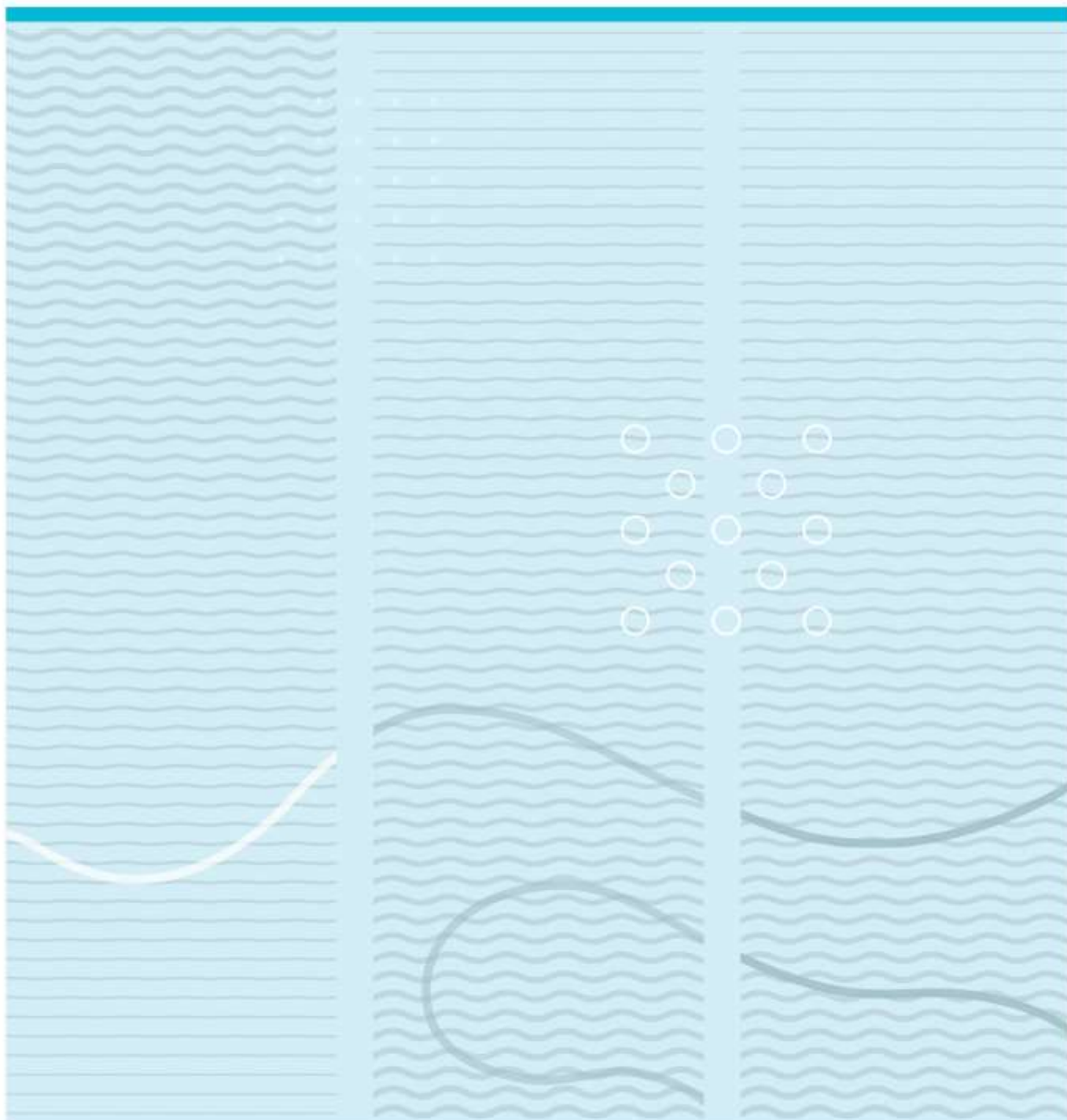


Oda Kobro

Ungdoms ulike forutsetninger

En kvantitativ undersøkelse av sammenhengene mellom sosioøkonomisk bakgrunn, psykososialt stress og psykiske helseplager hos unge i Telemark



Høgskolen i Sørøst-Norge
Fakultet for Helse og Sosialfag
Institutt for Sosialfag
Kjølnes ring 56
3918 Porsgrunn

<http://www.usn.no>

© 2017 Oda Kobro

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

Sammendrag

Tema for denne masteravhandlingen er sosial ulikhet i psykisk helse blant ungdom i Telemark. Sosial ulikhet i helse dreier seg om en systematisk og veldokumentert skjevfordeling i samfunnet der de som befinner seg i høyere sosiale posisjoner (ofte omtalt som personer med høy sosioøkonomisk status) har gjennomgående bedre helse sammenliknet med de som befinner seg i lavere sosiale posisjoner (personer med lavere sosioøkonomisk status). Det er videre påvist et systematisk mønster der helsa forverres for hvert trinn ned på en tenkt sosioøkonomisk stige. Dette omtales som *den sosiale gradienten*.

Gjeldende masteravhandling undersøker hvordan psykiske helseplager varierer med sosioøkonomisk bakgrunn blant ungdom i Telemark og tar utgangspunkt i følgende problemstilling: *Hvordan er sammenhengene mellom ungdom i Telemark sin sosioøkonomiske bakgrunn, og deres opplevelse av psykiske helseplager?*

Hensikten med masteravhandlingen er todelt. For det første undersøkes det hvorvidt det finnes sosiale helseforskjeller i psykiske helseplager i Telemark, og i så fall om denne skjevfordelingen følger en sosial gradient. For det andre undersøkes det om en eventuell sammenheng mellom sosioøkonomisk status og psykiske helseplager kan forklares med variasjoner av stress i ungdommenes psykososiale miljø, med fokus på følgende psykososiale stressfaktorer: Mobbing, det å ikke ha venner, konflikt mellom foreldre og lav tillitt til foreldre.

Avhandlingens metode følger et kvantitativt design og benytter tall fra Ungdataundersøkelsen - gjennomført i Telemark våren 2015. Analysen bygger på svar fra 7232 ungdom i aldersgruppen 8.klasse til 1. klasse videregående.

De bivariante analysene viser sosiale forskjeller i psykiske helseplager blant ungdom i Telemark. Mine analyser viser imidlertid ingen tydelig sosial gradient. For enkelte depressive symptomer er det dessuten ikke-signifikante forskjeller, og tendenser til en motsatt sosial gradient. Dette gjaldt for de symptomene som kanskje kan knyttes til ungdommenes opplevelser av ytre press og krav. Multivariate analyser viser at noe av

sammenhengen mellom SØS og psykiske helseplager er indirekte og kan forklares med at disse ungdommene opplever mer psykososialt stress; mobbing, det å ikke ha venner, konflikt mellom foreldre og lav tillitt til foreldre.

I den teoretiske drøftingen av oppgaven diskuteres disse funnene i lys av tre ulike forklaringstilnæringer på sosiale helseforskjeller. Materialistiske forklaringer, helse- og atferdsforklaringer og psykososiale forklaringer. I tillegg drøftes funnene og forklaringstilnærmingenes relevans opp imot sentrale trekk ved samtiden.

Avhandlingens funn indikerer at det i arbeidet med å redusere psykiske helseplager og fremme god psykisk helse blant ungdom, er viktig å rette seg mot alle sosiale lag i samfunnet. Avhandlingen viser dessuten at det er viktig både å redusere de materielle ulikhetene, men kanskje viktigere, - bekjempe andre vansker som gjerne henger sammen med det å være en del av en familie med lavere sosioøkonomisk status; det å oppleve konflikt mellom foreldre, ha lav tillitt til foreldre, bli mobbing og det å ikke ha venner.

Abstract

The topic for this master thesis is social differences in mental health among the youth in Telemark. Social differences in health is about a systematic and well-documented difference between people in different social-economic positions (often referred to as people with different socioeconomic status). The term social gradient is used to illustrate the fact that mental health decreases with each step down an imaginary socioeconomic ladder.

The thesis seeks to investigate how mental health issues of the youth in Telemark varies based on their socioeconomic background with the following approach to the problem: What connection can be found between Telemark-youth's socioeconomic background, and their perceived mental health issues?

The goal of the thesis is twofold. First, it looks at whether there is a social difference in mental health issues in Telemark's youth, and if so, whether it follows a social gradient. Second, it looks at whether this connection can be explained with variations of stress in the youths' psycho-social environment. The stress factors included are bullying, lack of friendship, conflicts between parents and/or low levels of parental trust.

The method of the study is of a quantitative design, using data from the "Ungdata" survey (Telemark, spring 2015). The analysis is based on answers from 7232 school children in the age group of 8th to 11th grade.

The bivariate analysis shows that there are social differences in mental health issues in the selection. There is however not support for the existence of any apparent social gradient. For some of the symptoms of depression, there were in-significant tendencies and signs of a opposite social gradient. These symptoms of depression might be linked to the selection's perception of external expectations and demands. Multivariate analysis shows that some of the connection between SØS and mental health issues is indirect, and can be explained by the fact that this part of the selection experience more psychosocial stress; bullying, lack of friendship, conflicts between parents and/or low levels of parental trust.

In the theoretical discussion of the thesis the mentioned finds are discussed in light of three different models of explanation within social differences in mental health. Materialistic explanations, health-behavior explanations and psychosocial explanations. In addition, the results and the relevance of the three models are discussed towards central tendencies of the contemporary.

The results of the study indicate the importance of aiming measures towards increased mental health in youth at all socioeconomic layers of society. Further, the study points at the importance of both reducing material inequalities, and even more important, to aim to defeat other hardships related to living in families with lower socioeconomic status; lack of friendship, bullying, conflicts between parents and/or low levels of parental trust.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	13
1.1	Formål.....	13
1.2	Bakgrunn	13
1.2.1	Problemstilling	15
1.2.2	Gjennomføring	16
1.3	Aktualitet	17
1.3.1	Et problem for både individ og samfunn	17
1.3.2	Avhandlingens faglige relevans	17
1.4	Begrepsbruk og avgrensning	19
1.4.1	Psykisk helse og psykisk uhelse	19
1.4.2	Sosial ulikhet og sosioøkonomisk bakgrunn	21
1.4.3	Psykososialt stress.....	22
1.5	Strukturen i oppgaven	23
2	Litteraturgjennomgang	25
2.1	Forekomst av psykiske helseplager blant ungdom i Norge	25
2.1.1	Kjønnsmessige forskjeller	25
2.2	Sosial ulikhet i psykisk helse blant ungdom.....	26
2.2.1	Sosioøkonomisk status og Kjønn	28
2.2.2	Situasjonen i Telemark.....	28
2.3	Skjevfordelt risiko	29
2.3.1	Forhold til jevnaldrende	30
2.3.2	Familieforhold	31
2.4	Oppsummering	32
3	Teoretisk ramme	34
3.1	Hvordan forklare de sosiale helseulikhetene?	34
3.2	SHD-perspektivet	34
3.3	Materialistiske forklaringer	35
3.3.1	Kritikk	37
3.4	Helse- og atferdsforklaringene.....	37
3.4.1	Helsekunnskapshypotesen	37

3.4.2	Livsstilperspektivet	38
3.4.3	Kritikk.....	40
3.5	Psykososiale forklaringer.....	41
3.5.1	Stress	41
3.5.2	Sosiale variasjoner i fordelingen av stress.....	42
3.5.3	Stressmestring	42
3.5.4	Relativ deprivasjon	44
3.5.5	Kritikk.....	45
3.6	Et siste perspektiv: I lys av samtida	45
3.6.1	Ny tid – ny risiko	46
3.7	Oppsummering	47
4	Forskningsdesign og metode	50
4.1	Kravet om intersubjektivitet	50
4.2	Kvantitativ tilnærming.....	50
4.3	Det empiriske grunnlaget: Ungdata	51
4.3.1	Utvalg og representativitet	51
4.3.2	Reliabilitet	52
4.3.3	Validitet	53
4.4	Personvern og etikk.....	55
4.4.1	Personvern	55
4.4.2	Etiske refleksjoner	56
4.5	Variabler i avhandlingen – operasjonalisering av problemstillingen.....	57
4.5.1	Psykiske helseplager	57
4.5.2	Sosioøkonomisk bakgrunn	60
4.5.3	Psykososiale stressfaktorer	66
4.5.4	Kjønn.....	71
4.6	Begrensninger.....	71
4.6.1	Tverrsnittundersøkelse.....	71
4.6.2	Kolinearitet.....	72
4.6.3	Andre mulige sammenhenger.....	72
5	Analysedel I	73

5.1	Bivariate sammenhenger mellom psykiske helseplager og ungdommenes sosioøkonomiske bakgrunn.....	73
5.1.1	Sammenhenger mellom psykiske helseplager og sosioøkonomisk bakgrunn.....	73
5.1.2	Situasjonen i Telemark sammenliknet med resten av landet.....	76
6	Analyse del II.....	77
6.1	Regresjonsanalyse.....	77
6.2	Logistisk regresjon	77
6.2.1	Tre forutsetninger for logistisk regresjon	78
6.2.2	Hvordan er variablene kodet i regresjonsanalysen?.....	79
6.3	Multippel regresjon	81
6.3.1	Hvordan lese regresjonstabellen.....	82
6.3.2	Betydningen av sosioøkonomisk bakgrunn	83
6.3.3	Betydningen av psykososiale stressfaktorer.....	84
6.3.4	Betydningen av kjønn	88
7	Diskusjon.....	91
7.1	Hovedfunn.....	91
7.2	Drøfting av hovedfunn.....	92
7.2.1	Ingen sosial gradient	92
7.2.2	Sosiale forskjeller	96
7.2.3	Psykososiale stressfaktorer forklarer mer enn sosial bakgrunn	98
7.2.4	Psykososiale faktorer forklarer noe av sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykisk helse	99
7.2.5	Kjønn av stor betydning.....	104
7.3	Oppsummering	104
8	Konklusjon og veien videre	107
9	Referanseliste	109
10	Vedlegg	123
10.1	Statistiske tabeller.....	123
10.2	Avtale NOVA.....	129

Tabeller

Tabell 1 Beskrivelse av den avhengige variabelen.....	57
Tabell 2 Deskriptiv statistikk for separate mål på depressive symptomer.....	58
Tabell 3 Deskriptiv statistikk av samlemål for depressive symptomer.....	59
Tabell 4 «Family Affluence scale» (FAS-skalaen).....	62
Tabell 5 Deskriptiv statistikk av SØS-dimensjonene.....	63
Tabell 6 Oversikt over operasjonalisering av psykososiale stressfaktorer.....	66
Tabell 7 Signifikanstest av andelen ungdom i de ulike gruppene etter SØS....	74
Tabell 8 Oversikt over hvordan de psykososiale stressfaktorene er kodet i regresjonsanalysen.....	80
Tabell 9 Sannsynligheten for å ha depressive symptomer. Logistisk regresjon. Tre modeller, med SØS, psykososiale stressfaktorer og kjønn.....	81
Tabell 10. Sannsynligheten for å ha depressive symptomer. Binær Logistisk regresjon med separate SØS indikatorer.....	84
Tabell 11 Estimert prosentandel ungdom med høy grad av depressive symptomer for gutter og jenter med ulik SØS.....	89
Tabell A1. Andel ungdom med høy grad av depressive symptomer etter foreldrenes utdanning.....	123
Tabell A2. Andel ungdom med høy grad av depressive symptomer etter bil i familien.....	123
Tabell A3 Andel ungdom med høy grad av depressive symptomer etter om de har eget soverom.....	124
Tabell A4 Andel ungdom med høy grad av depressive symptomer etter hvor mange ganger det siste året de har vært på ferie med familien.....	124
Tabell A5 Andel ungdom med høy grad av depressive symptomer etter antall datamaskiner i hjemmet.....	124
Tabell A6 Andel ungdom med høy grad av depressive symptomer etter antall bøker i hjemmet.....	125
Tabell A7 Andel ungdom med manglende svar på alle depresjonsspørsmål etter SØS.....	125

Tabell A8 Signifikanstest av andelen ungdom som ikke har svart på samtlige depresjonsspørsmål etter SØS.....	125
Tabell A9 Sannsynligheten for høy grad av depressive symptomer. Logistisk regresjon. Fem modeller. Med SØS, mobbing, ingen venner, konflikt mellom foreldre og lav tilitt til foreldre.....	126
Tabell A10 Forklaring av variabler i korrelasjonsmatrise.....	127
Tabell A11 Korrelasjonsmatrise av alle de uavhengige variablene. Pearsons korrelasjon.....	127
Tabell A12 Frekvensfordeling på de psykososiale variablene.....	127

Figurer

Figur 1 Illustrasjon av tematikk for masteravhandlingen.....	15
Figur 2 Andelen ungdom med høy grad av depressive symptomer etter SØS. Telemark.....	73
Figur 3 Andelen som har oppgitt å være ganske/veldig mye plaget på hvert av symptomene etter SØS.....	75
Figur 4 Andelen ungdom med høy grad av depressive symptomer etter SØS, begge utvalg, prosent.....	76
Figur 5 Estimert prosentandel ungdom med høy grad av depressive symptomer som opplever psykososiale stressfaktorer, etter SØS.....	87

Forord

Et langvarig prosjekt er avsluttet. Mentalt kjennes det godt å være ved målstreken. Faglig føler jeg meg imidlertid langt fra utlært. Mastergradsarbeidet har ført til en interesse for et stort forskningsfelt som jeg håper jeg får mulighet til å utforske ytterligere både som privatperson og i jobbsammenheng. Den ferdige oppgaven er et resultat av mange sene kvelder, motbakker, begeistring, overraskelser, refleksjoner og ikke minst en god del hjelp fra flere personer. Disse fortjener å nevnes ved navn.

Takk til Telemark fylkeskommune for at dere valgte å gi meg muligheten til å skrive denne masteravhandlingen med tilskudd fra dere. Dere har gitt meg fritt spillerom med henhold til utforming av avhandlingens design. Dette har gitt meg stor motivasjon.

Datamaterialet er hentet fra Ung i Telemark 2015, en Ungdata-undersøkelse som er gjennomført av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), i samarbeid med kompetansesenter rus- region Sør (KoRus-Sør), Telemark fylkeskommune, kommunene i Telemark og Høgskolen i Sørøst-Norge. Ingen av disse er ansvarlige for analyser eller fortolkninger av resultatene i denne avhandlingen. Takk for at jeg fikk ta i bruk deres datamateriale.

Takk til mine to flinke veiledere Elisabeth Gulløy og Kjersti Norgård Aase for tydelige og gode innspill, meget god oppfølging og ivaretagelse. Dere har vært veldig viktig i denne prosessen.

Til slutt; Takk til min lille familie; Christofer og Jonatan for at dere har rettet deres liv og hverdag etter meg og mine innleveringsfrister. Takk for forståelse, heiarop og massasje av stive skuldre.

Stavern, mai 2017

Oda Kobro

1 Innledning

1.1 Formål

Hovedmålet med masteravhandlingen er å undersøke forholdet mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykiske helseplager hos ungdom i Telemark. Formålet er todelt. Det første er å undersøke hvorvidt det eksisterer sosioøkonomisk ulikhet i psykiske helseplager blant ungdommene i fylket. Det andre er å undersøke om en eventuell sammenheng mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykiske helseplager kan forklares med hvorvidt ungdommene opplever følgende psykososiale stressfaktorer: Mobbing, det å ikke ha venner, konflikt mellom foreldre og/eller lav tillitt til foreldre.

1.2 Bakgrunn

Norge har i de siste 25 årene gjennomgått en betydelig velstandsøkning (FN, 2016, s. 202). Vi bor bedre og større, tjener mer, har bedre helsetjenester, større grad av sikkerhet og lever lenger (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 7). Det at Norge er en velferdsstat innebærer blant annet at den bygger på prinsippet om like rettigheter for alle. Til tross for dette finnes det systematiske forskjeller i helse mellom grupper i samfunnet. Jo høyere utdanning og inntekt man har, jo bedre helse. Dette kalles sosiale helseforskjeller, eller sosial ulikhet i helse (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 90), og er temaet i min masteravhandling.

Sosial ulikhet i helse referer til hvordan helsetilstanden varierer med inntekt, utdanning, klassestruktur eller liknende sosioøkonomiske strukturer i samfunnet (Dahl et al., 2014, s. 15). Det er imidlertid ikke bare de som er «lavest» i det sosiale hierarkiet som har avvikende helse i forhold til de «øverste». Et påfallende mønster er at helsen forverres i gjennomsnitt, gradvis, for hvert steg ned på en tenkt sosioøkonomisk stige. Ofte omtales dette fenomenet som «den sosial gradienten» (Dahl et al., 2014; Elstad, 2005, s. 10, 22).

Også i Telemark er det påvist betydelig grad av sosial ulikhet i helse (Telemark fylkeskommune, 2016, s. 4). De systematiske forskjellene i helse er såpass alvorlige at de anses for å være den største helseutfordringen i fylket. Et av formålene i folkehelsesloven

er dessuten å utjevne sosial ulikhet i helse. Fylkeskommunen er i en slik sammenheng pålagt å ha oversikt over helsetilstanden i fylket. Samt positive og negative faktorer som kan virke inn på denne (Folkehelseloven 2011, § 21). Min masteravhandling er skrevet med tilskudd fra fylkeskommunen som har etterspurt mer kunnskap om de systematiske helseforskjellene blant ungdommene i fylket.

I min tilnærming til de sosiale helseulikhetene retter jeg hovedfokus mot ungdommenes *psykiske* helseplager. Bakgrunnen for dette valget begrunnes i flere forhold.

Psykiske vansker blant ungdom knyttet ofte til økende prestasjonspress og ytre krav som overvelder den unge (Nordtug & Engelsrud, 2016). Det kan tenkes at slikt press er like fremtredende blant sosialt sterkt stilte familier. Spørsmålet blir da om psykiske helseplager ikke er betinget av ungdommenes sosiale bakgrunn slik som mye forskning på sosial ulikhet i helse viser? Masteroppgaven ønsker derfor å undersøke om psykiske helseplager blant ungdom er sosialt betinget, og hvorvidt forekomsten følger en sosial gradient.

De sosiale helseulikhetene er dessuten komplekse. Til tross for at det gjentatte ganger er påvist en sosial helsegradient, vet vi fortsatt lite om mekanismene som kan forklare et slikt systematisk mønster. En fersk kunnskapsoversikt påpeker imidlertid at individets utsatthet for en rekke risikofaktorer også avhenger av plassering i den sosioøkonomiske strukturen (Dahl et al., 2014, s. 38). Blant annet hevdes det at individer som befinner seg lavt i den sosiale lagdelingen opplever mer stress og har færre ressurser til å håndtere påkjenninger. Det konkrete forholdet mellom slike stressfaktorer, sosioøkonomisk bakgrunn og psykiske helseplager er foreløpig lite utforsket. Denne masteravhandlingen undersøker om en eventuell sammenheng mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykiske helseplager kan forklares med ungdommenes utsatthet for fire psykososiale stressfaktorer: mobbing, det å ikke ha venner, konflikt mellom foreldre, og tillitt til foreldre.

Den overordnede hensikten med avhandlingen er å gi et bilde av den psykiske helsetilstanden blant ungdom i Telemark med vekt på hvordan variasjoner av stress i

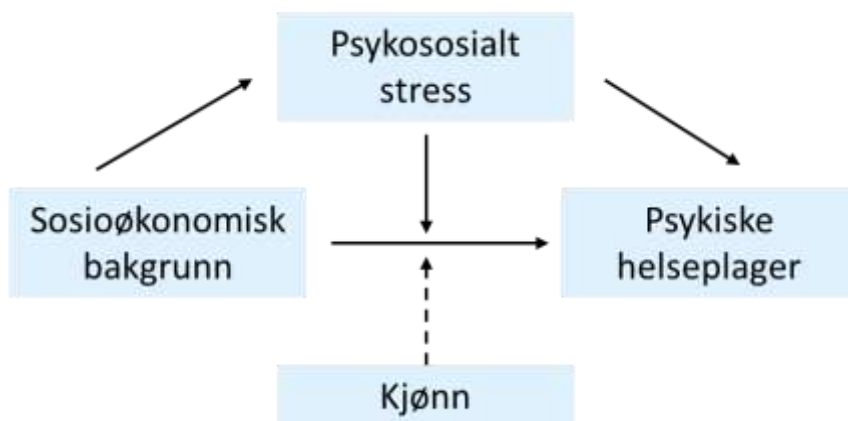
ungdommenes sosiale miljø virker inn på forholdet mellom sosioøkonomiske bakgrunn og psykiske helseplager.

På bakgrunn av tematikken jeg har kommentert ovenfor, vil jeg nå konkretisere masteravhandlingens problemstilling.

1.2.1 Problemstilling

Hvordan er sammenhengene mellom ungdom i Telemark sin sosioøkonomiske bakgrunn, og deres opplevelse av psykiske helseplager?

Tematikken i masteravhandlingen kan illustreres med følgende figur.



Figur 1 Illustrasjon av tematikk for masteravhandlingen

Følgende forskningsspørsmål er satt som operasjonalisering av problemstillingen:

1. Hvordan varierer ungdommenes opplevelse av psykiske helseplager med sosioøkonomisk bakgrunn?
2. Hvordan virker psykososiale stressfaktorer inn på den eventuelle sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykiske helseplager?

Figur 1 viser at hovedfokus vil følge løpet fra venstre mot høyre, hvor jeg ser konkret på hvordan ulikheter knyttet til ungdommenes sosioøkonomiske bakgrunn virker inn på deres opplevelse av psykiske helseplager. Jeg vil også undersøke hvordan variasjoner i ungdommenes opplevelse av ulike psykososiale stressfaktorer (mobbing, det å ikke ha

noen venner, konflikt mellom foreldre og/eller lav tillitt til foreldre) virker inn på dette forholdet.

Type og omfang av psykiske plager varierer mellom kjønn. Det er dessuten noe uenighet knytte til hvordan kjønnsaspektet virker inn på sammenhengen mellom sosial bakgrunn og psykiske helseplager. Flere studier viser at det særlig er sosialt svakt stilte jenter som sliter med psykiske helseplager. Dette står imidlertid i kontrast til historien om «de flinke pikene» som viser til ressurssterke og skoleflinke jenter, som sliter psykisk (Knapstad, 2013). Kjønn inkluderes derfor som kontrollvariabel i analysen.

1.2.2 Gjennomføring

For å svare på mine forskningsspørsmål tar jeg utgangspunkt i Ungdata-undersøkelsen som ble gjennomført blant 7232 elever på alle ungdomsskoler og videregående skoler (vg1) i Telemark våren 2015.

For å svare på mitt første forskningsspørsmål vil jeg utføre en deskriptiv analyse av hvordan omfanget av psykiske helseplager varierer i fem ulike sosioøkonomiske grupper. Jeg vil her også undersøke om sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykiske helseplager varierer i forhold til hvilke typer plager det er snakk om. Dette åpner for å si noe om psykiske helseplager blant ungdom i Telemark følger en sosial gradient, samt hvordan denne tendensen varierer i forhold til ulike type plager.

For å undersøke om psykososialt stress kan forklare sammenhengen mellom sosial bakgrunn og psykiske helseplager (forskningsspørsmål 2) vil jeg gjennomføre en logistisk regresjonsanalyse. Mine variabler for måling av psykososialt stress vil her være mobbing, det å ikke ha venner, konflikt mellom foreldre og lav tillitt til foreldre.

Slik det fremgår av figur 1 vil jeg også undersøke om eventuelle sammenhenger opptrer ulikt for gutter og jenter.

Masteravhandlingen ønsker å si noe om hvordan sosial ulikhet i psykisk helse er i Telemark. For å gjøre det, er det nødvendig med et visst sammenlikningsgrunnlag. Jeg vil derfor bruke noe plass i analyse del I til å sammenlikne mine resultater med nasjonale resultater.

Mine funn drøftes i relasjon til SHD-perspektivets tre forklaringstilnæringer til sosial ulikhet i helse. Perspektivet har vært dominerende innen helseulikhetsforskningen de siste tiårene og utgjør en god ramme for å forstå hvordan sosioøkonomisk posisjon og psykisk helse kan forklares. De sosiale forskjellene er imidlertid tett knyttet til tid og sted. Psykisk helse blant ungdom blir dessuten ofte knyttet til nye krav og trekk ved tiden vi lever i. Mine funn blir derfor også drøftet opp imot teori om sentrale kjennetegn ved samtiden.

1.3 Aktualitet

1.3.1 Et problem for både individ og samfunn

Av Meld. St. nr. 16 (2002-2003) Respekt for et sunnere Norge fremgår det at sosial ulikhet i helse ikke kan tilskrives enkeltindividet og at det derfor er et rettferdighetsproblem. God helse har verdi i seg selv, men er også en viktig betingelse for å leve det livet man ønsker (Dahl et al., 2014, s. 17). Vi vet for eksempel at sosial ulikhet i helse kan gjenta seg (reproduseres) i fremtidige generasjoner (Telemark fylkeskommune, 2016, s. 4). For eksempel ved barn av foreldre med helseplager er mer utsatt for selv å slite med helsa. Barn som vokser opp i ressursfattige familier har derfor både dårligere levekår og svakere forutsetninger til å endre egen situasjon (Meld. St. 16 (2002-2003), 2003, s. 47).

Slik sosial reproduksjon er dessuten et problem for samfunnet ved at det hindrer sysselsetting og verdiskaping, samt øker offentlige utgifter (Dahl et al, 2014, s. 17).

I 2015 var det 10 prosent norske barn som levde i familier med vedvarende lavinntekt. Dette utgjør 98 175 barn (Epland & Kirkeberg, 2017). Hvis det er slik at disse barna, grunnet foreldrenes sosioøkonomiske situasjon, har dårligere fremtidsforutsetninger enn andre barn, er dette både bekymringsverdig for velferdsstatens videre bærekraft og urettferdig for det enkelte individ.

1.3.2 Avhandlingens faglige relevans

Mitt eget masterstudies faglige temaområder befinner seg innenfor helsefremming og forebygging blant barn og unge. Ifølge studiets informasjonsside er et viktig mål for

masterprogrammet «å utvikle god innsikt i hvordan man kan fremme deltakelse og hindre sosial eksklusjon» (Høgskolen i Sørøst-Norge, 2017, 05.04). Det er på sin plass å si noe om avhandlingens relevans i en slik kontekst.

Studier viser en økning i omfang av psykiske plager blant ungdom de siste tjue årene (Collishaw, Maughan, Natarajan & Pickles, 2010; Von Soest & Wichstrøm, 2014). Ung i Oslo-undersøkelsene fra 1996 og fram til i dag viser at det har skjedd en klar økning i andelen med depressive symptomer i perioden. Mens rundt en av ti unge var plaget i 1996 gjelder det nesten en av fem i 2015 (Andersen & Bakken, 2015, s. 76). Videre viser Bentsen (2016, s. 76) at lette psykiske vansker er den enkeltvariabelen som i størst grad påvirker tanker om frafall i hans utvalg. Dette er bekymringsverdig når vi vet hvilken betydning utdanning har for individets livssjanser.

Forebygging og helsefremming knyttet til psykisk helse er derfor viktig for å forhindre sosial eksklusjon og utenforskap i Norge. Likevel har det i begrenset grad vært søkelys på hva vi kan gjøre for å fremme psykisk helse i befolkningen (Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, helse- og omsorgsdepartementet & KS, 2017). Riksrevisjonens undersøkelse (2015) viser at en rekke kommuner er usikre på hvordan de i sitt helsefremmende arbeid skal tilnærme seg de psykiske utfordringene i befolkningens. Kommunene etterlyser mer kunnskap særlig knyttet til viktige faktorer for helse, levevaner og sosial fordeling av helse. Masteravhandlingen er et bidrag i en slik kunnskapsutvikling.

Når det gjelder sosiale helseforskjeller viser forskning at Norge ikke kommer bedre ut enn andre europeiske land (Mackenbach et al., 2008, s. 2468). Dette er overraskende med tanke på at Norge har velferdsordninger som skal kompensere for tapt inntekt og sikre at man kan opprettholde en viss levestandard (Gustavsen, 2011, s. 24). Det kan derfor virke som at økonomisk utjevningstiltak som har til hensikt å redusere sosiale forskjeller, ikke har samme effekt når det gjelder helseforhold. Dette tyder på at de sosiale helseulikhetene ikke er uttrykk for ett, men et komplekst sett med problemer.

Et viktig mål for det forebyggende arbeidet bør være å redusere betydningen av slike problemer. For å lykkes i dette arbeidet nytter det imidlertid ikke bare å påvise *om* og

hvor store de sosial forskjellene er, vi må også undersøke hvilke faktorer ved familiens sosioøkonomiske situasjon som er av betydning for ungdommenes helse. Et viktig sikte for gjeldende masterstudium er å fremme kunnskap om barn og unge og hvordan risiko kan forstås i dagens samfunn (Høgskolen i Sørøst-Norge, 2017, 05/04). Masteravhandlingen er aktuell i en slik sammenheng.

1.4 Begrepsbruk og avgrensning

1.4.1 Psykisk helse og psykisk uhelse

Fokus for masteravhandlinger er å si noe om ungdommenes psykiske helse. Oppmerksomheten rettes imidlertid mot ungdommenes psykiske *helseplager*. En slik avgrensning kan være problematisk. Fokuset og avgrensningen bør derfor begrunnes.

Det er vanskelig å finne en dekkende definisjon av psykisk helse. Det er imidlertid enighet om at begrepet rommer en rekke helsefremmende aspekter. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse som «...en tilstand av velvære (well-being) der individet kan realiserer sine muligheter, håndtere normale stressituasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har muligheter til å bidra ovenfor andre og i samfunnet» (World health organization, 2017, 05.04).

I følge Wichstrøm (2008, s. 395) er en slik positivt forankret definisjon på psykisk helse et resultat av en internasjonal trend som bygger på et ønske om å fremme helse, fremfor å behandle lidelser. Dette ønsket ivaretas ved å studere menneskets sterke sider, fremfor å fokusere på deres svakheter.

Masteravhandlingen undersøker imidlertid ungdommenes subjektive opplevelse av psykiske helseplager og retter dermed oppmerksomhet mot *psykisk uhelse*. Et slikt fokus kan sies å bryte noe med begrepsforståelsen over. - Fokuset kan likevel forsvares.

En positiv forankret forståelse av psykisk helse kan ses på som problematisk i forhold til hvilke praktiske implikasjoner det legger for utforming og vurdering av ulike tiltak. Et enkeltindivid kan ha en tydelig oppfatning av hva som fremmer psykisk velvære hos han/henne. Det kan imidlertid variere mellom individer. Forventninger og tilfredshet

henger tett sammen (Mæland, 2009, s. 70). Individets *egne vurderer* om hva som er viktig for deres psykiske helse behøver dessuten ikke å sammenfalle med hva som faktisk fremmer psykisk helse hos de samme personene. Et annet viktig poeng er at hvis vi skal forstå hvorfor noen er mer motstandsdyktige ovenfor påkjenninger enn andre, så må vi naturligvis sammenlikne dem med noen (Wichstrøm, 2008, s. 395).

Når gjeldende masteravhandling retter seg mot ungdommenes psykiske *uhelse*, baserer det seg på et ønske om å kartlegge påvirkningsfaktorer som begrenser individets mulighet til velvære mestring, mulighet for sosial deltakelse, samt til å bidra i samfunnet (jf. WHO sin definisjon på psykisk helse). Jeg mener en slik tilnærming reduserer faren for å måle de fattiges nøysomhet og de rikes høye forventninger.

Psykiske helseplager er imidlertid også et vidt begrep som bør avklareres ytterligere.

Psykiske helseplager, psykiske vansker og psykiske plager viser samlet til psykiske symptomer som går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre (Mathiesen, Karevold & Knudsen, 2009, s. 9). Begrepene må ikke forveksles med *psykiske lidelser* som kjennetegnes ved at symptombelastningen er så stor at det kvalifiserer til en diagnose. En diagnostisering av psykiske lidelser forutsetter en omfattende klinisk kartlegging. Psykiske plager knytter seg derimot til oppfatninger av en mer subjektiv karakter som ofte bygger på individets vurderinger av egen helsetilstand (Folkehelseinstituttet, 2015, 11.05).

Min masteravhandling vil ikke gi ikke noen oversikt over ungdom i Telemark sin psykiske tilstand i klinisk forstand. Det vil derimot gi et bilde av hvordan opplevd psykiske helseplager varierer i den unge delen av fylkets befolkning¹.

Det skilles i litteraturen mellom to hovedformer for psykiske plager. Den ene typen er *internaliserende vansker*, den andre er *eksternaliserende vansker*. Internaliserende vansker viser til utfordringer og mangler som personen opplever ved seg selv i forhold til egenverdi, kropp, følelser og tanker. Kjernen i internaliserende vansker er ifølge Wickstrøm (2007) depresjon og angst. I tillegg kommer problemer som spiseforstyrrelser,

¹ Se punkt 4.5.1. for mer om hvordan psykiske helseplager er operasjonalisert i avhandlingen.

selvskading- og selvmordsproblematikk. Eksternaliserende vansker retter seg utover mot andre og er synlig i konkret atferd (Wichstrøm & Backe-Hansen, 2007, s. 119).

I dagligtalen er det som regel internaliserende vansker vi tenker på når vi snakker om psykiske helseplager (Bakken, Frøyland & Sletten, 2016, s. 89). Jeg har valgt å fokusere på internaliserende vansker i min avhandling, med fokus på ungdommenes opplevelse av ulike depressive symptomer. Jeg gjør dermed et valg som avgrenser oppgaven mot en sentral del av det psykiske helsefeltet. Avgrensningen er *ikke* et uttrykk for hva som er viktig og mindre viktig i forebyggings kontekst, men er en følge av en nødvendig avgrensning i forhold til oppgavens omfang.

1.4.2 Sosial ulikhet og sosioøkonomisk bakgrunn

Sosial ulikhet dreier seg om en skjevfordeling av goder der individets posisjon i samfunnet bestemmer dets tilgang til disse godene. Tanken er at det finnes en sosioøkonomisk stige der mengden ressurser øker, mer eller mindre lineært for hvert trinn opp på stigen (Bakken et al., 2016, s. 21).

Ofte snakker man om at individ har ulik sosioøkonomisk status (heretter forkortet SØS) (Bakken et al., 2016, s. 21). SØS refererer til individets samlede tilgang på kulturelle, økonomiske og sosiale ressurser. Høyere SØS indikerer flere sosioøkonomiske ressurser som i sin tur gir bedre mulighet for velferd og livskvalitet (Gustavsen, 2011, s. 22).

På grunn av respondentenes alder vil SØS i denne avhandlingen defineres ut ifra foreldrene og familiens samlede ressurser. SØS måles da gjerne ved at ungdommene rapporterer om foreldres inntekt, utdanning, yrke og/eller tilgang til ulike materielle og kulturelle ressurser (Bakken, 2016; Bakken et al., 2016).

En slik operasjonalisering kan hevdes å bygge på en antagelse om at SØS er tilskrevet fremfor oppnådd (Koløen, 2008, s. 23). Det er imidlertid ikke nødvendigvis slik at *foreldrenes* utdanning, yrke eller inntekt gir et valid uttrykk for *ungdommenes* sosioøkonomiske status (Næss, Rognerud & Strand, 2007, s. 28; Kvello, 2008a, s. 214). Det vil derfor være mer nøyaktig å snakke om sosioøkonomisk *bakgrunn* når det refereres til ungdommene selv. Foreldrenes SØS er imidlertid den praktiske operasjonaliseringen

av sosioøkonomisk bakgrunn i gjeldende avhandling. Av praktiske grunner vil derfor ungdommene kategoriseres innenfor det som blir omtalt som ulike sosioøkonomiske grupper (SØS-grupper). En slik betegnelse vil særlig brukes i metode- og analysekapittelet.

1.4.3 Psykososialt stress

Masteroppgaven kontrollerer for flere psykososiale stressfaktorer. Begrepet psykososialt stress er imidlertid ikke selvforklarende for de fleste. En begrepsavklarering er derfor nødvendig. Begrepet består av to ord: psykososialt og stress. La oss starte med det første av disse.

Psykososial, er en fellesbetegnelse på forhold som angår sosiale forhold av psykologisk betydning (Svartdal, 2014). Individets psykososiale miljø viser til hvordan individet opplever de mellommenneskelige interaksjonene han eller hun inngår i (Utdanningsdirektoratet, 2010). Dette kan være forhold i barns oppvekst, hjemmeforhold, forhold på skolen, osv.

Det er mulig å identifisere psykososiale forhold som er uheldige for individet. For eksempel kan barns psykiske helse være sårbar for ikke-optimale forhold i oppvekstmiljøet. Slike uheldige forhold kan fremkalle stressresponser hos individet. Selye (1976) kalte belastningene som førte til stress for stressorer. Begrepet stress viser til den kroppslige reaksjonen i møte med disse stressorene. Stress som opptrer i form av plutselige hendelser omtales som akutt stress. Vedvarende moderate påkjenninger omtales ofte som kronisk stress.

Masteravhandlingen operasjonaliserer psykososiale stressfaktorer med fire variabler; mobbing, det å mangle venner, konflikt mellom foreldre og lav tillitt til foreldre. Betydningen slike forhold har for individets psykiske helse vil imidlertid være et resultat av et samspill mellom sosiale og individuelle faktorer (Svartdal, 2014). Vider vil det være nærliggende å anta at mobbing, vil utgjøre en sterkere stressor sammenliknet med lav tillitt til foreldre, og det å mangle venner. En underliggende antakelse er likevel at mennesket er sosiale skapninger, avhengig av kontakt med andre mennesker. Samt at denne kontakten må være god for at vi selv skal ha det godt. Det antas at derfor at samtlige

av mine variabler representerer forhold som kan fungere som kroniske stressorer for ungdommene.

1.5 Strukturen i oppgaven

I kapittel 2 presenteres tidligere forskning på tema psykisk helse – og sosial helseulikhet blant ungdom. Først ser jeg til hva vi vet om utbredelsen av psykiske vansker blant ungdom og mellom kjønn. Deretter gjøres det rede for hva tidligere forskning har funnet ut når det gjelder sosial ulikhet i psykiske helseplager blant ungdom. Til slutt presenteres forskning som kan tyde på at det finnes en skjevfordeling av risiko/beskyttelse mellom ulike sosiale posisjoner. Kapittelet avsluttes med en oppsummering.

Kapittel 3 legger rammene for mine teoretiske diskusjoner. Her presenteres tre ulike teoretiske tilnærminger til å forstå sosial ulikhet i helse; materialistiske forklaringer, helseatferds forklaringer og psykososiale forklaringer, - samlet omtalt som SHD-perspektivet. I tillegg til de tre tilnærmingene inkluderes et perspektiv på samtiden, og hvordan trekk ved denne kan representere en ny form for risiko for dagens ungdom.

I kapittel 4 introduseres min metodiske tilnærming. I denne delen av avhandlingen gjøres det rede for avhandlingen empiriske grunnlag; Ung i Telemark 2015. Samt hvordan avhandlingen ivaretar vitenskapelige og forskningsetiske krav (reliabilitet, validitet, intersubjektivitet, personvern og etikk). Hoveddelen av kapittelet går imidlertid ut på å gi en detaljert presentasjon av variablene som er benyttet som operasjonalisering av problemstilling og forskningsspørsmål. Avslutningsvis i kapittelet pekes det på enkelte begrensninger ved avhandlingen.

Kapittel 5 er det første av to analysekapitler. Dette kapittelet tar utgangspunkt i forskningsspørsmål 1 og ser til utbredelsen av depressive symptomer i lys av fem ulike sosioøkonomiske grupper. Det undersøkes også hvordan sammenhengen mellom SØS og depressive symptomer varierer i forhold til hvilke plager det er snakk om. Deretter sammenliknes Telemark med landet som helhet.

I kapittel 6 blir sammenhengen mellom ungdommenes sosiale bakgrunn og opplevelse av psykiske helseplager undersøkt grundigere ved regresjonsanalyse. Her kontrolleres det for fire psykososiale stressfaktorer: mobbing, det å ikke ha venner, konflikt mellom foreldre og lav tillitt til foreldre. Kjønn blir inkludert som kontrollvariabel i analysen.

I Kapittel 7 drøftes analysens hovedfunn i lys av tre forklaringstilnæringer på sosial ulikhet, samt trekk ved tiden vi lever i. Drøftingen gjøres med utgangspunkt i mine to forskningsspørsmål.

I Kapittel 8 gjøres det rede for hva mine funn har gitt av implikasjoner både for det forbyggende/helsefremmende arbeidet og vedrørende videre forskning på sosial ulikhet i psykisk helse blant ungdom.

2 Litteraturgjennomgang

2.1 Forekomst av psykiske helseplager blant ungdom i Norge

Omfanget av psykiske vansker i ungdomsbefolkningen varierer noe fra studie til studie, og er til dels avhengig av operasjonalisering. Mykletun, Knudsen og Mathiesen (2009, s. 11) fremholder at det i Norge på ethvert tidspunkt vil være rundt 15-20 prosent barn og unge som opplever at deres psykiske vansker går utover trivsel, læring, gjøremål og samvær med andre. Helland og Mathiesen (2009) viste at 13 prosent av deres utvalg (et representativt utvalg av 13-15 åringer i Norge) hadde betydelige emosjonelle plager. Den siste nasjonale ungdomsdata rapporten sier ingenting om den totale prosentandelen ungdom med betydelige psykiske vansker, men viser at mest utbredt er såkalte stressrelaterte depressive plager. På ungdomstrinnet opplever eksempelvis tre av ti å være «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av tanker om at «alt er et slit» eller at de «bekymrer seg for mye om ting». På videregående er fire av ti plaget av dette (Bakken, 2016, s. 72). Også typiske psykosomatiske plager som hodepine og søvnproblemer er utbredt blant ungdom (Helland & Mathiesen, 2009, s. 33).

En viktig observasjon er imidlertid at selv om studier viser at mengden selvrapporterte plager og vansker er utbredt blant ungdom, oppgir flest norsk ungdom at de er relativt godt fornøyd med viktige aspekter ved eget liv (slik som familie, venner, skole etc. (Bakken, 2016, s. 72). Liknende resultater ble funnet av Helland og Mathisen (2009). Rapporten viser at fire av fem unge er fornøyd med eget liv. Ungdommene syntes likevel å være mindre tilfreds med livet enn de voksne deltakerne i undersøkelsen.

2.1.1 Kjønnsmessige forskjeller

Forekomsten av psykiske vansker er generelt lav før puberteten. I ungdomstiden øker omfanget, og økningen er størst blant jenter. Etter puberteten flater økningen ut, mens kjønnsforskjellene vedvarer (Sletten & Bakken, 2016, s. 17). Før puberteten er to av tre barn med betydelige psykiske plager gutter. I denne gruppen er det atferdsproblemer som dominerer. Etter puberteten er imidlertid to av tre unge med betydelige psykiske plager jenter. Blant jenter er det angstlidelser, depresjon og spiseforstyrrelser som dominerer (Helland & Mathiesen, 2009, s. 29). Kjønnsmessige forskjeller er noe ulike i de mest kjente

norske undersøkelsene. Hos Helland og Mathiesen (2009) er andelen med emosjonelle symptomer (både depresjon og angstsymptomer) 22 prosent blant jenter og kun 5 prosent hos gutter (s. 34). Ungdata viser at det er tre ganger så mange jenter som gutter som plages med typiske depressive symptomer (Bakken, 2016, s. 73).

Ser vi til utviklingen av psykiske vansker over tid, viser utviklingstrekkene at disse ikke er like for gutter og jenter. Økningen i depressive symptomer er større for jenter enn gutter (Bakken, 2016, s. 72). I levekårsundersøkelsen 2005 var det omtrent dobbelt så mange kvinner som menn i alderen 16-24 som hadde en høy skåre på depressive symptomer (Clench-Aas, Rognerud & Dalgard, 2009, s. 18). Som tidligere nevnt er tallet i den nyeste Ungdata undersøkelsen tre ganger så høyt for jenter som for gutter (Bakken, 2016, s. 72).

Noen forskere har forøkt å forklare overrepresentasjonen av psykiske vansker hos jenter i lys av utviklingspsykologiske aspekter. Dette handler om at mange jenter møter mer motstand enn gutter i oppveksten, ved at de både kommer tidligere i puberteten, og at de pubertale endringene fører jenter lenger vekk fra «idealkroppen» sammenliknet med gutter. I tillegg hevdes det at jenter bruker mer tid til å gruble rundt egen helsetilstand og sosiale situasjon, mens gutter i samme situasjon distraherer seg selv, og dermed tenker mindre på problemet (Petersen, Sarigiani & Kennedy, 1991, s. 247). Andre argumenterer for at jentene opplever et særlig dobbeltpress. De skal være skoleflinke, leve opp til en tradisjonell kvinnerolle – være feminine og attraktive (Sletten & Bakken, 2016, s 9). En slik påstand er imidlertid foreløpig kun en hypotese, og området krever mer forskning.

2.2 Sosial ulikhet i psykisk helse blant ungdom

Flere tidligere nasjonale og internasjonale studier har vist at psykisk helse varierer med sosioøkonomisk status (Dahl et al., 2014). Blant voksne er det sosiale helseulikhetsmønsteret veldokumentert. De sosiale helseulikhetene i denne gruppen er nesten påvises nesten uansett hvilke helseaspekter man undersøker og nesten uansett hvordan man måler sosioøkonomisk status (Dahl et al., 2014. s. 88, Goldman, 2001, s. 118). Det finnes mindre forskning på sammenhengen mellom sosioøkonomisk status/bakgrunn og psykisk helse blant barn og unge (Chen, Matthews & Boyce, 2002, s. 295). Funnene er dessuten mindre konsistente og avhenger i stor grad av hvordan man måler psykiske plager og sosioøkonomisk bakgrunn.

Holstein og kolleger (2009) målte sosial ulikhet i psykisk helse blant ungdom med utgangspunkt i subjektive og selvrapporterte mål på det som kan omtales som psykosomatiske symptomer (hodepine, nervøsitet, nakkesmerter etc.). For sosioøkonomisk bakgrunn ble det brukt et objektive mål som baserte seg på familien materielle goder (biler, datamaskiner, eget soverom etc.). Studien fant en tydelig sosial gradient i omfanget av psykosomatiske symptomer etter familiens velstandsnivå.

Den internasjonale studien «Helsevaner blant skolelever» (HBSC, på norsk HEVAS), viser også at det er tydelig sammenheng mellom familiens sosioøkonomiske ressurser og psykosomatiske plager hos ungdom. I motsetning til studien over som benyttet et objektive mål på sosioøkonomisk bakgrunn baserte denne studien seg på ungdommenes subjektive opplevelse av familiens velstandsnivå (Moor et al., 2015). Også norske studier viser at ungdom som rapporterer om flere materielle goder, flere bøker i hjemmet og høyere utdanning hos foreldre, har færre subjektive helseplager sammenliknet med ungdom fra familier med færre slike sosioøkonomiske ressurser (Bakken et al., 2016, s. 89; Samdal et al., 2016).

Små sosioøkonomiske forskjeller er også viktige for den psykiske helsa. Dette illustreres av det faktum at det gjentatte ganger påvises en sosial helsegradient (fenomenet ble presentert innledningsvis). Ungdom fra hjem med lav SØS i Oslo skårer systematisk svakere enn ungdom fra hjem med høyere skåre, på de fleste områder innen helse og trivsel (Andersen & Bakken, 2015; Bakken et al., 2016). Tendensen gjør seg også gjeldende i mindre byer der inntektsulikhetene kan forventes å være noe mindre (Møller & Bentsen, 2014).

Det har imidlertid vært vanlig å hevde at graden av sosial ulikhet i psykisk helse er mindre blant ungdom enn voksne (West, 1997). Dette forklares med at ungdomstiden er en periode i livet der individet orienterer seg vekk fra hjemmet, og bruker mer tid på andre arenaer (Halldórsson, Kunst, Köhler & Mackenbach, 2000). En slik hypotese finner noe støtte i enkelte internasjonale studier. Hovedsakelig gjelder dette for studier som tar utgangspunkt i fysiske helsemål (Rahkonen & Lahelma, 1992; West, Macintyre, Annandale & Hunt, s. 1990). Tilgjengelig forskning på psykiske helseplager har i mindre grad støttet en slik hypotese.

Dette henger i noen grad sammen med at det relativt sett, er lite forskning på sosial ulikhet i psykiske helseplager blant unge. Det finnes imidlertid enkelte norske studier som kan indikere en mindre tydelig helsegradient for ungdoms psykiske plager. Dette ser vi eksempel på i den siste norske Ungdata-undersøkelsen (Bakken et al., 2016, s. 91). Den generelle tendensen i denne studien er at det finnes en sosial gradient i forekomsten av depressive og angstrelaterte symptomer. Det finnes imidlertid unntak. Dette gjelder særlig for de spørsmålene som ifølge Bakken og kolleger (2016, s. 91) speiler omfanget av krav og press/stress i ungdommens liv, slik som å føle at alt er et slit, bekymre seg mye om ting og å føle seg stiv og anspent. Samdal og kolleger (2016, s. 54) fant imidlertid sosial ulikhet også når det gjaldt det de omtaler som «skolestress». I denne studien var det flere elever fra familier med lav SØS som rapporterte at de ofte ble stresset av skolearbeidet, sammenliknet med elever fra familier med middels og høy SØS.

2.2.1 Sosioøkonomisk status og Kjønn

Det er særlig jenter fra sosialt svakt stilte familier som er plaget av angst- og depressive symptomer (Bakken et al, 2016, s. 92-93; Sletten, 2015). Vi ser imidlertid at det i den offentlige debatten er en bekymring for de «flinke pikene». Begrepet viser til en gruppe jenter som ofte kommer fra sosialt sterkt stilte familier, og som er særlig hardtarbeidende og pliktoppfyllende, men som også viser flere stressrelaterte helseplager (Aftenposten, 2015, 05.11). Disse jentene utfordrer etablerte sannheter om at sosial bakgrunn er det viktigste påvirkningsfaktoren for psykisk og fysisk helse (Sletten, 2015, s. 8). Det vil være interessant å undersøke om kjønn, også blant Telemarks ungdom, forklarer mer variasjon i psykiske helseplager enn det sosioøkonomisk bakgrunn gjør.

2.2.2 Situasjonen i Telemark

Telemark ligger på landstoppen i bruk av helsetjenester og medikamenter for psykiske vansker. Ung i Telemark 2015 viser at også ungdommene i fylket sliter med psykiske vansker. En del sliter med ensomhet, lavt selvbilde og kroppsbilde (Telemark fylkeskommune, 2016, s. 3). Det er imidlertid per dags dato ikke gjort noen inngående analyse av sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykisk helse hos ungdommene i Telemark.

Telemark har typiske levekårsutfordringer, slik som lavt utdanningsnivå, lav sysselsetting, høy arbeidsledighet, mange uføre og fattigdomsproblematikk. Per 2015 var det 4028 Barn (0-17år) i Telemark som levde i husholdninger med vedvarende lavinntekt. Dette utgjør 13% av alle barn i fylket, og er den tredje største prosentandelen sammenliknet med andre fylker (etter Østfold og Oslo) (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2015).

Oppvekst og levekår er viktige premisser for helse, trivsel og livskvalitet. I lys av presentert forskningslitteratur vil det være både interessant og viktig å undersøke hvordan psykiske helseplager varierer med SØS i et fylke preget av ulike levekårsutfordringer.

Foreløpig litteraturgjennomgang har sett til forskning som i ulik grad og på ulik måte har forsøkt å undersøke hvorvidt det finnes sosial ulikhet i psykisk helse blant ungdom. Slik forskning gir visse forventninger til forskningsspørsmål 1. Som tidligere nevnt, har masteravhandlingen imidlertid ikke bare til hensikt å undersøke om det finnes sosial ulikhet i psykiske helseplager, men også å undersøke om en eventuell sammenheng mellom sosial bakgrunn og psykiske helseplager endres når det tas hensyn til andre faktorer.

2.3 Skjevfordelt risiko

Sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og psykiske helseplager kan forklares ved at individer som har begrensede økonomiske ressurser opplever flere risikofaktorer og har færre beskyttende faktorer i møte med ulike former for motstand (Elstad, 2000, 2005; Goldman, 2001; Richter, Moor & Lenthe, 2012). I denne delen av litteraturgjennomgangen presenteres forskning som ser på sammenhengen sosioøkonomisk status og unges forhold til familie -og jevnaldrende-forhold. Dette er nyttig bakgrunnskunnskap for å svare på forskningsspørsmål 2.

Det er imidlertid mange viktige miljømessige og individuelle faktorer som ikke dekkes her; som genetikk, skole, samfunn etc. Avgrensningen er gjort både av praktiske grunner, men også fordi det ofte er forhold til familie og venner som fremheves som særlig

avgjørende for barn og unges psykiske utvikling (Bakket et al., 2016, s. 34; Øia & Vestel, 2014).

2.3.1 Forhold til jevnaldrende

Ettersom ungdomstiden preges av at ungdommene bruker mer tid utenfor hjemmet, har flere pekt på at relasjonen til jevnaldrende er av særlig betydning i denne perioden av livet (Fønes, 2006; West, 1997). Det finnes mye forskning som dokumenterer at psykososiale risikofaktorer eller helsedeterminanter som sosial isolasjon og manglende sosial støtte fra jevnaldrende øker risikoen for psykiske vansker (Copeland, Wolke, Angold & Costello, 2013, s. 423; Ystgaard, Tambs & Dalgard, 1999).

Særlig utsatt er barn og unge som utsettes for mobbing (Ystgaard et al., 1999; Kaltilala-Heino, Rimpelä, Marttunen, Rimpelä & Rantanen, 1999). På motsatt hold er god sosial støtte den egenskapen ved forholdet til andre som i sterkeste grad fremmer god psykisk utvikling og fungering (Myklestad, Røysamb, Tambs, 2012). Myklestad og kolleger fant at antall venner og tid brukt med vennene virker å være underordnet. Derimot var det kvaliteten på relasjonen, og evnen til å danne vennskapelige relasjoner som viste sterkeste sammenheng med god psykisk helse.

Presentert forskning gir grunnlag for å hevde at gode sosiale nettverk og støtte er viktige beskyttelsesfaktorer for å unngå utvikling av psykiske vansker. Det er derfor bekymringsverdig at Bakken og kolleger (2016) fant at barn fra sosialt svakt stilte familier, deltar mindre på sosiale arenaer, har færre venner, opplever mer mobbing og ensomhet enn andre. Sletten (2010) viser en sammenheng mellom lav SØS og opplevelsen av å mangle nære venner, og av å være upopulær. Den siste norske versjonen av HEVAS-undersøkelsen (Helsevaner blant skoleelever, en WHO undersøkelse som gjennomføres i flere land) viser sosial ulikhet i det å bli utsatt for mobbing, der ungdom fra familier med lavere SØS er mer utsatt for mobbing sammenliknet med ungdom fra familier med høyere SØS (Samdal et al., 2016, s. 54). Due og kolleger (2009) fant at denne sammenhengen er knyttet til størrelsen på de sosiale ulikhetene som preger stedet ungdommene lever på. Ungdom med lav sosioøkonomisk status som lever på steder med store sosioøkonomiske forskjeller er mer utsatt for mobbing sammenliknet med ungdom med samme bakgrunn som lever på steder hvor forskjellene er mindre.

2.3.2 Familieforhold

Selv om det kan hevdes at jevnaldrende sin betydning i ungdomsårene øker ved at tiden preges av en frigjøring fra familien og voksensamfunnet (Frønes, 2006), viser nyere norsk forskning at norsk ungdom tillegger foreldrenes meninger og oppfatning langt større tyngde enn meningene til jevnaldrende (Øia & Vestel, 2014, s. 112). Flere studier har også vist at forhold knyttet til foreldre og familie er av stor betydning for ungdommenes psykiske helse. Conger og kolleger (1994, s. 541) fant eksempelvis en positiv sammenheng mellom konfliktfylte parforhold og psykiske helseplager hos ungdommene; jo mer konflikt mellom foreldre, jo mer psykiske helseplager hos ungdommene. Liknende fant Bakken (1998, s. 14) at ungdommer i Oslo som vokser opp med foreldre med en distansert og likegyldig foreldretilnærming hadde større risiko for å utvikle problematferd.

Flere studier viser dessuten en sammenheng mellom foreldres oppdragelsespraksis og ungdommenes psykiske helse (Hill, Bush & Roosa, 1994; Kaufmann, 1991; Wenk, Hardensty, Morgan & Blair, 1994). Kaslow, Deering og Racusin (1994) fant at inkonsistens i foreldrenes disiplinutøvelse og mye bruk av kontroll hadde sammenheng med depressive symptomer. Hartberg og Hegna (2014, s. 42) fant en overrepresentasjon av ungdom med lav tillitt til foreldrene blant de med betydelige depressive plager. Motsatt viste Petersen og kolleger (1991, s. 267) at nære barn-voksenrelasjoner karakterisert av varme og aksept ofte virker beskyttende mot psykiske vansker. Videre fant Wenk og kolleger (1994) at foreldrenes involvering i barnas liv var like viktig for gutter som for jenters psykiske helse (well-being).

Det ser imidlertid ut til at oppdragelsespraksis varierer med sosioøkonomisk posisjon. Bakken og kolleger (2016, s. 37) fant sosioøkonomiske forskjeller i relasjonene mellom ungdom og foreldre ved at ungdom fra sosialt svakt stilte familier opplevde mer konflikt mellom foreldre og mindre emosjonell støtte. Det var i studien en overrepresentasjon av ungdom fra sosialt svakt stilte familier som rapporterte om at foreldrene ofte var «skuffet over dem» og/eller fortalte hvor dumme og håpløse de var. Dette gjaldt særlig jenter. Forskjellene var imidlertid ikke dramatisk store, og de fleste var godt fornøyd med foreldrene sine. Ung i Oslo rapporten (2015) viser riktignok at de ungdommene som kommer fra familier med lav SØS er mindre fornøyd med foreldrene sine sammenliknet

med ungdom fra familier med høy SØS (Andersen & Bakken, 2015). Et viktig spørsmål er imidlertid hvorvidt slike tendenser er uttrykk for reaksjoner ungdommene får på bakgrunn av foreldrenes oppdragelsespraksis, eller om forholdet går andre vei ved at ungdommenes atferd fører til en mindre positiv barn-voksen dynamikk.

Forskning som er presentert så langt legger et visst grunnlag for en hypotese om at barn fra sosialt svakt stilte familier både vil oppleve flere risikofaktorer som for eksempel mobbing, foreldrekonflikt og færre beskyttelsesfaktorer som for eksempel sosial støtte fra venner og foreldre enn andre. Videre kan vi forvente at disse ungdommene vil oppleve flere psykiske helseplager. Hvordan den konkrete sammenhengen mellom slike forhold og sosial bakgrunn er, er det lite forskning på, og derfor vanskelig å mene noe om.

2.4 Oppsummering

Litteraturgjennomgangen viser til noe inkonsistente funn når det gjelder sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykiske helseplager blant unge. Enkelte studier viser tydelige sosiale helseforskjeller, og en tydelig sosial gradient når det gjelder psykiske plager blant ungdom. Andre studier finner ikke dette. Det er dessuten pekt på at psykiske helseplager blant ungdom ikke nødvendigvis er så tett knyttet til ressursfattigdom, men i større grad henger sammen med økende individualiserte krav og prestasjonspress, som også gjør seg gjeldende for barn fra ressurssterke familier. Slike funn gir blandede forventninger til hvordan telemark-ungdommenes opplevelse av psykiske helseplager varierer med sosioøkonomisk bakgrunn (jf. Forskningsspørsmål 1). Hovedvekten av studier identifiserer imidlertid en sosial gradient. Dersom vi antar at Telemark er sammenliknbart med resten av landet, er det grunn til å forvente at variasjoner knyttet til familiens SØS vil ha sammenheng med ungdommenes psykiske helseplager og at denne forskjellen vil følge en sosial gradient.

Basert på tilgjengelig forskning virker det som ungdom fra sosialt svakt stilte familier opplever mer mobbing, har færre venner, og opplever mer konflikt mellom, og mindre støtte fra foreldrene. Slik forskning kan gi støtte til en hypotese om at sammenhengen mellom SØS og psykiske helseplager kan forklares ved at individer med lavere SØS opplever flere stressrelaterte faktorer. Om en eventuell sammenheng kan overføres til

ungdom i Telemark (jf. forskningsspørsmål 2) har vi ingen tidligere forskning på. Min masteravhandling vi derfor undersøke dette.

Tidligere funn fremmer visse forventinger til mine egne resultater. Det er imidlertid ikke gitt hvordan sammenhengene *oppstår*. Et teoretisk rammevært er viktig for å kunne si noe om mulige forklaringer på *hvorfor og hvordan* sosiale helseulikheter oppstår. Dette vil være tema for neste kapittel.

3 Teoretisk ramme

3.1 Hvordan forklare de sosiale helseulikhetene?

Forklaringene for sosial ulikhet i helse har vanligvis tatt utgangspunkt i tre ulike forklaringer. (1) Artefaktforklaringene fokuserer på at de ulikhetene som observeres i studier av sosiale helseulikheter ikke er reelle, men må tilskrives metodiske feil, særlig knyttet til mål for SØS og helse/uhelse (Macintyre, 1997, s. 727). (2) Seleksjonsforklaringer antar at sammenhengen mellom SØS og helse er omvendt; at uhelse fører til svak økonomi fordi disse stiller svakere i forhold til å delta i samfunnet. (3) En tredje forklaring antar at det er variasjonen i de sosiale forholdene som fører til sosiale ulikheter i helse (Elstad, 1998; 2000; 2005). En grunnleggende tankegang innenfor denne forklaringen er at ettersom helseulikhet gjør seg gjeldende i nesten alle helseforhold, er det nærliggende å tro at det ligger mer generelle årsakssammenhenger bak. En underliggende forestilling er at uhelse forkommer som et resultat av flere hendelser eller *determinanter*. Perspektivet kalles derfor for sosiale helsedeterminanter (SHD) perspektivet (Elstad, 2005, s. 11).

Gjeldende masteravhandling ønsker å fokusere på sistnevnte av disse forklaringene. Det betyr likevel ikke at de to øvrige forklaringene ikke er av betydning. I forhold til seleksjonsforklaringen er det imidlertid påpekt at de fleste barn og unge i Norge fødes med relativt likt biologisk helsepotensial og at det er de sosiale forskjellene som er av betydning, ikke omvendt. Forhold knyttet til en artefaktforklaring av sosiale helseulikheter vil bli tatt hensyn til i metodekapittelet.

3.2 SHD-perspektivet

SHD perspektivet har vært dominerende innen helseulikhetsforskningen de siste tiårene. Tanken er altså at det finnes en ujevn fordeling av sentrale ressurser, eksempelvis inntekt, materielle goder, sosial støtte, makt eller kontroll over eget liv, samt ulemper eller påkjenninger, slik som arbeidsmiljøbelastninger, stress, kriminalitet usunne helsevaner osv. (Dahl et al., 2014, s. 9). Perspektivet bygger på tre vesentlige tilnærminger: (1) materialistiske forklaringer, (2) helse- og atferdsforklaringer, og (3) psykososiale forklaringer (Elstad, 2000; 2005). Jeg vil i det følgende presentere de tre ulike

forklaringstilnærmingene på helse som vi finner innenfor SHD perspektivet. Perspektivene omtaler helse i generelle termer. Jeg vil derfor tydeliggjøre tilnærmingenes relevans til *psykiske* helseaspekter ved bruk av flere eksempler.

Mye av den moderne sosiologiske debatten har dreid seg om hvorvidt samfunnet formes og styres av prosesser som går «ovenfra og ned» eller «nedenfra og opp». Tanken om at samfunnet formes «ovenfra og ned» går ut på at overindividuelle strukturer legger tydelige føringer på individet, og begrenser dets handlingsmuligheter. Tanken om at samfunnet formes «nedenfra og opp» antar at individet er fritt handlende og at de sosiale strukturene formes gjennom aktørens individuelle praksiser (Aakvaag, 2008, s. 30).

I relasjon til sosiale helseulikheter påpeker Elstad (2000, s. 25) at det vanligvis er to spørsmål som adresseres. Det første er hva som først og fremst er av betydning for populasjonens helse, og det andre er hvorfor slike helsedeterminanter er ulikt fordelt i befolkningen. Måten de ulike tilnærmingene svarer på overfor nevnte spørsmål reflekterer en ulik vektlegging av hvorvidt de tillegger strukturelle forhold eller selvstendig handlende aktører mest vekt. Jeg vil forsøke å tydeliggjøre dette forholdet løpende i teksten. Psykisk helse er imidlertid også nært knyttet til den tiden vi lever i. Jeg vil derfor avslutningsvis i gjeldende kapittel inkludere et supplerende teoretisk perspektiv som ser psykisk helse og uhelse i lys av mer samfunnsmessige utviklingstendenser.

3.3 Materialistiske forklaringer

De materialistiske forklaringene til sosiale helseulikheter baserer seg på en tanke om at det finnes ytre strukturelle forhold som individet ikke kan rukke ved, og som legger føringer for individets helsetilstand (Elstad, 2005, s. 19). Sykdom blir dermed sett i forhold til individets direkte kontakt med slike skadelige forhold.

Tilnærmingen tar utgangspunkt i en naturvitenskapelig modell der sosiale helseulikheter blir forstått med utgangspunkt i at det materielle miljøet danner mer eller mindre gunstige omgivelser for organismens liv, og at denne variasjonen kan knyttes til individets økonomiske ressurser.

Tankegangen hang opprinnelig sammen med den industrielle revolusjon som hadde ført med seg dårlige forhold blant en stor del av den nye arbeiderklassen (Elstad, 2005, s. 19). En naturlig tanke var derfor at veien til reduserte helseulikheter måtte gå via en generell bedring av velferdsnivået til disse utsatte gruppene.

En undersøkelse gjort i Drammen kommune, viser at flere familier som er bosatt i kommunen verken har senger, eller madrasser, dårlig klær, mangel på hvitevarer og slitte bopeler (Gustavsen, Van der Meij, Nilsen & Braathen, 2012, s. 68). I lys av en materialistisk forklaring vil slike strukturelle forhold tolkes som direkte helseskadelige, og at individer som befinner seg lavt i det sosiale hierarkiet opplever flere slike strukturelt skadelige forhold, enn de som er høyere i hierarkiet. Særlig gjelder dette i forhold til gruppen barn og unge som i liten grad har mulighet til å påvirke sine omgivelser.

Elstad (2005) hevder imidlertid at fattigdom er et relativt begrep i dagens Norge, og at de færreste familier lever under så dårlige kår at det går utover barnets helse direkte. Det er, ifølge han, lite sannsynlig at materielle mangler hos noen svært få, kan forklare de kollektive mønstrene som er observert i helseulikhetsforskningen. Det er dessuten lett å se at dårlige boliger med for eksempel fukt, trekk og kulde kan føre til *fysisk* uhelse. En direkte kopling mellom slike forhold og *psykisk* uhelse er ikke like lett å få tak på. En alternativ og mer nyansert materialistisk forklaringstilnærming inkluderer derfor flere helsedeterminanter, slik som helseatferd og psykososialt miljø.

Innenfor et *utvidet* materialistisk forklaring påvirker de materielle forholdene, individets helse indirekte, ved å legge føringer for individets helsevaner. For eksempel viser en rekke empiriske studier at friluftsliv- og idrettstilbudet for unge i Norge ikke er for alle, og at deltakelsen gjennomgående er størst blant ungdom fra ressurssterke familier (Gustavsen, 2011, s. 30). Det kan også tenkes at personer som lever under trange økonomiske kår i mindre grad oppsøker profesjonell hjelp, da slike tjenester kan koste penger. Særlig gjelder dette hvis man ønsker å få rask behandling i det private behandlingsmarkedet. På den måten blir de økonomiske rammene et hinder for utsatte grupper til å oppsøke det psykiske helsevesenet og kan dermed påvirke deres psykiske helse i en negativ retning.

Trange økonomiske rammer kan også ha viktige psykososiale konsekvenser for individet. Studier av barnefattigdom viser eksempelvis at ungdom som grunnet svak familieøkonomi ikke kan delta i sosiale sammenhenger på lik linje med sine jevnaldrende, opplever seg ekskludert og utenfor (Hjelmtveit 2004, s. 8; Sletten, 2010, s. 291). Harter (1990) forklarer at barn og unge som ikke inkluderes i sosiale sammenhenger mister trening i sosial kompetanse- og går glipp av viktige tilbakemeldinger på seg selv og sin væremåte, noe som er et fundament for utvikling av et sikkert selvbylde.

3.3.1 Kritikk

En utvidet materialistisk forklaring gjør det lettere å se hvordan materielle forhold kan ha en indirekte effekt på psykisk helse gjennom helseatferd og psykososiale forhold. Flere har imidlertid kommentert at også en slik forklaring kommer til kort i å forklare den sosiale gradienten (Nettleton, 2013, s. 164; Elstad, 2005). Enkelte hevder at fordi sosiale helseforskjeller ikke har blitt redusert over tid, til tross for en generell økning i velstand, må vi se til andre aspekter for å forklare og forstå sosial ulikhet i helse.

Et viktig poeng er også at en materialistisk forklaring bygger på en tanke om at individet er strukturelt determinert i forhold til hvilke materielle rammer de lever under. Det har derfor blitt sagt at tilnærmingen i for liten grad behandler samspillet mellom individ og samfunn (Elstad, 2005). Videre presenteres to andre forklaringer på sosial ulikhet i helse, der aktøren får en viktigere rolle i egen helsetilstand.

3.4 Helse- og atferdsforklaringene

Innenfor helse- og atferdsforklaringene blir sykdom forklart ut ifra individets atferdsmønster, og sosiale helseforskjeller forklares med utgangspunkt i en ide om at ulike sosiale lag skiller seg fra hverandre i deres tendens til å ha en sunn livsstil (Wilkinson, 2002, s. 63). Forklaringene blir ofte delt i to: *Helsekunnskapshypotesen* og *Livsstilperspektivet* (Elstad 2000, s. 56 - 61).

3.4.1 Helsekunnskapshypotesen

Helsekunnskapshypotesen baserer seg på en tanke om at handling styres av kunnskap og at individets helsetilstand kan knyttes til deres helseatferd (Elstad, 2000, s. 56). Sosiale helseforskjeller forklares blant annet ved at utdanning gir økt bevissthet rundt

sammenhengen mellom atferd og helse. Individuer fra høyere sosiale lag har dermed mer kunnskap om hvilke faktorer som virker helsefremmende og er mer bevisst hvordan de lever.

Usunn livsstil og uhelse blir innenfor et slikt perspektiv ansett som et resultat av manglende kunnskap hos individet fremfor fysiske skadelige omgivelser slik som i den materialistiske forklaringen. Perspektivet har derfor blitt omtalt som individualistisk og kognitiv (Elstad, 2000, s. 56),

I likhet med de materialistiske forklaringene knyttes også denne forklaringen i sin opprinnelige form til *fysiske* helseaspekter særlig med utgangspunkt i sammenhengen mellom røyking og kreft, eller fedme og hjerte- og kar-sykdommer. Innen *psykisk* helse kan det imidlertid tenkes at nok søvn, sunn kost og trening kan fremme god psykisk helse, og at personer som er bevisste en slik sammenheng også har sunnere levevaner.

En viktig innvending er imidlertid at helserelatert kunnskap i dagens samfunn er relativt tilgjengelig for alle sosiale grupper gjennom ulike mediekkanaler (blogg, sosiale medier, nyheter, tv). Det går også an å være rik, men ha lav utdanning (og motsatt). Retningen legger dessuten føringer for en tankegang om at individuelle handlinger alltid kan knyttes til en rasjonell avveining av handlingens konsekvenser. Det er imidlertid lite sannsynlig at folk har en atferd med negativ effekt på den psykiske helsen (slik som sosial isolering, alkoholmisbruk og/eller mobbing) gjør dette fordi de tror det vil gi helsemessige positive konsekvenser. Kritiske røster har derfor argumentert for at helsekunnskapshypotesen i for stor grad fristiller aktøren fra de sosiale strukturene. Det er for eksempel funnet at individets overbevisninger og kunnskap ikke alltid henger sammen med handlingene (Williams, 1995, s. 578). Slik kritikk peker mot et annet perspektiv på helseatferd.

3.4.2 Livsstilsperspektivet

Livsstilsperspektivet fremmer en ide om at menneskelig handling må ses i relasjon til det sosiale miljøet, og hva som er vanlig praksis innenfor en gitt sosial kontekst (Nettleton, 2013, s. 162). Perspektivet understreker at aktøren inngår i en større sosial sammenheng, og at ulike sosiale lag preges av ulike forventninger, krav, normer og verdier. Livsstil er derfor mer enn atferd. Det handler om kollektive handlingstendenser som i sin tur preges

av den sosiale konteksten man befinner seg i (Cockerham, 2007, s. 10; Nettleton, 2013, s. 162).

Pierre Bourdieu sitt habitus-begrep kan bidra til å kaste lys over en slik sammenheng. Bourdieu (1989, s. 19) beskriver habitus som et integrert system av persepsjonsskjema og kroppsliggjorte praksiser som regulerer hvordan vi oppfatter, vurderer og handler i den fysiske og sosiale verden. Habitus blir i så måte et kognitivt kart over individets sosiale verden og gir individet viktige «handlingsprosedyrer» (Oversatt fra «procedures to follow» min oversettelse) som passer i en gitt situasjon (Cockerham, Rütten & Abel, 1997 s. 327).

Hvis en slik antakelse stemmer, hjelper det ikke at individet vet at «det å snakke med noen» kan ha helsefremmende effekter (slik kunnskapshypotesen hevder). Særlig gjelder dette hvis slik atferd ikke er i tråd med deres habitus. Handling og livsstil ses derimot som et resultat av en instinktiv følelse av hva som er rett handling i en gitt situasjon (Aakvaag, 2008, s. 160).

Bourdieu påpeker videre at habitus har et sosialt opphav. Det er strukturert og formet ved at individet inkorporerer de sosiale betingelsene han/hun vokser opp i. Vi kroppsliggjør de sosiale forventningene som miljøet setter, de koder og regler som man må vite om og kunne, for å delta i ulike sosiale miljø (Aakvaag, 2008, s 161). Derfor kan heller ikke aktørenes handlinger studeres uavhengig av den strukturelle kontekstene de utspiller seg innenfor. Livsstil signaliserer den sosiale posisjonen individet har, og kan forstås som en slags markør for posisjon, status og prestisje i samfunnet (Elstad, 2000, s. 61).

For barn og unge kan det utvikle seg ulike klasserelaterte habitus som fører med seg bestemte livsstiler, som i sin tur virker inn på den psykiske helsen. Det at barn og unge fra familier med lav SØS ikke deltar i like stor grad på sosiale arenaer som andre barn, kan i lys av livsstilsperspektivet forstås som nedarvede habitus der slike aktiviteter ikke passer inn under individets tilgjengelige handlingsdisposisjoner. Disse handlingsdisposisjonene er tett knyttet til foreldrenes økonomiske ressurser og økonomiske prioriteringer. Thorød, (2012) illustrerer dette i sin artikkel. En av hennes informanter snakker til sine foreldrene om en spesifikk fritidsaktivitet, som en av

venninnene hennes deltar på. Det at foreldrene velger å ignorere kommentaren, bekrefter ifølge Thorød informantens forventning, og svarer til deres habitus. «Hun trenger derfor ikke ytterligere svar enn det som ligger i foreldrenes taushet» (s. 18).

Ifølge Cockerham og kolleger (1997, s. 328) er det de overindividuelle strukturene som er dominerende i Bourdieu sin teori. Det kan derfor hevdes at helseatferds forklaringene likner på de materialistiske forklaringene i deres strukturorientering. Dette fordi det i begge forklaringene bygger på en antakelse om at de ulike sosiale posisjonene legger visse føringer for individets *muligheter* (mulighet til fysisk gunstige forhold innenfor den materialistiske tilnærmingen, og mulighet til kunnskap/helsefremmende habitus innenfor helseatferdstilnærmingen). Livsstilperspektivet fremhever imidlertid, forstått i lys av habitus begrepet, en tanke om at de objektive sosiale strukturene bare eksisterer i kraft av å bli anvendt og reproduert av sine kompetente og kreative aktører (Aakvaag, 2008, s. 162). Dette legger viktige føringer for hvordan man tenker rundt helsefremmende og forebyggende arbeid. Hvis reproduksjon av helseatferd starter med individuelle handlinger, vil forebygging knyttes til individet og bevisstgjøring rundt den helserelaterte effekten av handlinger, fremfor en endring av strukturelle og potensielt skadelige forhold.

3.4.3 Kritikk

Helse- og atferdsforklaringene bygger på en tanke om at sykdom i all hovedsak kan knyttes til menneskelig handling. En slik tilnærming til sykdom legger imidlertid ansvaret på individet og har blitt karakterisert som en «blame the victim» ideologi. Innenfor et slikt perspektiv må ikke bare individet håndtere egen sykdom, men også skammen ved å selv stå til ansvar for egen helsetilstand (Elstad, 2000, s. 66). Empiriske undersøkelser viser dessuten at helseatferd statistisk sett forklarer relativt lite variasjon i de sosiale helseulikhetene, særlig i forhold til psykososiale helseproblemer (Williams, 1995, s. 578).

Selv om livsstilperspektivet i noe større grad enn helsekunnskapshypotesen legger føringer for å se individets handlinger i en større sosial sammenheng, har det blir argumentert for at helse- og atferdsforklaringener i for liten grad inkluderer emosjonelle aspekter i sin forståelse av helse (Elstad, 2005, s. 29). Slik kritikk legger føringer for å se helse og sosiale helseforskjeller i en større sammenheng der struktur og aktør blir satt i et mer gjensidig forhold til hverandre.

3.5 Psykososiale forklaringer

De materialistiske forklaringene- og helse/atferdsforklaringene til sosial ulikhet i helse bygger på en antakelse om at mennesket mer eller mindre reagerer følelsesløst på ytre og indre påvirkning (Elstad, 2005, s. 29). Psykososiale forklaringer på sosial ulikhet ser derimot mennesket som aktivt og deltakende i sine omgivelser og anser kvaliteten på den *sosiale interaksjonen* som avgjørende for individets helse. Innenfor en slik tilnærming blir både kognitive og emosjonelle reaksjoner satt i sammenheng med kroppslige prosesser. Stress er et begrep som blir sentralt i en slik sammenheng.

3.5.1 Stress

Begrepet stress ble introdusert innledningsvis, men viser til kroppslige reaksjoner i møte med ulike belastninger.

Koplingen mellom stress og *fysisk* helse/uhelse baserer seg på en tanke om at stress utløser en viss hormonell ubalanse, som i for store, eller for langvarige doser vil kunne føre til kroppslige sykdomssymptomer (Elstad, 2000, s. 72). Koplingen mellom stress og *psykisk* helse/uhelse bygger også på slike hormonelle forandringer, men kan sies å være mer praksisnært for de fleste. Det er for eksempel lett å se hvordan både *akutte* stressorer slik som ulykker, skilsmisse etc. eller *kroniske* stressorer slik som varige økonomiske bekymringer og/eller ydmykende sosiale opplevelser kan utløse psykiske plager slik som depresjon, nervøsitet, oppgitthet eller mangel på livsmot (Elstad, 2005, s. 30).

Stressorer kan imidlertid også føre til helseskadelig *atferd*. I motsetning til den foregående forklaringstilnærmingen (helse/atferdsforklaringene), der helseatferd knyttes til kunnskap og/eller sosialt bestemte handlingsdisposisjoner, blir atferd innenfor de psykososiale forklaringene forstått som en *reaksjon* på stress og påkjenninger (Elstad, 2000, s. 69). Helseskadelig atferd blir sett som et resultat av individets håndtering av stressende påkjenninger. For eksempel kan det å overspise, isolere seg, sulte seg, inngå i selvdestruktiv atferd eller tankemønster forstås som bevisste eller ubevisste forsøk på å skyve vekk problemer. Slik atferd kan i sin tur forsterke de psykiske problemene, for eksempel ved at sosial isolering vil føre til opplevelsen av ensomhet og lavt selvbildet (Aase, Bentsen & Møller, 2015, s. 78).

3.5.2 Sosiale variasjoner i fordelingen av stress

Hvordan kan så kunnskap om stress bidra til å kaste lys over de sosiale helseulikhetene? Mange sosiologer fokuserer på hvordan fordelingen av stress avhenger av individets plassering i den sosiale strukturen (Elstad, 1998, s. 603).

En forklaring er at forekomsten av uheldig stress, både akutt og kronisk følger en sosial gradient som tilsvarer individets posisjon i hierarkiet (Elstad, 2005, s. 31). Vi vet for eksempel fra litteraturgjennomgangen at sannsynligheten for at barn og unge opplever ulike stressrelaterte risikofaktorer som konflikter i hjemmet, manglende sosial støtte og mobbing varierer med familiens SØS (Bakken et al., 2016; Petersen, et al., 1991; Samdal et al., 2016).

3.5.3 Stressmestring

Innenfor de psykososiale forklaringene på sosial ulikhet i helse, blir likevel ikke slike risikofaktorer utelukkende sett i forhold til at lavere sosiale posisjoner møter mer motstand og livsutfordringer. Stress er nemlig ingen fast størrelse, men kroppslige reaksjoner som kommer av stressorer: ytre påkjenninger som *oppleves* krevende å håndtere (Elstad, 2005, s. 30). Dermed blir forholdet mellom objektive forhold ved situasjonen og individets subjektive vurdering sentral. Hvordan man opplever en stimuli som stressende kan nemlig knyttes til sosiale konstruksjoner som i betydelig grad formes av den sosiale konteksten man vokser opp i (Elstad, 1998, s. 603).

Individets tilgjengelige ressurser er avgjørende for hvordan han/hun møter påkjenningene. Ofte snakker vi om «mestringsressurser». Begrepet viser til at det er avstanden mellom krav og muligheter som avgjør hvorvidt påkjenningen oppleves som uheldig stress.

Dette er i tråd med en *sårbarhetshypotese* som postulerer at negative opplevelser har ulik effekt avhengig av hvordan vi tolker og håndterer situasjonen, og at de lavere sosiale posisjonene er mest sårbare fordi de både blir utsatt for mer psykososialt stress, og besitter færre hensiktsmessige mestringsstrategier (Aneshensel, 1992, s. 23-27).

Flere prosesser kan forklare slike sårbarhetsforskjeller. For eksempel har sosial støtte særlig i forhold til foreldre blitt fremhevet som en viktig stressbuffer, dvs. en ekstern ressursfaktor som reduserer den skadelige effekten av stressoren (Aneshensel, 1992, s. 25). Motsatt vil individer som opplever konfliktfylte foreldrerelasjoner eller manglende støtte fra foreldre miste viktige kilder til hjelp for å håndtere stressende stimuli og dermed stå i større fare for utvikling av psykisk vansker.

Grad av konflikt kan knyttes til sosioøkonomisk status gjennom familiestresshypotesen. Hypotesen antar at økonomiske utfordringer fører til bekymring og konflikter innad i familien. Et slikt konfliktfylt miljø opptar foreldrenes oppmerksomhet, og reduserer deres muligheter til å gi barna den støtten de trenger. Dermed får barn fra sosioøkonomisk svakt stilte familier problemer, ikke bare direkte gjennom familiens mangel på økonomiske ressurser, men også indirekte gjennom den effekten dårlig råd har på relasjoner mellom foreldre og barn (Conger et al. 1992).

En viktig innvending er imidlertid at barn og unge ikke er passive mottaker av eksterne forhold (Elstad, 1998, s. 605). Individets opplevelse og vurdering av hvorvidt han/hun har de mestringsressursene som trengs i en gitt situasjon kan også fungere som en stressbuffer. En slik forklaring stammer fra det psykologiske fenomenet mestringsforventning. På engelsk «self-efficacy». Mestringsforventning kan defineres som «kognitiv orientering der individet tilskriver livsutfall, slik som suksess og mislykkethet til personlige forhold, slik som evner og innsats» (Aneshensel, 1992, s. 27, min oversettelse). Personer som opplever at de innehar en høy grad av mestringsforventning har bedre selvopplevelse, håndterer stress bedre og har en sunnere livsstil (Cockerham, 2007, s. 17). Høy grad av mestringsforventning gjør dermed individet mindre sårbart. I et forsøk på å forklare de sosiale helseforskjellene, er det imidlertid viktig å spørre om hva som generer en slik forventning om mestring.

Mestringsforventning har blitt satt i sammenheng med sosial klasse, særlig på bakgrunn av hvilke muligheter individet har til å gripe inn i egen situasjon (Gecas, 1989, s 302). Cockerham (2007) hevder at personer som befinner seg i lavere sosiale posisjoner har mindre muligheter for å oppleve kontroll over eget liv, nettopp fordi de lever under flere materielle begrensninger (s. 17). Personer som gjentatte ganger opplever at egne

handlinger ikke har effekt på miljøet tilegner seg en lært hjelpeløshet og tilskriver negative hendelser og stress til egen mislykkethet (Gecas, 1989, s. 299). Det er lett å forstå hvordan slike følelser kan ha negativ effekt på individets psykiske helse. På motsatt side viser utdanning og deltakelse i arbeidslivet en positiv sammenheng med mestringsforventning (Gecas & Seff, 1989).

Alternativt kan man se individets mestringsforventning som et resultat av sosialt overførte virkelighetsforståelser. Disse er nært knyttet til den sosiale konteksten og varierer mellom ulike sosiale posisjoner (Aneshensel, 1992, s. 27). En slik forklaring kan kanskje ses i lys av habitusbegrepet til Bourdieu (Jf. Livsstilperspektivet), men legger i motsetning til livsstilperspektivet vekt på hvilke emosjonelle konsekvenser slike overførte sosiale sannheter har for individet og ikke utelukkende på den direkte sammenhengen mellom atferd og helse.

Foreløpig har vi sett på psykososiale forklaringer som hevder at sosiale helseforskjeller er et resultat av skjevt fordelte stressorer i det sosiale miljøet. Dette i kombinasjon med individets mulighet for mestring i møte med disse stressorene, kan forklare hvorfor det oppstår en sosial gradient (Koløen, 2008, s. 35). Forklaringen gir imidlertid ingen god forklaring på hvorfor de sosiale helseulikheter står like sterkt i land med få sosiale forskjeller, som i land med store sosiale forskjeller.

3.5.4 Relativ deprivasjon

En alternativ forklaring knytter psykisk og fysisk helse direkte til *relasjonen* mellom de ulike sosiale posisjonene.

Opplevelsen av *relativ deprivasjon* viser til følelsen av at man er underlegen andre på en urettferdig måte. Det hevdes at mennesker evaluerer egen situasjon i forhold til hvordan den sammenfaller med andre. Hvis individet hindres i å oppnå den standard som deres referansegruppe har, vil han/hun oppleve en følelse av frustrasjon og manglende tilfredsstillelse (Festinger, 1954).

Tendensen til sosial sammenlikning kan illustreres ved følgende utsagn fra en 15 år gammel jente fra en norsk studie av opplevelsen til barn i familier med lav inntekt «Jeg

var sju- åtte år, da begynte jeg å merke at dette var ikke så gøy liksom, å ha mindre penger enn de andre i klassen» (Hjelmtveit, 2004, s. 4).

På individnivå kan det tenkes at ungdommene sammenlikner seg med sine jevnaldrende klassekamerater. Det kan tenkes at følelsen av å være underlegen sine venner, kan utgjøre en kronisk stressfaktor. Popularitet, kan knyttes til hvorvidt man har tilgang til ulike statussymboler slik som merkeklær, mobiltelefon etc. Slike materielle goder henger naturlig nok sammen med økonomiske og materielle ressurser.

På samfunnsnivå, kan det tenkes at slike psykologiske mekanismer kan forklare en sosial gradient, ved at individer alltid vil sammenlikne seg med andre. Særlig har Richard Wilkinson argumentert for et slikt syn på helse og helseulikheter. «We feel hurt, angry, belittled, annoyed and sometimes superior as the processes of social distinction and social exclusion thread their way between us» (Wilkinson, 2002, s. 226).

3.5.5 Kritikk

De psykososiale forklaringene på sosial ulikhet i helse er ifølge Elstad (2005) en attraktiv tilnærming ved at den fremhever sosiale relasjoner i langt større grad enn de andre forklaringene. Det vil imidlertid vær noen problematiske aspekter knyttet til bruk av forklaringen for å finne frem til faste sannheter. Dette fordi hva man opplever som stressende vil være nært knyttet til rådende sosiale normer (Elstad, 2005, s. 33), Det er dessuten vanskelig å måle psykososiale aspekter slik som sosial sammenlikning og mestringsforventning. Kvalitative studier kan imidlertid gi verdifull innsikt på en måte som kvantitative studier ikke har mulighet til.

3.6 Et siste perspektiv: I lys av samtida

Levekår og livsomstendigheter omhandler ikke bare private ressurser som kan knyttes til de enkelte individer eller familier. De sosiale helseforskjeller er lokalisert i både tid og i rom og et viktig spørsmål er hva slags rolle samtiden spiller for de sosioøkonomiske helseulikhetene? Sagt annerledes hvordan påvirker trekk ved samfunnet og felleskapet ungdommenes helsetilstand og helseulikhetene? Før vi kan besvare dette spørsmålet, må vi imidlertid vite hva disse trekkene er.

3.6.1 Ny tid – ny risiko

Vår sosiale virkelighet har blitt betegnet med flere ulike begreper. *Postmodernismen* (Lyotard, 1984), *høy modernitet* (Giddens, 1991) og *Flytende modernitet* (Bauman, 2000) er noen av disse. Selv om disse begrepene betegner ulike sider ved samtiden peker de mot noen sentrale utviklingstrekk; ny teknologi, oppløsning av tradisjoner, globalisering, økt kompleksitet, nye oppvekstrammer og skolens økende betydning (Fauske & Øia, 2003, s. 244-255). Sentralt i disse endringene (både som produkt og drivkraft) står ideen om individualisering.

Med individualisering menes en samfunnsmessig prosess der individet får økt samfunnsmessig betydning og blir satt i sentrum innenfor så godt som alle samfunnets institusjoner. Lover og regler utvikles for å sikre den enkeltes rett og plikt, oppdragelsen handler om å forstå det enkelte barns ulikhet, og unges utvikling bygger på ideen om å «finne seg sjæl» (Frønes, 2006, s. 142-174).

Ungdomsforskning har ofte pekt på at fremtiden i dag fremstår som mer uoversiktlig enn før. I følge Øia og Vestel (2014) er et sentralt trekk ved moderniteten at fortiden i mindre grad enn tidligere har noen betydning for fremtiden (s. 110). Dette kan innebære at sosiale og kulturelle determinanter har avtagende innflytelse.

Thomas Ziehe (1993) benytter begrepet «kulturell frisetting» (oversatt fra kulturell friställning, s. 38) og peker på at sosial bakgrunn ikke lenger er avgjørende for individets handlingsfrihet og mulige livsveier. Tvert om åpner den nye kompleksiteten og mangfoldet for at den unge selv kan velge blant et mangfold av mulige levesett.

For ungdom kan imidlertid denne frigjøringen medføre en ny type risiko. I følge Beck (1992, s. 93) er en særlig negativ effekt ved individualiseringsprosessen at denne bidrar til en separasjon av individet fra tradisjonelle støttesystemer som familie eller nabolag.

Når kollektive former for samhold forsvinner, minster disse evnen til å sette grenser for folks virksomhet og den enkelte unge blir mer overlatt til seg selv og sin egen indre stemme. Nå må den enkelte finne, prøve og forme sin egen identitet. Dette fører til frihet, men kan også føre til utfordringer fordi muligheter og frihet skaper økt uforutsigbarhet.

Samtidig gjøres individet ansvarlig for egen skjebne; det blir umulig å ikke velge. Dette kan medføre en ny type risiko.

Den økende individualiseringen fører imidlertid også ifølge Ziehe til en økende trang til det han omtaler som *subjektivering*. Med det mener han at den endrede livssituasjonen fører til at individet blir mer mottakelig og følsom ovenfor hvordan de subjektivt vurderer egne relasjoner «Hur man umgås med andra, hur rummet gestaltas, hur relationer upplevs – alla sådana intryck har fått en större psykisk betydelse» (Ziehe, 1993, s. 40).

3.7 Oppsummering

SHD perspektivet består av tre ulike hovedtilnærminger til sosiale helseforskjeller. Materialistiske forklaringer på sosial ulikhet i helse tillegger strukturelle forhold avgjørende vekt. Perspektivet baserer seg på en antakelse om at helse er et resultat av strukturelt skadelige forhold. Sosiale forskjeller i *psykisk helse* kan forstås innenfor et slikt perspektiv ved at økonomiske ressurser legger føringer for individets mulighet for å delta og bli inkludert i det sosiale miljøet på skolen og i fritiden.

Helse- og atferdsforklaringer hevder at individet mer eller mindre er selvforsynt i egen helsetilstand. Helse blir i en slik tilnærming direkte koplet til individet helseatferd. I lys av en slik hypotese kan det tenkes at familier med lav SØS både vil ha mindre kunnskap om hva som fremmer/hemmer helse og/eller manglende bevissthet rundt hvordan de normer, vaner og praksiser som preger deres sosiale kontekst legger føringer for helsefremmende eller helseskadelige livsstiler.

Helse- og atferdsforklaringene tillegger aktøren mer vekt i sin forklaring. Ved å peke på at sykdom knyttes til menneskelig handling, fremmer perspektivet en ide om rasjonelle aktører som handler i tråd med egen fornuft. Individets handling blir imidlertid også her koplet til strukturelle forhold. Som for eksempel tilgjengelig kunnskap (Jf. Helsekunnskapshypotesen) og strukturelt bestemte livsstiler (jf. Livsstilperspektivet).

De psykososiale forklaringene plasserer individuelle (emosjonelle, kognitive) og strukturelle faktorer i et dynamisk samspill med hverandre og anser aktørens plass i egen

helsetilstand som mer aktivt og deltakende. Perspektivet tar utgangspunkt i at *stress* kan forårsake helseplager og at variasjoner i stress følger den samme sosiale gradienten som helseforholdene (Elstad, 2005, s. 32). Videre er individets opplevelse av, og håndtering av stress avhengig av individets mestringsstrategier. Disse er i sin tur i betydelig grad formet av den sosiale konteksten man vokser opp i. Perspektivet dermed fremhever sosiale relasjoner i langt større grad enn både de materialistiske og helse/atferdsforklaringene gjør.

Disse tre teoretisk-forankrede forklaringene viser flere ulike innfallsvinkler til å forstå og forklare sosiale helseforskjeller. Hvilken tilnærming som kan sies å forklare mest er imidlertid vanskelig å vite sikkert. Antakelig avhenger forklaringenes egnethet av flere forhold, blant annet hvilke helseforhold -og grupper av individer som studeres.

Det kan dessuten diskuteres hvorvidt de ulike forklaringene står som isolerte forklaringsparadigmer eller hvorvidt de overlapper hverandre, og påvirker hverandre gjensidig. Materielle faktorer kan for eksempel påvirke helsa ved at de legger visse begrensninger på individets muligheter for helsefremmende atferd (Jf. Materialistiske forklaringer). Det kan dessuten tenkes at familier med lav SØS legger til rette for ungdommenes sosiale deltakelse (Jf. helse- og atferdsforklaringer). Sosial deltakelse kan dessuten bidra til at man skaper og opprettholder relasjoner til andre som senere kan virke beskyttende i vanskelige situasjoner. Personer som går glipp av slike stressbuffere, står derfor i en mer sårbar situasjon i møte med utfordringer (Jf. psykososiale forklaringer).

Det kan imidlertid hevdes, i lys av aktør/struktur debatten, at de tre forklaringstilnærmingene (riktignok i ulik grad) tar utgangspunkt i en tankegang der risiko først og fremst knyttes til strukturelt begrensende forhold, og at veien til sunne og friske aktører går gjennom en nedbryting av disse strukturelle rammene.

I følge nyere modernitetsteorier representerer imidlertid dagens samfunnsendringer en ny form for risiko, fordi den unge er mer overlatt til seg selv, fri fra kollektive former og strukturelle begrensninger (Faske & Øia, 2003, s. 257). Nyere modernitetsteorier postulerer således at institusjonene har mistet grep om menneskets liv og at individet står helt alene i eget livsprosjekt. Spørsmålet blir da om tradisjonelle strukturelt bestemte

risikofaktorer som materielle goder og penger får mindre betydning, særlig når det dreier seg om ungdommenes psykiske helse? En slik hypotese bryter imidlertid med grunnleggende sosiologiske tradisjoner og med SHD perspektivets forklaringstilnærminger. Selv om slike teorier ifølge Beck (1992, s. 92) er redusert til «levende døde» (oversatt fra «zombie categories») kan det tenkes at evnen til å danne og opprettholde sosiale relasjoner; en viktig beskyttelsesfaktor i dagens flytende samfunn i stor grad avhenger av sosial bakgrunn.

4 Forskningsdesign og metode

4.1 Kravet om intersubjektivitet

Et helt sentralt trekk ved vitenskapelig virksomhet er at det skal kunne etterprøves av andre. Dette forutsetter imidlertid at resultatene er intersubjektive. Kravet om intersubjektivitet viser til forskningsoppleggets gjennomsiktighet og i hvilken grad forskeren evner å forklare og begrunne de valg som tas, samt hvordan disse påvirker funnene (Wormnæs, 1996, s. 62). Dette kapitlet har til hensikt å tydeliggjøre avhandlingens metodiske tilnærming (datainnsamlingsmetode, operasjonalisering av begreper, etiske refleksjoner etc.). Dette er viktig blant annet for å ivareta kravet om intersubjektivitet.

4.2 Kvantitativ tilnærming

Det skilles ofte mellom kvalitative og kvantitative samfunnsvitenskapelige studier. I følge Grønmo (2004) referer begrepene i første rekke til egenskaper ved dataene som samles inn og analyseres (s. 22). Grimen (2004) beskriver skillet med utgangspunkt i at kvalitative opplegg er intensive (få enheter, mange variabler), mens kvantitative opplegg er ekstensive (mange enheter, få variabler) (s. 238). Det er også vanlig å skille mellom kvantitative og kvalitativ opplegg ut ifra hvorvidt kunnskapen dreier seg om en forklaring i bredden (Kvantitative studier), eller en forståelse i dybden (kvalitative studier) (Grimen, 2004, s. 238-239; Grønmo, 2004, s. 22). Skillet mellom kvalitative og kvantitative studier kan dermed defineres på flere måter. Felles er imidlertid at valg av metode preger alle ledd i studien, fra problemstilling, data, analyse til tolkning av resultater (Kobro, 2016)

Min masteravhandling har for det første til hensikt å *kartlegge* et fenomen- sosiale helseforskjeller i psykisk helse- blant ungdom i Telemark. For å kunne si noe om dette, vil det være viktig å skape et systematisk oversiktsbilde over bestemte sammenhenger i denne delen av befolkningen. For det andre har avhandlingen som hensikt å avdekke spesifikke helsedeterminanter av betydning for ungdommenes psykiske utvikling, og dermed legge et visst grunnlag for *prediksjon*. Dette er viktig i forebyggingskontekst. For det tredje har avhandlingen som oppgave å gi grunnlag for *forklaring*. Dvs. å avdekke sammenhenger mellom forskjellige faktorer, variabler og fenomen. Dette er egentlig en

overordnet målsetning som både inkluderer kartlegging og prediksjon (Befring, 2007, s. 17). De ovenfor nevnte intensjonen bygger i betydelig grad på en positivistisk forskningstradisjon der hovedsiktet er å gi breddekunnskap om et stort antall enheter. Det kvantitative metodeparadigme henger tett sammen med en slik forskningstradisjon, og vil derfor utgjør den metodiske rammen for min avhandling.

4.3 Det empiriske grunnlaget: Ungdata

Ungdata er et kvalitetssikret og standardisert system for lokale spørreundersøkelser. Undersøkelsen innebærer at elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring svarer på en rekke spørsmål omkring eget liv. Spørsmålene knytter seg til et bredt spekter av temaområder (familie, venner, lokalmiljø, skole, fritidsaktiviteter, helse og trivsel, rusmiddelbruk, risikoatferd og vold). Utfylling av spørreskjemaet skjer i skoletiden (Frøyland, 2015, s. 8).

Ung i Telemark 2015 er en Ungdata-undersøkelse som ble gjennomført på alle ungdomsskoler og videregående skoler i fylket våren 2015. Undersøkelsen var et samarbeid mellom Telemark fylkeskommune (Team folkehelse og avdeling for videregående opplæring), KoRus - Sør, Høgskolen i Telemark og kommunene i Telemark. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) hadde det faglige ansvaret for undersøkelsen (Aase et al., 2015, s. 3).

Som empirisk grunnlag i denne avhandlingen brukes i hovedsak Ung i Telemark 2015. En viktig del av masteren er imidlertid å undersøke hvordan situasjonen i Telemark er sammenliknet med resten av landet. Som sammenlikningsgrunnlag brukes derfor et landsdekkende utvalg basert på ungdatabaserte undersøkelser gjennomført i Norge i perioden 2013-2015.

4.3.1 Utvalg og representativitet

Ønsket om generalisering står sentralt innenfor de kvantitative tradisjonene. Generalisering har verdi i den forstand at man ved å si noe om et utvalg, også får tilgang til kunnskap om større grupper i samfunnet samt om viktige samfunnstendenser og variasjoner i befolkningen (Grimen, 2004, s. 255). Generalisering fordrer imidlertid statistisk representative utvalg, og standardiserte forskningsprosedyrer.

Gjennom Ung i Telemark 2015 ble det samlet inn svar fra 7232 skoleungdom. Alle ungdomsskoler og videregående skoler Vg1 i Telemark deltok i undersøkelsen. Kun Nome videregående skole, Notodden videregående skole, Vest-Telemark videregående skule og Skien videregående skole gjennomførte undersøkelsen på Vg2 og Vg3 (Aase et al., 2015). For å motvirke skjevhet i utvalget er svar fra disse ungdommene ekskludert i mine analyser.

Svarprosenten i Ung i Telemark 2015 er gjennomgående høy (84 prosent). Undersøkelsen regnes som en populasjonsundersøkelse og gir et representativt uttrykk for skoleungdom i den aktuelle aldersgruppen.

Det kan ofte være vanskelig å få folk til å bruke tid på omfattende levekårsundersøkelser. En forklaring på den høye svarprosenten kan være at undersøkelsen ble gjennomført i skoletiden. Frafallet på 16 prosent dreier seg derfor først og fremst om elever som var fraværende den dagen undersøkelsen fant sted eller ungdom som ikke ønsket å delta (Elstad, 2010, s. 30).

4.3.2 Reliabilitet

Reliabilitet referer til datamaterialets pålitelighet og defineres av Grønmo (2004) som “..graden av samsvar mellom ulike innsamlinger av data om samme fenomen basert på samme undersøkelsesopplegg” (s. 222). I kvantitative undersøkelser vurderes reliabiliteten ut ifra det standardiserte opplegget for datainnsamlingen. For eksempel hvorvidt spørreundersøkelsen har spørsmål som gir rom for tilfeldige og subjektive fortolkninger eller skjevhet i frafallet (Elstad, 2010, s 159 – 168).

Ung i Telemark 2015 er en spørreundersøkelse basert på selvrapporterte svar fra ungdommene. Et sentralt problem knyttet til slike undersøkelser er useriøse svar. Ofte oppstår dette mot slutten av undersøkelsen når informantene begynner å bli slitne.

En måte NOVA motvirker effektene av denne feilkilden på er gjennom å «rense» svarene før de blir analysert. Det vil si at «useriøse» svar fjernes (Aase et al., 2015, s. 12-14). Et eksempel på et useriøst svar er dersom informanter svarer maksimumsverdien gjennomgående, eller der det er usannsynlige svarkombinasjoner med høye svarverdier

på spørsmål som egentlig utelukker hverandre (for eksempel stort omfang av depressive symptomer og høy grad av trivsel med eget liv). Alle informanter som har svarkombinasjoner som dette, får svarene sine slettet på de aktuelle spørsmålene.

Ikke alle spørsmålene gir grunnlag for å identifisere useriøse besvarelser med slike relativt enkle metoder. Det er derfor lagt til en sumskår for hvor mange av de ulike «tulleindikatorene» som ungdommene slår ut på. De som slår ut på to eller flere av disse, får hele besvarelsen slettet fra datafilen (Frøyland, 2015, s. 12). Min masteravhandling bygger på datamateriell som har vært igjennom en slik «filrens».

Et annet reliabilitetsspørsmål er hvorvidt landsdekkende spørreskjemaundersøkelser som tas i skoletiden legger føringer for svarene ungdommene gir. Dette gjelder særlig for sensitive spørsmål. Til tross for at undersøkelsen er anonym, og at ungdommene utfører spørreundersøkelsen hver for seg, kan det tenkes at noen elever er redd for at medelever eller andre skal få vite hva de har svart på enkelte spørsmål.

Min masteravhandling benytter flere sensitive spørsmål i sin operasjonalisering. Det kan for eksempel tenkes at noen ungdommer oppgir foreldrenes velstandsnivå som høyere en faktiske forhold tilsier, eller at noen vil rapportere om færre symptomer på psykiske vansker. Det kan også tenkes at enkelte ungdommer velger å hoppe over spørsmål som de opplever vanskelige, sensitive eller ikke har kunnskap nok til å svare på. Det er videre hevdet at personer fra ressurssterke familier har lettere for å kommunisere egen helsetilstand (Fitzpatrick & Scambler 1984, s. 60). Dette kan føre til at de sosioøkonomiske forskjellene kan fremstå som mindre enn de faktisk er.

Når informanter velger å hoppe over enkelte spørsmål omtales dette som «partiell frafall» (Hobæk, 1993, s. 3). En vurdering av det partielle frafallet mellom ulike sosioøkonomiske grupper, samt på spørsmål som kan anta for å være vanskelig/sensitive vil bli gjort senere i avhandlingen.

4.3.3 Validitet

Validitet viser til i hvilken grad forskningen kan sies å være gyldig (Grønmo, 2004). Dette innebærer at det skal være samsvar mellom undersøkelsens intensjon, data og de

slutninger som trekkes på bakgrunn av disse dataene. Validiteten omfatter på den måten samsvaret mellom teoretiske og operasjonelle definisjoner (Grønmo, 2004, s. 251).

I forhold til min avhandling vil måten jeg måler sosioøkonomisk bakgrunn, psykiske helseplager og psykososiale stressfaktorer på være avgjørende for de resultatene jeg får. Det er derfor lagt ned en del arbeid i å finne operasjonaliseringer som er i samsvar med begrepenes teoretiske forankring. I praksis vil operasjonalisering innebære å finne spørsmål som kan sies å fange fenomenet på en tilfredsstillende måte. Å gripe de ovenfor nevnte fenomenet ut ifra ett enkelt spørsmål vil likevel være problematisk.

Komplekse fenomen måles ofte ved at deltakerne stilles en rekke spørsmål, som hver for seg måler ulike sider ved fenomenet (Grønmo, 2004, s. 30). Ofte samles disse spørsmålene til en indeks eller en skala der individets skår på flere spørsmål gir en bestemt verdi på den aktuelle indeksen eller skalaen. Når det gjelder indekser er disse bygd opp av det Ringdal (2001, s. 345) omtaler som *årsaksindikatorer*. Disse behøver nødvendigvis ikke å korrelere fordi de måler ulike dimensjoner ved samme fenomen. Skalaer er imidlertid ment å være endimensjonale, bestående av *effektindikatorer*. De ulike spørsmålene som inngår i skalaen må derfor korrelere. I min masteravhandling benyttes en indeks for sosioøkonomisk bakgrunn, og en skala for psykiske helseplager.

Fordelen med å bruke en indeks eller en skala er at de kan gi et mer robust mål for fenomenet enn det hver av variablene gir hver for seg (Bakken, 2016, s. 28). Et problem med slike sammensatte mål er at verdien ikke viser variasjonen av skårer på de ulike indikatorene målet bygger på. For eksempel kan en person ha høy skår på et spørsmål om psykiske helseplager men lavt på resterende spørsmål, men likevel komme ut som middels plaget.

For å få et nyansert bilde av ungdommenes opplevelse av depressive symptomer (min operasjonalisering av psykiske helseplager), vil jeg i metoddelen gå inn i hvert enkelt spørsmål som danner grunnlaget for skalaen. I tillegg utføres det empiriske analyser av den interne konsistensen for dette målet. Interne konsistens sier noe om hvorvidt spørsmålene samlet gir et godt (valid) uttrykk for det fenomenet det er tenkt å speile. To ulike variabler betraktes som mål på samme fenomen dersom det er en positiv

sammenheng mellom variablene (Field, 2009, s. 674). Cronbach`s Alpha er et slikt mål for hvorvidt enhetene opptrer på en liknende og konsistent måte på alle variablene som inngår i skalaen (Howitt & Cramer, 2011, s. 607).

Når det gjelder indeksen for sosioøkonomisk bakgrunn vil en kritisk vurdering av indeksens reliabilitet og validitet bli gjennomgått separat under presentasjon av variablene (punkt 4.5)

4.4 Personvern og etikk

I ethvert forskningsopplegg vil det være viktig med bevissthet rundt personvern og etikk

4.4.1 Personvern

Ungdata er en anonym spørreundersøkelse. Det er derfor begrenset hvor mye bakgrunnsinformasjon som er innhentet om ungdommene. Årsaken til dette er at utvalget i en god del av undersøkelsene er relativt små, og at det ikke skal være mulig å identifisere ungdommene gjennom såkalt «bakveisidentifisering» (Frøyland, 2015, s. 18).

Det er velferdsforskningsinstituttet NOVA som har det overordnede ansvaret for at datainnsamlingen gjennomføres i tråd med gjeldende lover, regelverk og forskningsetiske retningslinjer. Alle svar blir behandlet etter strenge retningslinjer for personvern (NOVA, 2016, 12.12). Det har også vært nødvendig å søke NOVA om tilgang til det landsomfattende datamaterialet Ungdata 2013-2015 og til data fra undersøkelsen ung i Telemark (se søknad om datatilgang i vedlegg 10.2).

Min behandling av dataene har gjennom hele skriveprosessen vært i tråd med kravene om informasjonssikkerhet § 13 (Personopplysningsloven, 1978) samt med helsedirektoratets veiledning i informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter (Direktoratet for e-helse, 2016). Dataene er hentet fra en passordbeskyttet fil og oppbevares på en passordbeskyttet pc. Hele datasettet vil slettes umiddelbart etter levert og godkjent masteravhandling.

All deltakelse i Ungdata-undersøkelsen var frivillig. Ungdommene kunne selv velge å delta i undersøkelsen. De kunne også velge å hoppe over enkelte spørsmål. Også foresatte kunne reservere sine barn fra deltakelse (NOVA, 2016, 12.12). I forkant av undersøkelsen

fikk alle foresatte tilsendt et informasjonsbrev om undersøkelsen. Ungdata, KoRus-sør og Telemark fylkeskommune informerte om undersøkelsen på sine nettsider, og skolen ble oppfordret til å gjøre det samme.

4.4.2 Etske refleksjoner

Å forske på menneskers sosioøkonomisk bakgrunn og hvilken betydning dette har for deres øvrige livsbetingelser, kan ha konsekvenser av moralsk og forskningsetisk karakter som må overveies.

Det å peke på at ulike sosioøkonomiske grupper har ulike muligheter i samfunnet, kan føre til at de gruppene som blir analysert blir stigmatisert, og at man kan bidra til å fremheve slike skillelinjer i samfunnet i stedet for å viske dem ut. Det som oppfattes som fornuftig ut fra et helsefremmende og forebyggende perspektiv på systemnivå, kan med andre ord virke motsatt for personer på individnivå. Barn og unge står her i en særlig sårbar situasjon blant annet fordi de ikke er i stand til å verne om sine interesser ovenfor forskersamfunnet (Befring, 2007, s. 69). Det vil kunne være et dilemma som må løses konkret i analysedesignet og i den retorikken som anvendes.

I forbindelse med en mastergradsoppgave som er skrevet på vegne av en oppdragsgiver, er det videre gode grunner til å være ekstra oppmerksom. I «Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi», gitt av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) legges det vekt på forskerens uavhengighet av oppdragsgiver i valg av metode og forskningsdesign (NESH, 2006). Wormnæs (1996, s. 86) viser til følgende forskningsetiske norm: «Du må ikke, på en vitenskapelig sett uholdbar måte, la et resultat bestemmes av dine egne eller andre (for eksempel oppdragsgiveres) interesser, ønsker etc.».

Min masteravhandling skrives som tidligere nevnt på oppdrag av Telemark fylkeskommune som har ønsket mer kunnskap om forholdet mellom sosioøkonomisk bakgrunn og helse hos ungdom i Telemark. Jeg har imidlertid stått fritt både i formulering av problemstilling og utforming av design/metode.

4.5 Variabler i avhandlingen – operasjonalisering av problemstillingen.

4.5.1 Psykiske helseplager

Masteravhandlingen har én avhengig variabel; psykiske helseplager.

Som mål på psykiske helseplager brukes et batteri av spørsmål om hvorvidt ungdommene den siste uken har opplevd seks ulike depressive symptomer; følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt seg ulykkelig, trist eller deprimert, følt håpløshet med tanke på framtida, bekymret deg for mye om ting og/eller følt seg stiv eller anspent. Hvert spørsmål har fire svaralternativer som spenner fra 1 «ikke plaget i det hele tatt» til 4 «veldig mye plaget». Spørsmålene er hentet fra en tilpasset versjon av Kandel & Davies Depressive Mood Inventory (DMI) (Kandel og Davies, 1982). Spørsmålsbatteriet er blant annet brukt av psykologer for å kartlegge depressive symptomer hos ungdom (Aase et al., 2015, s. 58). Tabell 1 viser den eksakte spørsmålsformuleringen, samt hvordan de ulike svaralternativene er kodet.

Tabell 1. Beskrivelse av den avhengige variabelen.

Teoretisk begrep	Variabelnavn	Variabelbeskrivelse	Verdi
Psykiske helseplager	Depressive symptomer	Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette? 1. Følt at alt er et slit 2. Hatt søvnproblemer 3. Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert 4. Følt håpløshet med tanke på framtida 5. Følt deg stiv eller anspent 6. Bekymret deg for mye om ting	1 = Ikke plaget i det hele tatt 2= Lite plaget 3= Ganske mye plaget 4=Veldig mye plaget

Deskriptiv statistikk

Tabell 2 viser hvordan ungdommene svarer på de ulike spørsmålene som inngår i spørsmålsbatteriet.

Tabell 2 Deskriptiv statistikk for separate mål på depressive symptomer

Verdi	Følt at alt er et slit	Hatt søvnproblem -er	Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert	Følt håpløshet med tanke på framtida	Følt deg stiv eller anspent	Bekymret deg for mye om ting
1	32,7%	40,7%	49,9%	56,3%	50,1%	36,2%
2	24,8%	34,7%	28,1%	23,6%	30,5%	29,8%
3	19,7%	15,5%	13,5%	11,9%	13,5%	19,9%
4	12,8%	9,1%	8,5%	8,2%	5,9%	14%
Gjennomsnitts verdi	2,12	1,95	1,83	1,74	1,8	2,12
Standardavvik	0,984	0,947	0,959	0,953	0,912	1,03
N	6832	6838	6840	6824	6809	6829
Manglende svar	400 (5,5%)	394 (5,4%)	392 (5,4%)	408 (5,6%)	423 (5,8%)	403 (5,6%)

Nokså mange ungdom sliter med depressive symptomer. Særlig mange opplever at de bekymrer seg for mye om ting, og føler at alt er et slit. Henholdsvis 34 og 32,5 prosent, altså omtrent to av seks, svarer på disse spørsmålene at de er ganske eller veldig mye plaget. Spredningen på disse to spørsmålene er større enn for de andre spørsmålene. På spørsmålet om de den siste uken har følt håpløshet med tanke på fremtiden, om de har følt seg ulykkelig, trist eller deprimert og om de har følt seg stiv eller anspent, er det flere som oppgir at de ikke i det hele tatt, eller bare i liten grad har vært plaget. Det er likevel, også på disse spørsmålene rundt 20 prosent av utvalget som oppgir å være ganske eller veldig mye plaget.

Samlemål: Høy grad av depressive symptomer

I analysen konstrueres et samlemål for å identifisere en gruppe som er særlig mye plaget med depressive symptomer. Det vil si de som i gjennomsnitt, minst er ganske mye plaget (dvs. får verdien 3 eller mer) når de seks symptomene summeres på en skala. Denne gruppen omtales videre i oppgaven som ungdom med høy grad av depressive symptomer.

Cronbach`s alpha for samlemålet er 0,89. Noe som regnes for å være høyt. Det er dermed høy grad av samvariasjon mellom skårene, og vi kan anta at de er uttrykk for samme underliggende fenomen (depressive symptomer).

Hensikten med samlemålet er å undersøke om det finnes systematiske mønster i hvordan denne gruppen fordeler seg på de uavhengige variablene som inkluderes i analysen (Sosioøkonomisk bakgrunn, psykososiale stressrelaterte forhold,- og kjønn). NOVA har i sine seneste Ungdata rapporter tatt i bruk samme samlemål (Bakken, 2016; Bakken et al., 2016, s. 90). Bruk av samme mål forenkler arbeidet med å sammenlikne Telemark med resten av landet.

Tabell 3 Deskriptiv statistikk av samlemål for depressive symptomer

	<i>Antall</i>	<i>Prosent</i>
<i>Ikke plaget av depressive symptomer</i>	6015	87,4
<i>Høy grad av depressive symptomer</i>	867	12,6
<i>Total</i>	6882	95,2
<i>Manglende svar</i>	351	4,8

12,6 prosent av ungdommene i Telemark befinner seg blant de med høy grad av depressive symptomer. 12,4 prosent befinner seg i samme gruppe i det landsdekkende utvalget. Det betyr at andelen ungdom som sliter med depressive symptomer i Telemark er tilnærmet lik landet som helhet. Det er imidlertid store kjønnsmessige forskjeller. Det er en betydelig overvekt av jente med depressive symptomer, både i Telemark og i landet som helhet.

Begrensninger knyttet til målet

Operasjonalisering av gruppen «ungdom med høy grad av depressive symptomer» er relativt streng. De fleste opplever periodevis plager som bekymring, manglende søvn, og stivhet. En viktig hensikt med gjeldende operasjonalisering er å få tak i den gruppen ungdom som opplever at disse plagene er av en slik styrke og karakter at de går utover ungdommens livskvalitet. Det at den andre gruppen omtales som «ikke plaget av

depressive symptomer» vil imidlertid ikke si at disse ungdommene ikke nå og da kan oppleve depressive symptomer. Det antas imidlertid at disse plagene er av en mer forbigående karakter, og dermed mindre betydelige.

4.5.2 Sosioøkonomisk bakgrunn

Ungdommenes sosioøkonomiske bakgrunn er operasjonalisert ved familiens og foreldrenes SØS; en samlet vurdering av deres tilgang på sosiale, økonomiske og kulturelle ressurser (Jf. punkt 1.4.2) (Bakken et al., 2016, s. 21).

Fra 2014 er det i de fleste ungdata undersøkelser satt inn et sett av spørsmål som er ment å fange disse dimensjonene. Spørsmålene knyttes til foreldrenes utdanningsnivå, antall bøker i hjemmet samt familiens materielle velstand (Bakken et al., 2016, s. 21).

Foreldrenes utdanningsnivå

Yrke har gjennom historien vært en av de vanligste målene for klasses tilhørighet. Erfaringer fra ungdomsundersøkelser er at et betydelig antall respondenter svarer at de ikke vet hva foreldrene gjør på jobben eller oppgir useriøse svar (Bakken et al., 2016, s. 22). I tillegg er yrkesopplysninger såpass detaljerte at de på bakgrunn av anonymitetshensyn ikke har blitt inkludert i Ungdata-undersøkelsen.

Et annet problem med å benytte yrke, som mål på familiens SØS, er at det er vanskelig å rangordne yrkene på en god måte. Dette er lettere ved bruk av inntekt. På grunn av informantenes alder i denne avhandlingen er det imidlertid lite trolig at ungdommene har full innsikt i verken foreldrenes yrkestitler eller inntekt. Derimot spørres det i stedet om foreldrenes utdanningsnivå. Fordi det kan tenkes at en del ungdom ikke vet nøyaktig hvilken type utdanning foreldrene har, spørres det om mor har «utdanning på universitet eller høyskole» og om far har «utdanning på universitet eller høyskole».

Basert på ungdommenes svar lages en skala for et samle-mål på foreldrenes utdanning. Skalaen går fra 0 – 3. De som har foreldre der begge har høyere utdanning får skåren 3. Kun en forelder med høyere utdanning gir skåren 1,5. De som har svart nei på begge spørsmålene får skåren 0.

Begrensninger knyttet til målet

Det kan diskuteres hvorvidt hensyn til anonymitet påvirker begrepsvaliditeten. Det har derfor tidligere vært gjort en validitetsvurdering av operasjonaliseringen med utgangspunkt i hvordan mål på foreldrenes utdanning sammenfaller med elevenes karakterer (Bakken, 2009; Bakken et al., 2016). Hypotesen er at dersom spørsmålene om utdanning fanger opp det som det er ment å måle, bør det observeres tydelige sammenhenger mellom elevenes karakterer og foreldrenes utdanningsnivå (Bakken et al., 2016 s. 24).

Bakken og kolleger (2016) viste at det var en sammenheng mellom gjennomsnittskarakter i norsk, engelsk og matte – og foreldrenes utdanningsnivå. Det skilte 0,55 karakterpoeng mellom ungdom med foreldre med lav og høy utdanning.

Studien viste imidlertid at korrelasjonen mellom disse målene ikke var så høy (Bakken et al., 2016, s. 24). Det kan derfor hevdes at målet til en viss grad fanger opp familiens SØS, men at det også må regnes med noe «statistisk støy» knyttet til dette målet. Det er umulig å foreta en slik kvalitetstest i gjeldende masteravhandling, da Ung i Telemark-undersøkelsen ikke inkluderer spørsmål om ungdommenes skolekarakterer og heller ikke kan kobles til denne type informasjon.

Antall bøker i hjemmet

Antall bøker i hjemmet utgjør den andre dimensjonen ved SØS. Målet er ment å fange akademiske ressurser i familien, og viser til det som ofte omtales som «kulturell kapital». Spørsmålet har i en rekke studier vist seg å være en god indikator for å måle kulturell kapital, og brukes blant annet i tidligere Ungdata-undersøkelser, Ung i Norge-studiene og i de internasjonale studiene PISA (kunnskapstest i lesing, matematikk og naturfag), PIRLS (studie om leseferdigheter) og TIMSS (kunnskapstest i matematikk og naturfag) (Ref i Frøyland, 2015, s. 26).

Begrensninger knyttet til målet:

En innvending til bruk av målet på dagens ungdom er at boka trolig har endret karakter grunnet den digitale utviklingen. Flere leser bøker på nett, eller bytter ut boka med andre former for kulturelt påfyll (eks: tv, lydbok, podcast). Det kan derfor hevdes at boka i dag er en mindre betydningsfull markør for familiens kulturelle kapital. Bakken og kolleger

(2016) viser imidlertid at de elevene med færrest bøker hadde i gjennomsnitt 1,2 karakterpoeng lavere sammenliknet med elever som hadde flest bøker hjemme.

Velstandsnivå i familien

Den tredje dimensjonen ved SØS er et sett med spørsmål som skal fange familiens velstandsnivå. På engelsk kalles målet for «family Affluence scale (FAS-skala) (Currie et al., 2008). Målet er med tiden revidert med hensikt å fange endringer i samfunnsutviklingen. Det er den reviderte versjonen av dette målet som benyttes her. Denne reviderte versjonen brukes også i Ungdata rapporten *Sosiale forskjeller i unges liv, hva sier Ungdata-undersøkelsene?* (Bakken et al., 2016) og i den siste HEVAS-undersøkelsen (Samdal et al., 2016, s. 50).

Målet bygger på fire spørsmål knyttet til materiell velstand i familien. Disse inkluderer spørsmål om familiens materielle ressurser som datamaskiner, bil og soverom, samt hvor ofte ungdommen har vært på ferie.

Tabell 4 «Family Affluence scale» (FAS-skalaen).

Spørsmål	Svaralternativer	Kodet
<i>Har familien din bil?</i>	Nei	1
	Ja, en	2
	Ja, to eller flere	3
<i>Har du eget soverom</i>	Ja	1
	Nei	2
<i>Hvor mange ganger har du reist et sted på ferie med familien din i løpet av det siste året?</i>	Ingen ganger	1
	En gang	2
	To ganger	3
	Mer enn to ganger	4
<i>Hvor mange datamaskiner har familien din?</i>	Ingen	1
	En	2
	To	3
	Tre eller flere	4

Tabell 4 viser hvordan svaralternativene er kodet fra starten. I Analysen omkodes disse slik at laveste verdi kodes 0, og høyeste verdi kodes 3. Basert på disse kodene konstrueres

et gjennomsnittsmål der summen av svarene er delt på antall spørsmål ungdommene har svart på. Høyeste verdi på alle fire spørsmål gir verdien 3. Laveste verdi på alle tre spørsmål gir verdien 0.

Begrensninger knyttet til målet:

Studier av barnefattigdom viser at de materielle forholdene er relativt like mellom normalinntekts-familier og familier som lever i vedvarende lavinntekt. Ofte får barn og unge slike materielle goder i gave ved spesielle anledninger (Hjelmtveit, 2004, s. 3). Tilgangen til bruk av disse forbruksgodene varierer imidlertid pga. kostanden det fører med seg. For eksempel hadde flere av barna i Hjelmtveits studie klare begrensninger til bruk av internett og telefon (Hjelmtveit, 2004, s. 3). FAS-skalaen måler ikke slike dimensjoner, noe som kan redusere validiteten til dette målet noe.

Deskriptiv statistikk for de tre dimensjonene

Alle de tre SØS-dimensjonene er kodet mellom 0-3, der 0 svarer til lavest verdi, og 3 svarer til høyest verdi. Tabell 5 viser gjennomsnitt og standardavvik på de tre dimensjonene for hele telemarksutvalget.

Tabell 5 Deskriptiv statistikk av SØS-dimensjonene.

<i>Verdi</i>	<i>Foreldrenes utdanning</i>	<i>Bøker i hjemmet</i>	<i>FAS-skala</i>
<i>Lavest</i>	0	0	0
<i>Høyest</i>	3	3	3
<i>Gjennomsnitt</i>	1,8	1,5	2,6
<i>Standardavvik</i>	1,3	0,7	0,44

Når det gjelder foreldrenes utdanningsnivå ligger gjennomsnittet noe over den midterste verdien. Dette indikerer at flertallet ungdom har oppgitt at foreldrene har høyere utdanning. Det partielle frafallet på dette spørsmålet er relativt høyt (15% for far og 13% for mor). Det er nærliggende å anta at dette skyldes manglende kunnskap, da spørsmålet ikke kan karakteriseres som særlig sensitivt (jf. punkt 4.3.2 om reliabilitet).

Målet for antall bøker i hjemmet har mindre spredning enn foreldrenes utdanningsnivå, men har likevel større spredning enn FAS. En nærmere analyse viser at 66,5 prosent har

mellom 20-500 bøker hjemme. 14,5 prosent oppgir å ha 0 – 20 bøker, mens 19 prosent har mer enn 500 bøker hjemme. Det er dermed relativt store forskjeller i antall bøker blant ungdom i Telemark. Bøker koster penger (stort sett). Det er nærliggende å tenke at en slik utgifts-prioritering i større grad er vanlig for personer som opplever at de har relativt god råd, og som dessuten har en interesse fag- og/eller skjønnlitteratur. Det kan hevdes at disse familiene besitter mer kulturell kapital (Bakken et al., 2016, s. 25).

Det at gjennomsnittet for FAS målet ligger nokså høyt over midtpunktet for skalaen antyder at dette målet er forholdsvis skjevfordelt. At standardavviket er på 0,44, betyr at spredningen er liten. En nærmere analyse av FAS-målet viser at det store flertall har både bil, eget soverom og mer enn to datamaskiner. Dette er i tråd med tidligere forskning som det vises til i tidligere avsnitt.

En nærmere analyse av dette målet viser at det på spørsmålet om ferie, er større spredning. 40 prosent oppgir å ha vært på ferie med familien mer enn to ganger det siste året. 22 prosent hadde reist med familien på ferie to ganger, 23 prosent hadde reist en gang og 14 prosent oppgav at de ikke hadde reist med familien det siste året. På bakgrunn av at ferispørsmålet viser noe større spredning enn de tre andre spørsmålene, kan det spørres om dette spørsmålet reflekterer andre aspekter ved familiens materielle betingelser.

Samlemål: SØS-indeks.

I analysen benyttes en SØS-indeks som består av de tre ovenfor nevnte indikatorer. Hensikten med indeksen har vært å skape et mer robust mål for SØS enn det variablene utgjør hver for seg. Indeksen bygger på et gjennomsnittsmål for de tre dimensjonene over, og vil variere mellom 0 og 3. Høyest verdi på alle tre dimensjonene (utdanning, bøker og FAS) gir verdien 3, laveste verdi på alle dimensjonene gir verdien 0. Ut i fra disse kjennetegnene er ungdommene kategorisert i fem sosioøkonomiske grupper. Dette er gjort ved å dele hele materialet i fem like store deler, etter hvor de befinner seg på den sosioøkonomiske skalaen.

Gruppene omtales videre i oppgaven som «svært lav SØS», «lav SØS», «middels SØS», «høy SØS» og «svært høy SØS».

Begrensninger knyttet til SØS-indeksen:

En mulig begrensning ved bruk av en SØS-indeks er at den baserer seg på flere ulike dimensjoner, og at disse dimensjonene igjen er operasjonalisert ved flere spørsmål. Samlemålet bygger derfor på en betydelig grad av informasjon som er redusert, og brukt til en relativ grov inndeling i ulike SØS-grupper. Faren ved redusering av kategorier, er ofte at viktig informasjon går tapt. Når vi kombinerer indikatorene, kan det være uklart hva de spesifikke effektene er (Grønmo, 2004, s. 295). Samdal og kolleger (2016, s. 55) understreker at det vil være viktig å undersøke om effekten er homogene på tvers av indikatorene.

For å undersøke potensielt manglende homogene effekter ble det utført en serie bivariate analyser på forekomsten av depressive symptomer etter hver av SØS-indikatorene². Disse analysene viser en signifikant sosial gradient i depressive symptomer etter bøker i hjemmet og for tre av de fire spørsmålene som inngår i FAS skalaen (ikke-signifikante forskjeller for spørsmålet «har du eget soverom»). Det var ingen tydelig sosial gradient for utdanning.

SØS-indeksen bygger dessuten på *objektive* mål på familiens sosioøkonomisk bakgrunn. Et alternativ kunne vært å benytte mål som i større grad fanger ungdommenes subjektive vurdering av familiens økonomiske situasjon. Dette er blant annet gjort i studien til Sletten (2015). Det kan likevel argumenteres for at et slikt mål kan føre til feilkilder ved at ungdom som har en tendens til å vurdere egen situasjon som negativ, både vil kunne oppleve at familien har dårlig råd, og føle at de er plaget av ulike psykiske vansker, selv om familien objektivt sett ikke har det så ille.

Adler og Ostrove (1990, s.10) har dessuten pekt på at en begrensning ved studier på sosial ulikhet i helse er at SØS-indikatorene bare i begrenset grad korrelerer med hverandre. Studier på voksne viser imidlertid at de sosiale ulikhetene gjør seg gjeldende nesten uansett hvordan man velger å måle SØS (Dahl et al., 2014, s. 13).

² se vedleggstabell A1- A6 for fullstendig oversikt over disse bivariate analysene.

4.5.3 Psykososiale stressfaktorer

Et viktig formål med masteravhandlingen er å undersøke om relasjonen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykiske helseplager kan forklares med variasjoner i ungdommenes psykososiale miljø, med fokus på forskjell i mengde og type psykososiale stressfaktorer.

I motsetning til psykiske helseplager og sosioøkonomisk bakgrunn, finnes det ingen komplette spørsmålsbatterier som er ment å fange psykososiale stressfaktorer i Ungdataundersøkelsen. Det blir derfor opp til undertegnede både å gjøre valg og vurderinger i forhold til hvilke spørsmål som viser til slike forhold, samt teste dette empirisk.

Sletten (2015, s. 13) undersøker hvordan psykososiale variasjoner i ungdommenes miljø, kan forklare sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykiske helseplager. I hennes studie var det helseatferd, relasjon til jevnaldrende, og relasjon til foreldre som samlet viste til psykososiale aspekter.

Min avhandling ønsker å bygge på Sletten (2015) sin operasjonalisering. I likhet med Sletten ser jeg til relasjoner til jevnaldrende og foreldre/familieforhold. Jeg velger imidlertid å utelukke helseatferd i denne analysen. Grunnen til dette er ikke fordi slike forhold ikke kan regnes for å være en del av det psykososiale miljøet, men fordi masteravhandlingen ønsker å rette et særlig fokus på *stressrelaterte* risikofaktorer. En slik tilnærming er i tråd med psykososiale forklaringer på sosial ulikhet i helse der helseatferd ikke antas å være en selvstendig helsedeterminant, men en mulig konsekvens av individets håndtering av stress.

Tabell 6 gir en oversikt over hvordan psykososiale stressfaktorer er operasjonalisert i masteravhandlingen.

Tabell 6 Oversikt over operasjonalisering av psykososiale stressfaktorer.

Teoretisk begrep	Variabelnavn	Variabelbeskrivelse	Verdier
Ingen venner	Har ingen å betro seg til	Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?	1= Ja, helt sikkert 2= Ja, det tror jeg 3= Det tror jeg ikke

			4= Har ingen jeg ville kalle venner, nå for tiden
Mobbing	Gjentatt plaging/trusler/utfrysning	Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritida?	1= Ja, flere ganger i uka 2= Ja, omtrent en gang i uka 3= Ja, omtrent hver 14.dag 4= Ja omtrent en gang i mnd 5= Nesten aldri 6= Aldri
		Blir du selv utsatt for plaging eller trusler fra andre unge via internett eller mobil?	1= Ja, flere ganger i uka 2= Ja, omtrent en gang i uka 3= Ja, omtrent hver 14.dag 4= Ja omtrent en gang i mnd 5= Nesten aldri 6= Aldri
Lav tillitt til foreldre	Manglende opplevelse av å kunne gå til foreldrene med et problem	Tenk deg at du har et personlig problem. Du føler deg utafør og trist og trenger noen å snakke med. Hvem ville du snakket med eller søkt hjelp hos? Foreldre	1= Helt sikkert 2= Kanskje 3= Nei
Konflikt mellom foreldre	Voksne krangler	Det er ofte krangling mellom de voksne i min familie	1= Passer svært godt, 2= Passer ganske godt 3= Passer ganske dårlig 4= Passer svært dårlig

Relasjoner til Jevnaldrende

Ingen venner

Evnen til å danne og opprettholde nære sosiale relasjoner er viktig for unges utvikling. Dette fordi sosial støtte kan fungere som buffer for psykososialt stress. I den sammenheng er kvalitet viktigere enn kvantitet. Antall venner er underordnet (Jf. Punkt 2.3.1).

For å undersøke vennsrelasjonen benyttes spørsmål om de har minst en venn de kan stole fullstendig på og betro seg til om alt mulig. I analysen sammenliknes ungdom som har svart «Det tror jeg ikke» eller «har ingen jeg ville kalle venner nå for tiden» (kodet 1) med de øvrige (kodet 0). Det antas at denne gruppen står i en særlig sårbar situasjon da de verken har tilgang på sosial støtte, og trolig vil oppleve seg ekskludert fra det sosiale felleskapet. Disse omtales videre som ungdom uten venner eller ungdom som ikke har venner.

Mobbing

Opplevelse av eksklusjon fremheves som viktig risikofaktor for utvikling av psykiske vansker. Barn og ungdom som utsettes for mobbing er særlig sårbare både fordi mobbingen er et direkte angrep på selvbildet, og fordi disse ungdommene går glipp av viktig sosial trening og støtte i vanskelige situasjoner.

For å kartlegge omfanget av ungdommenes opplevelse av mobbing, benyttes spørsmål om de har blitt utsatt for plaging, trusler, eller utfrysning av andre. Selv om type mobbing/plaging kan gi opphav til ulike typer følelser (tradisjonell mobbing er kanskje mer relatert til redsel og frykt, mens nettmobbing større grad fremmer en opplevelse av ekskludering) antas det at begge situasjonene fremmer en opplevelse av stress. I analysen brukes derfor et mål på mobbing som både inkluderer de som opplever dette ansikt til ansikt (tradisjonell mobbing), og de som opplever nettmobbing.

Også mengde og hyppighet av mobbingen kan være av betydning. I masteravhandlingen er det gruppen som blir utsatt for mobbing hver 14. dag eller oftere som er av interesse. Dette er en relativt vanlig inndeling som har blitt gjort i flere tidligere studier (se eks: Aase et al, 2015, Sletten, 2015, s. 17). I analysen identifiseres dermed en gruppe ungdom

som har rapportert at de er utsatt for tradisjonell mobbing, eller nettmobbing, hver 14.dag eller oftere. Denne gruppen får verdien 1 (utsatt for mobbing). Resten blir kodet 0.

Relasjoner til foreldre

Gode foreldrerelasjoner utgjør en viktig beskyttelsesfaktor for utvikling av psykiske vansker (Petersen et al., 1991). På motsatt holde vil dårlige foreldrerelasjoner både utgjøre en risiko i seg selv men fører også til at den unge går glipp av en viktig stressbuffer. Det å måle ungdommenes relasjon til sine foreldre i lys av dimensjonen god/dårlig er imidlertid en krevende oppgave. Hva man anser som gode foreldre-barn relasjoner avhenger blant annet av hva man regner for å være relasjonens hensikt. Dette vil igjen hvile på ulike barne- og oppdragelsessyn.

I Ungdata finnes det flere spørsmål som kan måle ungdommenes relasjon til foreldrene. Spørsmålene er inspirert av spørsmål som har vært brukt i tidligere NOVA-undersøkelser som Ung i Norge 1992, 2002 og 2010, Ung i Norge longitudinell 2000 og Ung i Oslo 1996 og 2006 (Ref. i Frøyland, 2015, s. 26).

Spørsmålene retter seg i stor grad mot en kartlegging av foreldrenes innsikt i ungdommenes liv, og inkluderer følgende spørsmål: «Foreldrene mine pleier å vite hvor jeg er og hvem jeg er sammen med på fritida», «Foreldrene mine kjenner til hvem jeg har kontakt til på nettet», «Foreldrene mine kjenner de fleste av vennene jeg er sammen med i fritiden» «Foreldrene mine kjenner foreldrene til vennene mine», «Jeg forsøker å holde mesteparten av fritida mi skjult for foreldrene mine», «Foreldrene mine kjenner til hvem jeg har kontakt med på nettet» (Aase et al., 2015; Bakken et al., 2016, s. 13).

Det har (i en rekke nasjonale og lokale Ungdata-rapporter) vært vanlig å bruke dette spørsmålsbatteriet for å vurdere foreldre-barn relasjonen. For eksempel konkluderte Bakken (2016), på bakgrunn av høye skårer på de positivt ladede indikatorene, og generelt lave skårer på de negativ ladede indikatorene, at dagens ungdomsgenerasjon har «tillitsfulle relasjoner» til sine foreldre (s.11). Med utgangspunkt i presentert teori og forskning kan det imidlertid spørres hvorvidt slike spørsmål i tilstrekkelig grad fanger en omsorgs- og tillits dimensjon, og dermed i hvilken grad spørsmålene alene egner seg for å måle kvaliteten på ungdommenes relasjoner til egne foreldre. Særlig gjelder dette i

forhold til min masteravhandling. Det er tvilsomt at en vurdering av foreldrerelasjonen som potensiell stressbuffer, bør bygge på spørsmål som i prinsippet måler ungdommenes opplevelse av foreldrenes innsikt i- eller kontroll over deres liv.

Lav tillitt til foreldre

For å måle i hvilken grad ungdommene har tillitt til sine foreldre og opplever at foreldrene har en støttende funksjon benyttes derfor spørsmål om hvorvidt ungdommene ville snakket med/søkt hjelp hos foreldrene hvis de følte seg utafør, trist og trengte noen å snakke med (se tabell 6 for den eksakte spørsmålsformuleringen). Ungdommene blir bedt om å ta stilling til hvorvidt de «helt sikkert» «kanskje» eller ikke («nei») ville brukt foreldrene sine til dette.

I analysen er det gruppen ungdom som svarer nei på dette spørsmål (kodet 1), og dermed oppgir at de ikke benytter foreldre som støttespillere i vanskelige situasjoner, som er av interesse. Disse ungdommene omtales videre som ungdom med «lav tillitt til foreldre». Det kan hevdes, i lys av presentert teori, at disse ungdommene går glipp av en viktig stressbuffer.

Konflikt mellom foreldre

Konflikt mellom ektefeller har vist seg og ha en særlig effekt på barnas psykiske helse (Mathiesen, et al., 2009). Spørsmålsformuleringen er som følger: «Det er ofte krangling mellom de voksne i vår familie». Spørsmålet har fire svaralternativ fra «passer svært godt, til «passer svært dårlig».

Konflikt operasjonaliseres her med utgangspunkt i omfang av krangling. Dette til tross for at konflikt også kan ta form i mer subtile former (for eksempel blikk eller ignorering). Videre er krangling mellom foreldre, i moderate mengder, en naturlig del av det å sammen ha ansvar for et barn, enten man er gift, samboer eller skilt. Spørsmålsformuleringer åpner ikke for en vurdering av kranglingens natur. Det er for eksempel til tider vanskelig å skille mellom diskusjon og krangling. Dessuten vil kontinuerlig småkrangling kanskje ikke fungere som kroniske stressorer, mens en sjelden men voldsom krangel vil kunne sette varige spor. Det er imidlertid *ungdommenes* opplevelse av kranglingens omfang jeg er ute etter å måle. I analysen vil jeg derfor hovedsakelig se til gruppen som har svart at

påstanden passer «svært godt» eller «passe ganske godt» Disse blir kodet 1 mens resten blir kodet 0. Det antas at disse ungdommene opplever kranglingen som problematisk, uavhengig av foreldrenes egne opplevelse og tolkning av kranglingens omfang og natur.

Det forventes at høye skårer på denne variabelen vil kunne svare til høye skårer på variabelen depressive symptomer. Dessuten postulerer familiestresshypotesen (jf. punkt 3.5.3) at foreldre som krangler mye seg imellom, har mindre overskudd og tid til å støtte opp om egne barn. I lys av en psykososial forklaringstilnærming til sosial ulikhet i helse antas det at alle de psykososiale variablene, samlet sett, vil kunne forklare noe av en eventuell sammenheng mellom SØS, og psykiske helseplager.

4.5.4 Kjønn

Kjønn utgjør en viktig kontrollvariabel i analysen. Denne er kodet som en dummyvariabel der jente har fått koden 1, og gutt har fått kode 0. Det er 49 prosent jenter og 51 prosent gutter i Telemarksutvalget.

4.6 Begrensninger

4.6.1 Tverrsnittundersøkelse

Ung i Telemark er en tverrsnittundersøkelse som gjennomføres i fylket hvert 3. år. Et problem ved tverrsnittstudier er at de ikke sier noe om hvilke faktorer som kommer først i tid slik som longitudinelle studier gjør (Grønmo, 2004, s. 382). Min avhandling sier derfor lite om årsakssammenhenger. Det kan for eksempel være vanskelig å skille mellom hva som *fører til* psykiske helseplager og hva som er *en følge av* psykiske helseplager. Vi kan for eksempel argumentere for at lav SØS er en konsekvens av psykiske helseplager fordi personer med psykiske vansker har større sannsynlighet for å falle fra videregående og/eller fungere sosialt. Dette er i tråd med en seleksjonsforklaring på sosiale ulikheter (Jf. punkt 3.1).

Min masteravhandling ser imidlertid på forholdet mellom *familiens SØS* og *den unges* psykiske helseplager. Selv om det i enkelte tilfeller kan være at barn og unge med særlige psykiske vansker kan påvirke foreldres SØS, er det mer nærliggende å tenke

årsaksforholdet går andre vei. Det er likevel viktig å være klar over hvilke begrensninger en tverrsnittsundersøkelse fører med seg i den videre drøftingen av funnene.

4.6.2 Kolinearitet

En viktig del av gjeldende avhandling er å kontrollere for flere variabler gjennom multivariate analyser. Et problem med et slikt design er imidlertid at de variablene som det kontrolleres for kan sammenfalle. Et eksempel på dette er at noe av opplevelsen av å ikke ha venner kan henge sammen med at man er utsatt for mobbing.

Ifølge Skog (2015, s. 288) er kolinearitetsproblemet forholdsvis lite så lenge korrelasjonen mellom variablene er mindre enn .50. Når det gjelder de fire psykososiale stressfaktorene viser mine testanalyser³ at korrelasjonen mellom disse ikke overstiger .15. Det er dermed grunn til å hevde at kolinearitet ikke et stort problem når det gjelder disse variablene.

4.6.3 Andre mulige sammenhenger

Selv om min masteravhandling kontrollerer for mulige bakenforliggende variabler som potensielt kan forklare sammenhengen mellom SØS og psykiske helseplager kan det tenkes at det finnes andre sammenhenger som det ikke kontrolleres for i mine analyser. Helseatferdstilnærmingen har for eksempel forklart sosiale forskjeller i helse med utgangspunkt i at familiens SØS legger føringer for individets involvering i helsefremmende/helsehemmende atferd (Elstad, 2000). Dette er interessante forhold som bør utforskes ytterligere, men som ligger utenfor gjeldende avhandling.

³ Se vedleggstabell A10 & A11 for fullstendig kolinearitetanalyse.

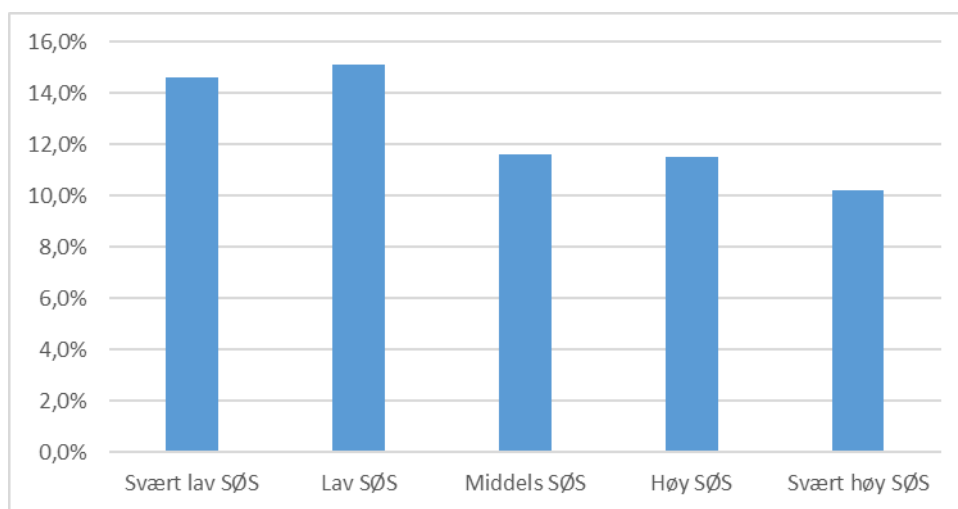
5 Analysedel I

5.1 Bivariate sammenhenger mellom psykiske helseplager og ungdommenes sosioøkonomiske bakgrunn

Gjeldende kapittel har til hensikt å si noe om hvordan psykiske helseplager fordeler seg etter sosioøkonomisk bakgrunn blant ungdom i Telemark. Dette vil hjelpe meg med å svare på det første av mine to forskningsspørsmål: Hvordan varierer ungdommenes opplevelse av psykiske helseplager med sosioøkonomisk bakgrunn?

5.1.1 Sammenhenger mellom psykiske helseplager og sosioøkonomisk bakgrunn

Figur 2 viser andelen ungdom med høy grad av depressive symptomer etter sosioøkonomisk bakgrunn



Figur 2 Andelen ungdom med høy grad av depressive symptomer etter SØS. Telemark. $N=6881$, $X^2=23,101$, $DF=4$, $p<.000$

Av figuren kan vi lese at det er ungdommene fra familier med svært lav og lav SØS som skiller seg fra de øvrige. 15 prosent av ungdommene i gruppen «lav SØS» har høy grad av depressive symptomer, mot 10 prosent i gruppen «svært høy SØS». Det skiller dermed 5 prosentpoeng mellom disse to gruppene. Selv om den overordnede tendensen er at ungdom som kommer fra familier med lavere SØS, sliter mer med depressive symptomer,

er det imidlertid i gruppen med «lav SØS» (og ikke i gruppen «svært lav SØS») at vi finner den største prosentandelen ungdom med høy grad av depressive symptomer.

For å undersøke om disse tendensene er uttrykk for faktiske forskjeller eller om de kun er et resultat av tilfeldige variasjoner er det benyttet en tosidet t-test. Denne tester om gjennomsnittverdien i de ulike gruppene er signifikant forskjellige fra hverandre og om nullhypotesen (om at det ikke finnes noen forskjell mellom gruppene) kan forkastes (Johannessen, 2009, s. 130).

Tabell 7 Signifikanstest av andelen ungdom i de ulike gruppene etter SØS.

	Svært høy SØS (A)	Høy SØS (B)	Middels SØS (C)	Lav SØS (D)	Svært lav SØS (E)
Ikke plaget med depressive symptomer				B	A B
Høy grad av depressive symptomer	E	D E			

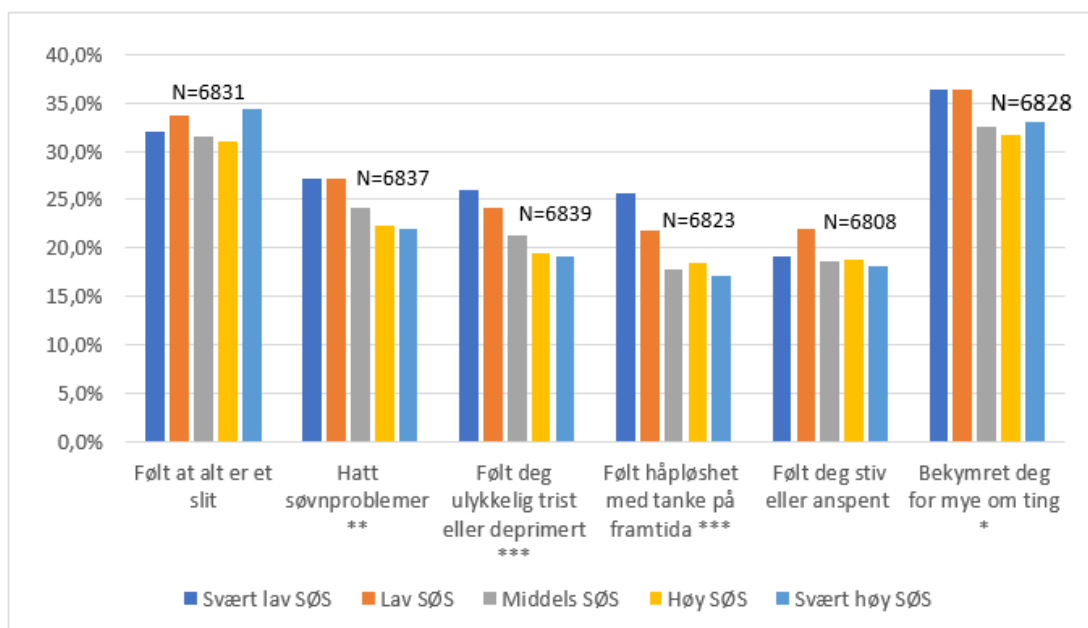
N= 6881

Tabellen gir en oversikt over om forskjellene som er observert mellom de ulike SØS-gruppene er statistisk signifikante. Det vil si om forskjellene med 95 prosent sannsynlighet ikke er et resultat av tilfeldigheter, men i stedet kan tilskrives reelle forskjeller i forekomsten av psykiske plager etter ungdommens sosioøkonomiske bakgrunn. Forskjellene i forekomsten av ungdom med høy grad av depressive symptomer, er signifikante for ungdom med svært lav SØS sett i forhold til ungdom med høy -og svært høy SØS. Samt for ungdom med lav SØS sett i forhold til de med høy SØS.

Det er imidlertid ingen signifikante forskjeller «innad» mellom de andre SØS gruppene. Dette tyder på at forskjeller i psykiske helseplager forekommer mellom ungdom som befinner seg i ytterpunktene av SØS-indeksen. Det er imidlertid ikke grunnlag for å si at mønsteret utgjør en tydelig sosial gradient i dette utvalget fra Telemark.

For å få et mer nyansert bilde av forholdet mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykiske helseplager kan vi se på hvordan fordelingen er på enkeltsymptomene. Figuren under gir

en oversikt over hvordan de som har oppgitt at de er ganske eller veldig mye plaget på hvert av spørsmålene, fordeler seg etter SØS.



Figur 3 Andelen som har oppgitt å være ganske/veldig mye plaget på hvert av symptomene etter SØS. Prosent. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

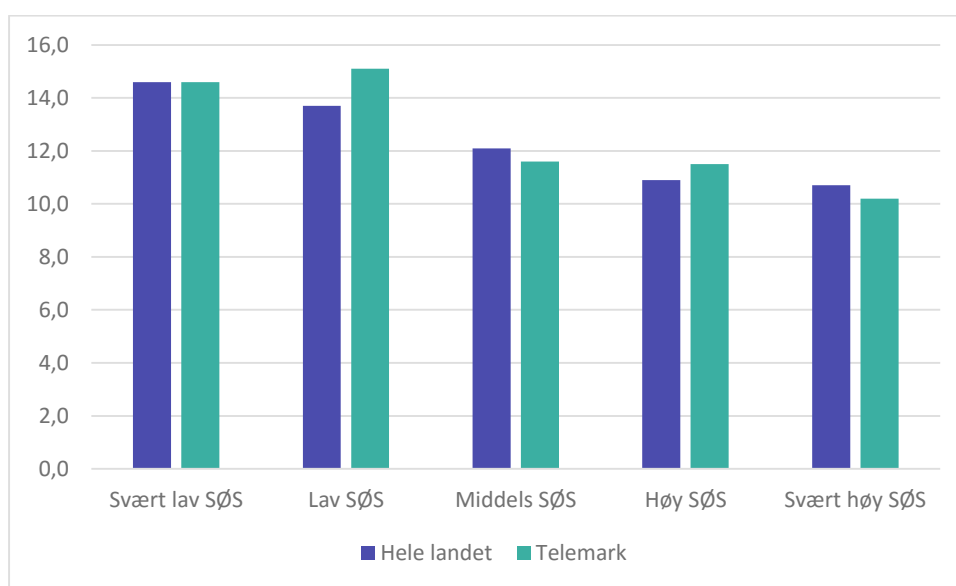
Totalt sett er det flest ungdom som opplever at de er ganske/veldig mye plaget av at de «bekymrer seg for mye om ting». Det er ikke signifikante forskjeller etter SØS for spørsmålene «følt at alt er et slit» og «følt deg stiv eller anspent». Det er altså relativt liten spredning eller variasjon etter sosioøkonomisk bakgrunn på disse spørsmålene.

Den overordnede tendensen er at ungdom fra familier med lav og svært lav SØS oftere er plaget med de ulike depressive symptomene. På spørsmålet om søvnproblemer, «Følt håpløshet med tanke på framtida» og «følt deg ulykkelig trist eller deprimerert», ser vi en sosial gradient der det er en synkende andel ungdom som oppgir å være ganske eller veldig mye plaget med økende SØS. Den største relative forskjellen finner vi mellom de med svært høy SØS og de med svært lav SØS på spørsmålet «følt håpløshet med tanke på framtida». På dette spørsmålet skiller det 8 prosentpoeng mellom gruppen med svært høy SØS og svært lav SØS. Det er særlig fordelingen på spørsmålet «følt at alt er et slit» som skiller seg fra de andre. På dette spørsmålet er det flere i gruppen svært høy SØS som er ganske eller veldig mye plaget, enn det er i de andre gruppene hver for seg.

Selv om sosial bakgrunn virker til å ha betydning for de fleste av symptomene, er det særlig gruppene «svært lav SØS» og «lav SØS» som skiller seg fra de øvrige. Det er minimale forskjeller mellom gruppene «middels SØS», «høy SØS» og «svært høy SØS» for flere av spørsmålene.

5.1.2 Situasjonen i Telemark sammenliknet med resten av landet

Et viktig sikte for gjeldende masteravhandling er å si noe om hvordan situasjonen er i Telemark sammenliknet med resten av landet når det gjelder sosiale helseforskjeller. Figur 4 gir en oversikt over hvordan psykiske helseplager fordeler seg etter SØS, i Telemark, og i det landsdekkende utvalget.



Figur 4 Andelen ungdom i med høy grad av depressive symptomer etter SØS, begge utvalg. Prosent. Telemark: $N = 6881$, $X^2 = 23,10$, $DF = 4$, $p < .000$. Landet: $N = 80848$. $X^2 = 168,38$, $DF = 4$, $p < .000$

Som tidligere nevnt er andelen ungdom med høy grad av depressive symptomer tilnærmet lik i Telemark sammenliknet med landet sett under ett (jf. punkt 4.5.1). I det landsdekkende utvalget observeres det imidlertid en tydelig sosial gradient. Som vist i starten av kapittelet er dette ikke tilfellet for Telemark.

6 Analyse del II

6.1 Regresjonsanalyse

Forrige kapittel ga grunnlag for å si noe om hvordan psykiske helseplager varierer med sosioøkonomisk bakgrunn hos ungdom i Telemark. Dette svarer til oppgavens første forskningsspørsmål: «Hvordan varierer ungdommenes opplevelse av psykiske helseplager med sosioøkonomisk bakgrunn»?

Ved hjelp av regresjonsanalyse undersøker jeg betydningen av fire ulike stressrelaterte variabler (mobbing, ingen venner, konflikt mellom foreldre og tillitt til foreldre), samt kjønn for psykiske helseplager. Hensikten med å ta inn de stressrelaterte variablene i modellen er å undersøke hvorvidt sannsynligheten for å plages med depressive symptomer, endres dersom det tas hensyn til slike stressrelaterte forhold. Dette gir grunnlag for å svare på mitt andre forskningsspørsmål «Hvordan virker psykososiale stressfaktorer inn på den eventuelle sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykiske helseplager»?

6.2 Logistisk regresjon

Regresjonsmetoden som her er brukt er logistisk regresjon. Dette er en anvendbar regresjonsmetode der avhengig variabel er operasjonalisert med kun to verdier; 0, for de som ikke er plaget med depressive symptomer, og 1, for de som har høy grad av depressive symptomer. Lineær regresjon er ikke aktuell å bruke, ettersom denne metoden forutsetter at verdiene på den avhengige variabelen kan rangeres og i tillegg har et høyt antall (minst fem) verdier (Johannessen, 2009, s. 159).

Det sentrale prinsippet i logistisk regresjon er å undersøke hvor store andeler innenfor definerte grupper, for eksempel ulike SØS-grupper, som har sannsynlighet for at et bestemt fenomen, for eksempel høy grad av depressive symptomer (Johannessen, 2009, s. 160).

Analysen består av tre modeller. I modell 1 inkluderes kun SØS som uavhengig variabel. Dette betegnes som en *binær* logistisk regresjon; modellen består av kun to variabler (Johannessen, 2009, s. 160). Hensikten med denne modellen er å svare på hvordan sannsynligheten for å oppleve depressive symptomer øker eller minker når familien har lavere SØS.

I modell 2 inkluderes variabler som representerer stressfaktorene; mobbing, mangler sosial støtte fra jevnaldrende, konflikt mellom foreldre, og lav tillitt til foreldre.

Som vist i litteraturgjennomganger er depressive symptomer mer utbredt blant jenter enn gutter. Det er likevel diskusjon om hvordan sosioøkonomisk bakgrunn virker inn på denne sammenhengen. Selv om noen studier viser at psykiske vansker er særlig utbredt blant jenter fra sosialt svakt stilte familier er det også pekt på at en del jenter fra sosialt sterkt stilte familier sliter med depressive symptomer (jf. punkt 2.2.1).

Ved å inkludere kjønn i modell 3 vil det være mulig å si noe om hvorvidt forholdet mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykiske helseplager endres når man kontrollerer for kjønn. Dette vil gi noe mer inngående kunnskap om sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn, kjønn og psykiske helseplager (se figur 1).

6.2.1 Tre forutsetninger for logistisk regresjon

Den logistiske regresjonsmodellen bygger på tre forutsetninger. For å være sikker på at analysen gir et riktig bilde av sammenhengen mellom de aktuelle variablene som inkluderes er det viktig å undersøke om disse forutsetningene er ivaretatt.

Den første forutsetningen er at den empiriske regresjonskurven følger en S-form og dermed kan beskrives med den logistiske funksjonen (Skog, 2015, s. 380). Denne forutsetningen ivaretas her ved bruk av dummyvariabler. Bruk av dummyvariabler gir en modell som passer perfekt til kurveformen i dataene og kan derfor brukes uansett hvilken kurveform man står ovenfor (Skog, 2015, s. 388). Bruk av dummyvariabler fører imidlertid til at man mister noen frihetsgrader. Dette kan være et problem med små utvalg, ved at det blir vanskelig å påvise sammenhenger som faktisk eksisterer. Mitt utvalg er såpass stort at det ikke berøres av slike aspekter.

Den andre forutsetningen består i at observasjonene er uavhengige av hverandre (Skog, 2015, s. 380). Fordi analysen ikke baseres på longitudinelle data, men er hentet fra et enkelt utvalg (Ung i Telemark 2015), er denne forutsetningen ivaretatt.

Den tredje forutsetningen er at sammenhengen mellom den avhengige og de uavhengige variablene ikke er spuriøse (Skog, 2015, s. 381). Min analyse består av to multivariate modeller som har til hensikt å kontrollere for slike forhold. Det kan imidlertid tenkes at det finnes utenforliggende variabler av betydning som ikke er inkludert i gjeldende analysemodell. En mer inngående drøfting rundt dette vil bli gjort senere i avhandlingen.

6.2.2 Hvordan er variablene kodet i regresjonsanalysen?

SØS-variabelen som i kapittel 5 besto av fem ulike grupper, blir i denne delen av analysen konstruert som en dummyvariabel. Ungdom med lav eller svært lav SØS, altså de som befinner seg i de to laveste SØS-kvintilene, har fått koden 1 og blir videre i analysen omtalt som ungdom med «lavere SØS». Referansegruppen for SØS-variabelen er de med middels, høy og svært høy SØS, altså de som befinner seg blant de tre øverste kvintilene⁴. Disse er kodet 0 og omtales videre som ungdom med «høyere SØS».

Dette valget er motivert av de bivariante analysene som viste at den avhengige variabelen ikke hadde en jevnt synkende tendens etter SØS, men at det er gruppene med lav og svært lav SØS som skiller seg ut med høyest andel som er plaget.

Dessuten viser innledende analyser at de indikatorene som inngår i SØS-målet (bøker i hjemmet, foreldrenes utdanning og FAS) er best egnet til å skille de med lav og svært lav SØS fra de øvrige.

Også operasjonaliseringen av de fire psykososiale stressfaktorene er konstruert som dummyvariabler. Disse er kodet slik at de som befinner seg i ulike typer marginale/sårbare posisjoner er kodet 1. De øvrige kodes 0. Tabell 8 gir en oversikt over hvordan disse variablene kodes i regresjonsanalysen

⁴ Se punkt 4.5.2 for mer om hvordan SØS-målet er konstruert.

Tabell 8 Oversikt over hvordan de psykososiale stressfaktorene er kodet i regresjonsanalysen

Variabelnavn	Kodet 1	Kodet 0
<i>Mobbing</i>	De som har svart verdien 1, 2 eller 3 på en av mobbepørsmålene, og dermed rapporterer at de er utsatt for nettmobbing, eller tradisjonell mobbing hver 14.dag eller oftere.	De som har svart verdien 4, 5 eller 6 (se tabell 6) på begge de to mobbepørsmålene
<i>Ingen venner</i>	De som oppgir «tror ikke det» eller «har ingen jeg vil kalle venner når for tiden» på spørsmålet «Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?»	De øvrige
<i>Lav tillitt til foreldre</i>	De som svarer «nei» på følgende spørsmål: «Tenk deg at du har et personlig problem. Du føler deg utafør og trist og trenger noen å snakke med. Hvem ville du snakket med eller søkt hjelp hos? Foreldre	De øvrige
<i>Konflikt mellom foreldre</i>	De som har svart at det «passer svært godt» eller «passer ganske godt» på følgende påstand: «Det er ofte kranling mellom de voksne i min familie»	De øvrige

På nese side viser tabell 9 gjennomført multippel regresjonsanalyse. Analysen består av tre modeller, med kun SØS i modell 1, de fire psykososiale stressfaktorene i modell 2 og kjønn i modell 3.

6.3 Multippel regresjon

Tabell 9 Sannsynligheten for å ha depressive symptomer. Logistisk regresjon. Tre modeller, med SØS, psykososiale stressfaktorer og kjønn. N=6233.

	<i>Modell 1</i>		<i>Modell 2</i>		<i>Modell 3</i>	
	B	OR	B	OR	B	OR
<i>Konstant</i>	-2.11	.12***	-2.78	.06***	-3.67	.03***
<i>Sosioøkonomisk bakgrunn</i>						
<i>Lavere SØS (ref. Høyere SØS)</i>	.36	1.4***	.23	1.3**	.25	1.3**
<i>Psykososiale stressfaktorer</i>						
<i>Utsatt for mobbing (ref. opplever ikke å bli utsatt for mobbing)</i>			1.3	3.5***	1.26	3.5***
<i>Har ingen venner (ref. har venner)</i>			.56	1.8***	.63	1.9***
<i>Konflikt mellom foreldre (ref. ikke konflikt)</i>			1.01	2.8***	.91	2.5***
<i>Lav tillitt til foreldre (ref. ikke lav tillitt)</i>			1.10	3.0***	1.09	3.0***
<i>Kjønn</i>						
<i>Jente (ref. gutt)</i>					1.41	4.10***
<i>Testobservator -2LL</i>				4105.21		3855.11
<i>Hosmer & Lemeshow (p-verdi)</i>				.94 (.92)		2.18 (.82)
<i>pseudo R2 (Cox and snell/ Nagelkerkel)</i>		0,3%/0,6%		9% /17%		12% / 23%

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

6.3.1 Hvordan lese regresjonstabellen

Den første kolonnen (B) i hver av tabellene viser parameterestimaterne.

Konstanten er den estimerte logaritmen av oddsen for å ha høy grad av depressive symptomer hvis man har 0 på alle de uavhengige variablene (Johannessen, 2009, s. 163).

Oddsene til konstanten svarer til oddsen for at medlemmene i referansegruppen (dvs. gruppen med verdien 0 på den uavhengige variabelen) skal ha den egenskapen som den uavhengige variabelen beskriver (Skog, 2015, s. 378).

I mitt tilfelle vil det si oddsen for å havne i gruppen ungdom med høy grad av depressive symptomer, når familien har middels, høy eller svært høy SØS (omtalt som høyere SØS).

Vi kan beregne hvilken andel dette svarer til ved hjelp av formelen: $Andel = \frac{Odds}{1+odds}$

De andre koeffisientene under kolonnene med navnet B viser hvor mye oddsen endres når den uavhengige variabelen øker med en verdi. Med andre ord oddsen for å tilhøre gruppen ungdom med høy grad av depressive symptomer når han/hun tilhører gruppen med eksempelvis lavere SØS.

Kolonnene med navnet oddsratio (OR) forteller oss noe om størrelsen på sammenhengen (Tuft, 2000, s. 27). Jo høyere oddsratio, desto større sannsynlighet for at fenomenet inntreffer i gruppen som har 1 på den uavhengige variabelen, sammenliknet med de som har 0 på samme variabel. Og omvendt; jo lavere oddsratio, desto større sannsynlighet er det for at fenomenet opptrer i gruppen som har 0 på denne variabelen (Johannessen, 2009, s. 164).

Oddsratioene kan aldri bli negative. En oddsratio som er høyere enn 1, betyr at oddsen stiger med høyere verdi på den uavhengige variabelen. En oddsratio som er lavere enn 1 betyr at oddsen synker med høyere verdi på uavhengig variabel. Er oddsratioen lik 1, er det ingen sammenheng mellom oddsen og den uavhengige variabelen (Tuft, 2000, s. 27).

Fordi oddsratioen er oppgitt i faktor økning fra konstanten, vil man kunne regne ut hvilken odds dette svarer til ved å multiplisere oddsen til konstanten med oddsratioen (Skog, 2015, s. 370).

6.3.2 Betydningen av sosioøkonomisk bakgrunn

Modell 1 i tabell 9 viser at ungdom fra familier med lavere SØS har en statistisk signifikant høyere sannsynlighet for å ha depressive symptomer sammenliknet med ungdom fra familier med høyere SØS.

For å si noe om styrken på denne sammenhengen må vi se til oddsraten til lavere SØS. Denne er på 1,4, noe som betyr at ungdom med lavere SØS har 1,4 ganger større sannsynlighet for å ha høy grad av depressive symptomer sammenliknet med ungdom fra familier med høyere SØS. Ungdom med lavere SØS har med andre ord 40 prosent høyere sannsynlighet for å ha høy grad av depressive symptomer enn de med høyere SØS.

Modell 1, med kun lavere SØS som uavhengig variabel er statistisk signifikant $\chi^2(DF=1, N=6233) = 21,2, p<.000$.

Modellen forklarer mellom 0,3 og 0,6 prosent av total variasjon i depressive symptomer. Dette er en lav forklaringsprosent, og indikerer at variasjon i familiens SØS bare i begrenset grad forklarer variasjoner i depressive symptomer. For en bedre innsikt hvordan ulike sider ved ungdommenes sosiale bakgrunn virker inn på deres psykiske helse er det gjennomført en logistisk regresjonsanalyse der de separate SØS-indikatorene er inkludert samtidig, som individuelle uavhengige variabler. Tabell 10 viser resultatene fra denne analysen. I analysen er ungdommene som har kommet ut med laveste skår på hver av indikatorene kodet 1, resten er referansegruppe og er dermed kodet 0.

Tabell 10. Sannsynligheten for å ha depressive symptomer. Binær Logistisk regresjon med separate SØS indikatorer. N=6104.

Modell 1		
	B	OR
Konstant	-2.10	.12***
<i>Sosioøkonomisk bakgrunn</i>		
Ingen av foreldrene har utdanning	.07	1.1
Mindre enn 20 bøker hjemme	.18	1.20
Ingen bil	.32	1.38
Ikke eget soverom	.04	1.04
Ikke reist med familien på ferie det siste året	.71	2.04***
Ingen datamaskiner i familien	1.01	2.74**
Cox&Snell R square	.01	
Nagelkerke R square	.02	

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tabell 10 viser at det kun er ferie med familien og hvorvidt familien har datamaskiner hjemme som er signifikante predikatorer for depressive symptomer blant ungdommene i Telemark. Slik det fremkommer av modellen har foreldrenes utdanning, antall bøker, hvorvidt de har eget soverom, samt antall bilder hjemme ingen sammenheng med ungdommenes opplevelse av depressive symptomer.

6.3.3 Betydningen av psykososiale stressfaktorer

I modell 2, tabell 9 er fire psykososiale stressfaktorer inkludert (mobbing, ingen venner, konflikt mellom foreldre og tillitt til foreldre). Som det fremgår av modell 2 har samtlige

av de psykososiale variablene en positiv sammenheng med depressive symptomer, dvs. at sannsynligheten for å ha depressive symptomer øker når man utsettes for disse stressrelaterte forholdene. Under gjennomgå de separate sammenhengene ytterligere.

Mobbing

Mobbing har en signifikant positiv sammenheng med depressive symptomer. Det betyr at sannsynligheten for å ha depressive symptomer øker når man utsettes for mobbing.

Ungdom som opplever mobbing har 3,5 ganger så høy odds for å oppleve høy grad av depressive symptomer, sammenliknet med ungdom som ikke opplever mobbing, når vi kontrollerer for samtlige av de andre uavhengige variablene.

Mobbing er den av de psykososiale variablene som har den høyeste oddsratioen. Av de fire psykososiale stressrelaterte variablene som er inkludert, er altså mobbing den stressfaktoren som har størst betydning for ungdommenes opplevelse av depressive symptomer.

Ingen venner

Ingen venner, har den laveste oddsratioen av de fire psykososiale stressfaktorene.

Også denne variabelen viser en signifikant positiv sammenheng med depressive symptomer. På bakgrunn av variabelens operasjonalisering (jf. punkt 4.5.3) vil dette i praksis bety at det å ikke oppleve at man har en venn som man kan betro seg til om alt mulig, øker sannsynligheten for depressive symptomer. Ungdom som ikke har en slik venn, har 1,8 ganger så høy sannsynlighet for depressive symptomer, sammenliknet med ungdom som har en slik venn, kontrollert for øvrige uavhengige variabler.

Konflikt mellom foreldre

Konflikt mellom foreldre har en signifikant positiv sammenheng med depressive symptomer. Sannsynligheten for høy grad av depressive symptomer er 2,8 ganger høyere blant ungdom som opplever konflikt mellom foreldre, sammenliknet med de ungdommene som ikke opplever dette, når de andre uavhengige variablene holdes konstante. Forskjellen er klart signifikant med en signifikanssannsynlighet mindre enn .001.

Lav tillitt til foreldre

Det å ha lav tillitt til foreldrene har en signifikant positiv sammenheng med depressive symptomer. Sannsynligheten for depressive symptomer øker altså når ungdom har lav tillitt til foreldrene. Oddsratioen for denne variabelen er 3.0. Vi kan derfor si at ungdom som opplever at de ikke kan gå til foreldrene med et personlig problem har 3,0 ganger så høy odds for depressive symptomer, sammenliknet med ungdom som opplever at foreldrene har en slikt støttende funksjon, kontrollert for øvrige variabler.

Endringer fra modell 1 til modell 2

Vi kan observere at sammenhengen mellom SØS og depressive symptomer er noe svakere i modell 2 der de fire psykososiale stressfaktorene er inkludert. Oddsraten er redusert fra 1,4 til 1,3. Etersom SØS i modell 1 forklarte lite av variasjonen i ungdommenes psykiske helseplager, er det heller ikke rart at endringene stort sett er små.

Endringen tyder likevel på at de psykososiale stressfaktorene forklarer noe av forskjellene i depressive symptomer mellom ungdom fra familier med lav SØS og de øvrige, ved at disse i større grad utsettes for slike faktorer. Modell 2 gir dessuten en forklaringseffekt på 17 prosent (Nagelkerke R square). Dette er en økning med over 11 prosentpoeng fra modell 1, noe som tyder på at de stressrelaterte variablene egner seg godt til å forklare depressive symptomer hos ungdom i Telemark.

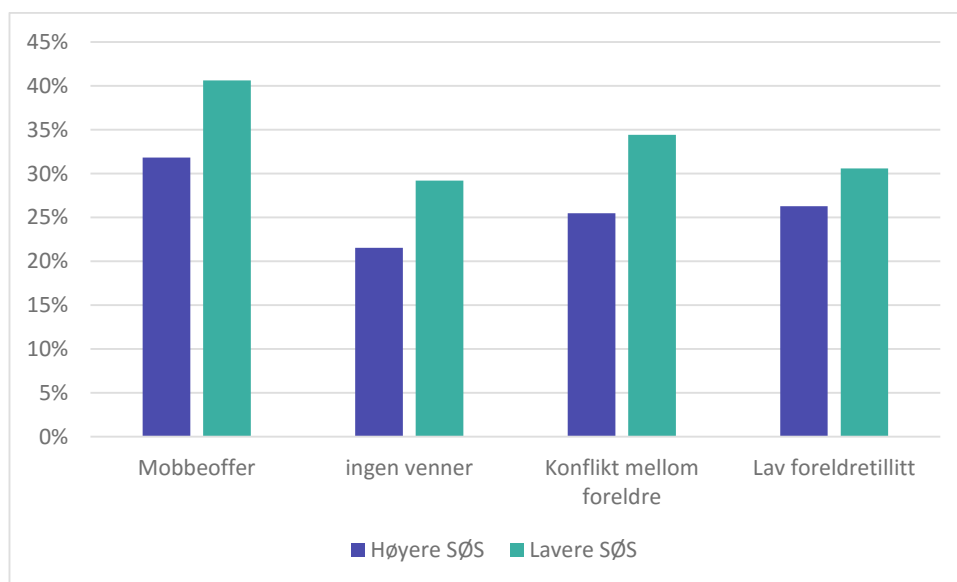
Som del av analysen er det gjennomført en serie testanalyser der de ulike psykososiale stressfaktorene er tatt inn i analysen en og en. Dette er gjort for å se hvordan sammenhengen mellom SØS og depressive symptomer eventuelt endrer seg når man tar hensyn til hver av de stressrelaterte variablene. Resultatene blir ikke vist i tabellform men viser samlet sett at betydningen av lav SØS reduseres for samtlige av faktorene (når disse inkluderes en og en)⁵. Lav tillitt til foreldre og det å bli utsatt for mobbing er de to variablene som i sterkest grad reduserer sammenhengen mellom SØS og psykiske helseplager. Dette betyr i praksis at mobbing og lav tillitt til foreldre er stressfaktorer som

⁵ Se vedleggstabell A9 for fullstendig analyse.

egner seg godt for å forklare forskjellene i depressive symptomer mellom ungdom fra familier med lav og høy SØS.

I de multiple modellene gir Hosmer-Lemeshow-testen mulighet til å teste om modellen faktisk gir en adekvat beskrivelse av den empiriske sammenhengen mellom variablene (Om modellen tilfredsstillende kravet om at det ikke er samspill/statistisk interaksjon) (Skog, 2015, s. 404). For at modellen skal kunne hevdes å fungere som en god tilpasning til data er det ønskelig med en p-verdi som er høyere enn .05 (Pallant, 2010, s. 175). Hosmer-Lemeshow testen gir i modell 2 en p verdi på .92. De fire psykososiale stressrelaterte variablene er derfor godt egnet til å predikere forekomsten av depressive symptomer.

For å få enda bedre innsikt i forholdet mellom sosial bakgrunn, psykososialt stress og psykiske helseplager er det i figur 5 illustrert den estimerte prosentandelen ungdom med høy grad av depressive symptomer for ungdommene som opplever de fire psykososiale stressfaktorene og som kommer fra familier med ulike sosioøkonomisk status.



Figur 5 Estimert prosentandel ungdom med høy grad av depressive symptomer som opplever psykososiale stressfaktorer, etter SØS.

Figuren viser at av de ungdommene som opplever mobbing, som ikke har noen venner, som opplever konflikt mellom foreldre og som har lav tillitt til foreldre, så er det gjennomgående høyere estimert prosentandel ungdom fra sosialt svakt stilte familier med høy grad av depressive symptomer, sammenliknet med ungdom som utsettes for samme stressfaktorer, men som kommer fra sosialt sterkt stilte familier. Slike funn kan kanskje gi noe informasjon om hvorvidt sosial bakgrunn kan virke beskyttende i møte med stress. Dette vil bli diskutert videre i drøfting av hovedfunn (Se punkt 7.2.4).

6.3.4 Betydningen av kjønn

I modell 3 i tabell 9 inkluderes kjønn som kontrollvariabel.

Jenter har større sannsynlighet for å oppleve depressive symptomer enn det gutter har, når det kontrolleres for øvrige uavhengige variabler. Oddsraten er 4.14. Jentene har dermed 4.14 ganger så høy sannsynlighet for høy grad av depressive symptomer sammenliknet med gutter (kontrollert for SØS og stressfaktorer).

Forskjellen er klart signifikant med signifikanssannsynlighet på mindre enn .001. Kjønn har dermed en klar sammenheng med depressive symptomer.

Endringer fra modell 2 til 3

Ser vi til oddsraten til lavere SØS i tabell 9. har denne ikke endret seg fra modell 2 til modell 3. Vi kan derfor konkludere med at både lav SØS og det å være jente har en direkte betydning for depressive symptomer.

For å si noe mer om sammenhengen mellom kjønn og SØS kan vi regne ut estimert andel som har høy grad av depressive symptomer i de ulike gruppene. Tabell 11 gir en slik oversikt.

Tabell 11 Estimert prosentandel ungdom med høy grad av depressive symptomer for gutter og jenter med ulik SØS. Gutter N= 3401 Jenter N= 3582

Kjønn	SØS	Estimert prosentandel
Gutt	Høyere SØS	.05
	Lavere SØS	.07
Jente	Høyere SØS	.17
	Lavere SØS	.23

Av tabell 11 kan vi lese at det særlig er jenter fra familier med lavere SØS som sliter med depressive symptomer. Videre er den estimert andel med depressive symptomer i gruppen *gutt med lavere SØS* lik 7 prosent, mens den for *jenter fra familier med høyere SØS* er 17 prosent. Dette viser at kjønn er en særlig viktig forklaringsvariabel, når vi forsøker å forstå depressive symptomer blant ungdom i Telemark.

Vi kan også lese at den prosentvise differansen mellom gruppen høyere SØS og lavere SØS er større for jenter (6 prosentpoeng differanse) enn for gutter (2 prosentpoeng differanse). Det er altså større forskjeller i psykiske helseplager etter SØS blant jenter enn blant gutter. En t-test av koeffisienten til SØS for begge kjønn (ikke vist her) viser imidlertid at det ikke er signifikante forskjeller mellom kjønn når det gjelder betydningen SØS har for depressive symptomer.

Betydningen av det å ikke ha noen venner har økt noe fra modell 2 til modell 3. Ettersom det å være jente har en sterkere sammenheng med depressive symptomer, indikerer denne økningen en overrepresentasjon av gutter i gruppen som opplever at de ikke har noen venner (en såkalt negativ konfundert sammenheng: Skog, 2015, s. 276). Ytterligere analyser viser imidlertid ingen signifikant sammenheng mellom kjønn og det å ikke ha noen venner. Vi kan derfor konkludere med at disse variablene har direkte sammenheng med depressive symptomer.

Betydningen av mobbing og lav tillitt til foreldre er uendret fra modell 2 til modell 3. Betydningen av å oppleve konflikt mellom foreldrene har blitt noe mindre i modell 3, men er fortsatt signifikant. Dette indikerer at det både finnes en direkte sammenheng mellom konflikt mellom foreldre og depressive symptomer, men at noe av denne sammenhengen er indirekte og virker gjennom kjønn. Det vil si at sammenhengen i noen grad kan forklares ved at det å oppleve slike stressfaktorer er mer utbredt blant jenter enn gutter.

Vi kan se av Likelihood Ratio observatoren at differansen mellom $-2LL$ fra modell 2 til modell 3 er signifikant. Kjønnaspektet (i tillegg til SØS og psykososialt stress) er dermed relevant når vi vil forklare hvilke faktorer som har betydning for forekomsten av psykiske helseplager. Dette bekreftes ytterligere ved at forklaringsprosenten har økt fra modell 2 til modell 3. Modell 3 forklarer 23 prosent av total variasjon i depressive symptomer (Nagelkerke R square). Dette utgjør en betydelig økning på hele 6 prosentpoeng fra modell 2.

7 Diskusjon

Mitt første forskningsspørsmål dreier seg om hvordan ungdommenes opplevelse av psykiske helseplager varierer med sosioøkonomisk bakgrunn. For å svare på dette har jeg blant annet undersøkt hvorvidt det kan påvises en sosial gradient i forekomsten av depressive symptomer. Første del av drøftingen behandler disse funnene.

Fra punkt 7.2.3 drøftes mine funn i lys av mitt andre forskningsspørsmål, som dreier seg om hvordan psykososiale stressrelaterte faktorer virker inn på den eventuelle sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykiske helseplager. Det har i den sammenheng vært undersøkt om barn i familier med lavere SØS rapporterer om mer mobbing, færre venner, konflikt mellom foreldre og lav tillitt til foreldre. Før jeg går i gang med den teoretiske drøftingen av funnene, er det imidlertid viktig å være klar over hva disse er. Under følger derfor en gjennomgang av studiens hovedfunn.

7.1 Hovedfunn

De bivariate analysene i kapittel 5 viser, i tråd med tidligere forskning en økende forekomst av psykiske helseplager med synkende sosioøkonomisk bakgrunn. For enkelte av symptomene var det imidlertid ikke-signifikante og motsatte tendenser.

Det er dessuten ingen signifikant sosial gradient i psykiske helseplager etter SØS for ungdom i Telemark, slik variablene her er operasjonalisert. Dette står i kontrast til det landsdekkende materialet, der det var en relativt tydelig sosial gradient.

Psykososiale stressfaktorer, som mobbing, det å ikke ha noen venner, det å oppleve konflikt mellom foreldre og å ha lav tillitt til foreldre viser en sterk sammenheng med psykiske helseplager, og ser ut til å forklare mer variasjon enn det ungdommenes sosioøkonomiske bakgrunn gjør. Det at oddsratioen til SØS synker noe, når det kontrolleres for disse fire faktorene antyder at noe av sammenhengen mellom SØS og depressive symptomer kan forklares ved at ungdommene med lavere SØS opplever flere slike stressrelaterte risikofaktorer.

Kjønn forklarer mye av variasjonen i depressive symptomer. Analysen fant imidlertid liten støtte for at sammenhengen mellom SØS-psykososiale stressforhold og depressive symptomer påvirkes av kjønnsaspektet.

Resten av kapitlet bringer funnene over i en teoretisk drøfting med utgangspunkt i mine to forskningsspørsmål.

7.2 Drøfting av hovedfunn

7.2.1 Ingen sosial gradient

Det ble påvist en sosial gradient i forekomsten av depressive symptomer hos ungdommene i det landsdekkende utvalget. Det ble imidlertid ikke påvist noen tydelig sosial gradient blant ungdommene Telemark. Tidligere studier har påvist en sosial helsegradient blant ungdom (Bakken et al., 2016, s. 89; Holstein et al., 2009; Moor et al., 2015). Bakken og kolleger (2016) fant eksempelvis en tydelig sosial gradient i depressive symptomer etter sosioøkonomisk bakgrunn. Studien til Bakken benyttet samme mål på depressive symptomer og sosioøkonomisk bakgrunn som denne avhandlingen. Det at gjeldende analyser ikke kunne påvise en sosial gradient for psykiske helseplager blant ungdommene i Telemark kan derfor karakteriseres som et noe uventet funn.

Noen metodiske betraktninger

Når uventede funn oppstår er det ekstra viktig å reflektere over hvorvidt disse kan knyttes til metodiske forhold.

Som vist under punkt 4.5.2 ble det ikke påvist noen sosial gradient for spørsmålet om eget soverom, og utdanning hos foreldrene. Det kan hevdes at de aller fleste ungdom i Telemark har sitt eget soverom og at det å ha (eller ikke ha) eget soverom derfor er et mål som i større grad egner seg til å skille mellom ulike sosioøkonomiske grupper i større byer, der plassen er mindre og kvadratmeterprisen høyere. Ungdom fra store byer som Oslo, Bergen og Trondheim utgjør en stor andel av det landsdekkende utvalget og kan forklare hvorfor det ble påvist en sosial gradient i dette utvalget.

Når det gjelder foreldrenes utdanning viser de deskriptive analysene at flertallet av ungdommene har oppgitt at foreldrene har høyere utdanning. Det partielle frafallet på dette spørsmålet er dessuten relativt høyt (15% for far og 13% for mor). Det kan tenkes at manglende sosial gradient for denne SØS-indikatoren kan knyttes til manglende kunnskap hos ungdommene rundt foreldrenes utdanningsnivå, og at en del ungdom, som ikke vet hvilken eller hvor mye utdanning foreldrene har, svarer at foreldrene har utdanning på høyskole og/eller universitetsnivå. Dersom dette stemmer kan det argumenteres for at det finnes noen problematiske aspekter ved bruk av foreldrenes utdanning som mål på ungdommenes SØS. Slike mulige begrensninger vil derfor være av betydning for tolkningen av funnene. Mine funn står imidlertid i kontrast til forskning på sosial ulikhet i helse blant voksne der den sosiale helsegradienten viser seg nesten uansett helse og SØS-mål (Dahl et al., 2014, s. 13).

Adler og Ostrove (1991, s. 10) har pekt på at en viktig begrensning med studier på sosial ulikhet i helse er at SØS-indikatorene kun delvis korrelerer. Selv om slike betraktninger for den voksne delen av befolkningen har vist seg å ikke være av stor betydning, kan det argumenteres for at det for videre studier på sosial ulikhet i helse blant ungdom vil være viktig å utvikle gode mål for ungdommenes sosioøkonomiske status.

En annen forklaring på manglende sosial gradient kan knyttes til hvordan evnen til å oppfatte og kommunisere egen helsetilstand, varierer mellom ulike sosioøkonomiske grupper. Enkelte har hevdet at personer fra ressurssterke familier har lettere for å kommunisere egen helsetilstand (Fitzpatrick & Scambler, 1984, s. 60).

Dersom kulturelle forskjeller i evnen og tilbøyeligheten til å kjenne etter/kommunisere egen helsetilstand gjør slik at ungdom fra familier med lavere SØS rapporterer om færre depressive symptomer, kan de sosioøkonomiske forskjellene fremstå som mindre enn de faktisk er.

En deskriptiv analyse av gruppen ungdom som har valgt å hoppe over samtlige depresjonsspørsmål viser at det ikke er store forskjeller mellom de ulike SØS-gruppene

når det gjelder frafall på disse spørsmålene⁶. De forskjeller som finnes følger imidlertid et sosialt mønster der det er flere ungdom med lav SØS som ikke har svart. En forklaring på dette kan være at disse ungdommene enten ikke ønsker eller har vanskelig for å rapportere om egen psykiske helse.

Ytterligere analyser viser imidlertid at det var mellom gruppen svært lav SØS og gruppene middels, høy og svært høy SØS de signifikante forskjellene mellom ungdom som har valgt å svare, og ungdom ikke har valgt å svare ble funnet⁷. Ettersom det også var her de sosiale forskjellene i psykiske helseplager ble påvist, er det rimelig å anta at frafallet ikke vil ha avgjørende innvirkning på mine hovedfunn. Det er imidlertid viktig i tolkningen av funnene å være klar over at det finnes enkelte svakheter ved undersøkelsen som kan være av betydning for resultatene.

Et klasseløst samfunn?

En mer teoretisk fortolkning av en manglende sosial gradient når det gjelder psykisk helse blant ungdom i Telemark kan knyttes til teorien til Thomas Ziehe (1993) som ble skissert under punkt 3.6.1.

I lys av Ziehe (1993) kan det hevdes at individet, i tradisjonelle samfunn, var determinert av hvorvidt familien tilhørte henholdsvis arbeider-, middel- eller borgerskapsklassen. Det moderne samfunn med dets velferdsordninger og rettssystem, legger derimot til rette for likeverdige ordninger som åpner for at alle mennesker uavhengig av sosial, kulturell eller økonomisk bakgrunn skal kunne delta på lik linje i samfunnet.

Ziehe benytter begrepet «kulturell frisetting» for å forklare hvordan moderne samfunnsmessige prosesser fører med seg en oppløsning av sosiale klasser. Dersom vi tar utgangspunkt i en slik teori, vil manglende sosial gradient indikere et samfunn der god psykisk helse er mulig å oppnå for alle sosiale klasser.

⁶ Se vedleggstabell A7 for fullstendig analyse

⁷ Se vedleggstabell A8 for signifikanstest

På sett og vis kan en slik modernitetsforståelse knyttes til de materielle/strukturelle forklaringene innenfor SHD perspektivet. Felles for begge er en antagelse om at det er de strukturelle forholdene som fører med seg risiko, og at en bedring av disse, vil føre til friere, - og nødvendigvis også sunnere individer. Dersom man tar utgangspunkt i at den norske velferdsstaten har lyktes i å redusere de materielle forskjellene mellom sosiale grupper, vil dette samtidig føre til en reduksjon av de sosiale helseforskjellene.

Motsatt tendenser for enkelte spørsmål

Et interessant funn er imidlertid at det på enkelte spørsmål ikke ble funnet noen signifikante sosiale forskjeller. På spørsmålet «følt at alt er et slit» er det dessuten i gruppen med svært høy SØS vi finner den prosentuelle største andelen ungdom som er plaget. Dette skiller seg noe fra det Samdal og kolleger (2016) fant i den siste norske HEVAS undersøkelsen, men er mer i tråd med Bakken og kolleger (2016, s. 91) som fant ingen eller kun marginale sosiale forskjeller i det de omtaler som stressrelaterte plager. Slike funn indikerer at vi må se til andre aspekter enn materielle forhold for å finne en forklaring.

I lys av teorien om ny risiko er psykisk uhelse i dagens samfunn i større grad knyttet til høye krav til individet og et økende prestasjonspress. Innenfor et slikt perspektiv kan det argumenteres for at økte valgmuligheter også fører med seg en økende risiko, fordi omgivelsenes krav til refleksivitet overvelder individet.

Med utgangspunkt i et slikt perspektiv kan det argumenteres for at ungdom fra sosioøkonomisk sterkt stilte familier har flere ressurser og dermed også mer frihet. Spørsmålet bli da om disse ungdommene opplever mer press og større forventninger enn ungdom fra familier med svakere SØS, nettopp fordi større frihet også fordrer en høyere grad av refleksivitet hos individet. Debatten rundt «de flinke pikene» (jf. punkt 2.2.1) kan ses i lys av en slik teoretisk fortolkning. På den måten kan kanskje økt refleksivitet fungere som en risikofaktor på lik linje som økonomisk stress. Det at gjeldende avhandling fant en større spredning på symptomene «følt at alt er et slit» og «følt deg stiv eller ansent» kan forståes i lys av et slikt teoretisk perspektiv.

Dette står imidlertid i kontrast til SHD perspektivet der strukturelt begrensede forhold fremholdes som den fremste risikofaktoren. På en måte representerer begge perspektivene en form for risiko, med ulik, og til dels motstridende utgangspunkt. Følelsen av at alt er et slit, eller at man er stiv og anspent kan på den ene siden knyttes til økonomiske trange forhold og opplevelsen av å ikke høre til. På motsatt hold kan slike opplevelser av slit og stivhet/anspenhet også peke til et prestasjonspress og stadig økende utdannings- og kompetansekrav til den unge. Det kan tenkes at funnet om ikke-signifikante forskjeller på spørsmålene «følt at alt er et slit» og «følt deg stiv og/eller anspent» nettopp er et resultat av at de ulike risikofaktorene spiller hverandre ut. Min avhandling tegner så vidt konturen av slike forbindelser. Dette er imidlertid et stort felt som har behov for mer forskning.

7.2.2 Sosiale forskjeller

Selv om det ikke ble funnet noen tydelig sosial gradient er det viktig å være klar over at den eksakte inndelingen av utvalget i ulike sosioøkonomiske grupper påvirker resultatene. Som tidligere nevnt er SØS-variabelen her basert på en inndeling i fem like store grupper (med 20 prosent i hver gruppe). Ved bruk av en annen inndeling, vil det imidlertid kunne påvises en sosial gradient også i Telemark. Slår vi for eksempel sammen gruppene med høy SØS og svært høy SØS, og gruppene med lav SØS og svært lav SØS slik at vi får tre grupper i stedet for fem, får vi fram noenlunde samme mønster i Telemark som i resten av landet. Videre er det relativt store sosiale forskjeller mellom de ungdommene som kommer fra familier med lavere SØS og de øvrige også i Telemark.

Et marginalisert mindretall

Gode velferdsordninger kan kanskje hevdes å ha en utjevne effekt på de sosiale ulikhetene. Enkelte har likevel pekt på at en vesentlig side ved moderne sosial ulikhet er at det er vokst frem et mer velstående flertall, og et marginalisert mindretall. Til tross for at Elstad (2000) hevder at fattigdom er et relativt begrep i dagens Norge, viser fattigdomsforskning at flere familier med vedvarende lavinntekt, lever under helseskadelige forhold (jf. punkt 3.3). Når det gjelder mine analyser kan for eksempel de ungdommene som befinner seg i familiene med lavere SØS betraktes som en slik marginalisert gruppe. I lys av en materialistisk forklaring til sosial ulikhet i helse kan det tenkes at disse barna/unge opplever dårlige oppvekstmiljø; lite og usunn mat og dårlig kvalitet på bolig. Slike forhold kan ha konsekvenser for den psykiske helsen på

individnivå. Dersom man tar utgangspunkt i en slik forklaring er det ikke uventet at det er nettopp mellom de øverst og nederst på SØS-indeksen de største forskjellene påvises.

Økende sosial sammenlikning?

Det er imidlertid usikkert hvorvidt ungdom generelt, og i Telemark spesielt lever under forhold som kan antas å være direkte helseskadelig. En alternativ fortolkning av de sosiale forskjellene kan ses i lys av psykososiale forklaringer der *relasjonen mellom* de ulike sosiale posisjonene antas for å være av betydning. Innenfor teorien om relativ deprivasjon hevdes det at mennesker evaluerer egen situasjon i forhold til hvordan den sammenfaller med andres. Tidligere studier har vist at sosial sammenlikning kan fungere som en selvstendig stressfaktor for barn fra familier med svak økonomi (Hjelmtveit, 2004, s. 4). Når vi vet at Telemark er blant fylkene i landet med størst andel barn som lever i familier med vedvarende lavinntekt, er det nærliggende å tenke at de ungdommene som befinner seg i gruppen med lavest SØS inngår i sosial sammenlikning med sine jevnaldrende.

Dersom man tar utgangspunkt i at dagens samfunnsutvikling peker i retning av mer individualisme, kan dette i lys av Beck (1992) føre til en ny type risiko; den enkelte blir overlatt til seg selv og gjøres personlig ansvarlig for egen skjebne. Dersom ungdom fra slike marginaliserte grupper opplever at de ikke kan rette skyld mot ytre forhold, men selv må stå til ansvar for egen psykiske uhelse kan dette føre til at disse ungdommene retter misnøyen innover, mot seg selv. Dette vil trolig øke sannsynligheten for internaliserende vansker hos de ungdommene det gjelder.

Flere hevder dessuten at et sentralt kjennetegn ved tiden vi lever i er færre- og mer flytende strukturelle grenser (Øia & Vestel, 2014; Ziehe, 1993). Et viktig bidrag i en slik utvikling kan hevdes å være det økede antall sosiale medier som åpner for direkte innsyn i andres liv. Det kan tenkes at dette bidrar til at tidligere sosiale grenser utviskes. Dersom dette er tilfelle kan det føre til en økende sosial sammenlikning på tvers av sosiale klasser. Når sosial sammenlikning ikke lenger kun foregår innenfor avgrensede sosiale referansegrupper, slik som i industrisamfunnet, blir spranget mellom *hvem vi er* og *hvem vi kan være* (eller ønsker å være) større. Dette vil i lys av teorien om relativ deprivasjon (jf. punkt 3.5.4) (Festinger, 1954) skape manglende tilfredshet hos individet og kan forklare hvorfor de sosiale helseforskjellene består til tross for generell velferdsøkning.

7.2.3 Psykososiale stressfaktorer forklarer mer enn sosial bakgrunn

Analysene viste at psykososiale stressfaktorer har betydning for ungdommenes opplevelse av depressive symptomer. Videre viser tabell 10 at av alle SØS-indikatorene som ble inkludert var det kun antall datamaskiner i hjemmet og hvorvidt de hadde reist på ferie med familien eller ikke det siste året, som var signifikante predikatorer for depressive symptomer i mitt utvalg.

Det kan være interessant å se slike funn i lys av trekk ved samtiden. Dersom teorien om ny helserisiko gir en adekvat beskrivelse av dagens samfunnsutvikling kan det hevdes at de strømmingene som preger utviklingen forandrer sosiale nettverk. Det er likevel ikke nødvendigvis slik at sosiale relasjoner blir mindre viktig enn før. Tvert om vil den nye tiden med få faste (ytre) støttepunkter kunne føre til et økt behov hos individet til å finne slike holdepunkter andre steder. Dette er i tråd med Ziehe (1993) som peker på en tendens hos dagens ungdom der den emosjonelle vurderingen av deres sosiale relasjoner blir viktigere (omtalt som *subjektivering*).

De psykososiale stressfaktorene som her er inkludert, peker på sett og vis til ungdommenes sosiale relasjoner (både barn-barn, og voksen-barn). Det at de psykososiale stressfaktorene forklarer mer variasjon i depressive symptomer enn det sosioøkonomisk bakgrunn gjør, kan indikere at svake økonomiske og materiell forhold ikke utgjør den største helserisikoen for psykisk uhelse i dagens samfunn. Dette står i så fall i kontrast til en materialistisk forklaring.

Det er videre interessant at det kun er ferie med familien og antall datamaskiner i hjemmet som er signifikante predikatorer for depressive symptomer. Det kan spørre hvorvidt disse indikatorene viser til forhold ved ungdommenes SØS som peker utover det rent materielle?

For eksempel vet vi at datamaskinen i dagens samfunn er et viktig middel for sosial interaksjon, eksempelvis gjennom ulike interaktive dataspill og/eller via sosiale medier. Videre kan det tenkes at ferie med familien inkluderer et sosialt aspekt som kanskje ikke fanges av spørsmålet om antall biler i familien og/eller hvorvidt de har eget soverom. Tar man utgangspunkt i en slik forståelse kan slike funn kanskje forstås i lys av en utvidet

materialistisk forklaring der betydningen av de materielle/strukturelle forholdene ikke virker direkte skadelige, men legger føringer for ungdommenes mulighet for sosial deltakelse (jf. punkt 3.3).

7.2.4 Psykososiale faktorer forklarer noe av sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og psykisk helse

Teorien om ny risiko fungerer godt som en fortolkningsramme når vi ønsker å forstå hvorfor psykososiale forhold er av stor betydning for psykiske helseplager hos ungdom i dag. Teorien kommer imidlertid til kort når vi ønsker å forstå hvorfor slike forhold er mest utbredt i familier med lav SØS. De multivariate analysene viste nemlig at noe av sammenhengen mellom SØS og psykisk helse er indirekte, og kan forklares ved at disse ungdommene opplever flere psykososiale stressfaktorer.

Dette funnet er i tråd med Bakken og kolleger (2016) som viser at barn fra sosialt svakt stilte familier opplever mer mobbing, har dårligere forhold til sine foreldre, har færre venner og opplever mer konflikt mellom foreldre.

Slike funn støtter oppunder psykososiale forklaringer til sosial ulikhet i psykisk helse som postulerer at forekomsten av uheldig stress avhenger av individets plassering i den sosiale strukturen. Det er derfor nærliggende å tenke at de psykososiale forklaringene vil utgjøre en anvendbar fortolkningsramme for dette funnet. Hensikten med avhandlingen er imidlertid ikke å finne én forklaring på sosiale helseforskjeller. Elstad (1998) understreker at, i stedet for å regne de psykososiale forklaringene som et selvstendig forklaringsparadigme, bør det fungere som en utvidelse og nyansering av tidligere perspektiver. Jeg benytter derfor samtlige forklaringstilnærminger i min drøfting.

Ingen venner

Analysen i kapittel 6 viste at det var en overrepresentasjon av ungdom fra familier med lavere SØS som opplevde at de ikke hadde noen venner. Dette er i tråd med flere tidligere studier (Samdal et al., 2016; Sletten, 2010).

Mye av dagens organiserte idrett og fritidsaktiviteter, kan fungere ekskluderende ved at barn fra familier med dårlig råd, ikke kan betale for medlemskontingenter (jf. en utvidet materialistisk forklaring). Dette vil kunne føre til at disse barna både føler seg ekskludert.

Alternativt kan vi se tendensen i lys av livsstilperspektivet. Det kan tenkes at det å tilrettelegge for sosial deltakelse (for eksempel gjennom å delta på fritidsaktiviteter, klasseavslutning eller idrettsarrangementer) ikke er i tråd med enkelte familiers livsstil og dermed nedprioriteres av disse familiene. I lys av helsekunnskapshypotesen kan ulik livsstil også knyttes til at ulike sosiale grupper har ulik tilgang på kunnskap, samt at familier med lav SØS (og dermed også lav utdanning) besitter mindre kunnskap om hva som fremmer psykisk helse.

Dersom det er slik at foreldre med lavere SØS verken har kunnskap om- eller tilbøyelighet til å tilrettelegge for ungdommenes sosial deltakelse, vil det kunne øke sannsynligheten for at disse barna faller utenfor. Dette kan forklare hvorfor det finnes en overrepresentasjon av ungdom med lavere SØS som opplever å ikke ha noen venner.

Det skal imidlertid påpekes at det i min avhandling ikke kontrolleres for ungdommenes helseatferd (deltakelse på fritidsaktiviteter eller liknende). Slike forklaringer forblir dermed fortrinnsvis teoretiske spekulasjoner.

Individets helserelaterte atferd bør imidlertid ikke utelukkende forklares med utgangspunkt i livsstil og tilgjengelig kunnskap. Det kan tenkes at ungdom fra familier med dårlig råd *selv velger* å trekke seg unna og isolerer seg sosialt for å unngå ydmykelsen som det å ha dårlig råd fører med seg. Slik sosial isolasjon kan føre til at disse ungdommene går glipp av trening i sosial kompetanse og mister viktig tilbakemelding på seg selv; en viktig faktor for utvikling av et sikkert selvbilde (Harter, 1990). Det kan også tenkes at slike forhold er mer tydelig for de som har spesielt dårlig råd, noe som kan forklare at det nettopp var her de største forskjellene ble påvist. En slik forklaring er i tråd med et psykososialt perspektiv.

Mobbing

Også mobbing er ifølge mine analyser mer utbredt i familier med lavere SØS. I motsetning til ovenfor nevnte funn, er det vanskeligere å gi en intuitiv forklaring for dette,

da det inviterer til en forholdsvis bred diskusjon rundt årsaker til hvorfor enkelte utsettes for mobbing. Funnene kan imidlertid henge sammen med at ungdom som ikke i like stor grad har mulighet til å delta i sosiale sammenhenger faller utenfor det sosiale felleskapet, noe som øker risikoen for å bli ekskludert. En alternativ, men liknende forklaring er at økonomiske rammer legger føringer for ungdommens muligheter til å skaffe seg ulike materielle goder som fremmer status og som kan fungere som ulike markører for sosial identitet (merkeklær, telefon etc.).

Lav tillitt til foreldre

Analysen viste en overrepresentasjon av ungdom fra familier med lav SØS som svarte at de ikke ville gå til foreldrene med et personlig problem (ungdom med lav tillitt til foreldre). Dette er i tråd med tidligere forskning som viser at ungdom fra sosialt svakt stilte familier rapporterer om mindre emosjonell støtte og svakere foreldrerelasjoner (Andersen & Bakken, 2015; Bakken et al., 2016). Analysen viste dessuten at dette var den av variablene som i sterkeste grad reduserte sammenhengen mellom lav SØS og psykiske helseplager. Dette er interessant av flere grunner.

For det første indikerer dette at foreldrene utgjør en viktig støttende funksjon i dagens samfunn. Dette står i noe kontrast til tidligere forskning som hevder at ungdomstiden er en fase der ungdommene orienterer seg vekk fra familien og der venner får en økende betydning (Halldórsson et al., 2000; West, 1997). Noe norsk ungdomsforskning viser likevel at norsk ungdom i stor grad bryr seg om hva foreldrene mener (Øia & Vestel, 2014).

I lys av teorien om ny risiko kan det hevdes at kollektive former for samhold forvitrer i det nye samfunnet, og at dette skaper usikkerhet med hensyn til livsløp og selvindentitet. Med utgangspunkt i presenterte funn er det imidlertid grunn til å tro at familien ikke får svekket betydning for individet. Dersom vi tar utgangspunkt i at voksen-barn relasjonen er viktig for ungdom i dag, blir et viktig spørsmål hvordan foreldre fra ulike sosiale grupper legger til rette for gode og støttende voksen-barn relasjoner.

En mulig tolkning kan være at foreldre med flere sosioøkonomiske ressurser i høyere grad enn foreldre med færre slike ressurser evner å redusere den negative effekten dagens

flytende og uforutsigbare samfunn har på ungdommenes psykiske helse. En slik teoretisk fortolkning bryter imidlertid med fortellingen om de «flinke pikene», der høye forventninger og press fra foreldre er en del av bildet.

I lys av habitusbegrepet til Bourdieu (1989), kan oppdragelse og oppdragelsesstil forstås som ulike livsstilformer eller nedarvede «handlingsprosedyrer» (jf. Livsstilperspektivet). I lys av et slikt perspektiv vil det kunne tenkes at ulike sosiale grupper har ulik oppfatning knyttet til oppdragelse.

Analysen fant en indirekte sammenheng mellom SØS og psykiske helseplager, som går via foreldretillit. Dette kan i lys av habitusbegrepet forstås ved at foreldre med lavere SØS har en oppdragelsesstil som i mindre grad fremmer tillitsfulle relasjoner, sammenliknet med foreldre med høyere SØS. Fra litteraturgjennomgangen vet vi at en slik oppdragelsesstil kan knyttes til psykiske helseplager. Selv om et trekk ved samtiden er at sosiale klassers ulike livsformer nærmer seg hverandre, ved at middelklassen vokser, og arbeidsklassen blir mindre, kan mine funn tolkes i lys av at det fortsatt finnes ulike livsstiler som fremmer ulik oppdragelsespraksis. Slike forskjeller er det lite statlige velferdsordninger kan gjøre med.

Selv om mine analyser tyder på at det ikke først og fremst er familiens materielle velstand som gir sosial ulikhet i psykiske helseplager (jf. punkt 6.3.2) bør det imidlertid ikke utelukkes at økonomiske forhold kan være av betydning. Dette fordi fordelingen av psykososialt stress avhenger av individets tilgang på ulike materielle og økonomiske ressurser (Elstad, 1998, s. 603). Fortolkningen over inkluderer imidlertid kun i begrenset grad et slikt økonomisk aspekt.

I tråd med en familiestresshypotese vil økonomisk stress føre til økt bekymring og konflikt i familien. Dette vil kunne føre til at de økonomiske bekymringene opptar så mye av foreldrenes energi at de mister evnen til å fungere som gode støttespillere for sine barn. I lys av en slik hypotese vil det kunne tenkes at noe av årsaken til at ungdom fra familier med lav SØS svarer at de ikke ville gått til foreldrene med et personlig problem, er fordi de ikke opplever at foreldrene har overskudd til å håndtere slike forhold.

Konflikt mellom foreldre

Familiestresshypotesen finner også støtte i funnet om at opplevd konflikt mellom foreldre er mer utbredt blant barn fra familier med lavere SØS. Slike funn og fortolkninger er i tråd med Congler og kolleger (1994) som fant at barn med psykiske problemer er overrepresentert i familier som preges av konfliktfylte parforhold, og at disse familiene også ofte har dårlig råd.

Med utgangspunkt i et psykososialt perspektiv er måten man møter stress avhengig av hvilke mestringsressurser den unge har tilgang på. Negative opplevelser har ulik effekt avhengig av hvordan vi tolker og håndterer situasjonen. Ofte snakker vi om ulik mestringsforventning (jf. Punkt 3.5.3).

Ser man slike forhold i lys av sårbarhetshypotesen (Aneshensel, 1992) vil de som befinner seg lavere i det sosiale hierarkiet være mer sårbare, både fordi de opplever mer stress, men også fordi de har lavere mestringsforventning.

Individets grad av mestringsforventning kan videre knyttes til sosial posisjon ved at de i betydelig grad er et resultat av ulike virkelighetsforståelser eller for å bruke Bourdieu (1989); sosialt overførte habitus.

Mine analyser har i liten grad sett på hvordan sosial bakgrunn virker inn på forholdet mellom psykososialt stress og depressive symptomer slik som sårbarhetshypotesen postulerer. Figur 5 viser imidlertid en lavere estimert prosentandel ungdom med depressive symptomer blant de som opplever psykososialt stress, *dersom* de kommer fra familier med høyere SØS. Dette indikere at høyere SØS kan fungere som en beskyttelsesfaktor for disse ungdommene. Vi ser videre at det var på spørsmålet «følt håpløshet med tanke på fremtiden» den største relative forskjellen mellom de sosioøkonomiske gruppene ble påvist. Dersom vi antar at en slik opplevelse av «håpløshet» gir uttrykk for et pessimistisk syn på livet, kan dette knyttes til ungdommenes mestringsforventning. Dette er det imidlertid for tidlig å slå fast. Tolkningen bygger imidlertid på en psykososial forklaring på sosial ulikhet i helse, som ikke bare ser sosiale klasser i lys av dypstrukturelle mønster som fordeler makt og posisjon, men like mye som et sett med faktorer som dannes på ulik måte (Frønes, 2006, s. 254).

De teoretiske fortolkningene over må i all hovedsak anses som spekulasjoner. Sårbarhetshypotesen og ideen om skjevfordelte mestringsstrategier tydeliggjør imidlertid kompleksiteten i forholdet mellom risiko og beskyttelse, samt mellom strukturelle og individuelle faktorer. Min masteravhandling har hatt som hensikt å utforske denne kompleksiteten. Avhandlingen har likevel kun så vidt gransket overflaten på et stort og uoversiktlig forskningsfelt, med behov for mer kunnskap.

7.2.5 Kjønn av stor betydning

Analysen viste at kjønn (det å være jente) var av stor betydning for ungdommenes depressive symptomer. Dette er i tråd med en rekke tidligere studier (jf. punkt 2.1.1) og var et forventet funn.

Videre viser analysen at det særlig er jenter fra sosialt svakt stilte familier som sliter. Dette funnet er i tråd med norsk ungdomsforskning (Bakken et al, 2016, s. 92-93; Sletten, 2015), men står i kontrast til historien om «de flinke pikene» som tegner et bilde av en generasjon jenter fra ressurssterke familier med betydelige psykiske vansker. Selv om mine analyser viser at enkelte depressive symptomer er like utbredt blant ungdom fra sosialt sterkt stilte familier, som for ungdom fra sosialt svakt stilte familier, kan det se ut til at dette gjelder for begge kjønn. Historien om de flinke *pikene* får derfor kun delvis støtte i min avhandling.

Analysen viste imidlertid at det var en overrepresentasjon av jenter i gruppen ungdommer som rapporterte om konflikt mellom foreldrene. Gjeldende masteravhandling har ikke til hensikt å gi noe utdypende teoretisk diskusjon og tolkning av disse resultatene. Det er imidlertid mulig å stille spørsmål til hvorvidt dette speiler faktiske tendenser eller hvorvidt det er et uttrykk for en tendens der jenter «dveler» mer ved egen situasjon. Dette er i så fall i tråd med forskningen til Petersen og kolleger (1991).

7.3 Oppsummering

Hovedfunnene i gjeldende masteravhandling viser at det finnes sosiale forskjeller i forekomsten av depressive symptomer blant ungdom i Telemark. Denne sammenhengen

følger imidlertid ikke en tydelig sosial gradient. For enkelte av de depressive symptomene var det ikke signifikante forskjeller etter sosioøkonomisk status, og tendenser til en motsatt sosial gradient. Dette gjaldt for de symptomene som kanskje kan knyttes til ungdommenes opplevelse av ytre press og krav (følt at alt er et slit, følt deg stiv eller anspent). Slike symptomer er relativt sett jevnere fordelt mellom de ulike sosiale gruppene.

Videre viste analysen at psykososiale stressfaktorer er av stor betydning for depressive symptomer, samt at slike faktorer forklarer noen av de sosioøkonomiske forskjellene i depressive symptomer som ble påvist. Gjennom diskusjonsdelen er det foretatt en teoretisk drøfting av disse funnene i lys av mine to forskningsspørsmål.

Fraværet av en sosial helsegradient, kan på den ene siden forstås som uttrykk for metodiske feil, særlig knyttet til operasjonaliseringen av SØS blant ungdom og tendenser til underrapportering av depressive symptomer i enkelte sosiale grupper. Alternativt kan det tenkes at tendensen illustrerer en oppløsning av tidligere sosiale klasser. Det er videre pekt på at dagens samfunn preges av økende prestasjonspress og krav om refleksivitet som overvelder individet. Det kan hevdes at slike samfunnsmessige prosesser utgjør en ny form for risiko. En slik forståelse støttes ved at det var særlig på de spørsmålene som kan relateres til ungdommenes opplevelse av ytre press og krav som det ikke ble påvist sosiale forskjeller.

Det at det fortsatt finnes sosiale forskjeller mellom de øverst, og de nederst på den sosioøkonomiske stigen for de fleste depressive symptomene, kan imidlertid tyde på at ungdommenes psykiske helse fortsatt er betinget av strukturelle forhold. I lys av et materialistisk perspektiv vil det kunne hevdes at ungdommene med lavest SØS kan betraktes som en marginalisert gruppe som lever under oppvekstvilkår med negative effekter på helsa. Det er dessuten nærliggende å anta at disse ungdommene inngår i sosial sammenlikning med sine jevnaldrende, og at de opplever dette problematisk. Dersom disse ungdommene ikke opplever at de kan skylde på strukturelt begrensende forhold, vil dette kunne øke sannsynligheten for at misnøyen rettes innover mot selvet.

De psykososiale stressfaktorene forklarer dessuten noe av de sosiale forskjellene. Dette kan forstås i lys av en rekke teoretiske perspektiver.

For det første kan dyre medlemskontingenter føre til at ungdom fra enkelte sosiale grupper ikke har lik stor mulighet for sosial deltakelse. En slik materialistisk forklaring kan forklare hvorfor det finnes en overrepresentasjon av ungdom fra slike SØS grupper som oppgir at de ikke har noen venner. Det kan imidlertid også tenkes at foreldrene verken har kunnskap om- eller tilbøyelighet til å tilrettelegge for en livsstil som fremmer sosial deltakelse hos sine ungdommer. En sli forklaring er mer i tråd med helse/atferdsforklaringene på sosial ulikhet i helse.

Livsstilperspektivet er anvendbar når vi ønsker å forstå hvorfor ungdom fra sosialt svakt stilte familier har lavere tillitt til egne foreldre. Dersom vi ser oppdragelse som en form for livsstil, vil det være grunnlag for å hevde at familier med lavere SØS i mindre grade enn familier med høyere SØS, evner å fremme gode og tillitsfulle barn-voksen relasjoner.

Tendensen kan også forstås i lys av familiestresshypotesen som postulerer at økonomiske trange kår fører til stress og konflikt i familien og at slike stressfaktorer påvirke foreldrenes evner til å fungere som gode støttespillere for sine barn. Familiestresshypotesen finner også støtte i funnet om mer konflikt mellom foreldre i familier med lavere SØS. Familiedynamikk kan være av betydning for ungdommenes mestringsforventning. Dette forklare hvorfor det er en lavere estimert prosentandel ungdom med høy grad av depressive symptomer som opplever psykososialt stress, i familier med høy SØS, sammenliknet med ungdom fra familier med lavere SØS.

Når det gjelder forskjeller mellom kjønn, er den overordnede tendensen er at forekomsten av depressive symptomer er betydelig høyere blant jenter enn blant gutter. Mine analyser viser imidlertid små kjønnsmessige forskjeller både når det gjelder betydningen av SØS og psykososialt stress for psykiske helseplager.

8 Konklusjon og veien videre

Eriksen (2008) sier at mange av de temaene som kan diskuteres når det gjelder oppvekst er filosofiske, og at en drøfting kanskje ikke kan eller bør føre til altfor entydige konklusjoner.

Menneskelivet er alltid et eksperiment hvor ingen-heller ikke den det gjelder-noen gang får den fulle oversikten over de betingelsene som fantes for at eksperimentet skulle lykkes eller mislykkes (s. 32).

Mine konklusjoner og implikasjoner bør derfor ikke anses som ubetingete.

Innledningsvis ble det stilt spørsmål til hvorvidt psykiske helseplager blant unge er mer knyttet til økende prestasjonspress og ytre krav, og i mindre grad til sosial bakgrunn.

Masteravhandlingen gir blandende svar på dette spørsmålet. Selv om enkelte psykiske plager er like utbredt blant ungdom fra sosialt sterkt stilte familier som for ungdom fra sosialt sterkt stilte familier, er det likevel totalt sett relativt store sosiale forskjeller mellom de med flest, og de med færrest sosioøkonomiske ressurser. Lav sosioøkonomisk status hos foreldre utgjør dermed en risikofaktor for utvikling av psykiske helseplager blant ungdom i Telemark.

Mine funn indikerer imidlertid at det ikke er de økonomiske og materielle forholdene alene som bestemmer de sosiale ulikhetene. Like viktig er de koder, verdier og holdninger som preger ulike sosiale grupper, og hvordan dette legger føringer for den unges tilgang på sosial støtte. Funnene peker i retning av at muligheten for- og evnen til å danne og opprettholde gode sosiale relasjoner; en viktig beskyttelsesfaktor i dagens samfunn, i stor grad avhenger av sosial bakgrunn.

Mine funn indikerer at det i det helsefremmende og forebyggende arbeidet ikke er tilstrekkelig å bekjempe økonomiske skjevheter på systemnivå. Like viktig er det å fokusere på en utjevning av ferdigheter, verdier og holdninger mellom sosiale grupper. En slik målsetning har imidlertid etiske dilemmaer. Ved å understreke et slikt behov, anerkjenner man samtidig enkelte verdier og holdninger som ofte er vanligere hos sosialt høyere klasser (Kvelling, 2008b, s. 360). Dermed kan det hevdes at majoritetens preferanser nok en gang blir prioritert fremfor minoritetens verdier og mål for eget liv.

Implikasjonene for fremtidig forskning er mange. Min masteravhandling har hatt oppmerksomhet mot ungdommenes psykososiale *miljø*. For å kunne si noe mer om forholdet mellom sosial bakgrunn og psykisk helse vil det være nødvendig både å kontrollere for flere slike miljømessige faktorer, men også å måle individuelle og genetiske variasjoner. Det er også behov for longitudinelle studier som følger de samme ungdommene over tid, og som på den måten kan si noe mer om årsaksforhold enn det gjeldende design har klart.

I den teoretiske drøftingen av funnene trekkes det opp en rekke (relativt komplekse) sammenhenger. Det er imidlertid viktig å være klar over at dette er en kvantitativ studie. De teoretiske drøftingene blir derfor i all hovedsak spekulasjoner. Feltet er både komplekst og sammensatt. For å få et bedre grep om sammenhengen mellom sosial bakgrunn, psykososialt stress og psykiske helseplager vil det være viktig å ta i bruk andre metoder. Kvalitative studier vil gi en dypere forståelse av hvordan ungdom i fra sosialt svakt stilte familier opplever egen situasjon.

Min avhandling har i all hovedsak fokusert på forholdet mellom sosial bakgrunn, psykososialt stress og psykiske helseplager. Kjønnsperspektivet har kommet noe i bakgrunnen. Analysen viser imidlertid at kjønn spiller en betydelig rolle for psykiske plager blant ungdom, og at det særlig er jenter fra familier med lavere sosioøkonomisk status som sliter. Spørsmålet omkring hvorfor det er slik står imidlertid ubesvart. I artikkelen «Boken som mangler, ord som går på tomgang og sykt flinke jenter: Kunnskap og helser» drøfter Nordtug og Engelsrud (2016) blant annet om de kjønnsmessige forskjellene mellom gutter og jenter når det gjelder psykisk helse handler om faktiske forskjeller i forekomsten av plager mellom kjønn, eller om det i stedet er uttrykk for kjønnete diskurser der jenter har en sterkere tilbøyelighet for å snakke om egen helse. Videre er det interessant å undersøke hvordan slike potensielle kjønnete diskurser varierer med sosial bakgrunn. Kvalitative studier, som både retter fokus på hva som blir sagt, men som også-, og kanskje viktigere, ser på hva som *ikke* blir sagt er derfor viktig for å fremme innsikt i forholdet mellom kjønn, sosial bakgrunn og psykiske plager blant ungdom.

9 Referanseliste

Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologiske teorier*. Oslo: Abstrakt forlag.

Aase, K. N., Bentsen, A., & Møller, G. (2015). *Ung i Telemark* (Ungdata-rapport, KoRus-region Sør og Telemark fylkeskommune). Hentet fra <https://www.telemark.no/Vaare-tjenester/Folkehelse/Aktuelt/Det-er-godt-aa-vaere-ung-i-Telemark>

Adler, N. E., & Ostrove, J. M. (1999). Socioeconomic status and health: What we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 3-15. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10681884>

Andersen, P. L., & Bakken, A. (2015). *Ung i Oslo 2015* (NOVA rapport 8/15). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2015/Ung-i-Oslo-2015>

Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of sociology*, 18, 15-38. Hentet fra <http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.so.18.080192.000311>

Bakken, A. (1998). *Ungdomstid i storbyen. Om sosial kontroll og utprøvende atferd*. (NOVA rapport 7). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/1998/Ungdomstid-i-storbyen>

Bakken, A. (2009, 29.10). Kan skolen kompensere for elevenes sosiale bakgrunn? *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra <http://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/kan-skolen-kompensere-for-elevenes-sosiale-bakgrunn>

Bakken, A. (2016). *Ungdata 2016 Nasjonale resultater* (NOVA rapport 8/16). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Ungdata-2016.-Nasjonale-resultater>

- Bakken, A., Frøyland, L. R., & Sletten, A. M. (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene?* (NOVA rapport 3/16). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Sosiale-forskjeller-i-unges-liv>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2015). Barnefattigdom kommunestatistikk. Foreløpige tall. Hentet fra [https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnefattigdom/?region\[\]=te®ion\[\]=he®ion\[\]=nt®ion\[\]=aa®ion\[\]=fi®ion\[\]=of®ion\[\]=bu®ion\[\]=ah®ion\[\]=os®ion\[\]=mr](https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnefattigdom/?region[]=te®ion[]=he®ion[]=nt®ion[]=aa®ion[]=fi®ion[]=of®ion[]=bu®ion[]=ah®ion[]=os®ion[]=mr)
- Bauman, Z. (2000). *Liquid modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. London: Sage publications.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det norske samlaget.
- Bentsen, A. (2016). Dypdykk: Hva kan forklare risikoen for frafall fra videregående skole? I K. N. Aase, A. Bentsen & G. Møller (2015). *Ung i Telemark* (Ungdata-rapport, KoRus-region Sør og Telemark fylkeskommune). Hentet fra <https://www.telemark.no/Vaare-tjenester/Folkehelse/Aktuelt/Det-er-godt-aa-vaere-ung-i-Telemark>
- Bourdieu, P. (1989). Social space and symbolic power. *Sociological theory*, 7(1), 14-25. Hentet fra http://www.jstor.org/stable/202060?seq=1#page_scan_tab_contents
- Chen, E., Matthews, K. A., & Boyce, W. T. (2002). Socioeconomic differences in children`s health: How and why these relationships change with age. *Psychological bulletin*, 128(2), 195-329. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11931521>
- Clench-Aas, J., Rognerud, M., & Dalgard, S. O. (2009). *Levekårsundersøkelsen 2005 psykisk helse i Norge Tilstandsrapport med internasjonale sammenlikninger* (Nasjonalt forlkehelseinstitutt rapport 2009:6). Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/220517>

- Cockerham, W. C. (2007). *Social causes of health and disease*. UK: Polity press.
- Cockerham, W. C., Rütten, A., & Abel, T. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond weber. *Sociology Quarterly*, 38(2), 321-342. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1533-8525.1997.tb00480.x/abstract>
- Collishaw, S., Maughan, B., Natarajan, L., & Pickles, A. (2010). Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of child psychology and psychiatry*, 51(8), 885-894. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20497281>
- Conger, R. D., Conger, K. J., Elder, G. H. Jr., Lorenz, F. O., Simons, R. L., & Whitbeck, L. B. (1992). A Family Process Model of Economic Hardship and Adjustment of Early Adolescent Boys. *Child development*, 63(3), 526–541. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/1131344>
- Conger, R. D., Ge, X. J., Elder, G. H., Lorenz, F. O., & Simons, R. L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child development*, 65(2), 541-561. Hentet fra https://www.jstor.org/stable/1131401?seq=1#page_scan_tab_contents
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., & Costello, J. E. (2013). Adult Psychiatric Outcomes of Bullying and Being Bullied by Peers in Childhood and Adolescence. *JAMA Psychiatry*, 70(4), 419-426. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23426798>
- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine*, 66(6), 1429–36. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18179852>
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt* (HIOA kunnskrappport). Hentet fra <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning->

[og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Rapportene](#)

Direktoratet for e-helse (2016). *Norm for informasjonssikkerhet*. Oslo: Helse- og omsorgstjenesten. Hentet fra <https://ehelse.no/personvern-og-informasjonssikkerhet/norm-for-informasjonssikkerhet>

Due, P., Merlo, J. Harel-Fisch, Y., Damsgaard, M. T., Holstein, B. E., Hetland, J., Currie, C., Gabhainn, S. N., Gaspar de Matos, M., & Lynch, J. (2009). Socioeconomic Inequality in Exposure to Bullying During Adolescence: A Comparative, Cross-Sectional, Multilevel Study in 35 Countries. *American Journal of Public Health*, 99(5), 907-914. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2667858/>

Elstad, J. I. (1998). The psycho-social perspective on social inequalities in health. *Sociology of health & illness*, 20(5), 598-618. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00121/abstract>

Elstad, J. I. (2000). *Social inequalities in health and their explanations* (NOVA rapport 9/00). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2000/Social-inequalities-in-health-and-their-explanations>

Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse teorier og forklaringer* (Rapport fra sosial- og helsedirektoratet). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer>

Elstad, J. I. (2010). Spørreundersøkelsens fallgruber. I D. Album, M.N. Hansen, & K. Widerberg (Red.), *Metodene våre; eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning* (s. 155-169). Oslo: Universitetsforlaget.

Epland, J., & Kirkeberg, M. I. (2017, 28.02.). Ett av ti barn tilhører en husholdning med vedvarende lavinntekt. *Statistisk sentralbyrå*. Hentet fra <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/ett-av-ti-barn-tilhorer-en-husholdning-med-vedvarende-lavinntekt>

- Eriksen, T. B. (2008). Oppvekst i det moderne. I V. Glaser & J. Bølstad (Red.), *Moderne oppvekst. Nye tider nye krav* (s. 27-33). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fauske, H., & Øia, T. (2003). *Oppvekst i Norge*, Oslo: Abstrakt forlag.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7(117), 117-140. Hentet fra <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001872675400700202>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3.ed.). London: Sage.
- Fitzpatrick, R., & Scambler, G. (1984). Social class, ethnicity, and illness. I R. Fitzpatrick, J. Hinton, S. Newman, G. Scambler & J. Thompson (Red.), *The Experience of Illness* (s. 45-84). London: Tavistock Publications.
- FN (2015). *Human Development Report 2016, Human Development for Everyone* (FNs utviklingsprogram Rapport 2016). Hentet fra <http://dev-hdr.pantheonsite.io/en/2016-report/download>
- Folkehelseinstituttet. (2015, 11.05). Psykiske plager og lidelser hos voksne - hvordan forstå tallene for forekomst. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
- Folkehelseinstituttet. (2014) *Helsetilstanden i Norge* (Folkehelse rapport 2014:4). Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29#KAPITTEL_4
- Frønes, I. (2006). *De likeverdige; om sosialisering og de jevnaldrende betydning* (3.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Frøyland, L. R. (2015). *Ungdata – Lokale ungdomsundersøkelser: Dokumentasjon av variablene i spørreskjemaet* (NOVA dokumentasjonsrapport 2015). hentet fra <https://www.hioa.no/ungdata/Forskning/Metode-og-dokumentasjon/Dokumentasjonsrapport-for-ungdataundersokelsene>

- Gecas, V. (1989). The social psychology of self-efficacy. *Annual review of sociology*, 15, 291-316. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/2083228>
- Gecas, V., & Seff, M. A (1989). Social class, occupational conditions, and self-esteem. *Sociological perspectives*, 32(3), 353-364. Hentet fra https://www.jstor.org/stable/1389122?seq=1#page_scan_tab_contents
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity. Self and society in the later modern age*. Cambridge: Polity Press.
- Goldman, N. (2001). Social Inequalities in Health. Disentangling the Underlying Mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 954 (1), 118-139. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11797854>
- Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Grønmo, S. (2004) *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Gustavsen, K. (2011). *Sosiale ulikheter i oppvekst – en humanitær utfordring* (TF-rapport nr. 283). Hentet fra https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/detalj.asp?r_ID=1881
- Gustavsen, K., Van der meij, R. Nilsen, H. J., & Braathen, H. (2012). *SIMBA, sammen i innsatsen mot banrefattigdom i Drammen kommune* (TF Rapport nr. 302). Hentet fra https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/detalj.asp?r_ID=2173
- Halldórsson, M., Kunst, A.E., Köhler, L., & Mackenbach, J.P. (2000). Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents. A comparative study of the five Nordic countries. *European Journal of Public Health*, 10(4), 281-288. Hentet fra <https://academic.oup.com/eurpub/article/10/4/281/586008/Socioeconomic-inequalities-in-the-health-of>

- Hartberg, S., & Hegna, K. (2014). *Hør på meg. Ungdomsundersøkelsen i Stavanger 2014* (NOVA rapport 2/14). Hentet fra <file:///C:/Users/152749/Downloads/Hør-på-meg-Ungdomsundersøkelsen-i-Stavanger-Rapp2-14.pdf>
- Harter, S. (1990). Self and identity development. I S. R. Feldman & G. R. Elliot (Red.), *At the threshold. The developing adolescent* (s. 352-387). Cambridge: Harvard university press.
- Helland, M. J., & Mathiesen, K. S. (2009). *13-15-åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagslig og psykisk helse* (Folkehelseinstituttet Rapport 2009:1). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/13-15-aringer-fra-vanlige-familier/>
- Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Helse-og omsorgsdepartementet & Ks. (2017). *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027*. Presentert på konferansen kunnskapsbasert arbeid for å fremme helse og livskvalitet, Oslo.
- Hill, N. E., Bush, K. R., & Roosa, M. W. (1994). Parenting and family socialization strategies and children`s mental health: low-income Mexican-american and euro-american mothers and children. *Child development*, 74(1), 189-204. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-8624.t01-1-00530/abstract>
- Hjelmtveit, V. (2004). *Barn og unge i familier med langvarig økonomisk sosialhjelp* (Redd barna sammendragsrapport, 43-04). Hentet fra <https://www.reddbarna.no/soek?q=Barn+og+unge+i+familier+med+langvarig+%c3%b8konomisk+sosialhjelp>
- Hobæk, T. (1993). *Justering av partielt frafall i arbeidskraftundersøelsene (AKU)*. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Avdeling for økonomisk statistikk/seksjon for arbeidsmarked). Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/2c680ea05b303c28e1482c3f85e88ccb?lang=no#0>
- Holstein, B.E., Currie, C., Boyce, W., Damsgaard, M.T., Gobina, I., Kokonyei, G., Hetland, J., de Looze, M., Richter, M., & Due, P. (2009). Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries. *International Journal of Public Health*, 54, 260-270. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19639254>

- Howitt, D., & Cramer, D. (2011). *Introduction to statistics in psychology* (5.ed.). England: Pearson.
- Høgskolen i Sørøst-Norge. (2017, 05/04). Master i forebyggende arbeid med barn og unge. Hentet fra <https://www.usn.no/studier/finn-studier/helse-og-sosialfag/master-i-forebyggende-arbeid-med-barn-og-unge/>
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS* (4.utg.). Otta: Abstrakt forlag
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A., & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal*, 319, 348–351. Hentet fra <http://www.bmj.com/content/319/7206/348>
- Kandel, D.B., & Davies, M. (1982). Epidemiologi of depressive mood in adolescence:an empirical study. *Archives of general Psychiatry*, 39(10), 1205-1212. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7125850>
- Kaslow, N., Deering, C. G., & Racusin, G. R. (1994). Depressed children and their families. *Clinical psychology review*, 14(1), 39-59. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/232500567_Depressed_children_and_their_families
- Kaufmann, A (1991). *Kriminalitetsutvikling hos barn og unge. En sammenfatning av risikofaktorer knyttet til individ og psykososialt miljø*. Hentet fra <http://www.nb.no/nbsok/nb/9810b91201bb2e4c41782bc6ba2b6a02?lang=no#1>
- Knapstad, M. L. (2013, 17.08). De sykt flinke. *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/norge/De-sykt-flinke-111894b.html>
- Kobro, O. (2016). *Vitenskapsteoretiske og forskningsetiske krav – og deres plass i samfunnet*. Emnespesifikk oppgave i Emne 4 Vitenskapsteori og metode.
- Koløen, K. (2008). Sosioøkonomisk ulikhet i helse blant barn og unge; kontinuitet eller endring i overgangen mellom barndom- og ungdomstid? (Mastergradsavhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/15811?show=full>

- Kvello, Ø. (2008a). Transaksjonsmodellen: Mennesker og miljø utvikler hverandre. I Ø. Kvello (Red.), *Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø* (s. 203-230). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Kvello, Ø. (2008b). Utsatte barn og unge. I Ø. Kvello (Red.), *Oppvekst. Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø* (s. 359-371). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Lyotard, J. (1984). *The postmodern condition: a report on knowledge*. Manchester: Manchester university press.
- Macintyre, S. (1997). The black report and beyond: What are the issues? *Social science & medicine*, 44(6), 723-745. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953696001839>
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M., & Kunst, A. E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England journal of medicine*, 358(23), 2468-2481. Hentet fra <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0707519>
- Mathiesen, K. S., Karevold, E., & Knudsen, A.K. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Meld. St. 16 (2002-2003). (2003). *Respekt for et sunnere Norge 2003*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2002-2003-/id196640/?ch=1&q=>
- Moor, I., Richter, M., Ravens-Sieberer, U, Ottová-Jordan, V., Elgar, F. J., & Pförtner, T. (2015). Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *European Journal of Public Health*, 25 (suppl 2), 57–60. Hentet fra https://academic.oup.com/eurpub/article/25/suppl_2/57/590413/Trends-in-social-inequalities-in-adolescent-health
- Myklestad, I., Røysamb, E., & Tambs, K. (2012). Risk and protective factors for psychological distress among adolescents: a family study in the Nord-Trøndelag Health Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47, 771–782. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21499806>

- Mykletun, A., Knudsen, K.A., & Mathiesen, S. K. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv (Folkehelseinstituttet, Rapport 2009:8). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>
- Mæland, G. J. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Møller, G., & Bentsen, A. (2014). *Ungdata i region sør 2012-2013* (Ungdata rapport, KoRus-sør) Hentet fra <http://www.ungdata.no/Forskning/Publikasjoner/Ungdata-Lokale-rapporter/Ungdata-i-Region-Soer-2012-2013>
- NESH, De nasjonale forskningsetiske komiteer (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Nettleton, S. (2013). *The sociology of health and illness* (3.ed). UK: Polity press.
- Nordtug, B., & Engelsrud, G. (2016). Boken som mangler, ord som går på tomgang og sykt flinke jenter: kunnskap og helse. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 39(3-4), 151-168. Hentet fra <https://www.idunn.no/tfk/2016/03-04/boken-som-mangler-ord-som-gaar-paa-tomgang-og-sykt-flinke-je>
- NOVA. (2016, 12.12). Ungdata, om undersøkelsen. Hentet fra <http://ungdata.no/Om-undersokelsen/Informasjon-til-ungdom-og-foesatte>
- Næss, Ø., Rognerud, M., & Strand, B.H. (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport* (FHI 1/07). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/eldre/sosial-ulikhet-i-helse.-en-faktarap/>
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual; a step by step guide to data analysis using SPSS for windows*. Philadelphia: Open university press.
- Personopplysningsloven. (1978). *Lov om behandling av personopplysninger*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31/KAPITTEL_2#§13

- Petersen, A. C., Sarigiani, P. A., & Kennedy, R. E. (1991). Adolescent depression: Why more Girls? *Journal of youth and adolescence*, 20(2), 247-271. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24265009>
- Rahkonen O., & Lahelma E. (1992). Gender, social class and illness among young people. *Social Science and Medicine*, 34, 649–56. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1574732>
- Richter, M., Moor, I., & van Lenthe, F. J. (2012). Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioral factors. *Journal of epidemiology and community health*, 66, 691-697. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21543387>
- Riksrevisjonen. (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid* (Dokument 3:11, 2014-2015). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/OffentligFolkehelsearbeid.aspx>
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold; samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Samdal, O., Mathiesen, F. K. S., Torsheim, T., Diseth, R. Å., Fismen, A-S., Larsen, T., Wold, B., & Årdal, E. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge* (HEMIL-rapport, 1/2016 Universitetet i Bergen). Hentet fra <http://bora.uib.no/handle/1956/13072>
- Selye, H. (1976). *The stress of life*. NY & London: McGraw Hill.
- Skog, O-J. (2015). *Å forklare sosiale fenomener, en regresjonsbasert tilnærming*. Oslo; Gyldendal norsk forlag.
- Sletten, M. A. (2010). Social costs of poverty; leisure time socializing and subjective experience of social isolation among 13-16-year-old Norwegians. *Journal of youth studies*, 3(13), 291-315. Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13676260903520894>
- Sletten, M. A. (2015). Psykiske plager blant ungdom. Sosiale forskjeller og historien om de flinke pikene. *Barn i Norge*. 2015. Hentet fra

https://www.bufdir.no/Familie/Okte_forskjeller_gjor_det_noe_Oppvekstrappor ten_2017/Psykiske_plager_blant_ungdom_sociale_forskjeller_og_historien_om_de_flinke_pikene/

Sletten, M. A., & Bakken, A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse* (NOVA notat 4/2016). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Notat/2016/Psykiske-helseplager-blant-ungdom-tidstrender-og-samfunnsmessige-forklaringer>

Svartdal, F. (2014, 10. 11). Psykososial. I Store norske leksikon. Hentet 4. mai 2017 fra <https://snl.no/psykososial>.

Telemark fylkeskommune. (2016) *Folkehelse i Telemark 2016, oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer* (Helserapport, 2016). Hentet fra <http://www.telemark.no/Media/Files/Folkehelse/Materiell-fra-Folkehelse/Folkehelse-i-Telemark-2016>

Thorød, B.A. (2012). Er det for dyrt? Om barns deltakelse og valg av organiserte fritidsaktiviteter når familiens økonomi er svak. *Fontene forskning*, 1(12). 1-24. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/138765>

Tufte, A. P. (2000). *En intuitiv innføring i logistisk regresjon* (Statens institutt for forbruksforskning, Arbeidsnotat:8). Hentet fra: <https://www.yumpu.com/no/document/view/18406391/en-intuitiv-innfring-i-logistisk-regresjon>

Utdanningsdirektoratet (UDIR). (2010). *Retten til et godt psykososialt miljø Udir-2-2010*. Hentet fra <https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/finn-regelverk/ettertema/Laringsmiljo/Udir-2-2010-psykososialt-miljo/Del-I/3/>

Von Soest, T. & Wichstrøm, L. (2014). Secular Trends in Depressive Symptoms Among Norwegian Adolescents from 1992 to 2010. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(3), 403-15. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23888312>

- Wenk, D., Hardesty, C. L., Morgan, C. S., & Blair, S. L. (1994). The influence of parental involvement on the well-being of sons and daughters. *Journal of marriage and family*, 56, 229-234. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/352718>
- West, P. (1997). Health inequalities in the early years: Is there equalisation in youth? *Social science & Medicine*, 44(6), 833-858. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9080566>
- West P, Macintyre S, Annandale E, Hunt K. (1990). Social class and health in youth: findings from the west of Scotland twenty-07 study. *Social Science and Medicine*, 30(6), 665–73. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2315736>
- Wichstrøm, L. (2007). «Internaliserende vansker». I I. Lundin & L. Wichstrøm (Red.), *Ung i Norge, Psykososiale utfordringer* (s. 69- 77). Oslo: Cappelen akademisk.
- Wichstrøm, L. (2008). Barn og unges psykiske helse. I Ø. Kvello (Red.), *Oppvekst. Om barn og unges utvikling og oppvekstmiljø* (s. 395-429). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Wichstrøm, L., & Backe-Hansen, E. (2007). «Eksternaliserende vansker». I I. Lundin & L. Wichstrøm (Red.), *Ung i Norge, Psykososiale utfordringer* (s. 119- 127). Oslo: Cappelen akademisk.
- Wilkinson, R. G. (2002). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London & USA: Routledge.
- Williams, S. J. (1995). Theorizing class, health and lifestyles: can Bourdieu help us? *Sociology of health & illness*, 17(5), 577-604. Hentet fra <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep10932093/abstract>
- World Health Organization (WHO). (2017, 05.04). Mental health: a state of well-being. Hentet fra http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- Wormnæs, O. (1996). *Vitenskap, enhet og mangfold*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Ystgaard, M., Tambs, K., & Dalgard, S. O. (1999). Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: A longitudinal study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(1), 12-19. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10073116>

Ziehe, T. (1993). *Kulturanalyser, ungdom, utbildning, modernitet*. Stehag; Symposion.

Øia, T., & Vestel, W. (2014). Generasjonskløfta som forsvant. Et ungdomsbilde i endring. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, (1), 99-133. Hentet fra <https://journals.hioa.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/978>

10 Vedlegg

10.1 Statistiske tabeller

Tabell A1. Andel ungdom med høy grad av depressive symptomer etter foreldrenes utdanning. Prosent.

	Ingen av foreldrene har utdanning	En av foreldrene har utdanning	Begge foreldrene har utdanning	Total
Høy grad av depressive symptomer	89,20 %	85,50 %	89,20 %	87,40 %
Ikke plaget av depressive symptomer	13,80 %	14,50 %	10,80 %	12,60 %

$N = 6882$, $X^2 = 18,352$, $DF = 2$, $p < .000$

Tabell A2. Andel ungdom med høy grad av depressive symptomer etter bil i familien. Prosent.

	Har ikke bil	Har en bil	Har to eller flere biler	Total
Ikke plaget av depressive symptomer	80,60 %	84,60 %	88,60 %	87,40 %
Høyt nivå på depressive symptomer	19,40 %	15,40 %	11,40 %	12,60 %

$N = 6865$, $X^2 = 27,100$, $DF = 2$, $p < .000$.

Tabell A3. Andel ungdom med høy grad av depressive symptomer etter om de har eget soverom. Prosent.

$N=6841$, $X^2=3,184$, $DF=1$, $p<.074$.

	Har eget soverom	Har ikke eget soverom	Total
Ikke plaget av depressive symptomer	87,60 %	83,50 %	87,40 %
Høy grad av depressive symptomer	12,40 %	16,50 %	12,60 %

Tabell A4. Andel ungdom med høy grad av depressive symptomer etter hvor mange ganger det siste året de har vært på ferie med familien. Prosent.

	Ingen ganger	Én gang	To ganger	Mer enn to ganger	Total
Ikke plaget av depressive symptomer	78,70 %	85,50 %	88,40 %	90,40 %	87,40 %
Høy grad av depressive symptomer	21,30 %	14,50 %	11,60 %	9,60 %	12,60 %

$N=6836$, $X^2=88,74$, $DF=3$, $p<.000$

Tabell A5. Andel ungdom med høy grad av depressive symptomer etter antall datamaskiner i hjemmet. Prosent.

	Ingen	Én	To	Mer enn to	Total
Ikke plaget av depressive symptomer	65,90 %	85,60 %	85,80 %	87,90 %	87,30 %
Høy grad av depressive symptomer	34,10 %	14,40 %	14,20 %	12,10 %	12,70 %

$N=6828$, $X^2=22.93$, $DF=2$, $p<.000$

Tabell A6. Andel ungdom med høy grad av depressive symptomer etter antall bøker i hjemmet. Prosent.

	Ingen	Mindre enn 20 bøker	20-100 bøker	100-500 bøker	500 – 1000 bøker	Mer enn 1000 bøker	Total
Ikke plaget av depressive symptomer	79,70 %	85,50 %	88,20 %	88,20 %	86,30%	86,10%	87,30 %
Høy grad av depressive symptomer	20,30 %	14,50 %	11,80 %	11,80 %	13,70%	13,90%	12,70 %

$N=6820$, $X^2=13,42$, $DF=5$, $p<.02$

Tabell A7. Andel ungdom med manglende svar på alle depresjonsspørsmål etter SØS. Prosent

	Svært lav SØS	Lav SØS	Middels SØS	Høy SØS	Svært høy SØS
Mangler svar på alle depresjonsspørsmålene	6,5%	4,8 %	4,2 %	3,7 %	4.2%

$N=7218$, $X^2=15,78$, $DF=4$, $p<.00$

Tabell A8 Signifikanstest av andelen ungdom som ikke har svart på samtlige depresjonsspørsmål etter SØS. Prosent.

	Svært høy SØS (A)	Høy SØS (B)	Middels SØS (C)	Lav SØS (D)	Svært lav SØS (E)
<i>Ikke plaget med depressive symptomer</i>	A	A	A		
<i>Høy grad av depressive symptomer</i>	C	D	E		

Tabell A9. Sannsynligheten for høy grad av depressive symptomer. Logistisk regresjon. fem modeller. Med SØS, mobbing, ingen venner, konflikt mellom foreldre og lav tillitt til foreldre.

	Modell 1 (N=6881)		Modell 2 (N=6774)		Modell 3 (N=6757)		Modell 4 (N=6758)		Modell 5 (N=6714)	
	B	OR	B	OR	B	OR	B	OR	B	OR
<i>Konstant</i>	-2.08	.13***	-2.27	.10***	-2.20	.11***	-	.10***	-2.42	.09***
<i>Lavere SØS</i> (Ref. høyere SØS)	.34	1.40***	.28	1.32***	.33	1.39***	.32	1.38***	.26	1.30***
<i>Utsatt for mobbing</i> (Ref. opplever ikke mobbing)			1.6	5.06***						
<i>Ingen venner</i> (Ref. har venner)					1.00	2.67***				
<i>Konflikt mellom foreldre</i> (ref. ikke konflikt)							1.31	3.72***		
<i>Lav tillitt til foreldre</i> (ref. ikke lav tillitt)									1.36	3.90***
<i>Testobservator -2LL</i>			4482.67		5028.51		4863.43		4770.89	
<i>Hosmer & Lemeshow</i> (p-verdi)			.21 (.65)		.26 (.61)		.00 (1.00)		.51 (.78)	
<i>R2 Nagelkerke</i>		.006		.07		.03		.07		.08
<i>Cox and snell R square</i>		.003		.04		.02		.04		.04

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tabell A10. Forklaring av variabler i korrelasjonsmatrise (Tabell A11)

1	SØS
2	Mobbing
3	Ingen venner
4	Konflikt mellom foreldre
5	Lav tillitt til foreldre

Tabell A11. Korrelasjonsmatrise av alle de uavhengige variablene. Pearsons korrelasjon.

	1	2	3	4	5
1	1	-.05***	-.05***	-.04***	-.08***
2	-.05***	1	.15***	.13***	.12***
3	-.05***	.15***	1	.06***	.14***
4	-.04***	.13***	.07***	1	.19***
5	-.08***	.12***	.14***	.19***	1

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

Tabell A12. Frekvensfordeling på de psykososiale variablene

Variabelnavn	Variabelbeskrivelse	Verdi	Antall	Prosent
Ingen venner	Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?	Ja, helt sikkert	4664	66,4
		Ja, det tror jeg	1654	23,6
		Det tror jeg ikke	579	8,2
		Har ingen jeg ville kalle venner, nå for tiden	126	1,8
		Mangler svar	209	2,9
		Totalt	7232	100
Mobbing, ansikt til ansikt	Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på	Ja, flere ganger i uka	214	3
		Ja, omtrent en gang i uka	177	2,5
		Ja, omtrent hver 14.dag	106	1,5

	skolen eller i fritida?	Ja omtrent en gang i mnd	291	4,1
		Nesten aldri	1963	27,9
		Aldri	4296	61
		Mangler svar	185	2,6
		Totalt	7232	100
Mobbing, nett				
	Blir du selv utsatt for plaging eller trusler fra andre unge via internett eller mobil?	Ja, flere ganger i uka	94	1,3
		Ja, omtrent en gang i uka	80	1,1
		Ja, omtrent hver 14.dag	79	1,1
		Ja omtrent en gang i mnd	169	2,4
		Nesten aldri	1243	17,8
		Aldri	5334	76,2
		Mangler svar	233	3,2
Totalt	7232	100		
Konflikt mellom foreldre				
	Det er ofte krangling mellom de voksne i min familie	Passer svært godt,	273	3,9
		Passer ganske godt	716	10,2
		Passer ganske dårlig	2011	28,6
		Passer svært dårlig	4026	57,3
		Mangler svar	206	2,8
Totalt	7232	100		
Lav tillitt til foreldre				
	Tenk deg at du har et personlig problem. Du føler deg utafør og trist og trenger noen å snakke med. Hvem ville du snakket med eller søkt hjelp hos? Foreldre	Helt sikkert	3021	44,5
		Kanskje	2514	37
		Nei	1258	18,5
		Mangler svar	439	6,1
		Totalt	7232	100

10.2 Avtale NOVA



Høgskolen i Telemark
Fakultet for helse- og sosialfag

Saksbehandler: Geir Roughvedt
Direkte innvalg: 35575421
E-post: geir.roughvedt@hit.no
Deres referanse:
Vår referanse:
Dato: 4. oktober 2016

Tilgang til data

Jeg, Oda Kobro, får med dette tilgang til det landsomfattende datamaterialet Ungdata 2013-2015, som omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole. Tilgangen er godkjent av NOVA i brev til Høgskolen v/Gulløy av 29. august 2016.

Angående oppbevaring og bruk av dataene gir NOVA følgende instruksjoner i "Avtale om utlevering av data mellom Høgskolen i Telemark og NOVA" av 19. august 2011:

Under Vilkår,

punkt 2c) «Opplysningene må utelukkende brukes til forsknings- og utredningsformål».
punkt 2d) "... Virksomheten er spesielt forpliktet til å gjøre seg kjent med mulige svakheter i datamaterialet".

punkt 2e) "Bakveisidentifisering eller forsøk på rekonstruksjon av personidentifiserbare opplysninger på grunnlag av utlevert materiale er ikke tillatt. Resultatene må ikke offentliggjøres på en slik måte at det medfører risiko for identifisering av enkeltpersoner."
punkt 2f) "... Opplysningene må oppbevares på sikker måte (passordbeskyttet område, kryptert minnepenn eller lignende)"

punkt 2i) "I alle publikasjoner som helt eller delvis er basert på analyser av datamaterialet, skal følgende opplysninger framgå:

- Datamaterialet er basert på Ungdata-undersøkelser i perioden 2013-2015, gjennomført av NOVA i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus). Ungdata er finansiert over Statsbudsjettet gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet.
- NOVA er ikke ansvarlig for virksomhetens analyser eller fortolkninger av resultatene
- Også ved muntlig formidling av forskningsfunn skal det oppgis at datamaterialet er basert på en Ungdata-undersøkelse som NOVA og KoRus står bak»

punkt 2j) "Nova skal fortløpende gis beskjed når det blir utgitt publikasjoner eller finner sted annen formidling som helt eller delvis er basert på analyser av materialet. Alle publikasjoner fra prosjektet skal vederlagsfritt sendes til NOVA, fortrinnsvis som pdf."
punkt 2k) NOVA skal underrettes fortløpende om medieoppslag som måtte komme i tilknytning til forskning basert på materialet. I den grad det er mulig skal melding om dette sendes til ungdata@nova.hioa.no i forkant av oppslaget."



Fakultet for helse- og sosialfag, Postboks 203, Kjølnes Ring 36, 3901 Porsgrunn Telefon: 35 57 50 00 Telefaks: 35 57 54 01



Også i masteravhandlinger skal det altså fremgå at prosjektet er utført i samarbeid med NOVA og KoRus.

Når arbeidet med datasettet er avsluttet/ved studieslutt skal alle datafiler slettes. Studenten har ansvar for å påse at dette gjøres og underrette Høgskolen.

Ved brudd på avtalen vil tillatelsen til å bruke dataene fra Høgskolen i Telemark bli trukket tilbake.

Underskrifter:

Oda Kobro

Elisabeth Gulløy