

# Religionen som stöd eller börda?

En kvantitativ studie kring religiositetens inverkan på ungdomars psykiska välmående i Österbotten

Tony Grankulla

Examensarbete för socionom (YH)-examen

Utbildningen för sociala området

Vasa 2022



## EXAMENSARBETE

Författare: Tony Grankulla

Utbildning och ort: Det sociala området, Vasa

Inriktningsalternativ/Fördjupning: Ungdomsarbete och metodik

Handledare: Ralf Lillbacka och Pia Höglund-Ingo

Titel: Religionen som stöd eller börda?

En kvantitativ studie kring religiositetens inverkan på ungdomars psykiska välmående i Österbotten

---

Datum: 09.11.2022 Sidantal: 31

Bilagor: 4

---

### Abstrakt

I detta arbete undersökte jag om det fanns ett samband mellan upplevt psykiskt välmående och religiositeten hos ungdomar i Österbotten. Arbetet genomfördes genom en kvantitativ metod med användning av enkäter och mätinstrumentet MHC-SF.

Syftet med detta arbete var att undersöka om religiositeten verkar ha en inverkan på ungdomars psykiska välmående i Österbotten. Ungdomarna som var med i denna studie var mellan 18–25 år, uppväxta i Österbotten och studerar vid Yrkeshögskolan Novia.

Målet med arbetet var att belysa, om religiositeten har en signifikant inverkan på ungdomars psykiska välmående i Österbotten, vare sig det är en positiv eller negativ inverkan.

I arbetet besvarades dessa fyra frågeställningar; Mår de ungdomar som är troende bättre eller sämre än de som inte är troende? Mår de ungdomar som har en religiös bakgrund bättre eller sämre än de som inte har? Mår de ungdomar som är religiöst engagerade bättre eller sämre än de som inte är? Finns det skillnader mellan könen när det kommer till dessa ungdomar?

Metoden jag använde för att besvara dessa fyra frågeställningar var att göra en enkätundersökning där jag ställde frågor gällande respondentens trosuppfattning, religiösa bakgrund, och om respondenten anser sig vara religiöst engagerade, utöver det frågade jag också upp var i Österbotten respondenten växte upp, respondentens ålder och vilken könsidentitet respondenten hade. Efter det använde jag MHC-SF som är ett mätinstrument med 14 frågor som mäter respondentens emotionella välmående samt psykisk- och social funktion.

Resultatet av undersökningen är att det inte finns en signifikant skillnad mellan de ungdomar som är troende eller icke-troende, det finns inte heller en signifikant skillnad mellan de ungdomar som har en religiös bakgrund och de som inte har och det finns ingen signifikant skillnad mellan de ungdomar som är religiöst engagerade och de som inte är. I arbetet hittades inga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor i denna undersökning.

---

Språk: svenska

Nyckelord: religiositet, psykisk hälsa, ungdomar

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Tony Grankulla

Degree Programme: Social welfare, Vaasa

Specialization: Youth work

Supervisors: Ralf Lillbacka and Pia Höglund-Ingo

Title: Religion as support or as a burden?

A quantitative study about the impact of religiousness on adolescents' mental health in Ostrobothnia

---

Date: 09.11.2022 Number of pages 31

Appendices 4

---

### **Abstract**

In this thesis I investigated whether there was a relationship between perceived psychological well-being and the religiosity of adolescents in Ostrobothnia. The thesis was carried out through a quantitative method using questionnaires and the measuring instrument MHC-SF.

The purpose of this thesis was to investigate whether religiosity seems to have an impact on the psychological well-being of adolescents in Ostrobothnia. The adolescents who took part in this study were between 18–25 years old, grew up in Ostrobothnia and studied at Yrkeskolan Novia.

The goal of the thesis was to shed light on whether religiosity has a significant impact on the psychological well-being of young people in Ostrobothnia, be it a positive or negative impact.

These four questions in my thesis were answered through my study; Are the young people who are believers feeling better or worse mentally than those who are not believers? Are the young people who have a religious background feeling better or worse mentally than those who don't? Are the young people who are religiously committed feeling better or worse mentally than those who are not? Are there any gender differences between these adolescents?

The method I used to answer these four questions was to conduct a survey where I asked questions regarding the respondent's beliefs, religious background, and whether the respondent considers himself religiously committed, in addition to that I also asked where in Ostrobothnia the respondent grew up, the respondent's age and what gender identity the respondent had. After that, I used the MHC-SF, which is a measuring instrument with 14 questions that measure the respondent's emotional well-being as well as psychological- and social functioning.

The result of the survey is that there is no significant difference between the adolescents who are believers or non-believers, there is no significant difference between the adolescents who have a religious background and those who do not, there is no significant difference between the adolescents who are religiously committed and those who are not. And there are also no significant differences between men and women in this survey.

---

Language: swedish

Key words: religiousness, mental health, adolescents

# Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
1.1	Syfte, frågeställningar och mål.....	1
1.2	Statistik om ungdomars psykiska hälsa i Österbotten i jämförelse med hela landet 2015–2020.....	2
2	Ungdomars identitetsutveckling.....	3
2.1	Mellan två psykosociala utvecklingsstadier; Erik Erikson.....	4
2.2	Kritik mot Eriksons psykosociala utvecklingsteori.....	5
2.3	Identitetsutvecklingen enligt James Marcia.....	5
2.4	Paralleller mellan religiositet och Marcias teori om identitetsutveckling.....	7
3	Religion, religiositet och andlighet.....	8
4	Psykiatrirens intresse för sambandet mellan religion och psykiskt välmående.....	9
4.1	Religiositetens inverkan på den psykiska hälsan.....	10
4.2	Religiositet och psykisk ohälsa.....	11
4.3	Studie om religiositetens inverkan på ungdomars psykiska hälsa.....	12
4.3.1	Demografisk information och socioekonomisk status.....	13
4.3.2	Children's Depression Inventory (CDI).....	13
4.3.3	Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality.....	13
4.3.4	Resultaten av denna studie.....	13
5	Teoretisk sammanfattning.....	14
6	Metod för den egna studien.....	15
6.1	MHC-SF.....	16
6.1.1	Blomstrande psykisk hälsa (Flourishing mental health).....	17
6.1.2	Tynande psykisk hälsa (Languishing mental health).....	17
6.1.3	Måttlig psykisk hälsa (Moderate mental health).....	17
7	Urval och datainsamling.....	18
8	Resultat.....	19
8.1	Troende / icke-troende.....	21
8.1.1	Skillnader mellan könen.....	22
8.2	Religiös bakgrund / utan religiös bakgrund.....	23
8.2.1	Skillnader mellan könen.....	24
8.3	Religiöst engagerade / inte religiöst engagerade.....	26
8.3.1	Skillnader mellan könen.....	27
9	Inre reliabiliteten av MHC-SF i detta arbete.....	29
10	Resultat- och slutdiskussion.....	30
11	Referenser.....	32
12	Sökningar.....	33

13	Bilagor.....	34
----	--------------	----

# 1 Inledning

I detta arbete kommer jag undersöka om det verkar finnas ett samband mellan det upplevda psykiska välmående och religiositeten hos ungdomar i Österbotten. Religionen har alltid haft och kommer alltid ha en stor samhälls inverkan. Den formar exempelvis kulturen, individers etiska och moraliska uppfattningar, samt individens levnadsvanor och gemenskap. Eftersom religionen kan ha en sådan stor inverkan, har jag valt att studera hur religionen och religiositeten påverkar ungdomarna i Österbotten.

Man kan hävda att alla ungdomar strävar att hitta sig själv och sin plats i samhället, därav är det centralt i detta arbete att behandla temat utvecklingspsykologi. Jag kommer därför lyfta fram teorier om identitetsutveckling hos ungdomar. Teorierna om ungdomarnas identitetsutveckling kommer baseras på Erik H. Eriksons psykosociala utvecklingsteori och James E. Marcias teori om identitetsutvecklandet.

En del av arbetet kommer att baseras på tidigare forskning gjord kring religionens inverkan på den psykiska hälsan hos både unga och vuxna och den studie som jag själv bedriver kommer att genomföras genom en kvantitativ metod, där jag använder mig av enkäter som går in på individens förhållande till religionen, och efter det kommer jag använda mig av mätinstrumentet *Mental Health Continuum – Short Form*, (MHC-SF), för att mäta individens psykiska hälsa.

Med detta arbete ska jag ta reda på hur de religiösa ungdomarna och de ungdomar med en religiös bakgrund, mår i förhållande till de ungdomar som anser sig vara icke-religiösa och ungdomar som inte har en religiös bakgrund.

## 1.1 Syfte, frågeställningar och mål

Arbetets syfte är alltså att undersöka om religiositeten verkar ha en inverkan på ungdomars psykiska välmående i Österbotten. Ungdomarna som kommer vara med i denna studie är personer i åldrarna 18–25 år. Orsaken till att Österbotten kan vara ett intressant område för detta arbete är på grund av att Österbotten är landskapet där de finlandssvenska väckelserörelserna såsom laestadianismen, den evangeliska rörelsen, kyrkans ungdom, luthersk inremission och Oas-rörelsen har sitt största understöd (Evangelisk-lutherska kyrkan i Finland, u.å.).

Detta arbete har fyra frågeställningar som ska undersökas:

- Mår de ungdomar som är troende bättre eller sämre än de som inte är troende?
- Mår de ungdomar som har en religiös bakgrund bättre eller sämre än de som inte har?
- Mår de ungdomar som är religiöst engagerade bättre eller sämre än de som inte är?
- Finns det skillnader mellan könen?

Målet med detta arbete är att det ska belysa, om religiositeten har en signifikant inverkan på en ungdoms psykiska välmående i Österbotten, vare sig det då är en positiv eller negativ inverkan.

## **1.2 Statistik om ungdomars psykiska hälsa i Österbotten i jämförelse med hela landet 2015–2020**

På basen av statistik från Sotkanet (Statistik och indikatorbanken Sotkanet) om antalet ungdomar som har fått rehabiliterande psykoterapi i Österbotten och jämföra det med resten av landet, kan man få en preliminär inblick i hur ungdomarna ser ut att må i Österbotten. Statistiken nedan är *personer i åldrarna 18–24 år som har fått rehabiliterande psykoterapi / 1000 i samma åldrar*. Orsaken till att jag inte har statistik från åldrarna 18–25 år, är för att Sotkanet har kategoriserat åldrarna på detta sätt.

Man behöver dock vara medveten om att det kan finnas en hel del störfaktorer som kan inverka på detta resultat. Exempelvis benägenheten att söka professionell hjälp, eller ifall det skulle finnas något område, eller områden i Finland där väldigt många personer i denna ålder har sökt professionell hjälp, som skulle leda till att andelen ungdomar som har fått rehabiliterande psykoterapi i hela landet skulle öka markant. Det finns även en möjlighet att det kan kulturellt anses vara ett tecken på svaghet på något visst område, vilket också skulle visa en felaktig bild av resultatet.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Österbotten	totalt	7,1	9,1	8,0	8,8	9,4	10,3

*Bild 1. Personer i åldrarna 18–24 år som har fått rehabiliterande psykoterapi / 1000 i samma åldrar, i Österbotten (Statistik och indikatorbanken Sotkanet [2020-09-25].)*

		2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hela landet	totalt	10,5	11,6	12,6	14,6	16,1	18,4

*Bild 2. Personer i åldrarna 18–24 år som har fått rehabiliterande psykoterapi / 1000 i samma åldrar, i hela landet (Statistik och indikatorbanken Sotkanet [2020-09-25].)*

Man kan se i statistiken att det verkar bli vanligare under de närmsta åren att personer får rehabiliterande psykoterapi, men det kan också bero på att tröskeln för att söka professionell hjälp kan ha blivit lägre under de senaste åren. Man kan också se att ungdomar i Österbotten andelsmässigt fått mindre rehabiliterande psykoterapi i jämförelse med hela landet. Detta är ingen definitiv indikation på att ungdomar mår bättre i Österbotten i jämförelse med resten av landet, eftersom det finns många faktorer som kan inverka på detta resultat, och eftersom det kan finnas många som har problem med sitt psykiska välmående som inte söker hjälp i andra delar av landet, men statistiken visade att ungdomarna i Österbotten inte har fått lika mycket rehabiliterande psykoterapi i jämförelse med hela landet.

## 2 Ungdomars identitetsutveckling

Under tonåren och ungdomstiden går man genom en stor del av sin identitetsutveckling. Eftersom religionen kan inverka på en individs synsätt, perspektiv och värderingar, kan man hävda att det är mycket relevant ämne att gå in på till detta arbete. I detta arbete har jag valt att använda mig av Erik Eriksons psykosociala utvecklingsteori samt James Marcias teori om identitetsutveckling för att beskriva identitetsutvecklingen hos ungdomar.



## 2.1 Mellan två psykosociala utvecklingsstadier; Erik Erikson

Erik H. Erikson var en tysk-amerikansk psykoanalytiker som är känd för bland annat sin teori om psykosocial utveckling, som går ut på att personligheten utvecklas genom en serie av olika kriser som man måste överkomma och internalisera för att förbereda sig före nästa kris eller så kallade utvecklingsstadier. (Britannica, 2021)

Enligt Erik Eriksons psykosociala utvecklingsteori, går en människa genom åtta av dessa utvecklingsstadier eller kriser under sitt liv. Den femte och sjätte utvecklingsstadierna är ungefär mellan åldrarna 12–18 samt 18–40, men som tidigare nämnt kan de variera beroende på hur man har klarat av det tidigare utvecklingsstadiet. (McLeod, 2018) Därav kan man utgå ifrån att båda utvecklingsstadier kan vara relevanta och aktuella för ungdomar mellan 18–25 år. Dessutom skulle det sjätte utvecklingsstadiet även vara relevant, eftersom dessa utvecklingsstadier är ganska nära på varandra.

I det femte utvecklingsstadiet mellan 12–18 år, som i Eriksons psykosociala utvecklingsteori kallas *Identitet eller Identitetsförvirring*, utforskar ungdomar vem de är som individer, och försöker etablera sin självuppfattning och identitet genom att intensivt utforska deras värderingar, vad de tror på, samt vad deras mål är. Det är vanligt att man detta stadie experimenterar med olika livsstilar, genom arbeten, utbildning eller politiska aktiviteter. I detta stadie hör det också till att ungdomen lär sig de roller som han eller hon kommer uppta som en vuxen person, och det görs genom att ungdomen börjar undersöka sin identitet för att ta reda på vem han eller hon egentligen är. Under detta stadie formar ungdomen sin identitet utgående från vad de har utforskat, men ifall man inte känner sig säker över sig själv eller ens plats i samhället, kan det leda till identitetsförvirring. (McLeod, 2018) Detta stadie behöver man genomgå och överkomma för att kunna övergå till nästa stadie som ofta sker mellan åldrarna 18–40 år, *Närhet eller isolering*, Det sjätte utvecklingsstadiet.

Närhet eller isolering kallas det sjätte utvecklingsstadiet i Eriksons psykosociala utvecklingsteori och den går ut på att forma intima och kärleksfulla relationer med andra personer. Under detta stadie börjar man utforska relationer som leder till en mera långsiktig förbindelse till andra personer utanför sin egen familj. En framgång i detta utvecklingsstadium kan resultera i lyckliga relationer och en känsla av förbindelse, säkerhet och omsorg i ett förhållande, men ifall man undviker intimitet

och är rädd för att förbinda sig till någon annan eller att förbinda sig till en relation kan det leda till isolering, ensamhet och ibland även depression. (McLeod, 2018)

Det femte utvecklingsstadiet är aktuella för ungdomar i åldrarna 18–25 och fungerar som en kris man kämpar med för att utvecklas. Utvecklingsstadiet *närhet eller isolering* kan dock vara ett utvecklingsstadium som en person inte kommer överkomma eller gå genom under ungdomstiden, eftersom det för många i denna ålder inte är en relation man söker efter. Det kan istället vara viktigt för personen att först hitta sig själv, eller på grund av att man helt enkelt inte är intresserad av att ha en sådan relation.

## 2.2 Kritik mot Eriksons psykosociala utvecklingsteori

Eriksons psykosociala utvecklingsteori har inte undgått kritik, eftersom forskningar som har gjorts kring genuskillnader ifrågasätter några påståenden om progressionen från identitet till intimitet. Det finns också en risk med att tolka denna teori på ett förenklat sätt, och det är att man ser utvecklingsstadierna som kronologiskt fasta och oföränderliga. Fast man har ett kritiskt synsätt till denna teori behöver det dock inte innebära att man tar avstånd helt och hållet från teorin. (Parrish. 2009, s. 97–98)

Därför tog jag ställning till detta i föregående kapitel, när det kom till det sjätte utvecklingsstadiet *närhet eller isolering*, eftersom teorin kan anses vara långt ifrån "vattentät" i dagens värld när man jämför den med annan nyare forskning. Som tidigare poängterat kan man ändå få en djupare och mera meningsfull förståelse om en människas psykologiska utveckling, genom att också belysa teorier som har gjort upp grunden för nyare forskning.

## 2.3 Identitetsutvecklingen enligt James Marcia

James Marcia byggde på Eriksons teori om identitetsutveckling, men satte tonvikten på att identitetsutvecklingen kommer från ställningstaganden och utforskande. Marcia hävdar att ungdomarna behöver ta ställning till stora livsfrågor gällande exempelvis yrkesval och övertygelser. Utifrån hur mycket de har utforskat sina

ställningstaganden kan ungdomarna delas in i dessa fyra olika grupper. (Hwang & Nilsson, 2011 s. 313)

*Fullbordad identitet:* I detta fall har ungdomarna etablerat en sammanhängande känsla av identitet, genom att ha prövat olika roller och tagit ställning till dem. Enligt Marcia är denna grupp av individer de som har den mest mogna och utvecklade identitetsnivån. Vad som kännetecknar dessa individer är att de reflekterar över sina handlingar och mål, och kan även ändra dem ifall det behövs.

*Moratorium:* Ungdomarna i denna grupp är i en process där de utforskar och experimenterar, men de har ännu inte lyckats göra några definitiva ställningstaganden. Dessa ungdomar beskriver Marcia som osäkra och känsliga, de har också tendens att bli osams med sina familjemedlemmar. Ungdomarna i denna grupp växlar mellan att vara upproriska och medgörliga. Denna process kan ses som en övergångsfas före man kommer till en fullbordad identitet, men ibland kan denna process vara problematiskt lång.

*För tidig identitet:* I detta fall har ungdomarna gjort sina ställningstaganden utan att ha gjort utforskat tillräckligt. Det som kännetecknas till dessa ungdomar är att de är väldigt bestämda i sina åsikter och besitter en stark jagkänsla, trots detta anser Marcia att de har en svag identitet och är sårbara när det kommer till framtida livskriser. Ofta i detta fall har dessa ungdomar okritiskt övertagit föräldrars eller andra auktoritetens värderingar. Dessa värderingar är ofta konservativa och ibland även rigida. Vad som också kännetecknar dessa ungdomar är att de står sina familjer nära, men brukar ha svårt att skilja ut sig från dem. Ungdomar i denna grupp har också en tendens att bara skapa ytliga relationer till andra.

*Identitetsförvirring:* Ungdomarna i denna grupp undviker att utforska olika roller och perspektiv, de har dessutom inte heller hittat giltiga värderingar att göra till sina egna. Ungdomar och individer som är i denna grupp kan lida av ensamhet och vara utan en verklig självupplevelse, medan vissa tycks flyta genom livet på ett bekymmerslöst och oengagerat sätt. Vad som är utmärkande med denna grupp är att de är sämre psykiskt anpassade i jämförelse till de andra tre grupperna. (Hwang & Nilsson, 2011 s. 313–315)

## 2.4 Paralleller mellan religiositet och Marcias teori om identitetsutveckling

En ungdom som har en religiös bakgrund kan ha tagit en stor del av sina ställningstaganden på basis av religiösa övertygelser som är inlärd hemifrån, utöver det kan också utforskningarna som ungdomen gjort varit inom en viss religiös gemenskap eller långt utifrån. I detta underkapitel kommer jag sätta fram ett hypotetiskt exempel för alla fyra grupper på hur de olika grupperna som Marcia har lagt fram kan hänga ihop med religiositet.

*Moratorium:* Ungdomen är osäker på sin trosuppfattning, därav utforskar ungdomen olika religioner och trosuppfattningar, genom att läsa om olika religioner, och religiösa gemenskaper. Ungdomen kanske deltar i olika nya religiösa upplevelser, eller söker sig till icke-religiösa kretsar från att tidigare inte ha gjort det. Ungdomen försöker alltså hitta sig själv genom att utforska för att försöka göra ställningstaganden om sin trosuppfattning.

*Fullbordad identitet:* Ungdomen har utforskat olika religioner och trosuppfattningar, till följd av att vara osäker på sin trosuppfattning. Genom att ha utforskat och provat delta i olika religiösa upplevelser, har ungdomen kunnat ta flera ställningstagande gällande trosuppfattningar, värderingar och om hen känner samhörighet i en religiös gemenskap eller inte.

*För tidig identitet:* Denna ungdom har gjort ställningstaganden gällande tro och värderingar som kommer från sin religiösa övertygelse, utan att utforska tillräckligt. Ungdomen har väldigt starka åsikter gällande dessa värderingar och blir upprörd och defensiv när någon ifrågasätter hens trosuppfattning eller värderingar.

*Identitets förvirring:* Denna ungdom vill inte utforska eller tänka på något gällande religion, ungdomen känner inte samhörighet i den religiösa gemenskap som hen hör till, men vill inte heller utforska nya gemenskap eller trosuppfattningar utanför den som hen har växt upp med. Denna ungdom kan känna sig ensam och obekvämt med den religiösa gemenskapen som hen hör till. Denna ungdom kan också bara vara helt oengagerad till dessa saker och följa med strömmen, utan att ifrågasätta något.

### 3 Religion, religiositet och andlighet

För att kunna överhuvudtaget forska kring detta arbetes tema, om religiositetens eventuella inverkan på ungdomars psykiska hälsa, så måste man först ställa frågorna; *Vad är religion?* samt *Vad anses med religiositet?* Geels och Wikström (2006) beskriver två huvudstrategier för att definiera religionen. Den ena strategin man kan använda sig för att definiera religion, är att använda sig av en substantiell religionsdefinition. Den substantiella religionsdefinitionen innebär att man försöker konkret bestämma vad religionen är. Den andra religionsdefinitionen man kan använda sig av är en funktionell religionsdefinition, som i stället fokuserar på vad religionen gör. En funktionell religionsdefinition innebär att man beskriver religionens betydelse för ett samhälle eller en individ, exempelvis att svara på existentiella frågor och göra upp ett motivationssystem för en förändring av samhället.

Ett exempel på en substantiell religionsdefinition kommer från en religionspsykolog vid namnet av James Bisset Pratt. Enligt hans definition är religionen den sociala attityden som individer eller grupper på allvar har gentemot en makt eller flera makter som de uppfattar som suveränt reglerar deras intresse eller öde (Geels & Wikström, 2006, s.18–19). Religionsuppfattningar eller trosuppfattningar kan också sättas in i olika kategorier, beroende på deras uppfattning av en eller flera högre makters roll och existens. En monoteistisk religionsuppfattning innebär i allmänhet att man bara tror på en gud och en polyteistisk religionsuppfattning innebär att man tror att det existerar flera gudar (Baaren, u.å.). Ateism innebär i allmänhet, en kritik eller förnekande till en metafysisk tro på en högre makt eller andra spirituella varelser och agnostiker förnekar inte möjligheten att det kan vara så, de besvarar frågan om det finns högre makter eller inte, med att vi ännu inte vet eller kommer aldrig veta (Nielsen, u.å.).

I detta arbete har jag bestämt att använda mig av en substantiell religionsdefinition, eftersom den kommer vara mera tydlig och relevant att använda sig av till detta arbete. Jag kommer också räkna ateistiska och agnostiska religionsuppfattningar som icke-religiösa i detta arbete, fastän man kan hävda att dessa individer också kan anses som religiösa i vissa anseenden. Den religionsuppfattningen som James Bisset Pratt formulerade utesluter också dessa som religiösa, eftersom både ateister och agnostiker inte erkänner en eller flera högre makter som suveränt

reglerande över deras öde eller intresse, fastän agnostiker inte utesluter möjligheten till att det kan vara så. Orsaken till att göra denna avgränsning är också för att det är mera relevant till detta arbete.

I detta arbete har jag använt mig av Svenska Akademiens ordlista för att definiera ordet religiositet. Enligt Svenska Akademiens ordlista betyder ordet *religiositet* helt enkelt "det att vara religiös". (SAOL, 2015.) Svenska Akademiens ordlista definierar ordet *Religiös* som ett adjektiv för att vara *troende, gudfruktig, from; som har att göra med religion*. (SAOL, 2015). När begreppen religiositet och religiös används i detta arbete, använder jag mig av dessa två definitioner från Svenska Akademiens ordlista.

#### **4 Psykiatrins intresse för sambandet mellan religion och psykiskt välmående**

År 1968 skrevs en rapport med rubriken *The Psychic Function of Religion in Mental Illness and Health* av *Group of the Advancement of Psychiatry*. I rapporten observerades det att religiösa inslag ofta uppkom under psykoanalyser, och att religionen kan både användas på både ett psykiskt hälsosamt och psykiskt ohälsosamt sätt. Intresset för att hitta sambandet mellan religion och psykologi har funnits redan sen början av 1800-talet och under 1900-talet hade intresset fortsatt. Intresset för religionens inverkan fortsatte också under slutet av 1900-talet, fastän psykiatrin gick genom en stor förändring när det psykoanalytiska tillvägagångssättet blev irrelevantare, på grund av det nyfunna intresset för neurovetenskaper och psykofarmakologi. Orsaken till att psykoanalyser blev irrelevantare, berodde på att man kunde effektivare behandla psykiska störningar med psykofarmaka.

I den tredje utgåvan av DSM (*the Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association*), framkom det ofta i ordlistan exempel av psykopatologi som har religiöst innehåll. Vissa hävdade att DSM gjorde detta taktiskt för att föreslå att religiösa inslag ofta karakteriserar mental ohälsa. Många forskare kritiserade DSM för att främja en partiskhet mot religion. År 1990 hade dessutom *American Psychiatric Association* tagit ställning till en möjlig konflikt mellan en psykiaters religiösa engagemang och psykiaterns arbete, I detta ställningstagande fördömde *American Psychiatric Association* att använda sig av psykiatrin för att främja ett visst religiöst eller politiskt system för värderingar. I DSM-IV uppkom det dock en ny diagnoskod, som fick namnet *Religiösa eller andliga problem*, den kunde användas

ifall en person söker klinisk hjälp för att de upplever bekymmer till följd av att ha konverterat, tappat sin tro eller på grund av tvivel av sina andliga värderingar, på detta sätt försökte DSM-IV erkänna vikten av religionen i folks liv, och undvika partiskhet mot religionen i psykiatriska diagnoser. (Thielman, 1998, s.17–18). Under 1900-talet kan man alltså se att religionen har varit ett stort intresse för psykiatrin, men också att religionen inte alltid har visats i ett positivt ljus inom psykiatrin.

#### **4.1 Religiositetens inverkan på den psykiska hälsan**

I Amerika har man sett en stor mängd empiriska studier som påvisar att religion och andlighet kan vara väldigt viktiga för att kunna hantera allvarliga sjukdomar och smärta, samt för att tillfriskna från sjukdom och för att förhindra bland annat självmord, droganvändning, hjärtsjukdom och högt blodtryck. Genom dessa studier har man kunnat kliniskt bevisa att religionen kan ha en stor positiv inverkan. (Post, 1998, s.21)

I den andra utgåvan av Koenig, King & Carsons *Handbook of religion and Health* har det gjorts noggranna systematiska granskningar av studier som har blivit gjorda kring religion och mental hälsa före 2000-talet fram till år 2010. Genom studier som har granskats har man sett att utöver religiositetens förmåga till att ge stöd för att kunna hantera en allvarlig sjukdom, har det påvisats att det finns en positiv inverkan hos individer som deltar i religiösa aktiviteter, när det kommer till ett socialt skydds nät, sociala kontakter och socialt stöd. Genom 74 olika studier som har blivit gjorda före både före 2000-talet och efter, påvisades att 61 av dessa studier visade en signifikant positiv korrelation mellan religiositet och bättre socialt skydds nät. Dessa positiva korrelationer mellan religionen och socialt stöd har lett till att vissa har ifrågasatt om religionens påverkan på välmående bara handlar om det sociala stödet och inte själva religionen. Det finns dock flera studier som har blivit kontrollerade för socialt stöd och där har man ändå sett en korrelation mellan religiöst engagemang och välmående. Genom studierna som har blivit gjorda påvisades det att sociala stödet bara stod för 15% av religionens positiva inverkan på individer med depression. Flera studier har också visat ett samband mellan religiöst engagemang och bättre självkänsla särskilt hos äldre, men man har även sett i studier gjorda på senare tid att det finns ett samband mellan religiöst

engagemang och bättre självkänsla i grupper såsom stressfyllda ungdomar i skolan och etniska minoriteter. (Koenig, King & Carson, 2012 s. 128–129)

Flera studier har blivit gjord kring sambandet mellan religion och depression. I 272 tvärsnittsstudier som Koenig m.fl. granskade hade man i 63% av studierna funnit omvända förhållanden mellan religiositet/andlighet och depression eller depressiva symptom, i 6% av studierna visade det sig dock att de som var mera religiösa hade mer depressiva symptom. Många studier har också gjorts kring religion och ångest. Sedan 2000-talet har Koenig m.fl. funnit i 222 studier att i 47% av studierna fann man omvända förhållanden mellan religiositet/andlighet och ångest, i 10% av studierna fann man dock positiva samband mellan religiositet/andlighet och ångest. (Koenig, King & Carson, 2012 s. 303–304)

Koenig m.fl. har också funnit 32 studier kring sambandet mellan optimism och religiöst engagemang, i 26 av dessa 32 studier, som utgör 81% av studierna, indikerades det att optimism är vanligare hos individer som är mer religiöst engagerade. (Koenig, King & Carson, 2012 s. 302)

## 4.2 Religiositet och psykisk ohälsa

Religionen kan också ha en negativ inverkan på en individs psykiska hälsa i vissa fall. I Koenig, King & Carsons *Handbook of Religion and Health* ställer de tre hypoteser kring hur religiositeten också kan ha en negativ inverkan på en individs psykiska hälsa

En hypotes som gjordes var att överdrivet utövande av religionen kan leda till att man missköter sina uppgifter på jobbet eller olämpligt beteende på arbetsplatsen, Det kanske även leder till att man förolämpar sina kollegor och tar avstånd från dem. Det överdrivna utövande av religionen kan också resultera i att man försummar sina familjerelationer genom att spendera mesta av sin tid på exempelvis kyrkorelaterade aktiviteter istället för att vara där för sin familj. Detta kan leda till flera spänningar och konflikter i familjerelationer, särskilt om det religiösa utövandet är mycket viktigare för den ena parten, än för den andra. Ett annat problem som kan uppstå i relationerna är feltolkning av religiösa texter exempelvis att man tar dem ur sitt sammanhang, som kan rättfärdiga våld mot sin icke underlägsna partner eller



rättfärdiga misshandel av sina barn. Den sista saken som nämns till denna kategori är att det överdrivna utövande av religionen kan leda till att man skapar ett omåttligt emotionellt beroende till en religiös ledare och att man därav tar avstånd från familj och vänner. (Koenig, King & Carson, 2012 s.311)

En annan hypotes som ställdes var att religion i vissa fall kan leda till svart-vitt tänkande, med ett överdrivet beroende av regler och lagar, utan att man tar hänsyn till andras individualitet och autonomi. Vissa känsliga individer kan även drabbas av en överdriven oro över både "riktiga" och "påhittade" synder som illvilliga religiösa ledare kan använda sig av för att kontrollera och styra individer. Religionen kan också användas för att döma andra, uttrycka sin ilska, samt utesluta och frysa ut andra som inte har likadana övertygelser som en själv. (Koenig, King & Carson, 2012 s.311)

I den tredje och sista hypotesen som ställdes var att när man förlitar sig för mycket på religiösa ritualer och rådgivning kan det leda till att man inte söker nödvändig behandling för sina psykiska problem, vilket kan leda till att eventuella psykiatriska problem kan förvärras. Religiösa personer kan vara kluven till att ta antidepressiva eller ångestlindrande läkemedel, eftersom de anser att deras religiösa tro ska vara tillräcklig för att överkomma emotionella problem. Religiositeten kan ofta hjälpa till att förmildra mild till måttlig depression och ångest, men när de kommer till allvarigare psykiatriska problem behövs det oftast professionell hjälp och psykofarmaka. Det är möjligt att kyrkobaserade rådgivare i vissa fall inte hänför patienter till professionella i tid, vilket i värsta fall kan leda till självmord eller mord. (Koenig, King & Carson, 2012 s.311–312)

### **4.3 Studie om religiositetens inverkan på ungdomars psykiska hälsa**

Under skolåret mellan 2000–2001 i södra New England i USA gjordes en studie kring religiositet och depressiva symptom hos ungdomar. Denna studie var en del av ett större projekt där man utforskade utvecklingen av personligheten och motivationen hos ungdomar. Medelåldern av respondenterna i denna studie var 13.06 år. Denna studie använde sig av tre mätningar, *Demografisk information och socioekonomisk status*, *Children's Depression Inventory (CDI)* och *the Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality*.

#### **4.3.1 Demografisk information och socioekonomisk status.**

I denna studie samlade man på sig information om respondenternas ålder, kön, etnicitet. För att mäta sig av socioekonomisk status använde man sig av skolornas register för att ta reda på om respondenterna hade behörighet till gratis eller billigare lunch, eftersom elever hade behörighet att få det ifall familjens inkomst var mindre än 185% av den federala fattigdomsgränsen i USA.

#### **4.3.2 Children's Depression Inventory (CDI)**

Children's Depression Inventory, eller CDI, är en modifikation av Beck Depression Inventory, som är designat för att mäta symptom av depression hos barn och ungdomar mellan åldrarna 7–17 år. Frågorna som ställs i detta instrument kan man svara på från en skala 0–2. I testet kan respondenten få mellan 0–54 poäng, desto högre poäng respondenten får i denna mätning, ju mera depressiva symptom har respondenten.

#### **4.3.3 Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality**

Denna multidimensionella mätning av religiositet är en skala med 54 objekt som utvecklades för att utforska olika viktiga dimensioner av religion och andlighet, samt hur de inverkar på fysiskt- och psykiskt välmående. Denna mätning har ett brett urval som går genom 14 olika områden inom religiositet och andlighet. I denna specifika studie använde man sig av fem olika dimensioner. De fem dimensionerna var: självrankad religiositet, eget utövande av religion (exempelvis bön), involverande av formell religiös institution (exempelvis hur mycket man besöker kyrkan), och slutligen positivt religiöst stöd samt negativt religiöst stöd.

#### **4.3.4 Resultaten av denna studie**

Resultaten av denna studie visade att den interpersonella religiösa erfarenheten (positivt- och negativt religiöst stöd) var den enda av de fem dimensionerna som hade en signifikant inverkan på depressiva symptom. Respondenter med erfarenheter av positivt religiöst stöd hade mindre depressiva symptom och respondenter med erfarenheter av negativt religiöst stöd hade mera depressiva symptom. Studien visade också att dessa dimensioner hade "liknande inverkan på både ungdomar och vuxna". I denna studie fann man inga skillnader mellan etnicitet

och kön när det kom till religiositetens inverkan på depressiva symptom hos dessa ungdomar. (Pearce, Little & Perez, 2003, s.267–275)

## 5 Teoretisk sammanfattning

Ungdomstiden kan för många vara turbulent och utmanande tid, till följd av olika förändringar, utvecklingskedan, och ställningstaganden man behöver ta. Eftersom man ofta är känsligare för dessa saker under ungdomstiden är det viktigt att man får det stöd man behöver för att kunna utvecklas i en sund och hälsosam riktning. Därav kan man anse att religionen är ett viktigt område att forska i, eftersom den kan ha sådan stor inverkan på etiska uppfattningar samt socialt och emotionellt stöd. Särskilt när man är i mitten av sin identitetsutveckling och gör olika utforskningar för att hitta sig själv och förstå vem man är och vilka roller man har eller vill ta på sig i denna värld.

Genom de forskningar som togs upp i detta arbete kunde man se att religionen både kan ha en positiv inverkan på en individs psykiska hälsa, men att den också i vissa fall kan ha en negativ inverkan. Till stor del kan det handla om att man upplever sig få ett positivt stöd från religionen vare sig det då handlar om den sociala gemenskapen eller inte, samt att man känner att de värderingar som finns inom religionen instämmer med de värderingar man själv har.

Religionens inverkan på den psykiska hälsan har varit ett intresse område inom psykiatrin redan i början av 1800-talet, men det kan vara ett väldigt övergripande och svårt ämne att studera, på grund av så många olika faktorer som kan inverka på det. Vad man dock kan ganska tydligt se i de olika forskningarna som har tagits upp i arbetet är att det religiösa sociala stödet kan ha en betydande inverkan på en individs psykiska hälsa.

## 6 Metod för den egna studien

I detta arbete använde jag mig av en kvantitativ metod, med hjälp av enkäter. Enkäterna innehöll frågor gällande respondentens religiösa bakgrund, om respondentens trosuppfattning, var respondenten var bosatt, kön och ålder samt om respondenten anser sig vara religiöst engagerad. För att ta reda på ungdomens religiösa bakgrund använde jag mig av frågan: *Har du växt upp i ett hem där religionen har varit viktig*. Där kunde respondenten svara *Ja*, *Nej* eller *Jag vet inte*.

För att ta reda på respondentens trosuppfattning frågade jag *vilken av dessa trosuppfattningar har du?* där svarsalternativen var:

- *Jag tror på en gud*
- *Jag tror på flera gudar*
- *Jag anser man inte kan veta dessa saker, förnekar dock inte möjligheten att det kan finnas högre makter som styr över oss*
- *Det finns ingen högre makt eller makter som styr över oss*

Jag frågade efter respondentens ålder, där man kunde svara *18–19 år*, *20–22 år* eller *23–25 år*. Det gjordes för att försöka säkerställa att ingen som svarade var under 18 år eller över 25 år. Jag blev dock medveten om att åtminstone en person hade svarat på enkäten som var över 25 år, eftersom personen hade skickat ett mail till mig där hen förklarade att hen ville vara med i studien men var över 25 år så personen klickade i boxen *23–25 år* som var den närmaste. Personen hade alltså missförstått att studien bara gällde personer i åldrarna 18–25 år. Eftersom alla enkäter var anonyma kunde jag inte veta vilken av de ifyllda enkäterna som tillhörde personen i fråga, därav kunde jag inte ta bort den.

Jag använde mig av samma metod för att säkerställa att respondenten hade växt upp i Österbotten, genom att de behövde svara på frågan var i Österbotten de växte upp, svaren man kunde välja på i denna fråga var en av alla kommuner i Österbotten.

Jag frågade också upp i enkäten respondentens kön där man kunde svara att man är *man*, *kvinn*a eller att man har en *annan könsidentitet*.

För att ta reda på om en respondent är religiöst engagerad använde jag mig av frågan *Anser du dig vara religiöst engagerad (t.ex att du deltar i aktiviteter inom en församling)*, där kunde man svara *Ja, Nej* eller *Jag vet inte*.

Efter dessa frågor är besvarade i enkäten kommer mättningsprogrammet *Mental Health Continuum – Short Form* (MHC-SF) med i bilden. Detta mättningsprogram är till för att undersöka individens upplevda psykiska välmående

## 6.1 MHC-SF

MHC-SF är ett mättningsprogram som fokuserar på förekomsten av positiva känslor som tangerar det *emotionella välmåendet*. Den fokuserar också på positiv funktion i en individs liv, vilket tangerar det *psykiska välmåendet* och slutligen en individs sociala funktion, vilket tangerar det *sociala välmåendet*. MHC-SF innehåller 14 frågor, tre av frågorna fokuserar på det emotionella välmåendet, sex av frågorna fokuserar på det psykiska välmåendet och fem av dessa frågor fokuserar på individens sociala välmående. På dessa 14 frågor svarar respondenterna med att välja på sex svar om hur de har känt och upplevt att någonting har varit under den senaste månaden. Svaren de har att välja på är; aldrig, en eller två gånger, en gång i veckan, 2–3 gånger i veckan, nästan varje dag och slutligen varje dag. MHC-SF mäter frekvensen av respondenternas symptom för positiv mental hälsa, istället för att fokusera på mental ohälsa, och sätter in dem i tre kategorier baserat på hur respondenterna har svarat på frågorna. De tre olika kategorierna är *blomstrande psykisk hälsa*, *tynande psykisk hälsa* och *måttlig psykisk hälsa*. (Keyes, 2018)

Keyes (2002) förklarar att Mental Health Continuum är ett spektrum mellan komplett och inkomplett psykisk hälsa, och en person som har en komplett psykisk hälsa har blomstrande psykisk hälsa (På engelska "*are flourishing*"). Han beskriver den blomstrande psykiska hälsan med att vara fylld med positiva känslor och att fungera bra psykiskt och socialt, medan personer med inkomplett psykisk hälsa har en tynande psykisk hälsa, vilket han beskriver med tomhet, stagnation, att befinna sig i ett liv av tyst misär, liksom personer som beskriver sig själv och sitt liv som ihåligt, tomt, ett skal eller som ett gapande hål.

MHC-SF har sitt ursprung från den längre varianten av Mental Health Continuum; MHC-LF. Skillnaderna på dessa versioner är att MHC-SF har 14 frågor till skillnad från MHC-LF som har 40, en annan skillnad är att i MHC-SF ändrades svaren så att

det istället ska mäta frekvensen av hur respondenterna upplevde varje symptom av positiv psykisk hälsa, och därav göra en tydlig standard för bedömningen och kategoriseringen av nivåer på positiv psykisk hälsa, som var liknande till standarden att bedöma och diagnosticera en svår depressiv episod. (Koenig, 2009)

### **6.1.1 Blomstrande psykisk hälsa (Flourishing mental health)**

För att diagnosticeras med blomstrande psykisk hälsa i mätinstrumentet MHC-SF ska respondenten svara "varje dag" eller "nästan varje dag" på de tre första frågorna i mätinstrumentet, dessa frågor gäller personens emotionella välmående. Respondenten ska också svara "varje dag eller "nästan varje dag" på 6 av de resterande 11 frågorna som tangerar individens sociala och psykiska funktion. (Koenig, 2009)

### **6.1.2 Tynande psykisk hälsa (Languishing mental health)**

För att diagnosticeras med tynande psykisk hälsa i mätinstrumentet MHC-SF ska respondenten svara "aldrig" eller "en till två gånger den senaste månaden" på de tre första frågorna i mätinstrumentet, dessa frågor gäller personens emotionella välmående. Respondenten ska också svara "aldrig" eller "en till två gånger den senaste månaden" på 6 av de resterande 11 frågorna som tangerar individens sociala och psykiska funktion. (Koenig, 2009)

### **6.1.3 Måttlig psykisk hälsa (Moderate mental health)**

Ifall personen varken diagnosticeras med blomstrande psykisk hälsa eller tynande hälsa, har personen måttlig psykisk hälsa. (Koenig, 2009)

## 7 Urval och datainsamling

Jag samlade upp enkäterna genom att skicka ut den till alla studerande via Yrkeshögskolan Novias E-post, I mitt mail där enkäten var bifogad framkom det att jag sökte efter respondenter i åldrarna 18–25 år som har växt upp i Österbotten. Enkäten var gjord i *Google Forms*, och därifrån samlade jag också in all data från respondenterna. Därefter exporterade jag all data i kalkylprogrammet *Microsoft Excel* där jag kategoriserade jag respondenterna i olika huvudgrupper.

1. *Troende och icke-troende*, baserat på vilken trosuppfattning de valde
2. *Religiös bakgrund och utan religiös bakgrund*, baserat på frågan om religionen har varit viktig i hemmet?
3. *Religiöst engagerade och inte religiöst engagerade*, baserat på frågan om de anser sig vara religiöst engagerade

Från dessa grupper kunde jag jämföra deras upplevda psykiska mående genom mättningsprogrammet MHC-SF som också fanns med i enkäten, utöver detta jämförde jag också skillnaden mellan könen i dessa sex huvudgrupper. Jag jämförde specifikt prevalensen av blomstrande psykisk hälsa i dessa grupper för att se vilka av dessa grupper som mår psykiskt bättre.

För att utföra denna studie ansökte jag först om ett forskningstillstånd från yrkeshögskolan Novia, där jag tog ställning till hur jag skulle använda mig av data, som jag tog in. Forskningstillståndet blev beviljat den 3.5.2022.

Jag såg till att alla enkäter som kom in var anonyma genom Google Forms, jag gjorde också ett nytt E-mail konto för att göra dessa enkäter. Efter att jag hade tagit in den information jag behövde ha från enkäterna, raderade jag hela kontot, med all data som jag någonsin hade samlat in. Respondenterna var också informerade i informationsbrevet jag skickade ut via Yrkeshögskolan Novias E-post, att de kommer förbli anonyma i detta arbete. (Se bilaga 2.).

## 8 Resultat

Efter jag hade skickat ut enkäterna fick jag tillbaka 165 svar. 66,1% av respondenterna var kvinnor, 32,7% var män, och 1,2% av respondenterna hade en annan könsidentitet. Respondenterna som hade en annan könsidentitet kommer också vara med i arbetet, men kommer tyvärr inte kunna vara med när jag mäter skillnaden mellan könen eftersom det var för lite av dem, så resultatet skulle inte vara tillräckligt reliabelt för att ta med, även fastän det kan vara ett intressant forskningsområde. När det kommer till trosuppfattningarna så hade 45,4% av respondenterna en monoteistisk eller polyteistisk trosuppfattning, respondenterna med en polyteistisk trosuppfattning utgjorde bara 0,6% av respondenterna. Personer som hade en agnostisk eller ateistisk trosuppfattning utgjorde 54,6% av respondenterna, varav 15,2% hade en ateistisk trosuppfattning och 39,4% hade en agnostisk trosuppfattning. För att se om respondenten hade en religiös bakgrund så använde jag frågan *har du växt upp i ett hem där religionen har varit viktig?* i enkäten. 52,7% av respondenterna svarade *Nej*, 43% svarade *Ja*, och 4,2% svarade *Jag vet inte*. För att ta reda på om personen var religiöst engagerade använde jag mig av frågan *Anser du dig vara religiöst engagerad (t.ex att du deltar i aktiviteter inom en församling)* i enkäten. 61,2% av respondenterna svarade *Nej*, 32,1% svarade *Ja*, och 6,7% svarade *Jag vet inte*.

Av 165 respondenter, var 109 av dem kvinnor, 54 var män och två personer hade en annan könsidentitet. Av alla 165 respondenter hade 45 av dem blomstrande psykisk hälsa varav 32 var kvinnor och 13 var män, procentuellt sett diagnosticerades 27,3% med blomstrande psykisk hälsa enligt mätinstrumentet MHC-SF.



---

**Blomstrande psykisk hälsa**

	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>	<i>Antal respondenter</i>
Man	13	24,1	54
Kvinna	32	29,4	109
Annan könsidentitet	0	0	2
<b>Totalt</b>	<b>45</b>	<b>27,2</b>	<b>165</b>

---

*Tabell 1. Blomstrande psykisk hälsa enligt kön*

De respondenter som diagnosticerades med måttlig psykisk hälsa var 119 av 165, procentuellt sett 72,1%, vilket utgör en klar majoritet. Av de 119 respondenter var 76 kvinnor, 41 män och två personer med annan könsidentitet.

---

**Måttlig psykisk hälsa**

	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>	<i>Antal respondenter</i>
Man	41	63,9	54
Kvinna	76	69,7	109
Annan könsidentitet	2	100	2
<b>Totalt</b>	<b>119</b>	<b>72,1</b>	<b>165</b>

---

*Tabell 2. Måttlig psykisk hälsa enligt kön*

Det fanns bara en av de 165 respondenterna som diagnosticerades med tynande psykisk hälsa, respondenten var en kvinna.

<b>Tynande psykisk hälsa</b>			
	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>	<i>Antal respondenter</i>
Man	0	0	54
Kvinna	1	0,9	109
Annan könsidentitet	0	0	2
<b>Totalt</b>	<b>1</b>	<b>0,6</b>	<b>165</b>

Tabell 3. Tynande psykisk hälsa enligt kön

I kapitlen nedan kommer jag mäta skillnaderna i antalet personer med blomstrande, - måttlig, - samt tynande psykisk hälsa i kategorierna *troende* och *icke-troende*, *religiös bakgrund* och *utan religiös bakgrund*, samt *religiöst engagerade* och *inte religiöst engagerade*, utöver det kommer jag också mäta ifall det finns skillnader mellan könen i dessa kategorier.

## 8.1 Troende / icke-troende

För att kunna mäta skillnaderna mellan de som är troende och icke-troende valde jag att räkna hur många av dem som diagnosticeras med blomstrande psykisk hälsa, måttlig psykisk hälsa och tynande psykisk hälsa. 75 av 165 respondenter hade en monoteistisk eller polyteistisk trosuppfattning, vilket i detta arbete kategoriserar dem som troende. 90 av 165 respondenter, hade en agnostisk eller ateistisk trosuppfattning, vilket kategoriserar dem som icke-troende i detta arbete.

Av de 75 troende hade 23 personer blomstrande psykisk hälsa, vilket utgör 30,7% av de troende respondenterna. 52 av 75 respondenter hade måttlig psykisk hälsa,

vilket utgör 69,3% av de troende respondenterna. Ingen av respondenterna hade tynande psykisk hälsa.

Av de 90 icke-troende respondenterna hade 22 personer blomstrande psykisk hälsa, vilket utgör 24,4% av de icke-troende respondenterna, 67 av 90 respondenter hade måttlig psykisk hälsa, vilket utgör 74,4% av de icke troende respondenterna. En av de icke troende respondenterna hade tynande psykisk hälsa vilket utgör 1,1% av respondenterna.

För att mäta om det fanns en signifikant inverkan mellan troende och icke-troende, när det kom till att ha blomstrande psykisk hälsa eller att inte ha blomstrande psykisk hälsa, använde jag mig av Fishers exakta test. Det visade sig att det inte fanns en signifikant inverkan mellan troende och icke-troende när det kom till att ha en blomstrande psykisk hälsa.

Troende och icke-troende	Blomstrande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Måttlig eller tynande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Totalt <i>n</i>
Troende	23 (30,7)	52 (69,3)	75
Icke troende	22 (24,4)	68 (75,5)	90

**Fishers exakta test:  $p = 0,386$**

Tabell 4. Blomstrande- och icke-blomstrande psykisk hälsa för troende och icke troende

### 8.1.1 Skillnader mellan könen

Av de 54 manliga respondenterna var 24 av dem troende, 7 av de troende männen hade blomstrande psykisk hälsa (29,2%) och 17 av dem hade måttlig psykisk hälsa (70,8%). Av de 54 manliga respondenterna var 30 av dem icke-troende, 6 av de icke-troende männen hade blomstrande psykisk hälsa (20%) och 24 av dem hade måttlig psykisk hälsa (80%).

Av de 109 kvinnliga respondenterna var 51 av dem troende, 16 av de troende kvinnorna hade blomstrande psykisk hälsa (31,4%) och 35 av dem hade måttlig psykisk hälsa (68,6%) Av de 109 kvinnliga respondenterna var 58 icke-troende, 16 av de icke-troende kvinnorna hade blomstrande psykisk hälsa (27,6%) och 41 av

dem hade måttlig psykisk hälsa (70,7%). En av de icke troende kvinnorna hade tynande psykisk hälsa vilket utgör 1,7% av de icke troende kvinnorna.

Enligt Fishers exakta test fanns det ingen signifikant skillnad mellan troende män och troende kvinnor när det kom till att ha en blomstrande psykisk hälsa

Troende	Blomstrande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Måttlig eller tynande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Totalt <i>n</i>
Män	7 (29,2)	17 (70,8)	24
Kvinnor	16 (31,4)	35 (68,6)	51

**Fishers exakta test:  $p = 1,0$**

*Tabell 5. Blomstrande- och icke-blomstrande psykisk hälsa för troende män och kvinnor*

Det fanns ingen signifikant skillnad heller mellan icke-troende män och icke-troende kvinnor när det kom till att ha en blomstrande psykisk hälsa.

Icke-troende	Blomstrande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Måttlig eller tynande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Totalt <i>n</i>
Män	6 (20)	24 (80)	30
Kvinnor	16 (27,6)	42 (72,4)	58

**Fishers exakta test:  $p = 0,604$**

*Tabell 6. Blomstrande- och icke-blomstrande psykisk hälsa för icke troende män och kvinnor*

## 8.2 Religiös bakgrund / utan religiös bakgrund

För att ta reda på om respondenten hade en religiös bakgrund eller inte använde jag mig av frågan *Har du växt upp i ett hem där religionen har varit viktig?*

Av de 165 respondenterna svarade 71 av dem *Ja* (43%), 7 svarade *Jag vet inte* (4,2%) och 87 svarade *Nej* (52,7%). För att säkerställa att jag kan mäta skillnaderna i det psykiska välmåendet bland de som har en religiös bakgrund och de som inte har en religiös bakgrund, har jag valt att plocka bort de som har svarat *Jag vet inte* på frågan.

Av de 71 respondenter som hade en religiös bakgrund diagnosticeras 21 av dem (29,6%) med blomstrande psykisk hälsa enligt MHC-SF. 50 av 71 respondenter med religiös bakgrund hade måttlig psykisk hälsa (70,4%). Ingen av respondenterna med religiös bakgrund hade tynande psykisk hälsa.

Av de 87 respondenter som inte hade en religiös bakgrund hade 23 av dem blomstrande psykisk hälsa (26,4%), 63 av dem hade måttlig psykisk hälsa (72,4%) och en av dem hade tynande psykisk hälsa (1,1%)

Jag använde mig av Fishers exakta test för att se om det fanns en signifikant inverkan på att ha en religiös bakgrund eller inte när det kommer till att ha en blomstrande psykisk hälsa. Det visade sig att det inte fanns en signifikant inverkan mellan personer med religiös bakgrund och personer utan religiös bakgrund när det kommer till att ha en blomstrande psykisk hälsa.

Religiös bakgrund och inte religiös bakgrund	Blomstrande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Måttlig eller tynande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Totalt <i>n</i>
Religiös bakgrund	21 (29,6)	50 (70,4)	71
Inte religiös bakgrund	23 (26,4)	64 (73,6)	87

**Fishers exakta test:  $p = 0,723$**

Tabell 7. Blomstrande- och icke-blomstrande psykisk hälsa för de som har en religiös bakgrund och de som inte har en religiös bakgrund

### 8.2.1 Skillnader mellan könen

Av de 54 manliga respondenterna hade 20 av dem en religiös bakgrund, 6 av dem hade en blomstrande psykisk hälsa (30%) och 14 av dem hade måttlig psykisk hälsa

(70%). Av de 54 manliga respondenterna var det 30 av dem som inte hade en religiös bakgrund, 7 av dem hade en blomstrande psykisk hälsa (23,3%) och 23 av dem (76,6%) hade måttlig psykisk hälsa.

Av de 109 kvinnliga respondenterna hade 50 av dem en religiös bakgrund, 15 av dem hade en blomstrande psykisk hälsa (30%) och 35 av dem hade måttlig psykisk hälsa (70%). Av de 109 kvinnliga respondenter var det 56 av dem som inte hade en religiös bakgrund, 16 av dem hade blomstrande psykisk hälsa (28,6%) och 39 av dem (69,6%) hade måttlig psykisk hälsa, och en av dem hade tynande psykisk hälsa (1,8%)

Man kan klart se att det inte fanns en skillnad mellan män med religiös bakgrund och kvinnor med religiös bakgrund när det kom till att ha en blomstrande psykisk hälsa, eftersom båda grupperna hade 30% blomstrande psykisk hälsa och 70% måttlig psykisk hälsa.

Religiös bakgrund	Blomstrande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Måttlig eller tynande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Totalt <i>n</i>
Män	6 (30)	14 (70)	20
Kvinnor	15 (30)	35 (70)	50

**Fishers exakta test:  $p = 1,0$**

*Tabell 8. Blomstrande- och icke-blomstrande psykisk hälsa för män och kvinnor med religiös bakgrund*

Enligt Fishers exakta test fanns det inte en signifikant skillnad heller mellan män utan religiös bakgrund och kvinnor utan religiös bakgrund när det kom till att ha en blomstrande psykisk hälsa

Har inte en religiös bakgrund	Blomstrande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Måttlig eller tynande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Totalt <i>n</i>
Män	7 (23,3)	23 (76,6)	30
Kvinnor	16 (28,6)	40 (71,4)	56

**Fishers exakta test:  $p = 0,799$**

Tabell 9. Blomstrande- och icke-blomstrande psykisk hälsa för män och kvinnor som inte har en religiös bakgrund

### 8.3 Religiöst engagerade / inte religiöst engagerade

För att ta reda om respondenten var religiöst engagerad använde jag mig av frågan *Anser du dig vara religiöst engagerad (t.ex att du deltar i aktiviteter inom en församling)*

Av de 165 respondenterna svarade 53 av dem *Ja* (32,1%), 11 svarade *Jag vet inte* (6,6%) och 101 svarade *Nej* (61,2%). Jag valde att igen plocka bort de respondenter som svarade *Jag vet inte* på frågan för att tydligare mäta skillnaden mellan religiöst engagerade och inte religiöst engagerade.

Av de 53 respondenterna som var religiöst engagerade diagnosticerades 19 av dem (35,8%) med blomstrande psykisk hälsa, enligt MHC-SF, 34 av 53 respondenter som var religiöst engagerade hade måttlig psykisk hälsa (64,2%). Ingen av respondenterna som var religiöst engagerade hade tynande psykisk hälsa.

Av de 101 respondenterna som inte var religiöst engagerade hade 26 av dem blomstrande psykisk hälsa (25,7%), 74 av dem hade måttlig psykisk hälsa (73,3%) och en av dem hade tynande psykisk hälsa (1%)

Jag använde mig igen av Fishers exakta test för att se om det fanns en signifikant inverkan på att vara religiöst engagerad eller att inte vara när det kommer till att ha en blomstrande psykisk hälsa. Det visade sig att det inte fanns en signifikant inverkan mellan respondenterna som var religiöst engagerade och de som inte var.

Religiöst engagerade och Inte religiöst engagerade	Blomstrande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Måttlig eller tynande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Totalt <i>n</i>
Religiöst engagerade	19 (35,8)	34 (64,2)	53
Inte religiöst engagerade	26 (25,7)	75 (74,3)	101

**Fishers exakta test:  $p = 0,198$**

Tabell 10. Blomstrande- och icke-blomstrande psykisk hälsa för de som är religiöst engagerade och de som inte är religiöst engagerade

### 8.3.1 Skillnader mellan könen

Av de 54 manliga respondenterna var 14 av dem religiöst engagerade, 6 av dem hade blomstrande psykisk hälsa (42,9%) och 8 av dem hade måttlig psykisk hälsa (57,1%). Av de 53 manliga respondenterna var det 33 av dem som inte var religiöst engagerade, 7 av dem hade blomstrande psykisk hälsa (21,2%) och 26 av dem (78,8%) hade måttlig psykisk hälsa.

Av de 109 kvinnliga respondenterna var 39 av dem religiöst engagerade, 13 av dem hade blomstrande psykisk hälsa (33,3%) och 26 av dem hade måttlig psykisk hälsa (66,6%). Av de 109 kvinnliga respondenterna var det 66 av dem som inte var religiöst engagerade, 19 av dem hade blomstrande psykisk hälsa (28,8%) och 46 av dem (69,7%) som hade måttlig psykisk hälsa, och en av dem hade tynande psykisk hälsa (1,5%)

Enligt Fishers exakta test fanns det ingen signifikant skillnad mellan religiöst engagerade män och religiöst engagerade kvinnor när det kommer till att ha en blomstrande psykisk hälsa



Religiöst engagerade	Blomstrande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Måttlig eller tynande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Totalt <i>n</i>
Män	6 (42,9)	8 (57,1)	14
Kvinnor	13 (33,3)	26 (66,6)	39

**Fishers exakta test:  $p = 0,535$**

Tabell 11. Blomstrande- och icke-blomstrande psykisk hälsa för män och kvinnor som är religiöst engagerade

Det fanns inte heller en signifikant skillnad mellan inte religiöst engagerade män och inte religiöst engagerade kvinnor när det kom till att ha en blomstrande psykisk hälsa

Inte Religiöst engagerade	Blomstrande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Måttlig eller tynande psykisk hälsa <i>n</i> (%)	Totalt <i>n</i>
Män	7 (21,2)	26 (78,8)	33
Kvinnor	19 (28,8)	47 (71,2)	66

**Fishers exakta test:  $p = 0,476$**

Tabell 12. Blomstrande- och icke-blomstrande psykisk hälsa för män och kvinnor som är inte religiöst engagerade

## 9 Inre reliabiliteten av MHC-SF i detta arbete

För att mäta den inre reliabiliteten av mätinstrumentet MHC-SF i mitt arbete har jag valt att använda mig av *Cronbach's Alpha*.

Cronbach's Alpha utvecklades av Lee Cronbach år 1951, den används för att mäta hur internt konsekvent ett test eller en skala är, svaret kommer i form av ett nummer från 0–1. Med intern konsekvens avses hur mycket alla delar av ett test mäter samma koncept eller konstruktion, därav mäter sammanhanget av de olika delarna av ett test. (Tavakol & Dennick, 2011) Ett värde på 0,7 eller över är acceptabelt, svar på 0,8 eller över räknas som bra, och svar på 0,9 eller över är utmärkta. (George & Mallery, 2003, s.231)

Jag mätte den inre reliabiliteten av hela mätinstrumentet, och individuellt alla delar av testet, det vill säga de tre frågorna som tangerar emotionellt välbefinnande, de 6 frågorna som tangerar psykisk funktion och de 5 frågorna som tangerar social funktion.

MHC-SF, Hela mätinstrumentet	$\alpha = 0,9239$
MHC-SF, Emotionellt välbefinnande	$\alpha = 0,8869$
MHC-SF, Psykisk funktion	$\alpha = 0,8922$
MHC-SF, Social funktion	$\alpha = 0,7435$

Enligt skalan från George och Mallery (2003) kan man se att mätinstrumentet i sin helhet hade en utmärkt inre reliabilitet, men i de olika delarna visar det lite olika resultat. De frågorna som tangerar emotionellt välbefinnande och psykisk funktion visade god inre reliabilitet men de frågorna som tangerar social funktion hade lite sämre, men ändå acceptabel reliabilitet.

## 10 Resultat- och slutdiskussion

Målet med detta arbete var att det ska belysa, om religiositeten har en signifikant inverkan på en ungdoms psykiska välmående i Österbotten, vare sig det då är en positiv eller negativ inverkan. Samt ifall det fanns skillnader mellan könen i denna fråga.

För att få reda på det använde jag av enkäter där jag frågade om bland annat respondentens trosuppfattning, religiösa bakgrund och religiösa engagemang för att kategorisera dem i olika grupper. Därefter fick de svara på frågorna i mätinstrumentet MHC-SF, som mäter respondentens psykiska hälsa och sätter in dem i kategorierna; *blomstrande psykisk hälsa*, *måttlig psykisk hälsa* och *tynande psykisk hälsa*. Ifall det finns signifikanta skillnader i hur många som har blomstrande psykisk hälsa de olika grupperna av ungdomarna, så betyder det att religiositeten har en inverkan på den psykiska hälsan.

I detta arbete kunde man se att det inte fanns en signifikant skillnad på troende och icke-troende när det kom till att ha en blomstrande psykisk hälsa, det fanns inte heller en signifikant skillnad på om ungdomen hade en religiös bakgrund eller inte, eller om ungdomen var religiöst engagerad eller inte. Jag hittade inte heller signifikanta skillnader på könen när det kom till dessa tre frågor. Därav var resultatet av detta arbete att religiositeten inte har en inverkan på ungdomars psykiska hälsa i Österbotten och svaret på alla av arbetets fyra frågeställningar var *nej*. Enligt Cronbach's Alpha visade mätinstrumentet MHC-SF en god inre reliabilitet i detta arbete, vilket visar att MHC-SF fungerade bra att använda i en sådant arbete som detta.

En sak jag skulle ha gjort annorlunda ifall jag skulle ha gjort detta arbete igen, är att ta bort alternativet jag vet inte på frågorna gällande religiös bakgrund och om man är religiöst engagerad eller inte. Orsaken till detta är att det finns en risk att flera respondenter svarade *jag vet inte*, utan att fundera tillräckligt över frågan, ifall det lutar mera mot *ja* eller *nej*, så kan man anse det som tillräckligt för ett arbete med denna metod. Det var 7 respondenter som svarade *jag vet inte* på frågan om religiös bakgrund och 11 respondenter som svarade *jag vet inte* på frågan om de anser sig vara religiöst engagerade. Av de 165 respondenter som svarade på denna enkät är det en ganska stor del som föll bort på grund av det svaret.

Även fastän det inte fanns signifikanta skillnader mellan dessa grupper, så kunde man se att den största skillnaden var mellan de som var religiöst engagerade och de som inte var. Viktigt att lyfta fram att det inte ändå var en signifikant skillnad enligt Fishers exakta test. Det skulle dock ha varit intressant att ha haft ett större och bredare urval för detta arbete, eftersom jag bara fick 165 enkätsvar från ungdomar från Österbotten som studerar vid Yrkeshögskolan Novia. Ifall jag skulle ha haft ett större och bredare urval av respondenter, exempelvis respondenter från andra skolor och i arbetslivet kanske jag skulle ha fått ett annat resultat. Det skulle också ha visat en tydligare och pålitligare bild av ämnet, eftersom man kan anse att det är ett ganska smalt urval av respondenter när alla som svarade var personer som är 18–25 år, studerar i en Yrkeshögskola och är uppväxt i Österbotten. Det skulle vara intressant som framtida forskning att se om det finns skillnader mellan personer som studerar i andra skolor eller är i arbetslivet.

## 11 Referenser

Evangelisk-lutherska kyrkan i Finland (u.å.). *Väckelserörelse*. Hämtad 2022-03-03 från: <https://evl.fi/svenska/ordlista/-/glossary/word/V%C3%A4ckelser%C3%B6relse>

Geels, A., & Wikström, O., (2006) *Den religiösa människan: En introduktion till religionspsykologin*. Stockholm: Natur & Kultur.

Nielsen, K. E. (2020). Atheism. Encyclopedia Britannica. Hämtad: 2020-12-29 från: <https://www.britannica.com/topic/atheism>

Svenska akademien. (2015). *Religiositet*. I Svenska akademiens ordlista över svenska språket. Hämtad 2022-11-01 från: <https://svenska.se/saol/?sok=religiositet&pz=4>

Svenska akademien. (2015). *Religiös*. I Svenska akademiens ordlista över svenska språket. Hämtad 2022-11-01 från: <https://svenska.se/saol/?id=2447227&pz=5>

Baaren, T. P. van (2019). *Monotheism*. Encyclopedia Britannica. Hämtad: 2020-12-29 från: <https://www.britannica.com/topic/monotheism>

Britannica, T. Editors of Encyclopaedia (2021). *Erik Erikson*. Encyclopedia Britannica. Hämtad: 2022-11-01 från: <https://www.britannica.com/biography/Erik-Erikson>

McLeod, S. A (2018). Erik Erikson's stages of psychosocial development. Simplypsychology. Hämtad 2020-09-25 från: <https://www.simplypsychology.org/Erik-Erikson.html>

Koenig, H. G (1998) *Handbook of Religion and Mental Health*. Elsevier Science, USA.

Parrish, M. (2009) *Mänskligt beteende: Perspektiv inom socialt arbete*. Malmö: Liber AB

Hwang, P., & Nilsson, B. (2011). *Utvecklingspsykologi*. Stockholm: Natur och kultur.

Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and Health*. New York: Oxford University Press, Inc.

Pearce, M. J., Little, T. D., & Perez, J. E. (2003). Religiousness and Depressive Symptoms Among Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32(2), s.267-276

Keyes, C. L. M. (2018). *Overview of The Mental Health Continuum Short Form (MHCSF)*. Hämtat 2021-04-07 från [https://www.researchgate.net/publication/322552717\\_Overview\\_of\\_The\\_Mental\\_Health\\_Continuum\\_Short\\_Form\\_MHCSF](https://www.researchgate.net/publication/322552717_Overview_of_The_Mental_Health_Continuum_Short_Form_MHCSF)

Keyes, C. L. M. (2009). Atlanta: *Brief Description of the Mental Health Continuum Short Form (MHC\_SF)*. Hämtat 2021-10-16 från <https://peplab.web.unc.edu/wp-content/uploads/sites/18901/2018/11/MHC-SFoverview.pdf>

Keyes, C. L. M. (2002). *The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life* Hämtat 2022-10-14 från: [https://www.researchgate.net/publication/11278728\\_The\\_Mental\\_Health\\_Continuum\\_From\\_Languishing\\_to\\_Flourishing\\_in\\_Life](https://www.researchgate.net/publication/11278728_The_Mental_Health_Continuum_From_Languishing_to_Flourishing_in_Life)

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011) *Making sense of Cronbach's alpha* Hämtad 2022-10-22 från: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4205511/>

George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.

## 12 Sökningar

Sotkanet (2020-09-25). [www.sotkanet.fi/](http://www.sotkanet.fi/). Hämtad från: <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/kaavio?indicator=s3byAwA=&region=szYPBAA=&year=sy5ztDbV0zUEAA==&gender=t&t=line>

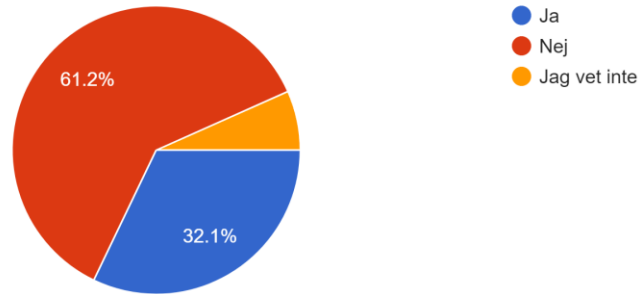
Sotkanet (2020-09-25). [www.sotkanet.fi/](http://www.sotkanet.fi/). Hämtad från: <https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko?indicator=s3byAwA=&region=s07MBAA=&year=sy5ztDbV0zUEAA==&gender=t>

## 13 Bilagor

### Bilaga 1: Statistik från Google Forms

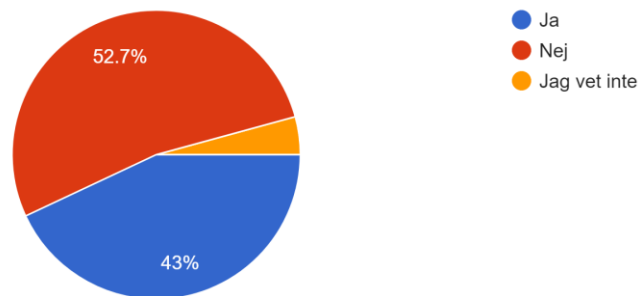
Anser du dig vara religiöst engagerad (t.ex att du deltar i aktiviteter inom en församling)

165 responses



Har du växt upp i ett hem där religionen har varit viktig

165 responses



Vilken av dessa trosuppfattningar har du?

165 responses



## Bilaga 2: Informationsbrev till respondenterna

Hej!

Mitt namn är Tony Grankulla, jag studerar till socionom (YH) vid Yrkeshögskolan Novia i Vasa. Jag skriver ett examensarbete om religiositeten har en inverkan på ungdomars psykiska hälsa i Österbotten. Till detta arbete har jag valt att använda mig av enkäter med frågor gällande trosuppfattning, religiöst engagemang och om religionen har varit viktigt i hemmet under uppväxten. Efter detta kommer 14 frågor som mäter emotionellt, - psykiskt, - och socialt välmående. Dessa frågor kommer från ett mättningsprogram som heter Mental Health Continuum – Short Form.

Jag söker efter respondenter som är mellan 18–25 år och har vuxit upp i Österbotten. Enkäten görs via Google Forms och den samlar inte upp information av respondenterna, ni kommer att förbli helt anonyma. Enkäten tar cirka 10 minuter att svara på.

Tackar på förhand!

Länken till enkäten:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeIrDXb4JoAScaU31f8vrzu48ohBqcKj3B0zv5a-7pA2LEuYA/viewform?usp=sf link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeIrDXb4JoAScaU31f8vrzu48ohBqcKj3B0zv5a-7pA2LEuYA/viewform?usp=sf_link)

Med vänliga hälsningar

Tony Grankulla





## Bilaga 4: Cronbach's Alpha MHC-SF

Cronbach Alpha and Related Statistics				
Items	Cronbach Alpha	Std. Alpha	G6(smc)	Average R
All itmes	0.9239	0.9261	0.9405	0.4723
mhc1, excluded	0.9178	0.9201	0.9349	0.4699
mhc2, excluded	0.9139	0.916	0.9295	0.4563
mhc3, excluded	0.9149	0.9164	0.9306	0.4576
mhc4, excluded	0.9181	0.9206	0.9361	0.4714
mhc5, excluded	0.9156	0.9182	0.9331	0.4634
mhc6, excluded	0.9247	0.927	0.9389	0.494
mhc7, excluded	0.9275	0.9288	0.942	0.5009
mhc8, excluded	0.9255	0.9282	0.9376	0.4985
mhc,9, excluded	0.9154	0.9181	0.9334	0.4632
mhc10, excluded	0.9164	0.9189	0.9337	0.4656
mhc11, excluded	0.9156	0.918	0.932	0.4627
mhc12, excluded	0.921	0.9236	0.9386	0.4818
mhc13, excluded	0.9173	0.9198	0.9339	0.4688
mhc14 excluded	0.9138	0.9166	0.9322	0.4581

### Cronbach's Alpha - MHC-SF Emotionellt välmående

Cronbach Alpha and Related Statistics				
Items	Cronbach Alpha	Std. Alpha	G6(smc)	Average R
All itmes	0.8869	0.8876	0.845	0.7248
mhc1, excluded	0.8686	0.8705	0.7708	0.7708
mhc2, excluded	0.8021	0.8038	0.6719	0.6719
mhc3 excluded	0.845	0.8451	0.7317	0.7317

### Cronbach's Alpha - MHC-SF Psykisk funktion

Cronbach Alpha and Related Statistics				
Items	Cronbach Alpha	Std. Alpha	G6(smc)	Average R
All itmes	0.8922	0.8918	0.8827	0.5786
mhc9, excluded	0.8688	0.8684	0.853	0.5689
mhc10, excluded	0.8777	0.8774	0.8561	0.5887
mhc11, excluded	0.866	0.8648	0.8455	0.5614
mhc12, excluded	0.8906	0.8907	0.8755	0.6198
mhc13, excluded	0.8699	0.8693	0.85	0.5709
mhc14 excluded	0.8657	0.8653	0.849	0.5623

### Cronbach's Alpha - MHC-SF social funktion

Cronbach Alpha and Related Statistics				
Items	Cronbach Alpha	Std. Alpha	G6(smc)	Average R
All itmes	0.7435	0.7447	0.7288	0.3685
mhc4, excluded	0.678	0.6796	0.6313	0.3466
mhc5, excluded	0.7051	0.7083	0.6546	0.3777
mhc6, excluded	0.6805	0.6808	0.6488	0.3478
mhc7, excluded	0.7277	0.7267	0.7022	0.3994
mhc8 excluded	0.7003	0.7023	0.6611	0.371