virusets avtakelse (Lee et al., 2007, p. 237). Mer spesifikt rettet mot situasjonen i Norge ville det også vært interessant å se på hvorvidt det forekommer langsiktige endringer i psykisk velvære, og om eventuelle endringer fremkommer i takt med svingningene i restriksjoner og smitteverntiltak.

Foruten om replikasjoner av studien, kan det være interessant å sammenligne våre resultater med studier fra andre land. Wang og kollegaer og Salari og kollegaer poengterer, som nevnt i vårt bakgrunnsavsnitt, at prevalensen av angst og depresjon under pandemien, i flere land, er på over 30% (Wang, Kala & Jafar, p. 17; Salari et al., 2020, p. 1). Begge disse forskningsgjennomgangene er dog publisert i 2020, og

det ville følgelig vært interessant å undersøke hvorvidt prevalensen er den samme på tvers av land og på et senere tidspunkt i pandemiens forløp. Som bemerket i vårt bakgrunnsavsnitt og den nylige publiserte rapporten til regjeringens ekspertgruppe, er Norge et resilient samfunn, med et statlig støttesystem og flere ressurser i både myndighetene, hjelpeapparatet og gjennom frivillig innsats (Geirdal et al., 2021, p. 6; Regjeringen, 2021, p. 5). Regjeringens ekspertgruppe påpeker at Norge utgjør et godt fungerende samfunn, der innbyggerne har tillit til disse ressursene, og selv om mange har slitt og ikke har fått hjelp, har også hjelpeapparatet og frivillige lavterskeltilbud vært en uvurderlig støtte for mange (Regjeringen, 2021, p. 5). Dette påpekes også i våre kvalitative besvarelser, der flere prisgir helsesektoren for den hjelpen de har fått, eksempelvis «*Fikk god oppfølging fra fastlege og psykiater gjennom telefon. Det var psykisk førstehjelp på sitt beste*». Det vil derfor være interessant å sammenligne resultatene på psykisk velvære blant nordmenn med resultater fra andre land, både de som har liknende samfunnsstruktur, de som skiller seg fra vårt samfunn, samt de landene som har blitt truffet hardere av pandemien med høyere smitte- og dødstall. Det ville altså vært interessant å undersøke hvorvidt pandemien har påvirket menneskers psykiske velvære i andre land på samme måte som den har påvirket nordmenn.

6. Konklusjon

Nærværende undersøkelse ble utformet som en tverrsnittundersøkelse med den hensikt å kartlegge nordmenns grad av psykisk velvære ett år inn i pandemien. Undersøkelsen, som bestod av skalaer til mål av både symptomatologiske aspekter så vel som trivsel og livstilfredshet, ble distribuert den 8. mars 2021 og lukket for besvarelse den 7. april 2021. I løpet av dette tidsrommet hadde undersøkelsen nådd ut til 2919 respondenter, hvorav 2249 ble inkludert i våre kvalitative analyser mens 2114 unike ble inkludert i oppgavens kvantitative analyseringer. Utvalget, som besto av respondenter med bostedsadresser på tvers av Norges fylker, antas derfor å være representative for den norske befolkningen, og resultatene fra undersøkelsen antas følgelig å være egnet til å besvare oppgavens overordnede forskningsspørsmål, hvilket lyder som følger;

“Hvordan er nordmenns psykiske velvære ett år inn i covid-19 pandemien, og hvilke personlige karakteristikk er forbundet med lav og høy grad av psykisk velvære under pandemien?”

Som nevnt innledningsvis, hadde undersøkelsen til formål å belyse eventuell utvikling og mulige psykiske effekter av pandemien som kommer til uttrykk ett år etter covid-19s utbredelse, noe foregående studier i mindre grad har hatt mulighet til. Våre resultater peker på en alarmerende økning i psykiske plager og redusert trivselsnivå, sammenlignet med tilsvarende studier utført før pandemiens utbredelse eller tidligere i covid-19 pandemiens utviklingsforløp (Nes et al., 2020; Nes et al., 2019; Ebrahimi, Hoffart & Johnson, 2021). Det ses i særlig grad en økning i depressiv symptomatologi, selv om forekomsten av engstelighetsproblematikker også virker å ha økt betydelig under pandemien.

Som det fremgår fra ovenstående forskningsspørsmål, ønsket vi også å kartlegge personlige variabler av betydning for opplevd psykisk velvære under covid-19. Resultatene fra våre hierarkiske multiple regresjonsanalyser peker på at norske kvinner, nordmenn i yngre aldersgrupper, enslige nordmenn, nordmenn med

foreliggende somatisk- og/eller psykisk sykdom og nordmenn som i høy grad benytter seg av prokrastinering som mestringsstrategi fremviser signifikant flere psykiske plager og signifikant lavere trivselsnivå enn nordmenn som ikke besitter nevnte karakteristikk. Motsetningsvis finner vi at norske menn, nordmenn i eldre aldersgrupper, nordmenn som inngår i partnerforhold, nordmenn uten somatisk- og/eller psykisk sykdom og nordmenn som i mindre grad benytter seg av prokrastinering som mestringsstrategi rapporterer om mindre psykiske plager og høyere trivselsnivå under covid-19. Samtidig peker våre analyser på at bosted er av signifikant betydning, især for trivselsnivå, selv om dette er i meget liten grad. I den sammenheng virker respondenter fra fylket Vestfold og Telemark å fremvise flest psykiske plager og lavest trivselsnivå under pandemien.

Våre resultater indikerer at nordmenn i høy grad påvirkes av covid-19 og pandemiens tilhørende smitteverntiltak, og at enkelte subgrupper i særlig grad virker å rammes av pandemiens psykiske konsekvenser. I ovenstående diskusjonsavsnitt har vi belyst mulige forklaringer på de observerte resultatene, og diskutert hvorvidt det vil være mulig å ha tiltro til våre funn. Ettersom kvinner er overrepresentert i undersøkelsen vår, og vi utelukkende distribuerte undersøkelsen på distribueringsplattformen Facebook, er det tenkelig at resultatene kan være preget av noe bias. Resultatene bør følgelig avleses med forbehold om dette, og andre forskere kan med fordel ta sikte på å anvende andre distribusjonsplattformer og undersøke norske menns mentale helsetilstand under pandemien eller utvalgsgupper med en mere jevn fordeling av kvinner og menn. Samtidig kan emnet med fordel utforskes fra andre vinkler, eksempelvis gjennom undersøkelse av andre symptomatologisk uttrykksformer enn depresjon og angst. Våre kvalitative funn peker nemlig på at andre psykopatologiske tilstander – eksempelvis ensomhet, helseangst og stress – også er fremtredende under pandemien, og ytterligere utforskning av nevnte psykopatologiske uttrykk kan følgelig anses som relevant. Når dette er sagt, vil vi argumentere for at vår studie evner å belyse mulige psykiske konsekvenser av den pågående unntakssituasjonen Norge befinner seg i, og at vi bidrar til å rette lys mot behovet for ytterligere fokus på pandemiens psykiske følger og nødvendigheten av innførelse av tiltak som kan begrense pandemiens psykiske konsekvenser.

7. Refereanseliste

- Agha, S. (2021). Mental well-being and association of the four factors coping structure model: A perspective of people living in lockdown during COVID-19. *Ethics, Medicine and Public Health*, 16, 100605
- Alberdi, F., & Möhl, B. (2017). 16. Angsttilstande. In: Simonsen, E. & Möhl, B. (2017) *Grundbog i psykiatri* (2. utg.). Bosnia & Harzegovina: Hans Reitzels Forlag. (pp. 221-232).
- Andersen, M., H., & Boolsen, M., W. (2015). 1. Hypotesetest. I Hviid Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K., & Nedergaard, P. *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. udgave.). Hans Reitzel.
- Andersen, H. & Koch, L. (2015). 6. Hermenutik og fænomenologi. I Hviid Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K., & Nedergaard, P. *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. udgave.). Hans Reitzel.
- Arifiana, I. Y., Rahmawati, H., Hanurawan, F., & Eva, N. (2020). Stop Academic Procrastination During Covid 19: Academic Procrastination Reduces Subjective Well-Being. *KnE Social Sciences*, 312-325.
- Amrhein, V., Greenland, S., & McShane, B. (2019). Scientists rise up against statistical significance. *Nature* 567, 305-307.
- Asmundson, G. J., Abramowitz, J. S., Richter, A. A., & Whedon, M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current psychiatry reports*, 12(4), 306-312.
- Asmundson, G. J., Paluszek, M. M., Landry, C. A., Rachor, G. S., McKay, D., & Taylor, S. (2020). Do pre-existing anxiety-related and mood disorders

differentially impact COVID-19 stress responses and coping? *Journal of anxiety disorders*, 74, 102271.

Bailey, T. C., Eng, W., Frisch, M. B., & Snyder, C. R. (2007). Hope and optimism as related to life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 168-175.

Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., ... & Gur, R. E. (2020). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational psychiatry*, 10(1), 1-8.

Bech, P. (2012). Subjective positive well-being. *World Psychiatry*, 11(2), 105.

Berg, R., Norman, M., G., & Rasmussen, E. (2021, 09. januar). De som måtte ut. *Verdens Gang*. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/Ga0nqm/de-som-maatte-ut>

Bettinsoli, M. L., Di Riso, D., Napier, J. L., Moretti, L., Bettinsoli, P., Delmedico, M., Piazzolla, A., & Moretti, B. (2020). Mental Health Conditions of Italian Healthcare Professionals during the COVID-19 Disease Outbreak. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 1054-1073.

Botnmark, D. B., Kvalnes, S., & Svartdal, F. (2014). Prokrastinering – hvorfor studenter utsetter ting, og hvordan utsettelse påvirker velvære og helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(8), 616-623.

Brailovskaia, J., & Margraf, J. (2021). The relationship between burden caused by coronavirus (Covid-19), addictive social media use, sense of control and anxiety. *Computers in Human Behavior*, 119, 106720.

- Braver, S. L., & Bay, R. C. (1992). Assessing and compensating for self-selection bias (non-representativeness) of the family reasearch sample. *Journal of Marrige and the Family*, 54, 925-939
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.
- Browning, M., Larson, L., Sharaievska, I., Rigolon, A., McAnirlin, O., Mullenbach, L., Cloutier, S., Vu, T., Thomsen, J., Reigner, N., Metcalf, E., D'Antonio, A., Helbich, M., Bratman, G., & Alvarez, H. (2021). Psychological impacts from COVID-19 among university students: Risk factors across seven states in the United States. *PloS One*, 16(1), e0245327–e0245327.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245327>
- Bruusgaard, Dag: *symptomatologi* i *Store medisinske leksikon* på snl.no. Hentet 14. mai 2021 fra <https://sml.snl.no/symptomatologi>
- Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health*, 186, 31-34.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934.
- Chaix, B., Delamon, G., Guillemassé, A., Brouard, B., & Bibault, J. E. (2020). Psychological distress during the COVID-19 pandemic in France: a national assessment of at-risk populations. *General Psychiatry*, 33(6).

- Chau, S., Wong, O., Ramakrishnan, R., Chan, S., Wong, E., Li, P., Raymont, V., Elliot, K., Rathod, S., Delanerolle, G., & Phiri, P. (2021). History for some or lesson for all? A systematic review and meta-analysis on the immediate and long-term mental health impact of the 2002-2003 Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) outbreak. *BMC Public Health*, 21(1), 670–670. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10701-3>
- Clark, S. C. (2000). Work/family border theory: A new theory of work/family balance. *Human relations*, 53(6), 747-770.
- Conversano, C., Di Giuseppe, M., Miccoli, M., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Orrù, G. (2020). Mindfulness, age and gender as protective factors against psychological distress during Covid-19 pandemic. *Frontiers in psychology*, 11, 1900.
- Coolican, H. (2014). 1 Psychology, science and research, 2 Measuring people - variables, samples and the qualitative critique, 3 Experiments and experimental designs in psychology, 4 Validity in psychological research, 7 Interview methods - asking people direct questions, 8 Psychological tests and measurement scales, 9 Comparison studies - cross-sectional, longitudinal and cross-cultural studies, 13 Statistics - organising the data, 19 Correlation and regression, 20 Multi-level analysis - differences between more than two conditions (ANOVA). In *Research methods and statistics in psychology* (6. ed.). Psychology Press. London and New York.
- Covid-19 forskriften. (2020). Forskrift om smitteverntiltak mv. ved koronautbruddet (FOR-2020-03-27-470). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2020-03-27-470>
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44(16), 3361-3363.

de Lima, C., Cândido, E., da Silva, J., Albuquerque, L., Soares, L., do Nascimento, M., de Oliveira, S., & Neto, M. (2020). Effects of quarantine on mental health of populations affected by Covid-19. *Journal of Affective Disorders*, 275, 253–254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.063>

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10. Februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

Ebrahimi, O., Hoffart, A., & Johnson, S. (2021). Physical Distancing and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Factors Associated With Psychological Symptoms and Adherence to Pandemic Mitigation Strategies. *Clinical Psychological Science*, 216770262199454–. <https://doi.org/10.1177/2167702621994545>

Every-Palmer, S., Jenkins, M., Gendall, P., Hoek, J., Beaglehole, B., Bell, C., Williman, J., Rapsey, C., & Stanley, J. (2020). Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *PloS One*, 15(11), e0241658–e0241658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241658>

Essadek, A., & Rabeyron, T. (2020). Mental health of French students during the Covid-19 pandemic. *Journal of affective disorders*, 277, 392-393

Feilberg, C. (2014). 4. Begrebssætning af feltet og forudantagelser. I Feilberg, C. (2015). *Dannelsen af en psykologisk og videnskabelig habitus hos psykologistuderende*. Academic Books. 72-278.

Fellesorganisasjonen. (u.å.). *Norge etter Korona*. Hentet 20. Mai 2021 fra: <https://www.fo.no/uttalelser-fra-landsstyret/norge-etter-korona-article7790-1325.html>

- Ferrari, J. R. (1994). Dysfunctional procrastination and its relationship with self-esteem, interpersonal dependency, and self-defeating behaviors. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 673-679.
- Field, A. (2017). Chapter 2: The spine of statistics (pp.47-94), Chapter 8: Correlation (pp. 333-368), Chapter 9: The linear model (regression) (pp. 369-436), Chapter 12: GLM 1: Comparing several independent means (pp. 519-572). In: *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Sage.
- Fisher, J., Tran, T., Hammarberg, K., Sastry, J., Nguyen, H., Rowe, H., Popplestone, S., Stocker, R., Stubber, C., & Kirkman, M. (2020). Mental health of people in Australia in the first month of COVID-19 restrictions: a national survey. *Medical Journal of Australia*, 213(10), 458–464.
<https://doi.org/10.5694/mja2.50831>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 29. januar). Vaksineringscenario. [Sist faglig oppdatert 30.04.2021]. Hentet fra
<https://www.fhi.no/publ/plakat/vaksineringscenario/>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 06. Januar). Koronavaksinasjon - statistikk. [Sist faglig oppdatert 21.05.2021]. Hentet fra
<https://www.fhi.no/sv/vaksine/koronavaksinasjonsprogrammet/koronavaksinasjonsstatistikk/>
- Folkehelseinstituttet. (2020, 08. februar). Fakta om koronaviruset SARS-CoV-2 og sykdommen covid-19. Hentet fra
<https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta-og-kunnskap-om-covid-19/fakta-om-koronavirus-coronavirus-2019-ncov/?term=&h=1>

Folkehelseinstituttet. (2020, 09. mars). Statistikk om koronavirus og covid-19.

Hentet fra <https://www.fhi.no/sv/smittestomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/>

Folkehelseinstituttet. (2020, 22. April). Ukerapporter om koronavirus og covid-19.

[sist faglig oppdatert 19.05.2021]. Hentet fra
<https://www.fhi.no/publ/2020/koronavirus-ukerapporter/>

Folkehelseinstituttet. (2010, 02. mars). Sars (Severe Acute Respiratory Syndrome) -
veileder for helsepersonell. Hentet fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/sars-og-mers-alvorlige-coronavirusi/>

Forskrift om forebygging av koronasmitte, Oslo. (2020). Forskrift om forebygging av
koronasmitte, Oslo kommune, Oslo (FOR-2020-03-27-470). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/LF/forskrift/2020-12-10-2660>

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–e0231924.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>

Geirdal, A. Ø., Ruffolo, M., Leung, J., Thygesen, H., Price, D., Bonsaksen, T., &
Schoultz, M. (2021). Mental health, quality of life, wellbeing, loneliness and
use of social media in a time of social distancing during the COVID-19
outbreak. A cross-country comparative study. *Journal of Mental Health*, 1-
8.

Goldmann, E., & Galea, S. (2014). Mental health consequences of disasters. *Annual
review of public health*, 35.

Greve, H., S. (2014). Se det mennesket. *Tidsskrift for den Norske legeforening* 124:1740

Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 293, 113452.

Groarke, J. M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P. E., McGlinchey, E., & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PloS one*, 15(9), e0239698.

Guo, Y., Cheng, C., Zeng, Y., Li, Y., Zhu, M., Yang, W., Xu, H., Li, X., Leng, J., Monroe-Wise, A., & Wu, S. (2020). Mental health disorders and associated risk factors in quarantined adults during the COVID-19 outbreak in China: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e20328–e20328. <https://doi.org/10.2196/20328>

Gurvich, C., Thomas, N., Thomas, E. H., Hudaib, A. R., Sood, L., Fabiatis, K., Sutton, K., Isaacs, A., Arunogiri, S., Sharp, G. & Kulkarni, J. (2020). Coping styles and mental health in response to societal changes during the COVID-19 pandemic. (2020). *International Journal of Social Psychiatry*, 20764020961790–20764020961790. <https://doi.org/10.1177/0020764020961790>

Hajos, T. R., Pouwer, F., Skovlund, S. E., Den Oudsten, B. L., Geelhoed-Duijvestijn, P. H. L. M., Tack, C. J., & Snoek, F. J. (2013). Psychometric and screening properties of the WHO-5 well-being index in adult outpatients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 30(2), e63-e69.

- Halldorsson, B., & Salkovskis, P. M. (2017). Why do people with OCD and health anxiety seek reassurance excessively? An investigation of differences and similarities in function. *Cognitive Therapy and Research*, 41(4), 619-631.
- Helsedirektoratet. (2021). Koronakommisjonens rapport om myndighetenes håndtering av koronapandemien [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 14. april 2021, lest 24. april 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/koronakommisjonens-rapport-om-myndighetenes-handtering-av-koronapandemien>
- Helsenorge (u.å). Trenger du noen å snakke eller chatte med? (sist oppdatert 30. Mars 2020). Hentet fra <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/her-far-du-hjelp/>
- Hem, E. (2020). Ordet epidemi før og nå. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Higbee, D. H., Nava, G. W., Kwong, A. S., Dodd, J. W., & Granell, R. (2021). The impact of asthma on mental health & wellbeing during COVID-19 lockdown. *European Respiratory Journal*.
- Hoffart, A., Johnson, S. U., & Ebrahimi, O. V. (2020). Loneliness and social distancing during the COVID-19 pandemic: Risk factors and associations with psychopathology. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1297.
- Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., Vliek, M., Passer, M.W., and Smith, R.E. (2015). Chapter 15: Personality (pp. 624-671). In: Psychology. The science of mind and behaviour. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2021). Mental health burden for the public affected by the COVID-19 outbreak in China: Who will be the high-risk group?. *Psychology, health & medicine*, 26(1), 23-34.

- Huppert, F. A., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vittersø, J., & Wahrendorf, M. (2009). Measuring well-being across Europe: Description of the ESS well-being module and preliminary findings. *Social Indicators Research*, 91(3), 301-315.
- Huremović, D. (Ed.). (2019). Chapter 9. Mental Health of Quarantine and Isolation. In *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak*. Springer. (95-118)
- Husky, M. M., Kovess-Masfety, V., & Swendsen, J. D. (2020). Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152191
- James, A., & Wells, A. (2002). Death beliefs, superstitious beliefs and health anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 43-53.
- Jeong, Y., & Jung, M. J. (2016). Application and interpretation of hierarchical multiple regression. *Orthopaedic Nursing*, 35(5), 338-341.
- Jia, R., Ayling, K., Chalder, T., Massey, A., Broadbent, E., Coupland, C., & Vedhara, K. (2020). Mental health in the UK during the COVID-19 pandemic: early observations. *MedRxiv*.
- Joensen, L. E., Madsen, K. P., Holm, L., Nielsen, K. A., Rod, M. H., Petersen, A. A., Hulvej R., N., & Willaing, I. (2020). Diabetes and COVID-19: psychosocial consequences of the COVID-19 pandemic in people with diabetes in Denmark—what characterizes people with high levels of COVID-19-related worries?. *Diabetic Medicine*, 37(7), 1146-1154.
- Kaiser, S., & Kyrrestad, H. (2019). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av WHO Five Well-Being Index (WHO-5)*.

- Karlsson, L., Soveri, A., Lewandowsky, S., Karlsson, L., Karlsson, H., Nolvi, S., Karukivi, M., Lindfelt, M., & Antfolk, J. (2021). Fearing the disease or the vaccine: The case of COVID-19. *Personality and Individual Differences*, 172, 110590–110590. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110590>
- Kemper, C. J., Trapp, S., Kathmann, N., Samuel, D. B., & Ziegler, M. (2019). Short versus long scales in clinical assessment: Exploring the trade-off between resources saved and psychometric quality lost using two measures of obsessive–compulsive symptoms. *Assessment*, 26(5), 767-782.
- Kerr, L. K., & Kerr Jr, L. D. (2001). Screening tools for depression in primary care: the effects of culture, gender, and somatic symptoms on the detection of depression. *Western journal of medicine*, 175(5), 349.
- Kessing, L. V., & Miskowiak, K. (2017). Kapittel 16: Affektive lidelser. In: Simonsen, E. & Møhl, B. (2017) *Grundbog i psykiatri* (2. utg.). Bosnia & Harzegovina: Hans Reit- zels Forlag. (pp. 347-382).
- Khorami, A. (2021, 24. januar). Økt trykk på hjelpetelefon: – Tydelig at det er tungt for flere. *Norsk Rikskringkasting*. Hentet fra https://www.nrk.no/norge/okt-trykk-pa-hjelpetelefon_-_tydelig-at-det-er-tungt-for-flere-1.15342106
- Kristiansen, C. B., & Munk-Jørgensen, P. (2017). Kapittel 10: Psykiatrisk epidemiologi. In: Simonsen, E. & Møhl, B. (2017) *Grundbog i psykiatri* (2. utg.). Bosnia & Harzegovina: Hans Reit- zels Forlag. (pp. 221-232).
- Kwong, A., Pearson, R., Adams, M., Northstone, K., Tilling, K., Smith, D., Fawns-Ritchie, C., Bould, H., Warne, N., Zammit, S., Gunnell, D., Moran, P., Micali, N., Reichenberg, A., Hickman, M., Rai, D., Haworth, S., Campbell, A., Altschul, D., ... Timpson, N. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts. *British Journal of Psychiatry*, 1–10. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.242>

- Langergaard, L.L. & Sørensen, A. (2015). 7. Kritisk teori. I Hviid Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K., & Nedergaard, P. *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. udgave.). Hans Reitzel. 251-286
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). 6. The Coping Process: An Alternative to Traditional Formulations. In *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional Theory and Research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, Vol. 1.
- Langdrige, D. (2007). 7. Interpretation and meaning: IPA, hermeneutic phenomenology and template analysis. In *Phenomenological Psychology: Theory, Research and Method*. Harlow: Pearson Education.
- Lee, A., Wong, J., McAlonan, G., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P., Chu, C., Wong, P., Tsang, K., & Chua, S. (2007). Stress and Psychological Distress among SARS Survivors 1 Year after the Outbreak. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233–240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405> .
- Lee, B., Kaaya, S. F., Mbwambo, J. K., Smith-Fawzi, M. C., & Leshabari, M. T. (2008). Detecting depressive disorder with the Hopkins Symptom Checklist-25 in Tanzania. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(1), 7-20.
- Lee, H. S., Dean, D., Baxter, T., Griffith, T., & Park, S. (2021). Deterioration of mental health despite successful control of the COVID-19 pandemic in South Korea. *Psychiatry research*, 295, 113570
- Lee, S. A., & Crunk, E. A. (2020). Fear and psychopathology during the COVID-19 crisis: neuroticism, hypochondriasis, reassurance-seeking, and coronaphobia

as fear factors. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222820949350.
14 sider

Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 74, 102268.

Liu, Y., Chen, H., Zhang, N., Wang, X., Fan, Q., Zhang, Y., Huang, L., Hu, B., & Li, M. (2021). Anxiety and depression symptoms of medical staff under COVID-19 epidemic in China. *Journal of Affective Disorders*, 278, 144–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.004>

Lorente, L., Vera, M., & Peiró, T. (2020). Nurses' stressors and psychological distress during the COVID-19 pandemic: The mediating role of coping and resilience. *Journal of Advanced Nursing*.

Lupe, S. E., Keefer, L., & Szigethy, E. (2020). Gaining resilience and reducing stress in the age of COVID-19. *Current opinion in gastroenterology*, 36(4), 295-303.

Madanes, S. B., Levenson-Palmer, R., Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Jennings, E. L., Anbarasan, D., & Simon, N. M. (2020). Acute stress disorder and the COVID-19 pandemic. *Psychiatric Annals*, 50(7), 295-300.

Marroquín, B., Vine, V., & Morgan, R. (2020). Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources. *Psychiatry research*, 293, 113419.

Mei, Q., Wang, F., Bryant, A., Wei, L., Yuan, X., & Li, J. (2021). Mental health problems among COVID-19 survivors in Wuhan, China. *World Psychiatry*, 20(1), 139

- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13.
- Moretti, A., Menna, F., Aulicino, M., Paoletta, M., Liguori, S., & Iolascon, G. (2020). Characterization of Home Working Population during COVID-19 Emergency: A Cross-Sectional Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6284.
- Müller, J. M., Postert, C., Beyer, T., Furniss, T., & Achtergarde, S. (2010). Comparison of eleven short versions of the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) for use in the assessment of general psychopathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 246-254.
- Mykletun, A., Knudsen A., K., & Mathiesen, K., S., (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2017). Kapittel 1: Med mennesket i centrum. In: Simonsen, E. & Møhl, B. (2017). *Grundbog i psykiatri* (2. utg.). Bosnia & Harzegovina: Hans Reitzels Forlag. (pp. 29-61)
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2017). Kapittel 5: At lytte til patienten. In: Simonsen, E. & Møhl, B. (2017). *Grundbog i psykiatri* (2. utg.). Bosnia & Harzegovina: Hans Reitzels Forlag. (pp. 133-149)
- Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (2020, 3. juni). Well-Being Index (WHO-5). Hentet 1. April 2021 fra: <https://mestring.no/lærings-og-mestringsaktivitet/evaluerings-aktivitet/standardiserte-sporreskjemaer/well-being-index-who-5/>
- Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø. (u.å.). *Psykiske plager (HSCL-5)*. Hentet 5. Mai. 2021 fra:

<https://noa.stami.no/tema/helseutfallarbeidsskader/helseplager/lettere-psykiske-plager/>

NAV. (2021, 17. mars). Arkiv- ukentlig statistikk over arbeidsledige. 2021. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/flere-statistikkomrader/relatert-informasjon/arkiv-ukentlig-statistikk-over-arbeidsledige.2021>

Nes, R. B., Aarø, L. E., Vedaa, Ø. & Nilsen, T. S. (2020). Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020. Hentet fra: <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/>

Nes, R. B., Barstad, A., & Hansen, T. (2018). *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem.*

Nes, R. B., Nilsen, T. S., Hauge, L. J., Eilertsen, M., Gustavson, K., Aarø, L. E., & Røysamb, E. (2019). *Fra nord til sør: Livskvalitet i Norge 2019.*

Nettelbladt, P., Hansson, L., Stefansson, C. G., Borgquist, L., & Nordström, G. (1993). Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 28(3), 130-133.

Norsk helseinformatikk. (2021, 12. januar). *Influenza A (H1N1) (svineinfluensa)*. Hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/infeksjoner/virusinfeksjoner/svineinfluensa/?hp=true>

Norsk Psykologforening. (2021, 28. februar) *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>

- Nystad, W., Hjellvik, V., Larsen, I. K., Ariansen, I., Helland, E., Johansen, K. I., Gulbrandsen, J., Gulseth, H. L., Eide, H. N., Håberg, S. E., Karlstad, Ø. & Bakken, I. J. (2020). Underliggende tilstander hos voksne med covid-19. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Næss, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskrift for den Norske legeforening*. nr. 16, 2001; 121: 1940–4
- O'Connor, R., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A., Niedzwiedz, C., O'Carroll, R., O'Connor, D., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson, E., & Robb, K. (2020). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *British Journal of Psychiatry*, 1–8. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212>
- Oslo Universitetssykehus (2016, 17. oktober). *Sjemaskuff - FORMI*. Hentet 1. April 2021 fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/nevroklinikken/forskning-og-utvikling-nevroklinikken/forsknings-og-formidlingsenheden-for-muskelskjeletthelse-formi/skjemaskuff-formi>
- Osman, A., Wong, J. L., Bagge, C. L., Freedenthal, S., Gutierrez, P. M., & Lozano, G. (2012). The depression anxiety stress Scales—21 (DASS-21): further examination of dimensions, scale reliability, and correlates. *Journal of clinical psychology*, 68(12), 1322-1338.
- Pallant, J. (2011). 13. Multiple Regression. In *Survival manual. A step by step guide to data analysis using SPSS*, 4.

- Paul, E., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2021). Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. *The Lancet Regional Health-Europe*, 1, 100012.
- Pedersen, G., Kvarstein, E. H., & Wilberg, T. (2017). The Work and Social Adjustment Scale: Psychometric properties and validity among males and females, and outpatients with and without personality disorders. *Personality and mental health*, 11(4), 215-228.
- Pelikan, E. R., Lüftenegger, M., Holzer, J., Korlat, S., Spiel, C., & Schober, B. (2021). Learning during COVID-19: the role of self-regulated learning, motivation, and procrastination for perceived competence. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 1-26.
- Diamanti, A. P., Cattaruzza, M., Di Rosa, R., Del Porto, F., Salemi, S., Sorgi, M., Martin Martin, L., Rai, A., Iacono, D., Sesti, G., Alessandri, G., & Laganà, B. (2020). Psychological Distress in Patients with Autoimmune Arthritis during the COVID-19 Induced Lockdown in Italy. *Microorganisms (Basel)*, 8(11). <https://doi.org/10.3390/microorganisms8111818>
- Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of psychosomatic research*, 136, 110186.
- Regjeringen. (2021, 30. april). Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19 pandemi - utfordringsbilde og anbefalte tiltak. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/livskvalitet-psykisk-helse-og-rusmiddelbruk-under-covid-19-pandemi/id2846714/>
- Regjeringen. (2021, 16. mars). Forlengelse av regionale tiltak for seks kommuner i Vestfold og Telemark. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/forlengelse-av-regionale-tiltak-for-seks-kommuner-i-vestfold-og-telemark/id2838960/>

Regjeringen. (2021, 4. mars). Innfører regionale tiltak i seks kommuner i Vestfold og Telemark. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/innforer-regionale-tiltak-i-seks-kommuner-i-vestfold-og-telemark/id2837077/?expand=factbox2835775> 1 side

Regjeringen. (2021, 19. mars). Innfører strenge regionale tiltak i Grenlands-området. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/innforer-strenge-regionale-tiltak-i-grenlands-området/id2839731/>

Regjeringen. (2021, 15. mars). Innfører strenge regionale tiltak i hele Viken. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/innforer-strenge-regionale-tiltak-i-hele-viken/id2838828/>

Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). Psykisk helse i Norge. *Oslo: Norwegian Institute of public health.*

Rettie, H., & Daniels, J. (2020). Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*.

Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A. Rossi, A., Siracusano, A. & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in psychiatry*, 11, 790.

Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the

COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57–57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>

Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring*. (IS-2655). Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf

Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O. S., Sørensen, T., & Bruusgaard, D. (1998). Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33(7), 345-354.

Schmalbach, B., Zenger, M., Tibubos, A. N., Kliem, S., Petrowski, K., & Brähler, E. (2021). Psychometric properties of two brief versions of the Hopkins Symptom Checklist: HSCL-5 and HSCL-10. *Assessment*, 28(2), 617-631.

Selye, H. (1999). Stress; the general adaption syndrome and dissonances of adaptation. In Clark, H., Chandler, J., & Barry, J. *Organisation and identities*. Int. Thomson business Press.

Shah, K., Kamrai, D., Mekala, H., Mann, B., Desai, K., & Patel, R. (2020). Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Cureus (Palo Alto, CA)*, 12(3), e7405–e7405. <https://doi.org/10.7759/cureus.7405>

Sheha, D. S., Abdel-Rehim, A. S., Abdel-Latif, O. M., Abdelkader, M. A., Raafat, R. H., Sallam, S. A., & Mostafa, N. S. (2021). Level of asthma control and

mental health of asthma patients during lockdown for COVID-19: a cross-sectional survey. *The Egyptian Journal of Bronchology*, 15(1), 1-10

Sigurvinsdottir, R., Thorisdottir, I. E., & Gylfason, H. F. (2020). The impact of COVID-19 on mental health: The role of locus on control and internet use. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 6985.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., and Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol. Bull.* 129, 216–269. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.216

Sivertsen, B. (2021). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse - Hovedrapport*. Hentet fra <https://sioshotstorage.blob.core.windows.net/shot2018/SHOT2021.pdf>

Smittevernloven (1994). Lov om vern mot smittsomme sykdommer (LOV-1994-08-05-55). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1994-08-05-55?q=smittevernloven>

Spitzenstätter, D., & Schnell, T. (2020). The existential dimension of the pandemic: Death attitudes, personal worldview, and coronavirus anxiety. *Death studies*, 1-11.

Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102119.

Stanisławski, K. (2019). The coping circumplex model: an integrative model of the structure of coping with stress. *Frontiers in psychology*, 10, 694.

- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: a meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological bulletin*, 133(1), 65.
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic journal of psychiatry*, 57(2), 113-118.
- SurveyXact. (2021, 24. Februar). Markedets beste spørreskjemaverktøy. Hentet fra <https://www.surveyxact.no/om-oss/>
- SurveyXact. (2021, 24. Februar). Sikker behandling av persondata er en selvfølge. Hentet fra <https://www.surveyxact.no/gdpr/>
- Suzuki S., Ito D. (2013) Psychological Stress. In: Gellman M.D., Turner J.R. (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY. https://doi-org.zorac.aau.dk/10.1007/978-1-4419-1005-9_421
- Svartdal, F. (2017). Prokrastinering og depresjon. *Psykologisk tidsskrift*.
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Taylor, S. (2019). Chapter 1: What is a pandemic? (pp.1-14), Chapter 2: Contemporary methods for managing pandemics (pp. 15-22), Chapter 3: Psychological reactions to pandemics (pp. 23-38), Chapter 4: Personality traits as emotional vulnerability factors (pp. 39-48), Chapter 5: Cognitive-behavioral models of health anxiety (pp. 49-56). In: *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing.

- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176.
- Tyrer, P. (2020). COVID-19 health anxiety. *World Psychiatry*, 19(3), 307.
- Van Rheenen, T. E., Meyer, D., Neill, E., Phillipou, A., Tan, E. J., Toh, W. L., & Rossell, S. L. (2020). Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Journal of affective disorders*, 275, 69–77.
- Vensgaard, K. (2015). 4. Kritisk rationalisme. I Hviid Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K., & Nedergaard, P. (2015). *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. udgave.). Hans Reitzel. 133-168.
- Ventevogel, P., de Vries, G., Scholte, W., Shinwari, N., Faiz, H., Nassery, R., van den Brink, W., & Olf, M. (2007). Properties of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 328–335.
<https://doi.org/10.1007/s00127-007-0161-8>
- Vindbjerg, E., Mortensen, E. L., Makransky, G., Nielsen, T., & Carlsson, J. (2021). A Rasch-based validity study of the HSCL-25. *Journal of Affective Disorders Reports*, 100096.
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531-542.

- Voigt, P., & von dem Bussche, A. (2017). 1. Introduction and 'checklist'. In *The EU General Data Protection Regulation (GDPR) : A Practical Guide* (Elektronisk udgave.). Springer International Publishing.
- Walker, G., & McCabe, T. (2021). Psychological defence mechanisms during the COVID-19 pandemic: A case series. *The European Journal of Psychiatry*, 35(1), 41-45.
- Wang, Y., Shi, L., Que, J., Lu, Q., Liu, L., Lu, Z., Xu, Y., Liu, J., Sun, Y., Meng, S., Yuan, K., Ran, M., Lu, L., Bao, Y., & Shi, J (2021). The impact of quarantine on mental health status among general population in China during the COVID-19 pandemic. *Molecular psychiatry*, 1-10
- Wang, Y., Kala, M. P., & Jafar, T. H. (2020). Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 15(12), e0244630.
- Wilhelmsen, I. (2002). Hypokondri og kognitiv terapi. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 122(11), 1126-1129.
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 1-18.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th Revision). Hentet fra: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathé, A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 7, 10.

- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A. & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*
- Yalom, I. D. (1980). Chapter 1: Introduction (pp. 3-26), Chapter 2: Life, Death and Anxiety (pp. 29-74), Chapter 4: Death and Psychopathology (pp. 110-158). In: *Existential psychotherapy*. Basic Books.
- Yang, H., & Ma, J. (2020). How an epidemic outbreak impacts happiness: Factors that worsen (vs. protect) emotional well-being during the coronavirus pandemic. *Psychiatry research*, 289, 113045.
- Yıldırım, M., & Solmaz, F. (2020). COVID-19 burnout, COVID-19 stress and resilience: Initial psychometric properties of COVID-19 Burnout Scale. *Death Studies*, 1-9.
- Yurdugül, H. (2008). Minimum sample size for Cronbach's coefficient alpha: a Monte-Carlo study. *Hacettepe Üniversitesi eğitim fakültesi dergisi*, 35(35), 1-9.
- Zacher, H., & Rudolph, C. W. (2020). Individual differences and changes in subjective wellbeing during the early stages of the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*. (50-62)
- Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J.L. & Chang, H., & Wang, H. (2020). Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242-250

8. Pensumoppgjørelse

Agha, S. (2021). Mental well-being and association of the four factors coping structure model: A perspective of people living in lockdown during COVID-19. *Ethics, Medicine and Public Health*, 16, 100605. 8 sider

Alberdi, F., & Möhl, B. (2017). 16. Angsttilstande. In: Simonsen, E. & Möhl, B. (2017) *Grundbog i psykiatri* (2. utg.). Bosnia & Herzegovina: Hans Reitzels Forlag. (pp. 221-232). 12 sider

Andersen, M., H., & Boolsen, M., W. (2015). 1. Hypotesetest. I Hviid Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K., & Nedergaard, P. *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. udgave.). Hans Reitzel. 32 sider

Andersen, H. & Koch, L. (2015). 6. Hermenutik og fænomenologi. I I Hviid Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K., & Nedergaard, P. *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. udgave.). Hans Reitzel. 55 sider

Arifiana, I. Y., Rahmawati, H., Hanurawan, F., & Eva, N. (2020). Stop Academic Procrastination During Covid 19: Academic Procrastination Reduces Subjective Well-Being. *KnE Social Sciences*, 312-325. 14 sider

Amrhein, V., Greenland, S., & McShane, B. (2019). Scientists rise up against statistical significance. *Nature* 567, 305-307. 3 sider

Asmundson, G. J., Abramowitz, J. S., Richter, A. A., & Whedon, M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current psychiatry reports*, 12(4), 306-312. 7 sider

Asmundson, G. J., Paluszek, M. M., Landry, C. A., Rachor, G. S., McKay, D., & Taylor, S. (2020). Do pre-existing anxiety-related and mood disorders

differentially impact COVID-19 stress responses and coping? *Journal of anxiety disorders*, 74, 102271. 6 sider

Bailey, T. C., Eng, W., Frisch, M. B., & Snyder, C. R. (2007). Hope and optimism as related to life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 168-175. 8 sider

Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., ... & Gur, R. E. (2020). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational psychiatry*, 10(1), 1-8. 8 sider

Bech, P. (2012). Subjective positive well-being. *World Psychiatry*, 11(2), 105. 1 side

Bettinsoli, M. L., Di Riso, D., Napier, J. L., Moretti, L., Bettinsoli, P., Delmedico, M., Piazzolla, A., & Moretti, B. (2020). Mental Health Conditions of Italian Healthcare Professionals during the COVID-19 Disease Outbreak. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(4), 1054-1073. 20 sider

Botnmark, D. B., Kvalnes, S., & Svartdal, F. (2014). Prokrastinering – hvorfor studenter utsetter ting, og hvordan utsettelse påvirker velvære og helse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(8), 616-623. 8 sider

Brailovskaia, J., & Margraf, J. (2021). The relationship between burden caused by coronavirus (Covid-19), addictive social media use, sense of control and anxiety. *Computers in Human Behavior*, 119, 106720. 7 sider

Braver, S. L., & Bay, R. C. (1992). Assessing and compensating for self-selection bias (non-representativeness) of the family reasearch sample. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 925-939 15 sider

- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920. 9 sider
- Browning, M., Larson, L., Sharaievska, I., Rigolon, A., McAnirlin, O., Mullenbach, L., Cloutier, S., Vu, T., Thomsen, J., Reigner, N., Metcalf, E., D'Antonio, A., Helbich, M., Bratman, G., & Alvarez, H. (2021). Psychological impacts from COVID-19 among university students: Risk factors across seven states in the United States. *PloS One*, 16(1), e0245327–e0245327. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245327> 27 sider
- Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health*, 186, 31-34. 4 sider
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934. 5 sider
- Chaix, B., Delamon, G., Guillemassé, A., Brouard, B., & Bibault, J. E. (2020). Psychological distress during the COVID-19 pandemic in France: a national assessment of at-risk populations. *General Psychiatry*, 33(6). 6 sider
- Chau, S., Wong, O., Ramakrishnan, R., Chan, S., Wong, E., Li, P., Raymont, V., Elliot, K., Rathod, S., Delanerolle, G., & Phiri, P. (2021). History for some or lesson for all? A systematic review and meta-analysis on the immediate and long-term mental health impact of the 2002-2003 Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) outbreak. *BMC Public Health*, 21(1), 670–670. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10701-3> 23 sider

- Clark, S. C. (2000). Work/family border theory: A new theory of work/family balance. *Human relations*, 53(6), 747-770. 24 sider
- Conversano, C., Di Giuseppe, M., Miccoli, M., Ciacchini, R., Gemignani, A., & Orrù, G. (2020). Mindfulness, age and gender as protective factors against psychological distress during Covid-19 pandemic. *Frontiers in psychology*, 11, 1900. 9 sider
- Coolican, H. (2014). 1 Psychology, science and research, 2 Measuring people - variables, samples and the qualitative critique, 3 Experiments and experimental designs in psychology, 4 Validity in psychological research, 7 Interview methods - asking people direct questions, 8 Psychological tests and measurement scales, 9 Comparison studies - cross-sectional, longitudinal and cross-cultural studies, 13 Statistics - organising the data, 19 Correlation and regression, 20 Multi-level analysis - differences between more than two conditions (ANOVA). In *Research methods and statistics in psychology* (6. ed.). Psychology Press. London and New York. 315 sider
- Dazzi, T., Gribble, R., Wessely, S., & Fear, N. T. (2014). Does asking about suicide and related behaviours induce suicidal ideation? What is the evidence? *Psychological Medicine*, 44(16), 3361-3363. 3 sider
- de Lima, C., Cândido, E., da Silva, J., Albuquerque, L., Soares, L., do Nascimento, M., de Oliveira, S., & Neto, M. (2020). Effects of quarantine on mental health of populations affected by Covid-19. *Journal of Affective Disorders*, 275, 253–254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.063> 2 sider
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 10. Februar). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/> 1 side
- Ebrahimi, O., Hoffart, A., & Johnson, S. (2021). Physical Distancing and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Factors Associated With

Psychological Symptoms and Adherence to Pandemic Mitigation Strategies. *Clinical Psychological Science*, 216770262199454-.
<https://doi.org/10.1177/2167702621994545> 18 sider

Every-Palmer, S., Jenkins, M., Gendall, P., Hoek, J., Beaglehole, B., Bell, C., Williman, J., Rapsey, C., & Stanley, J. (2020). Psychological distress, anxiety, family violence, suicidality, and wellbeing in New Zealand during the COVID-19 lockdown: A cross-sectional study. *PloS One*, 15(11), e0241658–e0241658. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241658> 19 sider

Essadek, A., & Rabeyron, T. (2020). Mental health of French students during the Covid-19 pandemic. *Journal of affective disorders*, 277, 392-393 2 sider

Ferrari, J. R. (1994). Dysfunctional procrastination and its relationship with self-esteem, interpersonal dependency, and self-defeating behaviors. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 673-679. 7 sider

Field, A. (2017). Chapter 2: The spine of statistics (pp.47-94), Chapter 8: Correlation (pp. 333-368), Chapter 9: The linear model (regression) (pp. 369-436), Chapter 12: GLM 1: Comparing several independent means (pp. 519-572). In: *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Sage. 206 sider.

Fisher, J., Tran, T., Hammarberg, K., Sastry, J., Nguyen, H., Rowe, H., Popplestone, S., Stocker, R., Stubber, C., & Kirkman, M. (2020). Mental health of people in Australia in the first month of COVID-19 restrictions: a national survey. *Medical Journal of Australia*, 213(10), 458–464.
<https://doi.org/10.5694/mja2.50831> 7 sider

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–e0231924.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924> 10 sider

Geirdal, A. Ø., Ruffolo, M., Leung, J., Thygesen, H., Price, D., Bonsaksen, T., & Schoultz, M. (2021). Mental health, quality of life, wellbeing, loneliness and use of social media in a time of social distancing during the COVID-19 outbreak. A cross-country comparative study. *Journal of Mental Health*, 1-8. 9 sider

Goldmann, E., & Galea, S. (2014). Mental health consequences of disasters. *Annual review of public health*, 35. 19 sider

Greve, H., S. (2014). Se det mennesket. *Tidsskrift for den Norske legeforening* 124:1740 1 side

Grey, I., Arora, T., Thomas, J., Saneh, A., Tohme, P., & Abi-Habib, R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 293, 113452. 6 sider

Groarke, J. M., Berry, E., Graham-Wisener, L., McKenna-Plumley, P. E., McGlinchey, E., & Armour, C. (2020). Loneliness in the UK during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional results from the COVID-19 Psychological Wellbeing Study. *PloS one*, 15(9), e0239698. 18 sider

Guo, Y., Cheng, C., Zeng, Y., Li, Y., Zhu, M., Yang, W., Xu, H., Li, X., Leng, J., Monroe-Wise, A., & Wu, S. (2020). Mental health disorders and associated risk factors in quarantined adults during the COVID-19 outbreak in China: Cross-sectional study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e20328–e20328. <https://doi.org/10.2196/20328> 8 sider

Gurvich, C., Thomas, N., Thomas, E. H., Hudaib, A. R., Sood, L., Fabiatos, K., Sutton, K., Isaacs, A., Arunogiri, S., Sharp, G. & Kulkarni, J. (2020).

Coping styles and mental health in response to societal changes during the COVID-19 pandemic. (2020). *International Journal of Social Psychiatry*, 20764020961790–20764020961790.

<https://doi.org/10.1177/0020764020961790> 10 sider

Hajos, T. R., Pouwer, F., Skovlund, S. E., Den Oudsten, B. L., Geelhoed-Duijvestijn, P. H. L. M., Tack, C. J., & Snoek, F. J. (2013). Psychometric and screening properties of the WHO-5 well-being index in adult outpatients with Type 1 or Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, 30(2), e63-e69. 7 sider

Halldorsson, B., & Salkovskis, P. M. (2017). Why do people with OCD and health anxiety seek reassurance excessively? An investigation of differences and similarities in function. *Cognitive Therapy and Research*, 41(4), 619-631. 13 sider

Higbee, D. H., Nava, G. W., Kwong, A. S., Dodd, J. W., & Granell, R. (2021). The impact of asthma on mental health & wellbeing during COVID-19 lockdown. *European Respiratory Journal*. 7 sider

Hoffart, A., Johnson, S. U., & Ebrahimi, O. V. (2020). Loneliness and social distancing during the COVID-19 pandemic: Risk factors and associations with psychopathology. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1297. 9 sider

Holt, N., Bremner, A., Sutherland, E., Vliek, M., Passer, M.W., and Smith, R.E. (2015). Chapter 15: Personality (pp. 624-671). In: *Psychology. The science of mind and behaviour*. Berkshire: McGraw-Hill Education. 48 sider

Huang, Y., & Zhao, N. (2021). Mental health burden for the public affected by the COVID-19 outbreak in China: Who will be the high-risk group?. *Psychology, health & medicine*, 26(1), 23-34. 12 sider

- Huppert, F. A., Marks, N., Clark, A., Siegrist, J., Stutzer, A., Vittersø, J., & Wahrendorf, M. (2009). Measuring well-being across Europe: Description of the ESS well-being module and preliminary findings. *Social Indicators Research*, 91(3), 301-315. 16 sider
- Huremović, D. (Ed.). (2019). Chapter 9. Mental Health of Quarantine and Isolation. In *Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak*. Springer. (95-118) 24 sider
- Husky, M. M., Kovess-Masfety, V., & Swendsen, J. D. (2020). Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152191 3 sider
- James, A., & Wells, A. (2002). Death beliefs, superstitious beliefs and health anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 43-53. 11 sider
- Jeong, Y., & Jung, M. J. (2016). Application and interpretation of hierarchical multiple regression. *Orthopaedic Nursing*, 35(5), 338-341. 4 sider
- Jia, R., Ayling, K., Chalder, T., Massey, A., Broadbent, E., Coupland, C., & Vedhara, K. (2020). Mental health in the UK during the COVID-19 pandemic: early observations. *MedRxiv*. 18 sider
- Joensen, L. E., Madsen, K. P., Holm, L., Nielsen, K. A., Rod, M. H., Petersen, A. A., Hulvej R., N., & Willaing, I. (2020). Diabetes and COVID-19: psychosocial consequences of the COVID-19 pandemic in people with diabetes in Denmark—what characterizes people with high levels of COVID-19-related worries?. *Diabetic Medicine*, 37(7), 1146-1154. 9 sider
- Kaiser, S., & Kyrrestad, H. (2019). *Måleegenskaper ved den norske versjonen av WHO Five Well-Being Index (WHO-5)*. 9 sider

- Karlsson, L., Soveri, A., Lewandowsky, S., Karlsson, L., Karlsson, H., Nolvi, S., Karukivi, M., Lindfelt, M., & Antfolk, J. (2021). Fearing the disease or the vaccine: The case of COVID-19. *Personality and Individual Differences*, 172, 110590–110590. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110590> 11 sider
- Kemper, C. J., Trapp, S., Kathmann, N., Samuel, D. B., & Ziegler, M. (2019). Short versus long scales in clinical assessment: Exploring the trade-off between resources saved and psychometric quality lost using two measures of obsessive–compulsive symptoms. *Assessment*, 26(5), 767-782. 6 sider
- Kerr, L. K., & Kerr Jr, L. D. (2001). Screening tools for depression in primary care: the effects of culture, gender, and somatic symptoms on the detection of depression. *Western journal of medicine*, 175(5), 349. 4 sider
- Kessing, L. V., & Miskowiak, K. (2017). Kapittel 16: Affektive lidelser. In: Simonsen, E. & Møhl, B. (2017) *Grundbog i psykiatri* (2. utg.). Bosnia & Harzegovina: Hans Reitzels Forlag. (pp. 347-382). 36 sider
- Khorami, A. (2021, 24. januar). Økt trykk på hjelpetelefon: – Tydelig at det er tungt for flere. *Norsk Rikskringkasting*. Hentet fra https://www.nrk.no/norge/okt-trykk-pa-hjelpetelefon_-_-tydelig-at-det-er-tungt-for-flere-1.15342106 1 side
- Kristiansen, C. B., & Munk-Jørgensen, P. (2017). Kapittel 10: Psykiatrisk epidemiologi. In: Simonsen, E. & Møhl, B. (2017) *Grundbog i psykiatri* (2. utg.). Bosnia & Harzegovina: Hans Reitzels Forlag. (pp. 221-232). 12 sider
- Kwong, A., Pearson, R., Adams, M., Northstone, K., Tilling, K., Smith, D., Fawns-Ritchie, C., Bould, H., Warne, N., Zammit, S., Gunnell, D., Moran, P., Micali, N., Reichenberg, A., Hickman, M., Rai, D., Haworth, S., Campbell, A., Altschul, D., ... Timpson, N. (2020). Mental health before and during

the COVID-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts. *British Journal of Psychiatry*, 1–10. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.242> 10 sider

Langergaard, L.L. & Sørensen, A. (2015). 7. Kritisk teori. I Hviid Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K., & Nedergaard, P. *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. udgave.). Hans Reitzel. 251-286 36 sider

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). 6. The Coping Process: An Alternative to Traditional Formulations. In *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company. 40 sider

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1987). Transactional Theory and Research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, Vol. 1. 30 sider

Langdridge, D. (2007). 7. Interpretation and meaning: IPA, hermeneutic phenomenology and template analysis. In *Phenomenological Psychology: Theory, Research and Method*. Harlow: Pearson Education. 22 sider

Lee, A., Wong, J., McAlonan, G., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P., Chu, C., Wong, P., Tsang, K., & Chua, S. (2007). Stress and Psychological Distress among SARS Survivors 1 Year after the Outbreak. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 233–240. <https://doi.org/10.1177/070674370705200405> . 8 sider

Lee, B., Kaaya, S. F., Mbwambo, J. K., Smith-Fawzi, M. C., & Leshabari, M. T. (2008). Detecting depressive disorder with the Hopkins Symptom Checklist-25 in Tanzania. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(1), 7-20. 14 sider

Lee, H. S., Dean, D., Baxter, T., Griffith, T., & Park, S. (2021). Deterioration of mental health despite successful control of the COVID-19 pandemic in South Korea. *Psychiatry research*, 295, 113570 8 sider

- Lee, S. A., & Crunk, E. A. (2020). Fear and psychopathology during the COVID-19 crisis: neuroticism, hypochondriasis, reassurance-seeking, and coronaphobia as fear factors. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222820949350. 14 sider
- Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 74, 102268. 4 sider
- Liu, Y., Chen, H., Zhang, N., Wang, X., Fan, Q., Zhang, Y., Huang, L., Hu, B., & Li, M. (2021). Anxiety and depression symptoms of medical staff under COVID-19 epidemic in China. *Journal of Affective Disorders*, 278, 144–148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.004> 5 sider
- Lorente, L., Vera, M., & Peiró, T. (2020). Nurses' stressors and psychological distress during the COVID-19 pandemic: The mediating role of coping and resilience. *Journal of Advanced Nursing*. 10 sider
- Lupe, S. E., Keefer, L., & Szigethy, E. (2020). Gaining resilience and reducing stress in the age of COVID-19. *Current opinion in gastroenterology*, 36(4), 295-303. 9 sider
- Madanes, S. B., Levenson-Palmer, R., Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Jennings, E. L., Anbarasan, D., & Simon, N. M. (2020). Acute stress disorder and the COVID-19 pandemic. *Psychiatric Annals*, 50(7), 295-300. 6 sider
- Marroquín, B., Vine, V., & Morgan, R. (2020). Mental health during the COVID-19 pandemic: Effects of stay-at-home policies, social distancing behavior, and social resources. *Psychiatry research*, 293, 113419. 9 sider

- Mei, Q., Wang, F., Bryant, A., Wei, L., Yuan, X., & Li, J. (2021). Mental health problems among COVID-19 survivors in Wuhan, China. *World Psychiatry*, 20(1), 139-2 sider
- Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: theoretical explanations and clinical implications. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13. 11 sider
- Moretti, A., Menna, F., Aulicino, M., Paoletta, M., Liguori, S., & Iolascon, G. (2020). Characterization of Home Working Population during COVID-19 Emergency: A Cross-Sectional Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6284. 12 sider
- Müller, J. M., Postert, C., Beyer, T., Furniss, T., & Achtergarde, S. (2010). Comparison of eleven short versions of the Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R) for use in the assessment of general psychopathology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 246-254. 9 sider
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2017). Kapittel 1: Med mennesket i centrum. In: Simonsen, E. & Møhl, B. (2017). *Grundbog i psykiatri* (2. utg.). Bosnia & Herzegovina: Hans Reitzels Forlag. (pp. 29-61) 31 sider
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2017). Kapittel 5: At lytte til patienten. In: Simonsen, E. & Møhl, B. (2017). *Grundbog i psykiatri* (2. utg.). Bosnia & Herzegovina: Hans Reitzels Forlag. (pp. 133-149) 33 sider
- Nes, R. B., Aarø, L. E., Vedaa, Ø. & Nilsen, T. S. (2020). Livskvalitet og psykisk helse under koronaepidemien november-desember 2020. Hentet fra: <https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/livskvalitet-og-psykisk-helse-under-koronaepidemien--nov-des-2020/> 1 side

- Nettelbladt, P., Hansson, L., Stefansson, C. G., Borgquist, L., & Nordström, G. (1993). Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 28(3), 130-133. 3 sider
- Norsk Psykologforening. (2021, 28. februar) *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer> 7 sider
- Nystad, W., Hjellvik, V., Larsen, I. K., Ariansen, I., Helland, E., Johansen, K. I., Gulbrandsen, J., Gulseth, H. L., Eide, H. N., Håberg, S. E., Karlstad, Ø. & Bakken, I. J. (2020). Underliggende tilstander hos voksne med covid-19. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 14 sider
- Næss, S. (2001). Livskvalitet som psykisk velvære. *Tidsskrift for den Norske legeforening*. nr. 16, 2001; 121: 1940–4 4 sider.
- O'Connor, R., Wetherall, K., Cleare, S., McClelland, H., Melson, A., Niedzwiedz, C., O'Carroll, R., O'Connor, D., Platt, S., Scowcroft, E., Watson, B., Zortea, T., Ferguson, E., & Robb, K. (2020). Mental health and well-being during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. *British Journal of Psychiatry*, 1–8. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.212> 8 sider
- Oslo Universitetssykehus (2016, 17. oktober). *Sjemaskuff - FORMI*. Hentet 1. April 2021 fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/nevroklinikken/forskning-og-utvikling-nevroklinikken/forsknings-og-formidlingsenheten-for-muskelskjeletthelse-formi/skjemaskuff-formi> 1 side

- Osman, A., Wong, J. L., Bagge, C. L., Freedenthal, S., Gutierrez, P. M., & Lozano, G. (2012). The depression anxiety stress Scales—21 (DASS-21): further examination of dimensions, scale reliability, and correlates. *Journal of clinical psychology*, 68(12), 1322-1338. 27 sider
- Pallant, J. (2011). 13. Multiple Regression. In Survival manual. *A step by step guide to data analysis using SPSS*, 4. 20 sider
- Paul, E., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2021). Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. *The Lancet Regional Health-Europe*, 1, 100012. 10 sider
- Pedersen, G., Kvarstein, E. H., & Wilberg, T. (2017). The Work and Social Adjustment Scale: Psychometric properties and validity among males and females, and outpatients with and without personality disorders. *Personality and mental health*, 11(4), 215-228. 14 sider
- Pelikan, E. R., Lüftenegger, M., Holzer, J., Korlat, S., Spiel, C., & Schober, B. (2021). Learning during COVID-19: the role of self-regulated learning, motivation, and procrastination for perceived competence. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 1-26. 26 sider
- Diamanti, A. P., Cattaruzza, M., Di Rosa, R., Del Porto, F., Salemi, S., Sorgi, M., Martin Martin, L., Rai, A., Iacono, D., Sesti, G., Alessandri, G., & Laganà, B. (2020). Psychological Distress in Patients with Autoimmune Arthritis during the COVID-19 Induced Lockdown in Italy. *Microorganisms (Basel)*, 8(11). <https://doi.org/10.3390/microorganisms8111818> 13 sider
- Pieh, C., Budimir, S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of psychosomatic research*, 136, 110186. 9 sider

- Regjeringen. (2021, 30. april). Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19 pandemi - utfordringsbilde og anbefalte tiltak. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/livskvalitet-psykisk-helse-og-rusmiddelbruk-under-covid-19-pandemi/id2846714/> 85 sider
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). Psykisk helse i Norge. *Oslo: Norwegian Institute of public health*. 178 sider
- Rettie, H., & Daniels, J. (2020). Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*. 11 sider
- Rossi, R., Socci, V., Talevi, D., Mensi, S., Niolu, C., Pacitti, F., Di Marco, A. Rossi, A., Siracusano, A. & Di Lorenzo, G. (2020). COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Frontiers in psychiatry*, 11, 790. 6 sider
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57–57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w> 11 sider
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring*. (IS-2655). Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf 54 sider

- Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O. S., Sørensen, T., & Bruusgaard, D. (1998). Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33(7), 345-354. 10 sider
- Schmalbach, B., Zenger, M., Tibubos, A. N., Kliem, S., Petrowski, K., & Brähler, E. (2021). Psychometric properties of two brief versions of the Hopkins Symptom Checklist: HSCL-5 and HSCL-10. *Assessment*, 28(2), 617-631. 15 sider
- Selye, H. (1999). Stress; the general adaption syndrome and dissonances of adaptation. In Clark, H., Chandler, J., & Barry, J. *Organisation and identities*. Int. Thomson business Press. 3 sider
- Shah, K., Kamrai, D., Mekala, H., Mann, B., Desai, K., & Patel, R. (2020). Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Cureus (Palo Alto, CA)*, 12(3), e7405–e7405. <https://doi.org/10.7759/cureus.7405> 8 sider
- Sheha, D. S., Abdel-Rehim, A. S., Abdel-Latif, O. M., Abdelkader, M. A., Raafat, R. H., Sallam, S. A., & Mostafa, N. S. (2021). Level of asthma control and mental health of asthma patients during lockdown for COVID-19: a cross-sectional survey. *The Egyptian Journal of Bronchology*, 15(1), 1-10 10 sider
- Sigurvinsdottir, R., Thorisdottir, I. E., & Gylfason, H. F. (2020). The impact of COVID-19 on mental health: The role of locus on control and internet use. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 6985. 15 sider

- Sivertsen, B. (2021). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse - Hovedrapport*.
Hentet fra
<https://sioshotstorage.blob.core.windows.net/shot2018/SHOT2021.pdf> 55
sider
- Spitzenstätter, D., & Schnell, T. (2020). The existential dimension of the pandemic: Death attitudes, personal worldview, and coronavirus anxiety. *Death studies*, 1-11. 11 sider
- Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian journal of psychiatry*, 51, 102119. 4 sider
- Stanisławski, K. (2019). The coping circumplex model: an integrative model of the structure of coping with stress. *Frontiers in psychology*, 10, 694. 23 sider
- Steel, P. (2007). The nature of procrastination: a meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure. *Psychological bulletin*, 133(1), 65. 30 sider
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic journal of psychiatry*, 57(2), 113-118. 6 sider
- Suzuki S., Ito D. (2013) Psychological Stress. In: Gellman M.D., Turner J.R. (eds) *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer, New York, NY. [https://doi-org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-1-4419-1005-9_421](https://doi.org.zorac.aub.aau.dk/10.1007/978-1-4419-1005-9_421) 1 side
- Svartdal, F. (2017). Prokrastinering og depresjon. *Psykologisk tidsskrift*. 10 sider
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55.
<https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd> 3 sider

- Taylor, S. (2019). Chapter 1: What is a pandemic? (pp.1-14), Chapter 2: Contemporary methods for managing pandemics (pp. 15-22), Chapter 3: Psychological reactions to pandemics (pp. 23-38), Chapter 4: Personality traits as emotional vulnerability factors (pp. 39-48), Chapter 5: Cognitive-behavioral models of health anxiety (pp. 49-56). In: *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing. 57 sider.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(3), 167-176.10 sider
- Tyrer, P. (2020). COVID-19 health anxiety. *World Psychiatry*, 19(3), 307. 2 sider
- Van Rheenen, T. E., Meyer, D., Neill, E., Phillipou, A., Tan, E. J., Toh, W. L., & Rossell, S. L. (2020). Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Journal of affective disorders*, 275, 69–77. 9 sider
- Vensgaard, K. (2015). 4. Kritisk rationalisme. I Hviid Jacobsen, M., Lippert-Rasmussen, K., & Nedergaard, P. (2015). *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. (3. udgave.). Hans Reitzel. 133-168. 36 sider
- Ventevogel, P., de Vries, G., Scholte, W., Shinwari, N., Faiz, H., Nassery, R., van den Brink, W., & Olff, M. (2007). Properties of the Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) and the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) as screening instruments used in primary care in Afghanistan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 328–335.
<https://doi.org/10.1007/s00127-007-0161-8> 8 sider

- Vindbjerg, E., Mortensen, E. L., Makransky, G., Nielsen, T., & Carlsson, J. (2021). A Rasch-based validity study of the HSCL-25. *Journal of Affective Disorders Reports*, 100096. 9 sider
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531-542. 12 sider
- Voigt, P., & von dem Bussche, A. (2017). 1. Introduction and 'checklist'. In *The EU General Data Protection Regulation (GDPR) : A Practical Guide* (Elektronisk udgave.). Springer International Publishing. 7 sider
- Walker, G., & McCabe, T. (2021). Psychological defence mechanisms during the COVID-19 pandemic: A case series. *The European Journal of Psychiatry*, 35(1), 41-45. 5 sider
- Wang, Y., Shi, L., Que, J., Lu, Q., Liu, L., Lu, Z., Xu, Y., Liu, J., Sun, Y., Meng, S., Yuan, K., Ran, M., Lu, L., Bao, Y., & Shi, J (2021). The impact of quarantine on mental health status among general population in China during the COVID-19 pandemic. *Molecular psychiatry*, 1-10 10 sider
- Wang, Y., Kala, M. P., & Jafar, T. H. (2020). Factors associated with psychological distress during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the predominantly general population: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 15(12), e0244630. 27 sider
- Wilhelmsen, I. (2002). Hypokondri og kognitiv terapi. *Tidsskriftet den Norske Lægeforening*, 122(11), 1126-1129. 4 sider
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*, 9(1), 1-18. 18 sider

Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Charney, D. S., & Mathé, A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 7, 10. 15 sider

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A. & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders* 10 sider

Yalom, I. D. (1980). Chapter 1: Introduction (pp. 3-26), Chapter 2: Life, Death and Anxiety (pp. 29-74), Chapter 4: Death and Psychopathology (pp. 110-158). In: *Existential psychotherapy*. Basic Books. 118 sider

Yang, H., & Ma, J. (2020). How an epidemic outbreak impacts happiness: Factors that worsen (vs. protect) emotional well-being during the coronavirus pandemic. *Psychiatry research*, 289, 113045. 5 sider

Yıldırım, M., & Solmaz, F. (2020). COVID-19 burnout, COVID-19 stress and resilience: Initial psychometric properties of COVID-19 Burnout Scale. *Death Studies*, 1-9. 9 sider

Yurdugül, H. (2008). Minimum sample size for Cronbach's coefficient alpha: a Monte-Carlo study. *Hacettepe Üniversitesi eğitim fakültesi dergisi*, 35(35), 1-9. 9 sider

Zacher, H., & Rudolph, C. W. (2020). Individual differences and changes in subjective wellbeing during the early stages of the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*. (50-62) 13 sider

Zhang, W. R., Wang, K., Yin, L., Zhao, W. F., Xue, Q., Peng, M., Tian, Q., Leng, H. X., Du, J.L. & Chang, H., & Wang, H. (2020). Mental health and

psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and psychosomatics*, 89(4), 242-250 9 sider

Totalt: 2655 sider pensum, hvorav 869 er tidligere anvendt