

# Sambandet mellan positiv psykisk hälsa och psykisk ohälsa

En studie av ett representativt sampel från västra Finland

Jenny Vilén

Magisteravhandling i utvecklingspsykologi

Socialvetenskapliga institutionen

Åbo Akademi i Vasa

Handledare: Kaj Björkqvist

Hösten 2014

## Abstrakt

**Syfte:** Att bidra till förståelsen av positiv psykisk hälsa och dess samband med psykosociala faktorer och förekomsten av psykiatriska symptom. Sambandet mellan psykiskt välmående och faktorer såsom kön, ålder och språktillhörighet undersöks också i studien.

**Metod:** Studien bygger på datamaterial från undersökningen Enkät om psykisk hälsa i västra Finland 2014 (Western Finland Mental Health Survey 2014 – WFMHS). Samplet bestod av 3 531 personer i åldrarna 15–80. I studien används Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (Stewart-Brown et al., 2009) som instrument för att mäta positiv psykisk hälsa.

**Resultat:** Undersökningen påvisade ett samband mellan höga värden för positiv psykisk hälsa, starkt socialt kapital, en stark känsla av bemästring och låg nivå av symptom på depression och psykisk belastning. Man fann även ett samband mellan att ha blivit utsatt för våld under barndomen och ett större alkoholmissbruk och sämre positiv psykisk hälsa. Personer med annat modersmål än svenska och finska hade signifikant sämre positiv psykisk hälsa i jämförelse med svensk- och finskspråkiga.

**Konklusion:** Eftersom höga värden för positiv psykisk hälsa har konstaterats ha ett samband med låga värden för psykiatriska symptom stöder undersökningen tanken att samhället kunde arbeta hälsofrämjande i högre grad än tidigare för att förebygga psykisk ohälsa.

*Sökord:* positiv psykologi, positiv psykisk hälsa, psykisk ohälsa, psykosociala faktorer

## Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	1
1.1 Syfte.....	1
1.2 Bakgrund.....	1
1.3 Salutogenes och psykisk hälsa.....	2
1.4 Positiv psykologi.....	3
1.5 Positiv psykisk hälsa.....	4
1.5.1 Hedonistiskt och eudaimoniskt perspektiv på psykisk hälsa.....	5
1.5.2 Flourishing: Att blomstra.....	6
1.5.3 Positiv psykisk hälsa och ålderskillnader.....	7
1.5.4 Positiv psykisk hälsa och könsskillnader.....	8
1.6 Psykosociala faktorer och psykisk hälsa.....	9
1.6.1 Känsla av bemästring.....	9
1.6.2 Socialt kapital.....	10
1.7 Åga och psykisk hälsa.....	10
1.8 Alkoholproblem och psykisk hälsa.....	11
1.9 Hälsoskillnader mellan majoritets- och minoritetsgrupper.....	12
1.10 Hypoteser.....	13
2. Metod.....	14
2.1 Sampel.....	14
2.2 Instrument.....	15
2.3 Procedur.....	17
3. Resultat.....	18
3.1 Skillnader i positiv psykisk hälsa mellan åldersgrupper i relation till kön.....	18
3.2 Skillnader i positiv psykisk hälsa mellan språkgrupper i relation till ålder.....	20
3.3 Skillnader i positiv psykisk hälsa mellan språkgrupper i relation till kön.....	21
3.4 Korrelation mellan positiv psykisk hälsa och andra skalor i undersökningen.....	23
3.5 Relationen mellan positiv psykisk hälsa, psykosociala faktorer och psykisk ohälsa.....	24
3.6 Relationen mellan positiv psykisk hälsa och depression.....	26
4. Diskussion.....	28
4.1 Resultatdiskussion.....	28
4.2 Metoddiskussion och undersökningens begränsningar.....	29
4.4 Förslag till framtida forskning.....	30
Referenser.....	31
Bilaga 1.....	37

# 1. Introduktion

## *1.1 Syfte*

Syftet med denna avhandling är att bidra till förståelsen av positiv psykisk hälsa och dess samband med psykosociala faktorer och förekomsten av psykiatriska symptom. Studien undersöker även samband mellan psykiskt välmående och faktorer såsom kön, ålder och språktillhörighet. Avhandlingen bygger på datamaterial från undersökningen Enkät om psykisk hälsa i västra Finland 2014 (Western Finland Mental Health Survey 2014 – WFMHS). Undersökningen utfördes av Institutet för hälsa och välfärd (THL) i samarbete med Åbo Akademi och andra aktörer. Undersökningen är en replikering, med vissa tillägg, på tidigare undersökningar utförda 2005, 2008 och 2011. Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being scale (Stewart-Brown, Tennant, Tennant, Platt, Parkinson, & Weich, 2009) som mäter positiv psykisk hälsa är ett sådant tillägg.

## *1.2 Bakgrund*

Psykisk ohälsa är ett internationellt fenomen som kan drabba individer i alla åldrar, både fattiga och rika och människor i såväl urbana som i rurala områden (WHO, 2001). Kessler (2004, 2010) konstaterar att i varierande länder som exempelvis USA, Frankrike och Ukraina lider upp emot 20 procent av befolkningen av psykisk ohälsa. Att någon gång under livet drabbas av tillfällig eller mer långvarig psykisk ohälsa blir allt vanligare (Kessler, 2010). Upp emot 450 miljoner människor världen över uppskattas lida av neuropsykiatriska sjukdomar så som schizofreni, post traumatiskt stress syndrom och bipolär sjukdom (WHO, 2001). Att drabbas av psykisk ohälsa påverkar inte bara den enskilda individen och dess närstående, utan det innebär även en ekonomisk belastning för samhället (WHO, 2001). Diskrimination och stigma är även två allvarliga faktorer som ofta medföljer psykisk ohälsa. Den höga statistiken över psykisk ohälsa är ett skäl till varför vidare forskning inom området behövs.

Historiskt sett har överlägset mest resurser och tid inom psykologisk forskning investerats inom det patogena området (Ryan & Deci, 2001; Seligman, 2000). Under efterkrigstiden grundades Veterans Administration (1946) och National Institute of Mental Health (1947) i USA. I samband med detta blev det också mer lönsamt att forska inom det patogena än inom den salutogena, positiva psykologin. Detta ledde dock till stora framsteg, och åtminstone 14 tidigare svårbehandlade psykiska sjukdomar kunde nu antingen botas eller väsentligt underlättas. Forskningen har koncentrerat sig på psykiska sjukdomar och vilken

negativ inverkan olika stressorer i närmiljön, till exempel skilsmässa, äga och bortgång av nära och kära, har på individen. Det negativa med denna utveckling är att forskning om hur man kan göra människors liv bättre har hamnat i bakgrunden. Trots all fokusering på det patogena har ändå fokus i viss mån riktats mot psykisk tillväxt och hälsa under perioder av ekonomisk framgång i samhället (Ryan & Deci, 2001). Detta kan förklaras med att man under dessa perioder uppmärksammat att pengar och välfärd inte är något som automatiskt medför lycka.

Trots att forskningen mestadels riktat sig mot psykisk ohälsa fortsätter illamåendet att öka i världen. Folkhälsopolitiken har strävat efter att skapa hälsa genom att reducera sjukdom, men Keyes och Michalec (2010) ställer sig frågan om det är tillräckligt. Hälsa är inte enbart frånvaro av sjukdom, så varför enbart fokusera på vad det är som gör oss sjuka?

### *1.3 Salutogenes och psykisk hälsa*

Antonovsky (1979) framhåller vikten av att fokusera på vad det är som gör att människor hålls friska trots påfrestningar i form av stress och kriser. Detta är huvudfrågan inom salutogenes. Begreppet *salutogenes* myntades av Antonovsky och härstammar från *salus* som betyder hälsa, och *genesis* som betyder ursprung. Salutogenes är motsatsen till patogenes, som fokuserar på uppkomsten och utvecklingen av ohälsa och sjukdom. Den salutogena modellen strävar i stället efter att undersöka vad det är som upprätthåller hälsa. Inom salutogenes betraktar man även hälsa på ett kontinuum, där hälsa och sjukdom ses som motsatta poler på en dimension, och man kan befinna sig var som helst mellan dessa. Detta kontinuum kallas ofta för health ease/dis-ease. Enligt Antonovsky (1987) finns det en grundläggande dikotomi mellan friska och sjuka människor. Det behövs både resurser för att hålla människor friska och för att förhindra att de blir sjuka. Salutogenes möjliggör för individer, grupper, organisationer och samhällen att lägga tonvikten på styrkor, resurser och förmågor för att skapa en känsla av samhörighet (Lindström & Eriksson, 2009).

Generella motståndsresurser, GMR, definieras som karaktärsdrag som underlättar en effektiv stresshantering (Antonovsky, 1979). GMR är alltså olika faktorer, inlärd eller medärvda, som hjälper människan att framgångsrikt klara av stressfyllda situationer och utmaningar. Starka generella motståndsresurser är en förutsättning för en stark Känsla av Sammanhang, KASAM. KASAM definieras som en uppfattning av världen som förutsägbar och begriplig. Antonovsky (1987) urskiljer tre centrala komponenter i KASAM: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Om man upplever att man förstår omvärlden, att man kan

hantera situationer, och att man ser mening i det som händer har man en stark KASAM, vilket enligt Antonovsky är en förutsättning för god psykisk hälsa. KASAM har ofta använts som ett sätt att mäta positiv psykisk hälsa. Personer med stark KASAM har ofta färre psykosomtiska symptom och känner mindre känslomässig utmattning än personer med svag KASAM (Feldt, 1997). Stark KASAM har även visat sig ha ett samband med generellt bättre psykisk hälsa, färre fysiska symptom på stress, färre sjukdagar och färre läkarbesök (Pallant & Lae 2002). Forskningsresultat visar även att personer med hög KASAM tenderar att ha en positivare inställning till olika situationer och använda sig av aktiva, problemfokuserade copingmetoder. Sådana personer tenderar också att använda alkohol och droger i lägre utsträckning än personer med lägre KASAM. Man har också kunnat påvisa ett samband mellan stark KASAM och god psykisk hälsa vid en senare tidpunkt i livet (Suominen, Helenius, Blomberg, Uutela, & Koskenvuo, 2001).

#### *1.4 Positiv psykologi*

Seligman och Csikszentmihalyi (2000) beskriver positiv psykologi som en vetenskap som definierar och stärker sådana egenskaper som får individer, grupper och samhällen att blomstra. Målet med positiv psykologi är att skapa en förändring och ett fokusskifte från att enbart reparera det som inte fungerar till att också förbättra de bästa egenskaperna i livet (Seligman, 2002).

Seligman (2011) framhåller vikten av att definiera lycka och urskiljer tre olika delar: positiva känslor, engagemang och meningsfullhet. Den första delen, positiva känslor, inbegriper det man känner, som till exempel njutning och tröst. Den andra delen, engagemang, handlar om att man kan helt och fullt uppgå i en aktivitet och att tidsuppfattning och självmedvetenhet försvinner under processen. Detta brukar benämnas flow: ett psykiskt tillstånd där man är starkt koncentrerad på en uppgift, har en känsla av kontroll över situationen och njuter av det man gör (Nakamura & Csikszentmihalyi, 2002). Den sista och tredje delen av lycka är meningsfullhet, vilket innebär en känsla av att aktivt vara del av något som man upplever är större än en själv (Seligman, 2011). Målet med positiv psykologi är att öka välmående genom att stärka och öka positiva känslor, engagemang, meningsfullhet, positiva relationer och prestationer.

Under 2000-talet har positiv psykisk hälsa och välmående fått betydligt mer uppmärksamhet än tidigare (Gable & Haidt, 2005; Ryan & Deci, 2001). Positiv psykologi har kraftigt ökat i popularitet under en kort tid, vilket märks på många olika sätt. Mer resurser har

satts på att undersöka positiv psykisk hälsa och kartlägga vilka faktorer som påverkar vår hälsa positivt. Man har utarbetat instrument som är utformade för att undersöka psykisk hälsa ur ett positivt perspektiv.

### *1.5 Positiv psykisk hälsa*

Hur man definierar välmående och psykisk hälsa påverkar samhället på flera olika plan, till exempel regeringspraxis, undervisning och föräldraskap (Ryan & Deci, 2001). Världshälsoorganisationen WHO beskriver hälsa som ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, och inte endast som frånvaro av sjukdom (WHO, 2004). Av detta kan man dra slutsatsen att psykisk hälsa är en del av den allmänna hälsan, att psykisk hälsa är mer än frånvaro av sjukdom och att psykisk hälsa direkt kan sammankopplas med fysisk hälsa. Termen psykisk hälsa inbegriper enligt WHO (2001) subjektivt välmående, upplevd självförmåga och självförverkligande av ens intellektuella och emotionella potential.

Positiv psykisk hälsa innebär kort sagt att man mår bra och att man fungerar effektivt i sitt dagliga liv (Huppert, 2009). Man kan beskriva psykisk hälsa som en multidimensionell konstruktion som innefattar självkänsla, kontroll och förmåga att upprätthålla meningsfulla relationer med andra (Scheid & Brown, 2010). Psykiskt välmående innebär inte att man känner sig lycklig hela tiden; att möta motgångar och känna negativa känslor är en del av livet (Huppert, 2009). Begreppet ”att må bra” innefattar förutom tillfredsställelse också intresse, engagemang och en känsla av samhörighet. Att förstå vad begreppet psykisk hälsa innebär är viktigt för att kunna förstå hur psykisk ohälsa uppstår och hur man kan göra för att undvika sådan (WHO, 2001). Man bör även känna till att psykisk hälsa och psykisk störning representerar helt olika teorier och forskningsområden som påverkas av vår benägenhet att skilja mellan frisk och sjuk samt mellan normal och onormal (Scheid & Brown, 2010).

Vidare bör man notera att det existerar två olika syner på hur man skiljer mellan psykisk hälsa och sjukdom. Man kan å ena sidan betrakta hälsa och sjukdom som motsatser till varandra, med andra ord är man antingen frisk eller sjuk. Det salutogena synsättet betraktar å andra sidan psykisk hälsa och sjukdom i termer av ett kontinuum, där hälsa och sjukdom finns i olika ändor och de flesta placerar sig någonstans mitt emellan (Antonovsky, 1979). Med detta menas att det finns olika nivåer av friskhet och sjukdom. Westerhof och Keyes (2010) presenterar en så kallad ”dubbelkontinuum-modell” (The Two Continua Model) som betraktar psykisk hälsa och ohälsa som tillhörande två skilda dimensioner: två skilda kontinuum. Denna modell hävdar att en lägre nivå av psykisk sjukdom inte nödvändigtvis innebär bättre psykisk

hälsa. Det ena kontinuet representerar närvaro eller frånvaro av mental hälsa, medan det andra kontinuet representerar närvaro eller frånvaro av psykisk sjukdom. Westerhof och Keyes hävdar man får den mest heltäckande bilden genom att använda denna modell vid forskning om mental hälsa, eftersom den stöder synen på psykisk hälsa som ett komplext och mångfacetterat begrepp. I en undersökning om psykisk hälsa användes dels en skala som bestod av 15 positiva item från skalan General Health Questionnaire som undersökte positiv psykisk hälsa, och dels en skala som mätte symptom på psykiska störningar (Huppert & Whittington, 2003). Även om man kunde påvisa en signifikant korrelation mellan de olika skalorna, fanns det en betydande del som antingen hade låga eller höga resultat på bägge skalorna. Detta ifrågasätter den salutogena synen på hälsa och sjukdom och bekräftar samtidigt dubbelkontinuum-modellen (Antonovksy, 1979; Westerhof & Keyes, 2010). Huppert och Whittington (2003) betonade dock att varken handikapp eller kroniska sjukdomar hade någon signifikant inverkan på nivån av positiv psykisk hälsa. Kelley och Wearing (1993) undersökte sambandet mellan depression, ångest, tillfredsställelse med livet och positiva affekter. De kunde konstatera att man väldigt sällan kan känna sig tillfreds med livet och vara deprimerad på samma gång. Däremot kan man samtidigt känna både tillfredsställelse och ångestkänslor. Detta är ännu ett exempel på hur psykisk hälsa är ett mer komplext begrepp än enbart frånvaro av sjukdom.

### 1.5.1 Hedonistiskt och eudaimoniskt perspektiv på psykisk hälsa

Att psykisk hälsa är ett komplext begrepp har konstaterats. Nuvarande forskning om psykisk hälsa och välmående härstammar från två olika, men ändå överlappande, perspektiv: det hedonistiska synsättet och det eudaimoniska synsättet. Det hedonistiska synsättet fokuserar på lycka och definierar välmående utgående från sökandet efter njutning och undvikande av lidande. Det eudaimoniska synsättet på välmående koncentrerar sig mer på meningsfullhet och självförverkligande. Enligt det eudaimoniska synsättet definieras välmående utgående från hur väl en individ fungerar i vardagen (Ryan & Deci, 2001).

Det hedonistiska synsättet har en lång historia (Ryan & Deci, 2001). Begreppet hedonism härstammar från den grekiska filosofen Aristippos som levde på 400-talet före Kristus. Enligt Aristippos var det yttersta målet med livet att uppleva så mycket njutning som möjligt.

Kahneman, Diener och Schwarz (1999) beskriver hedonistisk psykologi som läran om vad som gör att erfarenheter upplevs som angenäma eller obehagliga. Hedonistisk psykologi fokuserar på känslor som njutning och smärta, intresse och tristess och glädje och sorg. Även



om ordet ”hedonistisk” ofta används för att beskriva enbart njutning, undersöker hedonistisk psykologi också negativa känslor.

Aristoteles betraktade hedonistisk lycka som ett vulgärt ideal som fick människor att närmast slaviskt bejaka sina begär (Ryan & Deci, 2001). Enligt Aristoteles upptäcks den sanna lyckan genom handlingar som baserar sig på dygder. Med andra ord är inte subjektiv lycka alltid det samma som välmående. Eudaimoniska teorier hävdar att alla begär inte bör bejakas, eftersom detta sist och slutligen inte leder till ökat välmående. Enligt Waterman (1993) uppstår eudaimoniskt välmående då människors handlingar överensstämmer med djupt rotade värderingar. Under sådana omständigheter skulle människan känna sig oerhört levande och autentisk; som sitt sanna jag. Denna upplevelse beskriver Waterman som *personal expressiveness*. Hedonistisk lycka och att uttrycka sig själv är starkt korrelerade, men likväl förknippas de med olika beteenden. Aktiviteter som möjliggör personlig utveckling förknippas i större utsträckning med *personal expressiveness* än med hedonistisk lycka. Keyes (2013) förklarar kort skillnaden mellan det hedonistiska och eudaimoniska perspektivet på välmående: man mår bra eller fungerar bra i livet. Det hedonistiska synsättet undersöker emotionellt, subjektivt välmående, medan det eudaimoniska synsättet fokuserar på psykologiskt välmående där individer redogör för hur väl de fungerar i sina liv i stället för vilka känslor de har för livet.

### 1.5.2 Flourishing: Att blomstra

Inom positiv psykologi strävar man efter att människor och samhällen ska blomstra. En individ som är vid fullständigt god psykisk hälsa med hög nivå av välmående blomstrar, och begreppet *flourishing* används för att beskriva detta (Keyes, 2002). Motsatsen till *flourishing* är *languishing*, vilket innebär att man upplever låga nivåer av psykiskt välmående, vilket dock inte nödvändigtvis innebär att man lider av psykisk ohälsa. Människor som klassificeras som *languishing* brukar uppge att livet känns tomt och meningslöst.

Faktum är att en majoritet av befolkningen inte lider av någon psykisk sjukdom, men alla individer lever kanske inte fullt produktiva och hälsosamma liv (Keyes, 2005). Keyes och Michalec (2010) framhåller att frånvaro av psykisk sjukdom inte automatiskt betyder närvaro av psykisk hälsa. Keyes (2002) kartlade nivåer av psykisk hälsa i en undersökning som omfattade 3 032 vuxna i USA i åldrarna 25–74. Enligt undersökningen var det endast 17,2 procent som ansågs blomstra, medan 12,1 procent saknade positiv psykisk hälsa (*languishing*). Den största delen, 65,1 procent, låg mitt emellan och ansågs vara måttligt

psykiskt friska. Av deltagarna i undersökningen hade 14,1 procent lidit av en kraftig depression under det senaste året. Av dessa kunde 4,7 procent också kategoriseras som languishing, medan 9,4 inte hörde till denna kategori. Resultatet visar att frånvaro av positiv psykisk hälsa är en möjlig riskfaktor för att senare i livet drabbas av depression. Även senare forskning har kunnat påvisa samma resultat. En studie av ett representativt sampel i USA visade att förekomsten av depression, ångeststörningar och alkoholmissbruk minskade då den positiva psykiska hälsan ökade (Keyes, 2005). Individer vid fullständigt god hälsa, det vill säga flourishing, upplevde minst hälsorelaterade begränsningar i vardagen och förlorade minst antal arbetsdagar. De hade även en högre nivå på psykosocialt beteende än andra.

En longitudinell studie undersökte samband mellan positiv psykisk hälsa och psykiska störningar år 1995 och 2005 i USA (Keyes, Dhingra, & Simoes, 2010). Resultatet visade, i likhet med tidigare forskning, att nivån av positiv psykisk hälsa har en avgörande roll för huruvida man löper risk för att drabbas av någon psykisk störning. De respondenter som år 2005 fortfarande sedan föregående undersökningstillfälle klassificerades som languishing, eller de som hade försämrats och nu klassificerades som languishing, hade sju gånger mer sannolikt drabbats av en psykisk störning under 2005. Undersökningen visar att förbättrad psykisk hälsa minskar risken att drabbas av en psykisk störning, medan försämrad psykisk hälsa ökar risken.

### 1.5.3 Positiv psykisk hälsa och ålderskillnader

Det finns en hel del forskning som undersöker sambandet mellan ålder och positiv psykisk hälsa, och resultaten är ibland motstridiga. Ryff (1989) konstaterar i sin undersökning att yngre personer och personer i medelåldern hade högre resultat för personlig utveckling än äldre personer, medan äldre och medelålders upplevde en större kontrollkänsla över sin omgivning än de yngre. Generellt sett visade undersökningen att människor i medelåldern mår bättre än både de yngre och de äldre. Däremot konstaterade Blanchflower och Oswald (2008) att det är människor i medelåldern som mår sämst. Blanchflower och Oswald undersökte sambandet mellan ålder och välmående utgående från ett stort sampel, och de påvisade att psykologiskt välmående följer en U-formad kurva under livscykeln. Genom att undersöka ett representativt datamaterial från USA kunde Blanchflower och Oswald konstatera att det subjektiva välmåendet är lägst för män vid ca 53 års ålder och för kvinnor vid ca 39 års ålder. Helliwell (2003) kunde urskilja samma mönster i sin undersökning. Respondenter i åldern 35–44 var minst lyckliga, medan respondenter i åldrarna 18–24 och 55–64 var signifikant mer

lyckliga. De som enligt forskningsresultaten var lyckligast var respondenter i åldern 65 och uppåt.

Andra studier har funnit en mer linjär utveckling, och att den positiva psykiska hälsan stiger ju äldre man blir (Bellis, Lowey, Hughes, Deacon, Stansfield, & Perkins, 2012; Stephens, Dulberg, & Joubert, 1999). Vid en jämförelse mellan subjektivt välmående och psykologiskt välmående hos vuxna har man kunnat konstatera att chansen att få höga poäng för bägge stiger med åldern (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002). Men det finns även studier som funnit ett samband mellan stigande ålder och lägre psykologiskt välmående, dock högre emotionellt välmående. En longitudinell studie i Holland fann att äldre vuxna upplever mer emotionellt välmående, men mindre psykologiskt välmående än yngre vuxna (Westerhof & Keyes, 2010). I undersökningen särskiljdes emotionellt, psykologiskt och socialt välmående. Man kunde inte påvisa att åldern hade något samband med nivån av socialt. Huppert och Whittington (2003) kom fram till att den positiva psykiska hälsan sjunker i takt med stigande ålder för både män och kvinnor. Dock kunde man även påvisa att symptom på psykiska sjukdomar sjönk med åldern. Slutligen kan man konstatera att det finns många olika teorier om ålderns effekt på psykisk hälsa. En del undersökningar har inte påvisat något signifikant samband mellan ålder och psykisk hälsa, utan istället betonas effekter av andra faktorer så som socialt kapital, inkomst och kön (Lehtinen, Sohlman, & Kovess-Masfety, 2005).

#### 1.5.4 Positiv psykisk hälsa och könsskillnader

Forskning har ofta visat att kvinnor i större utsträckning än män lider av psykiatriska symptom så som depression och ångest (Frank, Carpenter, & Kupfer, 1988; Silverstein, 1999). Innebär detta att män samtidigt har bättre positiv psykisk hälsa än kvinnor? Enligt Eurobarometerens undersökning om psykiskt välmående i flera europeiska länder har män överlag högre nivå av psykiskt välmående än kvinnor (Lehtinen et al., 2005). En brittisk studie fick motsvarande resultat (Stephens, Dulberg, & Joubert, 1999). De manliga respondenterna hade signifikant bättre positiv psykisk hälsa än de kvinnliga. Även Roothman, Kirsten och Wissing (2003) kunde konstatera att män generellt hade bättre positiv psykisk hälsa än kvinnor. Det förekom en signifikant skillnad mellan mäns och kvinnors resultat på självförtroende, självacceptans och känsla av personligt värde till männens fördel. Männerna upplevde också i högre utsträckning än kvinnorna att de hade god interpersonell förmåga att handskas med interpersonell stress.

Andra studier har kunnat påvisa motsatsen, nämligen att kvinnor har bättre positiv psykisk hälsa än män. Ryff (1989) konstaterade i sin undersökning att kvinnor hade signifikant högre nivåer av personlig tillväxt och positiva relationer med andra i jämförelse med män. En australiensisk longitudinell undersökning fokuserade på nivån av psykisk hälsa hos den yngre delen av befolkningen (Marks & Fleming, 1999). Forskningen visade att kvinnor hade högre nivåer av välmående än män och dessutom ökade skillnaden då respondenterna blev äldre. Wood, Rhodes och Whelan (1989) framhöll i sin undersökning att kvinnor i större utsträckning hade riktigt höga nivåer av positiv psykisk hälsa jämfört med män, medan det inte förekom signifikanta könsskillnader gällande riktigt låga nivåer av positiv psykisk hälsa. Däremot hade fler män än kvinnor låga nivåer av positiv psykisk hälsa. Könsskillnader beträffande positiv psykisk hälsa är dessvärre inte lika tydliga som när det gäller psykiska problem, eftersom forskningen uppvisar tvetydiga resultat.

### *1.6 Psykosociala faktorer och psykisk hälsa*

Psykosociala faktorer anses ha en stor inverkan på den psykiska hälsan (Ryff, 1989). Bland annat känsla av bemästring och socialt kapital och deras betydelse för psykisk hälsa har ofta varit föremål för forskning (Bovier, Chamot, & Perneger, 2004; Suominen, Välimaa, Tynjälä, & Kannas, 2000; Wilkins & Beaudet, 1998).

#### 1.6.1 Känsla av bemästring

Känsla av bemästring har påvisats ha ett signifikant samband med psykisk hälsa (Pudrovska, Schieman, Pearlin, & Nguyen, 2005; Wilkins & Beaudet, 1998). En studie om stress och hälsa på arbetsplatsen i Canada mätte bland annat arbetstagarnas kontrollkänsla med instrumentet Sense of Mastery och man kunde konstatera att en låg känsla av bemästring korrelerade starkt med psykisk ohälsa (Wilkins & Beaudet, 1998). Bovier et al. (2004) undersökte stress, inre resurser och socialt kapital som avgörande faktorer för psykisk hälsa hos unga vuxna. Känsla av bemästring mättes som en del av inre resurser och ett signifikant samband mellan psykisk hälsa och bemästring upptäcktes. Man kunde även konstatera att en hög nivå av känsla av bemästring fungerade som en skyddande faktor för effekten av stress på hälsan. I undersökningen framkom det också att känsla av bemästring indirekt påverkar den effekt som socialt kapital har på hälsan.

## 1.6.2 Socialt kapital

Socialt kapital är en faktor som har en stark inverkan på den psykiska hälsan (Lindström, Sundquist, & Östergren, 2001; Nyqvist, Finnäs, Jakobsson, & Koskinen, 2008). Man har funnit ett signifikant samband mellan att erhålla socialt stöd från sina föräldrar och bättre självskattad hälsa bland finländska skolbarn (Suominen et al., 2000). Faktorer som uppmuntrande och intresserade lärare och goda relationer till klasskamraterna har även visat sig ha en signifikant positiv effekt på självskattad hälsa. Hyyppä och Mäki (2001) fann ett signifikant positivt samband mellan förtroliga vänskapsrelationer och självupplevd hälsa. De noterade även att medlemskap i religiösa samfund påverkade den självskattade hälsan positivt.

Hur socialt kapital och positiv psykisk hälsa är sammankopplade kan förklaras på två olika sätt. Ett stort socialt kapital med trygga nätverk är bidragande till positiva känslor och erfarenheter och en känsla av förutsägbarhet och stabilitet i livet. Ett starkt socialt kapital innebär också en bekräftelse på det egna människovärdet. Dessutom minskar risken för att drabbas av exempelvis ekonomiska eller juridiska problem om man är en del av ett stort nätverk. Socialt kapital kan även ses som en stressbuffert. Socialt stöd från personer i en människas närmiljö vid en stressfylld situation gör att man inte upplever situationen som lika svår. Stress är känt för att vara en bakomliggande orsak till psykisk ohälsa, och i och med att socialt stöd reducerar stress förklarar det varför socialt kapital och psykisk hälsa är starkt sammankopplade (Cohen & Wills, 1985).

## 1.7 Aga och psykisk hälsa

Finland förbjöd all slags fysisk bestraffning av barn enligt lag, som andra land i världen efter Sverige, år 1983 (Österman, Björkqvist, & Wahlbeck, 2014). Fysisk bestraffning av barn är förbjudet i hela Norden idag, även om barnet inte får några synliga skador av bestraffningen. Så är inte fallet i andra delar i världen, och till exempel i USA är det fortfarande tillåtet för föräldrar att fysiskt bestraffa sina barn.

Att bli utsatt för aga under barndomen har visat sig ha en negativ inverkan på den psykiska hälsan senare i livet (Afifi, Brownridge, Cox, & Sareen, 2006; Moeller & Bachmann, 1993; Straus & Kantor, 1991; Österman et al., 2014). Forskningsresultat har kunnat påvisa en relation mellan aga under barndomen och depression, alkoholmissbruk, schizotyp personlighetsstörning och självmordsbenägenhet (Österman et al., 2014). Afifi et al.

(2006) kunde i en tidigare studie även påvisa ett samband mellan åga under barndomen och en ökad sannolikhet att drabbas av depression, alkoholmissbruk och utåtagerande problematik i vuxenlivet. Moeller och Bachmann (1993) konstaterade dessutom att det finns ett samband mellan frekvensen av åga under barndomen och svårighetsgraden av de problem som uppstår till följd av detta. Åga under barndomen orsakade ett större antal fysiska och psykiska besvär samt en lägre självskattad hälsa.

### *1.8 Alkoholproblem och psykisk hälsa*

Att alkohol ofta har en negativ inverkan på den psykiska hälsan är forskningen helt överens om (Bellis et al., 2012; Paul, Grubaugh, Frueh, Ellis, & Egede, 2011; Suominen et al., 2000). En undersökning om skolbarns självuppleda hälsa i Finland visade att de 15-åringar som aldrig eller endast ett fåtal gånger druckit alkohol så att de blivit ordentligt berusade hade signifikant bättre självupplevd hälsa än de barn som drack alkohol i högre utsträckning (Suominen et al., 2000). Bellis et al. (2012) undersökte nivån av livstillfredsställelse och positiv psykisk hälsa samt relationen mellan dessa och alkoholbruk bland vuxna i Storbritannien. De noterade att de som hade en hög alkoholkonsumtion löpte en större risk att ha sämre livstillfredsställelse. De konstaterade också att en lägre nivå av alkoholkonsumtion fungerade som en skyddsfaktor mot låga värden för positiv psykisk hälsa. Dessutom antydde resultaten att effekten av alkohol på den psykiska hälsan är som störst i fattigare samhällen. En finländsk undersökning jämförde livstillfredsställelse och tre olika faktorer som är förknippade med skadligt alkoholbruk: berusningsdrickande, hög alkoholkonsumtion och att dricka sig medvetslös (Koivumaa-Honkanen, Kaprio, Korhonen, Honkanen, Heikkilä, & Koskenvuo, 2012). Samtliga av dessa bidrog till en lägre nivå av livstillfredsställelse hos respondenterna, och ju kraftigare missbruk, desto sämre livstillfredsställelse. Dessutom kunde man påvisa att en lägre nivå av livstillfredsställelse också i sin tur orsakade ett mer skadligt alkoholbruk.

Både berusningsdrickande och tungt drickande tenderar att vara mer vanligt hos män än kvinnor. Dessutom är enligt en studie personer med högre inkomst och unga vuxna mer benägna att bruka större mängder alkohol. Då man undersökt sambandet mellan alkoholkonsumtion och olika hälsorelaterade faktorer fann man i likhet med tidigare forskningsresultat att berusningsdrickande och tungt drickande korrelerar med en lägre nivå av livstillfredsställelse (Paul et al., 2011).

### *1.9 Hälsoskillnader mellan majoritets- och minoritetsgrupper*

I undersökningar där man har jämfört invandrades självskattade hälsa med ursprungsbefolkningens har man kunnat konstatera att etniska minoriteter ofta lider av sämre hälsa (Dinesen, Nielsen, Mortensen, & Krasnik, 2011; Lindström et al., 2001). I en nederländsk undersökning noterade man att turkiska invandrare led av psykiatriska störningar såsom ångest, depression och sömnlöshet i större utsträckning än majoritetsbefolkningen (Bengi-Arslan, Verhulst, & Crijnen, 2002). Mexikanska kvinnor i USA led oftare av depressiva symptom än anglosaxiska kvinnor i en undersökning som innefattade 1 825 mexikanska invandrarkvinnor i Kalifornien. (Vega, Kolody, Valle, & Hough, 1986). I en studie som undersökte olika etniska gruppers välmående i USA kunde man konstatera att de etniska minoriteternas välmående var sämre än majoritetsgruppens som i det här fallet var anglosaxare (Martinez & Dukes, 1997). Anglosaxarna fick högst resultat då nivåer av självkänsla, självförtroende och känsla av meningsfullhet mättes.

Även om forskningsresultaten antyder att minoritetsgrupper har det sämre ställt än majoritetsgrupper finns det undantag. En minoritetsgrupp som i ett flertal undersökningar har visat sig ha bättre hälsa än majoritetsgruppen är svenskspråkiga finländare (Nyqvist et al., 2008; Suominen et al., 2000). Mortaliteten för finskspråkiga är högre än för svenskspråkiga, och nivåer av arbetslöshet, sjukpension och att bo ensam är högre hos finskspråkiga (Saarela & Finnäs, 2005). Suominen et al. (2000) undersökte självskattad hälsa bland 5 230 svensk- och finskspråkiga skolbarn i Finland. Undersökningen visade att barn med svenska som modersmål hade signifikant högre självskattad hälsa än de finskspråkiga barnen. Skillnaderna kunde inte förklaras med varken bostadsort eller föräldrarnas socioekonomiska status. Även Hyypä et al. (2001) kom fram till liknande resultat i en undersökning om självskattad hälsa hos svensk- och finskspråkiga. Vidare konstaterar Nyqvist et al. (2008) att svenskspråkiga finländare hade bättre självskattad hälsa och bättre psykisk hälsa än finskspråkiga. De svenskspråkiga i undersökningen hade ett större socialt kapital än de finskspråkiga, och man kunde även påvisa ett positivt samband mellan ett stort socialt kapital och både självskattad och psykisk hälsa.

### 1.10 Hypoteser

Utgående från de forskningsresultat som presenterats i introduktionsdelen kunde följande hypoteser beträffande positiv psykisk hälsa ställas.

1. Personer med höga värden för positiv psykisk hälsa har ett starkt socialt kapital och hög nivå av bemästring (Lindström et al., 2001; Nyqvist et al., 2008; Wilkins & Beaudet, 1998).
2. Förekomsten av depression och psykisk belastning är lägre hos personer med högre nivå av positiv psykisk hälsa (Keyes, 2002; Keyes, 2005; Keyes, Dhingra & Simoes, 2010).
3. Om man utsatts för ångest under barndomen resulterar det i sämre psykisk hälsa senare i livet (Afifi et al., 2006; Moeller & Bachmann, 1993; Straus & Kantor, 1991; Österman et al., 2014).
4. Förekomsten av alkoholproblem är högre hos personer med lägre nivå av positiv psykisk hälsa (Bellis et al., 2012; Koivumaa-Honkanen et al., 2012; Paul et al., 2011).
5. Svenskspråkiga förväntas ha bättre psykisk hälsa än finskspråkiga och personer med annat modersmål förväntas ha sämre psykisk hälsa än svensk- och finskspråkiga (Dinesen et al., 2011; Lindström et al., 2001; Nyqvist et al., 2008).

Frågeställningen om huruvida det finns köns- och ålderskillnader gällande nivåer av positiv psykisk hälsa undersöktes också eftersom forskningen inte kan ge entydiga svar. En del forskning har påvisat en linjär utveckling och har konstaterat att den positiva psykiska hälsan förbättras med åldern (Stephens et al., 1999), medan andra har kommit fram till att den försämras med åldern (Huppert & Whittington, 2003). Det finns även forskning som framhåller att människans positiva psykiska hälsa är bäst under unga år och ålderdomen, medan den är sämst i medelåldern (Blanchflower & Oswald, 2008). Gällande könsskillnader har en del funnit att män har bättre positiv psykisk hälsa än kvinnor (Stephens et al., 1999), medan andra har konstaterat motsatsen (Wood et al., 1989).



## 2. Metod

### 2.1 Sampel

Undersökningen Enkät om psykisk hälsa i Västra Finland utfördes år 2014 av Institutet för Hälsa och Välfärd (THL) i samarbete med Åbo Akademi och andra aktörer. Enkät om psykisk hälsa i Västra Finland var ursprungligen en del Österbotten projektet och lanserades för första gången år 2005. Tidigare undersökningar har även utförts år 2008 och 2011. Undersökningen riktade sig till personer i åldern 15–80 år som hörde till sjukvårdsdistrikten i Vasa, Mellersta Österbotten, Syd-Österbotten, och Egentliga Finland.

Ett representativt sampel bestående 10 000 personer i åldern 15–80 år valdes slumpmässigt ut med hjälp av befolkningsregistret. Sammanlagt 3 638 personer besvarade enkäten vilket gav en svarsprocent på 36,4 procent. Svarsprocenten var något lägre än tidigare år. I denna undersökning bestod samplet av 3 531 personer, eftersom en del av svarsblanketterna måste uteslutas på grund av ofullständiga svar. I undersökningen deltog 1 480 män (41,9 procent) och 2 051 kvinnor (58,1 procent). Andelen finskspråkiga i undersökningen var 79,6 procent medan andelen svenskspråkiga var 18,9 procent. Andelen personer med annat modersmål bestod av 1,5 procent i undersökningen.

Eftersom syftet med undersökningen delvis var att jämföra sambandet mellan olika nivåer av positiv psykisk hälsa och psykosociala faktorer och psykisk ohälsa skapades en gruppindelning bestående av tre olika grupper. Grupp I bestod av de som låg en standardavvikelse under medelvärdet för positiv psykisk hälsa eller lägre, medan grupp III bestod av de som låg minst en standardavvikelse över medelvärdet. Grupp I var således den grupp som hade sämst positiv psykisk hälsa och grupp III den som hade bäst positiv psykisk hälsa. Till grupp II räknades de som låg inom en standardavvikelse från medelvärdet och de ansågs vara på medelnivå beträffande positiv psykisk hälsa. Frekvensen deltagare i de olika grupperna presenteras i tabell 1.

Tabell 1  
*Gruppindelning för positiv psykisk hälsa*

	<i>N</i>	<i>Procent %</i>
Grupp I	397	13,4
Grupp II	2162	72,7
Grupp III	413	13,9

## 2.2 Instrument

I denna studie användes instrument för att mäta positiv psykisk hälsa, psykisk belastning, hälsorelaterad livskvalitet, upplevt socialt stöd, bemästring, alkoholproblem, depression och ångest. De utvalda instrumenten användes för att undersöka samband mellan positiv psykisk hälsa och psykosociala faktorer samt psykisk ohälsa. Frågeformuläret innehöll sammanlagt 35 grupperingar av frågor varav de flesta var flervalsfrågor. Frågeformuläret i sin helhet är bifogat som bilaga i slutet av avhandlingen.

För att undersöka positiv psykisk hälsa användes instrumentet Short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS) i undersökningen (Stewart-Brown et al., 2009). SWEMWBS är en förkortad skala bestående av 7 item, medan den ursprungliga WEMWBS skalan inbegriper 14 item (Tennant, Hillier, Fishwick, Platt, Joseph, Weich, Parkinson, Secker, & Stewart-Brown, 2007). WEMWBS och SWEMWBS är instrument som undersöker psykiskt välmående genom att fokusera enbart på positiva aspekter av psykisk hälsa. Skalan består av item som undersöker både hedonistiska och eudaimoniska aspekter av positiv psykisk hälsa. Respondenterna fick ta ställning till olika påståenden som besvarades utgående från en femgradig Likert-skala där alternativen var alltid, ofta, ibland, sällan och inte överhuvudtaget. Varje item kunde ge mellan ett till fem poäng, vilket gör att den högsta möjliga poängsumman är 35 i SWEMWBS. Frågorna som undersöker positiv psykisk hälsa finns representerade under fråga 33 i WFMHS frågeformulär.

För att mäta psykisk belastning användes skalan General Health Questionnaire i undersökningen (Goldberg & Hillier, 1979). GHQ-12 är en förkortad version av skalan, och den fungerar som ett självvärderande verktyg bestående av 12 item som mäter främst psykisk hälsa och välmående samt förekomsten av symptom på depression och ångest. Respondenterna besvarade frågorna utgående från en fyrgradig Likert-skala där alternativen var bättre än vanligt, lika bra som vanligt, sämre än vanligt och mycket sämre än vanligt. Frågorna som rör psykisk belastning är representerade under fråga 19 i frågeformuläret.

I WFMHS användes item 17, 18 och 19 från skalan RAND-36 för att mäta begränsningar i rollfunktioner till följd av känslomässiga problem (Hays, Sherbourne & Mazel, 1993). RAND-36 är en skala bestående av 36 item som mäter hälsorelaterad livskvalitet i åtta olika dimensioner som fokuserar på rollfunktion. Man besvarar frågorna med ja eller nej. Ja-svar poängsattes med 1 poäng och nej-svar med 2 poäng i undersökningen. I frågeformuläret hittas utdraget ur RAND-36 vid fråga 18b.

Upplevt socialt stöd mättes med OSS-3 skalan i undersökningen. OSS-3 är en förkortning för The Oslo 3-item Social Support Scale och undersöker upplevt socialt stöd med hjälp av tre item (Brevik & Dalgard, 1996). Totalpoängen för skalan rör sig mellan 3 och 14 poäng. I frågeformuläret återfinns frågorna gällande socialt stöd under fråga 12.

Sense of Mastery Scale användes i WFMHS för att mäta bemästring (Pearlin & Schooler, 1978). För att mäta graden av bemästring användes en fyrgradig Likert-skala där svarsalternativen sträckte sig från helt av samma åsikt till helt av annan åsikt. Respondenterna får ta ställning till sju olika frågor i formuläret. Varje fråga kan ge ett till fyra poäng, vilket innebär att det högsta möjliga poängtalet är 28. Frågorna som behandlar bemästring hittas under fråga 11 i frågeformuläret.

För att mäta alkoholproblem användes instrumentet AUDIT-C i frågeformuläret (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn & Bradley, 1998). AUDIT-C är ett screening instrument som består av tre item och är förkortad variant av The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT, som består av 10 item. Man undersöker frekvens, konsumtionsmängd och riskbeteende under det senaste året i AUDIT-C. Frågorna som mäter alkoholproblem finns under fråga 27 i frågeformuläret.

Delar av instrumentet The Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF) användes för att mäta depression i undersökningen (Kessler, Andrews, Mroczek, Ustun & Wittchen, 1998). Respondenterna fick ta ställning till 7 frågor som besvarades med ja eller nej. Verktygets placering i frågeformuläret var som fråga 26.

För att mäta åga under barndomen användes skalan Brief Physical Punishment Scale (BPPS) (Österman & Björkqvist, 2007). Skalan består av fyra frågor som besvaras på en femgradig Likert-skala. Svarsalternativen var aldrig, sällan, ibland, ofta och mycket ofta. Den del som undersöker åga under barndomen hittas under fråga 17 i frågeformuläret.

För att mäta reliabiliteten för de olika skalorna som användes i undersökningen gjordes en itemanalys. Reliabilitetsvärdena visas i tabell 2 här nedan.

Tabell 2  
*Reliabilitetsvärden och antalet item i undersökningens skolor*

Skolor	Antal item	Cronbach's $\alpha$
SWEMWBS	7	.88
GHQ-12	12	.90
RAND 36	3	.77
OSS-3	3	.55
Sense of Mastery Scale	7	.79
AUDIT-C	3	.69
CIDI-SF	7	.72
BPPS	4	.76

Reliabilitetsvärdet för skalan OSS-3 var inte tillfredsställande. Skalan användes ändå i undersökningen, eftersom den är väletablerad och använd inom många undersökningar i Europa, fastän Cronbach's alpha ofta visar ett lägre värde än önskvärt.

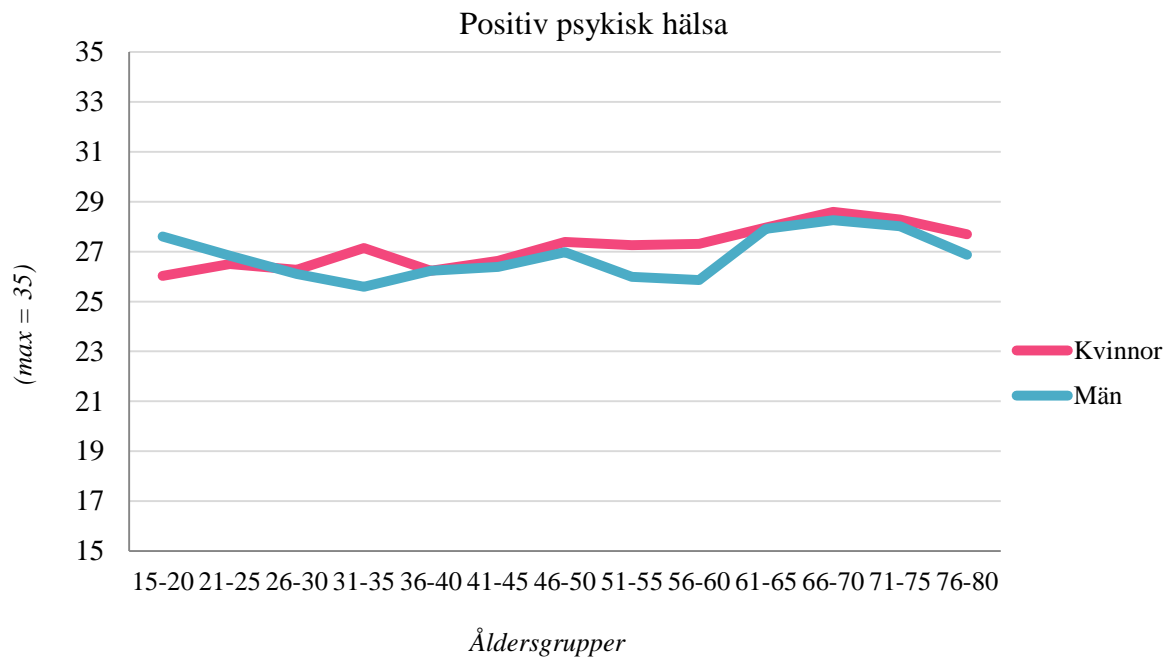
### 2.3 Procedur

Innan frågeformuläret distribuerades till respondenterna sändes förhandsinformation om undersökningen ut i form av ett vykort. Informationen var skriven på både finska och svenska och upplyste respondenterna om undersökningen och om frågeformuläret som skulle skickas till dem. På vykortet fanns även en länk till en webbsida som uppgav utförligare information. Information om hur man skulle gå till väga om man ville ha frågeformuläret på engelska kunde också hittas på vykortet. Efter två veckor skickades frågeformuläret ut till de utvalda deltagarna. Man hade även möjlighet att besvara enkäten på internet genom att ange koden som uppgavs i introduktionstexten till frågeformuläret. Frågeformulären distribuerades i april 2014. Uppföljningskort med en påminnelse skickades även ut till samtliga som erhållit men ännu inte returnerat ett besvarat frågeformulär. Slutligen skickades även ett tackkort ut till alla deltagare.

### 3. Resultat

#### 3.1 Skillnader i positiv psykisk hälsa mellan åldersgrupper i relation till kön

En univariat variansanalys utfördes med åldersgrupper och kön som oberoende variabler och den summerade SWEMWBS skalan som beroende variabel.



Figur 1. Medelvärden för positiv psykisk hälsa i olika åldersgrupper för kvinnor och män.

Figur 1 visar medelvärdet för positiv psykisk hälsa relaterat till ålderstrender och kön. Man kunde påvisa signifikanta effekter för både kön ( $F_{(1, 3505)} = 5.348, p \leq .021, \eta_p^2 = .002$ ) och för åldersgrupp ( $F_{(12, 3505)} = 9.252, p \leq .000, \eta_p^2 = .031$ ). En signifikant effekt för interaktionen mellan kön och åldersgrupp kunde också påvisas ( $F_{(12, 3505)} = 2.307, p \leq .006, \eta_p^2 = .008$ .) Medelvärdet för den positiva psykiska hälsan steg med åldern för både män och kvinnor. Den positiva psykiska hälsan var som högst för både män och kvinnor i åldrarna 66–75, för att sedan återigen minska hos de allra äldsta i åldern 76–80. Män i åldern 31–35 hade sämre positiv psykisk hälsa än kvinnor i samma ålder (25,59 vs 27,15). Totalt sett var medelvärdet för positiv psykisk hälsa aningen högre för kvinnor än för män (27,30 vs 27,00).

Tabell 3 visar vilka åldersgrupper som skiljde sig signifikant från övriga åldersgrupper beträffande nivå av positiv psykisk hälsa.

Tabell 3

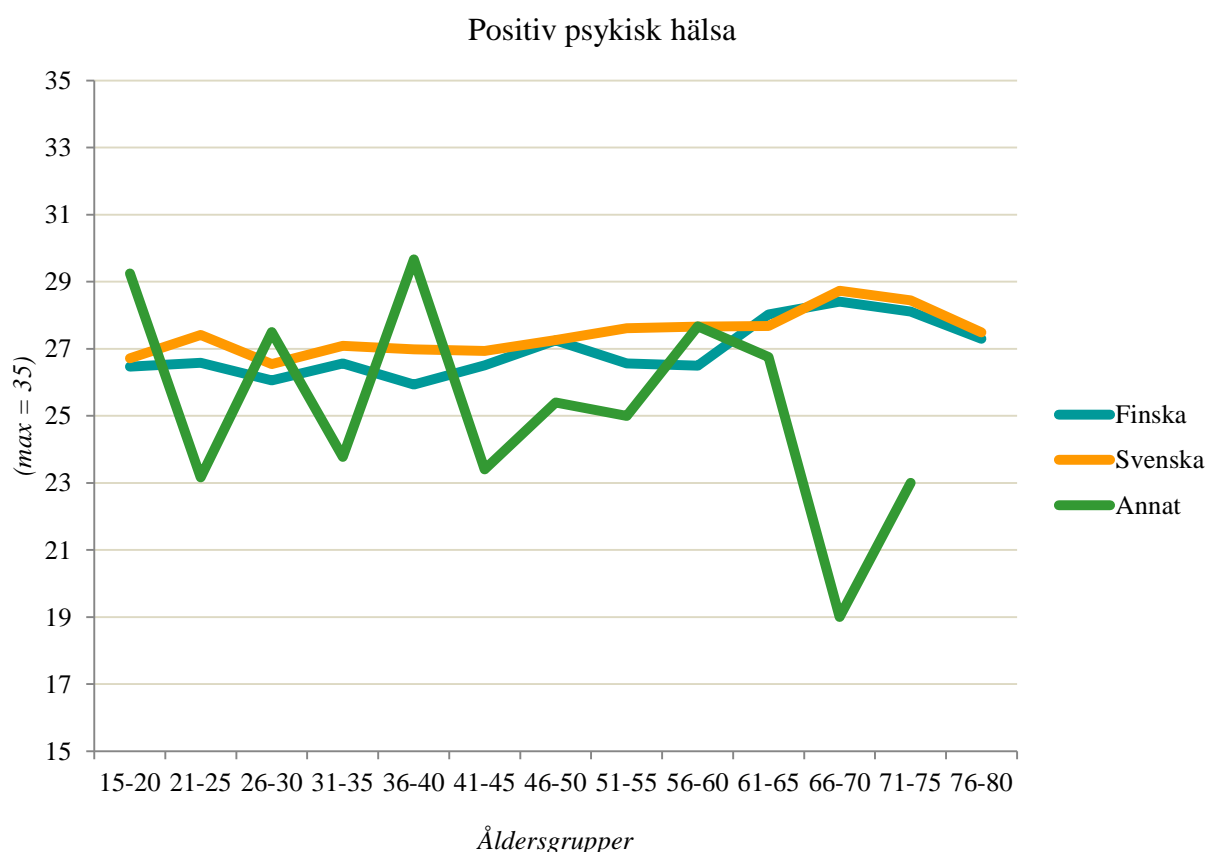
*Signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna beträffande positiv psykisk hälsa enligt Scheffés analys. Jämför figur 1.*

Åldersgrupp	15– 20	21– 25	26– 30	31– 35	36– 40	41– 45	46– 50	51– 55	56– 60	61– 65	66– 70	71– 75	76– 80
15–20	-	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	sig.	<i>ns</i>	<i>ns</i>
21–25		-	”	”	”	”	”	”	”	<i>ns</i>	sig.	<i>ns</i>	”
26–30			-	”	”	”	”	”	”	sig.	sig.	sig.	”
31–35				-	”	”	”	”	”	<i>ns</i>	sig.	<i>ns</i>	”
36–40					-	”	”	”	”	sig.	sig.	sig.	”
41–45						-	”	”	”	<i>ns</i>	sig.	<i>ns</i>	”
46–50							-	”	”	<i>ns</i>	<i>ns</i>	<i>ns</i>	”
51–55								-	”	<i>ns</i>	sig.	<i>ns</i>	”
56–60									-	<i>ns</i>	sig.	<i>ns</i>	”
61–65										-	<i>ns</i>	<i>ns</i>	”
66–70											-	<i>ns</i>	”
71–75												-	”
76–80													-

Av Tabell 3 framgår att signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna förekom främst mellan respondenter i åldersgruppen 66–70 i jämförelse med yngre åldersgrupper enligt Scheffés test. Man kunde dock även påvisa signifikanta skillnader mellan andra åldersgrupper, till exempel mellan respondenter i åldersgruppen 56–60 och respondenter i åldersgruppen 66–70 ( $p \leq .002$ ).

### 3.2 Skillnader i positiv psykisk hälsa mellan språkgrupper i relation till ålder

En univariat variansanalys utfördes med språkgrupper och åldersgrupper som oberoende variabler och den summerade WEMWBS skalan som beroende variabel.

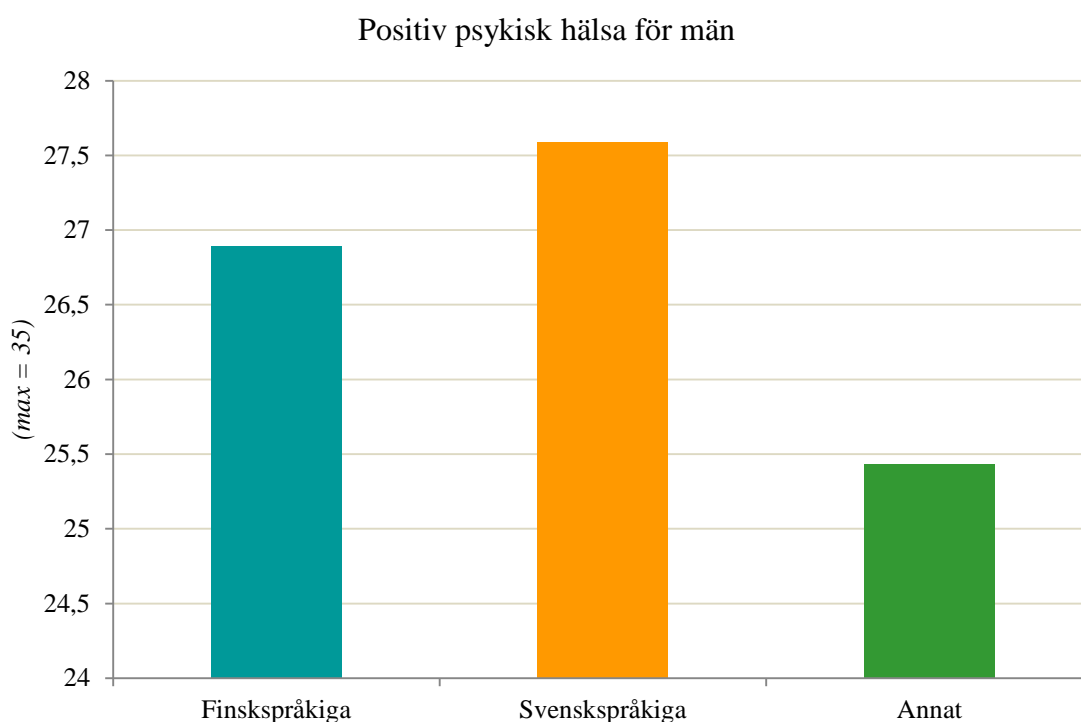


Figur 2. Medelvärden för positiv psykisk hälsa i olika åldersgrupper för finskspråkiga, svenskspråkiga och sådana med annat modersmål.

Figur 2 visar medelvärdet för positiv psykisk hälsa relaterat till ålderstrender och olika språkgrupper. En signifikant effekt för modersmål kunde påvisas ( $F_{(2, 3493)} = 5.964, p \leq .003, \eta_p^2 = .003$ ). Man kunde inte påvisa någon signifikant effekt för interaktionen mellan ålderskategori och modersmål ( $F_{(23, 3493)} = 1.203, p = .230, \eta_p^2 = .008$ ). Den positiva psykiska hälsan varierade kraftigt mellan olika åldersgrupper för respondenter med annat modersmål än svenska och finska. De med annat modersmål i åldern 36–40 år hade högst medelvärde (29,67) för positiv psykisk hälsa jämfört med alla andra åldersgrupper och språkgrupper. Däremot hade även de med annat modersmål i åldern 66–70 år klart lägst medelvärde för positiv psykisk hälsa (19,00). Man bör notera att medelvärdet för positiv psykisk hälsa för de med annat modersmål enbart antyder att det kan förekomma skillnader mellan åldersgrupper på grund av samplets ringa storlek ( $n= 55$ ).

### 3.3 Skillnader i positiv psykisk hälsa mellan språkgrupper i relation till kön

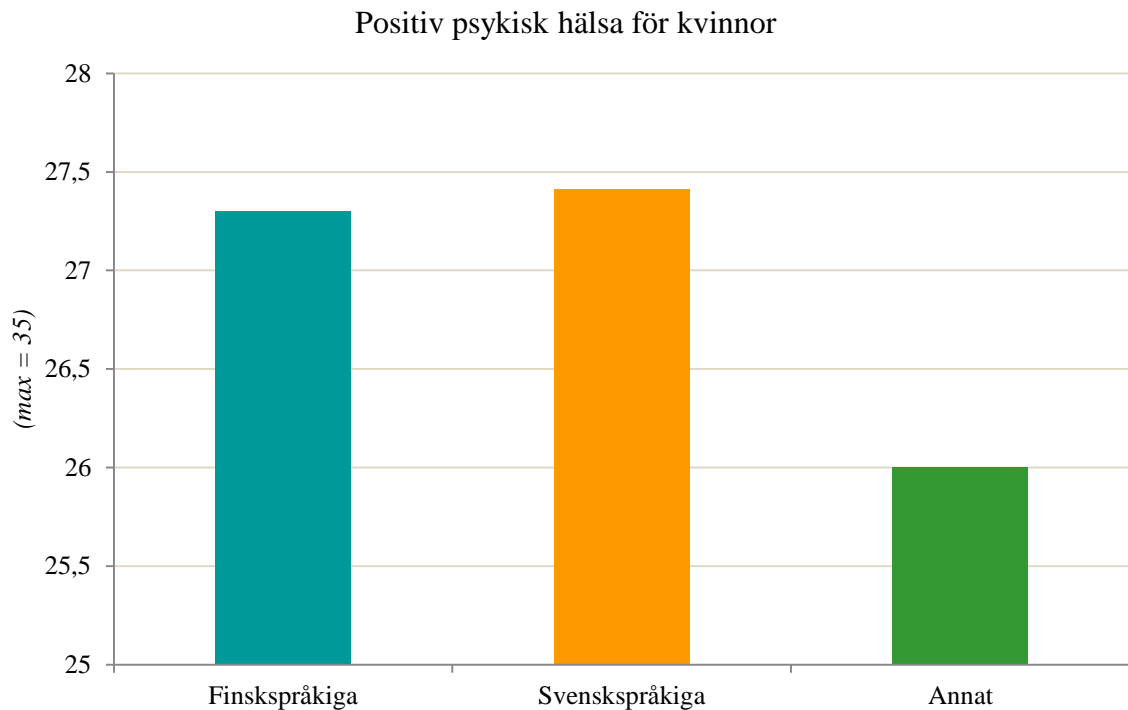
Vid en univariat variansanalys med SWEMWBS som beroende variabel och kön och språkgrupp som oberoende variabler kunde man påvisa en signifikant effekt för modersmål ( $F_{(2, 3525)} = 5.158, p = .006, \eta_p^2 = .003$ ). Effekten för kön och effekten för interaktionen mellan kön och modersmål var inte signifikanta. Scheffés test utvisade dock att personer med annat modersmål har signifikant lägre positiv psykisk hälsa jämfört med svenskspråkiga ( $p = .021$ ). Man kunde även påvisa en tendens till en signifikant skillnad mellan finskspråkiga och personer med annat modersmål genom Sheffés analys ( $p = .078$ ).



Figur 3. Medelvärden för positiv psykisk hälsa för män i olika språkgrupper.

Svenskspråkiga män hade högre medelvärde för positiv psykisk hälsa än finskspråkiga män och män med annat modersmål. Skillnaden mellan svensk- och finskspråkiga män var inte så stor (27,59 vs 26,89). Däremot hade män med annat modersmål klart lägst medelvärde för positiv psykisk hälsa (25,43).





Figur 4. Medelvärden för positiv psykisk hälsa för kvinnor i olika språkgrupper.

Även svenskspråkiga kvinnor hade numerärt högre medelvärde för positiv psykisk hälsa än finskspråkiga kvinnor och kvinnor med annat modersmål. För kvinnor var skillnaden mellan svensk- och finskspråkiga inte signifikant (27,41 vs 27,30). Även om kvinnor med annat modersmål hade lägre medeltal för positiv psykisk hälsa än svensk- och finskspråkiga kvinnor (26,00) var skillnaden inte lika stor som för männen.

### 3.4 Korrelation mellan positiv psykisk hälsa och andra skalor i undersökningen

För att undersöka hur skalan för positiv psykisk hälsa (SWEMWBS) korrelerade med andra skalor i undersökningen utfördes en Pearsons korrelationsanalys.

Tabell 4

*Korrelationer (Pearsons) mellan SWEMWBS och andra skalor i undersökningen*

	Totala samplet (N=3638)	Män (n=1480)	Kvinnor (n=2051)
Psykisk belastning	-.61***	-.57***	-.64***
Hälsorelaterad livskvalitet	-.45***	-.44***	-.47***
Socialt kapital	.48***	.48***	.48***
Sense of Mastery	.58***	.57***	.60***
Alkoholproblem	-.11***	-.11***	-.09***
Depression	-.39***	-.46***	-.36***
Aga	-.15***	-.12***	-.17***

\*\*\* =  $p < .001$

Tabell 4 visar att positiv psykisk hälsa korrelerade negativt med psykisk belastning. Korrelationen var numerärt starkt signifikant och korrelationen var aningen större för kvinnor än för män. Vidare korrelerade positiv psykisk hälsa negativt med hälsorelaterad livskvalitet, alkoholproblem, depression och aga under barndomen. En positiv korrelation mellan positiv psykisk hälsa och socialt kapital och Sense of Mastery kunde även påvisas. För bägge könen korrelerade skalorna som mäter psykisk belastning, socialt kapital och Sense of Mastery numerärt starkast med SWEMWBS-skalan. Korrelationen mellan positiv psykisk hälsa och alkoholproblem var numerärt lägre för kvinnor än för män. Däremot var korrelationen mellan positiv psykisk hälsa och aga numerärt högre för kvinnor än för män.

Korrelationerna antas vara signifikanta på grund av samplets storlek, även om ingen jämförelse mellan korrelationsvärden har utförts.

### 3.5 Relationen mellan positiv psykisk hälsa, psykosociala faktorer och psykisk ohälsa

Det utfördes en multivariat variansanalys (MANOVA) med SWEMWBS-grupptillhörighet som oberoende variabel samt sex skalor som mätte psykosociala faktorer och psykisk ohälsa i frågeformuläret som beroende variabler. Resultaten presenteras i Tabell 5 och i Figur 5.

Tabell 5

Resultat av en multivariat variansanalys (MANOVA) med SWEMWBS-grupptillhörighet som oberoende variabel och sex skalor som beroende variabler ( $N = 2972$ ). Jämför Figur 5.

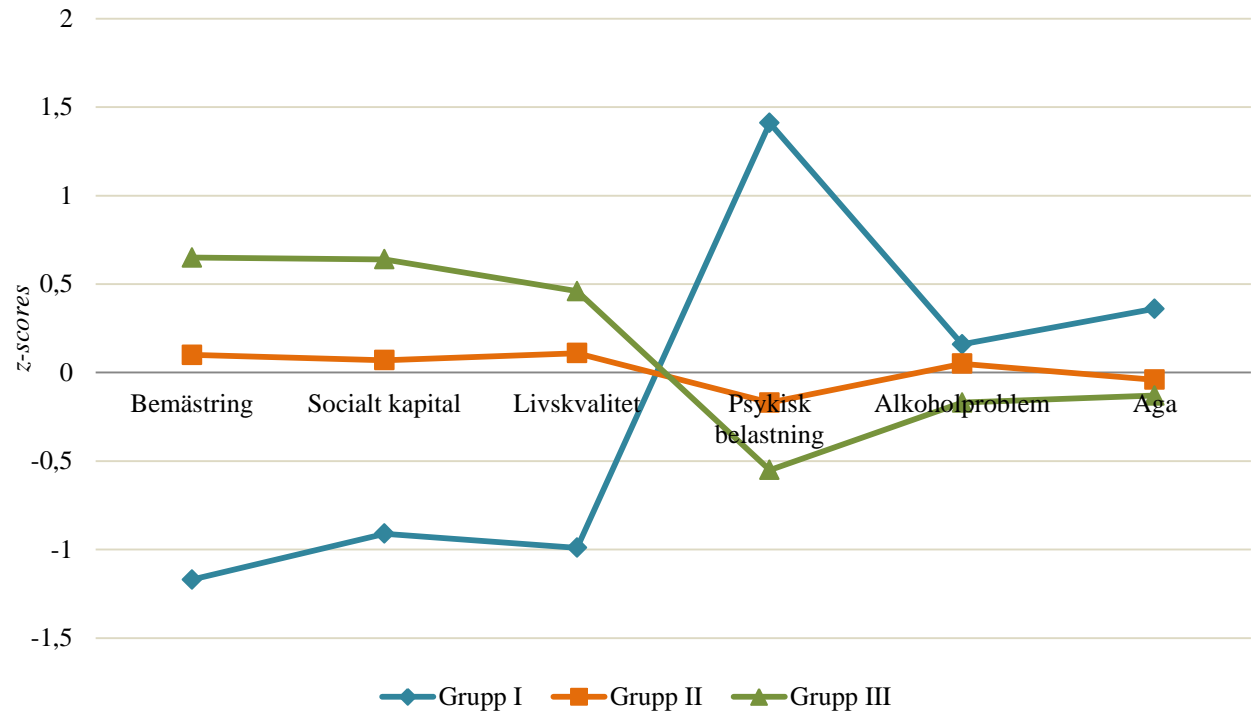
	$F$	$df$	$p \leq$	$\eta_p^2$	Grupp med högsta medelvärde
Effekt av positiv psykisk hälsa					
Multivariat analys	135.924	12, 5930	.001	.216	
Univariata analyser					
Psykisk belastning	754.852	2, 2969	.001	.337	I
Hälsorelaterad livskvalitet	308.575	”	”	.172	III
Socialt kapital	314.359	”	”	.175	III
Sense of Mastery	504.576	”	”	.254	III
Alkoholproblem	12.642	”	”	.008	I
Aga under barndomen	33.081	”	”	.022	I

Not. I = personer med minst en standardavvikelse lägre nivå av positiv psykisk hälsa än medelvärdet

II = personer med medelnivå av positiv psykisk hälsa

III = personer med minst en standardavvikelse högre nivå av positiv psykisk hälsa än medelvärdet

Resultaten av analysen visade att nivån av positiv psykisk hälsa hade en signifikant multivariat effekt. En univariat effekt kunde även påvisas för variabler som mätte psykisk belastning, hälsorelaterad livskvalitet, socialt kapital, bemästring, alkoholproblem och aga påvisade även en signifikant effekt. Gruppen med lägst nivå av positiv psykisk hälsa hade lägst medelvärde för hälsorelaterad livskvalitet, socialt kapital, bemästring och högst medelvärde för psykisk belastning, alkoholproblem och aga under barndomen. Resultatet presenteras grafiskt i Figur 5.



Not. I = personer med minst en standardavvikelse lägre nivå av positiv psykisk hälsa än medelvärdet  
 II = personer med medelnivå av positiv psykisk hälsa  
 III = personer med minst en standardavvikelse högre nivå av positiv psykisk hälsa än medelvärdet

Figur 5. Medelvärden på sex skalor (standardiserade värden) för tre olika SWEMWBS-grupper.

Figur 5 visar medelvärden på de sex skalor som användes i undersökningen för tre olika SWEMWBS-grupper. Figuren visar att grupp I, det vill säga gruppen med en standardavvikelse lägre nivå av positiv psykisk hälsa än medelvärdet, skiljer sig från de två övriga grupperna. För grupp I var det standardiserade medelvärdet på bemästring (-1,17) klart lägre än medelvärdet för grupp II (0,1) och III (0,65). Enligt Scheffés test var skillnaden i medelvärdet på bemästring signifikant mellan de olika grupperna ( $p \leq .001$ ). Scheffés test påvisade även en signifikant skillnad för socialt kapital mellan grupperna ( $p \leq .001$ ). Det standardiserade medelvärdet för grupp I (-0,91) var betydligt lägre än medelvärdet för grupp II (0,07) och för grupp III (0,64). Gällande hälsorelaterad livskvalitet uppvisade grupp I (-0,99) även här ett lägre medelvärde än de två övriga grupperna (0,11 och 0,46). Skillnaden mellan grupperna var enligt Scheffés test signifikant ( $p \leq .001$ ).

Det standardiserade medelvärdet för grupp I på psykisk belastning (1,41) var betydligt högre än medelvärdena för grupp II (-0,17) och för grupp III (-0,55). Även här visade Scheffés kontrast att skillnaden mellan grupperna var signifikant ( $p = \leq .001$ ). Grupp I hade ett högre standardiserat medelvärde för både åga under barndomen (0,36) och alkoholproblem

(0,16) än både grupp II (-0,39 och -0,52) och grupp III (-0,13 och -0,17). Enligt Sheffés test var dock skillnaden för alkoholproblem mellan grupp I och grupp II inte signifikant ( $p = \leq .123$ ), medan skillnaden mellan grupp I och grupp III och skillnaden mellan grupp II och grupp III var det ( $p \leq .001$ ). Ett liknande mönster ser man för aga under barndomen, där skillnaden mellan grupp I och grupp II samt skillnaden mellan grupp I och III var signifikant enligt Scheffés test ( $p \leq .001$ ), medan skillnaden mellan grupp II och grupp III inte var det ( $p = .205$ ).

### 3.6 Relationen mellan positiv psykisk hälsa och depression

Skalan för mätning av depression (CIDI-SF) var operationaliserad så, att den mätte graden av depression endast för de som överhuvudtaget uppvisat depressiva symptom under det senaste året. Dessa var 992 till antalet. Samplet för denna fråga är därför inte lika stort som för de övriga frågorna i undersökningen. Respondenternas fördelning enligt grupp finns presenterat i Tabell 6. För att undersöka relationen mellan positiv psykisk hälsa och depression utfördes därför en skild univariat variansanalys med SWEMWBS-grupptillhörighet som oberoende variabel och graden av depression som beroende variabel.

Tabell 6

*Respondenternas fördelning enligt SWEMWBS-grupp*

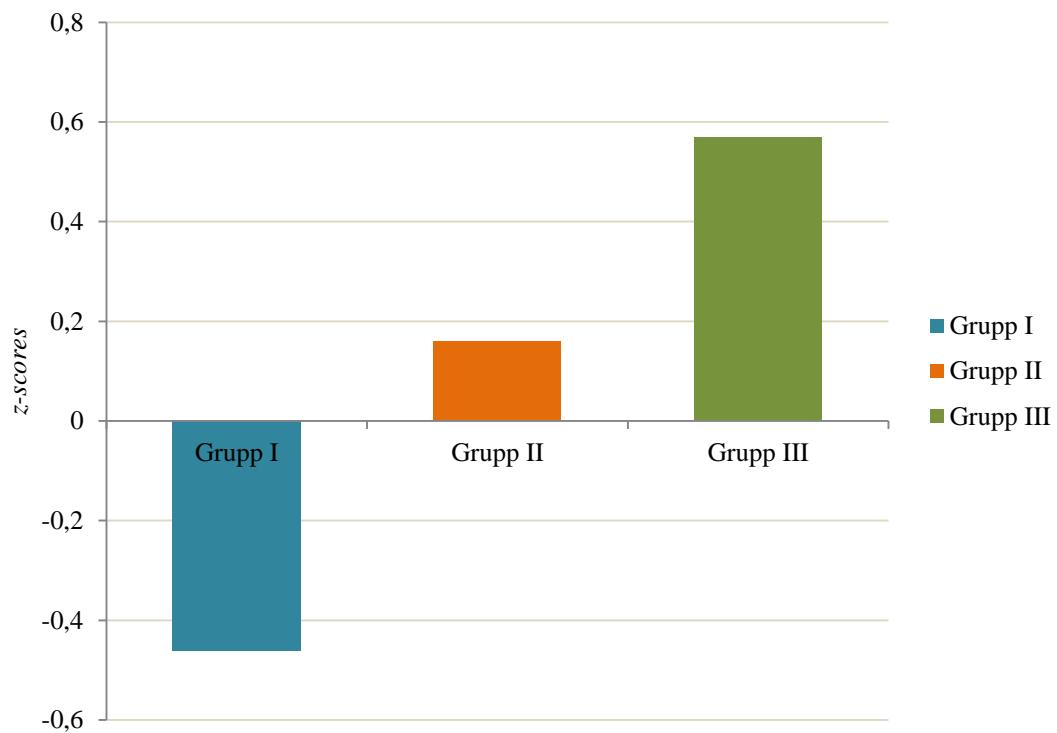
	<i>N</i>	<i>Procent %</i>
Grupp I	302	30,4
Grupp II	625	63,1
Grupp III	65	6,5
Totalt	992	100

*Not.* I = personer med minst en standardavvikelse lägre nivå av positiv psykisk hälsa än medelvärdet

II = personer med medelnivå av positiv psykisk hälsa

III= personer med minst en standardavvikelsehögre nivå av positiv psykisk hälsa än medelvärdet

Den univariata analysen visade en signifikant effekt för SWEMWBS-grupp ( $F_{(2, 989)} = 57.246$ ,  $p = \leq .00$ ,  $\eta_p^2 = .104$ ). Grupp I uppvisade klart mest symptom för depression med ett standardiserat medelvärde på -0,46. Det standardiserade medelvärdet för grupp II och III var 0,16 respektive 0,57. Resultaten presenteras grafiskt i Figur 6.



*Not.* I = personer med minst en standardavvikelse lägre nivå av positiv psykisk hälsa än medelvärdet  
II = personer med medelnivå av positiv psykisk hälsa  
III = personer med minst en standardavvikelse högre nivå av positiv psykisk hälsa än medelvärdet

Figur 6. Standardiserade medelvärden för depression för de tre SWEMWBS-grupperna.

Scheffés test utfördes, och visade att skillnaderna i depression mellan alla tre grupper är signifikanta ( $p \leq .001$ ).

## 4. Diskussion

### 4.1 Resultatdiskussion

Undersökningens resultat visar ett samband mellan höga nivåer för positiv psykisk hälsa, starkt socialt kapital, en stark känsla av bemästring och låg nivå av symptom på depression och psykisk belastning. Att ha blivit utsatt för våld under barndomen och ett större alkoholmissbruk visade sig bägge ha ett samband med sämre positiv psykisk hälsa. Utifrån resultaten kan man även konstatera att svenskspråkiga hade aningen bättre positiv psykisk hälsa än finskspråkiga och att personer med annat modersmål hade signifikant sämre positiv psykisk hälsa än både svensk- och finskspråkiga. Med andra ord fick undersökningens samtliga hypoteser stöd.

I denna undersökning steg nivån av positiv psykisk hälsa med stigande ålder i likhet med tidigare forskning (Bellis et al., 2012; Keyes et al., 2002; Stephens et al., 1999), för att sedan sjunka igen hos de riktigt gamla. Respondenterna i åldern 66–70 hade signifikant bättre positiv psykisk hälsa jämfört med många andra åldersgrupper, men efter 70 kunde man urskilja en nedgång i den positiva psykiska hälsan. Att den positiva psykiska hälsan sjunker hos de allra äldsta kan delvis förklaras med ett minskat socialt kapital. Psykosociala faktorer så som bemästring och socialt kapital har visat sig ha positiv inverkan på den psykiska hälsan (Lindström et al., 2001; Wilkins & Beaudet, 1998). De psykosociala faktorernas betydelse för den positiva psykiska hälsan kunde bekräftas i denna studie. Vid en högre ålder kan faktorer såsom bortgång av make eller maka och vänner påverka nivån av socialt kapital. Bemästring och socialt kapital har konstaterats fungera stressreducerande och de ger en känsla av trygghet och stabilitet som är gynnsam för den positiva psykiska hälsan (Cohen & Wills, 1985; Bovier et al., 2004).

Det debatteras inte längre om huruvida psykisk ohälsa är ett folkhälsoproblem, utan om hur man kan minska förekomsten av psykiatriska symptom hos människor. Studiens resultat visade att personer med högre nivå av positiv psykisk hälsa än medelvärdet (grupp III) hade signifikant lägre medelvärden för alkoholmissbruk, psykisk belastning och depression. Eftersom hälsofrämjande arbete riktar sig till hela befolkningen och inte enbart till de som har drabbats av psykisk ohälsa, kan man förbättra välmåendet för en större grupp och på så vis minska psykisk ohälsa i samhället. Tidigare forskning har även visat att ökad positiv psykisk hälsa minskar risken för att drabbas av psykisk ohälsa (Keyes et al., 2010), vilket stöder åsikten om att hälsofrämjande arbete är viktigt.

Tidigare forskning har konstaterat att språkliga och etniska minoritetsgrupper ofta lider av sämre hälsa i jämförelse med majoriteten i ett samhälle (Dinesen et al., 2011; Vega et al., 1986). Studiens resultat visar att personer med annat modersmål än svenska och finska har signifikant sämre positiv psykisk hälsa i jämförelse med de svensk- och finskspråkiga deltagarna. Av denna grupp är troligen en stor del invandrare. Eftersom det är en riskfaktor att tillhöra en minoritet bör man satsa på ett fungerande integrationsarbete för att sträva efter att öka den positiva psykiska hälsan hos invandrare. Personer som tillhör språkliga minoriteter har oftast inte ett lika starkt socialt kapital som majoritetsgruppen, vilket kan förklara den låga positiva psykiska hälsan hos personer med annat modersmål. Finlandssvenskar är ett undantag från regeln, i och med att de i ett flertal studier visat sig ha till och med bättre positiv psykisk hälsa än finskspråkiga (Nyqvist et al., 2008; Suominen et al., 2000). Detta tros bero på att svenskspråkiga finländare ofta har ett större socialt kapital än de finskspråkiga. I denna studie visade sig finlandssvenskarna ha en numerärt något bättre positiv psykisk hälsa än de finskspråkiga, dock var skillnaden inte signifikant i denna studie.

#### *4.2 Metoddiskussion och undersökningens begränsningar*

Studien bygger på datamaterial från enkäten Western Finland Mental Health Survey 2014 som med hjälp av olika instrument mäter psykisk hälsa i västra Finland. Tidigare forskning har kunnat kartlägga hur positiv psykisk hälsa förändras över tid hos olika generationer genom att utföra longitudinella studier, men eftersom undersökningen bygger på en tvärsnittsstudie kunde inga förändringar i positiv psykisk hälsa som sker över tid undersökas.

Även om studiens sampel var representativt så var svarsprocenten endast 36,4 procent. Svarsprocenten har sjunkit något i jämförelse med tidigare år, och ju större ett bortfall är, desto mindre tillförlitlig anses undersökningen vara.

Studien undersökte även positiv psykisk hälsa och skillnader mellan svensk- och finskspråkiga samt personer med annat modersmål. Andelen personer med annat modersmål bestod enbart av 1,5 procent i undersökningen, vilket gör att samplet till den delen inte kan anses representativt. Man kan därför inte dra några klara slutsatser gällande nivå på positiv psykisk hälsa för denna grupp, men däremot kan resultatet fungera riktgivande.



#### *4.4 Förslag till framtida forskning*

Att undersöka hur positiv psykisk hälsa förändras över tid skulle ge en utförligare bild av positiv psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Eftersom den fråga som mätte depression fokuserade på symptom under en tvåveckorsperiod under det senaste året så kan man tänka sig att nivån på positiv psykisk hälsa i någon mån påverkades beroende på tidpunkten när denna period inträffade. Att undersöka nivå för positiv psykisk hälsa hos individer med depressionsdiagnos och hos individer som tillfrisknat från depression skulle därför ytterligare öka förståelsen för sambandet mellan depressiva symptom och positiv psykisk hälsa.

Eftersom invandring och ett framgångsrikt integrationsarbete blir allt viktigare i Finland skulle det vara betydelsefullt att ytterligare undersöka förekomsten av positiv psykisk hälsa hos minoritetsgrupper. Resultatet för nivån av positiv psykisk hälsa för personer med annat modersmål än svenska och finska i denna undersökning kan enbart tolkas riktgivande, vilket gör att djupare studier fokuserade på denna grupp skulle öka förståelsen för positiv psykisk hälsa hos invandrare. En ökad förståelse skulle förhoppningsvis även på sikt kunna bidra till att kunna utveckla integrationsarbetet och den hälsofrämjande verksamheten och mentalvården för denna grupp i Finland.

I denna studie har man kunnat fastställa ett samband mellan positiv psykisk hälsa och psykisk ohälsa. Man har även i likhet med tidigare forskning funnit ett samband mellan positiv psykisk hälsa och ett antal psykosociala faktorer. Att fortsätta forska i positiv psykisk hälsa är viktigt för att kunna utveckla det hälsofrämjande arbetet och mentalvården i Finland. Genom att erhålla ytterligare kunskap om riskfaktorer respektive stödfaktorer för positiv psykisk hälsa kan man bättre utveckla det hälsofrämjande arbetet.

## Referenser

- Afifi, T. O., Brownridge, D. A., Cox B. J., & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse & Neglect*, *30*, 1093–1103.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. California: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, *11*, 11–18.
- Bellis, M. A., Lowey, H., Hughes, K., Deacon, L., Stansfield, J., & Perkins, C. (2012). Variations in risk and protective factors for life satisfaction and mental wellbeing with deprivation: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, *12*. doi:10.1186/1471-2458-12-492
- Bengi-Arslan, L., Verhulst, F. C., & Crijnen, A. A. M. (2002). Prevalence and determinants of minor psychiatric disorder in Turkish immigrants living in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *37*, 118–124.
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle? *Social Science & Medicine*, *66*, 1733–1749. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.030
- Brevik, J. I., & Dalgard, O. (1996). The Health Profile Inventory. Oslo.
- Bovier, P. A., Chamot, E., & Perneger, T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research*, *13*, 161–170.
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, *158*, 1789–1795. doi:10.1001/archinte.158.16.1789
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*, 310–357.
- Dinesen, C., Nielsen, S. S., Mortensen, L. H., Krasnik, A. (2011). Inequality in self-rated health among immigrants, their descendants and ethnic Danes: examining the role of socioeconomic position. *International Journal of Public Health*, *56*, 503–514.
- Feldt, T. (1997). The role of sense of coherence in well-being at work: analysis of main and moderate effects. *Work & Stress, An International Journal of Work, Health & Organisations*, *11*, 134–147. doi: 10.1080/02678379708256830
- Frank, E., Carpenter, L. L., & Kupfer, D. J. (1988). Sex differences in recurrent depression: Are there any that are significant? *The American Journal of Psychiatry*, *145*, 41–45.

- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139–145.
- Hays, R. D., Sherbourne, C. D., & Mazel, R. M. (1993). The Rand 36-item Health Survey 1.0. *Health Economics*, 2, 217–227.
- Headey, B., Kelley, J., & Wearing, A. (1993). Dimensions of mental health: life satisfaction, positive affect, anxiety, and depression. *Social Indicators Research*, 29, 63–82.
- Helliwell, J. F. (2003). How's life? Combining individual and national variables to explain subjective well-being. *Economic Modelling*, 20, 331–360.
- Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 2, 137–164. doi: 10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x
- Huppert, F. A., & Whittington, J. E. (2003). Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology*, 8, 107–122.
- Hyppä, M. T., & Mäki, J. (2001). Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Preventive Medicine*, 32, 148–155. doi: 10.1006/pmed.2000.0782
- Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (Ed.). (1999). *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, B., & Wittchen, H-U. (1998). The World Health Organization composite international diagnostic interview short form (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7, 171–185.
- Kessler, R. C. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of the American Medical Association*, 291, 2581–2590.
- Kessler, R. C. (2010). The prevalence of mental illness. In T. L. Scheid, & T. N. Brown, A *Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories, and Systems*. New York: Cambridge University Press.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207–222.
- Keyes, C. L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007–1022. doi: 10.1037//0022-3514.82.6.1007

- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 539–548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health, 100*, 2366–2371.
- Keyes, C. L. M., & Michalec, B. (2010). Viewing mental health from the complete state paradigm. I T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health. Social contexts, theories, and systems* (pp. 125–134). New York: Cambridge University Press.
- Keyes, C. L. M. (2013). Promoting and protecting positive mental health: early and often throughout the lifespan. I C.L.M. Keyes (Eds), *Mental well-being. international contributions to the study of positive mental health* (pp.3–28). Atlanta: Springer.
- Koivumaa-Honkanen, H., Kaprio, J., Korhonen, T., Honkanen R. J., Heikkilä, K., & Koskenvuo, M. (2012). Self-reported Life Satisfaction and Alcohol use: A 15-year follow-up of Healthy Adult Twins. *Alcohol and Alcoholism, 47*, 160–168.
- Lehtinen, V., Sohlman, B., & Kovess-Masfety, V. (2005). Level of positive mental health in the European Union: Results from the Eurobarometer 2002 survey. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 1*. doi:10.1186/1745-0179-1-9
- Lindström, M., Sundquist, J., & Östergren, P-O. (2001). Ethnic differences in self-reported health in Malmö in southern Sweden. *Journal of Epidemiology & Community Health, 55*, 97–103. doi:10.1136/jech.55.2.97
- Marks, G. N., & Fleming, N. (1999). Influences and consequences of well-being among Australian young people. *Social Indicators Research, 46*, 301–323.
- Martinez, R. O., & Dukes, R. L. (1997). The effects of ethnic identity, ethnicity, and gender on adolescent well-Being. *Journal of Youth and Adolescence, 26*, 503–516.
- Moeller, T. P., & Bachmann, G. A. (1993). The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood: Long-term health consequences for women. *Child Abuse & Neglect, 17*, 623–640. doi: 10.1016/0145-2134(93)90084-I
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. I C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds), *Handbook of positive psychology* (pp. 89–105). New York: Oxford University Press.
- Nyqvist, F., Finnäs, F., Jakobsson, G., & Koskinen, S. (2008). The effect of social capital on health: The case of two language groups in Finland. *Health & Place, 14*, 347–360.

- Pallant, J. F., & Lae, L. (2002). Sense of Coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the Sense of Coherence Scale. *Personality and Individual Differences, 33*, 39–48.
- Paul, L. A., Grubaugh, A. L., Frueh, C. B., Ellis, C., & Egede, L. (2011). Associations between binge and heavy drinking and health behaviors in a nationally representative sample. *Addictive Behaviors, 36*, 1240–1245. doi: 10.1016/j.addbeh.2011.07.034
- Pearlin, L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19*, 2–21.
- Pudrovskaya, T., Schieman, S., Pearlin, L. I., & Nguyen, K. (2005). The Sense of Mastery as mediator and a moderator in the association between economic hardship and health in late life. *Journal of Aging Health, 17*, 634–660. doi: 10.1177/0898264305279874
- Roothman, B., Kirsten, D. K., & Wissing, M. P. (2003). Gender differences in aspects of psychological well-being. *South African Journal of Psychology, 33*, 212–218.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied, 80*, 1–28.
- Ryan, R. M., & Deci, L. E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141–166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069–1081.
- Saarela, J., & Finnäs, F. (2005). Mortality inequality in two native population groups. *Population Studies, 59*, 313–320.
- Seligman, M. E. P. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist, 55*, 5–14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. I C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds), *Handbook of positive psychology* (pp. 3–9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish. A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Simon & Schuster.
- Scheid, T. L., & Brown, T. N. (2010). Approaches to mental health and illness: conflicting definitions and emphases. I T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A handbook for the study of mental health. Social contexts, theories, and systems* (pp. 1–5). New York: Cambridge University Press.

- Silverstein, B. (1999). Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *The American Journal of Psychiatry*, *156*, 480–482.
- Stephens, T., Dulberg, C., & Joubert, N. (1999). Mental health of the Canadian population: a comprehensive analysis. *Chronic Diseases in Canada*, *20*, 118–126.
- Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., & Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, *7*. doi: 10.1186/1477-7525-7-15
- Straus, M. A., & Kantor, G. K. (1991). Physical punishment by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. Retrieved from: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED341907.pdf>
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., & Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, *50*, 77–86.
- Suominen, S. B., Välimaa, R. S., Tynjälä, J. A., & Kannas, L. K. (2000). Minority status and perceived health: a comparative study of Finnish- and Swedish-speaking schoolchildren in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, *28*, 179–187.  
doi: 10.1177/14034948000280030601
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, *5*.  
doi: 10.1186/1477-7525-5-63
- Vega, W. A., Kolody, B., Valle, R., & Hough R. (1986). Depressive symptoms and their correlates among immigrant Mexican women in the United States. *Social Science & Medicine*, *22*, 645–652. doi: 10.1016/0277-9536(86)90037-7
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *64*, 678–691.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, *17*, 110–119. doi: 10.1007/s10804-009-9082-y
- WHO (2001). *The World Health Report: 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.

- WHO (2004). *Promoting mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Wilkins, K., & Beaudet, M. P. (1998). Work, stress, and health. *Health Reports, 10*, 47–62.
- Wood, W., Rhodes, N., & Whelan, N. (1989). Sex differences in positive well-being: a consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin, 106*, 249–264.
- Österman, K., & Björkqvist, K. (2007). Brief Corporal Punishment Scale (BCPS). Åbo Akademi University, Vasa, Finland.
- Österman, K., Björkqvist K., & Wahlbeck, K. (2014). Twenty-eight years after the complete ban on the physical punishment of children in Finland: trends and psychosocial concomitants. *Aggressive Behavior, 40*, 568–581.

## Bilaga 1

### Frågeformulär om psykisk hälsa 2014

#### BAKGRUND

1. **Födelseår** 19\_\_\_\_\_
2. **Kön**  Man  Kvinna
3. **I vilken kommun bor du?** \_\_\_\_\_
4. **Modersmål**  Svenska  Finska  Annat: \_\_\_\_\_
5. **Civilstånd**  Gift  Sambo/i parförhållande  Skild  
 Ogift  Änka/änkling
6. **Hur många personer hör till ditt hushåll för närvarande?**  
(räknat med dig själv) \_\_\_\_\_ personer
7. **Vilken är din och dina föräldrars högsta utbildning?**

	Din egen	Din mors	Din fars
Folkskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellanskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrkesskola/ Yrkesinstitut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrkeshögskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. **Vilket av följande alternativ beskriver bäst din nuvarande huvudsakliga verksamhet?**  
 Heltidsarbetande  Deltidsarbetande/deltidspensionerad  
 Studerande  Pensionerad  
 Arbetslös eller permitterad  Beväring eller i civiltjänst  
 Hemma och sköter hushåll eller familjemedlemmar  Annat, vad? \_\_\_\_\_
9. **Hur aktivt deltar du i föreningsliv?**  Mycket aktivt  Ganska aktivt  Ganska lite  Inte alls
10. **a. Använder du internet** (via dator, surfplatta, smarttelefon eller dylikt)?  
 Ja  Nej *Om du svarat Nej gå vidare till fråga 11.*



**b. Har du använt internet i följande syften under den senaste månaden?**

(Flera alternativ möjliga)

- Nyttotjänster (t.ex. bank- eller FPA-tjänster, inköp eller resebokning)
- Arbete eller studier
- Nyhetsuppföljning eller informationssökning (t.ex. dagstidningar, nyhetsforum)
- Hobby/underhållning (t.ex. musik, film, intresseforum, spel)
- Kontakt med släkt och/eller vänner (via t.ex. e-post, Skype, Facebook eller andra sociala nätverk)
- Kontakt för att stifta nya bekantskaper (via t.ex. Facebook eller dejtingsajter)
- Olika stödgrupper
- Annat, vad? \_\_\_\_\_

**11. Nedan följer några påståenden om kontroll över det egna livet.**

Välj det svarsalternativ som bäst beskriver dig själv.

	Helt av samma åsikt	Delvis av samma åsikt	Delvis av annan åsikt	Helt av annan åsikt
Jag har liten kontroll över vad som händer mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag saknar möjligheter att lösa vissa av mina problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag förmår inte göra mycket för att förändra saker i mitt liv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag känner mig ofta hjälplös inför livets problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibland känns det som om jag skulle kastas omkring i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det som händer mig i framtiden beror främst på mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag kan göra nästan allt jag faktiskt beslutar mig att göra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RELATIONER**

**12 a. Hur många personer står dig så nära, att du kan lita på dem om du har allvarliga personliga problem?**  Ingen  1-2  3-5  Flera än 5

**b. I vilken omfattning visar andra människor intresse för det du gör?**

- Stort intresse  Måttligt intresse  Osäker  Litet intresse  Inget intresse

**c. Hur lätt är det för dig att vid behov få praktisk hjälp av dina grannar?**

- Mycket lätt  Lätt  Möjligt  Svårt  Mycket svårt

**13. Hur ofta umgås du med vänner, släktingar eller arbetskamrater (i andra sammanhang än arbete)? (här avses inte medlemmar i ditt eget hushåll)**

- Aldrig                       Mer sällan än en gång i månaden                       En gång i månaden  
 Flera gånger i månaden                       En gång i veckan                       Flera gånger i veckan  
 Varje dag

**14. Ange det svarsalternativ som bäst beskriver din åsikt.**

	Stämmer helt	Stämmer ganska så bra	Stämmer knappast	Stämmer inte alls
Jag känner samhörighet med mitt grannskap och jag är en del av det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De flesta i mitt grannskap kan man lita på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är bäst att låta bli att lita på någon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Jag känner mig stark och inflytelserik i samhället**

- Instämmer helt                       Instämmer till viss del                       Instämmer inte alls

**16. Känner du dig ensam?**                       Ofta                       Ibland                       Sällan                       Aldrig

**17. Välj det alternativ som passar bäst in på dig själv när du var barn.  
Blev du utsatt för något av de följande av en vuxen?**

	Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Mycket ofta
Luggad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dragen i örat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slagen med handen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slagen med något föremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HÄLSA

18. Under de senaste fyra veckorna, har du haft något av följande problem i ditt arbete eller med andra regelbundna dagliga aktiviteter...

	Ja	Nej
<b>a. ... som följt av ditt kroppsliga tillstånd?</b>		
Uträttat mindre än jag skulle ha önskat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit hindrad att utföra vissa arbetsuppgifter eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. ... som en följd av känslomässiga problem (som t.ex. nedstämdhet eller ångslan)?</b>		
Skurit ned den tid jag normalt ägnat åt arbete eller andra aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uträttat mindre än jag skulle ha önskat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte utfört arbete eller andra aktiviteter så noggrant som vanligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Hela tiden	Största delen av tiden	En del av tiden	Lite av tiden	Inget av tiden
<b>c. Under de senaste fyra veckorna, hur stor del av tiden har ditt kroppsliga hälsotillstånd eller dina känslomässiga problem stört dina möjligheter att umgås (t.ex. hälsa på släkt, vänner etc.)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 19. Har du den senaste tiden...

### a. ... kunnat koncentrera dig på dina uppgifter?

- Bättre än vanligt     Lika bra som vanligt     Sämre än vanligt     Mycket sämre än vanligt

### b. ...haft svårt att sova på grund av bekymmer?

- Inte alls     Inte mer än vanligt     Något mer än vanligt     Mycket mer än vanligt

### c. ... känt att du har en betydelsefull roll i vad som händer?

- Mer än vanligt     Lika mycket som vanligt     Mindre än vanligt     Mycket mindre än vanligt

### d. ... känt dig kapabel att fatta beslut?

- Bättre än vanligt     Lika bra som vanligt     Sämre än vanligt     Mycket sämre än vanligt

### e. ... känt dig ständigt utsatt för påfrestning?

- Inte alls     Inte mer än vanligt     Något mer än vanligt     Mycket mer än vanligt

### f. ... haft en känsla av att du inte klarar av dina svårigheter?

- Inte alls     Inte mer än vanligt     Något mer än vanligt     Mycket mer än vanligt

### g. ... kunnat njuta av dina vanliga dagliga förehavanden?

- Mer än vanligt     Lika mycket som vanligt     Mindre än vanligt     Mycket mindre än vanligt

### h. ... kunnat möta dina svårigheter?

- Bättre än vanligt     Lika bra som vanligt     Sämre än vanligt     Mycket sämre än vanligt

### i. ... känt dig olycklig och nedstämd?

- Inte alls     Inte mer än vanligt     Något mer än vanligt     Mycket mer än vanligt

### j. ... förlorat ditt självförtroende?

- Inte alls     Inte mer än vanligt     Något mer än vanligt     Mycket mer än vanligt

### k. ... känt dig värdelös som människa?

- Inte alls     Inte mer än vanligt     Något mer än vanligt     Mycket mer än vanligt

### l. ... på det hela taget känt dig rätt lycklig?

- Mer än vanligt     Lika mycket som vanligt     Mindre än vanligt     Mycket mindre än vanligt

**20. Känner du någon person med psykiska problem? Flera alternativ är möjliga.**

- I familjen eller släkten                       I vänkretsen                       I arbetet  
 I fritidsaktiviteterna                       På annat sätt. Hur? \_\_\_\_\_  
 Nej, jag känner ingen

**21. Har du under de senaste 12 månaderna anlitat någon hälsovårdstjänst på grund av psykiska problem?**                       Ja                       Nej

Om du svarat Nej, gå till fråga 24.

**22. a. Har den behandling du fått varit till hjälp?**

- Väldigt mycket     Ganska mycket     I någon mån     Ganska litet  
 Mycket litet eller inte alls

**b. Omfattade behandlingen medicinering?**                       Ja                       Nej

**23. Har du under de senaste 12 månaderna använt någon av följande hälsovårdstjänster på grund av psykiska problem? Flera alternativ är möjliga.**

- Hälsovårdscentral                       Akutmottagning                       Privatmottagning (läkare, psykolog...)  
 Företagshälsovård                       Skol-/studenthälsovård                       Psykiatriskt sjukhus  
 Psykiatrisk poliklinik eller mentalvårdsbyrå                       Annat sjukhus  
 Rådgivningsbyrå för familjefrågor eller uppfostringsfrågor                       Rehabiliteringsanstalt  
 A-klinik  
 Annat ställe? Vilket? \_\_\_\_\_

**24. a. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna haft tankar på självmord?**

- Ja                       Nej

**b. Har du under de senaste 12 månaderna försökt begå självmord?**

- Ja                       Nej

**25. a. Har du under de senaste 12 månaderna vid något tillfälle känt dig ledsen, nedstämd eller deprimerad under två veckor i sträck eller längre?**

- Ja                       Nej

**b. Har det under de senaste 12 månaderna funnits någon period då du förlorat välbefinnandet eller intresset för det mesta här i livet såsom arbete, hobby eller annan sysselsättning som du annars vanligtvis brukar tycka om, som varat i två veckor eller mer i sträck?**

Ja       Nej

Om du svarat Nej på båda frågorna, gå till **fråga 27**.

**26. När det gäller de frågor som kommer härnäst, vill vi att du tänker på *den tvåveckorsperiod*, under de senaste 12 månaderna då känslan av att vara ledsen, nedstämd eller deprimerad eller förlusten av intresse var som värst.**

**a. Hade du denna känsla...**

hela dagen     största delen av dagen     ungefär halva dagen     mindre än halva dagen

**b. Kändes det så...**

varje dag     nästan varje dag     mindre ofta

**c. Under de här två veckorna, vilka av följande problem hade du?**

	Ja	Nej
Kände du dig orkeslös, trött eller helt utan energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökade du eller minskade du i vikt (5 kilo eller mera) utan att det var din avsikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade du större problem med att somna in än vad du vanligtvis har?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var det varje natt eller nästan varje natt som du hade svårt att somna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hade du mycket svårare för att koncentrera dig än vad du brukar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibland ser människor ner på sig själva, känner sig dåliga eller värdelösa. Kände du själv på samma sätt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tänkte du mycket på döden – din egen eller någon annans eller på döden över huvud taget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ALKOHOLANVÄNDNING

### 27. a. Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholhaltiga drycker?

- aldrig
- cirka en gång i månaden eller mindre
- 2-4 gånger i månaden
- 2-3 gånger i veckan
- 4 gånger i veckan eller oftare

Om du svarat aldrig, gå till **fråga 30**.

### b. Hur många portioner alkohol har du vanligen druckit de dagar då du använt alkohol?

- 1-2 portioner
- 3-4 portioner
- 5-6 portioner
- 7-9 portioner
- 10 portioner eller mer

#### 1 portion är:

En flaska (33 cl) mellanöl eller svag cider

Ett glas (12 cl) vin

### c. Hur ofta har du druckit sex alkoholportioner eller mer per gång?

- aldrig
- mindre än en gång i månaden
- en gång i månaden
- en gång i veckan
- dagligen eller nästan dagligen

### 28. Har du under de senaste 12 månaderna utnyttjat några hälso- eller socialvårdstjänster på grund av alkoholproblem? Ja Nej

Om du svarat Nej, gå till **fråga 30**.

### 29. Har den behandling du fått varit till hjälp?

- Väldigt mycket  Ganska mycket  I någon mån  Ganska litet  Mycket litet eller inte alls

## SPELVANOR

### 30. Hur ofta har du under de senaste 12 månaderna ägnat dig åt följande penningsspel?

	Ingen gång	Någon enstaka gång	Flera gånger per månad	Flera gånger per vecka	Så gott som dagligen
Skraplotter, Lotto, Joker, Keno eller dylika lotterispel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lotto, Joker, Keno eller dylika lotterispel <b>på internet</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vadslagning (t.ex. sport eller trav, pitkäveto, moniveto, V-75)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vadslagning <b>på internet</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spelautomater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spelautomater <b>på internet</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kasinospel (t.ex. kortspel, roulett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kasinospel <b>på internet</b> (t.ex. nätpoker, roulett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du **INTE** spelat någon form av penningsspel under det senaste året, gå till **fråga 32**.

### 31. a. Har du någon gång upplevt ett behov av att spela om större och större summor?

Ja  Nej

### b. Har du varit tvungen att ljuga för personer som är viktiga för dig om hur mycket du spelat?

Ja  Nej

### 32. Ange det svarsalternativ som bäst beskriver din åsikt.

	Helt av annan åsikt	Delvis av annan åsikt	Delvis av samma åsikt	Helt av samma åsikt
Psykiska problem är tecken på svaghet och överkänslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Man tillfrisknar inte från psykiska problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiatriska patienter är oberäkneliga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samhället borde satsa mer på öppenvård (inte sjukhusvård) för personer med psykiska problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om man berättar om sina psykiska problem överges man av sina vänner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hälsovårdspersonalen tar inte psykiska problem på allvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är svårt att prata med en person med psykiska problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsförhållandet riskeras om arbetsgivaren får vetskap om arbetstagarens psykiska problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**33. Här nedan finns några påståenden om känslor och tankar. Kryssa för de rutor som bäst beskriver dina känslor och tankar de senaste två veckorna.**

	Inte överhuvudtaget	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
Jag har känt mig optimistisk inför framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har känt mig vara till nytta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har känt mig avslappnad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har lyckats hantera problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mina tankar har varit klara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har känt närhet till andra människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har kunnat fatta egna beslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**34. Hur upplever du att mentalvårds- och missbrukartjänsterna har förändrats under de senaste tre åren?**

---



---



---

**35. Hurudana mentalvårds- och missbrukartjänster vill du se i framtiden?**

---



---



---

**KOMMENTARER.** Har du tankar om denna undersökning, så finns det utrymme att skriva ner dem här nedan.  
**TACK!**

---



---