



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
*Psykoterapeutprogrammet*

## **Unga vuxnas psykiska ohälsa**

En korrelationsstudie mellan självkänsla, perfektionism, missnöje med utseende och kropp, samt upplevelsen av yttre och inre trygg plats

**Jenny Fagrenius & Lena Johansson Jensen**

Psykoterapeutprogrammet 2018

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Lars-Gunnar Lundh

Tack!

Vi vill rikta ett varmt tack till alla unga vuxna som deltog i vår studier. Vidare vill vi tacka personalen på ungdomsmottagningarna i Malmö som hjälpte oss med att dela ut enkäterna. Tack vår handledare Per för din uppmuntran! Och tack våra familjer som har tålmodigt stöttat oss i vårt uppsatsarbete.

Lena och Jenny

## **Abstract**

This study examined the correlations between self-esteem, perfectionism, dissatisfaction with physical appearance and body image, the experience of an inner and outer safe place, as well as mental illness among young adults. The study population consisted of 122 young adults (85 % women , 12 % men and 3 % of undefined gender) aged 18 -23 years old (median 20 years) seeking treatment at the Youth Guidance Centers in Malmö during two weeks of October 2017. The participants in the study were asked to fill out a self-assessment survey and the data collected from the answers was analysed using both correlation analysis and linear regression analysis. Key findings showed significant correlations between self-esteem, dissatisfaction with physical appearance and body image, mental illness and the experience of an inner and outer safe place. No significant correlation to perfectionism was found. 33% of the participants reported low self-esteem and 48% experienced anxiety in a clinical aspect. Women participating in the study experienced a significantly higher level of anxiety than the men. The participants were divided in terms of experienced self-esteem, and a correlation between low self-esteem and a high level of gloominess was found. Dissatisfaction regarding physical appearance and body image was shown to be strongly correlated to self-esteem and self-worth in particular. Both the female and male survey population expressed a significantly higher level of performance and a lower level regarding the feeling of respect and self-worth. Finally, the linear regression analysis showed that 35% of the variance within anxiety and depression respectively is predicted by self-esteem.

Key words: Self-esteem, young adults, mental illness, perfectionism, body image, physical appearance.

## **Sammanfattning**

Studien undersökte sambanden mellan självkänsla, perfektionism, missnöje med utseende och kropp, upplevelsen av en inre eller yttre trygg plats samt psykisk ohälsa hos unga vuxna. Deltagarna var 122 unga vuxna (85% kvinnor, 12% män och 3% ej definierat kön) i åldrarna 18 till 23 år (median 20 år) som sökte de tre ungdomsmottagningarna i Malmö under två veckor i oktober, 2017. Deltagarna fick besvara en självskattningsenkät. Studien använde sig av korrelationsanalyser och linjär regressionsanalys, och fann signifikanta samband mellan självkänsla, missnöje med utseende och kropp, psykisk ohälsa och upplevelsen av inre och yttre trygg plats. I studien fanns inga signifikanta samband med perfektionism. 33% av deltagarna rapporterade låg självkänsla och 48% skattade ångest i klinisk bemärkelse. Kvinnorna skattade signifikant högre grad av ångest än männen. Deltagarna delades upp utifrån skattad självkänsla och ett samband mellan låg självkänsla och hög grad av depressivitet förelåg. Missnöje med utseende och kropp hade ett starkt samband med självkänsla och i synnerhet med självvärde. Både kvinnor och män skattade signifikant högre grad av självprestation och lägre grad av självvärde. Slutligen visade den linjära regressionsanalysen att 35% av variansen hos ångest respektive depression predicerades av självkänslan.

Nyckelord: Självkänsla, unga vuxna, psykisk ohälsa, perfektionism, kropp, utseende.

## Innehållsförteckning

Bakgrund.....	5
Syfte.....	13
Metod.....	14
Design.....	14
Deltagare och urval.....	14
Mätinstrument.....	14
Procedur.....	16
Etiska överväganden.....	17
Dataanalys.....	17
Resultat.....	18
Könsskillnader inom olika variabler.....	18
Samband mellan självkänsla, perfektionism, utseende, psykisk ohälsa och trygg plats.....	19
Samband mellan olika grad av självkänsla, perfektionism, utseende psykisk ohälsa och trygg plats.....	21
Samband mellan delskalorna självvärde och självprestation med perfektionism, utseende, psykisk ohälsa och trygg plats.....	24
Prediktion av ångest och depression utifrån självkänsla.....	26
Diskussion.....	28
Styrkor och begränsningar.....	30
Etik.....	31
Framtida forskning.....	31
Slutsatser.....	31
Referenser.....	33
Bilagor.....	37
Bilaga A.....	37
Bilaga B.....	38
Bilaga C.....	39

## Bakgrund

### Ökning av den psykiska ohälsan bland barn och unga

Enligt Folkhälsorapporten från 2016 rapporterar ca 50% av kvinnorna i åldersgruppen 16-29 år lättare eller svårare psykisk ohälsa vilket innebär ängslan, oro eller ångest. Den siffran har varit tämligen oförändrad under det senaste decenniet. För gruppen män i samma åldersspann har siffrorna varierat under det senaste decenniet och ligger idag på 32%. Socialstyrelsen kom med sin senaste rapport (2017) fram till att den psykiska ohälsan bland unga vuxna, 18-24 år, har ökat med 70% det senaste decenniet och ökningen förväntas fortsätta. Socialstyrelsen definierar psykisk ohälsa utifrån att man har haft kontakt med öppen- eller slutenvård som föranlett en psykiatrisk diagnos, alternativt fått psykofarmaka förskrivna av primärvården. Mellan 10-15% av pojkar, flickor, unga män och kvinnor har psykisk ohälsa i enlighet med Socialstyrelsens definition. Psykiatriska diagnoser och förskrivning av psykofarmaka ökar således markant bland unga vuxna idag och många frågar sig vad ökningen beror på och vad man ska göra åt den. I Folkhälsomyndighetens senaste rapport (2018) om utvecklingen av den psykiska ohälsan bland barn och unga mellan 1985-2014 konstaterar författarna att det finns flera faktorer som kan förklara ökningen av den psykiska ohälsan. Den framför allt viktigaste förklaringen är att skolan i sin helhet fungerar sämre än tidigare. Bristande skolprestationer och den ökade skolstressen ses som indikatorer på detta. Stressen i samhället påverkar ungdomars livssituation. Många ungdomar lever idag med mycket stress vilket flera rapporter visar på. Schraml, Perski, Grossi & Simonsson-Sarnecki (2011) visar i sin studie att 30% av sextonåringar som går första året på gymnasiet har höga stresssymptom och 8% av dessa har så pass allvarlig stressproblematik att det kan ses som utmattningssyndrom. Varannan flicka och var femte pojke visar hög grad av stresssymptom. I studien framkommer det att höga förväntningar, låg självkänsla, dålig sömn och dåligt socialt stöd är avgörande faktorer för hög stressnivå. En annan eventuell orsak, enligt Folkhälsorapporten (2018) till att ungas psykiska ohälsa har ökat, tros vara att arbetsmarknaden har förändrats och att kraven på utbildning och kompetens har höjts, vilket också påverkar ungdomars stress att fullfölja gymnasiet med bra betyg. Ett viktigt framtida forskningsområde, enligt Folkhälsorapporten, är den ökade användningen av digitala medier. I rapporten om Skolbarns hälsovanor (2013/2014) framkommer det att ju mer tid man ägnar åt digitala medier desto högre grad av rapporterade psykosomatiska symtom.

Då den psykiska ohälsan har ökat bland barn och unga i Sverige har Sveriges kommuner och landsting, SKL, fått i uppdrag av regeringen att fördela statliga medel till förebyggande och förstärkande insatser gällande psykisk hälsa. SKL har genom Uppdrag Psykisk Hälsa, organiserad inom SKL, byggt upp en plattform där Uppdrag Psykisk Hälsa tillsammans med kommuner och landsting arbetar med att utveckla metoder för att förebygga och effektivisera insatser för psykisk hälsa. En del av denna satsning har också tilldelats Sveriges ungdomsmottagningar ([www.uppdragpsykiskhalsa.se/ungdomsmottagningar/](http://www.uppdragpsykiskhalsa.se/ungdomsmottagningar/)). Under tre år, 2016 - 2018, har 130 miljoner kronor per år tilldelats till dess verksamhet för att dels förstärka så att tillgängligheten uppnås och dels utveckla effektiva metoder att möta ungdomars och unga vuxnas psykiska mående. Viktiga ledord är tidiga insatser, tillgänglighet och hög kvalitet, vilket också kräver hög kompetens och bra verktyg. Andra vårdområden som Barn- och ungdomspsykiatri, Första Linjen, Vuxenpsykiatri och Primärvård har också tilldelas statliga medel för att möta den stigande psykiska ohälsan hos unga. Att kunna arbeta förebyggande och ge adekvata behandlingsinsatser i ett tidigt skede är viktigt då tidigare forskning visar att risken att utveckla mer långvariga psykiska problem ökar om man tidigt i sitt liv erhåller en psykiatrisk diagnos (Kantjärvi, Hakko, Riipinen & Riala, 2015).

### **Definition av psykisk ohälsa**

Bremberg och Dalman (2015) har gjort en kunskapsöversikt på uppdrag av FORTE, Vetenskapsrådet, Formas och VINNOVA för att skapa en enhetlighet gällande begrepp och mätmetoder vid forskning av barn och ungdomars psykiska hälsa. I föreliggande studie definieras psykisk ohälsa utifrån Bremberg och Dalmans definition: "Begreppet psykisk ohälsa används som en samlande beteckning för mindre allvarliga psykiska besvär, som till exempel oro och nedstämdhet, och mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos. De psykiska besvären, som till exempel oro och nedstämdhet, kan vara normala reaktioner på en påfrestande livssituation och är ofta övergående. Det är viktigt att inte sjukdomsförklara det som är normala reaktioner i livet, samtidigt som tidig identifiering av psykiatriska tillstånd kan påverka prognosen positivt. Psykiatriska tillstånd är således en form av allvarlig psykisk ohälsa som tar sig i uttryck i ett syndrom som kan verifieras utifrån olika diagnostiska kriterier. I Sverige används officiellt WHO:s International Classification of Diseases, ICD, som innehåller ett hundratal olika psykiatriska diagnoser" (Bremberg & Dalman, 2015).

## **Identitetsskapande och utveckling**

I boken "Den narcissistiska kulturen" skriver idéhistorikern Christopher Lasch (1978): "Att leva för ögonblicket är den förhärskande passionen - att leva för sin egen räkning, inte för sina förfäder eller för eftervärlden. Vi håller snabbt på att gå miste om känslan av historisk kontinuitet, känslan av att tillhöra en rad generationer med ursprung i det förflutna och som sträcker sig in i framtiden".

Ungdomars identitetsskapande sker i dag i en teknologisk mycket komplex värld där många gånger föräldrar och andra vuxna har mindre kunskap och inblick i den information som unga hämtar från nätet (Turkle, 2012). Att ungdomar isolerar sig i hemmet och alltmer upptas av en verklighet där möten sker på sociala medier kan vara bekymmersamt utifrån vårt behov av verklig närhet och bekräftelse, särskilt i den fas då identitetsskapandet är som allra mest betydelsefullt, menar författaren Pinker (2015).

Studier har visat att medierna har en stor påverkan vad gäller kroppsuppfattning och att man efter att ha tagit del av utseenderelaterade media får en mer negativ kroppsuppfattning (Grabe, Ward & Hyde, 2008). Detta gäller framför allt kvinnor även om studier på män visar på samma tendens (Frisén, Gattario & Lunde, 2014). Forskarna Frisén, Gattario & Lunde (2014) beskriver i boken "Projekt perfekt" om hur kroppsideal har präglats av samtidens syn på vad en kvinna och man är, och följaktligen hur de bör se ut. I deras MoS-studie där de undersöker flickors och pojkars kroppsuppfattning fram till vuxen ålder, framkommer det att flickor såväl som pojkar får en mer negativ syn på sin egen kropp från 10 års ålder fram till vuxen ålder. Flickor är dock mer missnöjda än pojkar. Om man frågar hur de tror att andra bedömer deras utseende försvinner skillnaden med tendens till det omvända, det vill säga att flickor tänker att andra bedömer deras utseende mer positivt än pojkar. I samma studie ser man även att om man runt 10 års ålder har ett uttalat kroppsmisnöje tenderar det att hålla i sig, vilket är en riskfaktor då särskilt viktmissnöje kan leda till experimentering med mat, och även leda till ätstörning så småningom. Wängqvist & Frisen (2013) påvisar skillnader hos svenska 18-åriga kvinnor och män där kvinnorna har sämre kroppskänsla och högre grad av internalisering av kroppsliga ideal än männen.



## Teorier om identitetsutveckling

Erik. H Erikssons (2004) utvecklingspsykologiska teori om identitetsutveckling har haft stor betydelse för hur vi har sett på ungdomstiden. Han menar att under tonåren hamnar individen i en identitetskris där uppdraget är att finna sig själv utifrån närhet och isolering, två begrepp som kännetecknar de känslomässiga utmaningar man ställs inför. Erikssons teori är fasspecifik och utgår från individen. Anthony Giddens (1992) som även hans tankar har haft stor betydelse för hur vi ser på identitetsutveckling, betonar istället de samhälleliga faktorerna för formandet av identiteten, en social konstruktion. Identitetsutvecklingen är, enligt Giddens en reflexiv, dubbelriktad process. Det sociala livet formas av individens handlingar och samtidigt blir individen formad av det sociala livet. Individens bild av sig själv är i ständig utveckling och förändring utifrån den information som individen tar in. Identitet är således inte ett givet tillstånd, enligt Giddens socialkonstruktionistiska teori.

Under 2000-talet har psykologen Jeffrey Arnetts teori (2004) om socioemotionella aspekter av identitet och vuxenblivandet rönt stor uppmärksamhet. Han tar fasta på både Erikssons och Giddens respektive teorier men betonar framförallt att vuxenblivandet i västvärlden har blivit uppskjutet. Idag kommer unga vuxna senare ut i arbetslivet, flyttar till eget boende och bildar familj än vad deras föräldrar gjorde. Arnett betecknar fasen som "Emerging adulthood" som åldersmässigt varar från slutet av tonåren, 18-19 år till 28-29 år (Arnett, 2004). Det innebär att unga vuxna är i en längre period av utforskande av identitet. Utforskandet är inte alltid bara givande och spännande utan kan också skapa mycket oro och rädsla inför framtiden (Arnett, Zukauskienė & Sugimura, 2014). Många upplever att de varken är ungdomar eller vuxna. Det är upp till individen själv att avgöra när man är "vuxen". Tidigare hade ursprungsfamiljen en större påverkan på den unges val gällande arbete, utbildning, karriär, relation och familjebildning. Ungdomsforskare och kultursociologen Mats Trondman (Bunar & Trondman, 2010) har också beskrivit den förlängda ungdomen och den förändrade relationen som barn har till sina föräldrar i jämförelse för bara trettio år tillbaka i tiden. Barn och ungdomar har idag större inflytande vad gäller beslut inom familjen och kan påverka familjens val på ett annat sätt än tidigare. Trondman menar att det inte bara är ungdomstiden som har förlängts utan också att barn blir tidigare ungdomar, så kallade "tweens".

Genus och könsidentiteten blir mer förstärkt under ungdomsåren. Både förväntningar, influenser utifrån och grupstryck kan förstärka de normer och beteenden som råder. Den

unga person som upplever att könsidentiteten inte stämmer med biologiskt kön kan få svårare att identifiera sig med den tillvaro hen lever i (Folkhälsomyndigheten, 2015).

## **Självkänsla**

Självkänsla som begrepp har en lång tradition inom psykologin. Under historiens gång har två inriktningar utkristalliserats vad gäller definition av självkänsla. Den ena inriktningen har sett självkänsla som ett resultat av individens upplevda kompetens, och den andra inriktningen som individens upplevda självvärde (Mruk, 2006).

En företrädare för den första inriktningen var William James (1830/1890) som på 1890-talet definierade begreppet självkänsla som resultatet av individens framgångar delat med personens aspirationer, drömmar och förhoppningar. James betonade att kompetens är ett individualistiskt begrepp som handlar om den enskildes upplevelse av vad kompetens är. Utåt sett kan en individ verka framgångsrik men ändå ha en låg självkänsla då kompetens är förankrat med den enskildes personliga värderingar och mål. Självkänslan kan ses som relativt stabil, ett personlighetsdrag, men också något dynamiskt som går att påverka. Genom att till exempel öka eller minska graden av framgång eller att skifta uppmärksamheten till andra områden där individen är mer framgångsrik kan självkänslan förbättras. Begränsningar med att definiera självkänsla utifrån kompetens är att risken för att misslyckas oftast finns närvarande och således är självkänslan i viss mån ständigt hotad (Crocker och Park, 2004). Att försöka skydda sin självkänsla eller att sträva att höja den kan bli destruktivt då det kan leda till undvikande av situationer på grund av rädsla att misslyckas eller till förminskning av risker och på så sätt utsätta sig för farliga situationer i jakten på framgång. Att förändra sin självkänsla kan således bli något negativt, vilket begränsar värdet av definitionen utifrån kompetens.

Den andra inriktningen har definierat självkänsla utifrån det värde man upplever sig ha, och undersöker den negativa eller positiva attityd man har till sig själv. Låg självkänsla innebär att man känner sig missnöjd med vem man är. Hög självkänsla kännetecknas av att man kan se sina brister men ändå känna sig "good enough". Den mest kända företrädaren för den här inriktningen, Morris Rosenberg (1965), har givit namn åt en av de mest beforskade skattningsskalorna vad gäller självkänsla, den så kallade Rosenbergsskalan (Rosenberg Self-esteem Scale - RSES). En av fördelarna med den här definitionen har varit att det ur ett forskningshänseende varit enkelt att skapa instrument för att mäta olika grad av självkänsla

samt att undersöka dess relation till andra områden som till exempel ångest, depression och lycka. Kritiken har dock varit att definitionen av självkänsla utifrån upplevelsen av självvärde varit för vag. Är självkänslan orsaken till andra fenomen eller är det effekten, av till exempel framgång? Forskning (Mruk, 2006) utifrån den här inriktningen har även undersökt hur attityder och värden uppstår, vad som är universellt respektive kulturellt betingat. Då det finns olika kulturella värden som skiljer sig åt mellan individualistiska samhällen (kompetens) och kollektivistiska (värde) har även den här inriktningen visat sig ha begränsningar då definitionen av självkänsla visat sig vara beroende av den kultur man kommer ifrån, och ej universell. En lösning på de tidigare problemen är den två-faktoriella, multidimensionella, definitionen av självkänsla (Branden, 1969, och Mruk, 2006) som innefattar att man integrerar de två tidigare inriktningarna, samtidigt som man även väger in den ömsesidiga relationen mellan kompetens och självvärde. Mruk (2006) definierar självkänsla som *“is the lived status of one’s competence at dealing with the challenges of living in a worthy way over time”*. Autentisk självkänsla inbegriper således att både kunna vara medveten om sina värderingar, om rätt och fel, och att ha kompetens/mod att fatta rationella beslut i enlighet med detta. Mruk (2006) utarbetar även en fyrfältsmodell med variablerna kompetens och självvärde. Förutom hög och låg självkänsla kan även självkänslan vara obalanserad där man försöker kompensera för en egentlig bräcklig självkänsla med att antingen vara beroende av andras bekräftelse alternativt att man är beroende av framgång. Om man i alltför hög utsträckning har en låg eller kompensatorisk självkänsla ligger man nära att utveckla psykisk ohälsa i form av exempelvis depression eller personlighetsstörning. Mruk beskriver dock även att självkänslan för den enskilde inte är statisk. Även om man mestadels har en god självkänsla kan självkänslan variera beroende av livshändelser och tidigare upplevelser. Vid analys av frågorna av Rosenbergs skattningsskala, RSES (Tafarodi & Swann, 1995) framkom det att förutom att skalan mäter så kallad “global” självkänsla, så laddar den också i två faktorer; självvärde och självprestation, vilket har gjort att Rosenbergsskalan har fortsatt att vara högst användbar. Att jämföra medelvärden på dessa delskalor kan ge en indikation på hur man i olika kulturer skattar självvärde och självprestation (Schmitt & Allik, 2005).

Senare forskning om självmedkänsla (eng. self-compassion) har bidragit till ytterligare fördjupad förståelse av begreppet självkänsla. Self-compassion är ett begrepp som innefattar hur man på ett varmt och vänligt sätt kan förhålla sig till sig själv, särskilt när man

möter motgångar. Att våga se sin ofullständighet som en del av vad det är att vara människa utan att för den sakens skull döma sig själv, isolera sig eller nedvärdera andra kan förklara varför global självkänsla har ett starkare samband med narcissism och varför självmedkänsla kan vara ett användbart mått på hälsosam självkänsla (Neff & Vonk, 2009).

En av förgrundsgestalterna inom self-compassion, Paul Gilbert (Gilbert, 2010), har beskrivit att det existerar tre motivationssystem; hot-, belöning- och trygghetssystem. Ökad medvetenhet om vilket system som är aktivt kan påverka hur den enskilde bemöter svårigheter. Trygghetssystemet är ett centralt begrepp i compassion och finns där för att skydda individen precis som hotsystemet. En trygg inre mental plats eller en yttre fysisk plats som signalerar trygghet kan bidra till att individen känner lugn och ro oavsett tillstånd. Att kunna känna en omsorg och ett självomhändertagande oavsett smärta och tillstånd av ångest är en tillgång (Andersson & Viotti, 2013). Att stärka trygghetssystemet innebär att kunna möta svåra situationer utan flykt och undvikande, och på längre sikt öka öppenhet och nyfikenhet istället för rädsla, dömande och självföreläsa (Andersson, 2016).

I en norsk longitudinell studie (Birkeland Skogbrott, Melkevik, Holsen & Wold., 2012) framkommer olika mönster hur självkänslan utvecklas under tidig tonår upp till vuxenålder. De flesta har en stabil god självkänsla (87%) medan resterande delas upp i två grupper antingen med konstant låg självkänsla eller med instabil självkänsla, en så kallad u-mönstrad variation. I den gruppen är självkänslan inledningsvis god men går sedan ner då man är 18-22 år för att sedan återigen successivt förbättras vid 30 års ålder. Orsaker till den mer instabila självkänslan skulle kunna vara svåra livshändelser (t ex svårigheter i skolan) eller personlighetsdrag som gör individen mer sårbar eller känslig för förändring (Birkeland et al., 2012).

## **Perfektionism**

Perfektionism kan beskrivas som ett personlighetsdrag med ett ständigt “måste eller borde” att prestera högt, oftast betydligt högre än vad situationen kräver, en besatthet av det “perfekta” och stor rädsla att misslyckas och paradoxalt mer fokusering på att undvika misstag än strävan efter att lyckas (Egan, 2014). Eftersom perfektionism ses som ett personlighetsdrag behöver det ej vara något som är ett problem det handlar mer om i vilken kontext det perfektionistiska draget förstärks och på sikt ger negativ påverkan för personen och dess livskvalité (Hill, Huelsman & Araujo, 2010). Perfektionismen vidmakthålls genom

ständigt höga krav som också höjs när man nått dem, överdriven kontroll och bedömning av sin prestation, undvikande eller uppskjutande beteende och tanke-bias som selektiv uppmärksamhet, dikotomt tänkande, övergeneralisering, katastroftänkande och personalisering (Egan, 2014). Ett problem gällande klinisk perfektionism är att självvärde endast ses genom prestation. Vanligt beteendeproblem vid klinisk perfektionism är dålig eller ingen tidsplanering, att skifta från hårt arbetstempo mot perfekta mål till prokrastinering och undvikande (Egan, 2014). Klinisk perfektionism leder ofta till ett lidande och ett maladaptivt tillstånd till skillnad mot en sund, adaptiv perfektionism, som handlar om att kunna uppnå mål men inte till vilket pris som helst (Hill et al., 2010). Genom att ha överdrivet höga krav på sig själv eller andra, prestationsinriktad självkänsla och stor oro för att göra misstag så utvecklas sämre psykiskt mående såsom ångeststörningar, depression eller ätstörningar (Egan, Wade & Shafran, 2011). Hur klinisk perfektionism uppstår är oklart men att både psykologiska och biologiska faktorer såväl som inläring har betydelse är konstaterat (Egan, 2014). I studier framgår det att perfektionism både kan orsaka och/eller vidmakthålla psykiska störningar såsom till exempel vid ätstörning (Egan, 2014). I korrelationsstudier och prospektiva studier har det även visat sig att perfektionism utgör en viktig faktor för förståelsen av depression (Sherry, Richards & Sherry, 2014). Perfektionism kan således ha en vidmakthållande funktion kan få som konsekvens att behandlingen avbryts eller misslyckas (Egan, 2014). Personer som har perfektionistiska och höga krav på sig själva kan också uppleva en hög stress i livet. När kraven blir så höga att personen blir rigid och tappar psykologisk flexibilitet uppstår psykisk ohälsa som ångest, depression och utmattning (Livheim, 2016). Triggers för perfektionism kan vara innehåll från sociala medier som leder till jämförelser med andra vad gäller utseende, vänner och vilket liv man lever. Social status är en ständig mätning mellan individen och andra. Psykisk ohälsa hos unga kan delvis bero på de sociala jämförelserna där perfektion är en komponent som kan leda till att individen hamnar i "perfektionismens tyranni" (Hiltunen, 2017).

Perfektionism och ätstörningsproblematik har starka samband (Egan et al., 2011; Stice, 2002; Petersson, 2017). I avhandling "Flawness beyond reach and reason" (Petersson, 2017) framkommer det att det är av betydelse att utgå från individens uppfattning om vad perfektionism innebär då resultatet på psykometriska test som EDI-P kan vara missvisande om man inte tar hänsyn till individens definition och tolkning av perfektionism. För deltagarna i studien visar sig perfektionism vara en övergripande princip där kroppen blir en

del i att kontrollera sin tillvaro, inte ett mål i sig. Förutom kontroll och ordning som ger lindring på kort sikt, blir tillvaron på längre sikt en kamp och strävan mot mål som individen aldrig lyckas uppnå.

## **Syfte**

Studien vill undersöka sambanden mellan unga vuxnas självkänsla, psykiska ohälsa, perfektionism, missnöje med utseende och kropp, och upplevelse av trygg plats då dessa faktorer och deras inbördes relationer kan vara viktiga att beakta vid bedömning och behandling av unga vuxna. I studien delas självkänslan upp i tre grupper utifrån Rosenbergsskalans cut-off värden. Grupperna benämns som låg, god och avvikande hög självkänsla.

1. Hur skattar unga vuxna sin självkänsla, psykiska ohälsa, perfektionism, missnöje med utseende och kropp, samt trygg plats?
2. Finns det några könsskillnader gällande självkänsla, psykisk ohälsa, perfektionism och missnöje med utseende och kropp?
3. Hur ser sambanden ut mellan självkänsla, psykisk ohälsa, perfektionism och missnöje med utseende och kropp?
  - a. Finns det några skillnader mellan gruppen med låg självkänsla jämfört med gruppen med avvikande hög självkänsla vad gäller psykisk ohälsa, perfektionism och missnöje med utseende och kropp?
  - b. Finns det några skillnader mellan gruppen med låg självkänsla jämfört med gruppen med god självkänsla vad gäller psykisk ohälsa, perfektionism och missnöje med utseende och kropp?
  - c. Finns det några skillnader mellan gruppen med god självkänsla jämfört med gruppen med avvikande hög självkänsla vad gäller psykisk ohälsa, perfektionism missnöje med utseende och kropp?
4. Hur mycket av variansen hos ångest respektive depression kan förklaras av självkänsla?
5. Har upplevelsen av att ha en trygg inre eller yttre plats något samband med självkänsla, psykisk ohälsa, perfektionism och missnöje med utseende och kropp?

## Metod

### Design

Detta är en kvantitativ korrelationsstudie med tvärsnittsdesign.

### Deltagare och urval

Ungdomsmottagningen är en verksamhet som möter ungdomar och unga vuxna från 12 år till 23 år. Det finns regionala skillnader i Sverige. I Skåne är Ungdomsmottagningen en verksamhet i Region Skåne. Ungdomsmottagningens professioner består av barnmorskor, sjuksköterskor, läkare och kuratorer/psykoterapeuter. Verksamheten skall vara lättillgänglig för ungdomen och det är främst ungdomen själv som söker. Ett tvärprofessionellt synsätt präglar verksamheten. Besöken handlar om preventivmedelsrådgivning, testa sig mot könssjukdomar, sexologiska frågeställningar, psykosocial och psykologisk problematik. Alla besök är avgiftsfria oavsett ålder.

Urvalet i studierna var unga vuxna som besökte Malmös Ungdomsmottagningar under två veckor hösten 2017. Deltagarnas ålder var från 18 år till 23 år med medianen 20 år. Av 180 enkäter som delades ut resulterades 52 bortfall då 22 stycken individer glömdes att tillfrågas och övriga tackade nej till att besvara enkäten. Vid analysen av enkäterna framkom det ytterligare 6 bortfall då man glömt eller hoppat över vissa delar av enkäten. Sammantaget är det 58 bortfall, 32 %.

Av de 122 besvarade enkäterna var 104 kvinnor (85%), 15 män (12%) och 3 svarade annat eller ej definierat (3%). Drygt hälften av populationen, 52% är singlar medan övriga 48% har ett förhållande, varav 13% är sambo. 43% studerar och 16% har både skola och arbete. 34% arbetar medan 6% är arbetslösa. 2% har svarat övrigt. Urvalet är representativt för de som söker till ungdomsmottagningar.

### Mätinstrument

Nedanstående självskattningsformulär användes i enkäten (Bilaga C) för att mäta självkänsla, perfektionism, ångest och depression, samt påståenden om missnöje med utseende och kropp, och upplevelse av inre eller yttre trygg plats (se bilaga).

**Rosenbergs self-esteem scale - RSES.** Rosenbergs Self-Esteem Scale - RSES är utvecklad för att mäta global självkänsla (Rosenberg, 1965). Skalan är ett av de mest använda instrumenten inom forskningen gällande självkänsla (Schmitt & Allik, 2005). Ytterligare

forskare har delat in den endimensionella självkänsla-skalan i två dimensioner; självprestation och självvärde, som ger en än mer nyanserad bild av begreppet självkänsla. (Tafarodi & Milne, 2002). Skattningsskalan består av 10 påståenden med en 4-poängs Likertskala från 1 till 4. Hälften av påståendena mäter självvärde med påståenden som bland annat "Jag är väsentligt nöjd med mig själv". Resterande hälften mäter självprestation och exempel på påståenden är "Jag kan göra saker lika bra som de flesta andra". För att höga poäng ska betyda god självkänsla omkodades hälften av påståendena. Lägsta poäng är 10 vilket indikerar en låg självkänsla och högsta poäng är 40. Ett internationellt medelvärde på globalt självvärde ligger på 30,85 (Schmitt & Allik, 2005). Delskalorna självvärde och självprestation är dock inte normerade. I den här studien är Cronbach Alfa .903 och självvärde Cronbach Alfa .858 och självprestation .814. Självkänslan delades in i tre grupper vid analys; grupp 1: 10 - 24 poäng= låg självkänsla, grupp 2: 25 - 35 poäng=god självkänsla, och grupp 3: 35 - 40 poäng= avvikande hög självkänsla. Avvikande hög självkänsla innefattar poäng som ligger över en standardavvikelse från medelvärdet.

**HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale.** HADS (Zigmond & Snaith, 1983) är ett självskattningsformulär som visar på förekomst av ångest och depression främst inom icke psykiatrisk vård som till exempel primärvård och inom normalbefolkning. HADS har 14 påståenden varav hälften av dessa mäter ångest (HADS-Å) och andra hälften depression (HADS-D). Exempel på påståenden som mäter ångest kan vara "Jag känner mig spänd och nervös" och på depression "Jag uppskattar fortfarande saker jag tidigare uppskattat". Påståendena besvaras på en 4-poängs Likertskala. Högsta poäng är 21 poäng på varje delskala. Om poängen är  $\geq 8$  på någon av delskalorna kan man identifiera en eventuell ångest eller depressionsproblematik, (Bjelland, Dahl, Haag, & Neckelmann, 2002). Poäng över 11 visar på eventuell ångest eller depression av klinisk betydelse och över 15 till 21 svår ångest eller depression. Cronbach Alfa är i den här studien .852 för delskalan Ångest och .788 för Depression. I studien delades resultaten på HADS-Å upp i tre grupper vid analys; grupp 1: 0 - 10 poäng= ingen eller sannolikt låg grad av ångest, grupp 2: 11 - 14 poäng =indikerar någon form av ångest av klinisk betydelse, och grupp 3: 15 - 21 poäng= svår ångest med klinisk betydelse.

**EDI-3, delskalan Perfektionism.** Eating Disorder Inventory (EDI; Garner & Olmsted, 1984) är ett självskattningsformulär som har framtagits för att mäta psykologiska faktorer som har betydelse för att utveckla eller vidmakthålla ätstörning. Skattningsskalan har



reviderats och idag består EDI-3 (Garner, 2004) sammantaget av 91 påståenden vilka ger resultat på 12 delskalor och 6 sammansatta skalor. Perfektionism-delskalan (EDI-P) består av 6 påståenden som innehåller två inriktningar; *självoorienterad* perfektionism som mäter egna högt ställda krav på prestation som “Jag känner att jag måste vara bäst annars får det vara”, och *socialt påverkad* perfektionism som mäter upplevelsen av förväntningar från andra som “Jag anstränger mig mycket för att göra vad mina föräldrar och lärare/chefer vill”. EDI-3 är normerat 2012 utifrån svenska kvinnor i åldrarna 16 till 33 år (Garner, 2012, svensk version). Påståendena besvaras utifrån en 6-gradig Likertskala och poängsätts från 0 till 4 poäng. Högsta poäng kan således vara 24 poäng. Cut-off värdet är 7, och Cronbach Alfa är i den här studien .721.

**Påståenden om kropp, utseende och trygg plats.** De egendesignade påståendena “Jag är nöjd med min kropp”, och “Jag önskar att jag såg ut på ett annat sätt” skapades för att komplettera de övriga skattningsformulären då det saknades frågor angående missnöje med utseende och kropp. Påståendena besvarades utifrån 6-gradig Likertskala från 1 till 6 poäng och slogs sedan samman till en utseendevariabel. Höga poäng visar på missnöje med utseende och kropp medan låga poäng visar att man är mindre missnöjd. Högsta värde är 12 poäng. Cronbach Alfa var .874.

Påståendet “Jag har en inre eller yttre plats där jag kan känna mig trygg och lugn med vem jag är” besvarades med en 4-gradig Likertskala från 1 till 4 poäng där höga poäng indikerar avsaknad av en trygg inre eller yttre plats.

## **Procedur**

En pilotstudie genomfördes före enkätundersökningen. Fyra unga vuxna, två män och två kvinnor, tillfrågades vid enskilda besök. De fick besvara samma ställda frågor efter enkäten. Tiden beräknades utifrån hur lång tid det tog för dem att fylla i enkäten. För samtliga tog det mellan 5 till 8 minuter, vilket alla ansågs rimligt. Informationen upplevdes vara tillräcklig och att de skulle ge samtycke till att delta ifrågasattes inte. De påståenden som alla fyra ansågs kunde vara känsliga var de två påståendena om utseende och kropp. En person tyckte att påståendena gällande perfektionism var snarlika varandra. En person gjorde reflektionen att det var bra att få tänka efter hur man faktiskt ser på sig själv och hur man mår.

Före enkätundersökningen fick alla anställda på ungdomsmottagningarna information om enkäten. På varje mottagning utsågs en ansvarig person för hanterandet av enkäten. Under två veckor i oktober fick alla från 18 år och uppåt frågan om att delta i enkätundersökningen oavsett vilken personalgrupp och sökorsak till att de var på ungdomsmottagningen. Med enkäten fanns ett samtyckesformulär (Bilaga A) som deltagaren fick skriva under och lägga i ett separat kuvert med enkät som samlades i ett gemensamt kuvert. Ungdomen blev tillfrågad och informerad i slutet av sitt besök och fick då besvara enkäten i väntrum där pennor och brevlåda fanns. På informationsbladet (Bilaga B) hänvisades också till att kontakta personal på Ungdomsmottagningen om enkäten på något sätt skulle beröra personen så att den började må sämre. Exklusionskriterier var om deltagaren inte kunde svenska eller hade svårt att läsa enkäten.

### **Etiska överväganden**

Vi följde den etikdeklaration som Psykologiska institutionen i Lund har framtagit och som är i enlighet med svensk lag vad gäller forskning. Samtliga deltagare fick information om syftet med undersökning och fick fylla i en samtyckesblankett som var åtskild från själva enkäten för att bevara anonymiteten. Alla deltagare hade möjlighet att vända sig till personal på ungdomsmottagningarna vid frågor eller om enkäten väckte funderingar eller obehag.

### **Dataanalys**

Dataanalysen genomfördes med hjälp av statistikprogrammet SPSS version 25. Först genomfördes deskriptiv statistik och reliabilitetsanalyser Cronbach Alfa på samtliga skattningsskalor. Preliminära analyser genomfördes för att säkerställa normalitet och linjäritet. För att undersöka sambanden mellan variablerna genomfördes bivariata korrelationer Pearson r. Oberoende t-test genomfördes för att se om det fanns några signifikanta skillnader utifrån kön, ålder, relation och sysselsättning med avseende på självkänsla, psykisk hälsa och perfektionism. För Cohen's d anses liten effekt vara = 0,20, mellanstor = 0,50 och stor effekt = 0,80 (Cohen, 1988) Materialet delades in utifrån grad av självkänsla och ångest, och oberoende t-test genomfördes för att jämföra grupperna sinsemellan. Paired sample t-test genomfördes för att undersöka eventuella skillnader inom gruppen kvinnor respektive inom gruppen män mellan självvärde och självprestation. För att

predicera de olika måtten på psykisk ohälsa utifrån självkänsla genomfördes enkla linjära regressionsanalyser.

## Resultat

### Unga vuxnas skattningar av självkänsla, perfektionism, utseende, psykisk ohälsa och trygg plats

De unga vuxna i studien skattade i genomsnitt en god självkänsla ( $M=28,12$ ,  $sd=6,69$ ) och låg grad av depressiva symtom ( $M=5,17$ ,  $sd=3,81$ ). Däremot skattade gruppen något högre grad av perfektionism ( $M=9,82$ ,  $sd=4,74$ ) och ångestsymtom ( $M=9,99$ ,  $sd=4,65$ ). Det vanligaste svarsalternativet på påståendena om missnöje med utseende och kropp, och upplevelsen av trygg plats var "Ibland". Medelvärde, median och standardavvikelse för de olika skattningsskalorna redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Medelvärde, median och standardavvikelse för RSES, EDI-P, Utseende, HADS-Å, HADS-D och Trygg plats.

N= 122	RSES total	EDI-P	Utseende	HADS- Å	HADS- D	Trygg plats
Medelvärde	28,12	9,82	6,97	9,99	5,17	1,75
Median	28,00	9,00	7,00	10,00	4,00	2,0
Standardavvikelse	6,76	4,74	4,75	4,65	3,81	,09

*Not.* RSES=Rosenbergs Self-Esteem Scale, EDI-P=Eating Disorder Inventory-Perfectionism, HADS-Å=Hospital Anxiety and Depression Scale-Ångest, HADS-D=Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression.

### Könsskillnader inom olika variabler

För att undersöka könsskillnader genomfördes t-test för oberoende stickprov inom olika variabler som visas tillsammans med deskriptiva värden i tabell 2. En signifikant

skillnad uppmättes mellan kvinnor och män då kvinnor skattade signifikant högre grad av ångest än män,  $t(119) = 2.24, p < .05, d = .61$ . Effektstorleken beräknades med Cohens  $d$  var medelstor.

Tabell 2. Deskriptiv statistik för RSES, RSES-självvärde, RSES-självprestation, EDI-P, Utseende, HADS-Å, HADS-D och Trygg plats utifrån gruppen kvinnor respektive gruppen män samt resultat av  $t$ -test.

Självskattningsformulär	Kvinnor N=104		Män N=15		t-test	
	M	SD	M	SD	$t$	$d$
RSES	28.04	6.55	30.53	7.41	-1.36	.36
RSES-självvärde	12.46	3.72	13.53	5.04	-.79	.24
RSES-självprestation	15.58	3.19	17.0	2.78	-1.64	.48
EDI-P	9.62	4.88	11.13	3.36	-1.16	.37
Utseende	6.92	2.53	6.67	3.75	.26	.08
HADS-Å	10.16	4.43	7.40	4.70	2.24*	.61
HADS-D	5.27	3.78	3.80	3.82	1.41	.39
Trygg plats	1.72	.88	1.73	1.03	-.05	.13

Not. RSES=Rosenbergs Self-Esteem Scale, EDI-P=Eating Disorder Inventory-Perfectionism, HADS-Å=Hospital Anxiety and Depression Scale-Ångest, HADS-D=Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

### Samband mellan självkänsla, perfektionism, utseende, psykisk ohälsa och trygg plats

I tabell 3 redovisas korrelationer mellan de sex delskalorna och den totala undersökningsgruppen. Sambanden mellan samtliga delskalor, förutom EDI-P var signifikanta. RSES hade ett negativt samband med psykisk ohälsa, utseende och inre eller yttre trygg plats. Sambanden mellan övriga delskalor var signifikanta, positiva och moderata. Starkast samband fanns mellan självkänsla och utseende ( $r = -.62, p < .001$ ), mellan självkänsla och depression ( $r = -.60, p < .001$ ) och mellan självkänsla och ångest ( $r = -.59, p < .001$ ).

Tabell 3. Korrelationer mellan RSES, EDI-P, Utseende, HADS-Å, HADS-D och Trygg plats totalt på undersökningsgruppen (N=122).

Självskattnings- formulär	RSES	EDI-P	Utseende	HADS- Å	HADS- D	Trygg plats
RSES	1					
EDI-P	.01	1				
Utseende	-.62***	.12	1			
HADS-Å	-.59***	.11	.47***	1		
HADS-D	-.60***	.09	.36***	.64***	1	
Trygg	-.55***	.02	.39***	.41***	.55***	1

Not. RSES=Rosenbergs Self-Esteem Scale, EDI-P=Eating Disorder Inventory-Perfectionism, HADS-Å=Hospital Anxiety and Depression Scale-Ångest, HADS-D=Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Utifrån skattad grad av självkänsla och ångest visas i tabell 4 en korstabell. I gruppen med låg självkänsla (grupp 1, n=41) fann vi att 78% skattade ångest med eventuell klinisk relevans till svår ångest (grupp 2 och grupp 3). I gruppen med god självkänsla (grupp 2, n=59) fann vi att 39% skattade ångest med eventuell klinisk relevans till svår ångest. I gruppen med avvikande hög självkänsla (grupp 3, n=22) fann vi att 18% skattade ångest med eventuell klinisk relevans till svår ångest.

Tabell 4. Korstabell med antal individer (%) utifrån RSES indelat i tre grupper; grupp 1=låg självkänsla, grupp 2=god självkänsla, och grupp 3=avvikande hög självkänsla, och HADS-Å indelat i tre grupper; grupp 1= inga eller få ångestsymptom, grupp 2= ångestsymptom av eventuell klinisk relevans och grupp 3=svåra ångestsymptom.

HADS-Å	RSES			Total
	Grupp 1	Grupp 2	Grupp 3	
Grupp 1	9 22%	36 61%	18 82%	63 52%
Grupp 2	15 37%	18 30%	4 18 %	37 30%
Grupp 3	17 41%	5 9%	0 0%	22 18%
Totalt	41 100%	59 100%	22 100%	122 100%

Not. RSES=Rosenbergs Self-Esteem Scale, HADS-Å=Hospital Anxiety and Depression Scale-Ångest.

### Samband mellan olika grad av självkänsla och perfektion, utseende, psykisk ohälsa och trygghet inre eller yttre plats

*t*-test för oberoende stickprov användes för att undersöka skillnader mellan grupperna med låg respektive avvikande hög självkänsla. Resultaten är redovisade i tabell 5. Förutom skattningarna av perfektionism var alla skattningar signifikanta,  $p < .001$ . Effektstorleken som beräknades med Cohens *d* visade på att samtliga signifikanta skillnader var stora. Gruppen med låg självkänsla skattade signifikant högre vad gäller missnöje med sitt utseende och kropp,  $t(63) = 9.20$ ,  $p < .001$ ,  $d = 2.32$  och symptom på ångest,  $t(63) = 6.36$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.71$  och depression,  $t(63) = 6.42$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.81$  än gruppen med hög avvikande självkänsla.

Gruppen med låg självkänsla skattade även signifikant högre gällande avsaknad av trygg plats  $t(63)=5.63$ ,  $p<.001$ ,  $d=1.43$  jämfört med de som har en avvikande hög självkänsla.

Tabell 5. Deskriptiv statistik för RSES-självvärde, RSES-självprestation, EDI-P, Utseende, HADS-Å, HADS-D och Trygg plats utifrån grupp 1 och grupp 3 samt resultat av t-test.

Självskattningsformulär	Grupp 1 N= 41		Grupp 3 N= 22		t-test	
	M	SD	M	SD	<i>t</i>	<i>d</i>
RSES-självvärde	8.51	1.69	18.59	1.33	-24.19***	6.67
RSES-självprestation	12.15	1.98	19.5	0.86	-20.45***	5.17
EDI-P	9.37	4.81	10.36	5.30	-.76	.20
Utseende	8.54	2.56	3.68	1.62	9.20***	2.32
HADS-Å	12.95	4.53	5.59	4.08	6.36***	1.71
HADS-D	8.41	3.81	2.55	2.67	6.42***	1.81
Trygg plats	2.37	.99	1.18	.66	5.63***	1.43

Not. RSES=Rosenbergs Self-Esteem Scale, EDI-P=Eating Disorder Inventory-Perfectionism, HADS-Å=Hospital Anxiety and Depression Scale-Ångest, HADS-D=Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

I tabell 6 redovisas de deskriptiva värdena samt resultaten av oberoende *t*-test för gruppen låg självkänsla jämfört med god självkänsla. Inga signifikanta skillnader vad gäller perfektionism framkom. Gällande depression skattade gruppen med låg självkänsla signifikant högre än de med god självkänsla  $t(100) = 6.68$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.44$ . I övrigt framkom signifikanta skillnader vad gäller självvärde, självprestation, ångest, och trygg plats. Effektstorleken var stor. De med låg självkänsla skattade signifikant högre missnöje med utseende och kropp än de med god självkänsla,  $t(100) = 3.11$ ,  $p < .01$ ,  $d = .62$ . Effektstorleken var medelstor.

Tabell 6. Deskriptiv statistik för RSES-självvärde, RSES-självprestation, EDI-P, Utseende, HADS-Å, HADS-D och Trygg plats utifrån grupp 1 och grupp 2 samt resultat av t-test.

Självskattningsformulär	Grupp 1 N= 41		Grupp 2 N= 59		t-test	
	M	SD	M	SD	<i>t</i>	<i>d</i>
RSES-självvärde	8.51	1.69	12.92	2.12	-11.07***	2.31
RSES-självprestation	12.51	1.98	16.68	1.69	-12.30***	2.47
EDI-P	9.37	4.81	9.93	4.54	-.60	.12
Utseende	8.54	2.56	7.10	2.04	3.11**	.62
HADS-Å	12.95	4.53	9.58	3.35	4.06***	.85
HADS-D	8.41	3.81	3.90	2.47	6.68***	1.44
Trygg plats	2.37	.99	1.53	.65	4.75***	1.02

Not. RSES=Rosenbergs Self-Esteem Scale, EDI-P=Eating Disorder Inventory-Perfectionism, HADS-Å=Hospital Anxiety and Depression Scale-Ångest, HADS-D=Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

I tabell 7 redovisas de deskriptiva värdena samt oberoende *t*-tester mellan grupperna god självkänsla och hög avvikande självkänsla. Inga signifikanta skillnader förekom mellan grupperna vad gäller perfektionism. Gruppen med god självkänsla skattade signifikant högre missnöje med utseende och kropp än gruppen med hög avvikande självkänsla,  $t(81) = 7.07$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.87$  och likaså med ångest  $t(81) = 4.48$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.07$ . Gruppen med god självkänsla skattade signifikant lägre självvärde och självprestation än gruppen med avvikande hög självkänsla. Även här var effektstorleken stor. Även skattningarna på skalorna för depression och trygg plats var signifikant om än något lägre,  $p < .05$ . Effektstorleken var medelstor.



Tabell 7. Deskriptiv statistik för RSES-självvärde, RSES-självprestation, EDI-P, Utseende, HADS-Å, HADS-D och Trygg plats utifrån grupp 2 och grupp 3 samt resultat av t-test.

Självskattningsformulär	Grupp 2 N= 59		Grupp 3 N=22		t-test	
	M	SD	M	SD	<i>t</i>	<i>d</i>
RSES-självvärde	12.92	2.12	18.59	1.33	-14.33***	3.28
RSES-självprestation	16.68	1.69	19.5	0.86	-9.87***	2.22
EDI-P	9.93	4.54	10.36	5.30	-.36	.09
Utseende	7.10	2.04	3.68	1.62	7.07***	1.87
HADS-Å	9.58	3.35	5.59	4.08	4.48***	1.07
HADS-D	3.90	2.47	2.59	2.63	2.08*	.51
Trygg plats	1.53	.65	1.18	.66	2.08*	.52

Not. RSES=Rosenbergs Self-Esteem Scale, EDI-P=Eating Disorder Inventory-Perfectionism, HADS-Å=Hospital Anxiety and Depression Scale-Ångest, HADS-D=Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

### **Samband mellan delskalorna självvärde och självprestation med perfektionism, utseende, psykisk ohälsa och trygg plats**

I tabell 8 redovisas korrelation mellan RSES:s delskalor självvärde och självprestation med de övriga delskalorna för hela undersökningsgruppen. Signifikanta samband fanns med alla delskalorna förutom perfektionism. Starkast samband fanns mellan självvärde och missnöje med utseende och kropp ( $r = -.68$ ,  $p < .001$ ) och mellan självprestation och depression ( $r = -.62$ ,  $p < .001$ ).

Tabell 8. Korrelationer mellan RSES:s delskalor självvärde och självprestation och RSES, EDI-P, Utseende, HADS-Å, HADS-D och Trygg plats totalt på undersökningsgruppen.

Självskattnings- formulär	RSES	EDI-P	Utseende	HADS- Å	HADS- D	Trygg plats
RSES-självvärde	.96***	-.03	-.68***	-.59***	-.52***	-.51***
RSES-självprestation	.79***	.06	-.48***	-.53***	-.62***	-.54***

Not. RSES=Rosenbergs Self-Esteem Scale, EDI-P=Eating Disorder Inventory-Perfectionism, HADS-Å=Hospital Anxiety and Depression Scale-Ångest, HADS-D=Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

I tabell 9 visas samband mellan självvärde och självprestation utifrån kön. Resultatet visade att det fanns signifikanta samband mellan självvärde och självprestation inom båda grupperna kvinnor ( $r=.793$ ,  $p<.000$ ) och män ( $r=.781$ ,  $p\leq.001$ ). Det framkom även att skillnaderna mellan medelvärdena för självvärde respektive självprestation var signifikanta inom grupperna män och kvinnor. Självvärdet skattades signifikant lägre än självprestation. För gruppen ej definierat kön framkom inga signifikanta samband eller skillnader.

Tabell 9. Korrelationer och *t*-värden utifrån RSES-självvärde och RSES-självprestation vad gäller kön.

	Kvinnor=104			Män=15			Ej definierat=3		
	<i>r</i>	<i>t</i>	df	<i>r</i>	<i>t</i>	df	<i>r</i>	<i>t</i>	df
Självvärde-	.793***	-13.95***	103	.781***	-4.00***	14	.50	-8.66	2
Självprestation									

Not. RSES=Rosenbergs Self-Esteem Scale, EDI-P=Eating Disorder Inventory-Perfectionism, HADS-Å=Hospital Anxiety and Depression Scale-Ångest, HADS-D=Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression.

\**p* < .05; \*\**p*<.01; \*\*\**p*<.001.

### Prediktion av ångest och depression utifrån självkänsla

I tabell 10 redovisas de enkla linjära regressionsanalyserna för ångest respektive depression. Självkänsla var prediktorn som var signifikant med ångest (Beta= -.59, *p*<.001), och förklarade 35% av variansen gällande ångest. Likaså framkom att självkänsla som prediktor var signifikant med depression (Beta= -.60, *p*<.001) och förklarade 35% av variansen gällande depression.

Tabell 10. Resultat av enkel linjär regressionsanalys med RSES som prediktor och HADS-Å och HADS-D som utfallsvariabler.

HADS-Å					
Variabel	R2(adj)	B	SE B	Beta	F
RSES	.35	-.41	.05	-.59***	64.68***

HADS-D					
Variabel	R2(adj)	B	SE B	Beta	F
RSES	.35	-.34	.04	-.60***	66.99***

Not. RSES=Rosenbergs Self-Esteem Scale, HADS-Å=Hospital Anxiety and Depression Scale-Ångest, HADS-D=Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression.

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

## Diskussion

Studiens syfte är att undersöka sambanden mellan självkänsla, perfektionism, missnöje med utseende och kropp, psykisk ohälsa och upplevelsen av en inre eller yttre trygg plats hos unga vuxna.

Knappt hälften av undersökningsgruppen, 59 personer, har en god självkänsla medan 33% rapporterar en låg självkänsla och 18% en avvikande hög självkänsla. 48% av gruppen rapporterar ångest som kan tyda på en problematik av klinisk relevans. Däremot rapporterar gruppen som helhet låg grad av depressiva symtom. Inga signifikanta könsskillnader framkommer förutom vid skattning av ångest.

Att så många som drygt en tredjedel av undersökningsgruppen skattar låg självkänsla är anmärkningsvärt men kanske inte helt förvånande utifrån Socialstyrelsens (2017) och Folkhälsomyndighetens (2016, 2018) rapporter om ungas psykiska ohälsa. Enligt den norska longitudinella studien (Birkeland et al., 2012) skulle en förklaring kunna vara att i gruppen med låg självkänsla inryms även de med mer instabil självkänsla, så kallad u-mönstrad variation av självkänsla. Det innebär att självkänslan i tidig tonår är god för att sedan i 18 till 23-årsåldern försämras för att sedan successivt förbättras. Åldersmässigt befinner sig gruppen unga vuxna i en period då förändringar ofta är för handen. Tiden av instabilitet vad gäller utbildning, yrke, boende och familjebildning är som Arnett (2004) beskriver både en källa till frihet men även till oro. Folkhälsorapporten (2018) pekar på brister i skolans funktion och ökad medvetenhet om de krav som idag ställs på arbetsmarknaden som kan bidra till unga vuxnas oro och press.

I studien framkommer ett starkt samband mellan självkänsla och ångest vilket även tidigare studier har visat (Guillon et al., 2003). Självkänslan i vår studie kan förklara 35% av variansen av ångest. En god självkänsla är således på ett sätt skyddande mot ångest men utesluter inte för den sakens skull att man kan ha en hög grad av ångest (Hiltunen, 2017), vilket den höga skattningen av ångest som de med god självkänsla (så kallade grupp 2) uppvisar. Kvinnorna i urvalet skattar signifikant högre vad gäller ångest än män, vilket är i linje med Folkhälsorapporten (2016) där man uppger att 50% av kvinnorna rapporterar ångestsymtom. Gruppen unga vuxna i studien rapporterar också betydligt högre grad av ångest jämfört med depression, vilket överensstämmer med kandidatuppsatsen i psykologi (Hansen & Löfberg, 2015) där man undersöker förekomst av ångest respektive depression

hos en grupp ungdomar på ungdomsmottagningen som besökte någon av de psykosociala professionerna. En förklaring till detta skulle kunna vara att ångestskalan mäter även lägre grad av oro, nervositet och ångslan som skulle kunna vara ett uttryck för stress. Depression kan för en del uppstå i ett senare skede då ångest och stress lett till förlust av livsvärden.

Vid uppdelning av låg, god och avvikande hög självkänsla finns det starka signifikanta skillnader mellan grupperna. Ett tydligt negativt samband framkommer som innebär att ju lägre skattad självkänsla desto högre grad av psykisk ohälsa och missnöje vad gäller utseende och kropp. Det finns även ett starkt signifikant samband mellan låg självkänsla och rapportering av depressivitet, vilket ligger i linje med resultaten från studien av Moksnes et al (2016). I studien av Orth et al. (2008) som sedan replikerades av Rieger et al. (2016) fann man stöd för sårbarhetsmodellen som innebär att låg självkänsla är en riskfaktor för att utveckla depression. Däremot fann man inget stöd för att depression kunde predicera låg självkänsla. I den här studien finner vi att självkänslan kan förklara 35% av variansen av depression.

När vi jämför självkänslan utifrån delskalorna självvärde och självprestation finner vi att både kvinnor och män skattar signifikant högre på delskalan självprestation, och lägre på delskalan självvärde. Eftersom det saknas normering på de båda delskalorna är det svårt att dra några vidare slutsatser av resultaten. De två delskalorna på Rosenbergskalan har ett starkt samband men de fångar också något kvalitativt olika vad gäller självkänsla. Ur ett transdiagnostiskt synsätt kan således självkänslan vara något som både orsakar och vidmakthåller psykisk ohälsa och därför kan det ur ett psykoterapeutiskt perspektiv vara viktigt att reflektera kring hur man kan arbeta för att stärka den unges självkänsla.

När det gäller perfektionism förekommer inga samband utifrån självkänsla, psykisk ohälsa eller någon av de andra variablerna. I jämförelse med cut-offvärdet har undersökningsgruppen något högre resultat. Detta behöver ju inte vara något negativt utifrån att perfektionism kan ses som mer eller mindre adaptivt (Hill et al., 2010). Hiltunen (2017) beskriver i sin avhandling dock att många unga strävar efter det "perfekta" som blir en normalitet i deras liv och som kan leda till psykisk ohälsa och ökad stress. Petersson (2017) menar i sin avhandling om perfektionism och ätstörning, att psykometriska tester kan vara missvisande eftersom de inte alltid fångar innebörden av perfektionism för den enskilde.

Kroppsuppfattning och missnöje med utseende och kropp har ett starkt negativt samband med självkänsla, i synnerhet med självvärde. Det innebär att har man en låg

självkänsla så har man ofta ett uttalat missnöje med sin kropp och sitt utseende, vilket stämmer väl överens med tidigare forskning (van der Berg et al., 2010). I studien framkommer inga könsskillnader, vilket inte behöver betyda att de inte existerar, utan beror på den låga andelen män i urvalet.

Att kunna uppleva en inre eller yttre "plats" där man kan känna sig trygg och lugn med vem man är har ett starkt signifikant samband med både självkänsla och rapportering av depressiva symtom i studie. Neff & Vonk (2009) understryker att self-compassion kan vara ett användbart alternativ till självkänsla för att finna ett hälsosamt förhållningssätt till sig själv. Mindfulness kan också vara en tillämpbar metod i psykoterapeutisk behandling för gruppen unga vuxna. Att arbeta utifrån individens värderade riktning om vad som är viktigt och stötta den unge att kunna överbygga hinder kan vara ett sätt att stärka självkänslan (Livheim, 2016; Mruk, 2013).

### **Styrkor och begränsningar**

Styrkan med studien är att urvalet väl motsvarar den grupp som söker ungdomsmottagningen. Likaså att urvalet representerar både de som studerar och de som arbetar, och som bor i en storstad. Däremot kan eventuellt generaliserbarheten till unga vuxna i allmänhet vara begränsad då de som söker ungdomsmottagningarna kan ha en högre grad av psykisk ohälsa eftersom ungdomsmottagningarna erbjuder psykosocial behandling. En annan begränsning med urvalet är den låga andelen män, vilket har påverkat möjligheterna att påvisa eventuella könsskillnader.

En annan styrka med att göra enkätundersökning på ungdomsmottagningar är att personalen har en vana då det regelbundet genomförs studier på mottagningarna. Enkäten kunde fyllas i en bekväm miljö och med hög grad av anonymitet.

Enkäten innehåller flera skattningsskalor med hög validitet, reliabilitet och som är väl beforskade samt tidsmässigt går fort att fylla i, vilket är en styrka med studien. Cronbach alpha beräknades på samtliga skalor och så även påståendena om missnöje med utseende och kropp. Samtliga skalor visade på en god intern reliabilitet. Skalorna mäter olika faktorer vilket är en styrka eftersom korrelationer i annat fall kan bli missvisande. En svaghet med valen av skattningsformulär är EDI-P vars validitet i vår studie kan ifrågasättas eftersom den inte har något samband med de övriga skattningsskalorna och då den inte verkar mäta ett enhetligt begrepp.

En begränsning för studier som utgår ifrån självskattning är att man måste förlita sig på att respondenterna har svarat sanningsenligt. Andra faktorer som kan bidra till missvisande resultat kan vara hur deltagarna tolkar påståenden, överskattar eller underskattar problem.

Eventuellt hade frågor med kvalitativa svar kunnat belysa fenomenet upplevelse av inre eller yttre trygg plats samt respondenternas definition av perfektionism.

## **Etik**

Studien har följt de etiska principer som framtagits (Beauchamp, 2013). Enkäten har besvarats med full anonymitet. Deltagarna har haft möjlighet att avbryta sin medverkan och de har också givit sitt samtycke efter att ha informerats om vad studien handlar om. Enkäten har inte bedömts ha något som i sig skulle väcka obehag men om det ändå skulle ske har det funnits möjlighet för deltagarna att ta kontakt med personal på ungdomsmottagningarna.

## **Framtida forskning**

I framtida studier skulle det vara intressant att titta närmare på gruppen med avvikande hög självkänsla och eventuell förekomst av psykisk ohälsa. Att komplettera enkätundersökning med formulär kring exempelvis livstillfredsställelse kunde eventuellt bidra till att belysa den frågeställningen.

Det skulle även vara spännande att också utforska begreppet perfektionism utifrån adaptiv och maladaptiv perfektionism. En kvantitativ enkätstudie kunde kompletteras med en kvalitativ ansats med intervjuer, liknande Peterssons studie (2017) för vidare förståelse av självdefinierad perfektionism.

Likaså att undersöka påståendet med yttre eller inre plats där jag kan känna mig trygg med anknytningsstil och självkänsla.

## **Slutsatser**

Den här korrelationsstudien visar att drygt en tredjedel av gruppen unga vuxna som besökte ungdomsmottagningar i södra Sverige under två veckor, hösten 2017 uppvisar en låg självkänsla. Knappt hälften rapporterar även hög grad av ångest, i synnerhet kvinnor. Det framkommer även ett signifikant samband mellan låg självkänsla och hög grad av depressivitet. När självkänslan delas upp utifrån delskalorna självvärde och självprestation framkommer det att unga vuxna skattar lägre på delskalan självvärde än på delskalan



självpresentation. Lågt självvärde har ett starkt samband med missnöje med utseende och kropp. En inre eller yttre trygg plats har samband mellan samtliga variabler förutom med perfektionism. Perfektionism har inget samband med någon av de övriga variablerna. Således har självkänsla, psykisk ohälsa, och missnöje med utseende och kropp starkt samband. Detta är i linje med andra forskningsresultat och talar för att det ur behandlingssynpunkt är viktigt att beakta unga vuxnas självkänsla och samband med utseende och psykisk ohälsa.

## Referenser

- Andersson, C. 2016. *Compassioneffekten att utveckla självtillit och inre trygghet*. Natur och Kultur: Stockholm.
- Andersson, C., Viotti, S. (2013). *Compassionfokuserad terapi*. Natur och Kultur: Stockholm.
- Arnett, Jensen, J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. Oxford University Press. Elektronisk resurs.
- Arnett, J. J., Zukaukiene, R. & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18-29 years: implications for mental health. *Lancet Psychiatry*,1(7), 569-576.
- Beauchamp TL, C. J. (2013). *Principles of bioethical ethics*. New York: Oxford University Press.
- van den Berg, P. A., Mond, J., Eisenberg, M., Ackard, D. & Neumark-Sztainer, D. (2010). The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 290–296.
- Birkeland, Skogbrott, M., Melkevik, O., Holsen, I. & Wold, B. (2012). Trajectories of global self-esteem development during adolescence. *Journal of Adolescence* 35. 43-54
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T. & Neckelmann, D. (2002). The Validity of the hospital anxiety and depression scale, an updated literature review. *Journal of psychosomatic Research*, 52, 69-77.
- Branden, N. (1969). *The psychology of self-esteem*. New York: Bantam.
- Bremberg, S. & Dalman, C. (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd hos barn och unga*. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd. (FORTE).
- Bunar, N. & Trondman, M. (2010). *Varken ung eller gammal*. E-bok.
- Crocker, J., & Park, L. E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin*, 130(3), 392-414.
- Egan, S.J., Wade, T. D., Shafran, R. & Antony, M.M. (2014). *Cognitive-Behavioral Treatment of Perfectionism*. New York: The Guilford Press.
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*. 31(2), 203-212.

- Eriksson, E.H. (1969). *Ungdomens identitetskriser*. Stockholm. Natur & Kultur.
- Folkhälsomyndigheten (2016). *Publikation: Skolprestationer, skolstress och psykisk ohälsa bland tonåringar*. Stockholm. Folkhälsomyndigheten.
- Folkhälsomyndigheten (2018). *Publikation: Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige?* Stockholm. Folkhälsomyndigheten
- Folkhälsomyndigheten (2015). *Publikation: Hälsan och hälsans bestämningsfaktorer för transpersoner*. Stockholm Folkhälsomyndigheten
- Garner, D. M. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. & Olmsted, M. P. (1984). *The Eating Disorder Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Giddens, A. (1992). *Intimitetens omvandling: Sexualitet, kärlek och erotik i det moderna samhället*. Nya Doxa (1995)
- Gilbert, P. (2010). *The compassionate mind, a new approach to life's challenges*. London: Constable & Robinson.
- Guillon, M. S., Crocq, M.-A., & Bailey, P. E. (2003). The relationship between self-esteem and psychiatric disorders in adolescents. *European Psychiatry*, 18(2), 59–62.
- Grabe, S., Ward, L. M. & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: A meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, 134, 460-476.
- Hansen, R. & Löfberg, A. (2015). *Kartläggning av besöksgruppen hos den psykosociala personalen på ungdomsmottagningen i Region Skåne. Ungdomars självskattade psykiska hälsa utifrån levnadsvillkor och sociodemografiska faktorer* (Kandidatuppsats). Lunds Universitet, Institutionen för psykologi.
- Hill, R.W., Huelsman, T. J. & Araujo, G. (2010). Perfectionistic concerns suppress associations between perfectionistic strivings and positive life outcomes. *Personality and Individual Differences*; 48(5), 584-589.
- Hiltunen, L. (2017). *Lagom perfekt. Erfarenheter av ohälsa bland unga tjejer och killar* (Doktorsavhandling). Linnéuniversitetet, Sociologiska institutionen.
- Hwang, P., Frisé, A. & Nilsson, B. (2018). *Ungdomar & unga vuxna: Utveckling och livsvillkor*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Kantojärvi, L., Hakko, H., Riipinen, P. & Riala, K. (2015). Who is becoming personality disordered? A register-based follow-up study of 508 inpatient adolescents. *European Psychiatry* 31, 52-59.
- Livheim, F., Ek, D. & Hedensjö, B. (2016). *Tid att leva. Ett tioveckors program för stresshantering med ACT och medveten närvaro*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Moksnes, U. K., Eilertsen, Bradley, M-E. & Lazarewicz, M. (2016). The association between stress, self-esteem and depressive symptoms in adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57, 22-29.
- Mruk, C. (2013). *Self-esteem: Research, theory and practice*. (4th edition). New York: Springer Publishing Company.
- Neff, K. D. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality* 77:1, 23-50.
- Orth, U., Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Maes, J., & Schmitt, M. (2009). Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 472–478.
- Pinker. S. (2015). *The Village Effect. Why Face-to-Face Contact Matters*. London: Atlantic Books.
- Region Skåne och Kommunförbundet Skåne. (2016). *Folkhälsorapport: Barn och ungdomar i Skåne 2016 - en undersökning om barn och ungdomars livsvillkor, levnadsvanor och hälsa*. Skåne. Region Skåne.
- Rieger, S., Göllner, R., Trautwein, U. & Roberts, B. W. (2016). Low self-esteem prospectively predicts depression in the transition to young adulthood: A replication of Orth, Robins, and Roberts (2008). *Journal of Personality and Social Psychology*, 2016. 110, 16-22.
- Rosenberg M. (1965). *Society and the adolescent child*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Schmitt, D. P. & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623-642.
- Schraml, K., Perski, A., Grossi, G., Simonsson-Sarnecki, M. (2011). Stress symptom among adolescents: The role of subjective psychosocial conditions, lifestyle, and self-esteem. *Journal of Adolescence*, 34, 987-996.

- Sherry, S. B., Richards, J. E., Sherry, D. I. & Steward, S. H. (2014). Self-critical perfectionism is a vulnerability factor for depression but not anxiety: A 12-month, 3 wave longitudinal study. *Journal of Research Personality*. Volume 5, 1-5.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Tafarodi, R. W. & Swann, W. B. Jr. (1995). Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, 65(2), 322-342.
- Tafarodi, R.W. & Milne, A. B. (2002). Decomposing global self-esteem. *Journal of Personality*, 70(4), 443-485.
- Turkle, S. (2012). *Alone Together. Why We Expect More from Technology and Less from Each Other*. New York: Basic Books.
- Wängqvist, M., Frisé, A. (2013). Swedish 18-year-olds' identity formation: Associations with feelings about appearance and internalization of body ideals. *Journal of Adolescence*, 36, 485-493.
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67(6), 361-370.

## Bilaga A

### Deltagarinformation

Hej!

Vi heter Jenny Fagrenius och Lena Johansson Jensen och går termin 5 på Psykoterapeutprogrammet vid Lunds universitet. I vår examensuppsats vill vi undersöka unga vuxnas psykiska hälsa och självkänsla. Ditt deltagande kan bidra till ökad kunskap och förståelse kring detta.

För att kunna delta i den här enkätundersökningen ska du vara över 18 år. Enkäten består av 37 frågor och tar ca 10 minuter att fylla i. Deltagande är helt frivilligt och anonymt.

Om några av frågorna väcker tankar eller funderingar är du välkommen att kontakta personalen på ungdomsmottagningen.

När du har besvarat enkäten lägger du det i det bifogade kuvertet och stoppar i väntrummet postlåda.

Vi tackar dig för din medverkan!

Jenny Fagrenius

Lena Johansson Jensen

[jenny.fagrenius@karlshamn.se](mailto:jenny.fagrenius@karlshamn.se)

[lena.johansson-jensen@skane.se](mailto:lena.johansson-jensen@skane.se)



## Bilaga C

### Enkät

Du kommer här få ett antal påståenden att besvara som handlar om hur du har känt dig under den senaste veckan. Ibland kan det vara svårt att hitta svar som stämmer exakt men välj då det som stämmer in ungefär. Tänk inte för länge utan välj det som kommer för dig. Ringa in svaret eller sätt kryss i rutan.

#### 1. Jag är:

Kvinna                       Man                       Annat                       Ej definierat

#### 2. Ålder:

18 år                       19 år                       20 år                       21 år                       22 år                       23 år eller  
över

#### 3. Civilstånd:

Singel                       Förhållande                       Sambo                       Gift

#### 4. Sysselsättning:

Skola                       Arbete                       Arbetslös                       Sjukskriven                        
Övrigt

	<b>Instämmer helt</b>	<b>Instämmer till viss del</b>	<b>Avvisar i viss mån</b>	<b>Avvisar helt</b>
--	-----------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------

<b>5. Jag är väsentligen nöjd med mig själv.</b>	1	2	3	4
--	---	---	---	---

<b>6. Ibland känner jag att jag är helt värdelös.</b>	1	2	3	4
---	---	---	---	---

<b>7. Jag känner att jag har en del bra egenskaper.</b>	1	2	3	4
---	---	---	---	---



	Instämmer helt	Instämmer till viss del	Avvisar i viss mån	Avvisar helt
<b>8. Jag kan göra saker lika bra som de flesta andra.</b>	1	2	3	4
<b>9. Jag känner att jag inte har mycket att vara stolt över.</b>	1	2	3	4
<b>10. Ibland känner jag mig helt oduglig.</b>	1	2	3	4
<b>11. Jag känner mig minst lika värdefull som alla andra.</b>	1	2	3	4
<b>12. Jag skulle vilja ha mer respekt för mig själv.</b>	1	2	3	4
<b>13. På det hela taget känner jag mig misslyckad.</b>	1	2	3	4
<b>14. Jag har en positiv inställning till mig själv.</b>	1	2	3	4

**15. I min familj är det bara mycket bra resultat som duger:**

Alltid     
 Mycket ofta     
 Ofta     
 Ibland     
 Sällan     
 Aldrig

**16. Jag anstränger mig för mycket för att göra vad mina föräldrar och lärare/chefer vill:**

Alltid     
 Mycket ofta     
 Ofta     
 Ibland     
 Sällan     
 Aldrig

**17. Jag avskyr att inte vara bäst:**

Alltid       Mycket ofta       Ofta       Ibland       Sällan        
Aldrig

**18. Mina föräldrar förväntar sig att jag ska vara bäst:**

Alltid       Mycket ofta       Ofta       Ibland       Sällan        
Aldrig

**19. Jag känner att jag måste vara bäst annars får det vara:**

Alltid       Mycket ofta       Ofta       Ibland       Sällan        
Aldrig

**20. Det jag gör vill jag göra mycket bra:**

Alltid       Mycket ofta       Ofta       Ibland       Sällan        
Aldrig

**21. Jag är nöjd med min kropp:**

Alltid       Mycket ofta       Ofta       Ibland       Sällan        
Aldrig

**22. Jag önskar att jag såg ut på ett annat sätt:**

Alltid       Mycket ofta       Ofta       Ibland       Sällan        
Aldrig

**23. Jag känner mig spänd eller nervös:**

Mestadels       Ofta       Av och till       Inte alls

**24. Jag uppskattar fortfarande saker jag tidigare uppskattat:**

Definitivt lika mycket       Inte lika mycket       Endast delvis       Nästan inte alls

**25. Jag har en känsla av att något hemskt kommer att hända:**

Mycket klart och obehagligt       Inte så starkt nu       Betydligt svagare nu       Inte  
alls

**26. Jag kan skratta och se det roliga i saker och ting:**

Lika ofta som tidigare       Inte lika ofta nu       Betydligt mer sällan nu       Aldrig

**27. Jag bekymrar mig över saker:**

Mestadels       Ganska ofta       Av och till       Någon enstaka gång

**28. Jag känner mig på gott humör:**

Aldrig       Sällan       Ibland       Mestadels

**29. Jag kan sitta stilla och känna mig avslappnad:**

Definitivt       Vanligtvis       Sällan       Aldrig

**30. Allting känns trögt:**

Nästan alltid       Ofta       Ibland       Aldrig

**31. Jag känner mig orolig, som om jag hade "fjärilar" i magen:**

Aldrig       Ibland       Ganska ofta       Väldigt ofta

**32. Jag har tappat intresset för hur jag ser ut:**

Fullständigt       Till stor del       Delvis       Inte alls

**33. Jag känner mig rastlös:**

Väldigt ofta       Ganska ofta       Sällan       Inte alls

**34. Jag ser med glädje fram emot saker och ting:**

Lika mycket som tidigare       Mindre än tidigare       Mycket mindre än tidigare       Knappast alls

**35. Jag får plötsliga panikkänslor:**

Väldigt ofta       Ganska ofta       Sällan       Aldrig

**36. Jag kan uppskatta en god bok, ett TV- eller radioprogram:**

Ofta

Ibland

Sällan

Mycket sällan

**37. Jag har en inre eller yttre plats där jag kan känna mig trygg och lugn med vem jag är:**

Ofta

Ibland

Sällan

Mycket sällan

**Tack för din medverkan!**