



**LUNDS**  
UNIVERSITET

**INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI**

*SV: Psykisk ohälsa i pandemins spår:*

*en kvantitativ studie om riskfaktorer för psykisk ohälsa under Covid-19*

*EN: Mental health in the wake of the pandemic:*

*a quantitative study about risk factors for mental health related to  
Covid-19*

**Ida Haväng**

**Mia Huovilainen**

Kandidatuppsats HT 2020

Handledare: Kajsa Järholm

## Abstract

The outbreak of the corona virus Covid-19 has changed the world in a very short time. This study aimed to understand the effects of the pandemic on mental health, and to find groups at risk for mental illness as well as associated factors. The study was conducted as an online cross-sectional survey ( $n = 360$ ), to Swedish speaking people 18 years or older. More than 55% reported that their mental health had deteriorated during the pandemic and 10% reported that the deterioration was severe. In general, we found an increase of anxiety, but also depression in comparison to mental health studies before the pandemic. The mean value for anxiety was above the cutoff threshold for mild anxiety (HADS Anxiety scale:  $M=9.06$ ,  $SD=4.63$ ). Standardized measures of depression, anxiety and personality was used together with factors regarding the pandemic. Neuroticism was the strongest personality predictor for poor mental health during Covid-19. Other risk factors were being younger, being on sick leave, or being unemployed. The major difficulties with Covid-19 were concerns regarding infection, family and close relatives, and concern about the future. More studies are needed on the effects of the pandemic on mental health. Such studies could help to plan and distribute preventative measures and treatment where it is most needed.

keywords: Five Factor Model, covid-19, mental health, personality, depression, anxiety, Big Five

## Sammanfattning

Utbrottet av coronaviruset Covid-19 har påverkat världen drastiskt på mycket kort tid. Syftet med studien var att studera upplevelsen av vilken påverkan pandemin har på den mentala hälsan, samt vilka grupper som är mer sårbara för psykisk ohälsa och vilka faktorer som är predicerande för att drabbas. Studien genomfördes i en tvärsnittsdesign med en webbenkät till svensktalande personer ( $n = 360$ ) över 18 år. Drygt 55 % ansåg att deras mentala hälsa har försämrats under pandemin och 10 % ansåg att den har försämrats mycket. Generellt fann vi en högre förekomst av ångest, men även depression gentemot studier i psykisk ohälsa innan pandemin. Den undersökta gruppens medelvärde för ångest låg inom intervallet för mild ångest (HADS Ångest:  $M=9.06$ ,  $SD=4.63$ ). Standardiserade mått för depression, ångest och personlighet användes tillsammans med faktorer kopplade till pandemin. Den starkaste prediktorn för psykisk ohälsa under Covid-19 pandemin rörande personlighet var neuroticism. Andra riskfaktorer var att tillhöra en yngre åldersgrupp, vara sjukskriven eller att vara arbetslös. De största bekymren som framkom var oro för smitta, närstående och framtiden. Forskning som studerar pandemins konsekvenser för den psykiska hälsan är viktig för att kunna förbättra behandlingar och planera och distribuera både direkta och preventiva åtgärder.

nyckelord: Femfaktormodell, covid-19, psykisk hälsa, personlighet, depression, ångest, Big Five

## **Tack!**

Vi vill tacka alla som har varit med och hjälpt till med utformningen av denna uppsats!  
Ett varmt tack till våra familjemedlemmar som stöttat oss så vi har kunnat tillägna mycket tid till skrivande. Vi vill också rikta ett särskilt tack till vår handledare Kajsa Järvholm, hennes vägledning och uppmuntran har varit ytterst värdefull.

## **Psykisk ohälsa i pandemins spår**

Världens befolkning befinner sig idag i en global kris på grund av viruset Covid-19. Det nya coronaviruset upptäcktes i Kina i slutet av 2019 och har sedan snabbt spridit sig över hela jordklotet. Folkhälsomyndigheten (2020d) har klassat viruset som riskklass 3 vilket innebär att viruset kan orsaka allvarlig sjukdom som är mycket smittsam, eller att möjligheterna att förebygga och bota är begränsade. För de första sex månaderna 2020 var Covid-19 den tredje vanligaste dödsorsaken i Sverige (Socialstyrelsen, 2020).

Även om Covid-19 främst är en kris för människors fysiska hälsa, påverkas även den mentala hälsan i hög grad. Många oroar sig för att en själv, eller närstående, ska bli smittade (World Health Organization [WHO], 2020a). Men även indirekta effekter av social distansering och ekonomisk kris hotar den mentala hälsan. Flera känner sig isolerade från sina nära och kära och denna isolering bidrar till ett minskat socialt umgänge. En del människor vågar kanske inte söka stöd och hjälp. Indikationer finns på att symtom på depression och ångest ökar i stora delar av världen (WHO, 2020a).

En kris i denna omfattning innebär nya stressfaktorer för individen och redan etablerade stressfaktorer påverkan förstärks (United Nations, 2020a). Även om de flesta människor inte kan undgå att drabbas av pandemins effekter, spelar individuella faktorer en roll för hur var och en påverkas. Vi avser i denna studie att undersöka hur olika personlighetsdrag kan ligga till grund för hur den mentala hälsan påverkas i en pandemi, och om det existerar särskilda riskgrupper.

### **Bakgrund/Teori**

Nedan presenterar vi relevant teori för psykisk ohälsa, både i världen och i Sverige, samt kopplingar mellan psykisk ohälsa och den pågående pandemin. Vi beskriver också personlighet kopplat till femfaktormodellen och dess samband med psykisk ohälsa.

#### **Psykisk ohälsa som folksjukdom**

Den globala ekonomin förlorar mer än en miljard dollar varje år på grund av depression och ångest enligt United Nations (2020b), och de uppskattar att depression drabbar 264 miljoner människor i världen. Var fjärde person globalt kommer att erfara problem med sin mentala hälsa under sin livstid (United Nations, 2020a) och antalet människor som drabbas ökar (WHO, 2020a). Ändå spenderar världens länder i genomsnitt endast 2% av sin hälso- och sjukvårdsbudget på den mentala hälsan (United Nations, 2020b). WHO (2017) delar upp vanliga psykiska sjukdomar i två huvudkategorier; depression och ångestsyndrom.

## ***Depression***

Depression är en av största orsakerna till psykisk ohälsa och kvinnor är oftare mer drabbade än män (WHO, 2017). Den åldersstandardiserade incidensgraden av depression har ökat i många länder med ett högt sociodemografiskt index mellan 1990-2017 (Liu et al., 2020). WHO uppskattade att 4.4% av världens befolkning led av depression år 2015 (WHO, 2017). Globalt rankas depression som den största bidragande orsaken till icke-fatal hälsoförlust (YLD, Years Lived with Disability), med 7.5% av totala YLD (WHO, 2017).

I DSM-5 finns återgivet diagnoskriterier för depression (American Psychiatric Association, 2017). För diagnosen "Egentlig depression" måste minst fem symtomkriterier varit uppfyllda de senaste två veckorna (där minst ett av symtomen "nedstämdhet" eller "minskat intresse eller glädje" måste föreligga):

1. Nedstämdhet under större delen av dagen.
2. Påtagligt minskat intresse för eller minskad glädje av alla eller nästan alla aktiviteter under större delen av dagen så gott som dagligen.
3. Betydande viktnedgång eller viktuppgång.
4. Sömnstörning
5. Psykomotorisk agitation eller hämning så gott som dagligen.
6. Svaghetskänsla eller brist på energi så gott som dagligen.
7. Känsla av värdelöshet eller överdrivna/obefogade skuldkänslor så gott som dagligen.
8. Minskad tanke- och koncentrationsförmåga eller obeslutsamhet, så gott som dagligen.
9. Återkommande tankar på döden, återkommande självmordstankar utan någon särskild plan, gjort självmordsförsök eller har planerat för självmord.

Depression kan orsaka den drabbade individen stort lidande och ge negativa konsekvenser i både arbetet, skolan och i familjen. I värsta fall kan det leda till döden. Nära 800,000 människor dör årligen på grund av suicid som är den näst vanligaste dödsorsaken hos människor 15-29 år (WHO, 2020b).

## ***Ångestsyndrom***

År 2015 beräknades 3.6% av världens befolkning lida av ångestsyndrom, även här är det vanligare hos kvinnor än hos män. Ångest förekommer ofta tillsammans med depression (WHO, 2017). Prevalensen av ångestsyndrom har ökat i världen med drygt 14 procentenheter

mellan åren 2005-2015 (Vos et al., 2016). Ångestsyndrom rankas som den sjätte vanligaste orsaken till icke-fatal hälsoförlust (YLD), med 3.4% av totala YLD (WHO, 2017).

Ångestsyndrom är ett samlingsnamn för ett antal olika diagnoser som karaktäriseras av ångestkänslor och rädsla. Till dessa hör generaliserat ångestsyndrom (GAD), paniksyndrom, fobier, social fobi, tvångssyndrom och trauma- och stressrelaterade syndrom. Var och en har sina egna diagnoskriterier i DSM-5 men gemensamt för de flesta är återkommande och regelbunden oro, rädsla och nervositet kopplat till framtiden eller specifika händelser (American Psychiatric Association, 2017).

## **Psykisk ohälsa i Sverige**

Vartannat år utför Folkhälsomyndigheten i Sverige en stor folkhälsoundersökning för att få information om hur svenskar mår (2020a). I studien från 2018 deltog 40,000 slumpmässigt utvalda svenskar. Av befolkningen var det 17% i åldern 16–84 år som angav sig ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande (20% för kvinnor och 14% för män). Åldersgruppen 16-29 år är värst drabbade, där uppgav var tredje kvinna och var femte man sig ha ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Andelen invånare som uppgav nedsatt psykiskt välbefinnande ökade med 3.5 procentenheter mellan år 2006 och 2018. Att andelen har ökat i åldersgruppen 20-30 år de senaste decennierna har bekräftats i en annan studie (Bremberg, 2015).

Folkhälsoenkäten visade att 39% av befolkningen (16–84 år) hade upplevt besvär av ångslan, oro eller ångest. Det är en uppgång med 9 procentenheter från 2015 (Folkhälsomyndigheten, 2020a). Förekomsten bland kvinnor var betydligt högre än bland män. Detta kan jämföras med en studie av Johansson et al. (2013) som fann att 17.9% av kvinnorna och 10.7% av männen led av kliniskt ångestsyndrom. Gällande depression fann de att 12.9% led av klinisk depression, samma siffra för männen var 8.3%. Samsjukligheten mellan depression och ångesttillstånd är hög och ungefär hälften av de drabbade led av både ångestsyndrom och depression (Folkhälsomyndigheten, 2020a).

Unga människor är också överrepresenterade i statistiken för ångest. Personer 16-29 år som deltog i Folkhälsomyndighetens folkhälsoundersökning 2018 (2020f) uppgav 52% ångestbesvär (62% kvinnor och 41% män). Statistiska Centralbyrån (2020) bekräftar att personer 16-29 år är mer drabbade av svåra besvär med ångslan, oro eller ångest än andra åldersgrupper (11.5% i jämförelse med 3.5-7.4% i andra åldersgrupper).

## **Psykisk ohälsa under COVID-19**

Många länder har vidtagit åtgärder för att hindra smittspridningen av Covid-19. Karantän gäller för misstänkt smittade, men också allmänna åtgärder har införts, vilka berör

hela befolkningen. Dessa allmänna åtgärder inkluderar bl.a besöksförbud på särskilda boenden, reseförbud både in- och utrikes, stängda affärer/shoppingcenter, inställda evenemang och munskydd på offentliga platser. De som har möjlighet ska jobba hemifrån och utbildningen inom universitet, samt tidvis även gymnasieskolor, bedrivs primärt digitalt. I många länder har även skolor och arbetsplatser stängts (Folkhälsomyndigheten, 2020b; World Tourism Organization, 2020). I november 2020 hade över 1.3 miljoner människor dött i viruset och smittan fortsätter att spridas i snabb takt (WHO, 2020c).

En global kris som Covid-19 medför en ökning av stressfaktorer för människor. Det psykiska välmåendet påverkas på ett kontinuum. Människor som innan klarade sig ganska bra har nu svårare att hantera sin situation, och de som redan innan mådde psykiskt dåligt mår nu ännu sämre och kan utveckla psykiska sjukdomar som följd (United Nations, 2020a). Tidigare långtgående kriser har visat att människor som har svårigheter att hantera stressen, kan hamna i drogmissbruk och andra destruktiva beroenden, och andelen suicid ökar som en följd av att människor förlorar hoppet. En skyddande faktor i kris är socialt stöd (Saltzman et al., 2020), men möjligheten att träffa andra har minskat på grund av restriktioner, och möjligheten att få hjälp har minskat under pandemin när personal inom sjukvården tvingats reducera fysiska möten på grund av smittorisken (United Nations, 2020a).

Folkhälsomyndigheten i Sverige har sammanställt en systematisk litteraturöversikt (2020b) för tvärsnittsstudier av hur Covid-19 påverkar den psykiska hälsan. Ingen av studierna kommer dock från Sverige och resultaten kommer från små studier med många begränsningar. Tillförlitligheten är därför osäker. Det konstaterades att psykiska besvär tycks ha ökat under pandemin, särskilt för de som själva blivit sjuka eller haft en närstående som varit sjuk. Resultaten kommer dock från länder som haft striktare restriktioner än Sverige, och det är inte säkert att det är överförbart till den svenska befolkningen.

I maj 2020, det vill säga ett par månader efter att pandemin bröt ut i Sverige, gjorde Folkhälsomyndigheten (2020c) en undersökning kring hur den psykiska hälsan påverkats i landet. Resultaten från den visade att 40% av de tillfrågade ( $n = 1416$ ) har lättare psykiska besvär såsom nedstämdhet och ångest/oro. Det ligger i linje med resultaten från den stora folkhälsoenkäten från 2018 (Folkhälsomyndigheten, 2020a). En fjärdedel uttryckte stor oro för att en närstående ska bli allvarligt sjuk i Covid-19. Yngre personer oroade sig mer för hur pandemin ska påverka skola och arbete medan äldre personer oroade sig mer för att själva bli sjuka och över tillgången till vård.

En studie utförd i Sverige ( $n = 1212$ ) ungefär samtidigt som Folkhälsomyndighetens undersökning (2020c), visade att 30% uppfyllde kriterier för depression, drygt 24% för ångest



och 38% för insomningssvårigheter (McCracken et al., 2020). Faktorer som var positivt korrelerade var att ha en person i riskgrupp i hushållet, bo i en lägenhet i förorten, vara arbetslös, arbeta deltid, vara sjukskriven eller student, vara singel och ha en historia av tidigare mentala hälsoproblem. Tidigare mental ohälsa var den starkaste prediktorn. Faktorer som var negativt korrelerade var ålder, utbildning, inkomst, antalet småbarn i hemmet och självskattad generell hälsostatus. Att unga är mer drabbade tror McCracken et al. kan bero på att de oftast har sämre ekonomisk och social stabilitet och att de redan innan pandemin var en grupp som i större utsträckning var drabbad av psykisk ohälsa. En annan studie från Grekland ( $n = 1104$ ) visade på en liknande trend. Ångest hos universitetsstudenter ökade till följd av en Covid-19-relaterad nedstängning och drygt 12% upplevde svår depression samt drygt 13% upplevde kraftig ångest. Kvinnor påverkades mer än män och studenter som studerar tekniska ämnen samt mer teoretiska ämnen som litteratur och konst, påverkades mer än studenter som studerar hälsa och biologi (Patsali et al., 2020).

Det finns olika faktorer som påverkar hur psykisk ohälsa tar sig i uttryck, och individer har olika sårbarhet. Personlighet är en faktor som kan förklara varians i psykisk hälsa. Femfaktormodellen, som är en välkänd teori inom personlighetspsykologi, och dess relation till psykisk ohälsa har studerats. Rosellini och Brown (2011) har funnit att olika personlighetsdrag inom femfaktormodellen korrelerar med olika ångest- och depressionssyndrom.

## **Personlighet genom Femfaktormodellen**

American Psychological Association (u.å.-a) beskriver personlighet som individuella skillnader i olika karakteristiska mönster gällande beteende, känslor och tankesätt. Det existerar flera psykologiska teorier om personlighet. En validerad teori är femfaktormodellen (FFM), även känd som Big-Five teorin, som består utav faktorerna “extraversion”, “conscientiousness” (samvetsgrannhet), “openness” (öppenhet), “agreeableness” (vänlighet) och “neuroticism” (McCrae & Costa, 1987).

Psykologiska studier om personliga egenskaper är något som har intresserat forskare länge. Cattell (1943) reducerade Allport och Odberts (1936) lista över personliga egenskaper till ett kluster av termer som kan förklaras av en egenskap. Med hjälp av semantisk analys kunde 60 kluster identifieras som utgjorde personlighetsegenskaper. Dessa kluster innehöll termer som var synonyma med varandra och dessa parades sedan ihop med dess motsats för att få fram bipolära egenskaper, eller “traits”. Cattell kunde till slut finna 60 olika kluster

(1943), men han reducerade dessa senare till 35 variabler som stod för olika bipolära egenskaper (Cattell, 1945).

Dessa 35 variabler användes i en metaanalys av Tupes & Christal (1992) där de analyserade åtta olika studier och utförde en faktoranalys med hjälp av sambandsmatriser. Tupes & Christal fann fem faktorer som återkom genom de åtta olika studierna. Dessa faktorer var “surgency”, “agreeableness”, “dependability”, “emotional stability” och “culture”. “Surgency” identifieras oftast som extraversion och kännetecknas bl.a av att vara social, pratglad och energisk. “Agreeableness”, eller vänlighet, är en egenskap som kännetecknas av god natur, samarbetsvillighet och att ha omtanke för andra. “Dependability”, också känt som samvetsgrannhet (“conscientiousness”), kännetecknas av ansvar, konventionalitet och ordning. Emotionell stabilitet, eller det som blir motpolen till neuroticism, kännetecknas bl.a av att vara icke-neurotisk och lugn. “Culture”, eller kultur, är en faktor som Tupes & Christal (1992) menade var den minst tydliga faktorn av dessa fem. Den kännetecknas bl.a av att vara fantasirik, kultiverad och självständig. Den femte faktorn har också betraktats som “inquiring intelligence” istället för kultur (Fiske, 1949).

McCrae & Costa (1985) ansåg att faktorn “culture” var otydlig och ville utveckla FFM. De fann att en lämpligare modell för de fem faktorerna istället utgjordes av extraversion, samvetsgrannhet, vänlighet, neuroticism och öppenhet. “Culture” byttes alltså ut mot “öppenhet för nya erfarenheter” som används än idag. McCrae & Costa nämnde också Fiske som ansåg att faktorn kultur bör betraktas som intelligens, men McCrae & Costa ansåg att “openness” utgjorde en mer förklarande variant av den femte faktorn.

McCrae & Costa (1987) har validerat femfaktormodellen i en longitudinell studie där självrapportering och “peer-rating” (en eller flera närstående bedömer en) gjordes via NEO Personality Inventory och en “adjective-rating” skala med 80 items. Den sistnämnda utvecklades av Goldberg (1992) och innehåller 40 items som hänvisar till de fem faktorerna, där McCrae & Costa har kompletterat med ytterligare 40 items. FFM genererade de bästa resultaten utefter de tre analyserna som genomfördes av McCrae & Costa (1987).

Något som ibland problematiseras är universaliteten hos FFM, på grund av att de som främst undersöks inom beteendevetenskap är WEIRD. WEIRD är en engelsk akronym för “western, educated, industrialized, rich, democratic”. Att majoriteten av de som undersöks är WEIRD skapar problem för generaliserbarheten (Heinrich et al., 2010). I en studie av Gurven et al. (2013), undersöktes Tsimane-folket i Bolivia där de snarare fann mer stöd för en tvåfaktormodell (prosociala beteenden och flitighet). Detta indikerar att FFM inte är giltig i alla kontexter.

## Personlighet kopplat till psykisk ohälsa

Det har gjorts undersökningar av kopplingen mellan personlighet och psykopatologi och det verkar finnas samband mellan personlighet och internaliserade bekymmer såsom depression och ångest. Individer med "mixed anxiety-depressive disorder" (MADD) har visat på lägre extraversion och vänlighet, samt högre värden på neuroticism i jämförelse med en frisk population (Farnam et al., 2011).

Det finns studier som har visat på interaktionseffekter gällande relationen mellan faktorer och psykisk ohälsa. Merz och Roesch (2011) har funnit att kombinationer av olika faktorer har olika relationer till depression och ångest. Någon som t.ex har hög neuroticism, extraversion och öppenhet är mer känslig för ångest och depression i jämförelse mot någon som istället har hög extraversion, vänlighet och öppenhet och som visar på låg neuroticism. Detta tyder på att faktorerna interagerar med varandra i hur de predicerar psykisk ohälsa. Jourdy och Petot (2017) konstaterade att individer med depression skattade högre på neuroticism och lägre på extraversion samt samvetsgrannhet när det gällde faktorerna i sin helhet.

Relationer mellan depression och fasetterna hos personlighetsfaktorerna har också undersökts. Jourdy och Petot (2017) fann signifikanta relationer mellan depression och fasetter hos alla fem faktorer, där de utgick ifrån fasetter som etablerades av Costa och McCrae (1995). Fasetterna finns i Tabell 1.

### Tabell 1.

*Tabell över fasetter hos de fem personlighetsfaktorerna i Femfaktormodellen*

Extraversion	Vänlighet	Samvetsgrannhet	Neuroticism	Öppenhet
Tillgivenhet	Tillit	Duglighet	Ångest	Öppenhet för...
Sällskaplighet	Rättframhet	Samvetsgrannhet	Nedstämdhet	Fantasi
Självhävdelse	Osjälviskhet	Ordningsamhet	Irritationsbenägenhet	Estetik
Vitalitet	Blygsamhet	Prestationssträvan	Självosäkerhet	Tankar
Gladlynthet	Ömsinhet	Självdisciplin	Impulsivitet	Värderingar
Spänningssökande	Följsamhet	Eftertänksamhet	Stresskänslighet	Känslor Aktiviteter

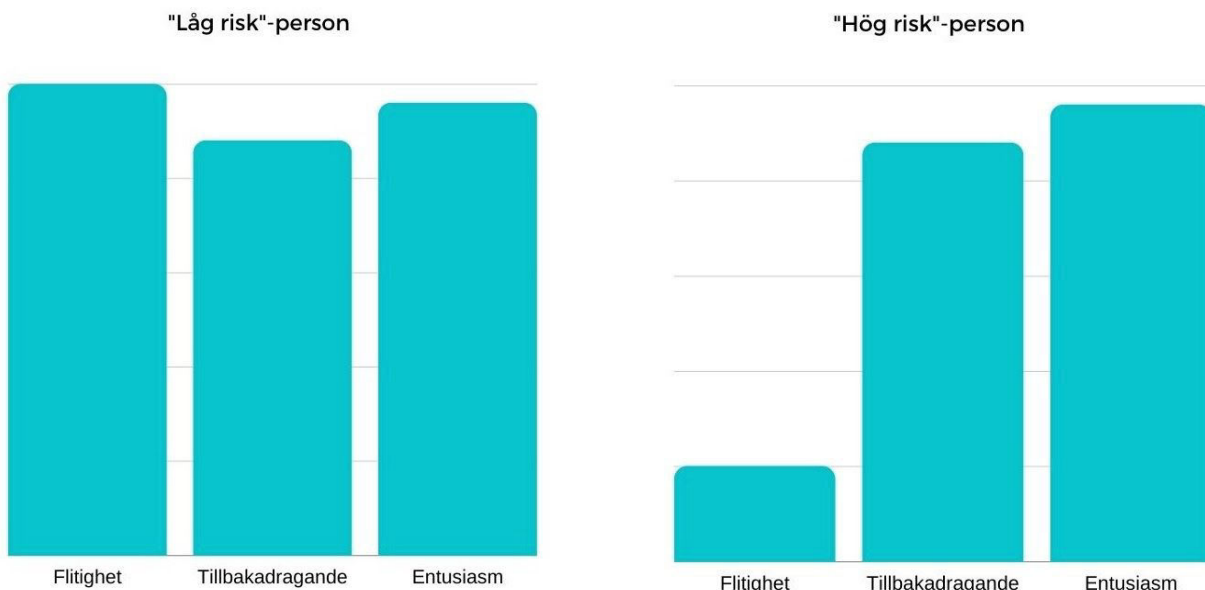
Not. Fasetter hos de fem faktorerna i femfaktormodellen som etablerades av Costa och McCrae (1995). Den svenska översättningen kommer från Bergman et al. (2014).

Det finns studier som har undersökt interaktioner mellan fasetterna, men utgått från alternativa versioner om vilka fasetter som utgör de fem faktorerna i FFM. Allen et al. (2018) utgick ifrån fasetter som har etablerats av DeYoung et al. (2007), som menade att varje faktor istället förklaras bäst av två fasetter. För neuroticism är fasetterna instabilitet och tillbakadragande, för vänlighet är det medkänsla och artighet, för extraversion är det entusiasm och självsäkerhet, för öppenhet (för erfarenheter) är det öppenhet och intellekt och slutligen för samvetsgrannhet är det flitighet och ordentlighet.

Allen et al. (2018) fann en trevägsinteraktion mellan fasetter hos neuroticism (att vara tillbakadragen), samvetsgrannhet (flitighet) och extraversion (entusiasm). Om två fasetter befann sig i högriskzonen, predicerades högre värden på depressiva tendenser oavsett om den tredje fasetten var lågrisk eller högrisk. Detta gällde för både friska individer och individer diagnostiserade med depression. Om två fasetter istället befann sig i lågriskzonen, var en skyddad från depressionssymtom oavsett om den tredje fasetten var lågrisk eller högrisk. Detta visualiseras i Figur 1.

**Figur 1.**

*Visualiseringsexempel för trevägsinteraktioner inom Femfaktormodellen*



*Not.* Detta är en visualisering och inte taget ur studien av Allen et al. (2018). Flitighet tillhör samvetsgrannhet, tillbakadragande tillhör neuroticism och entusiasm tillhör extraversion. Om två av

fasetterna befinner sig i lågrisk-zonen, är en "skyddad" från depressiva symtom. Om två av fasetterna istället befinner sig i högrisk-zonen, kommer en visa på fler depressiva symtom oavsett var en befinner sig på den tredje aspekten. I figuren illustreras detta genom skillnaden i flitighet mellan högrisk- och lågriskperson. Höga värden på entusiasm och flitighet och låga värden på tillbakadragenhet indikerar låg risk, medan låga värden på flitighet och entusiasm och höga värden på tillbakadragenhet indikerar högrisk.

Interaktionseffekter gällande på både faktornivå och på lägre nivå har påvisats vilket innebär att vid en analys är det viktigt att ha alla fasetter och faktorer i åtanke när psykisk ohälsa ska prediceras. Utifrån rådande forskningsläge framstår det således som viktigt att studera flera personlighetsvariabler samtidigt och dess interaktioner för att identifiera individer med högre risk för psykisk ohälsa.

Sammanfattningsvis verkar neuroticism, extraversion och samvetsgrannhet ha störst relation till depression och ångest (Salari et al., 2020). Deras metastudie ( $n = 1076-75229$  från 175 artiklar) visar starkast samband mellan neuroticism och psykopatologi ( $d = 1.65$ ) följt av samvetsgrannhet ( $d = 1.01$ ) och ett negativt samband med extraversion ( $d = 0.9$ ). Men det finns även olika studier som påvisar relationen mellan vänlighet, öppenhet, depression och ångest.

## **Personlighet kopplat till Covid-19-pandemin**

Det har publicerats studier under 2020 som har undersökt relationen mellan personlighet och psykisk ohälsa i samband med Covid-19. I en undersökning av Sutin et al. (2020) undersöktes förändringar i personlighetsfaktorer i relation till utbrottet av pandemin. Huruvida en befann sig i karantän eller inte modererade förändringar av faktorer som öppenhet, vänlighet, samvetsgrannhet och neuroticism. För de som befann sig i karantän, fanns det en ökad tendens mot depressiv affekt i jämförelse med dem som inte befann sig i karantän. De fann också att ångest som en fasett hos neuroticism hade minskat hos de som ej befann sig i karantän. Sutin et al. (2020) diskuterade om resultatet de fick gällande stress och ångest berodde på att individerna attribuerade deras ångest och stress till externa faktorer (pandemi) snarare än till deras personlighet.

Neuroticism och dess relation till hur en emotionellt har påverkats av pandemin, har undersökts av Kroencke et al. (2020). Neuroticism associerades med en högre nivå av negativ affekt under Covid-19 och predicerade denna negativa affekt även när flera andra variabler kontrollerades för. Dessa variabler inkluderade demografiska variabler (såsom kön, ålder, utbildning osv.), tidsrelaterade variabler (t.ex veckodag) och prediktorer om upplevda hot

mot hälsan (vara i karantän, ha symtom osv.). Individer med högre nivå av neuroticism var mer uppmärksamma på information relaterat till Covid-19 och de oroade sig mer över sin hälsa. Både oro över ens egen hälsa samt hur mycket en följde Covid-19- relaterad information korrelerade med negativ affekt. Detta bekräftades i en annan studie (Liu et al., 2021) där personlighet kopplat till uppfattat hot med Covid-19, stress under pandemin och förändringar i stress relaterat till innan pandemin undersöktes hos kanadensiska vuxna ( $n = 1055$ ). Högre neuroticism associerades med högre upplevt hot. Högre upplevt hot predicerade högre stressnivå under pandemin, samt en större ökning av stress relativt mot stress upplevd före pandemin.

Extraversion är generellt associerat med mindre risk att drabbas av psykisk ohälsa (Salari et al., 2020), men pandemin medför regler och rekommendationer som skapar social isolering. Social samhörighet är en signifikant förklarande faktor till extraversion och upplevt välmående (Lee et al., 2008). Detta kan möjligen begränsa extraversion som skyddande faktor för psykisk ohälsa under pandemin. Liu et al., (2021) bekräftade detta i sin studie där de såg att högre nivåer av extraversion var signifikant kopplat till högre stressnivåer under pandemin och en större ökning av stressnivåer än innan pandemin. Introverta har vanligen färre sociala interaktioner än extroverta (Danvers et al., 2020), och därmed kan restriktioner som fysisk och social distansering ha haft mindre påverkan på deras vanliga sociala beteenden (Liu et al., 2021). Extroverta individer är dock ofta mer flexibla i sitt sätt att söka sociala interaktioner vilket kan göra att de har enklare att söka socialt stöd vid försämrat psykiskt mående (Jia et al., 2015).

Liu et al. (2021) såg inget samband mellan samvetsgrannhet och upplevt hot med Covid-19. Däremot fanns ett signifikant samband mellan hög samvetsgrannhet och den egna upplevda förmågan att förebygga smitta, vilket visade sig i ett litet men signifikant negativt samband med stressnivå under pandemin. De spekulerade i att detta kan bero på att synen på Covid-19-situationen är annorlunda för människor med hög samvetsgrannhet, där de ser Covid-19 som en utmaning snarare än ett okontrollerbart hot.

## **Syfte och frågeställning**

Den psykiska ohälsan är ett problem på både individ- och samhällsnivå. Att må psykiskt dåligt är något som påverkar individen påtagligt likaväl som närstående. Den psykiska ohälsan, i synnerhet depression och olika former av ångest som är vanligt förekommande, påverkar också samhället i stort då en så stor andel lider av dessa former av psykisk ohälsa.

Dessutom påverkas samhället också i och med att en betydligt stor del prediceras ha problem med sin psykiska hälsa någon gång under sin livstid. Forskning visar på att Covid-19 har påverkat den allmänna befolkningen negativt gällande psykisk hälsa. Det tycks som att det är oro kopplat till pandemin, som har drivit på denna ökning. Samtidigt är Covid-19 fortfarande ett så pass nytt fenomen att omfattande forskning ännu inte har hunnit bedrivas. Vi vill därför bidra med kunskap om hur den psykiska ohälsan har påverkats i Sverige till följd av den pågående pandemin.

Viss forskning har bedrivits gällande relationen mellan personlighet och psykisk ohälsa till följd av pandemin. Liu et al. (2021) menade att det är viktigt att överväga personlighetsdrag när en försöker finna riskgrupper för psykisk ohälsa under pandemin. Det finns också forskning som pekar på att det finns riskgrupper som är mer drabbade gällande psykisk ohälsa, både generellt och under Covid-19 (McCracken et al., 2020).

Vårt syfte var att undersöka om människor i Sverige upplever en negativ påverkan på den mentala hälsan kopplat till pandemin, samt att undersöka bakomliggande riskfaktorer i personlighetsdrag som eventuellt påverkar detta. Vi ville också finna eventuella riskgrupper utöver personlighet. Då kan stöd och hjälp bättre riktas mot dem som behöver det. Vi vill bidra till en bättre förståelse för riskgrupper gällande mental ohälsa, i synnerhet i relation till Covid-19 som är ytterst aktuell på nationell (Folkhälsomyndigheten, u.å.) såväl som internationell nivå (WHO, 2020c). Med grund i tidigare relevant forskning utgår studien från följande hypoteser:

- Människor som tillhör grupper som redan tidigare var mer sårbara för psykisk ohälsa, som yngre, kvinnor, arbetslösa, sjukskrivna och singlar kommer rapportera mer psykisk ohälsa också under pandemin.
- Människor som ligger på en hög nivå i neuroticism kommer visa på fler ångest- och depressionssymtom. Människor med hög nivå av neuroticism upplever också mer oro och försämrad psykisk hälsa på grund av pandemin.
- Människor som har hög nivå av neuroticism, hög nivå extraversion och låg nivå av samvetsgrannhet rapporterar mer ångest- och depressionssymtom.

Utöver dessa hypoteser kommer vi också att genomföra explorativa analyser för att se om vi finner nya samband som inte har framkommit i tidigare forskning och som har relevans för att förstå sambandet mellan pandemin och psykisk ohälsa.

## Metod

Vi genomförde en tvärsnittsdesign där vi valde att administrera ut en webbenkät (se Bilaga). I början av enkäten fanns en informationsruta om vad studien gick ut på, vad för frågor deltagarna skulle svara på, instruktioner, information om etik, hur de kunde kontakta oss samt en hänvisning till Vårdguiden 1177. Vi informerade även om att de var tvungna att vara över 18 år och att de samtycker till att delta i studien genom att fullborda enkäten. Data samlades in helt anonymt.

### Design

Enkäten bestod av fyra sektioner:

1. Bakgrundsinformation - kön, åldersgrupp, relationsstatus, antal boende i hushåll och sysselsättning (arbetande/studerande)
2. Personlighet - International Personality Item Pools skala med 50 påståenden (IPIP-50) som är baserat på FFM
3. Psykisk ohälsa - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) som mäter ångest och depression
4. Covid-19-relaterade frågor - hur väl deltagarna har följt restriktionerna, hur deras mentala hälsa har påverkats av Covid-19 och vad de känner har varit svårast under pandemin

Alla frågor var obligatoriska vilket innebar att deltagarna inte kunde slutföra enkäten utan att ha svarat på alla frågorna. Enkäten tog cirka 5-10 minuter att fylla i.

### Deltagare/urval

Vårt urval bestod av svensktalande personer över 18 år. Vi sökte deltagare till enkäten via Facebook. Inom ett dygn hade cirka 180 svarat och efter en vecka hade vi 360 deltagare.

### Instrument

Personlighet enligt FFM mättes med IPIP-50. Det är en representation av Goldbergs (1992) markörer för femfaktormodellen och användes för att mäta personlighet enligt den beprövade FFM (International Personality Item Pool, 2019). IPIP-50 består av 50 items där tio items vardera mäter Extraversion, Neuroticism, Öppenhet, Vänlighet och Samvetsgrannhet, på en skala mellan 1-5 för varje item. Reliabilitet (baserat på svar från Eugene-Springfield Community Sample) för 50 items är  $r = .67$  och Cronbach's  $\alpha = .84$  (International Personality Item Pool, u.å.). I IPIP gjorde vi en mindre förändring. Vi ändrade påståendena till att vara "Jag"-satser för att tydliggöra för respondenterna att det var deras



personlighet som efterfrågades. Exempelvis: ett påstående som “Oroar mig över saker” ändrades till “Jag oroar mig över saker”.

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale, användes för att mäta den mentala hälsan (Carlbring, 2020; Zigmond & Snaith, 1983). HADS består av 14 items med två delskalor där sju av frågorna kopplas till ångestsymtom och sju kopplas till symtom på depression. Test - retest reliabilitet är  $r = .72$  (1.7 månader) och Cronbach's  $\alpha = .89 - .93$ . Totalpoäng på hela skalan kan variera mellan 0 och 42, för ångest 0-21 och för depression 0-21. Normvärden i Sverige är  $M = 8.53$  ( $SD = 6.54$ ) totalt, för depression  $M = 3.98$  ( $SD = 3.46$ ) och  $M = 4.55$  ( $SD = 3.73$ ) för ångest (Lisspers et al., 1997). Dessa normvärden har troligen höjts med tanke på vad som framkommit i Folkhälsomyndighetens undersökningar för psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2020e). Varje delskala poängsätts var för sig: 0-7 poäng är sannolikt ingen ångest/depression av klinisk betydelse, 8-10 poäng är gränsfall eller mild ångest/depression, 11-14 poäng är moderat ångest/depression och 15-21 poäng räknas som svår ångest/depression (Carlbring, 2020; Zigmond & Snaith, 1983).

Den sista delen var frågor om beteenden och stressfaktorer kopplat till den pågående pandemin. Detta utifrån antagandet att människor upplever olika grader av stress och olika stressfaktorer kopplat till pandemin och att det där kan finnas samband till deras mentala hälsotillstånd. Dessa frågor utvecklade vi själva med inspiration från Karolinska Institutets undersökning “Omtanke 2020” som undersöker psykisk och allmän hälsa i Sverige under Covid-19-pandemin (Karolinska institutet, 2020). När vi skulle konstruera frågorna, utgick vi ifrån Shaughnessy et al. (2015) som bl.a. skriver att påståenden i enkäter ska vara enkla och tydliga, de ska inte inkludera två frågor i ett påstående, nödvändig information ska presenteras innan frågan/påståendet och laddade frågor bör undvikas så gott det går. Vi undvek alltför laddade frågor om psykisk ohälsa på grund av den etiska problematik som kan uppstå, se mer under rubriken “Etik”. En viktig fråga för vår studie var frågan “Hur tycker du att din mentala hälsa har påverkats av pandemin?”. Svartalternativen graderades från skala 1-5, där 1 var “Min mentala hälsa har försämrats mycket” och 5 var “Min mentala hälsa har förbättrats mycket”. Denna fråga användes för att analysera upplevda förändringar i mental hälsa under pandemin.

## **Statistisk analys**

Data analyserades genom ett flertal regressionsanalyser, både bivariata och med multipla prediktorer, och ANOVA. Demografiska variabler, personlighet, psykisk ohälsa (HADS) och pandemispecifika frågor (hur väl en följt restriktioner samt hur ens mentala

hälsa har påverkats av pandemin) testades mot varandra. Vi testade först våra hypoteser och sedan genomförde vi en explorativ analys där vi testade olika kombinationer av variabler för att se om vi fann några viktiga samband som inte fångades i våra hypoteser. Vi har utgått ifrån konvention när det kommer till vilka  $p$ -värden som anses vara acceptabla. De hypoteser med  $p$ -värden  $>.05$  förkastade vi utefter denna konvention (Geert van den Berg, u.å.).

Multikollinearitet och närvaro av inflytelserika outliers kontrollerades vid varje regressionsanalys. Vid ANOVA/ANCOVA kontrollerade vi homoskedasticitet. Två analyser uppfyllde ej antagandet om homoskedasticitet och då genomfördes Kruskal-Wallis test. På grund av storleken på vårt urval ( $n = 360$ ) använde vi oss utav parametrisk statistik trots att antagandet om normalitet inte alltid var uppfyllt. Detta som en följd av Centrala Gränsvärdessatsen, eller “Central Limit Theorem” (American Psychological Association, u.å-b). Vid analys av effektstorlekar utgick vi från Cohen’s  $f$  vid ANOVA, Cohen’s  $f^2$  vid regression och Cohen’s  $d$  vid t-test (Cohen, 1988). Hur dessa mått ska tolkas visas i Tabell 2.

## Tabell 2.

*Mått av effektstorlek för ANOVA, regressionsanalys och T-test*

Effektstorlek	$f$	$\eta^2$
Liten	0.10	0.01
Moderat	0.25	0.06
Stor	0.40	0.14
	$f^2$	$R^2$
Liten	0.02	0.02
Moderat	0.15	0.13
Stor	0.35	0.26
	$d$	
Liten	0.20	

Effektstorlek	$d$
Moderat	0.50
Stor	0.80

*Not.* Index på effektstorlekar baserat på Cohen's  $f$  och vad dessa motsvarar i  $\eta^2$  och  $R^2$  (Cohen, 1988). Effektstorlek för ANOVA anges via  $\eta^2$  och vid regression är det  $R^2$ . Cohen's  $d$  för t-test inkluderas också.

## Etik

Deltagarna blev informerade om studiens syfte och att de när som helst kunde avbryta deltagandet utan konsekvenser. De blev också informerade om att deras svar var anonyma och de gav samtycke genom att fullborda enkäten. Deltagarna blev också informerade om att enbart vi skulle hantera inkommande data, alltså att ingen tredje part var inkluderad. I slutet av informationstexten hänvisade vi till Vårdguiden 1177 för rådgivning och stöd vid ohälsa.

I vår enkät samlade vi information om deltagarnas psykiska välmående vilket kan betraktas som känslig information. Denna information kunde dock inte spåras till specifika individer då vi inte frågade efter namn eller dylikt. På så vis har vi försökt att undvika de etiska problem som kan uppstå vid hantering av känslig information. Möjliga negativa konsekvenser av deltagandet kan uppstå när deltagare som mår väldigt dåligt psykiskt, ska besvara frågor eller påståenden om sitt psykiska mående och på så vis kan bli "påmind" eller på något vis "triggad". Vi försökte undvika sådana situationer genom att inte inkludera tunga frågor/påståenden om psykisk ohälsa, t.ex frågor om suicidförsök eller om en har haft tankar om suicid. Vi försökte inkludera påståenden som gemene person på något vis kan relatera till, t.ex "Jag bekymrar mig över saker" och "Allting känns trögt". En annan problematik som uppstår vid hantering av känsliga uppgifter är frågan om sekretess. Även om deltagarna var anonyma och deras svar inte kunde spåras till särskilda individer, är det fortfarande viktigt att bibehålla konfidentialiteten hos deltagarnas svar. Det var bara vi som hade tillgång till data och ingen tredje part var inkluderad i hantering av data.

## Resultat

### Deskriptiv information

Enkäten besvarades av 287 kvinnor, 69 män och 4 individer som identifierade sig som något annat, vilket utgör ett totalantal på 360 deltagare. Gällande de andra demografiska

variablerna var majoriteten 18-29 år (43.3%), singlar/skilda/änkor/änkemän (64.4%), boende i hushåll med tre eller fler (41.4%) och anställda på heltid/deltid (54.2%). Mer deskriptiv information om urvalet ses i Tabell 3 tillsammans med medelvärde och standardavvikelser för HADS-skalan. I frågan om hur den mentala hälsan har påverkats, har de flesta svarat "Min mentala hälsa har försämrats något" ( $n = 163$ , 45%) medan 38 respondenter (11%) svarade att "Min mentala hälsa har försämrats mycket". Av respondenterna låg 217 personer (60%) över gränsvärdet för ångest och 101 personer (28%) över gränsvärdet för depression. One-sample t-test genomfördes för att jämföra urvalets medelvärden i HADS mot de normvärden som publicerats 1997 (Lisspers et al., 1997). I jämförelse med dessa var medelvärdet signifikant högre hos våra respondenter på alla tre skalorna: ångest, depression och totalskala (se Tabell 4).

Främst HADS Total och Ångest visade på en stor skillnad med Cohen's  $d > .70$ , där respondenterna i den aktuella studien rapporterade väsentligen mer bekymmer än i normeringen av Lisspers et al. (1997).

**Tabell 3.**

*Deskriptiv information om urvalet och poäng på HADS-skalan*

Variabel	$n$	%	HADS	HADS	HADS
			Total	Ångest	Depression
			$M (SD)$	$M (SD)$	$M (SD)$
Totalt	360	100	14.7 (8.03)	<b>9.06 (4.63)</b>	5.59 (4.01)
Kön					
Kvinna	287	79.7	15.10 (8.05)	<b>9.39 (4.62)</b>	5.67 (4.04)
Man	69	19.2	13.00 (7.94)	7.67 (4.49)	5.32 (4.01)
Annat	4	1.1	14.80 (4.79)	<b>10.00 (3.16)</b>	4.75 (2.22)
Ålder					
18-29 år	156	43.3	<b>16.40 (7.94)</b>	<b>10.30 (4.50)</b>	6.08 (4.07)

Variabel	<i>n</i>	%	HADS Total <i>M(SD)</i>	HADS Ångest <i>M(SD)</i>	HADS Depression <i>M(SD)</i>
<b>Ålder</b>					
30-44 år	98	27.2	15.90 (7.86)	<b>9.68 (4.41)</b>	6.18 (4.10)
45-64 år	91	25.3	11.20 (6.77)	6.82 (3.94)	4.38 (3.43)
65-84 år	15	4.2	9.60 (9.11)	5.60 (4.93)	4.00 (4.49)
<b>Relationsstatus</b>					
Singel/änka/skild	128	35.6	<b>16.50 (7.82)</b>	<b>10.10 (4.51)</b>	6.36 (4.25)
Gift/sambo/fast relation	232	64.6	13.70 (8.11)	<b>8.49 (4.60)</b>	5.17 (3.82)
<b>Antal i hushåll</b>					
1	90	25	<b>16.20 (8.03)</b>	<b>9.96 (4.62)</b>	6.20 (4.22)
2	121	33.6	13.40 (8.37)	<b>8.37 (5.01)</b>	5.06 (3.84)
3 eller flera	149	41.4	14.80 (7.62)	<b>9.09 (4.23)</b>	5.66 (3.99)
<b>Sysselsättning</b>					
Anställd heltid/deltid	195	54.2	13.30 (7.70)	<b>8.34 (4.46)</b>	4.99 (3.76)
Anställd (permitterad)	2	0.6	4.50 (3.54)	2.50 (3.54)	2.00 (0)
Egen företagare	10	2.8	10.10 (3.14)	6.40 (3.24)	3.70 (1.57)
Studerande	90	25	<b>16.40 (7.31)</b>	<b>10.30 (4.22)</b>	6.04 (3.79)
Arbetsökande/arbetslös	17	4.7	<b>20.70 (7.74)</b>	<b>11.80 (4.01)</b>	<b>8.94 (4.29)</b>
Sjukpenning/ersättning	24	6.7	<b>19.40 (8.43)</b>	<b>11.40 (4.67)</b>	8.00 (4.96)
Övrigt	22	6.1	12.50 (9.49)	7.45 (5.59)	5.09 (4.32)

*Not.* HADS = “Hospital Anxiety and Depression Scale”. Total: *n* = 360. Åldersgruppen “>85 år” fanns som alternativ, men inga deltagare i urvalet var 85 år eller äldre, därför inkluderades gruppen

inte i tabellen. Skalan är upp till 42 poäng på HADS Total, där 21 poäng är maximalt för depression och 21 poäng är maximalt för ångest. Enskilt för HADS Ångest och HADS Depression gäller: 8-10 poäng klassificeras som gränsfall och kan vara indikation för ångest- eller depressionstillstånd, 11-14 poäng klassificeras som moderat ångest eller depression, och 15-21 poäng klassificeras som svår ångest eller depression. Under HADS Total markerades medelvärden över 16 poäng i fetstil. Under HADS Ångest och HADS Depression markeras medelvärden över 8 i fetstil för att tydliggöra de grupper som ligger ovanför gränsfallvärden.

#### **Tabell 4.**

*One sample t-test över HADS mot normvärden i Sverige*

HADS	<i>M (SD)</i>	Medelvärdesskillnad	<i>t(359)</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
Total	14.70 (8.03)	6.13	14.50	<.001	0.76
Ångest	9.06 (4.63)	4.51	18.50	<.001	0.98
Depression	5.59 (4.01)	1.61	7.63	<.001	0.40

*Not.* HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale. Medelvärden över HADS ( $n = 360$ ) jämfördes mot normvärden från studie ( $n = 624$ ) av Lisspers et al. (1997).

#### ***Hypotestestning***

Vi hade en hypotes om att människor som tillhör grupper som redan tidigare var mer sårbara för psykisk ohälsa, såsom yngre, kvinnor, singlar, arbetslösa och sjukskrivna, skulle rapportera mer psykisk ohälsa under pandemin. I Tabell 5 presenteras resultat baserat på åldersgrupp. Individer mellan 45-64 år rapporterade att deras psykiska hälsa inte hade påverkats lika negativt under pandemin i jämförelse med de yngre åldersgrupperna (Tabell 6). Samma relationer förelåg när ålder jämfördes mot HADS. Dessa relationer var signifikanta och visade på moderat effekt. HADS Ångest hade också en signifikant relation till ålder med moderat effekt. De yngre åldersgrupperna upplevde signifikant mer ångest än de äldre grupperna (Tabell 7). För HADS Depression och åldersgrupp var effekterna så små att signifikanta skillnader inte ansågs vara betydelsefulla.

**Tabell 5.**

*Envägsanalys av varians i HADS och förändringar i psykisk hälsa under Covid-19 utifrån åldersgrupp*

	18-29 år	30-44 år	45-64 år	65-84 år	<i>F</i> (3, 356)	$\eta^2$
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>		
HADS Total	16.40 (7.94)	15.90 (7.86)	11.20 (6.77)	9.60 (9.11)	11.70***	0.09
HADS Depression	6.08 (4.07)	6.18 (4.10)	4.38 (3.43)	4.00 (4.49)	5.20**	0.04
HADS Ångest	10.30 (4.50)	9.68 (4.41)	6.82 (3.94)	5.60 (4.93)	16.10***	0.12
Psykisk hälsa under Covid-19	2.27 (0.76)	2.39 (0.87)	2.77 (0.82)	2.47 (0.74)	7.58***	0.06

*Not.* Medelvärde och standardavvikelse för HADS Total, HADS uppdelat i HADS Depression och HADS Ångest och förändring i mental hälsa under Covid-19 utifrån åldersgrupp. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale.

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

**Tabell 6.**

*Posthoc-jämförelser i förändringar i psykisk hälsa under Covid-19 utifrån åldersgrupp*

	18-29	30-44	45-64	65-84
18-29	-	-0.12	<b>-0.50***</b>	-0.20
30-44		-	<b>-0.38**</b>	-0.08
45-64			-	0.30

	18-29	30-44	45-64	65-84
65-84				-

*Not.* Medelvårdesskillnader i förändrad psykisk hälsa under Covid-19 mellan åldersgrupper. Medelvärdet hos gruppen i raden jämförs mot medelvärdet hos gruppen i kolumnen, där ett mindre värde motsvarar en större försämring av mentala hälsan. De signifikanta skillnader med ett absolutbelopp  $>.50$  för Cohen's  $d$  markerades i fetstil.

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

### Tabell 7.

#### *Posthoc-jämförelser i HADS Ångest utifrån åldersgrupp*

	18-29 år	30-44 år	45-64 år	65-84 år
18-29 år	-	0.63	<b>3.49***</b>	<b>4.71***</b>
30-44 år		-	<b>2.86***</b>	<b>4.08**</b>
45-64 år			-	1.22
65-84 år				-

*Not.* Medelvårdesskillnader för HADS Ångest mellan åldersgrupper. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale. Medelvärdet hos gruppen i raden jämförs mot medelvärdet hos gruppen i kolumnen. De signifikanta skillnader med ett absolutbelopp  $>.50$  för Cohen's  $d$  markerades i fetstil.

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

Det fanns inga könsskillnader gällande HADS Total eller HADS Depression, men kvinnor rapporterade signifikant högre ångest än män,  $F(2,357) = 3.99$  (Tabell 8). Effekten var dock liten.



**Tabell 8.**

*Envägsanalys av varians i HADS och förändringar i psykisk hälsa under Covid-19 utifrån kön*

	Kvinna	Man	Annat	<i>F</i> (2, 357)	$\eta^2$
HADS Total	15.10 (8.05)	13.00 (7.94)	14.80 (4.79)	1.87	0.01
HADS Depression	5.67 (4.04)	5.32 (4.01)	4.75 (2.22)	0.30	<.01
HADS Ångest	9.39 (4.62)	7.67 (4.49)	10.00 (3.16)	3.99*	0.02
Psykisk hälsa under Covid-19	2.41 (0.79)	2.54 (0.93)	2.50 (1.29)	0.65	<.01

*Not.* Medelvärde och standardavvikelse inom parentes för HADS Total, HADS uppdelat i HADS Depression och HADS Ångest och förändring i mental hälsa under Covid-19 utifrån könsidentitet. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale.

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

Relationsstatus visade också på signifikanta skillnader gällande psykisk ohälsa (se Tabell 9). Singlar rapporterade högre poäng på HADS Total än de i en relation. Resultatet förändrades inte när vi åtskilde HADS Depression och HADS Ångest. Det var dock små effektstorlekar som vi fann vid analyserna.

**Tabell 9.**

*Envägsanalys av varians i HADS och förändringar i psykisk hälsa under Covid-19 utifrån relationsstatus*

	Singel	I relation	$F(1,358)$	$\eta^2$
	$M$	$M$		
HADS Total	16.50 (8.11)	13.70 (7.82)	10.40***	0.03
HADS Depression	6.36 (4.25)	5.17 (3.82)	7.34**	0.02
HADS Ångest	10.10 (4.51)	8.49 (4.60)	10.40*	0.03
Psykisk hälsa under Covid-19	2.29 (0.82)	2.52 (0.82)	6.40*	0.02

*Not.* Medelvärde och standardavvikelse för HADS Total, HADS uppdelat i HADS Depression och HADS Ångest och förändring i mental hälsa under Covid-19 utifrån relationsstatus. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale.

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

Gällande arbetslösa och sjukskrivna som riskgrupp, visade sig sysselsättning vara en signifikant faktor för HADS,  $F(6,353) = 6.44$ , se Tabell 10. De som var arbetslösa eller sjukskrivna hade signifikant högre värden på HADS (både ångest och depression) än andra grupper. I Tabell 11 finns jämförelser mellan de olika grupperna gällande HADS Total. Enda relationen som var signifikant gällande sysselsättning och mental hälsa under pandemin var att egenföretagare upplevde sig själva må bättre än de med sjukpenning/ersättning. Anställda på heltid/deltid visade färre symtom på depression och ångest än arbetslösa och sjukskrivna, men även mindre ångest än studenter. Egenföretagare visade på mindre ångest än sjukskrivna och arbetslösa. Dessa jämförelser i en post-hoc-analys visade på Cohen's  $d > .69$ , förutom en analys som gav  $d = .45$  (anställda på heltid/deltid samt studerande gällande ångest).

**Tabell 10.**

*Envägsanalys av varians i HADS och förändringar i psykisk hälsa under Covid-19 utifrån sysselsättning*

	Anställd heltid/ deltid	Anställd (permitterad)	Arbets- lös	Egen företag- are	Sjuk- penning/ ersättning	Stude- rande	Övrigt	<i>F</i> (6, 353)	$\eta^2$
HADS Total	13.30 (7.70)	4.50 (3.54)	20.70 (7.74)	10.10 (3.14)	19.40 (8.43)	16.40 (7.31)	12.50 (9.49)	6.44***	0.10
HADS Depression	4.99 (3.76)	2.00 (0)	8.94 (4.29)	3.70 (1.57)	8.00 (4.96)	6.04 (3.79)	5.09 (4.32)	5.40***	0.08
HADS Ångest	8.34 (4.46)	2.50 (3.54)	11.80 (4.01)	6.40 (3.24)	11.40 (4.67)	10.30 (4.22)	7.45 (5.59)	6.04***	0.09
Psykisk hälsa under Covid-19	2.52 (0.84)	3.50 (0.71)	2.12 (0.78)	3.00 (0.67)	2.08 (0.83)	2.31 (0.74)	2.45 (0.86)	3.31**	0.05

*Not.* Medelvärde och standardavvikelse inom parentes för HADS Total, HADS uppdelat i HADS Depression och HADS Ångest och förändring i mental hälsa under Covid-19 utifrån sysselsättning. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale.

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

**Tabell 11.**

*Posthoc-jämförelser i HADS Total för sysselsättning*

	Anställd (permitterad)	Anställd heltid/ deltid	Arbets- lös	Egen företag- are	Sjuk- penning/ ersättning	Studera- nde	Övrigt
Anställd (permitterad)	-	-8.83	-16.21	-5.60	-14.92	-11.87	-8.05

	Anställd (permit- terad)	Anställd heltid/ deltid	Arbets- lös	Egen företag- are	Sjuk- penning/ ersättning	Studera- nde	Övrigt
Anställd heltid/ deltid		-	<b>-7.37**</b>	3.23	<b>-6.08**</b>	-3.03*	0.79
Arbetslös			-	<b>10.61*</b>	1.29	4.34	<b>8.16*</b>
Egen företagare				-	<b>-9.32*</b>	-6.27	-2.45
Sjukpenning/ ersättning					-	3.05	<b>6.87*</b>
Studerande						-	3.82
Övrigt							-

*Not.* Medelvårdesskillnader för HADS Total mellan grupper utifrån sysselsättning. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale. De signifikanta skillnader med ett absolutbelopp >.50 för Cohen's *d* markerades i fetstil. Medelvärdet hos gruppen i raden jämförs mot medelvärdet hos gruppen i kolumnen.

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

I test för att se hur personlighetsfaktorerna tillsammans predicerade psykisk ohälsa (HADS), var öppenhet och neuroticism signifikanta prediktorer,  $F(5,354) = 63.1$ ,  $p < .001$ ,  $_{adj}R^2 = 0.46$ . Hypotesen om att människor med hög nivå av neuroticism kommer skatta högre på HADS-skalan, samt att de upplever mer oro och försämrad psykisk hälsa under pandemin, stämde (se Tabell 12 och Tabell 13). När HADS Total testades mot neuroticism, visade det sig att ju mer neurotisk en är, desto mer poäng på HADS-skalan,  $F(1,358) = 284$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = 0.44$ . Samma gäller hur ens mentala hälsa har förändrats under pandemin. Ju mer neurotisk en är, desto mer har ens mentala hälsa försämrats under pandemin,  $F(1,358) = 38.50$ ,  $p < .001$ ,  $R^2 = 0.10$ . Effekten är dock liten,  $f^2 = 0.11$ .

**Tabell 12.**

*Regressionsanalys med olika modeller för hur femfaktormodellen predicerar hur den psykiska hälsan förändrats under Covid-19*

Prediktor- variabler	Modell 1. Alla	Modell 2. Extraver- sion	Modell 3. Neuroti- cism <sup>a</sup>	Modell 4. Samvets- grannhet	Modell 5. Vänlighet	Modell 6. Öppenhet
Extraversion	-0.12* (0.05)	-0.02 (0.05)				
Neuroticism <sup>a</sup>	0.32 *** (0.05)		0.30*** (0.05)			
Samvetsgrannhet	-0.07 (0.07)			0.04 (0.06)		
Vänlighet	-0.01 (0.08)				-0.05 (0.07)	
Öppenhet	0.23** (0.07)					0.16* (0.07)
Intercept	1.28*** (0.36)	2.49 (0.18)	1.56*** (0.15)	2.28 (0.23)	2.62 (0.29)	1.85*** (0.25)
<i>N</i>	360	360	360	360	360	360
<i>R</i> <sup>2</sup>	0.13	<.01	0.10	<.01	<.01	0.02

*Not.* Tabell över modeller av multipla och bivariata regressionsanalyser, för hur femfaktormodellen med samtliga faktorer tillsammans jämfört med varje faktor enskilt, predicerar den mentala hälsan under Covid-19. I tabellen syns icke-standardiserade regressionskoefficienter, standardfel inom parentes.

<sup>a</sup> Neuroticism mäts i form av emotionell stabilitet vilket betyder att högre poäng betyder lägre nivå av neuroticism.

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

**Tabell 13.**

*Regressionsanalys med olika modeller för hur femfaktormodellen predicerar antal poäng på HADS Total*

Prediktor- variabler	Modell 1. Alla	Modell 2. Extraversi- on	Modell 3. Neurotic- ism <sup>a</sup>	Modell 4. Samvets- grannhet	Modell 5. Vänlighet	Modell 6. Öppenhet
Extraversion	-0.74 (0.42)	-2.15*** (0.51)				
Neuroticism <sup>a</sup>	-6.04 *** (0.38)		-6.11*** (0.36)			
Samvetsgrannhet	-0.25 (0.50)			-2.17*** (0.61)		
Vänlighet	-0.41 (0.60)				0.06 (0.68)	
Öppenhet	-1.32* (0.55)					-1.70** (0.65)
Intercept	42.59*** (2.72)	21.68*** (1.73)	32.91*** (1.13)	22.35*** (2.20)	14.40*** (2.78)	21.04*** (2.47)
<i>N</i>	360	360	360	360	360	360
<i>R</i> <sup>2</sup>	0.47	0.05	0.44	0.03	<.01	0.02

*Not.* Tabell över modeller av multipla och bivariata regressionsanalyser, för hur femfaktormodellen med samtliga faktorer tillsammans jämfört med varje faktor enskilt, predicerar poäng på HADS Total. HADS står för "Hospital Anxiety and Depression Scale". I tabellen syns icke-standardiserade regressionskoefficienter, standardfel inom parentes.

<sup>a</sup> Neuroticism mäts i form av emotionell stabilitet vilket betyder att högre poäng betyder lägre nivå av neuroticism.

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

Vi predicerade att samvetsgrannhet, neuroticism och extraversion skulle vara prediktorer för HADS Total, men denna hypotes förkastades då sambandet inte var signifikant i vårt urval (se Tabell 14).

**Tabell 14.**

*Regressionstabell över Femfaktormodellen och dess relation till psykisk ohälsa samt pandemirelaterad psykisk hälsa*

Personlighetsfaktor	<i>b</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>adjR</i> <sup>2</sup>
Psykisk hälsa under Covid-19						0.12
Neuroticism <sup>a</sup>	0.32	0.05	0.34	6.41	<.001	
Extraversion	-0.12	0.05	-0.11	-2.12	<b>0.04</b>	
Samvetsgrannhet	-0.07	0.07	-0.06	-1.06	0.29	
Öppenhet	0.23	0.07	0.18	3.18	<.01	
Vänlighet	-0.01	0.08	-0.01	-0.16	0.87	
HADS Total						0.46
Neuroticism <sup>a</sup>	-6.04	0.38	-0.66	-15.86	<.001	
Extraversion	-0.74	0.42	-0.07	-1.78	0.08	
Samvetsgrannhet	-0.25	0.50	-0.02	-0.49	0.62	
Öppenhet	-1.32	0.55	-0.11	-2.38	<b>0.02</b>	
Vänlighet	-0.41	0.60	-0.03	-0.67	0.50	

Personlighetsfaktor	<i>b</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	$adjR^2$
HADS						0.35
Depression						
Neuroticism <sup>a</sup>	-2.51	0.21	-0.55	-11.94	<b>&lt;.001</b>	
Extraversion	-0.57	0.23	-0.11	-2.48	<b>0.01</b>	
Samvetsgrannhet	-0.07	0.28	-0.01	-0.24	0.81	
Öppenhet	-0.69	0.31	-0.11	-2.25	<b>0.03</b>	
Vänlighet	-0.43	0.33	-0.07	-1.27	0.20	
HADS						0.46
Ångest						
Neuroticism <sup>a</sup>	-3.53	0.22	-0.67	-16.02	<b>&lt;.001</b>	
Extraversion	-0.17	0.24	-0.03	-0.70	0.48	
Samvetsgrannhet	-0.18	0.29	-0.03	-0.62	0.54	
Öppenhet	-0.63	0.32	-0.09	-1.97	<b>0.05</b>	
Vänlighet	0.02	0.35	<.01	0.05	0.96	

*Not.* Regressionstabell över den multivariata relationen mellan personlighetsfaktorerna inom femfaktormodellen och den psykiska hälsan under Covid-19 och HADS. HADS står för "Hospital Anxiety and Depression Scale". Effektstorlek för hela modellen anges i  $R^2$  adjusted. I tabellen syns både icke-standardiserade regressionskoefficienter (*b* och *SE*) och standardiserade ( $\beta$ ). De *p*-värden som är statistiskt signifikanta (<.05) är markerade i fetstil.

<sup>a</sup> Neuroticism mäts i form av emotionell stabilitet vilket betyder att högre poäng betyder lägre nivå av neuroticism.

### ***Explorativ analys***

I samband med hypotestestningen, testades relationen mellan personlighet och hur den mentala hälsan har påverkats under pandemin. Det visade sig finnas ett signifikant samband mellan personlighet och mental hälsa relaterat till Covid-19,  $F(5,354) = 10.5$ ,  $p < .001$ ,  $adjR^2 =$



0.12. När faktorerna testades tillsammans, var öppenhet, neuroticism och extraversion signifikanta prediktorer (se Tabell 14). Effektstorleken när hela FFM analyserades, visade på moderat effektstorlek (Cohen's  $f^2 = 0.15$ ). När de testades var för sig, var det dock endast neuroticism och öppenhet som fortfarande var signifikanta prediktorer (se Tabell 12). Effektstorlek för både neuroticism och öppenhet var små.

Gällande extraversion fann vi att introverta individer hade högre poäng på HADS-skalan,  $F(1,358) = 17.50, p < .001, R^2 = 0.05$ . Extraversion var dock inte en signifikant prediktor för HADS Total när den testades tillsammans med de andra personlighetsfaktorerna (se Tabell 14). Extraversion skiftade alltså i signifikans beroende på om den testades enskilt eller tillsammans med de andra faktorerna inom FFM (se Tabell 13). Samma sak uppstod när extraversion testades mot hur den mentala hälsan har påverkats under pandemin. Extraversion var då signifikant vid multivariat analys, men inte längre vid bivariat analys. Effekterna var små i de fall där relationen var signifikant.

I och med att extraversion genererade olika resultat gällande signifikans när den testades enskilt och multipelt mot HADS Total och psykisk hälsa under Covid-19, genomförde vi regressionsanalyser på övriga faktorer utöver extraversion och neuroticism för att se hur resultaten skilde sig huruvida varje faktor analyserades var för sig eller tillsammans med hela FFM. Öppenhet var en signifikant prediktor för både HADS Total och mental hälsa under Covid-19 när den analyserades i en multipel regression. Enskilt var öppenhet en prediktor för HADS Total,  $F(1,358) = 6.86$ , och Covid-19-relaterad mental hälsa,  $F(1,358) = 5.53$ . Samvetsgrannhet var en enskild prediktor för HADS Total,  $F(1,358) = 12.6$ , men inte när den analyserades med hela FFM. Se Tabell 12 och Tabell 13 för mer information. Effektstorleken för samtliga analyser var dock små vilket tyder på mindre betydelsefulla relationer.

Hur personlighet predicerar depression (HADS), visade det sig att neuroticism, extraversion och öppenhet var signifikanta prediktorer,  $F(5, 354) = 39.0, p < .001, \text{adj}R^2 = 0.36$  (se Tabell 15). Ju lägre nivå av extraversion och öppenhet och ju mer neurotisk en var predicerade högre poäng på HADS Depression. För ångest (HADS),  $F(5,354) = 62.0, p < .001, \text{adj}R^2 = 0.46$ , var endast neuroticism och öppenhet signifikanta, då hög nivå av neuroticism och låg nivå av öppenhet predicerade högre poäng på HADS Ångest (se Tabell 16). Dock visade sig extraversion vara signifikant när det analyserades som enskild faktor, men öppenhet var inte signifikant i enskild analys. I Tabell 14 finns specifika resultat för varje faktor vid en multivariat analys.

**Tabell 15.***Regressionsanalys med olika modeller för hur FFM predicerar poäng på HADS Depression*

Prediktor- variabler	Modell 1. Alla	Modell 2. Extraver- sion	Modell 3. Neuroti- cism <sup>a</sup>	Modell 4. Samvets- grannhet	Modell 5. Vänlighet	Modell 6. Öppenhet
Extraversion	-0.57* (0.23)	-1.24*** (0.25)				
Neuroticism <sup>a</sup>	-2.51 *** (0.21)		-2.54*** (0.20)			
Samvetsgrannhet	-0.07 (0.28)			-1.01*** (0.31)		
Vänlighet	-0.42 (0.33)				-0.37 (0.34)	
Öppenhet	-0.69* (0.31)					-1.04*** (0.32)
Intercept	19.50*** (1.50)	9.64*** (0.86)	13.18*** (0.63)	9.17*** (1.10)	7.11*** (1.39)	9.52*** (1.23)
<i>N</i>	360	360	360	360	360	360
<i>R</i> <sup>2</sup>	0.36	0.06	0.31	0.03	<.01	0.03

*Not.* Tabell över modeller av multipla och bivariata regressionsanalyser, för hur FFM med samtliga faktorer tillsammans jämfört med varje faktor enskilt, predicerar poäng på HADS Depression. HADS står för "Hospital Anxiety and Depression Scale", där hälften av skattningarna rör depressionssymtom. I tabellen syns icke-standardiserade regressionskoefficienter, standardavvikelser inom parentes.

<sup>a</sup> Neuroticism mäts i form av emotionell stabilitet vilket betyder att högre poäng betyder lägre nivå av neuroticism.

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

**Tabell 16.***Regressionsanalys med olika modeller för hur FFM predicerar poäng på HADS Ångest*

Prediktor- variabler	Modell 1. Alla	Modell 2. Extravers- ion	Modell 3. Neurotic- ism <sup>a</sup>	Modell 4. Samvets- grannhet	Modell 5. Vänlighet	Modell 6. Öppenhet
Extraversion	-0.17 (0.24)	-0.91** (0.30)				
Neuroticism <sup>a</sup>	-3.53 *** (0.22)		-3.57*** (0.21)			
Samvetsgrannhet	-0.18 (0.29)			-1.16*** (0.35)		
Vänlighet	0.02 (0.35)				0.44 (0.39)	
Öppenhet	-0.63* (0.32)					-0.65 (0.38)
Intercept	23.09*** (1.58)	12.03*** (1.01)	19.73*** (0.64)	13.18*** (1.27)	7.29*** (1.60)	11.52*** (1.43)
<i>N</i>	360	360	360	360	360	360
<i>R</i> <sup>2</sup>	0.47	0.03	0.46	0.03	<.01	<.01

*Not.* Tabell över modeller av multipla och bivariata regressionsanalyser, för hur FFM med samtliga faktorer tillsammans jämfört med varje faktor enskilt, predicerar poäng på HADS Ångest. HADS står för "Hospital Anxiety and Depression Scale", där hälften av skattningarna rör ångestsymtom. I tabellen syns icke-standardiserade regressionskoefficienter, standardavvikelser inom parentes.

<sup>a</sup> Neuroticism mäts i form av emotionell stabilitet vilket betyder att högre poäng betyder lägre nivå av neuroticism.

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

Vi undersökte om de som lever ensamma är mer drabbade gällande psykisk ohälsa med tanke på social isolering under pandemin. Antal individer i hushåll visade på en signifikant relation med HADS Total (se Tabell 17). I en post-hoc-analys visade det sig att individer som bor ensamma har signifikant sämre psykisk hälsa än de som bor i hushåll med en annan. Vid en uppdelad analys av HADS fanns inga signifikanta skillnader gällande depression, men en signifikant skillnad i nivå av ångest vid ett Kruskal-Wallis test,  $\chi^2 = 6.57$ ,  $p = 0.05$ ,  $df = 2$ ,  $\epsilon^2 = 0.02$ , där de som bor ensamma rapporterade mer ångest än de som bor i hushåll med två. Signifikanta relationer återfanns ej i jämförelser mot hushåll med tre eller flera. I de fall där relationen var signifikant, var dock effektstorleken liten.

**Tabell 17.**

*Envägsanalys av varians i HADS och förändringar i psykisk hälsa under Covid-19 utifrån hushåll*

Variabel	Hushåll med 1 person	Hushåll med 2 personer	Hushåll med 3 eller flera	$F(2,357)$	$\eta^2$
HADS Total	16.20 (8.03)	13.40 (8.37)	14.80 (7.62)	3.03*	0.02
HADS Depression	6.20 (4.22)	5.06 (3.84)	5.66 (3.99)	2.14	0.01
HADS Ångest	9.96 (4.62)	8.37 (5.01)	9.09 (4.23)	3.06*	0.02
Psykisk hälsa under Covid-19	2.18 (0.79)	2.50 (0.79)	2.54 (0.85)	6.10**	0.03

*Not.* Medelvärde och standardavvikelse inom parentes för HADS Total, HADS uppdelat i HADS Depression och HADS Ångest, förändring i mental hälsa under Covid-19 och hur väl en följer råd/restriktioner utifrån antal personer i hushållet. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale.

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

Gällande hur väl en följer Folkhälsomyndighetens råd och restriktioner, fann vi att de enda signifikanta relationerna var mellan råd/restriktioner och vänlighet, HADS Ångest, samt hur den mentala hälsan har påverkats under pandemin. För dessa analyser var  $p \leq 0.05$ . Effektstorleken var mycket liten vid alla dessa analyser ( $R^2$  eller  $_{adj}R^2 \leq 0.01$ ). När råd/restriktioner analyserades mot andra variabler blev det ej signifikant.

Drygt 63 % av de som arbetade eller studerade angav att de gjorde det delvis eller helt och hållet hemifrån vid undersökningstillfället. Denna grupp skilde sig dock inte från de som gick till arbetsplatsen/skolan som vanligt, gällande psykisk hälsa.

I sista frågan i enkäten fick deltagarna svara på vad de tycker har varit svårast under pandemin. Ett flertal alternativ presenterades och deltagarna blev instruerade att välja max tre alternativ. De tre saker som deltagarna tyckte var svårast för dem under pandemin var oro över att en själv eller närstående ska bli smittade, att inte kunna träffa vänner och familj i samma utsträckning och oro för framtiden. Det var dock flera som valde fler än tre alternativ ( $n = 44$ ) och dessa valde vi att betrakta som ogiltiga svar. När vi eliminerade dessa ändrade det dock inte på vilka tre svarsalternativ som förekom mest frekvent. Frekvens för varje alternativ både innan och efter att ha eliminerat de ogiltiga svaren kan observeras i Tabell 18.

### Tabell 18.

*Frekvenstabell över vad deltagarna anser har varit svårast för dem under pandemin*

Vad har varit svårast under pandemin?	Antal svar
	$n = 316$
Att inte kunna träffa vänner och familj	192
Oro över att bli smittad eller att närstående smittas	151
Oro för framtiden	90
Att fritidsaktiviteter och semestrar blir inställda	71
Att inte kunna resa fritt	68
Att inte kunna sköta arbete/studier som tidigare	65

Vad har varit svårast under pandemin?	Antal svar
Att vara tvingad till att sköta arbete trots risk för smitta	38
Att behöva stanna hemma vid minsta symtom	37
Arbetsbelastningen har ökat	32
Påverkan på privatekonomi	32
Att konserter och evenemang blir inställda	29
Rädsla över att bli arbetslös	25
Att inte kunna gå på restauranger, barer och diskotek	22
Relationen med partner och/eller nära vänner har försämrats	14
Att inte kunna sköta inköp som vanligt	9
Påverkan på kollektivtrafik och trafik	7

*Not.* Deltagarna blev instruerade att välja max tre alternativ över vad de anser har varit svårast för dem under Covid-19.

## Diskussion

### Sammanfattning

Majoriteten av deltagarna i denna studie rapporterade att deras mentala hälsa har försämrats något eller mycket sedan pandemins utbrott. Mer än hälften (60.3%) uppgav förhöjda symtom på ångest (HADS Ångest  $\geq 8$ ) och 28% låg över gränsvärdet för depression. Respondenternas nivå av ångest och depression kan jämföras med undersökningen av McCracken et al. (2020) som rapporterade att 24% uppfyllde kriterier för ångest och 30% för depression, och Folkhälsomyndighetens (2020a) enkät från maj där 40% upplevde en nedsatt psykisk hälsa i form av oro och nedstämdhet. Den psykiska ohälsan, både i sin helhet men också uppdelad i ångest respektive depression, var påtagligt högre i jämförelse med normvärden från Lisspers et al. undersökning i Sverige 1997. Dock är den jämförelsen osäker då vi i vår undersökning hade många unga kvinnor, vilket är en grupp där förekomst av psykisk ohälsa är hög, medan Lisspers et al. fokuserade på individer i

åldersgruppen 30-59 år med en jämn könsfördelning. Den psykiska ohälsan kan också ha försämrats utan att det nödvändigtvis har en koppling till pandemin, även om majoriteten av respondenterna upplevde att det var så. Oavsett om pandemin orsakat en faktisk ökning eller inte i jämförelse med samtida medelvärden innan pandemin, anser vi att det är värt att ta på allvar att en stor andel upplever sig ha ett försämrat psykisk mående på grund av pandemin, särskilt relaterat till oro och ångest.

De främsta riskgrupperna vi fann kopplat till ångest, depression och Covid-19-relaterad mental hälsa, är personer som har en hög nivå av neuroticism, åldersgruppen 18-29-år, arbetssökande/arbetslösa och de som är sjukskrivna. Identifieringen av dessa riskgrupper stämmer överens med McCrackens et al. (2020) studie där de bland annat fann att vara arbetslös, sjukskriven eller singel predicerade sämre mental hälsa och yngre åldersgrupper mådde sämre än äldre åldersgrupper. Dessa grupper har en större sårbarhet för att drabbas av psykisk ohälsa redan innan pandemin om vi ser till Folkhälsomyndighetens folkhälsodata (2020a). Identifieringen av hög neuroticism som en riskfaktor stämmer också överens med tidigare forskning (Kroencke et al., 2020; Liu et al., 2021; Jourdy & Petot, 2017). De som drabbas värst psykiskt av pandemin verkar alltså vara de som redan befinner sig i riskgrupp för psykisk ohälsa generellt. Relationsstatus, hur många som bor i hushållet och öppenhet var också signifikanta faktorer, men visade på små effekter, så dessa relationer är antagligen mindre betydelsefulla.

Många ansåg att det svåraste med pandemin var oro. I synnerhet oro kopplat till smitta, anhöriga eller framtiden, vilket säkerligen speglar den oro som respondenterna upplever i form av hög ångest och försämrad mental hälsa. Detta stämmer överens med en undersökning av McCarthy (2020) där det rapporterades att många oroar sig över smitta (74%). Även om deras undersökning gjordes i en amerikansk kontext, så menar vi att just oro för smitta tycks ha drabbat många i befolkningen oberoende av nationella skillnader.

## **Resultatdiskussion**

Respondenter med sjukpenning/ersättning visade sig vara en av de identifierade riskgrupperna grupp då de, i jämförelse med andra grupper, hade högre skattning av både ångest och depression och i större utsträckning ansåg att deras mentala hälsa har försämrats i och med pandemin. Detta samband kan ha flera förklaringar. Individer som är sjukskrivna till följd av fysisk sjukdom kan påverkas mer på grund av att deras sjukdom eventuellt placerar dem i riskgrupp för Covid-19. Det kan finnas de som är sjukskrivna på grund av psykisk sjukdom, vilket kan förklara relationen mellan dessa individer och deras höga poäng i ångest

och depression. En ekonomisk oro kan också påverka sjukskrivna mer än andra grupper. Sjukskrivna visar sig i tidigare forskning vara en högriskgrupp för psykisk ohälsa så pandemins påverkan i detta fall är svår att analysera (Akhavan et al., 2004; Lidwall et al., 2018; Folkhälsomyndigheten, 2020a), och pandemins unika bidrag till detta går inte att belysa i en tvärsnittsstudie som vår.

Studenter upplevde främst en hög nivå av ångest. Ångest brukar ibland förenklat beskrivas som oro inför en okänd framtid (Öst, 2006) och studenternas benägenhet till högre skattning av ångest kan möjligen handla om studenter som snart ska ut i arbetslivet efter avslutade studier. De flesta studenter tillhör den yngre åldersgruppen och kanske oroar sig för huruvida de ska få ett jobb och därav också oroar sig över sin ekonomi och framtid. Åldersgruppen 18-29-åringar är en grupp som möjligen lever ett mindre stabilt liv än äldre åldersgrupper. De hade högst medelvärde för HADS Total i jämförelse mot de andra åldersgrupperna, samt visade på en signifikant relation till HADS Ångest. Äldre har oftast ett stabilt jobb som fungerar som en sysselsättning, och därmed en inkomst som (oftast) bidrar till ekonomisk stabilitet. Äldre lever oftast i mer stabila relationer, kanske med barn i hushållet vilket gör att de inte bor ensamma. Detta kan kopplas tillbaka till studien av McCracken et al. (2020) som menade just att brist på social och ekonomisk stabilitet kan vara bidragande faktorer till att unga är mer drabbade för psykisk ohälsa. Tidigare forskning visar konsekvent att förekomsten av psykisk ohälsa minskar med åldern (Kessler et al., 2010). En teori är att det beror på att äldre i större utsträckning har lärt sig att hantera problematiska situationer genom acceptans och anpassning istället för att försöka förändra situationen. De har också oftast fler strategier för att undvika stressande situationer och därmed minska negativa emotionella effekter (Charles & Carstensen, 2008).

Oron för framtiden kan vara en orsak att så stor andel arbetslösa upplever ångestproblem. Att inte ha ett jobb eller annan form av inkomstkälla kan skapa stor oro gällande ekonomi, bidra till ett minskat socialt nätverk och kan vara ett hinder för att nå personliga mål (Price et al., 1998). Det kan finnas färre arbetsmöjligheter då arbetsgivare inte anställer lika mycket och fler arbetslösa innebär mer konkurrens på arbetsmarknaden. Detta kan bidra till mer ångest.

Liksom i tidigare forskning fann vi att vissa människor är mer benägna till oro än andra (Jourdy & Petot, 2017; Kroencke et al., 2020; Liu et al., 2021). Individer som skattade sig högre på neuroticism visade på mer depression/ångest samt att deras mentala hälsa har försämrats under Covid-19. Att neuroticism skulle vara kopplat till psykisk ohälsa, särskilt depression och ångest är inte oväntat då ångest och depression också betraktas som fasetter



hos neuroticism (Costa & McCrae, 1995). Vissa items i IPIP som mäter neuroticism är items som kan kopplas till benägenhet för ångest (t.ex “Jag oroar mig för saker”) och depressiva tendenser (t.ex “Jag känner mig ofta nere”). När hela FFM analyserades mot de olika aspekterna av HADS, samt mot pandemirelaterad psykisk hälsa, kunde flera prediktorer anses vara signifikanta, men vid bivariata regressionsanalyser (se Tabell 12, 13, 15 och 16) gick det att se att neuroticism var den prediktor som förklarade den större delen av variansen. Även om andra prediktorer, som t.ex öppenhet, var signifikant, visade analys av effektstorleken att dessa prediktorer inte var lika betydelsefulla som neuroticism.

Resultatet gällande de andra personlighetsfaktorerna, var inte helt i linje med vår hypotes och med tidigare forskning. Det vi har sett i tidigare forskning är att främst neuroticism, extraversion och samvetsgrannhet predicerar psykisk ohälsa både generellt men också i relation till Covid-19 (Liu et al., 2021; Allen et al., 2018; Jourdy & Petot, 2017). Dessa faktorer, tillsammans med öppenhet och vänlighet, interagerar med varandra och detta påverkar hur de predicerar psykisk ohälsa. Vi har dock inte funnit några betydelsefulla interaktioner när vi har testat med multipla prediktorer.

Olika bivariata och multivariata regressionsanalyser för personlighetsfaktorerna har också gett oss olika resultat. T.ex extraversion hade olika signifikans i analys mot HADS och pandemirelaterad psykisk hälsa, beroende på hur många prediktorer som kontrollerades för. Extraversion korrelerade med öppenhet, neuroticism och vänlighet vilken kan eventuellt förklara de varierande resultaten för extraversion. Samma skedde för samvetsgrannhet när den testades mot HADS Total. Neuroticism, öppenhet och vänlighet korrelerade med samvetsgrannhet, och vi tror att det är de övriga faktorerna som interagerar och påverkar samvetsgrannhet som prediktor mot HADS Total. Detta leder till olika resultat vid bivariat respektive multivariat analys. Vi fann dock inget märkvärdigt vid kontroll av multikollinearitet, alla värden på *VIF* låg under 2.

Vi fann inte så många signifikanta relationer av betydelse gällande psykisk hälsa relaterat till Covid-19. Det var en del grupper och personlighetsfaktorer som visade på en signifikant relation, men det var enbart ålder som visade på en relation med en moderat effektstorlek. Detta kan bero på att vi enbart ställde en fråga om psykisk hälsa i relation till Covid-19, samt att den inte är standardiserad och validerad.

## **Diskussion om metod, analys och begränsningar**

### ***Metod***

Vi valde att genomföra en tvärsnittsdesign via en webbenkät av pragmatiska skäl på grund av brist på tid och resurser. Eftersom undersökningen är en tvärsnittsdesign har vi inga kontrollvärden från innan pandemins utbrott. Vi har istället gjort jämförelser med bland annat Folkhälsomyndighetens folkhälsodata (Folkhälsomyndigheten, 2020a) och en självskattningsfråga där respondenten själv fått uppskatta förändringar i sin mentala hälsa under pandemin.

Det hade varit intressant att ha ett till mättillfälle för att se om den psykiska hälsan har förändrats under en viss tidsperiod, särskilt när restriktionerna i Sverige har växlat över tid. Under den period som datainsamlingen genomfördes var det förbud mot allmänna sammankomster och offentliga tillställningar med över åtta deltagare (Regeringskansliet, 2020a) samt förbud mot alkoholförsäljning från klockan 22 (Regeringskansliet, 2020b). Det hade varit intressant att se hur nya restriktioner påverkar den psykiska hälsan, då det inte är säkert att samma resultat hade framkommit om undersökningen gjorts i ett senare skede då restriktionerna sedan dess har hunnit ändras. På grund av tidsbrist kunde vi inte genomföra en sådan studie.

Att göra en webbenkät är en billig och effektiv metod för att samla in mycket data fort. Det underlättar spridningen av enkäten (delning på sociala medier) och det är enkelt för deltagarna att fylla i den, vare sig de gör det via sin mobiltelefon, surfplatta eller dator. Det underlättar också analysen att kunna få in svaren digitalt, särskilt vid många deltagare. Det finns dock brister med webbenkäter som metod. Brist på kontroll över miljön är en problematik då deltagarna svarar i olika miljöer (någon kan befinna sig i en lugn miljö, andra i en hektisk miljö) och olika miljöer kan bidra med olika distraktioner som kan påverka resultatet i form av okontrollerade variabler. Det kan också vara fallet att vissa deltagare inte har förstått frågor och därav inte fullbordat enkäten, eller tolkat frågan på fel sätt. Vi angav dock våra e-postadresser i enkäten för frågor och några ställde även frågor eller gav kommentarer på Facebook där inlägget om enkäten delades. Vi fick t.ex in en fråga om hur studentkorridorer ska räknas som hushåll då kök och vardagsrum delas av alla i korridoren, medan en har ett eget kontrakt och hyr ett eget rum. Vi valde att tolka studentkorridorer som att det är fler i ett hushåll. Deltagaren som ställde frågan blev informerad om detta. Det kan dock finnas deltagare som har tolkat frågan annorlunda och sett det som en individ per hushåll istället. Vi övervägde om en mening behövde läggas till i enkäten för att förtydliga

hur det är för de i studentkorridorer, men så pass många hade redan hunnit svara på enkäten så vi valde att inte förtydliga för att vara konsekventa. Om någon ställde frågor till oss direkt så svarade vi utefter vår tolkning. Vi har annars försökt att använda så enkla påståenden som möjligt och det har underlättat att vi har kunnat använda färdiga frågeformulär (IPIP och HADS) som är validerade och tillförlitliga.

I och med att denna studie är kvantitativ har vi använt oss utav enbart stängda frågor, men det hade varit intressant att inkludera en öppen fråga där deltagarna mer fritt fått reflektera och dela med sig av deras tankar och åsikter. Dock är vårt syfte att kunna göra prediktioner utifrån relationen mellan psykisk ohälsa, personlighet och Covid-19 snarare än att förklara hur relationen upplevs. Därför inkluderade vi inte en öppen fråga men vi uppmuntrar fler kvalitativa studier som mer på djupet kan gå in och förklara upplevelsen av hur den psykiska ohälsan har påverkats av Covid-19.

Vi upptäckte att vissa hade problem att se alla alternativ i personlighetsfrågorna då de fyllde i enkäten via en mobiltelefon. De var där tvungna att scrolla i sidled eller försöka vända mobilen horisontellt för att få överblick över alla alternativ. Detta kan ha gjort att vissa valde att avbryta enkäten, vi har dock inga uppgifter på hur många som valt att avbryta.

I den sista frågan om vilka tre saker som har varit svårast under pandemin, var det vissa som fyllde i mer än tre alternativ trots att vi i frågan instruerade dem att välja max tre alternativ. Skalan var inte heller ordinal (det var inte möjligt med Google Forms) så vi kunde inte välja "topp tre" och utesluta de övriga alternativen i analysen. Vi tog bort de deltagare som hade fyllt i fler än tre alternativ och räknade om för att se hur resultaten hade förändrats, men vi såg att samma "topp tre" återstod efter elimineringen av ogiltiga svar.

De demografiska variablerna valde vi att ha först som en mjukstart för deltagarna. Vi resonerade att det kan vara skönt för deltagarna att börja med de enklare frågorna innan de viktiga/tyngre frågorna. Vår enkät var inte heller så lång så vi tror att risken för att deltagarna skulle hinna bli uttråkade eller trötta innan slutet var låg. Gällande IPIP så ändrade vi om varje item till att bli en "jag"-sats, det kan dock vara värt att poängtera att vi inte vet om det ens hade någon effekt i jämförelse med originalet. Vi valde också att lägga frågor om psykiskt mående i slutet av enkäten för att det inte skulle påverka hur deltagarna fyllde i delen rörande personlighet.

### ***Analys***

En begränsning med vår statistiska analys är att ett flertal statistiska tester fick genomföras, vilket ökar risken för Typ 1 fel. Typ 1 fel begås när nollhypotesen förkastas trots

att den är sann och risken för att begå detta fel symboliseras genom alpha ( $\alpha$ ). Vid multipla analyser kan något resultat visa på statistisk signifikans enbart på grund av slumpen (Navarro & Foxcroft, 2019). I och med att vi hade väldigt mycket data med olika faktorer ledde detta till att vi fick genomföra många regressions- och variansanalyser.

En annan begränsning med våra resultat är att även om vi fann signifikans med ett väldigt litet  $p$ -värde ( $p < .001$  vid flera analyser), var effekterna oftast ytterst små och räknades som "små effekter" utefter kriteriet för Cohen's  $f$ ,  $f^2$  och  $d$  (Cohen, 1988). Även om en viss prediktor var signifikant, förklarade den en väldigt liten del av den totala variansen hos den beroende variabeln. Detta gör att även om vi fann många signifikanta relationer, är endast en bråkdel av dessa relationer tillräckligt meningsfulla att tala om. Löfgren (2009) påpekade att om stickprovet är stort så kan triviala skillnader bli signifikanta. Små skillnader existerar alltid, och om stickprovet är tillräckligt stort kan dessa komma ut som signifikanta i analys, trots att dessa inte är meningsfulla, vilket då representeras via små effekter. Storleken på vårt stickprov ( $n = 360$ ), i samband med att vi har genomfört många analyser (risk för Typ 1 fel), kan ha bidragit till att vi har erhållit signifikanta resultat som egentligen inte är av betydelse.

### ***Reliabilitet***

Både IPIP och HADS är kända frågeformulär för att testa personlighet respektive ångest/depression som har testats i stor omfattning och har väletablerade psykometriska egenskaper. De pandemirelaterade frågorna har vi skapat själva och har därför inget mått på deras reliabilitet. Vi kunde dock se signifikanta samband mellan deras poäng på HADS jämfört med hur de svarade på hur deras mentala hälsa förändrats under pandemin,  $F(1,358) = 113, p < .001, b = -4.76, \beta = -0.489, R^2 = 0.24$ , och hur de bedömde sin mentala hälsa just nu  $F(1,358) = 459, p < .001, b = -6.24, \beta = -0.75, R^2 = 0.56$ .

### ***Validitet***

De test vi använt för personlighet och psykisk ohälsa har god validitet. Hur väl de fungerar under de förutsättningar en pandemi skapar är dock inte tidigare undersökt. De frågor vi ställde som var direkt relaterade till pandemin har vi ingen vetskap om huruvida de var de mest relevanta.

Den externa validiteten för FFM kan ifrågasättas utifrån hur universell den är. FFM är primärt utprövat i västerländska, industrialiserade kulturer (Heinrich et al., 2010) och har inte kunnat replikeras hos t.ex ursprungsbefolkning (Gurven et al., 2013). Sverige är ett västerländskt, industrialiserat land och FFM kan förutsättas vara giltig här också, dock är det

viktigt att inte generalisera studier som bygger på FFM globalt utan att reflektera över den kulturella kontexten.

Resultaten bör också förstås utifrån vilka respondenterna var. Vi har först och främst utgått ifrån ett bekvämlighetsurval, där vi delat vår enkät på sociala medier. Detta leder till att människor främst inom våra kretsar är de som deltar, men vissa har också delat enkäten och detta har förhoppningsvis hjälpt till med spridningen. Det uppstår också en viss bias i vilka det är som deltar då enbart individer med tillgång till Internet kan delta, vilket gör att vi missar den del av befolkningen som inte har den tillgången. De flesta respondenter var kvinnor och mer än hälften var i åldern 18-29 år och var anställda på hel- eller deltid. Enligt Folkhälsomyndighetens folkhälsodata rapporterar kvinnor i större utsträckning än män ett nedsatt psykiskt välbefinnande. Yngre åldersgrupper rapporterade också i större utsträckning ett nedsatt psykiskt välbefinnande i jämförelse med äldre åldersgrupper (Folkhälsomyndigheten, 2020a). Det kan delvis förklara varför en stor del av vårt urval befinner sig över gränsvärdet gällande depression och ångest. Även om vi inte fann några signifikanta könsskillnader, kan den höga förekomsten av psykiska besvär komma från att urvalet främst bestod utav kvinnor.

Många individer kanske känner att det är väldigt aktuellt med psykiskt mående i relation till Covid-19 och därav ville svara på enkäten för att de till viss grad relaterade till det vi undersöker om. Människor som mår dåligt psykiskt kan söka sig mer till sociala medier för att få stöd under pandemin (Gao et al., 2020). Resultaten som vi fick utifrån vårt urval kan förväntas ha en högre förekomst av psykisk ohälsa än ett mer representativt urval av Sveriges befolkning.

## **Slutsatser och framtida forskning**

I denna studie har vi undersökt hur svensktalande personer upplever att deras psykiska hälsa har påverkats av Covid-19, och vilka riskfaktorer som kan associeras med detta. Generellt fann vi att över 60% av respondenterna låg över gränsvärdet för ångest och 28% för depression. Närmare 56% angav att deras psykiska hälsa har försämrats under pandemin. Respondenter som var arbetslösa, sjukskrivna eller tillhörde de yngre åldersgrupperna (18-29 år) identifierades som riskgrupper för psykisk ohälsa. Personlighetsdrag som identifierades som riskfaktorer var hög nivå av neuroticism. Att en del av den upplevda ångesten orsakades av oro kunde tydas då respondenterna angav oro för smitta, anhöriga och framtiden var de största svårigheterna i pandemin. Brist på social, ekonomisk såväl som emotionell stabilitet

verkar vara viktiga faktorer att ta hänsyn till vid identifiering av riskgrupper för psykisk ohälsa under Covid-19.

Om vi eftersträvar ett bättre mentalt mående hos befolkningen under en händelse som en pandemi behöver vi skydda de som är mest sårbara. När vi befinner oss i en kris är socialt stöd viktigt för att kunna hantera de svårigheter vi möter (Saltzman et al., 2020). I en pandemi där social distansering är ett måste behövs nya tillvägagångssätt för att uppfylla det behovet. Många mår idag dåligt och har kanske inte möjlighet att få hjälp i tid på grund av långa väntetider inom vården och restriktioner för fysiska möten. Nya effektiva metoder för behandling av psykisk ohälsa som inte kräver fysiska möten behöver utprövas.

Mer forskning behövs för att identifiera bakomliggande riskfaktorer till psykisk ohälsa under pandemins inverkan. Studier som undersöker riskgruppers livssituation uppmuntras för en ökad förståelse hur exempelvis social isolering påverkar, och hur vi kan hjälpa till att minska den utbredda oron.

## Referenser

- Akhavan S, Bildt CO, Franzén EC, & Wamala S. (2004). Health in relation to unemployment and sick leave among immigrants in Sweden from a gender perspective. *Journal of Immigrant Health*, 6(3), 103–118.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1023/b:joih.0000030226.59785.38>
- Allen, T. A., Carey, B. E., McBride, C., Bagby, R. M., DeYoung, C. G. & Quilty, L. C. (2018). Big five aspects of personality interact to predict depression. *Journal of Personality*, 86(4), 714–725. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/jopy.12352>
- American Psychological Association. (u.å.-a). *Personality*. Hämtad 5 november, 2020 från: <https://www.apa.org/topics/personality>
- American Psychological Association. (u.å.-b). *Central Limit Theorem*. Hämtad 8 december, 2020 från: <https://dictionary.apa.org/central-limit-theorem>
- American Psychiatric Association. (2017). *MINI-D5, diagnostiska kriterier enligt DSM 5*. (Jörgen Herlofsson, Övers.; 3 uppl.). (Originalutgåvan publicerad 2013)
- Bremberg, S. (2015). Mental health problems are rising more in Swedish adolescents than in other Nordic countries and the Netherlands. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 104(10), 997–1004. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/apa.13075>
- Carlbring, P. (3 november 2020). FBanken - Hospital Anxiety and Depression Scale. <https://www.fbanken.se/form/17/hospital-anxiety-and-depression-scale>
- Cattell, R. B. (1943). The description of personality: basic traits resolved into clusters. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38(4), 476–506.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/h0054116>
- Cattell, R. (1945). The description of personality: Principles and findings in a factor analysis. *The American Journal of Psychology*, 58(1), 69-90. doi:10.2307/1417576

- Charles S. T., Carstensen L. L. (2008). Unpleasant situations elicit different emotional responses in younger and older adults. *Psychology and Aging* 23(3), 495–504.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/a0013284>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2 uppl.) Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa Jr., P. T. & McCrae, R. R. (1995). Domains and Facets: Hierarchical personality Assessment Using the Revised NEO Personality Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 64(1), 21. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1207/s15327752jpa6401\\_2](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1207/s15327752jpa6401_2)
- Danvers, A. F., Sbarra, D. A., Mehl, M. R. & Rauthmann, J. (2020). Understanding Personality through Patterns of Daily Socializing: Applying Recurrence Quantification Analysis to Naturalistically Observed Intensive Longitudinal Social Interaction Data. *European Journal of Personality*, 34(5), 777. DOI: 10.1002/per.2282
- DeYoung, C. G., Quilty, L. C. & Peterson, J. B. (2007). Between facets and domains: 10 aspects of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(5), 880–896.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0022-3514.93.5.880>
- Farnam, A., Farhang, S., Bakhshipour, A. & Niknam, E. (2011). The five factor model of personality in mixed anxiety–depressive disorder and effect on therapeutic response. *Asian Journal of Psychiatry*, 4(4), 255–257.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.ajp.2011.10.001>
- Fiske, D. W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44(3), 329–344.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/h0057198>
- Folkhälsomyndigheten. (u.å.) *Covid-19*. Hämtad 5 november, 2020 från:  
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19>



Folkhälsomyndigheten (2020a, November 25). *Nationella folkhälsoenkäten – Nationella och regionala resultat*

[http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B\\_HLV/?rxid=19215807-23cd-44cf-8f63-b1eed980d297](http://fohm-app.folkhalsomyndigheten.se/Folkhalsodata/pxweb/sv/B_HLV/?rxid=19215807-23cd-44cf-8f63-b1eed980d297)

Folkhälsomyndigheten. (2020b, Augusti 20) *Påverkar Covid-19-pandemin befolkningens psykiska hälsa? En snabb systematisk litteraturöversikt ("rapid review") Version*

*1.0.* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/p/paverkar-covid-19-pandemin-befolkningens-psykiska-halsa/?pub=78907>

Folkhälsomyndigheten. (2020c, Maj) *Resultat maj 2020. Resultat från Hälsorapports majenkät om psykisk ohälsa och levnadsvanor under coronapandemin.*

<https://www.halsorapport.se/sv/resultat/resultat-maj-2020/>

Folkhälsomyndigheten (2020d, Maj 26). *Riskklasser.*

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/mikrobiologi-laboratorieanalyser/biosakerhet-och-bioskydd/riskbedomning/riskklasser/>

Folkhälsomyndigheten. (2020e, December 1) *Statistik psykisk hälsa.*

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicid-prevention/statistik-psykisk-halsa/>

Folkhälsomyndigheten. (2020f, Mars 16) *Ängslan, oro och ångest.*

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/resultat/halsa/angslan-oro-eller-angest/>

Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H. & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE*, 15(4), 1–10. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1371/journal.pone.0231924>

Geert van den Berg, R. (u.å.) *What Does "Statistical Significance" Mean?* Hämtad 2 december, 2020 från: <https://www.spss-tutorials.com/statistical-significance/>

- Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.
- Gurven, M., von Rueden, C., Massenkoff, M., Kaplan, H. & Lero Vie, M. (2013). How universal is the Big Five? Testing the five-factor model of personality variation among forager-farmers in the Bolivian Amazon. *Journal of personality and social psychology*, 104(2), 354–370. <https://doi.org/10.1037/a0030841>
- Henrich, J., Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2010). The weirdest people in the world? *The Behavioral and Brain Sciences*, 33(2–3), 61–83. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0999152X>
- International Personality Item Pool (2019). *A scientific collaboratory for the development of advanced measures of personality traits and other individual differences*. Hämtad 3 november, 2020 från <http://ipip.ori.org/>
- International Personality Item Pool (u.å.). *Reliability and validity of IPIP scales*. Hämtad 3 november, 2020 från: <https://ipip.ori.org/ReliabilityValidity.htm>
- Jia, X., Ying, L., Zhou, X., Wu, X. & Lin, C. (2015). The effects of extraversion, social support on the posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth of adolescent survivors of the Wenchuan earthquake. *PLoS ONE*, 10(3), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121480>
- Johansson, R., Carlbring, P., Heedman, Å., Paxling, B., & Andersson, G. (2013). Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: point prevalence and the effect on health-related quality of life. *PeerJ*, 1, e98. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.7717/peerj.98>
- Jourdy, R. & Petot, J.-M. (2017). Relationships between personality traits and depression in the light of the “Big Five” and their different facets. *L'Évolution Psychiatrique*, 82(4), e27–e37. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.evopsy.2017.08.002>

- Karolinska institutet. (2020) *Omtanke2020: Studie om psykisk hälsa under covid-19-pandemin*. Hämtad 2 november, 2020 från:  
<https://ki.se/meb/omtanke2020-studie-om-psykisk-halsa-under-covid-19-pandemin>
- Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N., & Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, 40(2), 225–237.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1017/S0033291709990213>
- Kroencke, L., Geukes, K., Utesch, T., Kuper, N. & Back, M. D. (2020). Neuroticism and emotional risk during the COVID-19 pandemic. *Journal of Research in Personality*, 89.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jrp.2020.104038>
- Lee R., Dean B. & Jung K-R. (2008). Social connectedness, extraversion, and subjective well-being: Testing a mediation model. *Personality and Individual Differences*, 45(5), 414-419. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.05.017>
- Lidwall, U., Bill, S., Palmer, E., & Olsson Bohlin, C. (2018). Mental disorder sick leave in Sweden: A population study. *Work*, 59(2), 259–272.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.3233/WOR-172672>
- Lisspers, J., Nygren, A. & Soederman, E. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Some psychometric data for a Swedish sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 281-286. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb10164.x>
- Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F. & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of Psychiatric Research*, 126, 134–140.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>
- Liu S., Lithopoulos A., Zhang C., Garcia-Barrera M. & Rhodes R. (2021). Personality and perceived stress during COVID-19 pandemic: Testing the mediating role of perceived threat and efficacy. *Personality and Individual Differences*, 168(1)  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.paid.2020.110351>

Löfgren, H. (2009). Statistisk signifikans och effektstorlek [PowerPoint-presentation]. Malmö Universitet.

[https://www.mah.se/pages/27266/signifikans%20och%20effektstorlek.pdf?fbclid=IwAR3TrShHsue66wZ41LTD9ATSGT\\_3PQiPjCuIxxBAezu6j0A2mGYRix\\_RvA](https://www.mah.se/pages/27266/signifikans%20och%20effektstorlek.pdf?fbclid=IwAR3TrShHsue66wZ41LTD9ATSGT_3PQiPjCuIxxBAezu6j0A2mGYRix_RvA)

McCarthy, J. (2020). Three in four Americans worry about COVID-19 exposure. *Gallup News Service*, N.PAG.

McCracken, L. M., Badinlou, F., Buhrman, M. & Brocki, K. C. (2020). Psychological impact of COVID-19 in the Swedish population: Depression, anxiety, and insomnia and their associations to risk and vulnerability factors. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 63(1), e81.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1192/j.eurpsy.2020.81>

McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1985). Updating Norman's "adequacy taxonomy": Intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 710–721.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.49.3.710>

McCrae, R. R. & Costa, J. . P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality & Social Psychology*, 52(1), 81–90. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/0022-3514.52.1.81>

McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2014) *NEO-PI-3: Manual*. (H. Bergman, H. Källmén & P. Wennberg, Övers.) Hogrefe Psykologiförlaget. (Originalutgåvan publicerad: 2005)

Merz, E. L. & Roesch, S. C. (2011). A latent profile analysis of the five factor model of personality: Modeling trait interactions. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 915–919. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.paid.2011.07.022>

Navarro, D. J. & Foxcroft, D. R. (2019). Learning statistics with Jamovi: A tutorial for psychology students and other beginners. (Version 0.70). DOI: 10.24384/hcg3-7p15

- Patsali, M. E., Mousa, D.-P. V., Papadopoulou, E. V. K., Papadopoulou, K. K. K., Kaparounaki, C. K., Diakogiannis, I. & Fountoulakis, K. N. (2020). University students' changes in mental health status and determinants of behavior during the COVID-19 lockdown in Greece. *Psychiatry Research*, 292.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.psychres.2020.113298>
- Price, R. H., Friedland, D. S., & Vinokur, A. D. (1998). *Job loss: Hard times and eroded identity*. In J. H. Harvey (Ed.), *Death, dying, and bereavement. Perspectives on loss: A sourcebook* (p. 303–316). Brunner/Mazel.
- Regeringskansliet. (16 november 2020a). *Ytterligare åtgärder för att hejda smittspridningen*.  
<https://www.regeringen.se/artiklar/2020/11/ytterligare-atgarder-for-att-hejda-smittspridningen>
- Regeringskansliet. (18 november 2020b). *Förbud mot alkoholförsäljning från klockan 22*.  
<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2020/11/forbud-mot-alkoholforsaljning-fran-klockan-22/>
- Rosellini, A. J. & Brown, T. A. (2011). The NEO Five-Factor Inventory: Latent structure and relationships with dimensions of anxiety and depressive disorders in a large clinical sample. *Assessment*, 18(1), 27–38. <https://doi.org/10.1177/1073191110382848>
- Salari N., Hosseinian-Far A., Jalali R., Vaisi-Raygani A., Rasoulpoor S., Mohammadi M., Rasoulpoor S. & Khaledi-Paveh B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(57).  
<https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Saltzman, L. Y., Hansel, T. C. & Bordnick, P. S. (2020). Loneliness, isolation, and social support factors in post-COVID-19 mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1037/tra0000703>
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B. & Zechmeister, J. S. (2015) *Research methods in psychology* (10 uppl.). McGraw-Hill Education.

Socialstyrelsen, (17 november 2020) *Dödligheten ökade första halvåret - Covid-19 tredje vanligaste dödsorsaken*  
<https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/dodligheten-okade-forta-halvaret---covid-19-tredje-vanligaste-dodsorsaken/>

Statistiska Centralbyrån (26 november 2020). *Undersökningarna av levnadsförhållanden. Hälsotillstånd, fysiska och psykiska besvär. Andel personer i procent efter indikator, redovisningsgrupp, kön och årsintervall.*  
[https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_\\_LE\\_\\_LE0101\\_\\_LE0101H/LE01012019H03/table/tableViewLayout1/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__LE__LE0101__LE0101H/LE01012019H03/table/tableViewLayout1/)

Sutin, A. R., Luchetti, M., Aschwanden, D., Lee, J. H., Sesker, A. A., Strickhouser, J. E., Stephan, Y. & Terracciano, A. (2020). Change in five-factor model personality traits during the acute phase of the coronavirus pandemic. *PLoS ONE*, 14(8), 1–13.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237056>

Tupes, E. C. & Christal, R. E. (1992). Recurrent personality factors based on trait ratings. *Journal of Personality*, 60(2), 225–251.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1467-6494.1992.tb00973.x>

United Nations (2020a). *Executive summary - United Nations policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health.*  
[https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief-covid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf)

United Nations (2020b). *Mental health and development*  
<https://www.un.org/development/desa/disabilities/issues/mental-health-and-development.html>

Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z., Brown, A., Carter, A., Casey, D. C., Ärnlov, J. & Murray, C. J. L. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: A

systematic analysis for the Global burden of disease study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1545–1602. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneve. Licens: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

World Health Organization. (14 oktober 2020a) *Substantial investment needed to avert mental health crisis*.  
<https://www.who.int/news/item/14-05-2020-substantial-investment-needed-to-avert-mental-health-crisis>

World Health Organization. (5 november 2020b) *Mental health*.  
[https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1)

World Health Organization. (6 november 2020c) *Weekly epidemiological update - 3 November 2020*  
<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---3-november-2020>

World Tourism Organization. (6 november 2020) *Travel restrictions*.  
<https://www.unwto.org/covid-19-travel-restrictionsn>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.  
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Öst, L-S. (Red). (2013) *KBT inom psykiatrin* (Andra uppl.) Natur & Kultur

## Bilaga

### Enkät om mental hälsa och personlighet

Denna enkät är till grund för en kandidatuppsats i psykologi på Lunds Universitet, gällande personlighetsdrag kopplat till mental hälsa under pandemin. För att besvara enkäten behöver du vara minst 18 år. Vi hoppas du vill hjälpa oss genom att besvara enkäten så sanningsenligt som möjligt. Den tar ca 5-10 minuter att svara på.

Genom att slutföra enkäten har du visat att du har förstått informationen och att du ger ditt samtycke till att resultatet används i studien. Du kan när som helst avbryta enkäten om du inte vill delta i studien. Dina svar är helt anonyma och all data kommer enbart att hanteras av oss. Ingen tredje part är inkluderad. Är du intresserad av att ta del av vår uppsats när den publiceras får du gärna kontakta oss på e-post [idahavang@outlook.com](mailto:idahavang@outlook.com) och [mia.huovilainen@hotmail.com](mailto:mia.huovilainen@hotmail.com).

Om du upplever försämrat välmående kan du kontakta 1177 för rådgivning och stöd: <http://www.1177.se>

Enkäten består av fyra delar; några frågor om din bakgrund, frågor kring personlighet, frågor kring mental hälsa och Covid-19 relaterade frågor. Vänligen besvara alla fyra delar för att slutföra enkäten.

Tack på förhand!

**\*Obligatorisk**

### Del 1: Frågor om din bakgrund

1. Vilket kön identifierar du dig med? \*

*Markera endast en oval.*

Kvinna

Man

Annat



2. Vilken åldersgrupp tillhör du? \*

*Markera endast en oval.*

- 18-29 år
- 30-44 år
- 45-64 år
- 65-84 år
- 85 år eller äldre

3. Vilken är din nuvarande relationsstatus? \*

*Markera endast en oval.*

- Gift, sambo eller i en fast relation
- Singel, änka, skild

4. Hur många är ni i ditt hushåll inklusive dig själv? \*

*Markera endast en oval.*

- 1
- 2
- 3 eller fler

5. Vilket av följande beskriver bäst din nuvarande situation? \*

Markera endast en oval.

- Anställd på heltid/deltid
- Anställd men för närvarande permitterad
- Egen företagare
- Studerande
- Arbetssökande/arbetslös
- Sjukpenning/ersättning
- Övrigt

6. Har ditt sätt att utföra arbete/studier förändrats på grund av den pågående pandemin? \*

Markera endast en oval.

- Ja, arbetar större delen hemifrån
- Ja, arbetar delvis hemifrån
- Nej, det har inte påverkats
- Jag arbetar/studerar inte

Del 2:  
Personlighet

Detta är ett personlighetstest som är baserat på femfaktormodellen. Du ska svara på frågor utifrån de fem personlighetsfaktorerna öppenhet, neuroticism, samvetsgrannhet, extraversion och vänlighet. Det kommer att finnas 50 påståenden, där du ska svara på hur bra det påståendet stämmer på dig i största allmänhet. Skalan går från "Stämmer absolut inte" till "Stämmer absolut". Tänk på att svara sanningsenligt och att inte fundera för länge på varje fråga, din spontana reaktion är förmodligen mer korrekt än ett svar där du har tänkt för länge.

7. Besvara frågorna nedan \*

Markera endast en oval per rad.

	Stämmer absolut inte	Stämmer dåligt	Stämmer varken bra eller dåligt	Stämmer ganska bra	Stämmer absolut
Jag oroar mig över saker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag har en livlig fantasi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jag känner mig ofta nere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag är alltid förberedd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag trivs med människor omkring mig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag pratar med en massa olika människor på fester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag glömmer ofta att lägga tillbaka saker på sin plats	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag känner andra människors känslor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag förolämpar folk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag har svårt att förstå abstrakta idéer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag är inte intresserad av andra människors problem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag blir lätt stressad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag lämnar mina saker liggande överallt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag är den som håller igång på ett party	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag känner mig inte speciellt bekymrad om andra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag har ett rikt ordförråd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag pratar inte mycket	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag är intresserad av människor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag är avslappnad för det mesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jag uppmärksammar detaljer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag håller mig i bakgrunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag sympatiserar med andras känslor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag skapar oreda omkring mig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag känner mig sällan nere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag är inte intresserad av abstrakta idéer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag sätter igång konversationer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag gör hushållsarbete genast	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag blir lätt störd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag har utmärkta idéer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag har lite att säga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag har ett gott hjärta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag blir lätt upprörd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag är fantasilös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag är egentligen inte intresserad av andra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag tycker om ordning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag har ett humör som svänger mycket	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag förstår saker snabbt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag tycker inte om att dra uppmärksamhet till mig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Jag tar mig tid för andra människor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag smiter undan mina plikter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag har ofta förekommande humörsvängningar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag använder svåra ord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag har inte något emot att vara centrum för uppmärksamheten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag följer ett schema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag blir lätt irriterad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag ägnar tid åt att fundera på saker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag är tyst tillsammans med främlingar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag får människor att känna sig väl till mods	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag är grundlig i mitt arbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag är full av idéer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Del 3:**  
Frågor om  
din  
mentala  
hälsa

Detta avsnitt kommer innehålla några frågor om din psykiska hälsa. Första delen är frågor tagna från HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) vilket är ett självskattningsformulär för att mäta nivå av depression och ångest.

8. Hur bedömer du i allmänhet din psykiska hälsa? \*

*Markera endast en oval.*

- Mycket god
- God
- Hyfsad
- Dålig
- Kan inte/vill inte svara

### Frågor om din psykiska hälsa enligt HADS

Läs igenom varje påstående och sätt ett kryss i den ruta som bäst beskriver hur du har känt dig den senaste veckan. Fundera inte för länge över dina svar; din spontana reaktion inför varje påstående är förmodligen mer korrekt än ett svar som du tänkt på länge.

9. Jag känner mig spänd eller nervös: \*

*Markera endast en oval.*

- Mestadels
- Ofta
- Av och till
- Inte alls

10. Jag uppskattar fortfarande saker jag tidigare uppskattat: \*

*Markera endast en oval.*

- Definitivt lika mycket
- Inte lika mycket
- Endast delvis
- Nästan inte alls

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

*Markera endast en oval.*

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

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

*Markera endast en oval.*

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

13. Jag bekymrar mig över saker: \*

*Markera endast en oval.*

- Mestadels
- Ganska ofta
- Av och till
- Någon enstaka gång

14. Jag känner mig på gott humör: \*

*Markera endast en oval.*

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Mestadels

15. Jag kan sitta stilla och känna mig avslappnad: \*

*Markera endast en oval.*

- Definitivt
- Vanligtvis
- Sällan
- Aldrig

16. Allting känns trögt: \*

*Markera endast en oval.*

- Nästan alltid
- Ofta
- Ibland
- Aldrig



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

*Markera endast en oval.*

- Aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Veldig oft

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

*Markera endast en oval.*

- Fullständigt
- Till stor del
- Delvis
- Inte alls

19. Jag känner mig rastlös: \*

*Markera endast en oval.*

- Veldig oft
- Ganska ofta
- Sällan
- Inte alls

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

*Markera endast en oval.*

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

21. Jag får plötsliga panikkänslor: \*

*Markera endast en oval.*

- Väldigt ofta
- Ganska ofta
- Sällan
- Aldrig

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

*Markera endast en oval.*

- Ofta
- Ibland
- Sällan
- Mycket sällan

Del 4: Frågor kring Covid-19  
pandemin

Den sista delen av denna enkät rör frågor kopplade till den pågående pandemin.

23. Folkhälsomyndigheten har utkommit med allmänna råd och restriktioner gällande Covid-19. Till exempel att avstå från att delta i möten där många människor samlas, undvika restauranger och barer och undvika fysisk kontakt med andra människor än de man bor med. Hur väl anser du dig ha följt dessa restriktioner? Välj det alternativ som stämmer bäst överens med dig. \*

*Markera endast en oval.*

- Jag har inte förändrat mitt levnadssätt särskilt mycket.
- Jag försöker undvika fysiskt kontakt men går fortfarande på möten, restauranger och barer precis som förut.
- Jag har begränsat mitt levnadssätt något och håller mig borta från ställen där folk samlas i stor utsträckning.
- Jag har begränsat mitt levnadssätt mycket och undviker helt och hållet ställen där folk samlas.

24. Hur tycker du att din mentala hälsa har påverkats av pandemin? \*

*Markera endast en oval.*

- Min mentala hälsa har försämrats mycket
- Min mentala hälsa har försämrats något
- Ingen skillnad sedan innan pandemin
- Min mentala hälsa har förbättrats något
- Min mentala hälsa har förbättrats mycket

25. Vad har varit svårast för dig under Covid-19 pandemin? Välj max tre alternativ.

*Markera alla som gäller.*

- Oron att själv bli smittad eller att närstående ska smittas/har blivit smittade
  - Påverkan på privatekonomin
  - Att inte kunna träffa vänner och familj i samma utsträckning
  - Att inte kunna sköta arbetet/studier som tidigare, och träffa arbets-/studiekamrater
  - Att vara tvingad att sköta arbetet som tidigare trots risk för smitta
  - Rädslan att förlora arbetet/egna företaget, eller att ha blivit arbetslös
  - Att inte kunna resa fritt längre
  - Att konserter och evenemang är inställda
  - Att jag (och eventuella barn) har behövt/behöver stanna hemma vid minsta symtom
  - Att arbetsbelastning på mitt arbete ökat så mycket
  - Att inte kunna sköta inköp till sig själv och hushållet som vanligt
  - Oron för framtiden
  - Att inte kunna gå på restaurang, barer och diskotek i samma utsträckning
  - Att fritidsaktiviteter och/eller semesteraktiviteter blivit inställda
  - Relationen med min partner och/eller nära vänner har försämrats drastiskt
  - Den påverkan det har fått på kollektivtrafik och trafiken där jag bor
-