



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Kandidatuppsats

Lyckligt vetandes eller olyckligt ovetandes:

en undersökning om unga svenskars mental health literacy om depression, ångest,
schizofreni och bipolär sjukdom

Blissfully aware or miserably unaware:

a study of young adults' mental health literacy of depression, anxiety, schizophrenia and
bipolar disorder in Sweden

Jacob Bergman Olson & Jacob Wahlqvist

PSYK11HT22

Kandidatuppsats HT 2022

Examinator: Jean-Christophe Rohner

Handledare: Joana Duarte

Abstract

Mental health literacy (MHL) is a research area in psychology that assesses the public's knowledge about mental illnesses and represents an essential step in mental health prevention, destigmatisation and help-seeking promotion. This study measured the MHL of four common mental health disorders – depression, anxiety, schizophrenia, and bipolar disorder – among young adults in Sweden (N=46) and compared the results with previous studies from around the world. Additionally, the study collected data about the lived experience of the disorders and gender to see if and how these variables influence MHL. The results indicated that young adults in Sweden in this sample had relatively high MHL compared to other parts of the world. There were no significant differences between those who had lived experience of the diagnosis and those who did not. For three out of four disorders – depression, anxiety, and schizophrenia – women displayed significantly higher MHL. Future studies should continue exploring different factors that influence MHL and investigate why some groups score higher than others.

Keywords: Mental health, Mental health literacy, Knowledge about depression, Knowledge about anxiety, Knowledge about schizophrenia, Knowledge about bipolar disorder

Sammanfattning

Mental health literacy (MHL) är ett forskningsområde inom psykologi som mäter allmänhetens kunskap om mental ohälsa och utgör ett väsentligt steg i förebyggandet av mental ohälsa, avstigmatisering och främjandet av hjälpsökande beteenden. Denna studie mätte MHL för fyra vanliga diagnoser – depression, ångest, schizofreni och bipolär sjukdom – bland unga vuxna i Sverige (N=46) och jämförde resultaten med tidigare studier från olika delar av världen. Dessutom samlade studien in data om egen erfarenhet av diagnoserna och kön för att se om och hur dessa variabler påverkar MHL. Resultaten indikerade att unga vuxna i Sverige i detta urval hade relativt hög MHL jämfört med andra delar av världen. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan dem som hade erfarenhet av diagnosen och dem som inte hade det. För tre av fyra diagnoser – depression, ångest och schizofreni – visade kvinnor på signifikant högre MHL än män. Framtida studier bör fortsätta att utforska olika faktorer som påverkar MHL och undersöka varför vissa grupper har högre MHL än andra.

Nyckelord: Mental ohälsa, Mental health literacy, Kunskap om depression, Kunskap om ångest, Kunskap om schizofreni, Kunskap om bipolär sjukdom

Lyckligt vetandes eller olyckligt ovetandes

I världen idag är det mycket som blir bättre. Människan lever längre, fattigdomen minskar, den fysiska folkhälsan ökar och tillgången till utbildning har aldrig varit högre (Hasel et al., 2022; Roser et al., 2013; Roser & Ortiz-Ospina, 2016). Men mental ohälsa är ett område som avviker från den positiva trenden. Här är det i stället mycket som blir sämre (World Health Organization [WHO], 2022).

Antalet personer som lider av mental ohälsa idag saknar historiskt motstycke. Nästan en miljard människor är i skrivande stund diagnostiserade med en psykisk sjukdom och ca var fjärde människa på jorden kommer någon i livet att drabbas av mental ohälsa. Forskare räknar också med ett stort mörkertal i rapporteringen av psykisk ohälsa, så troligen är siffrorna ännu högre i verkligheten (WHO, 2022).

Förutom att mental ohälsa ofta skapar stort lidande för drabbade och närstående finns också starka kopplingar mellan mental ohälsa och andra funktionsnedsättningar i människors liv. Det finns en stark komorbiditet mellan flera typer av mental ohälsa och diverse allvarliga fysiska sjukdomar, exempelvis diabetes, hjärtsjukdomar och stroke; fysiska tillstånd som leder till ett i genomsnitt kortare liv för den drabbade (WHO, 2022). Människor med svåra mentala ohälsor, exempelvis schizofreni, lever i genomsnitt 10-20 år kortare än genomsnittet. Mental ohälsa har också en stark koppling till självmord, vilket är den fjärde vanligaste dödsorsaken för unga människor mellan 15-29 år (WHO, 2022).

Det säger sig självt att arbetet för att minska mental ohälsa bland befolkningen är av yttersta vikt och prioritet. WHO poängterar i sin rapport om global mental ohälsa (2022) att adekvat hjälp mot mental ohälsa måste tillgängliggöras i högre grad, men också, att den hjälp som faktiskt finns måste utnyttjas i större utsträckning. Många gånger finns bra hjälp att få, men människor söker den inte. Att människor inte söker hjälp beror bland annat på stigma kopplad till mental ohälsa och bristande kunskap om symptom, diagnoser och tillgänglig hjälp. Forskning har visat att ju mer kunskap vi har om mental ohälsa, desto troligare är det att vi söker, finner och får adekvat hjälp (Kelly et al., 2007).

Denna del av den psykologiska forskningen kallas för mental health literacy (MHL) och är ett viktigt led i kampen mot mental ohälsa. Denna uppsats ämnar undersöka MHL om fyra olika diagnoser – depression, ångest, schizofreni och bipolär sjukdom – hos unga vuxna i Sverige (18-26 år) och jämföra resultaten med tidigare undersökningar från olika delar av världen, samt undersöka MHL:s koppling till egen erfarenhet av diagnoserna och kön.

Mental Health Literacy

Begreppet mental health literacy (MHL) myntades 1997 av Jorm et al och beskriver ett område inom psykologin som testar och undersöker individers kunskaper, övertygelser och attityder om mental ohälsa. Jorm et al (1997) delade upp MHL som bestående av sex delar: (I) förmågan att identifiera specifika diagnoser och särskilda typer av psykologisk påfrestning; (II) kunskap och övertygelser om riskfaktorer för, och anledningar till mental ohälsa; (III) kunskap och övertygelser om självhjälp mot mental ohälsa; (IV) kunskap och övertygelser om professionell hjälp mot mental ohälsa; (V) attityder som främjar upptäckandet av mental ohälsa och som leder till att folk söker hjälp, och (VI) kunskap om hur man söker upp information om mental ohälsa.

En moderniserad definition av begreppet erbjuds av Kutcher et al (2016) och konstituerar ofta utgångspunkten för samtida forskning. Kutcher et al definierar MHL som bestående i fyra distinkta, men sammankopplade delar: (I) förståelse för hur man får och underhåller en god mental hälsa; (II) förståelse för mentala diagnoser och behandlingar; (III) att minska stigma kopplat till mental ohälsa, och (IV) att förbättra och förstärka hjälpsökande beteende; att veta när och var man ska söka hjälp, och att utveckla nödvändiga kompetenser för självhjälp.

Den senare definitionen av MHL liknar mer den av grannområdet health literacy (HL). HL handlar om den fysiska hälsan och refererar till dem kunskaper och skickligheter hos en individ som påverkar dennes förmåga till att interagera med hälso- och sjukvårdssystemet (Baker, 2006).

I jämförelse med HL är MHL dock rejält understuderat. Forskning har också påvisat att allmänheten är mer medvetna om vikten av utbildning inom fysiska sjukdomar än vikten av att utbilda sig inom mental hälsa (Furnham, 2009).

Det förhållandevis ringa intresset för MHL är problematiskt, framförallt eftersom forskning påvisat MHL som en vital del i arbetet mot mental ohälsa (Bale et al., 2018). Ökad MHL hos befolkningen minskar stigma, ökar mental tålighet och gör att vi kan identifiera när och varför vi ska söka hjälp (Bale et al., 2018; Essler et al., 2006; Park et al., 2013). Flera longitudinella studier har funnit att statliga interventioner i form av MHL-kampanjer är effektiva verktyg för att öka MHL bland befolkningen (Jorm et al., 2006; Reavley & Jorm, 2012). En omfattande svensk studie undersökte effekten av en statlig MHL-kampanj mellan åren 2009-2014. Forskarna för studien kom till slutsatsen att kampanjen resulterat i minskad stigmatisering, en signifikant ökning i självrapporterad benägenhet till att söka hjälp och positivare attityder mot mental ohälsa över lag (Hansson et al., 2016).

För att utforma lyckade MHL-kampanjer är det viktigt att först undersöka var i samhället insatser krävs – vilka grupper som kan vad om vilka diagnoser – och vilka faktorer som påverkar MHL.

Faktorer som påverkar mental health literacy

Historiskt har många olika faktorer tagits i beaktning när man utforskat MHL hos olika grupper. Exempelvis har forskare funnit att lägre utbildningsgrader innebär lägre MHL (Chong et al., 2012), att övermåttlig rökning och alkoholkonsumtion och ofrivillig ensamhet korrelerar med lägre MHL (Cauce et al., 2002; Singh et al., 2022). Andra studier som utforskat sambandet mellan kultur och MHL har spekulerat i att kulturella faktorer som språk, jargong och attribueringsmönster påverkar individens syn på mental ohälsa och därmed dennes MHL (Sheikh & Furnham, 2000). Många gånger finns dock motstridiga resultat av faktorer som påverkar MHL. Vilken grupp som undersöks verkar avgöra hur och om en särskild faktor påverkar MHL. Att generalisera olika faktorer påverkan på MHL till större populationer är därför svårt. Två faktorer som intuitivt kan antas påverka MHL oavsett urvalsgrupp är egen erfarenhet av mental ohälsa och kön.

Resultaten vad gäller köns koppling till MHL är många gånger kluvna. En stor samling studier rapporterar att kvinnor tenderar att påvisa högre grader av MHL (Chong et al., 2012; Singh et al., 2022); andra att det inte finns någon signifikant skillnad mellan könen (Goodfellow et al., 2022). Majoriteten av forskningen verkar dock instämma i att kvinnor generellt har högre MHL än män. Frågan huruvida kön påverkar MHL i specifika grupper och kulturer förblir dock intressant och mer forskning behövs för att kunna dra definitivare slutsatser. Inte minst gäller detta MHL-forskning på en svensk population.

En annan faktor som utforskats i samband med MHL är egen erfarenhet av mental ohälsa. Att interagera med människor som lider av mental ohälsa eller att själv ha upplevt mental ohälsa kan enligt vissa studier öka den egna graden av MHL (Furnham et al., 2011). Vissa studier har dock, precis som i fallet för kön, funnit det motsatta; att egen erfarenhet inte påverkar MHL (Dahlberg et al., 2008). En svensk studie från 2008 fann att erfarenhet av depression och tidigare kontakt med vården inte bidrog till ökad MHL om depression. Samma studie konstaterade också att kvinnor verkar ha högre MHL om depression än män i Sverige (Dahlberg et al., 2008). Till följd därav finns det ett behov att vidare utforska dessa faktorer hos en svensk population för flera diagnoser.

Mental Health Literacy hos unga vuxna

Den här uppsatsen väljer att fokusera på unga vuxna eftersom det är den åldersgrupp som drabbas allra hårdast av mental ohälsa (Kessler et al., 2005; WHO 2022). 70-75 procent av mental ohälsa debuterar under tonåren och i det tidiga vuxenlivet (12-25 år). 50 procent av mental ohälsa kan konstateras vid 14 års åldern; 75 procent vid 24 års åldern (Kessler et al., 2005). Trots den utbredda mentala ohälsan hos unga är det förhållandevis få som får den hjälp de behöver. En klar majoritet tvingas handskas med sina besvär på egen hand, ofta i förvirring och med bristande kunskaper. 70-80 procent av unga med mental ohälsa får inte adekvat hjälp för sina besvär (Thornicroft, 2007). Två stora anledningar till att så pass många unga blir utan hjälp är intrapersonella barriärer som stigma och bristande kunskap; aspekter som MHL kan hjälpa till med (Gulliver et al., 2010).

Det finns en samling studier som undersökt MHL hos unga vuxna. Resultaten skiljer sig många gånger åt, men det finns vissa tydliga tendenser. Det verkar över lag som att unga vuxna har högre MHL än äldre människor över 60 år, både vad gäller generell mental ohälsa och MHL om specifika diagnoser. Tidigare MHL forskning pekar på att unga vuxna är bättre än äldre på att identifiera bland annat ångestsjukdomar, depression, panikångest och social fobi (Reavley et al, 2014). Det är fortsatt aktuellt att försöka öka MHL hos unga vuxna för att avstigmatisera mental ohälsa och öka hjälpsökande beteenden.

Att mäta MHL

Forskningsintresset för MHL har gradvist ökat de senaste 20 åren och därmed också antalet studier och mätmetoder. Det förblir dock, över lag, svårt att mäta MHL. Många gånger används mätmetoder som inte rapporterar psykometriska egenskaper med tvivelaktig reliabilitet och validitet. Ett annat problem är att det finns ett överskott av olika tester anpassade för olika ändamål. Vissa tester går ut på att respondenter ska försöka identifiera en viss diagnos baserat på en vinjett, vissa undersöker om respondenter kan urskilja mentala sjukdomar från somatiska sjukdomar och andra är rena kunskapstester av specifika diagnoser. De olika testernas användningsområden och bristen på reliabla och valida tester gör MHL-området svåröverskådligt och, framför allt, att det är svårt att jämföra resultat sinsemellan studier (O'Connor et al., 2014; Wei et al., 2015).

En omfattande litteraturoversikt från 2015 fann att av 401 tillgängliga studier som mätte MHL, var det bara 131 som angav psykometriska egenskaper. Många av dem 131 mätmetoderna har dessutom bara använts en gång (Wei et al., 2015). Med bakgrund av denna

replikeringsproblematik fäster denna uppsats stor vikt vid att kunna jämföra resultaten med tidigare studier.

Vinjett-tester

MHL-forskningens initiala och historiskt mest dominanta metod är vinjettmetoden. När Jorm et al introducerade begreppet 1997 utvecklades ett så kallat vinjett-test. Vinjett-testet gick ut på att en intervjuare presenterade en vinjett för en deltagare som bestod av en beskrivning av en fiktiv person med diverse mentala problem. Deltagaren får sedan svara på frågor om den fiktiva personen och dennes besvär, varpå intervjuaren utvärderar deltagarens kunskaper (Jorm et al., 1997; Jorm et al., 2006). Det handlar i grund och botten om att deltagaren korrekt ska identifiera den fiktiva personens problem.

Begränsningarna med vinjettmetoden är att det är svårt att kvantifiera graden av MHL hos individen och att det inte finns något meningsfullt sätt att jämföra MHL mellan individer. Senare vinjett-tester har dock kommit utvecklat metoden bortom intervjuformatet och omvandlat dessa till enkäter, vilket tillåter för både kvantifiering och jämförelse av resultat. Metoden innebär dock fortsatt en rad svagheter. Eftersom vinjett-tester ofta går ut på att respondenten ska försöka identifiera en diagnos eller symptom innebär det att om en respondent misstar, exempelvis stress för depression, kommer respondenten svara på resterande frågor utifrån denna felaktiga uppfattning vilket ger upphov till en irrelevant kedjereaktion av fel. En annan svaghet med vinjettmetoden är att det kan vara svårt att urskilja olika delar av MHL begreppet; exempelvis kunskap från attityd (O'Connor et al., 2014).

Standardiserade skalor

En annan metod för att mäta MHL som kommit att bli allt vanligare är att använda standardiserade skalor som utgår från antingen flervalalternativ, sant/falskt-alternativ eller Likert-skalor. Med denna metod är inte respondenternas uppgift att identifiera en "dold" diagnos utan att svara på olika frågor och påståenden om mental ohälsa eller om specifika diagnoser. Fördelarna med denna metod är att felaktigt svar på en fråga inte innebär felaktiga svar av andra frågor, och att olika delar av MHL-begreppet tydligt kan urskiljas med hjälp av faktoranalys (O'Connor et al., 2014). Denna studie kommer använda sig av standardiserade skalor för att mäta MHL, framför allt eftersom det, i högre grad, tillåter för jämförelse av resultat med tidigare studier.

Syfte och frågeställningar

Det är viktigt att forska på MHL hos unga vuxna eftersom denna åldersgrupp drabbas allra hårdast av mental ohälsa (Kessler et al., 2005; WHO 2022). Depression, ångest,

schizofreni och bipolär sjukdom är dessutom diagnoser som tenderar att debutera under denna tid i livet (Kessler et al., 2005). Därför är MHL om just dessa diagnoser hos just denna åldersgrupp relevant. Vidare finns det ont om undersökningar som jämför MHL mellan grupper, ofta som ett resultat av olika mätmetoder som inte låter sig jämföras med varandra. Det finns ett värde i att jämföra svenskars MHL med studier från andra delar av världen; dels innebär det att MHL-resultaten får ett meningsfullt sammanhang; dels kan det bidra i arbetet att lista ut varför vissa grupper har högre MHL än andra. Det är dessutom högaktuellt att undersöka hur olika faktorer, bland annat kön och egen erfarenhet av mental ohälsa, påverkar MHL på en svensk population. Till vår kännedom bjuder det svenska forskningslandskapet på undermålig forskning i denna fråga. Det är ovanstående kunskapsluckor som denna studie ämnar att bidra till att fylla.

Forskningsfrågeställningarna för studien lyder:

1. Hur mycket MHL har unga vuxna i Sverige (18-26) år om: depression, ångest, schizofreni och bipolär sjukdom och hur skiljer sig resultaten mot tidigare undersökningar från andra delar av världen?
2. Påverkas MHL om depression, ångest, schizofreni och bipolär sjukdom av egen erfarenhet av respektive diagnos?
3. Finns det någon skillnad mellan män och kvinnors MHL av dessa diagnoser?

Metod

Deltagare och urval

Urvalet bestod av 46 deltagare, 27 kvinnor (60 %) och 19 män (40 %). Alla deltagare förutom en rapporterade att de hade erfarenhet av minst en av diagnoserna (98 %). 41 av 46 deltagare rapporterade erfarenhet av depression (89 %). 43 av 46 deltagare rapporterade erfarenhet av ångest (93 %) och 3 av 46 erfarenhet av schizofreni (7 %). Slutligen, i fallet för bipolär sjukdom, rapporterade 11 av 46 att de hade erfarenhet av diagnosen (24 %).

Översättning

Samtliga skalor översattes av författarna från engelska till svenska. Översättningen av skalorna gjordes utifrån back-translation metoden. En av författarna översatte skalorna från engelska till svenska varpå den andra författaren översatte skalorna tillbaka från svenska till

engelska. Därefter jämfördes den engelska versionen med originalskalorna och en samstämmighetskontroll gjordes.

Mätverktyg

Enkät

En enkät utformades för att samla in data om följande variabler: kön, ålder, egen erfarenhet av depression, egen erfarenhet av ångest, egen erfarenhet av schizofreni, egen erfarenhet av bipolär sjukdom, MHL om depression, MHL om ångest, MHL om schizofreni och MHL om bipolär sjukdom.

Enkäten följer reglerna som finns för informerat samtycke, anonymitet och GDPR. Datan samlades in genom webbplattformen Qualtrics, vilket är en vedertagen online resurs för enkätforskning.

Depression literacy scale (D-Lit)

För att mäta MHL om depression användes en översatt version av Depression literacy scale (D-Lit). Skalan består av 22 frågor/påståenden som besvaras med antingen sant eller falskt. En poäng delas ut för rätt svar. MHL mäts slutligen genom medelvärdet, varpå ett högre medelvärde innebär högre MHL. En fråga/påstående togs bort i översättningsarbetet. Frågan/påståendet som togs bort var "Clinical psychologists can prescribe antidepressants". Frågan togs bort eftersom begreppet "Clinical psychologist" inte ansågs ha en representativ översättning på svenska. Skalan visade på god reliabilitet med ett Cronbachs alfa på 0.70, vilket anses vara högt, och en test-retest reliabilitet på 0.71 ($p=0.02$) (Griffiths et al., 2004).

Anxiety literacy scale (A-Lit)

För att mäta MHL om ångest användes en översatt version av Anxiety literacy scale (A-Lit). Skalan består av 22 frågor/påståenden som besvaras med antingen sant eller falskt. En poäng delas ut för rätt svar. MHL mäts slutligen genom medelvärdet, varpå ett högre medelvärde innebär högre MHL. Inga frågor/påståenden behövde tas bort. Skalan visade på god reliabilitet med ett Cronbachs alfa på 0.76, vilket anses vara högt, och en test-retest reliabilitet på 0.83 ($p=0.003$) (Gulliver et al., 2012).

Knowledge about schizophrenia test (KAST)

För att mäta MHL om schizofreni användes en översatt version av knowledge about schizophrenia test (KAST). Skalan består av 18 flervalsfrågor med fem svarsalternativ, varav endast ett svar är rätt. En poäng delas ut för rätt svar. MHL mäts slutligen genom medelvärdet, varpå ett högre medelvärde innebär högre MHL. En fråga/påstående togs bort i översättningsarbetet. Frågan/påståendet som togs bort var:

Which group is the best source of information and support for family members of people with schizophrenia?

- A. American Medical Association (AMA)
- B. Association of Psychologists and Psychiatrists (APAP)
- C. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- D. National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)
- E. Schizophrenia Family Association (SFA)

Frågan/påståendet togs bort eftersom svarsalternativen saknar motsvarighet i en svensk kulturell kontext. Skalan visade på god reliabilitet med ett Cronbachs alfa på 0.82, vilket anses vara högt (Compton et al., 2007).

Bipolar disorder knowledge scale (BDKS)

För att mäta MHL om bipolär sjukdom användes en översatt version av Bipolar disorder knowledge scale (BDKS). Skalan består av 25 frågor/påståenden som besvaras med antingen sant eller falskt. En poäng delas ut för rätt svar. MHL mäts slutligen genom medelvärdet, varpå ett högre medelvärde innebär högre MHL. Inga frågor/påståenden behövde tas bort. Skalan visade på god reliabilitet med ett Cronbachs alfa på 0.76, vilket anses vara högt, och med en test-retest reliabilitet på 0.84 ($p < 0.001$) (Stump & Eng, 2018).

Procedur

Bekvämlighetsurval var studiens huvudsakliga urvalsmetod. Deltagarna uppmanades vidare att sprida enkäten vidare till andra. Målgruppen för studien var unga vuxna. Unge vuxna avgränsades till åldersintervallet 18-26 år, vilket går i linje med hur psykologisk forskning ofta definierar unga vuxna.

Enkäten skickades ut på sociala medier via en länk från Qualtrics. I enkäten efterfrågades kön med svarsalternativen "man", "kvinna", "tredje kön/icke binär" och "vill inte säga". Ålder efterfrågades med svarsalternativen "18-26" och "26 +". Egen erfarenhet av dem olika diagnoserna efterfrågades med "ja" och "nej" som svarsalternativ. Exempelvis "Har du själv eller en närstående till dig Schizofreni?" eller "Har du själv eller en närstående till dig drabbats av depression?". MHL om de olika ohälsorna mättes med hjälp av standardiserade skalor. Respondenternas svar samlades in i qualtrics för att sedan överföras till Jamovi där de sammanställdes. Respondenter som svarade "26 +" inkluderades inte i studien. Ofullständiga svar uteslöts också.

Analyser

Innan data samlades in genomförde författarna ett a priori power analys test för independent samples t test med syfte att bedöma önskvärd urvalsstorlek. Programmet som användes var "G*Power" och informationen som angavs i analysen var en medelstor effektstorlek ($d = .50$), en alfavinå på $.05$ och en powernivå på 80% . Analysen föreslog ett önskvärt urval på 128 deltagare som tillräckligt för att upptäcka signifikanta effekter.

Studien fick dock bara in 46 användbara svar på grund av felaktiga åldrar och inkompleta svar. Med anledning av detta finns det en risk att studien har för lite power för att påvisa signifikanta effekter, vilket bör tas i beaktning när resultaten tolkas.

Vidare genomfördes antagandetest av normality och homogeneity of variance. I dem fall där antagandena uppfylldes genomfördes ett independent samples t test, och i de fall antagandena inte uppfylldes använde författarna sig av det icke-parametriska testet Mann Whitney.

Alla statistiska analyser av studiens data genomfördes i statistikprogrammet Jamovi.

Resultat

Deskriptiv statistik av MHL-resultat

Tabell 1 visar medelvärdet från dem fyra MHL-testerna. Medelvärdet av korrekta svar för depression var 17.7 av 22 (84.2%). Medelvärdet av korrekta svar för ångest var 16.8 av 22 (76.4%). Medelvärdet av korrekta svar för schizofreni var 13.8 av 17 (81.2%), och medelvärdet av korrekta svar för bipolär sjukdom var 18.6 av 25 (74.4%). Eftersom de olika testerna är självständiga med varierande svårighetsgrad kan inte medelvärdena jämföras sinsemellan. Det går exempelvis inte att säga att deltagarna kunde mer om depression än ångest bara för att medelvärdet är högre. Däremot går det jämföra medelvärdena från respektive test med tidigare studier som använt samma skalor (se tabell 2-5).

Tabell 1

Deskriptiv statistik av MHL-resultat

	Depression	Ångest	Schizofreni	Bipolär
<i>N</i>	46	46	46	46
<i>Maxpoäng</i>	21	22	17	25

<i>Medelvärde</i>	17.7	16.8	13.8	18.6
<i>Median</i>	18.0	17.0	14.0	18.5
<i>SD</i>	1.77	2.08	1.83	2.20
<i>Minimum</i>	13	12	9	14
<i>Maximum</i>	21	21	17	23

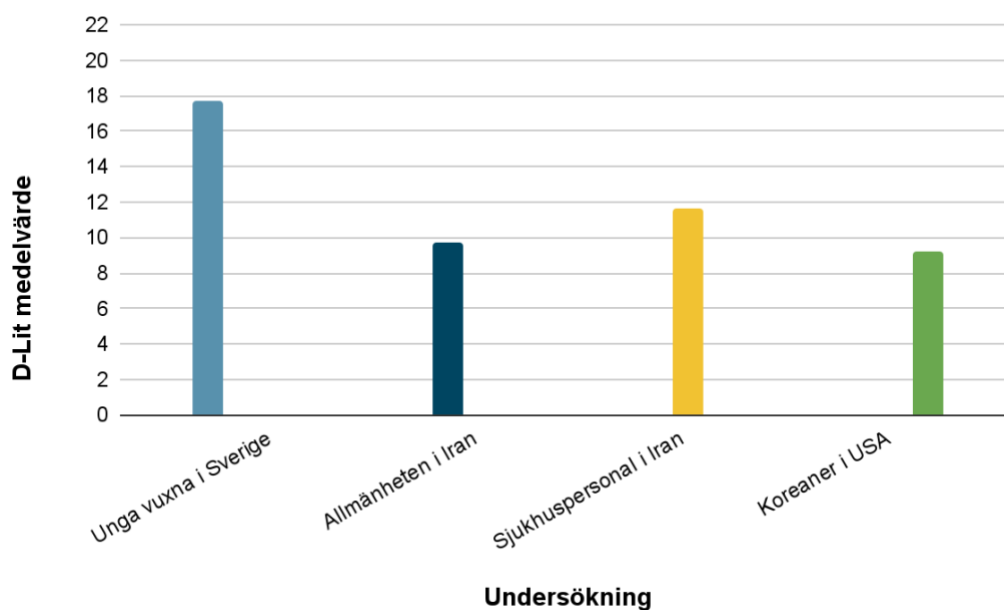
Jämförelser med tidigare studier

MHL depression

Den aktuella studiens resultat för MHL om depression jämfördes med tre tidigare studier som alla använt samma skala; D-Lit. Den första studien testade allmänheten i Iran (N=1382) (Tehrani et al., 2022). Den andra studien genomfördes också i Iran, fast på vårdpersonal (N=760) (Kheirabadi et al., 2020). Den tredje studie använde D-lit för att undersöka MHL hos koreaner bosatta i USA (N=681) (Bernstein et al., 2020). Se tabell 2 för jämförelse.

Tabell 2

Den aktuella studiens resultat för depression jämfört med tidigare studier



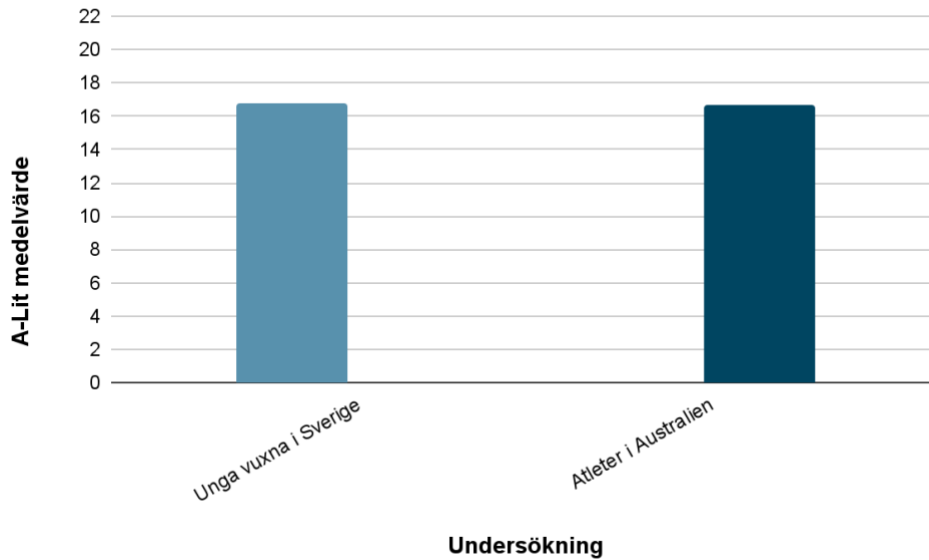
MHL ångest

Den aktuella studiens resultat för MHL om ångest jämfördes med en tidigare studie som använt samma skala; A-Lit. Inga andra studier som använt A-Lit påträffades. Den

jämförande studien testade MHL på unga atleter i Australien (N=407) (Gulliver et al., 2012).
Se tabell 3 för jämförelse.

Tabell 3

Den aktuella studiens resultat för ångest jämfört med tidigare studier

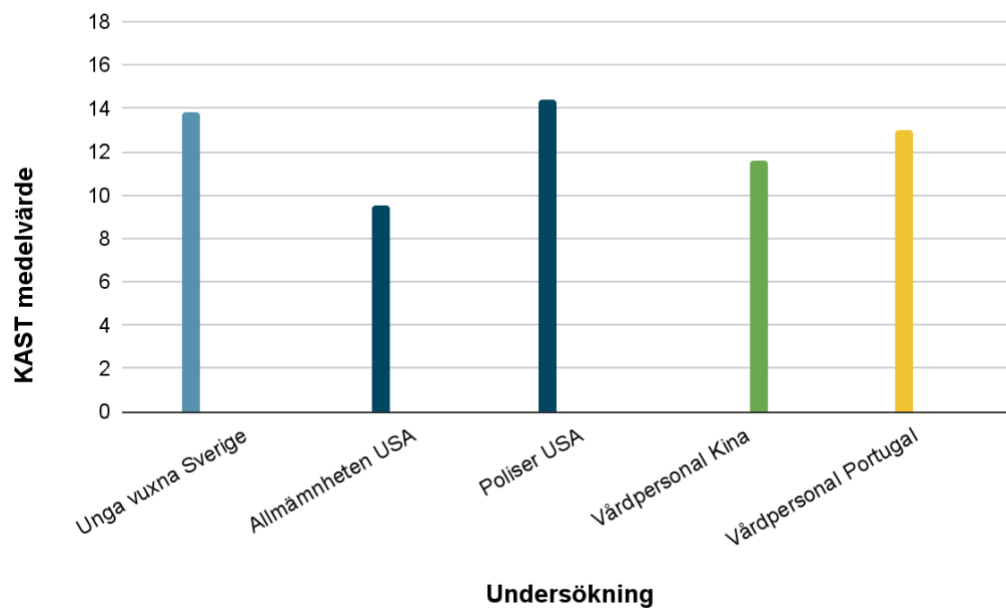


MHL schizofreni

Den aktuella studiens resultat för MHL om schizofreni jämfördes med tre tidigare studier som använt samma skala; KAST. Den första studien testade den amerikanska allmänheten (N=124), samt poliser som genomgått utbildningar i att uppmärksamma psykotiska symptom (N=170) (Compton et al., 2007). Den andra studien utfördes på vårdpersonal i Kina (N=143) (Wang et al., 2022). Den tredje studien undersökte vårdpersonal i Portugal (N=30) (Daltio et al., 2015). Se tabell 4 för jämförelse.

Tabell 4

Den aktuella studiens resultat för schizofreni jämfört med tidigare studier

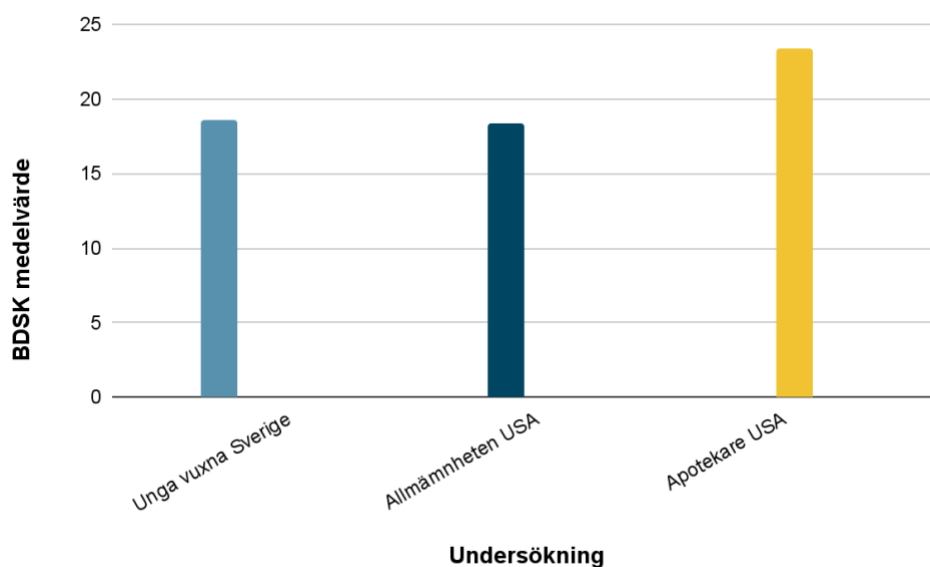


MHL bipolär sjukdom

Den aktuella studiens resultat för MHL om bipolär sjukdom jämfördes med en tidigare studie som använt samma skala; BDSK. Inga andra studier som använt BDSK påträffades. Den jämförande studien testade MHL om bipolär sjukdom på allmänheten i USA (N=252), samt på medicinutbildade apotekare (N=44) (Stump & Eng, 2018). Se tabell 5 för jämförelse.

Tabell 5

Den aktuella studiens resultat för bipolär sjukdom jämfört med tidigare studier



Skillnader mellan erfarenhet

När de olika diagnoserna jämfördes mellan grupperna som hade erfarenhet och dem som inte hade erfarenhet så uppfylldes antagandetesterna normality och homogeneity of variance ($p > 0.05$) endast i fallet för ångest. Därför kunde inte ett independent sample t test genomföras på depression, schizofreni eller bipolär syndrom, varpå ett icke-parametriskt Mann Whitney test tillämpades istället.

För tre av diagnoserna – depression, ångest och schizofreni – fick de utan erfarenhet högre medelvärden. För bipolär sjukdom gällde det motsatta; här fick de med erfarenhet högre medelvärden. Medelvärdesskillnaderna mellan grupperna är dock i dem flesta fall minimala, och i samtliga fall icke-signifikanta. Se tabell 6 för jämförelse.

Tabell 6

Resultat fördelat på egen erfarenhet av diagnoserna

Ohälsa	Erfarenhet		Ingen erfarenhet		<i>u</i>	p	Effektstorlek
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Depression*	17.7	1.84	17.8	1.1	99.5	0.93	-0.04
Ångest	16.7	2.06	18.7	1.53	-1.6**	0.12	-0.95

Schizofreni*	13.3	1.15	13.9	1.87	47	0.44	0.29
Bipolär*	18.7	1.49	18.5	2.49	219	0.76	-0.1

*Mann-Whitney U

**T-värde

Skillnader mellan kvinnor och män

När de olika diagnoserna jämfördes mellan kvinnor och män uppfylldes antagandetesterna normality och homogeneity of variance ($p > 0.05$) endast i fallet för ångest, precis som i fallet för tidigare jämförelse. Därför kunde inte ett independent sample t test genomföras på depression, schizofreni eller bipolär syndrom, varpå ett icke-parametriskt Mann-Whitney test tillämpades istället.

Kvinnorna hade signifikant högre medelvärden än männen på alla MHL-tester förutom bipolär sjukdom, där resultaten för kvinnor och män var identiska (18.6). På MHL-testet om depression fick kvinnorna ett medelvärde på 18.2 och männen 17.1, vilket innebär en medelvärdesskillnad på 1.1. För ångest var medelvärdesskillnaden något större; kvinnorna fick ett medelvärde på 17.4 kontra männens 16.0, vilket innebär en medelvärdesskillnad på 1.4. MHL-tester om Schizofreni påvisade en medelvärdesskillnad på 1.3. Kvinnorna fick ett medelvärde på 14.4 i jämförelse med männens 13.1. Se tabell 7 för jämförelse.

Tabell 7

Resultat fördelat på kön

Ohälsa	Kvinnor		Män		<i>u</i>	p	Effektstorlek
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Depression*	18.2	1.58	17.1	1.84	165	0.04	0.69
Ångest	17.4	2.15	16.0	1.67	2.44**	0.02	0.73
Schizofreni*	14.4	1.55	13.1	1.96	156	0.02	0.76
Bipolär*	18.6	2.61	18.6	1.50	250	0.88	-0.00

*Mann-Whitney U

**T-värde

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka MHL om fyra olika diagnoser: depression, ångest, schizofreni och bipolär sjukdom hos unga vuxna i Sverige (18-26 år) och jämföra resultaten med tidigare undersökningar från olika delar av världen. Vidare hade uppsatsen för syfte att undersöka om egen erfarenhet av dessa diagnoser resulterade i högre MHL och att jämföra MHL mellan kvinnor och män.

Jämförelser med tidigare studier

I jämförelse med tidigare undersökningar uppvisar unga vuxna i den aktuella studien relativt höga grader av MHL om diagnoserna depression, ångest, schizofreni och bipolär sjukdom. Allra tydligast kommer detta till uttryck i fallet för MHL om depression. Här erhåller unga svenskar märkvärdigt högre medelvärden än både allmänhet och vårdpersonal i Iran. Även i jämförelse med koreaner bosatta i USA uppvisar unga svenskar hög MHL om depression. Vad avser MHL om ångest är skillnaden mellan unga svenskar och unga atleter i Australien ytterst marginell. Angående MHL om schizofreni är skillnaderna desto större. Unga svenskar verkar ha relativt höga grader av MHL om schizofreni jämfört med allmänheten i USA, och har något högre medelvärden än vårdpersonal i både Kina och Portugal, men mindre än poliser i USA. I fallet för bipolär sjukdom hamnar unga svenskar på delad andra plats med allmänheten i USA. Högst MHL om bipolär sjukdom verkar apotekare i USA ha.

Det resultatet som utmärker sig allra tydligast är hur unga svenskars MHL om depression jämför sig med tidigare studier. Att unga svenskar har såpass mycket högre MHL om depression än både allmänhet och vårdpersonal i Iran och koreaner i USA skulle kunna bero på ålder och kulturella faktorer. Många tidigare studier har påvisat att unga människor tenderar ha högre MHL om depression än äldre människor (Reavley et al, 2014). Detta skulle kunna vara en delförklaring eftersom de andra studierna testade bredare åldersspann. Vidare har en rad studier spekulerat i att kulturella faktorer som språk, jargong och attribueringsmönster kan påverka en individs MHL. Om människor i Iran inte använder psykologiska termer som "depression" eller ser på tillståndet som en diagnos. Eller och det finns en kulturell tendens att attribuera depressiva symptom som annat än sjukdom, så är det inte orimligt att de presterar sämre på MHL-tester (Sheikh & Furnham, 2000). Det finns

också risk för en viss typ av etnocentrism när västerländska skalor används för att mäta konstrukt i andra delar av världen. Även om skalorna översätts till andra språk så är det i grunden en skala utformad för att mäta konstruktet ur ett västerländskt perspektiv.

Läsaren bör ha i åtanke att skillnaderna mellan denna studie och andra studiers resultat mycket väl kan vara ett resultat av slumpen. Den aktuella studien har ingen möjlighet att undersöka huruvida mellangruppskillnaderna är signifikanta eller ej. Vi har dessutom, i jämförande syfte, använt dem undersökningarna som funnits tillgängliga. Att jämföra unga svenskars MHL med amerikanska poliser eller unga atleter i Australien är inte i alla lägen relevant, men det kan ge en övergripande indikation på unga svenskars MHL. Det vore optimalt om det fanns tidigare undersökningar som undersökt MHL hos unga människor i samma åldersintervall i andra delar av världen med hjälp av samma mätverktyg.

MHL och egen erfarenhet

Vad avser jämförelserna mellan grupperna av dem som hade erfarenhet av diagnoserna och dem som inte hade erfarenhet påträffades inga signifikanta skillnader. Om än icke-signifikant, så går resultaten i linje med det fynd som Dahlberg et al påträffade 2008. Det är anmärkningsvärt och aningen kontraintuitivt att varken denna studie eller den av Dahlberg kunnat påvisa att erfarenhet av en diagnos leder till högre MHL om denna.

En förklaring till detta skulle kunna vara att utbildning snarare än erfarenhet ger ökad MHL, och att erfarenhet utan tillhörande utbildning inte ger högre MHL. När denna studie jämförde MHL om schizofreni med tidigare studier var poliser i USA den grupp som erhöll högst MHL – för att de hade relevant utbildning i ämnet. Detsamma gäller jämförelsen med MHL om bipolär sjukdom; här hade medicinutbildade apotekare högst MHL. Framtida forskning bör utröna skillnaden mellan erfarenhet och utbildning och se hur dessa korrelerar till MHL.

I anslutning till detta bör det framläggas att denna studie finner tydliga begränsningar i sin urvalsstorlek. I fallen för depression och ångest svarade en överväldigande majoritet att de hade erfarenhet av diagnoserna och ytterst få att de inte hade erfarenhet, vilket innebär ett mycket litet underlag för jämförelse. Ett större antal deltagare, både med och utan erfarenhet av diagnoserna, hade inneburit en högre power och att jämförelsen hade fått en ärligare chans.

MHL och kön

För MHL om depression, ångest och schizofreni hade kvinnorna signifikant högre medelvärden än männen. Kvinnorna och männen hade exakt samma medelvärde för MHL om bipolär sjukdom. En majoritet av tidigare forskning har funnit att kvinnor tenderar ha

högre MHL än män, och denna undersökning styrker den hypotesen för tre av fyra diagnoser. Dahlberg et al (2008) fann att svenska kvinnor hade signifikant högre MHL än svenska män om depression, vilket denna studie bekräftar. Utöver det fyndet föreslår denna studie att unga svenska kvinnor även har högre MHL än unga svenska män om ångest och schizofreni. Till vår kännedom är detta ny kunskap som framtida forskning med mer resurser bör utforska och bekräfta på en svensk population.

Singh et al (2022) menar att en förklaring till att kvinnor ofta har högre MHL kan bero på att män är mer generella i sitt språk när det kommer till mental ohälsa. Män använder generellare termer som "mental ohälsa" medan kvinnor är mer specifika med ord som "depression" och "ångest". Utöver språkanvändning kan en annan anledning till MHL-skillnaderna vara att män oftare än kvinnor attribuerar negativa känslor och mental ohälsa till sin omgivning. Långvarig nedstämdhet kan exempelvis attribueras till hård konkurrens på arbetet eller dålig stämning i relationer snarare än att det rör sig om en psykisk diagnos. Dessa är beteenden som leder till sämre prestation på MHL-tester (Singh et al., 2022).

Studiens begränsningar

Dem primära begränsningarna för den aktuella studien består i ett för litet urval och därför undermålig power som begränsar möjligheterna till att finna signifikanta skillnader, och bristen på randomiserat urval. En bärande orsak till att studien inte fick in tillräckligt många respondenter antas vara längden på enkäten som tog ca 20 minuter att genomföra. När vi samlade in data fanns initialt cirka hundra svar, men eftersom mer än hälften inte svarade på hela enkäten kunde dessa svar inte användas. Ofullständigt genomförande är ett vanligt problem när det kommer online-enkäter, vilket författarna var medvetna om. Studien kunde inte heller använda sig av ett randomiserat urval, vilket innebär en ytterst begränsad generaliserbarhet. Det går inte att utesluta att andra individuella faktorer står för skillnaderna mellan grupperna. Om än fyndet att kvinnor har högre MHL än män var signifikant, så kan inte studien generalisera detta till en större population utan det förblir en indikation i pilotsyfte.

En annan begränsning återfinns i mätverktygen som inte validerats för en svensk population. Även fast mycket tid och noggrannhet gick till översättningsarbetet, och trots att skalorna uppvisade god reliabilitet och validitet på andra språk, så kan inte validitet och reliabilitet garanteras för just denna studie. En annan övergripande begränsning angående mätverktygen, som inte bara gäller denna studie utan enligt vår bedömning hela forskningslandskapet för MHL, är bristen på jämförelsebarhet mellan olika studier. Många

MHL-studier bedrivs i isolation, utan förhållning till tidigare studier, ofta som ett resultat av icke-standardiserade och individuellt anpassade skalor.

Framtida forskning

Framtida forskning bör med fördel använda standardiserade, reliabla och valida mätmetoder för att jämföra MHL sinsemellan grupper och försöka ta reda på varför vissa grupper har högre MHL än andra. En förutsättning för detta är att framtida forskning också validerar standardiserade MHL-skalor på en svensk population för att fastslå huruvida skalorna är relevanta i en svensk kontext. Vidare bör man fortsatt inkludera kön och egen erfarenhet som MHL-variabler för att kristallisera om och var dessa skillnader finns. Vad avser kön behövs fler studier på svenska populationer och på flera diagnoser för att kunna cementera att dessa skillnader faktiskt föreligger. Avslutningsvis bör framtida forskning försöka utröna skillnaden och kopplingen mellan erfarenhet, utbildning och MHL.

Sammanfattning

Denna studie föreslår att unga vuxna i Sverige har höga grader av MHL om diagnoserna: depression, ångest, schizofreni och bipolär sjukdom jämfört med andra grupper i andra delar av världen. Studien menar även att unga svenska kvinnor har högre MHL än män om depression, schizofreni och ångest. Studien indikerar även att erfarenhet av en diagnos inte nödvändigtvis bidrar till ökad MHL om denna. I stället föreslår studien att utbildning kan vara en bärande faktor för ökad MHL.

Referenser

- Baker, D. W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x>
- Bale, J., Grové, C., & Costello, S. (2018). A narrative literature review of child-focused mental health literacy attributes and scales. *Mental Health and Prevention*, 12, 26–35. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2018.09.003>
- Bernstein, K., Han, S., Park, C. G., & Lee Y-M. (2020). Evaluation of Health Literacy and Depression Literacy Among Korean Americans. *Health Education & Behavior*, 47(3),457-467. doi:10.1177/1090198120907887
- Cauce, A. M., Domenech-Rodríguez, M., Paradise, M., Cochran, B. N., Shea, J. M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: A focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44–55. DOI:10.1037/0022-006X.70.1.44
- Chong, S. A., Vaingankar, J., Abdin, E., & Subramaniam, M. (2012). The prevalence and impact of major depressive disorder among Chinese, Malays and Indians in an Asian multi-racial population. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 128–136. DOI: 10.1016/j.jad.2011.11.038
- Compton, M., T., Quintero, L., & Esterberg, M., L. (2007). Assessing knowledge of schizophrenia: Development and psychometric properties of a brief, multiple-choice knowledge test for use across various samples. *Psychiatry Research*, Vol 151(1-2), 87-95. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.019>
- Dahlberg, K.M., Waern, M. & Runeson, B. (2008). Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – Investigating the role of personal experience of mental health care. *BMC Public Health* 8(8). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-8>
- Daltio, C.S., Attux, C., Ferraz, M.B. (2015). Knowledge in schizophrenia: The Portuguese version of KAST (Knowledge About Schizophrenia Test) and analysis of social-demographic and clinical factors' influence. *Schizophrenia Research*, 168(1–2), 168-173. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.07.009>
- Essler, V., Arthur, A., & Stickley, T. (2006). Using a school-based intervention to challenge stigmatizing attitudes and promote mental health in teenagers. *Journal of Mental Health*, 15, 243–250. <https://doi.org/10.1080/09638230600608669>

- Furnham, A. (2009). Psychiatric and psychotherapeutic literacy: Attitudes to, and knowledge of, psychotherapy. *International Journal of Social Psychiatry*, *55*(6), 525–537. DOI: 10.1177/0020764008094428
- Furnham, A., Cook, R., Martin, N., & Batey, M. (2011). Mental health literacy among university students. *Journal of Public Mental Health*, *10*(4), 198–210. <https://doi.org/10.1108/17465721111188223>
- Goodfellow, C., Macintyre, A., Knifton, L., & Sosu, E. (2022). Associations between dimensions of mental health literacy and adolescent help-seeking intentions. *Child and Adolescent Mental Health*. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1111/camh.12608>
- Griffiths, K., Christensen, H., Jorm, A., Evans, K., & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *185*(4), 342-349. DOI: 10.1192/bjp.185.4.342
- Gulliver A, Griffiths KM, & Christensen H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, *113*(10). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
- Gulliver, A., Griffiths, K.M., Christensen, H., Mackinnon, A., Calear, A.L., Parsons, A., Bennet, K., Batterham, P.J., & Stanimirovic, R. (2012). Internet-Based Interventions to Promote Mental Health Help-Seeking in Elite Athletes: An Exploratory Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, *14*(69). DOI: 10.2196/jmir.1864
- Hansson L, Stjernswärd S, & Svensson B. (2016). Changes in attitudes, intended behaviour, and mental health literacy in the Swedish population 2009-2014: an evaluation of a national antistigma programme. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, *134*. DOI: 10.1111/acps.12609. PMID: 27426648.
- Hasell, J., Roser, M., Ortiz-Ospina, E., & Arriagada., P. (2022). *Poverty*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/poverty>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, R., & Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, *166*(4), 182-186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Jorm, A. F., Christensen, H., & Griffiths, K. M. (2006). The public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about treatment: Changes in Australia over 8 years.

- Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 36–41. DOI: 10.1111/j.1440-1614.2006.01738.x
- Kelly, C. M., Jorm A. F., Wright A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia*, 187(7), 26-30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>
- Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *The American journal of psychiatry*, 152(7), 1026–1032. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.7.1026>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kheirabadi, D., Kheirabadi, G. R., & Tarrahi, M. J. (2021). Depression literacy and the related factors among a group of hospitals' staff in Iran. *The International journal of social psychiatry*, 67(4), 369–375. <https://doi.org/10.1177/0020764020954886>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Mezuk, B., Eaton, W. W., Albrecht, S., & Golden, S. H. (2008). Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes care*, 31(12), 2383–2390. <https://doi.org/10.2337/dc08-0985>
- O'Connor, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy--a review of scale-based measures. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 23(4), 197–204. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.910646>
- Park, E.R., Traeger, L., Vranceanu, A.-M., Scult, M., Lerner, J.A., Benson, H., Denninger, J., & Fricchione, G.L. (2013). The development of a patient-centered program based on the relaxation response: the relaxation response resiliency program (3RP). *Psychosomatics* 54(2), 165–174. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2012.09.001>.
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2012). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: Changes in Australia over 8 years. *Psychiatry Research*, 197(3), 302–306. doi:10.1016/j.psychres.2012.01.011
- Reavley, N. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2014). Development of scales to assess mental health literacy relating to recognition of and interventions for depression, anxiety

- disorders and schizophrenia/psychosis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(1), 61–69. DOI:10.1177/0004867413491157
- Roser, M., Ortiz-Ospina, E., & Ritchie, H., (2013). *Life Expectancy*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/life-expectancy>
- Roser, M., & Ortiz-Ospina, E. (2016). *Global Education*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/global-education>
- Sheikh, S., & Furnham, A. (2000). A cross-cultural study of mental health beliefs and attitudes towards seeking professional help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35(7), 326–334. doi:10.1007/s001270050246
- Singh, S., Zaki, R. A., Farid, N. D. N., & Kaur, K. (2022). The Determinants of Mental Health Literacy among Young Adolescents in Malaysia. *International journal of environmental research and public health*, 19(6), 3242. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063242>
- Stump, T. A., & Eng, M. L. (2018) The development and psychometric properties of the bipolar disorders knowledge scale. *Journal of Affective Disorders*, 238, 645-650. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.043>
- Tehrani, H. Vali, M. Nejatian, M. Moshki, M. Khorasani, E.C. Jafari, A. (2022) The status of depression literacy and its relationship with quality of life among Iranian public population: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04251-0>
- Thornicroft G. (2007). Most people with mental illness are not treated. *Lancet (London, England)*, 370(9590), 807–808. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61392-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61392-0)
- Wang, M., Zhao, M., Zhang, W., Li, W., He, R., Ding, R., & He, P. (2022). Knowledge About Schizophrenia Test: The Chinese Mandarin version and its sociodemographic and clinical factors. [inskickat för publicering]. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1819891/v1>
- Wei, Y., McGrath, P.J., Hayden, & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC Psychiatry* 15, 291 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- World Health Organization [WHO]. (2022). *Mental Disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization [WHO]. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Appendix

KAST - Knowledge about schizofreni test

1. Schizophrenia is most likely caused by:
 - A. Brain problem
 - B. Drug use
 - C. Evil spirits
 - D. Pollution
 - E. Stress

2. A common symptom of schizophrenia is:
 - A. Being overly happy and having extra energy
 - B. Overeating and weight gain
 - C. Sudden anxiety attacks
 - D. Thinking that others are watching or following
 - E. Violence, theft, or physical attacks toward others

3. The best person to decide if someone has schizophrenia is a(n):
 - A. Emergency room doctor
 - B. Family member
 - C. Preacher or Minister
 - D. Psychiatrist
 - E. School teacher

4. With treatment, the most common long-term outcome for schizophrenia is:
 - A. Complete cure
 - B. Dementia
 - C. Mild to moderate mental retardation
 - D. Relief of symptoms, with possibility of relapse
 - E. Severe mental deterioration

5. Medicines that are used for hearing voices are called:
 - A. Antibiotics
 - B. Anti-depressants
 - C. Anti-psychotics
 - D. Sedatives
 - E. Tranquilizers

6. The best place to get information about schizophrenia is from:
 - A. Books or websites
 - B. Friends
 - C. Neighbors
 - D. Newspapers

E. Preachers or ministers

7. To help deal with stress, most patients with schizophrenia benefit from:

- A. Alcohol use
- B. Counseling or psychotherapy
- C. Cutting back on social activities
- D. Pain-relief medications
- E. Physical therapy

8. The cause of schizophrenia is most likely related to:

- A. Biology
- B. Environment
- C. Family
- D. Personality
- E. Society

9. A person strongly believes that the FBI has put a computer chip in his/her body. This symptom is called a:

- A. Daydream
- B. Delusion
- C. Hallucination
- D. Phobia
- E. Worry

10. A doctor usually makes a diagnosis of schizophrenia by a(n):

- A. Blood test
- B. CAT scan
- C. Interview
- D. Reading test
- E. Urine test

11. Most people who have schizophrenia need to be in some sort of treatment for:

- A. Days
- B. Weeks
- C. Months
- D. Years
- E. Not at all

12. The best treatment for the symptoms of schizophrenia is:

- A. Medicine
- B. Operation
- C. Relaxation
- D. Strict diet
- E. Vitamins

13. People with schizophrenia benefit most from:

- A. Being put into a hospital for years
- B. Having fun or exercising
- C. Strict schedules with full-time employment
- D. Support from family/friends and low stress
- E. Vitamins, minerals, or herbs

14

- A. Drinking alcohol
- B. Genetic tendency toward developing an illness
- C. Graduating high school
- D. Personality weakness
- E. Puberty and adolescence

15 The symptoms of schizophrenia usually begin in which stage of life?

- A. As a baby
- B. Elementary school years
- C. Late teen-age years or young adulthood
- D. 40–50 years old
- E. 60–70 years old

16

A 19-year-old begins to hear voices and act paranoid several months after graduating from high school. The most likely cause of his symptoms is:

- A. Drinking alcohol
- B. Genetic tendency toward developing an illness
- C. Graduating high school
- D. Personality weakness
- E. Puberty and adolescence

17

After hospitalization, a patient with schizophrenia would benefit most from:

- A. Constant observation by family
- B. Eating more meats and breads
- C. Follow-up with a preacher or minister
- D. Follow-up with an outpatient psychiatrist
- E. Getting a full-time job and staying busy

Följande frågor besvarades med sant eller falskt.

BDKS - Bipolar disorder knowledge scale

Spending sprees can be a sign of bipolar disorder.

Bipolar disorder tends to look the same in both men and women.
 An episode of depression is required for a diagnosis of bipolar disorder.
 Manic symptoms are only caused by bipolar disorder.
 Most people with bipolar disorder don't have problems with medication side effects.
 Without treatment, people with bipolar disorder usually live healthy lives.
 Most people with bipolar disorder will be well managed on one medication.
 The employment rate is the same between people with bipolar disorder and the public.
 Genetics do not play a role in the cause of bipolar disorder.
 Once people with bipolar disorder are stabilized on medication it rarely needs to be adjusted.
 People with bipolar disorder have higher alcohol abuse than the general public.
 Symptoms of ADHD may look similar to those of bipolar disorder.
 Proper treatment will cure bipolar disorder.
 People with bipolar disorder are usually diagnosed quickly.
 Doctors can easily tell the difference between schizophrenia and bipolar disorder.
 In a manic episode, people with bipolar disorder may feel extremely happy and energetic.
 People with bipolar disorder will be depressed or manic, but never both at the same time.
 Strain on resources such as time, money, and emotions is higher for families of people with bipolar disorder than in the general public.
 Some medications used to treat seizures are also used to treat bipolar disorder.
 Lithium takes about 1–2 weeks before it reaches its max effect.
 Manic episodes are less severe than depressive episodes.
 Tremor, slurred speech, and lack of energy are side effects of lithium.
 People with bipolar disorder tend to be a danger to others.
 A head x-ray is used more often than not to help diagnose bipolar disorder.
 People who come from abusive homes are at higher risk for developing bipolar disorder.

D-lit - Depression literacy questionnaire

- People with depression often speak in a rambling and disjointed way. (False)
- People with depression may feel guilty when they are not at fault. (True)
- Reckless and foolhardy behaviour is a common sign of depression. (False)
- Loss of confidence and poor self-esteem may be a symptom of depression. (True)
- Not stepping on cracks in the footpath may be a sign of depression. (False)
- People with depression often hear voices that are not there. (False)
- Sleeping too much or too little may be a sign of depression. (True)
- Eating too much or losing interest in food may be a sign of depression. (True)
- Depression does not affect your memory and concentration. (False)
- Having several distinct personalities may be a sign of depression. (False)
- People may move more slowly or become agitated as a result of their depression. (True)
- Clinical psychologists can prescribe antidepressants. (False)
- Moderate depression disrupts a person's life as much as multiple sclerosis or deafness. (True)

- Most people with depression need to be hospitalised. (False)
- Many famous people have suffered from depression. (True)
- Many treatments for depression are more effective than antidepressants. (False)
- Counselling is as effective as cognitive behavioural therapy for depression. (False)
- Cognitive behavioural therapy is as effective as antidepressants for mild to moderate depression. (True)
- Of all the alternative and lifestyle treatments for depression, vitamins are likely to be the most helpful. (False)
- People with depression should stop taking antidepressants as soon as they feel better. (False)
- Antidepressants are addictive. (False)
- Antidepressant medications usually work straight away. (False)

A-Lit - Anxiety literacy questionnaire

- People with anxiety disorder often speak in a rambling and disjointed way. (False)
- Being easily fatigued may be a symptom of anxiety disorder. (True)
- Reckless and foolhardy behaviour is a common sign of anxiety disorder. (False)
- Irritability may be a symptom of anxiety disorder. (True)
- Bearing grudges and refusing to forgive others may be a sign of anxiety disorder. (False)
- People with anxiety disorder often hear voices that are not there. (False)
- Too much worry is the main symptom of anxiety disorder. (True)
- Tense muscles may be a symptom of anxiety disorder. (True)
- Anxiety disorder does not affect your concentration. (False)
- Having several distinct personalities may be a sign of anxiety disorder. (False)
- A dry mouth can be a symptom of anxiety disorder. (True)
- The best way of dealing with anxiety disorder is to handle it yourself. (False)
- Generalised anxiety disorder is a common cause of workplace disability. (True)
- Generalised anxiety disorder does not run in families. (False)
- Being bullied or victimized increases your risk of developing an anxiety disorder. (True)
- Antidepressants are effective treatment for anxiety disorder. (True)
- Many treatments for anxiety disorder are more effective than antidepressants. (False)
- Acupuncture is just as effective as cognitive behavioural therapy for anxiety disorder. (False)
- Reading self help books about cognitive behavioural therapy is not effective for anxiety disorder. (False)
- It's not a problem to stop taking antidepressants quickly. (False)
- Antidepressants are addictive. (False)
- Antidepressant medications usually work straight away. (False)