



GÖTEBORGS UNIVERSITET

*Institutionen för socialt arbete*

---

## ”Volvo, villa och fruga”

En studie om unga vuxnas  
psykiska ohälsa, känsla av sammanhang och framtidstro.

Socionomprogrammet

**C-uppsats**

Författare: Annika Bergfalk & Pia Johansson

Handledare: Anna Dunér

## **Abstract**

**Titel:** ”Volvo, villa och fruga” - En studie om unga vuxnas psykiska ohälsa, känsla av sammanhang och framtidstro

**Författare:** Annika Bergfalk och Pia Johansson

**Nyckelord:** Unga vuxna, psykisk ohälsa, känsla av sammanhang, framtidstro

Uppsatsarbetet har syftat till att undersöka omfattningen av den psykiska ohälsan hos unga vuxna inom åldersspannet 17-20 år i en mindre kommun, samt att göra en jämförelse mot en storstadskommun. Efter jämförelsen mellan stad och land kom fokus att ligga på den mindre kommunen där vi sökte efter likheter och skillnader av respondenterna inom de olika gymnasieprogram som var representerade. Därefter kopplade vi samman den upplevda psykiska ohälsan med känslan av sammanhang samt framtidstro för att se om det fanns några samband mellan dessa faktorer. Metoden som har använts i studien är kvantitativ och har genomförts med enkäter i en mindre kommun i södra Sverige. Resultatet som studien uppvisar är att den psykiska ohälsan finns likväl i en mindre kommun som i en storstad. Det finns markanta skillnader inom de olika upplevelserna av besvär men vi kan inte utifrån resultatet generellt säga att det är bättre att som ung vuxen bo och leva i en mindre kommun jämfört med en storstadskommun. Gällande samband mellan känsla av sammanhang, framtidstro samt upplevelsen av psykisk ohälsa fanns det ingenting som tydde på samband mellan dessa faktorer. Titeln ”Volvo, villa och fruga”, är ett citat från en av våra öppna frågor i studien gällande hur man tror att ens liv ser ut om tio år.

## **FÖRORD**

Ett stort tack till vår handledare Anna Dunér som har hjälpt oss igenom denna tid med allt vad det innebär att kommentera, motivera och stödja studenter med att skriva en c-uppsats.

Tack till vår pilotgrupp, det unga tjejjänget som gav oss av sin lediga tid, för att prova vår enkät och därefter kommentera frågorna i den.

Ett stort TACK till de sistaårselever på gymnasiet i den mindre kommunen som deltog i undersökningen. Utan er medverkan hade denna studie aldrig kunnat genomföras och slutföras.

Tack till lärare och rektorer på gymnasiet som har tagit sig tid till att hjälpa till med att dela ut informationsbrevet samt att ge oss lektionstid till datainsamlingen.

Sist men inte minst ett tack till våra nära och kära för ovärderligt stöd och hjälp under uppsatsperioden!

*Annika Bergfalk & Pia Johansson*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>1. INLEDNING</b>	<b>1</b>
1.1 Disposition	1
<b>2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b>	<b>2</b>
2.1 Syfte	2
2.2 Frågeställningar	2
2.3 Definitioner	2
2.3.1 Unga vuxna	2
2.3.2 Psykisk ohälsa	3
2.3.3 KASAM – Känsla av sammanhang	4
2.3.4 Framtidstro	4
<b>3. BAKGRUND</b>	<b>5</b>
3.1 Kommunfakta	5
3.2 Psykisk ohälsa bland unga	5
3.3 Tidigare forskning	6
<b>4. METOD</b>	<b>11</b>
4.1 Metodval	11
4.2 Enkäten	12
4.3 Urval	14
4.4 Tillvägagångssätt	15
4.5 Bortfall och svarsfrekvenser	17
4.6 Granskning av det insamlade materialet	18
4.7 Statistisk analys	19
4.8 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	20
4.9 Etiska överväganden	21
4.10 Metoddiskussion	22
<b>5. TEORETISKA PERSPEKTIV OCH BEGREPP</b>	<b>24</b>
5.1 Salutogenetiskt och patogenetiskt perspektiv	24
5.2 KASAM – Känsla av sammanhang	24
<b>6. RESULTAT, ANALYS OCH TOLKNING</b>	<b>26</b>
6.1 Upplevelse av psykisk ohälsa	26
6.2 Känsla av sammanhang	31
6.3 Framtidstro	33
<b>7. SLUTDISKUSSION</b>	<b>36</b>
<b>8. KÄLLFÖRTECKNING</b>	<b>39</b>

- 1. Korstabeller**
- 2. Informationsbrevet**
- 3. Enkäten**
- 4. Enkäten med förekomst**

# **1.INLEDNING**

Psykisk ohälsa har blivit allt vanligare bland Sveriges befolkning och speciellt bland de unga (Socialstyrelsen 2007, Ungdomsstyrelsen 2007). Unga vuxna är ett område som intresserar oss och så är även psykisk ohälsa. Detta var utgångspunkten för vårt uppsatsarbete. Dock var ämnet väldigt brett och vi funderade mycket på hur vi skulle kunna avgränsa oss. Vi kom till slut fram till att det vore intressant att göra en jämförelsestudie gällande psykisk ohälsa mellan unga vuxna i en storstadskommun och unga vuxna i en mindre kommun samt undersöka hur den psykiska ohälsan eventuellt påverkar de unga vuxnas framtidstro. Mår de unga vuxna bättre i en mindre kommun än i storstaden? Vilka skillnader finns det mellan könen? Efter att ha gjort databassökningar på området fann vi en rapport som handlade om hur Stockholms ungdomar mår (Ekstrand 2006). Utifrån denna rapport tänkte vi oss göra en jämförelse gällande psykisk ohälsa. Dessutom fann vi det intressant att ta hjälp av teorin KASAM – Känsla av sammanhang för att se om något samband fanns mellan denna och den självupplevda psykiska ohälsan samt framtidstron bland de unga vuxna i den mindre kommunen. Vi tror att miljön kan vara mer gynnsam för de unga vuxna i en mindre kommun än i en storstadskommun. Anledningen till denna tro är att i den mindre kommunen anser vi finns en trygghet och mindre stress än i storstaden.

## **1.1 Disposition**

Uppsatsens disposition ser ut som följande; i *inledningen* visar vi vår ingång i studien och varför vi hamnade inom detta område. Därefter beskriver vi *syftet* och de *frågeställningar* som vi ämnar besvara i analysen. Vidare lyfter vi fram relevanta begreppsdefinitioner som behövs för att kunna skapa sig en överskådlighet av studien.

I avsnittet *bakgrund* kommer kommunfakta om de inblandade kommunerna att synliggöras samt även tidigare forskning inom problemområdet. I *metodavsnittet* kommer en redovisning av bland annat metodval att ske. Men även ett synliggörande av arbetet om och kring de olika skeenden som studien har genomgått, från det initiala skedet av skapandet av enkäten till urvalsprocessen fram till den slutliga statistiska analysen.

Avsnittet om det *teoretiska perspektivet* redovisar studiens teori, teoriperspektiv och relevanta begrepp. Detta för att skapa en naturlig övergång till de tre frågeblocken från enkäten i *resultat och analysdelen* som sedan avslutas med vår *slutdiskussion* samt förslag till vidare forskning.

## **2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

I avsnittet kommer vi att lyfta fram studiens syften och de frågeställningar som vi ämnar besvara.

### **2.1 Syfte**

Huvudsyftet med denna kvantitativa studie är att undersöka omfattningen av den psykiska ohälsan hos unga vuxna i en mindre kommun, samt att göra en jämförelse med resultat från tidigare gjord forskning i en storstadskommun.

Studien har även två delsyften varav det första är att se om det finns skillnader och/eller likheter mellan de unga vuxna i förhållande till kön. Ett andra delsyfte är att koppla upplevelsen av psykisk ohälsa till känsla av sammanhang samt framtidstro.

### **2.2 Frågeställningar**

De frågeställningar som studien ämnar besvara är;

- Hur ser den unga vuxnas självupplevda psykiska ohälsa ut i en mindre kommun?
- Finns det skillnader i upplevelsen av psykisk ohälsa hos unga vuxna i en mindre kommun och en storstadskommun?
- I vilken utsträckning påverkar upplevelsen av psykisk ohälsa de unga vuxnas framtidstro?
- Vilka samband finns mellan den upplevda psykiska ohälsan och känslan av sammanhang?

### **2.3 Definitioner**

För att klargöra vad vi menar med de begrepp vi använder i studien följer här definitioner av de centrala begreppen.

#### **2.3.1 Unga vuxna**

En enhetlig definition av begreppet ung vuxen finns inte. Det är även ibland synonymt med begreppet ungdom och olika instanser har olika åldersspann. Ungdomsstyrelsen (2007) definierar begreppet ungdom som en individ mellan 13-25 år. Enligt Samordningsförbundet Väster (2005) har Försäkringskassan definitionen 19-29 år, Arbetsförmedlingen 18-24 år och Ungdomsmottagningen

13-23 (ibland 25) år. Vid resor med SJ, SAS och Västtrafik är man ungdom tills man fyller 26 år ([www.sj.se](http://www.sj.se), [www.sas.se](http://www.sas.se), [www.vasttrafik.se](http://www.vasttrafik.se)).

I vår studie är de unga vuxna individer som, enligt FN:s barnkonvention, inte längre är barn. I barnkonventionen beskrivs det att varje individ som inte har uppnått 18 års ålder skall avses som ett barn, förutom i de fall som individen har uppnått myndighetsåldern enligt gällande lag i landet (Barnombudsmannen 2003). Dessutom inbegrips i vår studie även de 17-åriga respondenterna som unga vuxna då de uppnår sin myndighetsålder de kvarvarande månaderna av år 2007. Då vår undersökning gjorts på sistaårselever på gymnasiet har åldersspannet för oss varit 17-20 år, därmed inte sagt att vi ser 20 år som övre gräns för begreppet ung vuxen.

### 2.3.2 Psykisk ohälsa

Begreppet psykisk ohälsa är svårdefinierat och begreppet har ingen enhetlig definition. Winzer (2004) har redogjort för Socialstyrelsens strävan efter att bena upp de begrepp som rör den psykiska hälsan och föreslår att följande begrepp skall brukas i relation till psykisk ohälsa;

*Psykisk sjukdom* definieras som en avvikelse från normaliteten och dess kännetecken är att individer som drabbas har en vanartig verklighetsuppfattning. Detta begrepp gäller främst psykoser och kan användas parallellt med begreppet allvarlig psykisk störning.

Begreppet *psykisk störning* är däremot en mildare psykisk avvikelse. Till denna kategori hör ångesttillstånd, depression, och även mer moderna diagnoser såsom exempelvis spelberoende.

Det sista begreppet som Socialstyrelsen använder sig av är *psykisk ohälsa* som kan omfatta alla ovanstående begrepp men även enbart ses som självrapporterade subjektivt upplevda besvär som är av psykisk natur såsom ångslan, oro, ångest, sömnbesvär och kronisk trötthet (Winzer 2004).

World Health Organization – WHO definierar psykisk hälsa som ”*ett tillstånd av välmående i vilket individen förmår se sin egen potential, förmår hantera livets normala stressorer, förmår arbeta på ett produktivt och fruktbart sätt, och förmår vara en del av samt bidra till samhället han eller hon lever i*” (författarnas översättning) (WHO 2007).

I vår studie kommer begreppet psykisk ohälsa att innebära självupplevda lättare psykiska samt psykosomatiska problem såsom t.ex. oro, ångslan, magbesvär och sömnbesvär enligt Socialstyrelsens definition.



### 2.3.3 KASAM – Känsla av sammanhang

Teorin *KASAM – Känsla av sammanhang* utvecklades av sociologen Aaron Antonovsky utifrån ett salutogenetiskt perspektiv och består av tre centrala komponenter – begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Dessa komponenter är sammanlänkade och skapar tillsammans ett mått på KASAM. För att mäta graden av KASAM hos en individ används ett mätinstrument med tjugonio frågor gällande de tre komponenterna. Svartalternativen utgör en skala och utifrån de svar individen uppger i enkättestet kan en grad av KASAM räknas ut. Desto högre poäng respondenten får, desto starkare KASAM innehar respondenten och omvänt (Antonovsky 1987). (För en utförligare beskrivning av teorin KASAM se 5.2.)

### 2.3.4 Framtidstro

Med begreppet framtidstro åsyftas här individens egen tro på sin förmåga att kunna förverkliga sig själv och sina drömmar inom den rådande kontexten.

### **3. BAKGRUND**

I avsnittet bakgrund redovisar vi bakgrunden till studien med information om de kommuner som vi har tittat på, den psykiska ohälsan samt en redogörelse för tidigare forskning på området.

#### **3.1 Kommunfakta**

##### Mindre kommun

Vi har valt att inte namnge den mindre kommun vi utfört vår datainsamling i p.g.a. anonymitetsskäl. Kommunen är belägen i södra Sverige och har drygt 32 000 invånare varav cirka 12 000 invånare bor i centralorten, där det gymnasium där vår studie genomförts är beläget. Av alla män i kommunen är 6 % mellan 16-19 år och även bland kvinnorna utgörs 6 % av unga kvinnor mellan 16-19 år. De unga vuxna utgör alltså 6 % av den totala befolkningen i kommunen (SCB 2006). Kommunen är en varuproducerande kommun vilket innebär att mer än 40 % av nattbefolkningen (boende) i åldrarna 16-64 är sysselsatta inom varutillverkning och/eller annan industriell verksamhet (Sveriges kommuner och Landsting 2004).

##### Storstadskommun

Det totala invånarantalet i kommunen Stockholm är 782 885 (Stockholms Stad 2006). De unga männen i åldersspannet 16-19 år utgör 4 % av alla män i kommunen. De unga kvinnorna i samma åldersspann utgör 4 % av den totala andelen kvinnor. Således utgör de unga vuxna 4 % av den totala folkmängden i Stockholms kommun (SCB 2006).

##### Riket

I riket är 6 % av alla manliga invånare mellan 16-19 år och av alla kvinnor är 5 % mellan 16-19 år, vilket gör att det totala antalet unga vuxna utgör 6 % av rikets befolkning (SCB 2006). Härmed kan vi se att den mindre kommunen har en lite större andel unga vuxna än vad riket har, medan Stockholms andel av unga vuxna är lägre än genomsnittet i riket.

#### **3.2 Psykisk ohälsa bland unga**

Enligt WHO kommer den psykiska ohälsan att vara ett av de främsta folkhälsoproblemen i världen 2020. Detta innebär att den psykiska ohälsan tar sig upp till en andraplats strax efter hjärt- och kärlsjukdomar (WHO 2003).

Ett flertal rapporter uppvisar att den psykiska ohälsan har blivit alltmer vanligt förekommande bland Sveriges befolkning sedan 1990-talet (Ungdomsstyrelsen 2007, Socialstyrelsen 2006). Detta gäller främst den "lättnare" psykiska ohälsan som stress, huvudvärk, ångest och sömnbesvär (Folkhälsoguiden 2006).

Bland unga kvinnor mellan 13-18 år är det tämligen vanligt med psykosomatiska problem såsom huvudvärk och magont samt problem med nedstämdhet. Gällande unga män har dessa symtom ökat de senaste åren, men de är dock dubbelt så vanliga hos unga kvinnor som hos unga män (Integrations- och jämställdhetsdepartementet 2004). Unga kvinnor drabbas även oftare av depressioner och ätstörningar än unga män (Ungdomsstyrelsen 2007).

En ökning har skett från 1998 då 9 % av de unga kvinnorna mellan 16 och 24 år uppgav att de hade besvär med ängslan, oro och/eller ångest (Utredning av ungdomars psykiska ohälsa 2006). Denna siffra hade 17 år senare, 2006, ökat till 30 % av de tillfrågade unga kvinnorna. Siffran kan jämföras med att 14 % av de unga männen uppger att de upplever besvär med ängslan, oro och/eller ångest (Socialstyrelsen 2007).

Självmondsstatistiken i Sverige visar en nedåtgående trend i stort med undantaget för unga vuxna i åldrarna 15-24 år. Självmondsförsök är dubbelt så vanligt bland unga kvinnor som för unga män, men fler unga män begår självmord (Ungdomsstyrelsen 2007). Socialstyrelsens Folkhälsorapport 2005 visar att det har skett en ökning av antalet sökande till barn- och ungdomspsykiatriska vården samt att användandet av psykofarmaka bland barn och unga har ökat.

### **3.3 Tidigare forskning**

#### Ungdomstiden och psykisk ohälsa

Den tidigare forskningen uppvisar en bild med dubbla budskap. Bilden som uppvisas säger att det stora flertalet av dagens ungdomar mår bra. Samtidigt har utsattheten och ohälsan ökat hos vissa ungdomsgrupper. Låg utbildning och arbetslöshet skapar en ekonomisk utsatthet och en svag framtidstro med ojämlika villkor som i sin tur kan skapa en sämre hälsa. Fler ungdomar säger sig även idag ha mer problem med stress, huvudvärk, ångest och sömnbesvär som ger dem svårigheter att klara av sin vardag och skolgång (Integrations- och jämställdhetsdepartementet 2004). Även den idag befintliga ungdomsarbetslösheten samt förändringarna som sker inom utbildningssystemet, med en framväxande rangordning mellan utbildningar och lärosäten, medför ökade krav på den enskilde med anpassning till de snabba förändringarna och kunskaper om de olika utbildningarna. Det har även skett en senareläggning av etableringen på arbetsmarknaden för de unga vuxna. Detta har i sin tur påverkat längden av ungdomstiden då vuxenlivet inträds senare i livet. Det kan skapa en högre grad av osäkerhet samt högre prestationskrav på ungdomarna gällande att uppnå de mål som man har i livet med exempelvis eget boende, arbete och högre utbildning. Ytterligare en faktor som kan utöva inflytande på ungdomarnas utsatthet och psykiska ohälsa är den påverkan som sker dagligen via massmedia och reklam och som genererar orealistiska krav samt förväntningar hos

ungdomarna vilka då kan få en överdimensionerad fokusering av sitt utseende och sina prestationer (Integrations- och jämställdhetsdepartementet 2004).

Den ökade psykiska ohälsan hos unga vuxna i dagens svenska samhälle kan till stor del förbindas med den ökade individualiseringen som finns i det moderna samhället. Moderniseringen av samhället har skapat många nya möjligheter för individerna och detta har i sin tur förminskat möjligheterna för individen att kunna förutsäga livet. Enligt docent Sven Bremberg är detta en av orsakerna till att den psykiska ohälsan hos de unga vuxna har ökat. Med de nya möjligheterna som finns i samhället idag ställs det helt andra krav på individen i form av att de som ungdomar ska välja vilket liv de vill leva samt göra upp sina livsplaner (Utredningen av ungdomars psykiska ohälsa 2006).

Anders Ekstrands rapport "*Hur mår Stockholms ungdomar?*" (2006) bygger på en enkätundersökning gjord på 9 915 ungdomar i Stockholm. Ungdomarna gick år 9 på grundskolan och år 2 på gymnasiet. Syftet med studien var att undersöka förekomsten av psykisk ohälsa samt hur detta är relaterat till normbrott och vilka samband som finns med risk- och skyddsfaktorer. Med psykisk ohälsa avses i studien psykosomatiska besvär, emotionella problem samt självförtroendeproblem. Studiens resultat visar att psykisk ohälsa är mer vanligt förekommande hos flickor än hos pojkar samt vanligare hos eleverna på gymnasiet än hos eleverna i grundskolan. Det mest förekommande problemet hos eleverna var svårigheter med att somna och det minst förekommande var att vara rädd utan att veta varför. I samband med riskfaktorer visade det sig att dessa starkt påverkade upplevelsen av psykisk ohälsa medan däremot sambanden mellan psykisk ohälsa och normbrott var svaga. Det är delen gällande psykisk ohälsa i denna rapport vi utfört vår jämförelsestudie emot, men dock bara mot de resultat som gäller eleverna som går år 2 på gymnasiet.

I studien "*Psykisk ohälsa eller ändå inte?*" presenteras en kartläggning av statistiska studier rörande förändringarna av den psykiska ohälsan hos ungdomar i åldersspannet 16-25 år. Här har Thomas Jonsland (2004) funnit motstridiga tendenser. Den ena tendensen är att den psykiska ohälsan inte alls har ökat det senaste decenniet utan att det istället har skett en avdramatisering av begreppet *psykisk ohälsa* och därmed har det blivit mer "tillåtet" att dels prata om det och dels att söka hjälp för den upplevda psykiska ohälsan. Den andra tendensen talar däremot för en ökad psykisk ohälsa hos ungdomarna det senaste decenniet och att den bakomliggande faktorn är den försämrade välfärden för ungdomarna inom skolvärlden med färre psykologer, kuratorer och utbildade lärare. Även "explosionen" som har skett inom den kulturella moderniseringen med en ökad individualisering, där de traditionella normerna har ersatts med en mängd valmöjligheter för den enskilde, anses påverka (Jonsland 2004).

De besvär som ändock har ökat mest bland femtonåringarna mellan åren 85/86 och 01/02, enligt kartläggningen av de statistiska studierna, är att "*känna sig*

nera”, där det har skett en total ökning med 16 %. Fördelningen mellan könen är att hos pojkarna har det skett en ökning på 11 % och hos flickorna en ökning på 21 %. I upplevelsen av att ha ”svårt att somna” har det skett en total ökning på 11,5 % och ökningens fördelning mellan könen ser ut som följande; pojkarnas upplevelse har ökat med 7 % och flickornas upplevelse har ökat med 16 %. Även upplevelsen av att känna sig nervös (oro) har ökat med 12 % totalt och här uppvisar flickorna en större ökning (15 %) mot pojkarnas (9 %). Redovisningen av de statistiska undersökningar som kartläggningen lyfter fram har inte kunnat synliggöra de siffror som gäller åldersgruppen 18-20 år då dessa ej har redovisats i Folkhälsorapporten som har legat som underlag (Jonsland 2004).

I studien *“On the threshold of adulthood – Recurrent phenomena and developmental tasks during the period of young adulthood”* (Jacobsson 2005) har unga vuxna 18-25 år, genom enkäter (611 st.) och intervjuer (23 st.), fått berätta om de påfrestningar de känner i livet, vad dessa har för bakgrund och hur de kan hanteras i nutid samt i framtid. Den mest förekommande påfrestningen visade sig handla om att ”bli någon i världen”, vilket tolkas av författaren som en individuationsprocess. De unga vuxna i studien talade mycket om påfrestningar gällande nära relationer med vänner, partners och familj samt gällande viktiga val såsom val av studier och arbete. Påfrestningarna är samma hos både unga män och unga kvinnor men förhållningssätten är dock olika. De unga kvinnorna tenderar att prata om och reflektera över påfrestningarna i större utsträckning än de unga männen, vilka har ett förhållningssätt som är mer aktivt och konkret problemlösande. Studien visar att de flesta av de unga vuxna bär på hoppfulla tankar om framtiden och deras egen förmåga att klara eventuella framtida påfrestningar.

### Kommun och psykisk ohälsa

I studien *“Mental health problems and healthcare contact in an urban and a rural area – Comparisons of two Swedish counties”* (Dahlberg, Forsell et al. 2007) redovisas resultatet av en undersökning gällande självupplevd psykisk ohälsa, symtom för missbruk samt kontakt med sjukvården i en storstadskommun samt en mindre kommun. Studien utfördes med hjälp av enkäter bland 10 441 individer i Stockholms län samt 3538 individer i Skaraborgs län, alla mellan 20-64 år. Enkäten innehöll frågor rörande sociodemografiska faktorer, vilka har visat sig påverka psykisk ohälsa, samt frågor om symtom för psykisk ohälsa och missbruk, och kontakt med sjukvården de senaste 12 månaderna.

Studiens resultat visar på att majoriteten av respondenterna uppgav sig ha en god hälsa. Mindre än 10 % uppgav att de hade dålig eller väldigt dålig hälsa. Förekomst av symtom på psykisk ohälsa var i stort sett lika stor i de båda områdena, med en något högre grad för depressionssymtom bland unga kvinnor (20-34 år) i Skaraborg. Självmodstankar visade sig vara något mer förekommande i Stockholm liksom symtom för alkoholmissbruk bland den

Yngsta åldersgruppen (20-34 år). Undersökningen visade även att respondenterna från Stockholm var mer benägna att söka hjälp hos sjukvården än respondenterna från Skaraborg (77 % jämfört med 52 %). Detta kan dock delvis bero på tillgänglighet till sjukvårdskontakt (Dahlberg, Forsell et al.2007).

I ”*Stress i stan och övervikt på landsbygden*”, som har genomförts av Statens Folkhälsoinstitut (2007), uppvisas statistik gällande samband mellan individens hälsa och boendekommun samt påverkansfaktorer som bland annat inkomst och utbildning. Studien har bearbetats under tre år från 2004-2006 genom studier av folkhälsoplaneringens undersökningar. Melinder (2007) använde sig av kommunala basfakta som grundar sig på rikets totala befolkning mellan 20-64 år inom de nio kommunkonstellationer som finns i Sverige. Studien ser till faktorer som ohälsa- och arbetsmarknadssituation samt inkomstfördelning i kombination med levnadsvanor, psykisk ohälsa samt sociala relationer för befolkningen inom kommungrupperna.

Storstäderna exponerar de sämsta värdena vad det gäller psykiskt välbefinnandet och psykisk ohälsa oavsett kön. Ur ett socioekonomiskt perspektiv finns det fler höginkomsttagare och generellt en högre utbildningsgrad. I tidigare forskning framhävs att de ungas sociala position är en av de främsta påverkansfaktorerna för hälsan. Samtidigt är de ungas socioekonomiska tillhörighet svår att kartlägga, då de befinner sig i ett förändringsperspektiv mellan att vara barn och vuxna. Därav används idag föräldrarnas socioekonomiska position även till de unga (Ungdomsstyrelsen 2007B). Inkomstskillnader som finns i storstadskommunerna ger gruppen den högsta Ginikoefficienten i Folkhälsoinstitutets undersökning. Ginikoefficienten är det mått som vanligen brukas för att uppvisa hur inkomstskillnaden ser ut bland befolkningen. Ginikoefficienten graderas från 0 till 1 och om Ginikoefficienten är noll finns det inga inkomstskillnader och är den 1 finns det extrema inkomstskillnader (Melinder 2007).

Det psykiska välbefinnandet och den psykiska ohälsan i varuproducerande kommuner, till vilka den mindre kommun vi gjort vår studie i hör, har varken de bästa eller de sämsta värdena, oavsett kön. Invånarna i varuproducerande kommuner har generellt en lägre utbildningsnivå samt lägre inkomster oavsett kön. Inkomstskillnaderna är mindre i de varuproducerande kommunerna än i storstaden och ger därmed en låg Ginikoefficient i Folkhälsoinstitutets undersökning (Melinder 2007).

Härmed uppvisas en sämre bild för unga vuxna i storstaden än i en varuproducerande kommunen gällande psykisk ohälsa (Melinder 2007) men en bättre bild vad det gäller möjligheterna till både utbildning och bättre lön. Studien ”*Stress i stan och övervikt på landsbygden*” ger en uppdaterad bild av tidigare undersökningar genomförda av socialmedicinska enheten vid Stockholms läns landsting från 1999 som visade att psykisk ohälsa, som oro,

lindrig och själslig samt depression är lägre i Stockholms läns landsting än i övriga riket (Regionplane- och Trafikkontoret 1999).

#### Vår studie i förhållande till tidigare forskning

Var, bland all denna tidigare forskning, kan då vår studie passa in och tillföra något? Många studier rörande psykisk ohälsa och unga vuxna har vida åldersspann som exempelvis 16 - 25 år eller 13 - 20 år. Vi anser att det finns alltför stora skillnader mellan exempelvis en individ på 13 år och en på 18 år för att kunna göra generaliseringar gällande gruppen, då ungdomstiden är en tid full av utveckling och förändring. Vid åldern 18 befinner man sig ofta i gränslandet mellan barn/ungdom och vuxen. Vi anser att vår studie här fyller ett syfte då den är mer snäv och fokuserar på den ”mellanålder” som 17-20 år utgör. Forskning har visat på luckor i statistiken där denna åldersgrupp hamnar i kläm och vi menar att vår studie, om än i liten skala, kan bidra till att fylla denna lucka.

## **4. METOD**

Här redovisar vi metodvalet till studien samt tydliggör hur enkäten skapades och bearbetades. Därefter redovisar vi för de olika urvalen som har skett innan tillvägagångssättet redogörs. Vidare redogörs för studiens bortfall, externt och internt, samt svarsfrekvenserna inom de olika frågeblocken. Efter detta följer en redogörelse för granskningen av det insamlade materialet och hur den statistiska analysen har genomförts. Sedan kommer avsnittet med validitet, reliabilitet och generaliserbarhet innan vi avslutar med de etiska överväganden som har gjorts i studien samt en metoddiskussion.

### **4.1 Metodval – Kvantitativ metod**

Efter övervägande mellan att använda oss av en kvalitativ eller kvantitativ ansats, föll valet på en kvantitativ ansats då vår studie syftar till att se om det finns skillnader och/eller likheter mellan olika kommunkonstellationer. Detta är inte genomförbart i samma omfattning med en kvalitativ ansats, eftersom populationen inte kan vara lika stor (Larsson, Lilja & Mannheimer 2005). Studien strävar även efter att se hur den psykiska ohälsan ser ut i en mindre kommun, även i detta fall är en kvantitativ ansats att föredra då vi kan undersöka en större population.

Den kvantitativa metoden innebär ett användande av kvantiteter i en undersökning. Man undersöker exempelvis hur många som har en viss åsikt, innehar en viss egenskap eller hur förekomsten av ett visst fenomen ser ut. Det vi undersöker i studien behöver emellertid inte enbart vara data av kvantitativ art. Det är dock nödvändigt att göra en klassificering av grunddata för att en kvantitativ analys ska kunna utföras (Larsson, Lilja & Mannheimer 2005).

Genom vår studie ville vi med hjälp av en enkät således ta reda på förekomsten av den upplevda psykiska ohälsan, upplevelse av framtidstro samt känsla av sammanhang hos unga vuxna i en mindre kommun. Den del i studien som gäller den psykiska ohälsan ämnade vi att jämföra mot en kvantitativ studie gjord bland unga vuxna i Stockholm. På grund av alla ovanstående faktorer föll oss valet av att använda oss av en kvantitativ ansats mer naturlig.

Styrkan med den kvantitativa metoden är att vi kan undersöka en större population med hjälp av enkäter. En svaghet finns i att vi inte får någon djupdykning i orsaker till resultatet och tankar ungdomarna möjligtvis har kring detta, utan enbart statistik.



## 4.2 Enkäten

Vid skapandet av en enkät är det viktigt att i det initiala skedet veta vad man vill få in för information genom datainsamlingen. Med detta måste det även ske en begränsning av vilken information som är relevant för syftet med studien. Denna begränsning innebär således att man väljer frågor som är relevanta för studien för att kunna minska antalet i enkäten. En enkät som har för många frågor gör att respondenternas svarsbenägenhet minskar, således påverkar antalet det interna bortfallet (Körner & Wahlgren 2002).

En annan viktig aspekt i skapandet av en enkät är formuleringen av frågorna. Man kan genom att låta sig inspireras av andra antingen skapa likartade frågor eller använda sig av samma. Man bör även se till att det inte finns ”krångliga” frågor som exempelvis flervalsfrågor samt att det inte finns några laddade eller ledande frågor (Körner & Wahlgren 2002). Att använda sig av redan prövade frågor kan vara till fördel då de redan är prövade i en studie. Vid jämförelsestudier är det dock nödvändigt att använda sig av samma frågor för att jämförelse överhuvudtaget ska kunna göras. Vidare är det viktigt att formulera frågorna så att respondenterna kan svara så sanningsenligt som möjligt genom att ha olika svarsvärden (Larsson, Lilja & Mannheimer 2005).

Till datainsamlingen för studien valdes alltså enkäter, vilka delades ut på plats. Motivet var att vi ansåg att studien var av den storleken att enkäter skulle komma att vara det mest effektiva sättet att genomföra datainsamlingen på. Det andra skälet till att studien kom att bygga på enkäter var att vi syftar till att göra jämförelser med tidigare forskning, där samma kvantitativa metod har använts. För att denna jämförelse skall kunna bli så sanningsenlig som möjligt anser vi oss behöva bruka samma tillvägagångssätt och även samma frågor. Det tredje och för oss mest vägande skälet till att använda enkäter är att vi vill i studien kunna se på förekomsten av den självupplevda psykiska ohälsan hos de unga vuxna i den mindre kommunen. Det sista skälet till att välja ett kvantitativt tillvägagångssätt med enkäter var att vi med studien ville kunna se på eventuella likheter/skillnader och om det finns några signifikanta samband mellan dem.

### Vår enkät

Enkäten som skapades till datainsamlingen till vår studie bestod av tre delar. Den första delen består av ett mätinstrument som vi kallade för bakgrundsfrågor och denna del bestod av tolv frågor. Bakgrundsfrågorna inbegriper indikatorerna kön, ålder, etnicitet, socioekonomi samt familjekonstellation (Molarius, Berglund et al. 2006).

Den andra gruppen av frågor i enkäten, kallade vi för upplevelsefrågor och de är arton stycken till antalet. Tretton av dessa frågor är de vi kommer att ha som jämförelsematerial till Ekstrands (2006) studie ”Hur mår Stockholms ungdomar?”. Tre av frågorna handlar om krav och kontroll men dessa har vi

dessvärre inte haft plats för att analysera i denna studie och de har således uteslutits. De sista två frågorna rör de unga vuxnas framtidstro.

Den tredje och sista gruppen av frågor i enkäten bygger på Antonovskys frågor om KASAM. Detta för att bland annat se de unga vuxnas förmåga att hantera utmaningar. Men även för att se de unga vuxnas emotionella och kognitiva hälsoresurser som har ett samband med den framtida psykiska hälsan (Molarius, Berglund et al. 2006). För att mäta graden av KASAM hos en individ har Antonovsky (1987) tagit fram ett mätinstrument i form av ett enkätmaterial. Detta material, menar Antonovsky, kan användas på alla vuxnas livssituation inom alla kulturer. Enkäten består av tjugonio frågor rörande de tre komponenterna; begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Svartalternativen är på en skala från ett till sju. För att räkna ut en individs KASAM räknar man samman det poängantal som de valda svartalternativen ger. Höga poäng innebär en stark känsla av sammanhang och vice versa. I Antonovskys 29-frågorsenkät ligger den teoretiska variationsvidden på poäng från 29 till 203. Ett tämligen generellt genomsnitt för friska individer är cirka 140 poäng. Har en individ över 160 poäng anses graden av KASAM vara stark och ligger poängen under 120 anses den vara svag. Ligger poängen på mer än 190 respektive mindre än 70 kan man misstänka att instruktionerna blivit feltolkade eller att individen inte svarat sanningsenligt (Double Peak 2006).

Möjlighet finns även att göra en förkortad version av KASAM-testet. Då används tretton speciellt utvalda frågor av de tjugonio frågorna. Denna kortversion har vi valt att använda oss av. KASAM-testet är anpassat till vuxna individer och för att göra testet mer lättanvänt och förståeligt för de unga vuxna har vi minskat antalet svartalternativ till ett till fem samt angivit förklaring på varje alternativ, i motsats till det ursprungliga där bara alternativ ett samt sju har en förklaring.

Tyvärr har vi inte lyckats finna genomsnittssiffror etcetera för denna kortversion och eftersom vi ändrat antalet svartalternativ skulle eventuella sådana inte heller vara direkt applicerbara på resultatet av vår undersökning. För att lösa detta problem har vi använt oss av samma procentuella förhållande (i något avrundad form) som i poängberäkningen i det ursprungliga testet och funnit att i vår undersökning, där den teoretiska variationsvidden ligger på poäng från 13 till 65, skulle genomsnittet för friska individer bli ca 46,3 poäng. En svag grad av KASAM skulle således ligga på under 41 poäng och en stark grad av KASAM på över 52 poäng. Vid poäng på mer än 62 respektive mindre än 21 föreligger misstanke om feltolkade instruktioner eller bristande uppmärksamhet (Double Peak 2006).

### Pilotenkäten

Enligt Körner och Wahlgren (2002) bör man innan genomförandet av den ”riktiga studien” göra en pilotundersökning. Detta för att upptäcka eventuella

mätbrister och se till att enkäten mäter det den är avsedd att mäta. Vid en pilotundersökning kan dessa fel korrigeras innan den riktiga studien genomförs. Denna initiala del i enkätskapandet där man som ”forskare” kontrollerar att det som man ämnar mäta också kommer att mätas påverkar således studiens validitet och reliabilitet. (Körner & Wahlgren 2002)

När enkäten för studien upplevdes färdig gjordes en pilotundersökning. Pilotgruppen, som bestod av ett gäng unga tonårstjejer, blev ombudade att enskilt kommentera alla de frågor som de upplevde som konstiga eller svårförstådda, skriftligt vid den aktuella frågan. Efter att pilotgruppen hade besvarat och kommenterat frågorna i enkäten, hade vi en gemensam genomgång av kommentarerna och därefter diskuterades dessa kommentarer igen med pilotgruppen.

Diskussionsrundan gav ytterligare kommentarer på vissa specifika frågor i enkäten. Detta gav följden att vi fick förklara intentionen med de berörda frågorna. Därefter kom pilotgruppen med ytterligare förslag på vad som ”brister” i de berörda frågorna och hur de borde vara ställda för att bli mer lättförstådda i den slutgiltiga datainsamlingen.

### **4.3 Urval**

#### Kommunurvalet

Genom ett bekvämlighetsurval (Larsson, Lilja & Mannheimer 2005) där den ene författaren har anknytning och kännedom om den mindre kommunen, föll valet på den specifika kommunen som blev mål för studien. Ett annat skäl till att denna kommun valdes var att den har en egen gymnasieskola med tolv nationella program där valet kan vara allt från de mer teoretiska programmen som ligger till grund för vidare studier till de mer yrkesinriktade programmen som är praktiskt utformade.

#### Respondenturvalet

I det initiala skedet i en studie måste det bestämmas vilken population som studien ska byggas på. Rampopulationen är det som man sedan utgår ifrån och genom urval begränsar till den populationen som skall ingå i studien (Larsson, Lilja & Mannheimer 2005).

I vår studie inledde vi med att bestämma att rampopulationen skulle vara de 389 sistaårseleverna på gymnasiet. Detta för att vi ville att så gott som alla respondenter skulle ha uppnått den juridiska myndighetsåldern, med överseende för de respondenter som uppnår denna ålder inom de kvarvarande månaderna av året. Efter detta skedde ett selektivt urval där vi valde ut fyra program på gymnasiet som skulle ingå i studien för hanterbarhetens skull. Antalet respondenter som studien initialt skulle byggas på var 118 stycken. Detta antal grundlades i kontakten med skolchefen och senare med ansvarig rektor för de

utvalda programmen. Siffran visade sig dock tyvärr vara felaktig och studiens urvalspopulation blev 92 stycken sistaårselever. (Larsson, Lilja & Mannheimer 2005)

Utav dessa fyra program/klasser som vi valde ut, fanns två mer teoretiska program; Naturvetenskapliga programmet (NV) och Samhällsvetenskapliga programmet (SP) samt två mer yrkesförberedande program som kan leda till arbete direkt efter studenten; Elprogrammet (EC) och Omvårdnadsprogrammet (OP).

Grunden till att både OP och EC valdes är att vi i studien strävade efter en jämn könsfördelning hos respondenterna i studien. Detta hade inte varit görbart om vi exempelvis hade valt Byggnadsprogrammet (BP) och EC eftersom studien då inte hade fått några unga kvinnor alls som läser ett mer yrkesförberedande program därför att alla respondenter på EC är unga män och det ser likadant ut på BP. På OP är 85 % av respondenterna unga kvinnor. Denna könsfördelning var för studien behövlig för att kunna se ifall de skillnader som tidigare forskning har visat på, att unga kvinnor är mer utsatta än unga män för psykisk ohälsa, även gör sig gällande i denna specifika mindre kommunen.

Efter ett externt bortfall på 22 stycken respondenter blev det totala antalet 70. Värt att notera är här fördelningen mellan kön och program, vilken är som följer:

<b>Program</b>	<b>Kön/Antal</b>	<b>Totalt</b>
<b>NV</b>	Killar: 11	23
	Tjejer: 12	
<b>SP</b>	Killar: 10	21
	Tjejer: 11	
<b>OP</b>	Killar: 2	9
	Tjejer: 7	
<b>EC</b>	Killar: 17	17
	Tjejer: 0	

Härefter i uppsatsen kommer vi att parallellt använda oss av begreppen unga vuxna och respondenter.

#### **4.4 Tillvägagångssätt**

##### Litteratursökning

Databaser som vi har besökt för att finna för vår studie relevant tidigare forskning är bland annat Social Services Abstract, PsycINFO, Google Scholar samt Google.

Den allra första avgränsningen som gjordes i databassökningarna var att vi drog en gräns för hur ”gammalt” materialet som vi söker får vara. I och med att det finns mycket forskning kring den psykiska ohälsan valde vi att sätta gränsen från 1999 till och med det senaste som har framkommit inom området.

Vid databassökningen i Social Service Abstract använde vi oss av sökorden *mental health, young adult\* och in Sweden*. Sökorden användes i olika kombinationer med och utan varandra, både som anywhere och som keywords. Träffarna som genererades var allt från 7180 stycken ned till 39 träffar. I PsycINFO använde vi oss av samma variant som i Social Service Abstract. Här genererade det 138 943 träffar som mest och 159 stycken träffar som minst.

Vi fortsatte litteratursökningarna på Google Scholar; här använde vi oss av sökorden *psykisk ohälsa* och *unga vuxna*. Dessa sökord genererade i 834 träffar därav lade vi till sökordet *framtidstro* och detta sänkte antalet träffar till 79 stycken vilkas titlar och abstract vi gick igenom. Därefter gick vi ut och googlade *psykisk ohälsa + unga vuxna + framtidstro* som genererade i 762 träffar på sidor från Sverige.

Efter denna litteratursökning valdes det material vi fann relevant för vår studie. Detta begränsade det funna materialet då vår studie är snäv eftersom den enbart ser till de unga vuxna i åldern mellan 17 och 20 år (sistaårselever på gymnasiet). Mycket av materialet från den tidigare forskningen berörde åldersgrupperna av unga vuxna mellan 13-15 år eller mellan 16-24 år och härav blev det slutgiltiga materialet som vi fann relevant för vår studie begränsat.

Litteratursökningen avslutades med att det material som vi funnit som relevant för vår studie genom databassökningarna genomlästes. Vi fann fem intressanta referenser som kunde ge mer ”kött på benen” därav sökte vi efter dem för att använda oss av dem.

### Datainsamling

I det initiala skedet av uppsatsen när vi ännu var i bollandet av idéer, tog vi kontakt med skolchefen i gymnasieskolan i den mindre kommunen, för att se om vår idé var genomförbar vid detta specifika gymnasium och vidare för att få tillstånd att genomföra studien hos dem. Därefter gick vi vidare till den berörda rektorn för de aktuella programmen för en genomgång av andelen unga vuxna respondenter samt för att finna en passande tidpunkt för alla berörda parter till att dela ut informationsbrev och genomföra datainsamlingen.

Informationsbrev var dels ett led i det aktiva samtycket som vi syftade att ha i studien för att göra den mer etiskt försvarbar samt dels en information till de unga vuxna för att minska bortfallet (Körner & Wahlgren 2002). Informationsbrev delades ut på måndagen i samma vecka som vi skulle genomföra datainsamlingen (fredag). Rektorn skulle vidarebefordra

informationsbrevet till de två klasserna som ej befann sig på skolan vid denna tidpunkt. Två av klasslärarna träffade vi och de fick en muntlig information om studien och dess syfte. De skulle därefter dela ut informationsbrevet till sina sistaårselever när de träffades på måndagen. Vi antog att breven skulle komma till eleverna samma dag, men så skedde dessvärre inte av okänd anledning.

Innan utförandet av datainsamlingen hade vi en diskussion rörande om vi skulle vara närvarande under tiden som de unga vuxna fyllde i enkäten eller om vi skulle lämna ut enkäten till lärarna så att de skulle dela ut dem och återlämna dem till oss. Vi ansåg att ett deltagande från vår sida under tiden kunde uppfylla en funktion ifall det uppstod några frågor om frågorna i enkäten. Men att närvara kunde även påverka datainsamlingen negativt då respondenterna kunde uppleva det som om vi tvingade dem att medverka. Det första antagandet som vi gjorde var korrekt, för redan i den första klassen hade respondenterna frågor angående svarsvärden i enkäten och hur dessa skulle tolkas.

#### **4.5 Bortfall och svarsfrekvenser**

I studien har vi två olika bortfallsbeteckningar. Det är dels det externa bortfallet som innebär att individen ifråga inte överhuvudtaget har deltagit i datainsamlingen. Vidare har vi svarsbortfallet som vi benämner som det interna bortfallet och det innebär att en deltagande respondent inte har besvarat alla frågor i enkäten (Körner & Wahlgren 2002).

EC-klassen bestod av totalt 24 unga vuxna och antalet respondenter som närvarade vid datainsamlingen var 17 stycken. Detta externa bortfall på 7 elever ger ett bortfall på 29 % och beror inte på att datainsamlingen skulle genomföras denna dag. Denna slutsats drar vi utifrån att respondenterna på EC inte hade fått del av informationsbrevet under inledningen av veckan.

Den andra klassen som vi besökte denna fredagseftermiddag var SP. SP-klassen bestod av totalt 28 elever, inte de 40 som vi initialt hade fått information om. Antalet elever som närvarade var 21 stycken, detta gav oss ett externt bortfall på 7 elever, vilket ger ett bortfall på 33 %. Inte heller här berodde bortfallet på genomförandet av datainsamlingen, utan möjligtvis på att detta var klassens sista lektion denna fredag och att de före lektionen hade haft 80 minuter håltimme. Denna slutsats drog vi därför att inte heller SP-klassen hade fått ut informationsbrevet.

NV-klassen bestod av 27 elever varav 23 var närvarande vid denna tidpunkt. Detta ger ett externt bortfall på 14 %. Inte heller NV-klassen hade fått ut något informationsbrev. Därav berodde inte detta externa bortfall på 4 personer på datainsamlingen.

OP-klassen bestod av 13 elever varav 3 elever hade ”giltig frånvaro”, som vi inte vet om den berodde på datainsamlingen eller något annat. Men i denna klass, som hade fått ut informationsbrevet, valde således en elev att inte delta i studien, vilket gav oss ett totalt externt bortfall på 30 % i denna klass.

Det totala externa bortfallet av studiens urvalspopulation, oberoende av orsak var 24 %.

I de tolv bakgrundsfrågorna har studien en svarsfrekvens på 100 %, det finns således inget internt bortfall på de fasta svarsalternativen. Däremot har de öppna svarsalternativen angående föräldrarnas yrke i detta block ett internt bortfall på 24,3 % som ger en svarsfrekvens på 75,7 % i frågan om moderns yrke samt ett internt bortfall på 25,7 % som ger en svarsfrekvens på 74,3 % angående faderns yrke.

I de arton upplevelsefrågorna är svarsfrekvensen 100 % förutom på följande fasta frågor; ”Hur ofta har du haft huvudvärk?” där svarsfrekvensen är 98,57 % samt ”Hur ofta har du under det senaste året haft svårt att somna” som har en svarsfrekvens på 98,57 %. I den fasta frågan ”Ser du positivt på framtiden?” är svarsfrekvensen 91,42 % och dess öppna följdfråga har även den en svarsfrekvens på 91,42 %.

I de tretton frågorna om ”känslan av sammanhang” är svarsfrekvensen på frågorna 1, 2, 3, 4, 10, 12 och 13 100 %. På frågorna 5, 6, 7, 8, 9 och 11 är svarsfrekvensen 98,57 %.

#### **4.6 Granskning av det insamlade materialet**

Efter datainsamling gick vi igenom alla enkäter innan det manuella införandet i SPSS (Statistical Package for the Social Science). Detta för att få en överblick över om det fanns något bortfall på studiens nyckelfrågor, som kön och vilket program som den unge vuxne studerar på. Dessa två frågor kommer att användas i den senare analysen när vi skall se på skillnader/likheter mellan de olika programmen och känslan av sammanhang samt om de könsskillnaderna som tidigare forskning har visat existerar även här i den mindre kommunen. Om något av ”casen” hade haft bortfall på någon av dessa två nyckelfrågor hade detta lett till att hela enkäten från respondenten hade fått uteslutas från studien. Denna granskning av det insamlade datamaterialet hade som syfte att höja studiens kvalitet (Körner & Wahlgren 2002). Under genomgången numrerades alla enkäter som vi hade fått in med nummer från 1 till 70 för att underlätta efterkontrollen av svarsvärdena som vi skulle föra in manuellt i SPSS. En efterkontroll upplevdes viktig för oss och för studiens kvalitet för att åter kunna kontrollera om alla svarsvärden var korrekt införda för varje ”case”. I denna granskning skrevs även de svarsvärden in som visade sig i de fem öppna frågorna och som inte vidare kommer att analyseras i SPSS på grund av vår

begränsade tid och kunskap om programmet. Detta för att de varierar till den grad att de inte kan ligga som underlag för en statistisk analys men även för att dessa svarsvärden var multipla; de unga vuxna kunde besvara dessa öppna frågor med mer än ett alternativ för att till studien skapa en så sanningsenlig bild i hur de unga vuxna ser på sin framtid och vem/vilka individer som ställer krav på dem, utan att tränga in dessa öppna frågor i en förutbestämd ram (Larsson, Lilja & Mannheimer 2005).

#### **4.7 Statistik analys**

Studiens statistiska analyser har gjorts i SPSS. Dessa kommer dels att redovisas i korstabeller (se bilaga 1), som ger en tydlig överblick av resultaten från datainsamlingen. Svarsvärdena sattes in i korstabeller för att kunna se om det finns några signifikanta samband mellan olika variabler i enkäten (Körner & Wahlgren 2002). Resultaten i korstabellerna i bilaga 1 redovisas i kolumnprocent, detta för att den oberoende variabeln bör redovisas kolumnvis och den beroende variabeln radvis för att skapa en gynnsammare förutsättning för senare tolkning. Med andra ord blir det tydligare att kunna se hur stor andel som upplever förekomst inom de tre olika frågegrupperna (Dahmström 2005).

De tolv upplevelsefrågorna som används i vår studie har hämtats från Anders Ekstrands (2006) studie "Hur mår Stockholm ungdomar?". De har utsatts för en dikotomisering efter samma princip som i Stockholmsstudien för att skapa ett så rättvist och sanningsenligt jämförelsemått som möjligt mellan studierna. Dikotomisering innebär att man sätter ihop två eller flera svarsvärden till ett för att underlätta den statistiska analysen (Dahmström 2005) och har gjorts så att svarsvärdena *sällan/aldrig*, *någon enstaka gång* och *ibland* efter dikotomiseringen skapat svarsvärdet ingen förekomst medan svarsvärdena *ganska ofta* och *väldigt ofta* har blivit svarsvärdet förekomst. Likaledes har svarsvärdena *aldrig*, *ungefär en gång per termin* samt *ungefär en gång i månaden*, efter dikotomiseringen givit svarsvärdet ingen förekomst medan svarsvärdena *ungefär en gång i veckan*, och *flera gånger i veckan* visar förekomst.

Det finns risker med att utföra en dikotomisering av svarsvärden eftersom det kan leda till informationsförlust (Dahmström 2005). I detta fall presumerar vi att det inte sker någon informationsförlust, då studien undersöker just förekomsten av speciella variabler, som exempelvis huvudvärk. I enkäten hade vi inte kunnat formulera en fråga angående förekomst och ingen förekomst av exempelvis huvudvärk med enbart två svarsvärden som hade givit oss samma information som vi nu har fått efter dikotomiseringen.



## **4.8 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet**

### Validitet

Validitet visar om det som undersökts verkligen är det man ämnat undersöka (Thurén 1991). Validiteten är med andra ord ett mått på ett mätinstrument; i vår studies fall enkäten som har använts vid datainsamlingen. Validiteten visar om vår enkät har mätt det vi har haft som avsikt att mäta, om respondenterna har förstått det vi har frågat efter och om de har besvarat det som vi har haft som intention med frågan. Med andra ord är validiteten en frånvaro av mätfel i en studie (Körner & Wahlgren 2002).

Genom att initialt i enkätskapandet bestämma oss för att använda redan tidigare utprovade frågor, påverkas studiens validitet positivt. Att vi sedan gjorde en provundersökning med en pilotgrupp som hade ungefärlig rätt ålder för att avgöra om enkäten som vi ämnade bruka oss av mätte de vi avsåg att mäta, höjer studiens validitet.

I enkätdelen rörande upplevelsen av psykisk ohälsa har vi använt oss av samma frågor som i Stockholmsstudien för att kunna göra en så adekvat jämförelse som möjligt med denna. I delen gällande KASAM har vi använt oss av Antonovskys korta version på 13 frågor och modifierat denna efter pilotundersökningen för att den ska passa unga vuxna. De frågor i enkäten som berör den unga vuxnas upplevelse av framtidstro har skapats av oss enkom för denna studie men vi presumerar ändå att de håller en hög validitet genom att de testats i vår pilotstudie.

### Reliabilitet

En hög reliabilitet avser att det resultat som studien uppvisar är pålitligt och inte störs av avvikelser i plats, tid och intervjuare. Reliabilitet betecknar således tillförlitlighet och visar på att studien har utförts på ett korrekt sätt (Thurén 1991). Vår studie genomfördes under två dagar under två olika veckor. Denna avvikelse i tid anser vi inte påverkar studiens reliabilitet eftersom tidsavvikelsen inte var av stor grad, då den ena dagen var en fredag ena veckan och den andra dagen var måndag nästkommande vecka.

Pilotundersökningen som påverkade validiteten positivt påverkar även reliabiliteten. Detta genom att pilotgruppen kommenterade alla frågor som de inte förstod eller tyckte var ”luddiga”. Efter detta förarbete med pilotgruppen tydliggjordes de frågor som hade kommenterats och detta höjer studiens reliabilitet (Larsson, Lilja & Mannheimer 2005).

För att stärka reliabiliteten har vi noggrant antecknat studiens urval och metod. Vi har även i en utförlig beskrivning lyft fram de databaser som vi har använt oss av samt använda sökord och i vilka former de har använts. Detta för att andra skall kunna genomföra samma sökning och få upp samma resultat.

### Generaliserbarhet

Vid studier gjorda med hjälp av enkäter finns möjlighet att generalisera resultatet. Detta då kvantitativ data skapad genom enkäter innebär att ett flertal respondenter besvarar samma frågor, samt att studien kan återskapas vid ett senare tillfälle med samma enkät men i detta fall inte med samma grupp respondenter. Vi kan dock inte säga att man av de resultat som har synliggjorts i vår studie kan dra generella slutsatser som gäller över hela Sverige. Det går inte att påvisa att alla unga vuxna i de mindre kommunerna generellt mår sämre eller bättre än ungdomar i en storstadskommun. Detta för att vår population i undersökningen inte är av den storleken att en adekvat generalisering är möjlig. Det vi med vår studie kan göra är att jämföra våra resultat med studien från Stockholm. Värt att beaktas är även att vi, inom ramen för en c-uppsats, inte har haft möjlighet att undersöka ett lika stort antal unga vuxna som Stockholmsstudien.

### **4.9 Etiska överväganden**

I arbetet med uppsatsen har vi utgått från Vetenskapsrådets forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Dessa innebär fyra huvudkrav; *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* samt *nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet 2007).

*Informationskravet* innebär att de som deltar i undersökningen tydligt ska informeras om forskningens syfte och vad deras deltagande innebär. Vidare ska de informeras om att deltagandet är frivilligt samt att de när som helst kan avbryta sin medverkan (Vetenskapsrådet 2007). För att tillgodose detta krav skickade vi ut ett informationsbrev, där undersökningens syfte och metod förklarades, samt kontaktuppgifter till författarna och handledare redovisades, till rektorn någon vecka innan enkätundersökningen utfördes (se bilaga 2). Vår tanke var att rektorn skulle vidarebefordra brevet till klasslärarna som skulle dela ut detta brev till eleverna för att de skulle kunna läsa igenom och tänka över om de ville delta eller inte. Tyvärr fungerade inte kommunikationen enligt vår förhoppning och endast en av de fyra klasserna fick brevet på förhand. En klasslärare valde medvetet att inte ge informationsbrevet till eleverna förrän minuterna innan enkätundersökningen. I de två resterande klasserna drog vi en muntlig information om undersökningen och frivilligheten att delta, då denna lärare inte fått brevet till sig, men bad henne att dela ut brevet i efterhand. Vi kom även överens med lärarna att information angående vår uppsats kommer att publiceras ska ges till eleverna. Detta informationsmoment anser vi påverkar det aktiva samtycket negativt. För hur ska eleven kunna säga ifrån i klassrummet inför lärare, kamrater och utomstående som ska genomföra en studie, utan att det känns obekvämt?

*Samtyckeskravet* innebär att deltagarna i undersökningen ska samtycka till att delta. Om deltagarna är under 15 år och ämnet av känslig karaktär bör samtycke från föräldrar/vårdnadshavare inhämtas. Här kan även samtycket erhållas från en företrädare för deltagaren (t.ex. rektorn om undersökningen sker under skoltid). Vidare ska deltagaren ha kännedom om att de kan avbryta sin medverkan när som helst (Vetenskapsrådet 2007). Detta informerades vi om och en del elever valde också att inte svara på vissa frågor. Då vi informerades om frivilligt deltagande i enkätundersökningen anser vi att samtyckeskravet uppfylldes i och med att eleverna fyllde i enkäterna. Vi ansåg inte att samtyckeskrav från föräldrar/vårdnadshavare var nödvändigt då eleverna var 17-20 år gamla. För att gardera oss hade vi ändå inhämtat samtycke från rektorn på skolan. Respondenternas samtycke kan dock ha påverkats negativt i en av klasserna där läraren talade om för eleverna att ”vi ställer alltid upp på sådana här undersökningar”. Däremot valde några av dessa elever att inte svara på vissa frågor vilket således gör att vi ändå ser samtyckeskravet som uppfyllt i denna klass.

I *konfidentialitetskravet* ingår att uppgifter som lämnats av deltagarna i undersökningen ska behandlas konfidentiellt och ska tillsammans med personuppgifter förvaras på ett säkert sätt så att obehöriga inte kan ta del av dem. Dessutom ska det inte vara möjligt att identifiera någon av deltagarna i det färdiga materialet (Vetenskapsrådet 2007). I informationen till eleverna ingick att de deltog helt anonymt i undersökningen. Vi innehar inga personuppgifter på eleverna och detta framgår inte heller av enkäterna då inga namn skrevs på dessa. I materialet är det inte möjligt att identifiera någon, men likväl förvaras allt material på en från utomstående skyddad plats.

*Nyttjandekravet* går ut på att uppgifterna som inhämtats endast får användas i forskningssyfte (Vetenskapsrådet 2007). De uppgifter vi fått genom enkätundersökningen kommer endast att användas till vår c-uppsats. Denna information har vi även gett till eleverna.

#### **4.10 Metoddiskussion**

Ett väsentligt misstag vi gjorde var att vi inte kontrollerade med någon om elevantalet, utan vi litade på att skolchefen och rektorn för de berörda programmen gav oss rätt information. I samtal med en lärare från den berörda skolan så fick vi förklaringen till varför det var en sådan skillnad. Elevantalet vi fick från början är från år ett innan de olika programmen erbjuder de unga vuxna valbara delar, och när denna selektering sker delas klasserna och enbart en kärna väljer att vara kvar på det ursprungliga programmet som exempelvis NV och SP som var två av valen i vår studie. Vid utdelandet av de 118 informationsbrev fann vi alltså att de 118 unga vuxna enbart var 92 stycken. Vad kunde vi göra i detta skede? Vi hade kunnat utöka studien till att gälla även andra program på den berörda skolan. Detta fann vi dock inte görbart då vi redan hade tryckt upp

enkäterna med de utvalda programbeteckningarna. Lärdomen blir att vi på något sätt skulle ha verifierat antalet innan upptryckningen av enkäten.

Själva datainsamlingen skedde under två dagar. Dels på en fredag efter lunch som nu i efterhand inte kan påstås vara en bra tidpunkt för insamling av data, speciellt inte som schemat ser ut som det gör i en av klasserna med 80 minuter håltimme innan sista lektionen. Trots denna felsatsning av tidpunkt gav de närvarande respondenterna ett intryck av att de tyckte att det var kul att delta och att fylla i enkäten. I de fall som informationsbrev ej hade nått ut till de berörda klasserna informerades respondenterna om syftet med studien och att deltagandet var frivilligt.

Ytterligare ett problem vi hade var beräkandet av poängen för KASAM-testet. Vi hade stora problem att finna information om vad som räknas som ett normalt värde på KASAM samt vad som anses vara svag respektive stark KASAM, då Antonovsky själv inte tar upp detta i sin bok "Hälsans mysterium" (1987). Efter att till slut ha hittat information om ovanstående gällde denna bara det ursprungliga 29-frågorstestet och vi blev tvungna att räkna ut de procentuella förhållandena för att det skulle passa vårt test.

## **5. TEORETISKA PERSPEKTIV OCH BEGREPP**

I detta avsnitt kommer vi att redogöra för det patogenetiska samt det salutogenetiska perspektivet för att lägga en grund till teorin KASAM - Känsla av sammanhang.

### **5.1 Salutogenetiskt samt patogenetiskt perspektiv**

Det patogenetiska perspektivet har sin grund i att sjukdomar, fysiska eller psykiska, orsakas av riskfaktorer vilka kan vara mikrobiologiska, psykosociala, kemiska eller liknande. Kombinerade eller var för sig bidrar de till att sjukdomen uppstår. Man söker alltså, inom detta perspektiv, efter det som orsakar eller bidrar till sjukdomen. Det salutogenetiska perspektivet däremot, har ett synsätt som grundar sig i faktorer som befrämjar hälsan – friskfaktorer. Det handlar ofta om en kombination av olika friskfaktorer som påverkar. I fokus ligger det som gör att en individ *inte* blir sjuk. Det patogenetiska perspektivet fokuserar således mer på den aktuella sjukdomsdiagnosen eller på förebyggande arbete för en speciell sjukdom medan det salutogenetiska snarare har individen och dess totala historia i fokus (Antonovsky 1987).

Dessa två perspektiv bör inte ses som motsatser, även om de verkar befinna sig långt ifrån varandra, utan istället som komplementära. Det är naturligtvis oerhört viktigt att söka orsaker och riskfaktorer för olika sjukdomar samt att man förebygger och behandlar dessa. Samtidigt är det dock viktigt att se till de avvikande fallen. Vilka är de individer som inte blir sjuka? Vilka friskfaktorer innehar individerna? (Antonovsky 1987).

### **5.2 KASAM – Känsla av sammanhang**

Teorin *KASAM – Känsla av sammanhang* utvecklades av den israeliske sociologen Aaron Antonovsky. KASAM grundar sig på ett salutogenetiskt synsätt, vilket fokuserar på hälsa i motsats till det patogenetiska synsättet som söker finna förklaringen till ohälsa. I alla individers omgivning finns stressorer på flera olika nivåer – både positiva och negativa. Nytt jobb, sjukdom, närståendes död, barnafödande och samhällsliga förändringar är alla exempel på stressorer. En del individer klarar av att hantera dessa stressorer bra, andra inte. Det mysterium som det salutogenetiska synsättet söker lösa är hur det kommer sig att en del individer klarar sig bra trots en hög belastning av stressorer. Antonovsky (1987) menar att man istället för att sätta etiketter på människor som antingen sjuka eller friska kan placera in dem på ett kontinuum från hälsa till ohälsa. En individs placering inom detta kontinuum beror på den förmåga man har att hantera det spänningstillstånd som stressorerna orsakar.

KASAM består av tre huvudsakliga komponenter; *begriplighet*, *hanterbarhet* och *meningsfullhet*.

Komponenten *begriplighet* avser den förmåga en individ har att uppleva saker och ting som händer som förnuftsmässigt gripbara. Är livet ordnat, sammanhängande och strukturerat eller är det kaotiskt, oväntat och oförklarligt? Att ha en hög känsla av begriplighet innebär att man förväntar sig att det som framtiden bär med sig är förutsägbart. Skulle något komma som en överraskning så har en individ med en hög känsla av begriplighet förmågan att strukturera och förklara det inträffade.

Förmåga att hantera en uppkommen situation och uppleva att det finns resurser som är tillitsfulla och tillgängliga vid behov, ingår i komponenten *hanterbarhet*. Är graden av känsla av hanterbarhet hög så kommer individen inte att känna sig som ett offer eller en olycksfågel. Alla människor upplever under sin livstid ett antal motgångar och misslyckanden, men med hjälp av en hög känsla av hanterbarhet kan man klara av dessa och ta nya tag.

Den tredje komponenten är *meningsfullhet*. Känsla av meningsfullhet påverkas av i vilken grad en individ känner att livets olika områden är meningsfulla och värda investering i form av känslor och engagemang, att motgångar och krav kan ses som utmaningar. Denna komponent skapar motivation hos individen. Är känslan av meningsfullhet låg så är också motivationen hos individen låg.

Antonovskys (sid. 46, 1987) sammanfattade definition av KASAM med dess tre komponenter lyder enligt följande:

*”Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig men dynamisk känsla av tillit till att (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga, (2) de resurser som krävs för att man ska kunna möta de krav som dessa stimuli ställer på en finns tillgängliga, och (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang.”*

## 6. RESULTAT, ANALYS OCH TOLKNING

Korstabellerna från studien finns i bilaga 1 och de redovisas endast med tillhörande chitvå-test när resultatet har visat på att det finns ett signifikant samband inom vår studie. I tabell 1:1 redovisar vi enbart förekomsten av upplevelsefrågorna. De variabler som har en \* i anslutning har uppvisat sig ha ett visst signifikant samband. I analysen i vår studie har vi valt att använda oss av signifikansnivå  $\alpha = 0,05$  som ger oss ett 5 % risktagande om att det i verkligheten inte finns några skillnader.

### 6.1 Upplevelse av psykisk ohälsa

Tabell 1:1 visar förekomsten av upplevelse av psykisk hälsa i den mindre kommunen.

**Tabell 1:1 Förekomst av upplevelse av psykisk ohälsa i den mindre kommunen**

	Vilket Kön har du		Totalt n=70	Svars- frekvens antal
	Kille n=40	Tjej n=30		
<b>Huvudvärk *</b>	3	9	12	69
	7,5 %	31 %	17,4 %	
<b>Uppleva sig deppig och ledsen utan att veta orsaken</b>	3	3	6	70
	7,5 %	10 %	8,6 %	
<b>Upplevelse av rädsla utan att veta orsaken</b>	0	1	1	70
	0 %	3,3 %	1,4 %	
<b>Dålig aptit</b>	6	6	12	70
	15 %	20 %	17,1 %	
<b>Vilja av att förändra sig själv</b>	2	5	7	70
	5 %	16,7 %	10 %	
<b>Känslan av att inte duga</b>	3	7	10	70
	7,5 %	23,3 %	14,3 %	
<b>INTE nöjd med ditt utseende</b>	3	6	9	70
	7,5 %	20 %	12,9 %	
<b>Nervös mage</b>	16	17	33	70
	40 %	56,7 %	47,1 %	
<b>Svårt att somna</b>	20	20	40	69
	50 %	69 %	58 %	
<b>Sovit oroligt</b>	15	15	30	70
	37,5 %	50 %	42,9 %	
<b>Slö och olustig</b>	23	17	40	70
	57,5 %	56,7 %	57,1 %	
<b>INTE härligt att leva</b>	2	3	5	70
	5 %	10 %	7,1 %	

Tabell 1:2 är en sammanställning av resultaten på upplevelsefrågorna från vår studie i den mindre kommunen samt resultaten från vår jämförelsestudie i Stockholm. Siffrorna från Stockholm gäller elever som går år 2 på gymnasiet och siffrorna från den mindre kommunen gäller elever som går år 3 på gymnasiet.

**Tabell 1:2 Sammanställning av förekomst av upplevd psykisk ohälsa inom kommunerna**

	Mindre kommun		Storstadskommun	
	Tjejer n=30	Killar n=40	Tjejer n = 2394	Killar n = 2174
Huvudvärk	31,0 %	7,5 %	37,9 %	18,1 %
Ledsen/deppig utan orsak	10,0 %	7,5 %	33,8 %	13,9 %
Rädd utan att veta varför	3,3 %	0,0 %	6,3 %	3,2 %
Dålig aptit	20,0 %	15,0 %	29,4 %	19,9 %
Vilja att ändra på sig själv	16,7 %	5,0 %	26,9 %	15,8 %
Tycker att man inte duger	23,3 %	7,5 %	17,0 %	8,7 %
Ej nöjd med utseende	20,0 %	7,5 %	12,2 %	8,0 %
Nervös mage	56,7 %	40,0 %	30,9 %	17,3 %
Svårt för att somna	69,0 %	50,0 %	46,2 %	39,3 %
Sover oroligt	50,0 %	37,5 %	24,6 %	12,1 %
Slö och olustig	56,7 %	57,5 %	23,2 %	18,2 %
Ej härligt att leva	10,0 %	5,0 %	13,7 %	12,5 %

### Jämförelse mellan studierna

#### **Hur ofta har du haft huvudvärk det senaste året? \***

Vi kan se att det totalt sett är 17,4 % av respondenterna i vår studie som uppger sig ha huvudvärk kontinuerligt till någon gång i veckan. Könsfördelningen som visar sig är att 7,5 % av de unga männen har denna känsla mot 31 % av de unga kvinnorna. Resultatet från vår studie är lägre än Stockholmsstudien som uppvisar en förekomst på 18,1 % hos de unga männen samt en förekomst på 37,9 % hos de unga kvinnorna. Resultatet från vår studie sammanfaller med vad tidigare forskning har uppmärksammat, att huvudvärk är vanligare hos unga kvinnor än män och detta bekräftas av chi-två-testet som visar att det finns ett signifikant samband på 1,1 % mellan variabeln kön och huvudvärk.

#### **Känner du dig ledsen och deppig utan att veta varför?**

Förekomsten av nedstämdhet utan att känna till orsaken är förhållandevis likartad mellan könen i vår undersökning; 7,5 % hos de unga männen upplever att de känner sig nedstämda, samt 10 % hos de unga kvinnorna. Här ser vi adekvata skillnader mot studien från Stockholm där 13,9 % av unga männen och hela 33,8 % av de unga kvinnorna upplevde sig nedstämda.



### **Händer det att du känner dig rädd utan att veta varför?**

På frågan om det händer att man känner sig rädd utan att veta varför, var det ingen av de unga männen som uppgav att de hade denna känsla i vår studie. Bland de unga kvinnorna var det endast en som svarat att hon upplevde detta, vilket utgör 3,3 % av de unga kvinnorna. Även i Stockholmsstudien var förekomsten av rädsla utan att känna till orsaken liten, men något större än i vår studie. I Stockholm upplevde 3,2 % hos de unga männen att de kände rädsla utan att veta varför medan 6,3 % av de unga kvinnorna upplevde samma sak.

### **Hur ofta har du dålig aptit?**

15 % av de unga männen i vår studie uppgav att de har dålig aptit medan siffran hos de unga kvinnorna låg på 20 %. Återigen är siffrorna lägre i den mindre kommunen än i Stockholmsstudien, där 19,9 % av de unga männen uppgav att de hade dålig aptit medan 29,4 % av de unga kvinnorna uppgav samma sak.

### **Hur mycket skulle du vilja ändra på dig själv?**

Av de unga kvinnorna i vår studie var det 16,7 % som skulle vilja ändra på sig själva medan enbart 5 % av de unga männen upplevde detsamma. I Stockholmsstudien var denna siffra märkbart högre hos de unga männen och låg på 26,9 %. Hos de unga kvinnorna i Stockholmsstudien låg siffran på 19,9 % och därmed är skillnaderna mellan kvinnorna inom de olika kommun-konstellationerna inte lika märkbar som hos de unga männen.

### **Hur ofta har du känt att du inte duger?**

23,3 % av de unga kvinnorna och 7,5 % av de unga männen i vår studie upplever att de inte duger, jämfört med 17 % av de unga kvinnorna och 8,7 % av de unga männen i Stockholmsundersökningen. Här ser vi en högre förekomst hos de unga kvinnorna i vår studie jämfört med de unga kvinnorna i Stockholm medan förhållandet mellan de unga männen är tvärtom; fler unga män i Stockholm upplever att de inte duger jämfört med de unga männen i den mindre kommunen.

### **Är du nöjd med ditt utseende?**

20 % av de unga kvinnorna och 7,5 % av de unga männen var missnöjda med sitt utseende i vår studie. Återigen är siffran högre hos de unga kvinnorna i den mindre kommunen än hos de unga kvinnorna i Stockholm (12,2 %) medan unga männen i den mindre kommunen är mer nöjda med sitt utseende än de unga männen i Stockholm (8 %).

### **Hur ofta har Du under det senaste året haft ”nervös mage”?**

I vår studie uppger 56,7 % av de unga kvinnorna att de har besvär med en nervös mage medan 40 % av de unga männen upplever samma sak. Resultatet från Stockholmsstudien uppvisar däremot att 30,9 % av de unga kvinnorna i Stockholm upplever besvär av en nervös mage. Vidare uppger 17,3 % av de unga männen i Stockholm sig ha besvär med en nervös mage.

Den enda likhet som finns mellan studierna är att de unga kvinnorna både i Stockholm och i den mindre kommunen upplever sig ha mer besvär än de unga männen oavsett boendeort. Däremot är skillnaderna mellan könen mindre i Stockholm än vad de är i den mindre kommunen.

### **Hur ofta har Du under det senaste året haft svårt att somna?**

69 % av de unga kvinnorna i vår studie upplever svårigheter med att somna medan 50 % av de unga männen uppger att de har samma problem. Resultatet från Stockholmsstudien uppvisar att 46,2 % av de unga kvinnorna i Stockholm upplever svårigheter med att somna. 39,3 % av de unga männen i Stockholm uppger att de har samma problematik.

Även med insomningsproblematiken finns likheter mellan studierna, där de unga kvinnorna upplever sig ha mer problem med att somna än de unga männen. Avvikelserna mellan studierna är att skillnaderna mellan könen (19 %) är större i den mindre kommunen jämfört med Stockholm (6,9 %). Insomningsproblematiken är större hos de unga vuxna oavsett kön i den mindre kommunen än i storstaden.

### **Hur ofta har det hänt under det senaste året att Du sovit oroligt och vaknat under natten?**

Vår studie uppvisar att 50 % av de unga kvinnorna och 37,5 % av de unga männen i den mindre kommunen sover oroligt och vaknar under natten. Resultatet från Stockholmsstudien uppvisar att 24,6 % av de unga kvinnorna och 12,1 % av de unga männen har samma problem.

Likheterna mellan studierna är att återigen finns det en könsskillnad, där de unga kvinnorna upplever sig ha mer orolig sömn än de unga männen. Skillnaderna mellan könen inom de olika kommunkonstellationerna är när det gäller att sova oroligt är likartade, men åter är problematiken större i den mindre kommunen än vad den är i storstaden.

### **Känner Du Dig slö och olustig?**

De unga kvinnorna som uppger i vår studie att de känner sig slöa och olustiga uppgår till 56,7 % medan 57,5 % av de unga männen upplever samma sak. Resultatet från Stockholmsstudien uppvisar att 23,2 % av de unga kvinnorna där känner sig slöa och olustiga samt att 18,2 % av de unga männen uppger samma känsla.

Skillnaderna mellan vår studie och Stockholmsstudien är att i den mindre kommunen är frekvensen för att känna sig slö och olustig högre än vad den är i Stockholm, där frekvensen för båda könen ligger under 25 % medan frekvenserna i den mindre kommunen uppgår till över 50 %. En annan skillnad

är att de unga männen i den mindre kommunen upplever mer besvär än de unga kvinnorna även om skillnaden enbart är på 0,8 % mellan könen.

Att frekvensen i att känna sig slö och olustig är högre i den mindre kommunen är ändå förståeligt då de unga vuxna i vår studie genomgående upplever mer problem med både insomningsproblematik och besvär med att vakna under nätterna.

### **Hur ofta tycker Du att det är riktigt härligt att leva?**

10,0 % av kvinnorna i den mindre kommunen upplever en känsla av att det *inte* är härligt att leva, medan 5 % av de unga männen i vår studie upplever samma känsla. Resultatet från Stockholmsstudien uppvisar att 13,7 % av de unga kvinnorna i Stockholm känner att det *inte* är härligt att leva. Bland de unga männen i Stockholm upplever 12,5 % att det *inte* är härligt att leva. Här är dock upplevelsen av att det *inte* är härligt att leva större i storstaden än vad den är i den mindre kommunen.

### Sammanfattning och tolkning

Vår undersökning visar på både skillnader och likheter mellan de unga vuxna i den mindre kommunen och de unga vuxna i storstadskommunen. Det problem som är vanligast förekommande bland de unga kvinnorna i den mindre kommunen är svårigheter med att somna (69 %), vilket även är det vanligaste problemet för de unga kvinnorna i storstadskommunen (46,2 %). Däremot är skillnaderna mindre mellan könen i Stockholm än vad de är i den mindre kommunen. Bland de unga männen är känslan av slöhet och olustighet vanligast i den mindre kommunen (57,5 %) medan det däremot är svårigheter med att somna som är vanligast bland de unga männen i storstadskommunen (39,3 %).

Det minst förekommande problemet i båda kommunerna är känslan av att vara rädd utan att veta varför. I Stockholm ligger siffrorna på 6,3 % hos de unga kvinnorna och 3,2 % hos de unga männen och i den mindre kommunen 3,3 % hos de unga kvinnorna och 0 % hos de unga männen. Upplevelsen av att känna sig rädd utan att veta varför är alltså inte vanligt förekommande men är dock mer förekommande i storstadskommunen än i den mindre kommunen.

Den största skillnaden mellan tjejerna i de båda kommunsorterna finns bland förekomsten av att känna sig slö och olustig. Detta problem är mycket vanligare bland de unga kvinnorna i den mindre kommunen. Bland de unga männen är det samma problem som representerar den största skillnaden. Även här är det mer vanligt förekommande bland de unga männen i den mindre kommunen än hos de unga männen i storstadskommunen. Skillnaderna mellan vår studie och Stockholmsstudien är att i den mindre kommunen är frekvensen på över 50 % för båda könen, medan den i Stockholm ligger under 25 % för båda könen. Att frekvensen i att känna sig slö och olustig är högre i den mindre kommunen är ändå förståeligt då de unga vuxna i vår studie genomgående upplever sig ha

mer problem med både insomningsproblematik och problem med att sova oroligt och vakna under nätterna.

Genom analysen är det inte möjligt för oss att säga vilken av kommunkonstellationerna de unga vuxna mår bäst av att leva och växa upp i. Skillnaderna är delvis stora gällande vissa problem, men även likheter finns mellan de båda kommunsorterna. Vi kan inte heller, utifrån ett patogenetiskt perspektiv, se vad det är som ligger som bakgrund till den upplevda psykiska ohälsan.

I likhet med vad tidigare forskning visat, har en hel del av de unga vuxna i vår undersökning problem med bland annat huvudvärk och sömnbesvär. Likaså är det också de unga kvinnorna som uppvisar flest symtom för psykisk ohälsa. Vi kan också se att våra resultat delvis stämmer överens med tidigare forskning (Dahlberg, Forsell et al. 2007) då det gäller kommunstorlek och psykisk ohälsa; förekomsten är i stort sett lika stor i små som i stora kommuner. Däremot visar Melinder (2007) att värdena för den psykiska ohälsan är större bland kvinnor och män i storstadskommuner än i varuproducerande kommuner. Detta överensstämmer dock inte med våra resultat.

## **6.2 Känsla av sammanhang**

I tabell 2:1 redovisas klassificeringen av graden av KASAM, uträknat efter samma procentuella fördelning som i det ursprungliga testet med 29 frågor och en variationsvidd på 29 – 203 (Double Peak 2006). Tabellen visar även antalet respondenter inom de tre klassificeringarna. (Dessa resultat gäller enbart de unga vuxna i den mindre kommunen.)

Tabell: 2:1

<b>Poäng</b>	<b>Grad av KASAM</b>	<b>Antal</b>
13-40	svag	18
41-52	måttlig	35
53-65	hög	17

Av de 70 respondenterna hade 17 stycken en hög grad av känsla av sammanhang, 35 stycken en måttlig grad samt 18 stycken en svag grad. Ingen av respondenterna hade poäng över 62 eller under 21, vilka är de gränser som bör leda till misstanke om feltolkade instruktioner eller ej sanningsenligt svarande.

Det generella genomsnittet för friska personer är ca 46,3 poäng (Double Peak 2006, efter omräkning) och medelvärdet för de unga vuxna i vår undersökning ligger nära detta. Totalt sett har de unga vuxna en måttlig KASAM där graden är något högre hos de unga kvinnorna än hos de unga männen vilket uppvisas i tabell 2:2.

Tabell 2:2

<b>Kön</b>	<b>Medelvärde KASAM</b>
<b>Män</b>	45,5
<b>Kvinnor</b>	46,6

I en uppdelning mellan programmen i teoretiska (NV+SP) och praktiska (OP+EC) kan vi se att de förstnämnda har en något starkare grad av KASAM. Skillnaden är dock marginell. (Tabell 2:3)

Tabell 2:3

<b>Program</b>	<b>Medelvärde KASAM</b>
<b>NV+SP (Teoretiska program)</b>	46,7
<b>OP+EC (Praktiska program)</b>	44,7

Den klass som hade högst medelvärde på KASAM var NV och därefter EC, OP och SP i nämnd ordning. (Tabell 2:4) Tillsammans fick dock de teoretiska programmen en något högre poäng än de praktiska. Utav dessa resultat kan vi dock inte dra några generella slutsatser gällande program eller typ av program då underlaget är för litet.

Tabell 2:4

<b>Program</b>	<b>Medelvärde KASAM</b>
<b>NV</b>	49,6
<b>EC</b>	45
<b>OP</b>	44,3
<b>SP</b>	43,4

För att undersöka vad som kan påverka graden av KASAM hos de unga vuxna i vår undersökning har vi tittat speciellt på de tre som hade allra starkast grad samt de tre som hade allra svagast grad. Vi tittade på bakgrundsvariablerna, upplevelsen av psykisk ohälsa samt framtidstron men har dessvärre inte lyckats hitta något som tyder på några gemensamma samband. Bland de tre med starkast KASAM fanns ingen nämnvärd förekomst av psykisk ohälsa och de hade alla en

positiv syn på framtiden. Bland de tre med svagast KASAM hade en av dem hög förekomst på psykisk ohälsa, medan de två andra inte hade någon. En av de tre hade en negativ syn på framtiden medan de andra såg positivt på framtiden.

### Sammanfattning och tolkning

Medelvärdet för de unga vuxna i vår undersökning stämmer i princip överens med det värde som är det normala för en frisk person. Gällande kön kan vi i medelvärdet se att de unga kvinnorna innehar en något starkare grad av KASAM än de unga männen, men bland de unga kvinnorna finns också en högre grad av upplevd psykisk ohälsa. Vi har dock inte funnit några samband mellan KASAM och psykisk ohälsa samt framtidstro, vilket vi trodde att vi skulle finna. Kanske tyder detta resultat på att helt enkelt inga samband finns eller att den KASAM de unga vuxna innehar nu än så länge är provisorisk och under utveckling samt att deras olika positioner i processen är så pass olika att samband inte kan synliggöras i detta läge.

Ungdomstiden är ofta en period av turbulens, förändringar och identitetssökande. Som 18-åring befinner man sig i gränslandet mellan barn/ungdom och vuxen. En individs känsla av sammanhang kan ha varit stark under barndomen för att sedan rivas upp under tiden som ungdom och ung vuxen (Antonovsky 1987). Enligt Antonovsky byggs under ungdomstiden en provisorisk KASAM upp. När individen sedan träder in i vuxenlivet förstärks eller försvagas KASAM. Det är i det tidiga vuxenlivet som känslan av sammanhang blir mer eller mindre definitiv. (Antonovsky 1987) De flesta unga vuxna i vår undersökning har antingen måttlig eller stark KASAM vilket är positivt. Enligt teorin KASAM gör det dem rustade att möta och hantera svårigheter i livet Om denna grad av KASAM är definitiv är dock svårt att veta. För vissa kan mycket komma att ske, medan andra innehar en mer definitiv grad av KASAM.

### **6.3 Framtidstro**

I tabell 3:1 redovisas fördelningen av framtidstron mellan könen och redovisningen sker genom kolumnprocent, detta för att kunna tydliggöra hur stor andel av de unga männen respektive de unga kvinnorna som innehar en positiv syn på framtiden och hur stor andel som innehar en negativ syn. I vår studie har vi inte kunnat finna några signifikanta samband mellan upplevelsen av framtidstro och kön.

Tabell 3:1 Fördelningen mellan Kön och Framtidstro

Ser du positivt på framtiden?		Vilket kön har du		Totalt	Svarsfrekvens n=70
		Kille n=40	Tjej n=30		
Ja		34	26	60	60
		94,4 %	92,9 %	93,8 %	85 %
Nej		2	2	4	4
		5,6 %	7,1 %	6,3 %	5,71 %
Totalt		36	28	64	64
		100 %	100 %	100 %	91,4 %

Majoriteten av respondenterna (93,8 %) ser positivt på framtiden. Bland de unga männen har 94,4 % svarat ja på frågan ”Ser du positivt på framtiden?” och bland de unga kvinnorna ligger siffran på 92,9 %. Andelen som svarat nej på frågan är 5,6 % av de unga männen och 7,1 % av de unga kvinnorna.

Som en följdfråga till ”Ser du positivt på framtiden?” fanns det i enkäten en öppen fråga om varför man svarat ja eller nej. Här fick respondenterna tillfälle att skriva fritt om anledningen till att de ser/inte ser positivt på framtiden.

Det interna bortfallet på frågan ”ser du positivt på framtiden?” är 6 respondenter som alla har besvarat frågan, men de har besvarat båda svarsvärdena; att de ser både positivt och negativt på framtiden som citatet nedan visar.

*”Ja- jag vill hoppas på det bästa och att jag kommer att nå mina drömmar.  
Nej- vill vara realistisk och inse att man inte kan få allt man vill ha.”*

Genomgående för de unga vuxna oavsett kön som ser positivt på framtiden är att de har en positiv framtoning och tydliga mål i livet som de själva inser att de bär ansvaret för att förverkliga.

*”Ja- jag utvecklas, blir mer vuxen, få mer ansvar att kunna göra något bra, min framtid är som ett nytt liv, varje dag är inte den samma”*

De unga vuxna ser sina möjligheter i det kommande vuxenlivet med utbildning, jobb, egen ekonomi som en del av ett ansvarsområde som är deras eget ansvar att möjliggöra och påverka.

*”Ja- för det är bara jag som kan göra den till något positivt, det är mitt ansvar och ingen annans. Och om jag gör den till något bra, så kommer det att bli så med”*

Genomgående för de unga männen som studerar på de mer praktiska programmen är att de längtar efter att utbildningen skall nå sitt slut så att de kan börja arbeta och ”dra” in sina egna pengar.

*”Ja- för man ska snart börja dra in pengar på heltid”*

De unga vuxna som inte ser positivt på framtiden oavsett kön och program uppvisar en oro över om de kommer att klara av den pågående utbildningen som citatet nedan synliggör.

*Nej- det är tveksamt om jag klarar utbildningen*

Men de uppvisar även att de känner av en oro inför de större valen som står framför dem i livet och som endast sker genom egen påverkan och eget ansvar.

*”Nej- orolig för vad man ska göra, studera/jobba. Vad man vill bli, om man ska skaffa familj”*

#### Sammanfattning och tolkning

En stor majoritet av de unga vuxna (93,75 %) i vår studie uppvisar att de har en positiv syn på framtiden. Det finns inga tydliga skillnader mellan de mer teoretiska programmen och de mer praktiska programmen. Av de 44 respondenter från NV och SP är det tre unga vuxna som inte har en positiv framtidstro (6,8 %) och av de 26 unga vuxna från OP och EC säger sig enbart en ung vuxen sig inte ha en positiv framtidstro (3,8 %). Den lilla skillnaden som uppvisas i vår studie tror vi inte skulle finnas om vi hade haft samma antal respondenter från båda grupperna.

I studien har vi inte funnit några samband mellan KASAM och psykisk ohälsa samt framtidstro, vilket vi trodde att vi skulle finna. De respondenter som inte upplever en positiv framtidstro har allt från förekomst på en av upplevelsefrågorna till förekomst på åtta av de tolv upplevelsefrågorna. Detta gör att vi presumerar att i vår studie har den upplevda psykiska ohälsan inte något betydande samband med den unga vuxnes upplevelse av framtidstro. Men vi kan inte heller generalisera detta faktum då vår studie inte är av den storleken att vi kan säga att detta gäller alla unga vuxna i riket inom åldersspannet 17-20 år.

Härledes har studiens resultat visat att framtidstro är ett fenomen som i de flesta fall är något som är fristående från den upplevda psykiska ohälsan, men samtidigt att det kan finnas samband med ”känslan av sammanhang” då alla unga vuxna i vår studie som inte upplever en positiv framtidstro även uppvisar ett svagt KASAM. Dock uppvisar inte alla unga vuxna med ett svagt KASAM en negativ framtidstro. Vad detta beror på kan vi inte säga då vi inte har kunnat finna adekvata skillnader mellan de unga med svagt KASAM.



## 7. SLUTDISKUSSION

- Hur ser den unga vuxnas självupplevda psykiska ohälsa ut i en mindre kommun?
- Finns det skillnader i upplevelsen av psykisk ohälsa hos unga vuxna i en mindre kommun och en storstadskommun?

Vi fann att frågeställningarna ett och två är sammanlänkade. Den psykiska ohälsan i den mindre kommunen tar sig annorlunda uttryck än i storstadskommunen. Vissa besvär har lägre förekomst i den mindre kommunen än i storstadskommunen såsom *huvudvärk, känna sig deppig, uppleva rädsla, dålig aptit, nöjd med utseendet, inte härligt att leva och ändra på sig själv*. Huvudvärken är det enda besvär som i vår studie uppvisar ett signifikant samband; mellan huvudvärk och kön. Känslan av att känna sig nedstämd och deppig är lägre hos unga kvinnor (10 %) i vår studie jämfört med (33,8 %) de unga kvinnorna i storstaden. Att vilja ändra sig själv har differenser, i vår studie vill 16,7 % av de unga kvinnorna ändra på sig själva mot 5 % av de unga männen. I storstaden är detta mer vanligt hos unga män (26,9 %) än hos unga kvinnor (19,9 %).

Andra besvär är mer vanliga i den mindre kommunen, *som att inte duga, nervös mage, svårt att somna, sova oroligt, känna sig slö och olustig*. De besvär som tar sig i uttryck är insomningsproblematiken. De unga vuxna i vår studie upplever mer besvär; 69 % av unga kvinnor och 50 % av unga män. Medan 46,2 % av unga kvinnor samt 39,3 % av unga män i storstaden upplever besvär. Problematiken av att kunna sova nattetid tar sig även den annorlunda i den mindre kommunen. 50 % av de unga kvinnorna och 37,5 % av de unga männen i vår studie upplever besvär med att insomningsproblematik medan 24,6 % av de unga kvinnorna samt 12,9 % av de unga männen i storstaden uppger att de har samma problem. Könsskillnaderna i den mindre kommunen är återigen att unga kvinnor upplever sig ha mer besvär än unga männen. Kommunskillnaderna är markanta då besvär av att kunna sova nattetid är mer än 25 % vanligt i den mindre kommunen än i storstaden. Därav är det inte förvånande att det är mer vanligt bland dem att även känna sig slö och olustig. Utav unga kvinnor i den mindre kommunen upplever 56,7 % detta besvär mot 57,5 % av de unga männen. I storstaden visar 23,2 % av unga kvinnor att de känner sig slöa och olustiga mot att 18,2 % av unga män har samma upplevelse. Könsskillnaderna i vår studie är att de unga männen upplever mer besvär än de unga kvinnorna, i storstaden är det tvärt om. Att känna sig slö och olustig är 33 % mer vanligt för unga kvinnor och 39 % större skillnad för unga män i vår studie mot storstaden.

Detta sammanfaller med tidigare forskning av Jonsland (2004) och Ekstrand (2006) som visar på tendenser av en ökning av besvären; att känna sig nere och

insomningsproblematik. I likhet med tidigare forskning visar även vår studie att det är de unga kvinnorna, oavsett boendeort, som uppvisar flest symtom gällande psykisk ohälsa.

- I vilken utsträckning påverkar upplevelsen av psykisk ohälsa de unga vuxnas framtidstro?

Vad studien visar är att det inte finns något samband mellan den självupplevda psykiska ohälsan och förmågan att kunna känna en framtidstro. De flesta unga vuxna i studien ser ljust på sina möjligheter i framtiden, de har drömmar som de vill förverkliga. Samtidigt är de inte ”rädda” för att axla det ansvar som följer med vidare studier och arbete utan de ser fram emot detta ansvar för då kan de se sig själva som vuxna.

- Vilka samband finns mellan den upplevda psykiska ohälsan och känslan av sammanhang?

Inga definitiva samband kunde synliggöras utifrån undersökningen gällande kopplingen mellan den upplevda psykiska ohälsan och känslan av sammanhang. Bland de respondenter med svagast grad av känsla av sammanhang hade en del en hög grad av upplevd psykisk ohälsa och en del ingen förekomst alls av de psykiska ohälsosymtomen. Samma förhållande gällde för de respondenter med starkast grad av känsla av sammanhang. Möjligtvis kan detta resultat bero på att man i ungdomstiden har, som Antonovsky (1987) kallar det, en provisorisk känsla av sammanhang och att denna är i en process av utveckling.

### Slutsats

Förekomst av psykisk ohälsa är i stort sett lika stor i de båda kommunerna, men de unga vuxna har besvär med olika saker. Den största skillnaden vi funnit gäller sömnsvarigheter, där förekomsten är större i den mindre kommunen. Vi har dock inte funnit några samband om *varför* dessa sömnbesvär är större bland de unga vuxna i den mindre kommunen. Detta leder osökt vidare till nya frågor, är de unga vuxna i den mindre kommunen mer trångbudda än de unga vuxna i Stockholm?, då de i vår undersökning har i medel 2,77 stycken syskon medan genomsnittet för Stockholm är 1,72 barn (SCB 2005). Eller finns det andra bakomliggande orsaker som att respondenterna i jämförelsestudien från Stockholm går år 2 på gymnasiet och är året yngre än sistaårseleverna i vår undersökning eller kan det vara att denna ökning har skett generellt över landet från våren 2006 då jämförelsestudien genomfördes tills hösten 2007? En ren spekulation från vår sida är att denna skillnad kanske inte skulle vara av samma grad om vi haft sistaårselever att jämföra med, för att läsa sista året på gymnasiet kanske är mer turbulent och krävande då man inom en snar framtid ska göra livsavgörande val såsom yrkes- och utbildningsval.

Vi har inte heller kunnat finna säkerställda samband mellan upplevelsen av psykisk ohälsa samt känsla av sammanhang och framtidstro. Vi kan dock se att majoriteten av de unga vuxna i vår undersökning innehar en måttlig eller stark grad av känsla av sammanhang samt att de allra flesta ser positivt på framtiden och har planer och drömmar om vad de vill göra. Detta ser vi som mycket positivt och vi tror och hoppas att detta kan bidra till att flesta är bra rustade för att kunna hantera kommande stressorer när de väl går in i vuxenlivet.

Under uppsatsprocessens gång har tankar uppkommit om vad som ytterligare skulle vara intressant att undersöka utifrån uppsatsens problemområde. Vi skulle finna det intressant att utföra en större undersökning än den vi gjort samt utöka den till alla tre årskullarna på gymnasiet för att se vilka skillnader som finns inom denna åldersgrupp. Vi anser även att det skulle vara givande att bredda undersökningen med, förutom enkäter, fokusgruppintervjuer samt vanliga intervjuer för att kunna fördjupa sig i vilka risk- och friskfaktorer som finns inom området och vad de unga vuxna själva har för tankar kring detta.

## **8. KÄLLFÖRTECKNING**

### **Tryckta källor**

Antonovsky, A. (1987): *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur

Dahlberg, K., Forsell, Y. et al (2007): Mental health problems and healthcare contacts in an urban and a rural area - Comparisons of two Swedish counties. *Nordic Journal of Psychiatry, Volume 61, Issue 1 2007* sid. 40-46

Dahmström, K. (2005): *Från datainsamling till rapport*, Lund: Studentlitteratur

Ekstrand, A. (2006): *Hur mår Stockholms ungdomar? - en studie av risk- och skyddsfaktorerens betydelse för psykisk ohälsa*. FoU-rapport 2006:7. Stockholm: Forsknings- och Utvecklingsenheten, Stockholms Stadsledningskontor

Integrations- och jämställdhetsdepartementet (2004): *Makt att bestämma – rätt till välfärd. Proposition 2004/05:2*. Stockholm: Regeringskansliet

Jacobsson, G. (2005): *On the threshold of adulthood – recurrent phenomena and developmental tasks during the period of young adulthood*. Stockholm: Pedagogiska institutionen vid Stockholms Universitet

Jonsland, T. (2004): *Psykisk ohälsa – eller ändå inte: om hur ungdomars psykiska ohälsa har förändrats i en tid av välfärdsnedsskärningar och kulturell modernisering*. Stockholm: Institutionen för socialt arbete vid Stockholms Universitet

Körner, S. & Wahlgren, L. (2002): *Praktisk statistik*. Lund: Studentlitteratur

Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (red)(2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Melinder, K. (2007): *Stress i stan och övervikt i glesbygden*. Vällingby: Statens Folkhälsoinstitut

Molarius, A., Berglund K. et al. (2006): *Jordmån för psykisk hälsa - Resultat från enkätundersökningen Liv och hälsa 2004*. Örebro: CDUST

Regionplane- och trafikkontoret Stockholm (1999): *Dagens ungdomar är morgondagens vuxna - Sammanställning och analys av aktuella undersökningar om stockholmsungdomar*. Stockholm: Stockholms läns landsting

Socialstyrelsen (2005): *Folkhälsorapport 2005*. Spånga: Socialstyrelsen

Thurén, T. (1991): *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber

Ungdomsstyrelsen (2007): *Ung idag 2007 – en beskrivning av ungdomars villkor*. Stockholm: Ungdomsstyrelsen

Ungdomsstyrelsen (2007): *Rapporten Fokus: En analys av ungas hälsa och utsatthet*. Stockholm : Ungdomsstyrelsen

Utredningen av ungdomars psykiska ohälsa (2006): *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa - Analyser och förslag till åtgärder* SOU 2006:77. Stockholm: Fritze

Winzer Regina (red) (2004): *Rapportering av ungdomspolitiska mål* Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut

### **Elektroniska källor**

Barnombudsmannen (2003): *FN:s Barnkonvention*  
Hämtad 2007-10-27  
<http://www.bo.se/adfinity.aspx?pageid=44#1>

Double Peak AB (2006): “KASAM 29 frågor”  
Hämtad 2007-11-04  
<http://www.itcanbedone.net/doublepeak.se/tester/kasam/count.asp>

Folkhälsoguiden (2006): *Informationsmaterial*  
Hämtad 2007-11-07  
<http://www.folkhalsoguiden.se/Informationsmaterial.aspx?id=642>

Samordningsförbundet Väster (2005): *Inventering av psykisk ohälsa hos unga vuxna i västra Göteborg*  
Hämtad 2007-10-31  
[http://www.samordningsforbundetvaster.goteborg.se/prod/tynnered/frisamvast/dalis2.nsf/vyFilArkiv/InventeringUnga.doc/\\$file/InventeringUnga.doc](http://www.samordningsforbundetvaster.goteborg.se/prod/tynnered/frisamvast/dalis2.nsf/vyFilArkiv/InventeringUnga.doc/$file/InventeringUnga.doc)

SCB (2007): *Statistik ULF*  
Hämtad 2007-11-05  
[http://www.scb.se/templates/Product\\_\\_\\_\\_12199.asp](http://www.scb.se/templates/Product____12199.asp)

SCB (2006): *Kommunfakta*  
Hämtad 2007-10-29  
[http://www.h.scb.se/kommunfakta/k\\_frame.htm](http://www.h.scb.se/kommunfakta/k_frame.htm)

SCB (2005): *Kommunuppgifter 2005*

Hämtad 2007-11-30

[http://www.scb.se/statistik/LE/LE0102/2006A01/Komuppgifter\\_2005.xls](http://www.scb.se/statistik/LE/LE0102/2006A01/Komuppgifter_2005.xls)

Socialstyrelsen (2007): *Folkhälsa - Lägesrapport 2006*

Hämtad 2007-10-27

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2007/9489/2007-131-15.htm>

Stockholms Stad (2006): *Folkmängd i Stockholm, länet och riket den 31 dec 1750–2006*

Hämtad 2007-11-24

<http://www.usk.stockholm.se/arsbok/b049.ht>

Sveriges Kommuner och Landsting (2004): *Kommungruppsindelning*

Hämtad 2007-10-27

<http://www.skl.se/artikel.asp?C=3305&A=11248>

Vetenskapsrådet (2007): *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*

Hämtad 2007-10-25

<http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>

WHO (2007): *Mental health*

Hämtad 2007-11-08

[www.who.int/mental\\_health/en/](http://www.who.int/mental_health/en/)

WHO (2003): *The world health report 2001-Fact sheet EURO/03/03*

Hämtad 2007-10-27

<http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0303e.pdf>

## Bilaga 1

### Korstabeller till tabell 1:1 och 1:2.

Korstabellerna redovisas enbart med tillhörande chitvå-test som redovisar studiens resultat när det har funnits signifikanta samband. Dessa korstabeller har efter genomförd dikotomisering använts till jämförelse med Stockholmstudien. Resultaten redovisas i kolumnprocent.

Crosstab		Vilket Kön har du		Total	
		kille	tjej		
Förekomst av huvudvärk	ej förekomst	Count	37	20	57
		% within Vilket Kön har du	92,5 %	69,0%	82,6 %
% within Vilket Kön har du	förekomst	Count	3	9	12
		7,5%	31,0 %	17,4%	
Total		Count	40	29	69
		% within Vilket Kön har du	100,0 %	100,0%	100,0 %

Chi-Square Tests	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,481(b)	1	,011		
Continuity Correction(a)	4,947	1	,026		
Likelihood Ratio	6,527	1	,011		
Fisher's Exact Test				,021	,013
Linear-by-Linear Association	6,387	1	,011		
N of Valid Cases	69				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,04.

Crosstab		Vilket Kön har du		Total	
		kille	tjej		
Förekomst av att uppleva sig deppig och ledsen utan att veta orsaken	ej förekomst	Count	37	27	64
		% within Vilket Kön har du	92,5%	90,0%	91,4%
% within Vilket Kön har du	förekomst	Count	3	3	6
		7,5%	10,0%	8,6%	
Total		Count	40	30	70
		% within Vilket Kön har du	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstab		Vilket Kön har du		Total		
		kille	tjej			
Upplevelse av rädsla utan att känna till orsak	ej förekomst	Count	40	29	69	
		% within Vilket Kön har du	100,0%	96,7%	98,6%	
		Count	0	1	1	
	% within Vilket Kön har du	förekomst	,0%	3,3%	1,4%	
			Count	40	30	70
			% within Vilket Kön har du	100,0%	100,0%	100,0%
Total						

Crosstab		Vilket Kön har du		Total		
		kille	tjej			
Dålig aptit	ej förekomst	Count	34	24	58	
		% within Vilket Kön har du	85,0%	80,0%	82,9%	
		Count	6	6	12	
	% within Vilket Kön har du	förekomst	15,0%	20,0%	17,1%	
			Count	40	30	70
			% within Vilket Kön har du	100,0%	100,0%	100,0%
Total						

Crosstab		Vilket Kön har du		Total		
		kille	tjej			
Vilja av att förändra sig själv	ej förekomst	Count	38	25	63	
		% within Vilket Kön har du	95,0%	83,3%	90,0%	
		Count	2	5	7	
	% within Vilket Kön har du	förekomst	5,0%	16,7%	10,0%	
			Count	40	30	70
			% within Vilket Kön har du	100,0%	100,0%	100,0%
Total						



Crosstab			Vilket Kön har du		Total
			kille	tjej	
Känsla av att inte duga	ej förekomst	Count	37	23	60
		% within Vilket Kön har du	92,5%	76,7%	85,7%
		Count	3	7	10
	% within Vilket Kön har du	förekomst	7,5%	23,3%	14,3%
		Count	40	30	70
		% within Vilket Kön har du	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstab			Vilket Kön har du		Total
			kille	tjej	
Inte Nöjd med ditt utseende	förekomst	Count	3	6	9
		% within Vilket Kön har du	7,5%	20,0%	12,9%
		Count	37	24	61
	% within Vilket Kön har du	ej förekomst	92,5%	80,0%	87,1%
		Count	40	30	70
		% within Vilket Kön har du	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstab			Vilket Kön har du		Total
			kille	tjej	
Upplevelse av nervös mage	ej förekomst	Count	24	13	37
		% within Vilket Kön har du	60,0%	43,3%	52,9%
		Count	16	17	33
	% within Vilket Kön har du	förekomst	40,0%	56,7%	47,1%
		Count	40	30	70
		% within Vilket Kön har du	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstab		Vilket Kön har du		Total	
		kille	tjej		
Upplevelse av svårigheter att somna	ej förekomst	Count	20	9	29
		% within Vilket Kön har du	50,0%	31,0%	42,0%
	förekomst	Count	20	20	40
		% within Vilket Kön har du	50,0%	58,0%	
		Count	40	29	69
		% within Vilket Kön har du	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstab		Vilket Kön har du		Total	
		kille	tjej		
Upplevelse av att sova oroligt och vakna	ej förekomst	Count	25	15	40
		% within Vilket Kön har du	62,5%	50,0%	57,1%
	förekomst	Count	15	15	30
		% within Vilket Kön har du	37,5%	42,9%	
		Count	40	30	70
		% within Vilket Kön har du	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstab		Vilket Kön har du		Total	
		kille	tjej		
Upplevelse av att känna sig slö och olustig	ej förekomst	Count	17	13	30
		% within Vilket Kön har du	42,5%	43,3%	42,9%
	förekomst	Count	23	17	40
		% within Vilket Kön har du	57,5%	57,1%	
		Count	40	30	70
		% within Vilket Kön har du	100,0%	100,0%	100,0%

Crosstab		Vilket Kön har du		Total	
		kille	tjej		
Hur ofta tycker Du att det är riktigt härligt att leva?	Förekomst härligt att leva	Count	38	27	65
		% within Vilket Kön har du	95,0%	90,0%	92,9%
		Count	2	3	5
% within Vilket Kön har du	Ej förekomst härligt att leva	5,0%	10,0%	7,1%	
Total		Count	40	30	70
		% within Vilket Kön har du	100,0%	100,0%	100,0%



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## ***Institutionen för socialt arbete***

---

### **Information**

Genom detta brev vill vi ge dig, sistaårselev på *kommunens* gymnasium en kortfattad information om vår kommande enkätundersökning inför vår C-uppsats hösten 2007.

C-uppsatsen ingår som en del i Socionomprogrammet vid Göteborgs Universitet och utförs den sista terminen på utbildningen. Studien kommer att följa de forskningsetiska principer för humaniora och samhällsvetenskap, vilka har utarbetas av Vetenskapsrådet.

Dessa principer innebär i korthet att:

- De som medverkar i uppsatsprojektet skall få information om uppsatsens syfte.
- Deltagaren har rätt att själv bestämma över sin medverkan.
- De insamlade uppgifterna skall behandlas konfidentiellt och förvaras på ett sådant sätt att ingen obehörig kan ta del av dem.

Syftet med vår enkätundersökning är att göra en jämförelse mellan unga vuxna i en landsortskommun (*Kommunen*) och en storstadskommun (Stockholm eller Göteborg) gällande psykisk ohälsa, framtidstro och känsla av sammanhang. Med psykisk ohälsa avser vi lättare besvär som sömnproblem, upplevelse av att inte duga, oro, ångslan etc.

Den individen som har den bästa kunskapen om dessa frågor är du! Du som medverkar i vår studie kommer att vara anonym, vi kommer inte att ta några namnuppgifter, resultatet ifrån enkäterna kommer enbart att redovisas utifrån olika grupperns svar.

Du har rätt att avstå från att svara på frågor i enkäten, utan att lämna någon anledning till detta. Vi kommer att närvara vid utdelandet av enkäterna i de utvalda klasserna. Detta gör det lättare för dig ifall det uppstår några oklarheter vid besvarandet av enkäten. Allt insamlat material kommer att förvaras på ett sådant sätt att utomstående inte kommer åt uppgifterna.

För att resultatet ska komma så nära sanningen som möjligt är det viktigt att du tar god tid på dig och besvarar frågorna så noggrant som möjligt, det tar runt 20 minuter att göra detta. De uppgifter som samlats in kommer endast användas för uppsatsprojektet.

Studien kommer att genomföras någon gång under vecka 42, under lektionstid. Du som inte vill delta i studien får då annat att sysselsätta dig med. Du som elev är när som helst välkommen att kontakta oss eller vår handledare om du har några frågor angående studien (Mailadress och mobilnummer nästa sida).

## Kontaktinformation

Socionomstuderande

Annika Bergfalk  
XXX-XXX XX XX  
[annikabergfalk@hotmail.com](mailto:annikabergfalk@hotmail.com)

&

Pia Johansson  
XXX-XXX XX XX  
[pia-johansson@passagen.se](mailto:pia-johansson@passagen.se)

Handledare

Anna Dunér  
XXX-XXX XXXX  
[anna.duner@socwork.gu.se](mailto:anna.duner@socwork.gu.se)

## **Bilaga 3**



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

## **Institutionen för socialt arbete**

---

### **Enkätundersökning**

Denna enkät kommer att ligga till grund för en studie av unga vuxnas upplevelse av psykisk ohälsa (sömnbesvär, magont, huvudvärk, oro, ångslan, känsla av att inte duga etc.), framtidstro samt känsla av sammanhang. Resultaten kommer endast att användas i vår C-uppsats och Ni som deltar kommer att vara helt anonyma.

Kryssa i det svarsalternativ som stämmer bäst för Dig och kryssa enbart i ett av svarsalternativen. Om du har kryssat fel fyll då hela rutan.

Enkäten består av tre delar:

Del 1 är bakgrundsfrågor (12 frågor)

Del 2 är upplevelsefrågor (18 frågor)

Del 3 är frågor om känslan av sammanhang (13 frågor)

**Ditt deltagande är viktigt och vi tackar Dig för att Du vill delta i vår studie!**

**/Annika Bergfalk och Pia Johansson**

**Socionomprogrammet vid Göteborgs Universitet**

## Bakgrundsfrågor

### 1) Vilket kön har Du?

- Kille       Tjej

### 2) Vilken är Din ålder?

- 17år       18 år       19 år       20 år

### 3) Vilket program studerar Du på?

- Samhällsvetenskapsprogrammet  
 Naturvetenskapsprogrammet  
 Elprogrammet  
 Omvårdnadsprogrammet

### 4) Är Du född i Sverige?

- Ja       Nej

#### 4a) Om nej; var är du född?

---

#### 4b) Om nej; Hur gammal var Du när Du kom till Sverige?

- 0-3 år       4-6 år       7-9 år       äldre än 9 år

### 5) Är Din mamma född i Sverige?

- Ja       Nej

#### 5a) Om nej; var är Din mamma född?

---

### 6) Är Din pappa född i Sverige?

- Ja       Nej

#### 6a) Om nej; var är Din pappa född?

---

### 7) Hur många syskon är ni, Dig själv inräknad?

- 1       2       3       4       5       6 eller fler

### 8) Vem bor Du med?

- Med båda föräldrarna  
 Med en förälder (ensamstående)  
 Växelvis boende hos båda föräldrarna  
 Med en förälder och hans/hennes nya make/maka/sambo/partner  
 Bor själv  
 Annat \_\_\_\_\_

**9) Vad är Din mammas högsta slutförda utbildning?**

- Grundskola    Gymnasie    Komvux/folkhögskola    Högskola/Universitet    Vet ej

Annat: \_\_\_\_\_

**10) Vad har Din mamma för huvudsaklig sysselsättning?**

- Arbetar  
 Egen företagare  
 Arbetslös  
 Hemmafru  
 Sjukpensionär/pensionär  
 Studerande  
 Annat: \_\_\_\_\_

**10a) Om Du har svarat att Din mamma arbetar/egen företagare, vad arbetar hon med?**

\_\_\_\_\_

**11) Vad är Din pappas högsta slutförda utbildning?**

- Grundskola    Gymnasie    Komvux/folkhögskola    Högskola/Universitet    Vet ej

Annat: \_\_\_\_\_

**12) Vad har Din pappa för huvudsaklig sysselsättning?**

- Arbetar  
 Egen företagare  
 Arbetslös  
 Hemmamake  
 Sjukpensionär/pensionär  
 Studerande  
 Annat: \_\_\_\_\_

**12a) Om Du har svarat att Din pappa arbetar/egen företagare, vad arbetar han med?**

\_\_\_\_\_

**Upplevelsefrågor**

**1) Hur ofta har Du haft huvudvärk det senaste året?**

- Aldrig  
 Ungefär en gång per termin  
 Ungefär en gång i månaden  
 Ungefär en gång i veckan  
 Flera gånger i veckan



**2) Känner Du Dig ledsen och deppig utan att veta varför?**

- Sällan
- Någon enstaka gång
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

**3) Händer det att Du känner Dig rädd utan att veta varför?**

- Sällan
- Någon enstaka gång
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

**4) Hur ofta har Du dålig aptit?**

- Aldrig
- Ungefär en gång per termin
- Ungefär en gång i månaden
- Ungefär en gång i veckan
- Flera gånger i veckan

**5) Hur mycket skulle Du vilja ändra på Dig själv?**

- Inte alls
- Ganska lite
- En del
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

**6) Hur ofta har Du känt att Du inte duger?**

- Nästan aldrig
- Någon enstaka gång
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

**7) Är Du nöjd med Ditt utseende?**

- Nästan aldrig
- Någon enstaka gång
- Ibland
- Ganska ofta
- Som oftast

**8) Hur ofta har Du under det senaste året haft ”nervös mage” (t.ex. magknip, orolig mage)?**

- Aldrig
- Ungefär en gång per termin
- Ungefär en gång i månaden
- Ungefär en gång i veckan
- Flera gånger i veckan

**9) Hur ofta har Du under det senaste året haft svårt att somna?**

- Aldrig
- Ungefär en kväll per termin
- Ungefär en kväll i månaden
- Ungefär en kväll i veckan
- Flera kvällar i veckan

**10) Hur ofta har det hänt under det senaste året att Du sovit oroligt och vaknat under natten?**

- Aldrig
- Ungefär en natt per termin
- Ungefär en natt i månaden
- Ungefär en natt i veckan
- Flera nätter i veckan

**11) Känner Du Dig slö och olustig?**

- Sällan
- Någon enstaka gång
- Ibland
- Ganska ofta
- Världigt ofta

**12) Hur ofta tycker Du att det är riktigt härligt att leva?**

- Världigt ofta
- Ganska ofta
- Ibland
- Någon enstaka gång
- Sällan

**13) Hur ofta ställer Du krav på Dig själv (höga betyg, träning, hinna med allt utseende klädsel, etc.)?**

- Sällan eller aldrig
- Någon enstaka gång
- Ibland
- Ganska ofta
- Världigt ofta

**14) Hur ofta upplever Du krav från andra än Dig själv på hur Du ska vara?**

- Sällan eller aldrig
- Någon enstaka gång
- Ibland
- Ganska ofta
- Väldigt ofta

**14a) Vem/vilka ställer krav på dig?**

---

**15) Hur ofta upplever Du krav från andra än Dig själv på vad Du ska prestera?**

- Sällan eller aldrig
- Någon enstaka gång
- Ibland
- Ganska ofta
- Väldigt ofta

**15a) Vem/vilka ställer krav på dig?**

---

**16) Upplever Du att Du har kontroll över Ditt liv?**

- Som oftast
- Ganska ofta
- Ibland
- Någon enstaka gång
- Sällan eller aldrig

**17) Hur tror Du att Ditt liv ser ut om 10 år? (Jobb, familj, boende, bor du kvar i kommunen, etc.)**

**18) Ser Du positivt på framtiden?**

ja

varför? \_\_\_\_\_

nej

varför? \_\_\_\_\_

## Frågor om känsla av sammanhang

**1) Har Du en känsla av att Du inte riktigt bryr Dig om det som sker i Din omgivning? (Familj, skola, i kamratkretsen, samhället i stort etc.)**

- Väldigt ofta
- Ganska ofta
- Ibland
- Någon enstaka gång
- Mycket sällan eller aldrig

**2) Har det hänt att Du blivit överraskad av beteendet hos personer som Du trodde att Du kände väl?**

- Väldigt ofta
- Ganska ofta
- Ibland
- Någon enstaka gång
- Aldrig

**3) Har det hänt att människor Du litat på gjort Dig besviken?**

- Väldigt ofta
- Ganska ofta
- Ibland
- Någon enstaka gång
- Aldrig

**4) Hittills har ditt liv...**

- Varit helt meningslöst
- Varit ganska meningslöst
- Varit varken bra eller dåligt
- Varit bra och meningsfullt
- Varit mycket bra och meningsfullt

**5) Har Du känt Dig orättvist behandlad?**

- Väldigt ofta
- Ganska ofta
- Ibland
- Någon enstaka gång
- Mycket sällan eller aldrig

**6) Har Du en känsla av att Du är i en obekant situation och inte vet vad Du skall göra?**

- Väldigt ofta
- Ganska ofta
- Ibland
- Någon enstaka gång
- Mycket sällan eller aldrig

**7) Det Du gör under dagarna fyller Dig med...**

- Mycket smärta och/eller tristess
- En del smärta och/eller tristess
- Varken glädje eller smärta
- Ganska mycket glädje och tillfredsställelse
- Mycket glädje och tillfredsställelse

**8) Har du mycket motstridiga känslor och tankar? (t.ex. Du tänker att Du borde göra en sak, men känner för att göra en annan)**

- Våldigt ofta
- Ganska ofta
- Ibland
- Någon enstaka gång
- Mycket sällan eller aldrig

**9) Händer det att Du har känslor inom Dig som Du helst inte vill känna?**

- Våldigt ofta
- Ganska ofta
- Ibland
- Någon enstaka gång
- Mycket sällan eller aldrig

**10) Hur ofta känner Du att Du är en "olycksfågeln"?**

- Våldigt ofta
- Ganska ofta
- Ibland
- Någon enstaka gång
- Mycket sällan eller aldrig

**11) När något har inträffat, har Du som oftast...**

- Över- eller undervärderat betydelsen av det inträffade
- Varit osäker på hur du ska förstå betydelsen
- Varken eller
- Kunnat förstå betydelsen ganska bra
- Sett saken för vad den är och kunnat förstå den

**12) Hur ofta har Du känt att de saker Du utför i Ditt liv inte har någon mening?**

- Våldigt ofta
- Ganska ofta
- Ibland
- Någon enstaka gång
- Mycket sällan eller aldrig

**13) Hur ofta har Du känslor som Du inte är säker på om Du kan kontrollera?**

- Veldig ofta
- Ganska ofta
- Ibland
- Någon enstaka gång
- Mycket sällan eller aldrig

*TACK FÖR DIN MEDVERKAN*

## **Bilaga 4**

### **Upplevelsefrågor**

Upplevelse frågor angående den psykiska ohälsan. Svartalternativen som har kodats som *förekomst* är framhållna genom understrykning. Frågorna kommer från studien ”Hur mår Stockholms ungdomar?” (Ekstrand 2006)

**1) Hur ofta har Du haft huvudvärk det senaste året?**

- Aldrig
- Ungefär en gång per termin
- Ungefär en gång i månaden
- Ungefär en gång i veckan
- Flera gånger i veckan

**2) Känner Du Dig ledsen och deppig utan att veta varför?**

- Sällan
- Någon enstaka gång
- Ibland
- Ganska ofta
- Väldigt ofta

**3) Händer det att Du känner Dig rädd utan att veta varför?**

- Sällan
- Någon enstaka gång
- Ibland
- Ganska ofta
- Väldigt ofta

**4) Hur ofta har Du dålig aptit?**

- Aldrig
- Ungefär en gång per termin
- Ungefär en gång i månaden
- Ungefär en gång i veckan
- Flera gånger i veckan

**5) Hur mycket skulle Du vilja ändra på Dig själv?**

- Inte alls
- Ganska lite
- En del
- Ganska mycket
- Väldigt mycket

**6) Hur ofta har Du känt att Du inte duger?**

- Nästan aldrig
- Någon enstaka gång
- Ibland
- Ganska ofta
- Väldigt ofta

**7) Är Du nöjd med Ditt utseende?**

- Nästan aldrig
- Någon enstaka gång
- Ibland
- Ganska ofta
- Som oftast

**8) Hur ofta har Du under det senaste året haft ”nervös mage” (t.ex. magknip, orolig mage)?**

- Aldrig
- Ungefär en gång per termin
- Ungefär en gång i månaden
- Ungefär en gång i veckan
- Flera gånger i veckan

**9) Hur ofta har Du under det senaste året haft svårt att somna?**

- Aldrig
- Ungefär en kväll per termin
- Ungefär en kväll i månaden
- Ungefär en kväll i veckan
- Flera kvällar i veckan

**10) Hur ofta har det hänt under det senaste året att Du sovit oroligt och vaknat under natten?**

- Aldrig
- Ungefär en natt per termin
- Ungefär en natt i månaden
- Ungefär en natt i veckan
- Flera nätter i veckan

**11) Känner Du Dig slö och olustig?**

- Sällan
- Någon enstaka gång
- Ibland
- Ganska ofta
- Väldigt ofta

**12) Hur ofta tycker Du att det är riktigt härligt att leva?**

- Väldigt ofta
- Ganska ofta
- Ibland
- Någon enstaka gång
- Sällan

