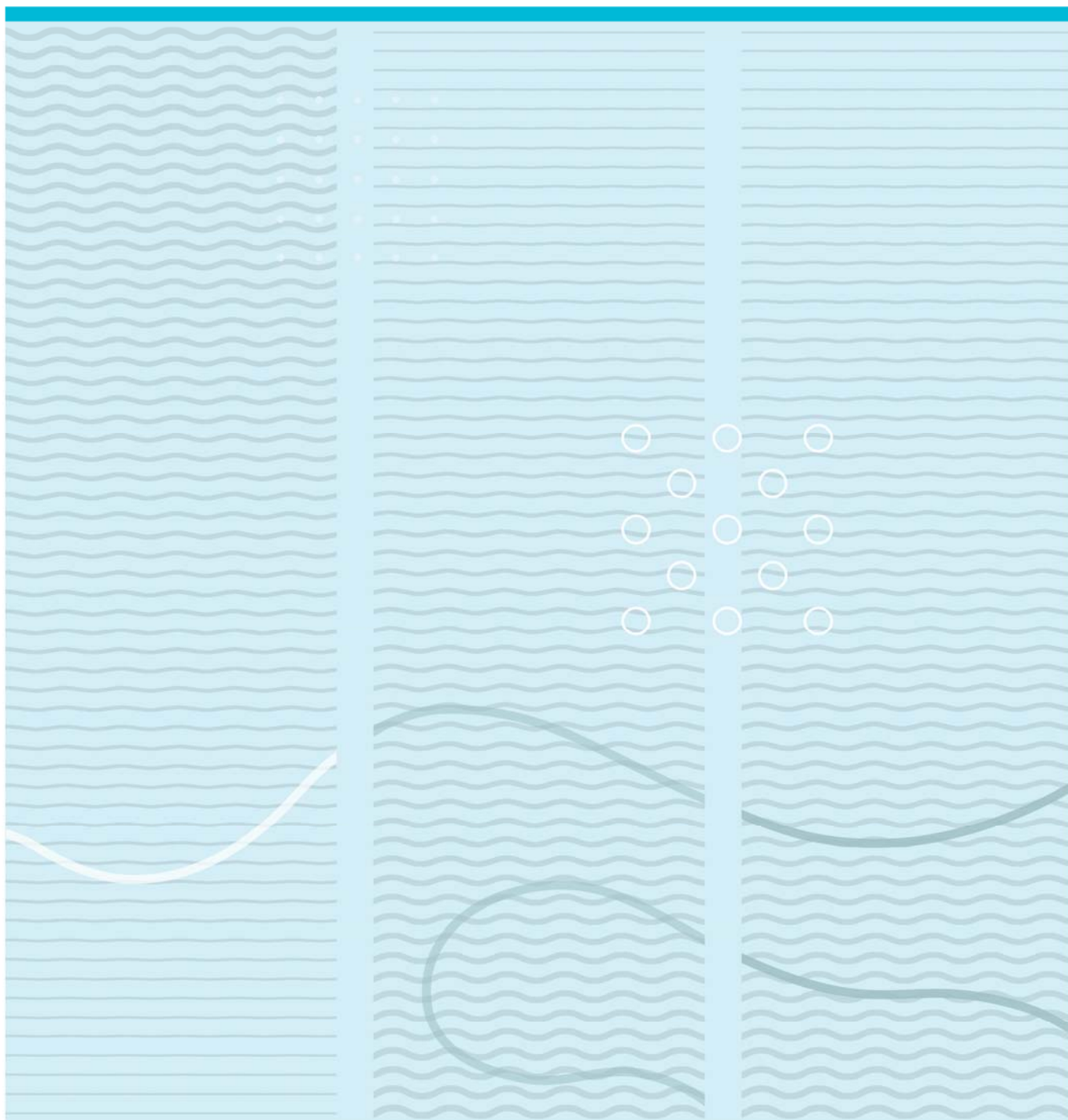


Elisabeth Desiree Halvorsen

Fellestrekk hos ungdom som har fysiske og psykiske helseplager

- En kvantitativ studie av fysiske og psykiske helseplager blant ungdomsskoleelever i Telemark



Høgskolen i Sørøst-Norge
Fakultet for Helse og Sosialfag
Institutt for Sosialfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.hit.no>

© 2018 Elisabeth Desiree Halvorsen

Denne avhandlingen representerer 45 studiepoeng

Sammendrag

Tittel:

«Fellestrekk hos ungdom som har fysiske og psykiske helseplager- en kvantitativ studie av fysiske og psykiske helseplager blant ungdomsskoleelever i Telemark».

Bakgrunn for valg av tema og problemstilling:

Jeg har lenge undret meg over hvorfor sosial reproduksjon fremdeles forekommer i et egalitært land som Norge. På overflaten kan det se ut til at de fleste har gode muligheter til et godt liv, gjennom gratis utdanning og helsetilbud, men hvis man graver dypere ser det ut til at man i stor grad er prisgitt familien man vokser opp inn i. Nysgjerrighet rundt sosial reproduksjon, sammen med en interesse for folkehelse ledet meg til problemstillingen: «Hvilke fellestrekk har ungdom i Telemark som oppgir at de har fysiske og psykiske helseplager?»

Metode:

For å besvare problemstillingen vil jeg ta utgangspunkt i Ungdataundersøkelsen, «Ung i Telemark» fra 2015. Undersøkelsen har en rekke spørsmål knyttet til helse, og faktorer som forbindes med å fremme eller hemme god helse. Jeg vil ha en kvantitativ tilnærming til fenomenet, for å få oversikts -og breddekunnskaper om tematikken.

Teoretisk ramme:

Avhandlingen bygger på en oppdeling som er mye brukt i litteraturen, der årsakene til sosiale helseforskjeller deles inn i ressurser, belastninger og helserelatert atferd. Tilgang til ressurser inkluderer økonomiske, kulturelle og sosiale ressurser som kan bidra til å fremme helse. Belastninger er faktorer som kan knyttes til helseplager, som mobbing og risikoatferd, mens helseatferd inkluderer vaner som kan påvirke helsen, som kosthold og fysisk aktivitet. Denne inndelingen vil gå igjen som en rød tråd gjennom avhandlingen.

Resultater:

Analysene i avhandlingen avdekket en tendens i opphopning av belastninger, og manglende ressurser hos ungdommer med fysiske og psykiske helseplager.

Faktoranalysen viste at ungdommer med psykiske helseplager rapporterer om høyere forekomst av fysiske helseplager, lavere grad av tilfredshet og skoletrivsel, dårligere familieøkonomi og at de i større grad blir utsatt for eller er involvert i mobbing.

Ungdommer med fysiske helseplager har oftere tilleggsbelastningene psykiske helseplager, lavere grad av tilfredshet og skoletrivsel, samt noe høyere forekomst av problematferd, sammenlignet med andre ungdom.

Det mest distinkte fellestrekket hos ungdom med helseplager, er tilstedeværelsen av både fysiske og psykiske helseplager. Enkelte av variablene knyttet til fysiske og psykiske helseplager hadde en viss/ middels korrelasjon, noe som kan forklares med psykosomatiske helseplager. Blant variablene som hadde en viss/ middels korrelasjonskoeffisient, kan blant annet angst, depresjon, stress og menstruasjonsplager være underliggende årsaker.

Faktorkorrelasjonene viste jevnt over at påvirkningsfaktorene har høyere korrelasjoner til psykiske helseplager, enn til fysiske helseplager. Dette kan skyldes flere forhold; at ungdommer i større grad utsettes for psykiske belastninger, fremfor fysiske, at ungdommer generelt har bedre fysisk helse enn psykisk helse eller at ressurser, belastninger og helseatferd har en mer umiddelbar påvirkning på den psykiske helsen, sammenlignet med den fysiske helsen.

Regresjonsanalysen avdekket at å ha dårlig råd, å ikke ha minst en venn, samt å bli utsatt for tradisjonell eller digital mobbing mer eller mindre dobler sannsynligheten for to eller fysiske helseplager.

I arbeidet for å utjevne sosiale helseforskjeller blant ungdom i Telemark, er tiltak som retter seg mot tidlig forebygging på mange arenaer fremdeles viktig. Man bør fokusere både på tiltak som retter seg direkte mot fysisk og psykisk helse, gjennom skolehelsetjenesten og helsestasjon, men også sette inn ressurser på

andre områder som kan påvirke ungdoms helse slik som skoletrivsel, tilfredshet, familieøkonomi og tiltak mot mobbing.

På “bakkeplan” kan disse tiltakene innebære bedre oppfølging på skolen gjennom økt voksentetthet (flere lærere, helsesøstre og miljøarbeidere) og økt kompetanse på barn og unges psykososiale miljø på skolen. Tidlig intervensjon ved mobbing med klare retningslinjer for tiltak, og eventuelle sanksjoner mot skolen dersom ikke mobbingen opphører, kan også være effektive tiltak for å bedre barn og unges skoletrivsel. Tiltak for å utjevne de økonomiske forskjellene gjennom for eksempel gratis fritidsordninger for lavinntektsfamilier kan bidra til at ungdom i mindre grad rammes av konsekvensene av dårlig familieøkonomi. Man bør med andre ord øke beskyttelsesfaktorene og minske risikofaktorene, og da særlig blant unge med dårlig familieøkonomi, som blir utsatt for mobbing, som har få venner eller andre som kan være i risikozonen for å utvikle dårlig fysisk og psykisk helse.

Abstract

Title:

“Commonalities amongst youngsters with physical and mental health problems- a quantitative study of youngster`s physical and mental health problems in Telemark”

Background for choice of topic and research questions:

I often wonder why social reproduction still occur in an egalitarian country as Norway. In theory, it seems that most people can make a good life for themselves, through free education and health services, but in reality, it seems that we to a large degree are in the mercy of the family we grow up in. This curiosity, combined with an interest in public health, led me to this main question: “Which commonalities do youngsters in Telemark with physical and mental health problems have?”

Method:

To answer the main question of this study I will use the survey “Young in Telemark” from 2015. The survey has a lot of questions related to health, and factors that is connected to promote and inhibit good health. I will do a quantitative study, to get an overview of knowledge of the theme, which is essential to implement wide, accurate measures.

Theoretical framework:

This thesis is built on a division that is commonly used in the literature, where the causes of social health differences is divided into resources, strains and health related behavior. Access to resources is connected to factors in the upbringing environment connected to health, like economic and social resources. Strains includes factors connected to health problems, like bullying and risk behavior, while health related behavior includes habits that can influence our health. This division will be used throughout the whole thesis.

Results:

The analysis in this thesis revealed a tendency of congestion of strains and a lack of resources amongst youngsters with physical and mental health problems. The analysis showed that youngsters with mental health problems more often have physical health problems, lower degree of wellbeing in school and satisfaction in general, lower family finances and are more often victims of or involved in bullying, compared to other youngsters.

Youngsters with physical health problems have more mental health problems, lower degree of wellbeing in school and satisfaction in general, and higher degree of problem behavior, compared to other youngsters.

The analysis showed that having both physical and mental health problems is the most distinctive communality amongst youngsters with health problems. Some of the variables have a curtain/ medium correlation. These variables can, amongst other things, have anxiety, depression, stress and menstruation as underlying causes.

The factor correlations are generally higher to mental health problems, than to physical health problems. This can be due to several causes; like the analysis method, that youngsters have better physical health than mentally health, that youngsters are faced with more psychological challenges than physical or that stains, resources and health behavior have a more immediate impact on the mental health, compare to the physical health.

The regression analysis showed that being poor, not having any friends or being bullied doubles the risk of having two or more physical health problems.

In the work of equalizing the health differences between youngsters, the measures that abide early preventions on several areas are preferable. One should focus both on measures directed to physical and mental health, as well as measures in other areas that can impact youngster's health like wellbeing at school, family finances and bullying.

These measures can involve more teachers, school nurses and social workers and higher competence on children's and youngster's psychosocial environment in

school. Early intervention in bullying with guidelines for measures, and sanctions if the bullying don't cease, can also be efficient measures to increase children's and youngster's wellbeing in school. Measures to equalize the economical differences through free after school activities for families with low income can also contribute to ease the consequences of low income. One should in other words increase the resources and lower the strain, especially amongst youngsters from low income families, youngsters that experience bullying, have few friends or others who is exposed to having health problems.

Innholdsfortegnelse

Høgskolen i Sørøst-Norge.....	1
Fakultetet for Helse- og Sosialfag.....	1
Mastergradsavhandling	1
Forebyggende arbeid med barn og unge	1
Vår 2018	1
-En kvantitativ studie av fysiske og psykiske helseplager blant ungdomsskoleelever i Telemark.....	1
1 Innledning.....	14
1.1 Formål.....	14
1.2 Bakgrunn	14
1.2.1 Folkehelse i Telemark.....	16
1.3 Problemstilling.....	17
1.3.1 Drøfting av problemstilling.....	18
1.4 Definisjon av sentrale begreper.....	19
1.4.1 Helse- hva er det egentlig?	22
1.4.2 Psykosomatiske helseplager- et krysningspunkt mellom fysiske og psykiske helseplager	24
1.5 Avhandlingens oppbygging	25
2 Ulike rapporter om helse i Norge	27
2.1 Ungdoms helse nasjonalt og regionalt i Telemark.....	27
2.1.1 Ungdoms helse nasjonalt	27
2.1.2 Ungdoms helse i Telemark	29
2.2 Årsaker til sosial ulikhet i helse.....	30
2.3 Ungdoms tilgang til ressurser i Telemark	31
2.3.1 Ungdoms tilgang til økonomiske ressurser i Telemark	32
2.3.2 Ungdoms tilgang til sosiale ressurser i Telemark.....	33
2.4 Ulikheter i belastninger blant ungdom i Telemark	36
2.4.1 Mobbing.....	36
2.4.2 Risikoatferd	38
2.5 Helserelatert atferd blant ungdom i Telemark.....	38
2.5.1 Kosthold blant ungdommer i Telemark.....	39
2.6 Oppsummering	41

3	Teorier om sosioøkonomiske ulikheter i helse	43
3.1	Forklaringer på sosiale helseforskjeller og samtidens samfunnsteoretikere.....	43
3.2	Den materialistiske forklaringen.....	44
3.2.1	Funksjonalismen	46
3.2.2	Sosial ulikhet i helse i lys av funksjonalismen	47
3.3	Helseatferdsteorien.....	48
3.3.1	Teorien om rasjonelle valg	50
3.3.2	Sosiale helseforskjeller i lys av TRV	52
3.3.3	Livsstilbegrepet –et supplement til helseatferdsteorien.....	53
3.4	Det psykososiale perspektivet.....	54
3.4.1	Pierre Bourdieus konfliktteoretiske syntese	55
3.4.2	Sosiale forskjeller i helse i lys av Bourdieus teori	59
3.4.3	Oppsummering.....	60
4	Metode	61
4.1	Ulike fremgangsmåter innenfor kvantitative metoder.....	62
4.2	Reliabilitet og validitet	64
4.3	Det empiriske grunnlaget: Ungdata.....	64
4.3.1	Generelt om Ung i Telemark undersøkelsen	64
4.3.2	UiT-undersøkelsens validitet og reliabilitet	65
4.3.3	Frafall i undersøkelsen	66
4.3.4	Sensitive spørsmål.....	66
4.4	Ivaretagelse av reliabilitet og validitet i egen avhandling.....	67
4.5	Etiske hensyn	67
4.6	Analysemetoder	68
4.6.1	Faktoranalyse.....	69
4.6.2	Korrelasjonsanalyse.....	71
4.6.3	Regresjonsanalyse.....	72
4.7	Beskrivelse av variablene som inngår i analysene	74
4.7.1	Beskrivelse av den avhengige variabelen	74
	Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned?	75
4.7.2	Beskrivelse av de uavhengige variablene	9;
5	Analyse.....	83
5.1	Faktoranalyse	83
5.1.1	Oblik eller ortogonal rotasjonsmetode.....	83
5.1.2	Vurdere antall faktorer	84
5.1.3	Gjennomgang av resultatet	85

5.1.4 Fellestrekk ved ungdom som har fysiske og psykiske helseplager.....	89
5.2 Korrelasjonsanalyse	8:
5.2.1 Samvariasjon mellom fysiske og psykiske helseplager	;
5.3 Regresjonsanalyse	92
5.3.1 Gjennomgang av resultatet	92
5.3.2 Sammenhengen mellom ressurser, belastninger og helseatferd og fysiske helseplager	95
6 Oppsummering av funn og drøfting	97
6.1 Diskusjon av manglende korrelasjon og signifikans mellom sosioøkonomisk bakgrunn og helsevariablene/ helsefaktorene	98
6.2 Fellestrekk ved ungdom som har fysiske og psykiske helseplager	99
6.2.1 Fellestrekk ved ungdom som har psykiske helseplager	9:
6.2.2 Fellestrekk ved ungdom med fysiske helseplager.....	103
6.3 Samvariasjonen mellom fysiske og psykiske helseplager.....	105
6.3.1 Angst som underliggende årsak.....	105
6.3.2 Stress som underliggende årsak.....	106
6.3.3 Depresjon som underliggende årsak.	107
6.3.4 Kjønn som underliggende årsak.....	107
6.4 Sammenhengen mellom ressurser, belastninger og helseatferd og fysiske helseplager.....	108
6.4.1 Sammenhengen mellom dårlig råd og fysiske helseplager	108
6.4.2 Sammenhengen mellom mangel på venner og fysiske helseplager	109
6.4.3 Sammenhengen mellom å bli utsatt for tradisjonell eller digital mobbing og fysiske helseplager.....	10:
6.5 Oppsummering.....	109
7 Konklusjon og veien videre.....	111
8 Referanser/litteraturliste.....	115
9 Oversikt over tabeller og figurer.....	121
9.1 Statistiske tabeller	121
9.1.1. <i>Deskriptiv statistikk over de uavhengige variablene knyttet til ressurser, belastninger og helseatferd. (variablene inngår i faktor- og/ eller regresjonsanalysen.)</i>	121
9.1.1 <i>Faktoranalyse, kommunaliteten hos variablene brukt i faktoranalysen.</i>	127
9.1.2 <i>Total forklart varians av variablene i faktoranalysen.</i>	132
9.1.3 <i>KMO & Bartlett`s Test av faktoranalysen.</i>	134
9.1.4 <i>Pattern matrix av variablene i faktoranalysen.</i>	134

<i>9.1.5 Korrelasjonsanalyse over fysiske helseplager og depressive symptomer.....</i>	<i>141</i>
<i>9.1.6 Korrelasjonsanalyse av fysiske helseplager og angstplager.</i>	<i>142</i>
<i>9.1.7 Hvordan de uavhengige variablene er kodet i regresjonsanalysen.</i>	<i>143</i>

Forord

Arbeidet med denne masteren har vært både spennende, lærerik og utrolig slitsomt. Det følte en stund ut som at det aldri skulle ta slutt, men endelig er jeg i mål. Jeg føler jeg har utvidet og utfordret tankene og holdningene mine gjennom dette masterstudiet. Selv om det til tider har vært vanskelig å kombinere studier, jobb og familieliv, sitter jeg igjen med så mye kunnskap og innsikt, at det har vært verdt strevet.

Jeg ønsker å takke min veileder Elisabeth Gulløy for uvurderlig hjelp, tålmodighet og støtte gjennom hele prosessen. Jeg vil også takke min mann, og mine to nydelige og herlige barn, Liam og Leanora. Jeg vil også takke mamma som har avlastet og støttet meg hele veien, uten henne hadde jeg ikke kunne fullført denne masteren.

Jeg vil til sist takke Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), kompetansesenter rus - region Sør (Korus-Sør), Telemark Fylkeskommune, kommunene i Telemark og Høgskolen Sørøst-Norge for at jeg fikk benytte meg av datamaterialet deres. De nevnte er ikke ansvarlig for analyser og tolkninger som kommer frem i avhandlingen.

Skien, 08.05.2018

1 Innledning

1.1 Formål

Denne avhandlingen har som formål å gi oversikt- og breddekunnskap om ungdoms fysiske og psykiske helseplager i Telemark. I dette kartleggingsarbeidet blir identifisering av faktorer som kan påvirke ungdoms fysiske og psykiske helse sentralt. Å kartlegge ungdoms helsetilstand, i tillegg til å identifisere påvirkningsfaktorene til helse, er grunnleggende for å kunne sette i gang treffsikre og effektive tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller blant ungdom (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 16).

Jeg ønsker med problemstillingen å identifisere fellestrekk hos ungdom som har fysiske og psykiske helseplager. Gjennom forskerspørsmål 1 ønsker jeg å undersøke i hvilken grad de fysiske og psykiske helseplagene samvarierer, og i forskerspørsmål 2 vil jeg undersøke hvilke sammenhenger som finnes mellom ressurser, belastninger og helseatferd og fysiske helseplager. Jeg vil belyse funnene av analysen med ulike teorier og allerede eksisterende kunnskap på området.

1.2 Bakgrunn

«Det stabile mønsteret er dette: helsestatusen blir bedre jo høyere i det sosioøkonomiske hierarkiet folk befinner seg. Denne sammenhengen gjelder for så å si alle helsemål på den ene siden, og for så å si alle mål på sosioøkonomisk status på den andre siden. Mønsteret er det samme: helsen blir bedre med økende status» (Helsedirektoratet, 2016, Den sosioøkonomiske helsegradienten, avsn. 2).

Sitatet er hentet fra www.helsedirektoratet.no, og beskriver fenomenet kjent som den sosioøkonomiske helsegradienten, eller den sosiale gradienten i helse. Hvor man befinner seg i det sosiale hierarkiet er med på å avgjøre hvilken helse man har, og hvor lang forventet levetid man har. Jo høyere man er i det sosioøkonomiske hierarkiet, jo bedre helse og lengre forventet levetid (Folkehelseinstituttet, 2016; Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 13).

Utdanningsnivå og inntektsfordelinger er med andre ord sosiale faktorer som er

med på å forutsi hvilke gjennomsnittlig helse man kan forvente å finne i de ulike sosiale gruppene. (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 13).

Dette mønsteret finner man i alle aldersgrupper, og allerede fra fødselen ser man sosiale ulikheter i helse og dødelighet (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 13; Folkehelseinstituttet, 2016). Spedbarn av foreldre med lavere utdanning har høyere risiko for dødfødsel og prematur fødsel, samt lav fødselsvekt (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 13; Ness, Rognerud & Strand, 2007, s. 7). I barndommen og ungdomstiden har barn fra fattige familier høyere risiko for sykehusinnleggelse og for skader. De er også mer utsatt for fedme, psykisk sykdom, dårlig tannhelse og selvrappørterte helseplager, samt kroniske plager som allergi, eksem og astma (Ness, Rognerud & Strand, 2007, s. 8). I tillegg blir denne gruppen barn og unge oftere utsatt for misbruk og vold (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 13).

I den voksne aldersgruppen er trappetrinns mønster veletablert, og følger videre med inn i alderdommen. Blant de med grunnskoleutdanning opplever dobbelt så mange langvarig og begrensende sykdom, enn blant eldre med høyere utdanning (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 13-14). Mange av helseplagene, som blant annet diabetes, kronisk bronkitt og psykiske lidelser som angst og depresjon, opptrer langt hyppigere blant dem med lavere utdanning enn i gruppene med høyere utdanning (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 14-15; Ness, Rognerud & Strand, 2007, s. 8). Dette mønsteret gjelder altså uavhengig av kjønn og alder (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 13). Noe mer overaskende er helseforskjellene like store i Norge som i langt mindre egalitære land, der samfunnsstrukturen i mindre grad er bygget på prinsippet om likhet og likeverd (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 7 og 17).

Ifølge Folkehelseinstituttet er sosial ulikhet i helse er et politisk satsningsområde (Næss, Rognerud & Strand, 2007). Hvorfor blir sosial ulikhet i helse ansett som et problem? Prinsippet om likeverd står sterkt i vårt demokratiske land, og sosial ulikhet bryter med ideen om at alle har lik rett til god helse (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 8). Det oppleves som urettferdig når mennesker med lavere sosial bakgrunn ikke bare har dårligere levekår, men også er mer utsatt for sykdommer og dårligere helse (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 8;

Folkehelseinstituttet, 2016). Det er videre et stort samfunnsøkonomisk problem der befolkningens potensiale ikke blir fullt utnyttet. Helseutgifter utgjør enorme utgifter for velferdsstaten, i tillegg til store verdier som går tapt gjennom uanvendt arbeidskraft. Det er derfor vesentlig både fra et etisk og samfunnsøkonomisk perspektiv å forsøke å utjevne, samt å forebygge sosial ulikhet i helse. I dette arbeidet er kartlegging og analyse av helsetilstanden i befolkningen nødvendig, for deretter å kunne sette inn konkrete og treffsikre tiltak for en mer rettferdig fordeling av helse (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 16).

1.2.1 Folkehelsa i Telemark

Rapporten «Folkehelsa i Telemark 2016» er en del av dette kartleggingsarbeidet, og en av rapportene denne avhandlingen bygger på. Rapporten viser at telemarkinger har generelt god helse og sunne levevaner, og helsen har de siste årene blitt bedre for alle grupper i samfunnet (Telemark fylkeskommune, 2015, s. 3). På tross av klare forbedringer i folkehelsen i Telemark, vedvarer de sosiale helseforskjellene. Dette ser man blant annet ved dødelighet, der de med høyest utdanning og inntekt i snitt lever i 7 år lenger enn de som bare har grunnskole (Telemark fylkeskommune, 2016, s. 3).

På tross av en generell forbedring i folkehelsen, har Telemark fremdeles tydelige helseutfordringer (Telemark fylkeskommune, 2016, s. 3). Telemark ligger øverst på landsbasis i bruk av legemidler og bruk av helsetjenester knyttet til psykiske plager og lidelser. Mange har også fysiske utfordringer knyttet til usunt kosthold, inaktivitet og rusproblematikk. I tillegg har Telemark levekårsutfordringer som blant annet lav sysselsetting, barnefattigdom, høy arbeidsledighet og mange unge uføre. Utdanning -og inntektsnivå påvirker helsen, og sosial ulikhet i helse anses for å være den største helseutfordringen vi står overfor i Telemark (Telemark fylkeskommune, 2016, s. 3).

I følge rapporten «Folkehelsa i Telemark 2016» gir Ungdataundersøkelsen et mer optimistisk bilde for ungdom (Folkehelsa i Telemark 2016, s. 3). De fleste ungdommer oppgir at de har det bra i hverdagen (Aase, 2015). I rapporten «Ung i Telemark 2015» kommer det frem at de aller fleste ungdommene i Telemark er fornøyd med foreldrene sine, at de trives på skolen og at de har minst en fortrolig

venn (Aase, Berntsen & Møller, 2015, s. 6). Allikevel viser tallene fra Ungdataundersøkelsen at en del unge har tegn på psykiske plager, at en del unge har tanker om å slutte på videregående og mange oppgir at de ofte er ensomme (Aase et al., 2015, s. 8).

Årsakene til sosial ulikhet i helse er mange og sammensatte. Oppvekstvilkår og skjev fordeling av ressurser gjør at vi allerede fra barndommen har et ulikt utgangspunkt for god helse (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 9.) Påvirkningsfaktorer som for eksempel kosthold, foreldrenes bruk av tobakk og rusmidler, nærmiljø, boforhold og tilgang til organiserte fritidsaktiviteter spiller inn på helsen vår som barn og ungdom. Faktorene som kan påvirke helsen deles gjerne inn i tre grupper i litteraturen; ressurser, belastninger og helserelatert atferd (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 9). Jeg vil dele inn påvirkningsfaktorene i disse tre kategoriene gjennom avhandlingen.

1.3 Problemstilling

Jeg har mang en gang fundert over hvor frie vi mennesker egentlig er. På overflaten kan det se ut til at de fleste har muligheter til å skape et godt liv. Vi bor i et av verdens rikeste og mest egalitære land, vi har tilgang til økonomisk støtte under utdanning, gratis helsehjelp, gratis skoletilbud og skolehelsetjeneste og så videre. Jeg har ofte tenkt at mulighetene er tilgjengelig for alle, men at noen må jobbe mer enn andre for å oppnå samme målet, enten det gjelder utdanning, god helse eller sosialt nettverk. Allikevel leser jeg stadig om at fattigdom går i arv, at de sosiale helseforskjellene øker og om sosial reproduksjon. Kart og terreng ser ikke ut til å stemme overens. Denne nysgjerrigheten rundt sosial reproduksjon, i tillegg til at jeg som sykepleier er opptatt av hva som fremmer og hemmer helse, gjorde at jeg landet på denne problemstillingen:

Hvilke fellestrekk har ungdomsskoleelever i Telemark som oppgir at de har fysiske og psykiske helseplager?

Fysisk og psykisk helse henger sammen, og det kan være utfordrende å sette et klart skille mellom hva som er fysiske helseplager og hva som er psykiske helseplager. Det er mulig at en del ungdom ikke kobler egne fysiske helseplager

til psykiske påkjenninger, og tolker de fysiske symptomene som isolerte helseplager. Begrepet «psykosomatiske lidelser» viser til krysningspunktet der fysiske og psykiske helseplager møtes, noe jeg ønsker å undersøke nærmere gjennom dette forskerspørsmålet:

1. Hvilken samvariasjon finnes mellom fysiske og psykiske helseplager?

Jeg er også nysgjerrig på hvilke faktorer i ungdoms liv som har størst påvirkning på den fysiske helsen. Dette ledet meg til neste forskerspørsmål:

2. Hvilke sammenhenger finnes mellom ressurser, belastninger og helseatferd og ungdoms fysiske helse?

1.3.1 Drøfting av problemstilling

Jeg ønsker gjennom problemstillingen å undersøke om ungdomsskoleelever i Telemark som oppgir at de har fysiske og/ eller psykiske helseplager, har noen fellestrekk. Det overordnede formålet med problemstillingen er å bidra til økt kunnskap og forståelse av faktorene som kan påvirke ungdoms fysiske og psykiske helse. For å sette inn treffsikre tiltak mot sosiale helseforskjeller, må man først ha kunnskap om påvirkningsfaktorene til helse/ uhelse i den aktuelle gruppen. Kartleggingen av påvirkningsfaktorer har også et viktig forebyggende aspekt, og gjør det mulig å sette inn forebyggende tiltak før helseplagene inntreffer.

Årsaker til sosiale ulikheter i helse deles i litteraturen ofte inn i kategoriene ressurser, belastninger og helseatferd, og jeg ønsker å undersøke hvorvidt ungdommer med fysiske og psykiske helseplager har noen fellestrekk som faller inn under disse gruppene. For å besvare problemstillingen ønsker jeg å gjøre en eksplorerende faktoranalyse. Jeg vil undersøke en rekke variabler som jeg tror kan ha påvirkning på ungdoms fysiske og psykiske helse, og se hvorvidt disse variablene har sammenheng med helsevariablene. Dersom det foreligger signifikante sammenhenger mellom noen av variablene knyttet til ressurser, belastninger og helseatferd og helsefaktorene, gir det en indikasjon på at dette er fellestrekk hos ungdommer som har fysiske og psykiske helseplager.

For å besvare forskerspørsmål 1 vil jeg gjøre en korrelasjonsanalyse av de fysiske og psykiske helseplagene, og undersøke hvorvidt disse samvarierer. De psykiske helseplagene kan operasjonaliserer inn i depressive symptomer og angstplager, og jeg vil først gjøre en korrelasjonsanalyse av variabler knyttet depressive symptomer og fysiske helseplager, for deretter å se på variabler knyttet til angstplager og fysiske helseplager.

For å besvare forskerspørsmål 2 vil jeg gjøre en regresjonsanalyse av variabler som kan kategoriseres i gruppene ressurser, belastninger og helseatferd, og variablene knyttet til fysiske helseplager. Jeg ønsker med dette å undersøke hvilke faktorer som ser ut til å ha størst påvirkning på hvorvidt ungdommer har fysiske helseplager.

Jeg vil i drøftingsdelen diskutere hva som kan være årsakene til funnene fra analysedelen, og se hvorvidt disse kan forklares eller belyses ut ifra teorier fra teorikapittelet. Selv om sosiale fenomener ikke er knyttet sammen gjennom kausale årsakssammenhenger, kan man imidlertid peke på tendenser og mønstre.

Å tolke funnene kan imidlertid være utfordrende ettersom man ikke vet hvor årsakssammenhengene begynner, eller hva som er de underliggende årsakene til sammenhengene. Årsakssammenhengene mellom sosiale fenomener er sjeldent lineære, men heller et samspill mellom ulike fenomener i et gjensidig påvirkningsforhold. Det er derfor for enkelt å si at sammenhengene skyldes at faktor A påvirker faktor B, når det i realiteten nok er langt mer komplekst og sammensatt. Selv om fenomener i virkeligheten er komplekse og umulig å forstå fullt ut, ønsker jeg med analysen å ta en liten del av en rotete og uoversiktlig virkelighet, å gjøre den noe mer begripelig og forståelig.

1.4 Definisjon av sentrale begreper

Jeg vil nå se nærmere på definisjoner av begreper som er sentrale i denne avhandlingen. Ettersom hovedfokuset i avhandlingen er ungdoms fysisk og psykisks helse, vil jeg bruke en del av innledningen på å definere og avgrense hva som ligger i helsebegrepet. Jeg tar utgangspunkt i WHO sin definisjon av helse som er «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare

fravær av sykdom og lyte» (Braut, 2015). Jeg bruker denne definisjonen ettersom det er en velbrukt definisjon på helse. Denne definisjonen er imidlertid svært omdiskutert, noe jeg drøfter i neste kapittel (i 1.4.1).

Mens den overnevnte definisjonen omfavner både det fysiske, mentale og sosiale aspektet ved mennesket, har WHO også en egen definisjon på psykisk helse. WHO definerer psykisk helse som «En tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeidet på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet» (Paache, 2012). Også denne definisjonen har sine svakheter, noe jeg vil komme tilbake til i neste underkapittel.

Begrepet psykosomatiske helseplager har også en sentral del i avhandlingen, og da særlig i besvarelsen av forskerspørsmål 1. Begrepet brukes gjerne på tre måter, der følgende er en overordnet definisjon: «Kroppens reaksjoner på psykologiske belastninger (stressteori, aktivering) og samvariasjon mellom ulike personlighetstrekk og biologisk funksjon (fysiologi) er sentrale elementer» (Malt, 2018). Denne definisjonen omfavner altså hvordan stressorer kan skape stressreaksjoner, som igjen kan føre til psykosomatiske helseplager. Denne definisjonen vil i størst grad være aktuell i denne avhandlingen. Neste definisjon er noe annerledes utformet: «Psykosomatisk brukes om lidelser hvor kroppslige symptomer dominerer pasientens plager uten at det kan påvises noen velavgrenset fysisk sykdom i tradisjonell forstand» (Malt, 2018). I denne definisjonen står blant annet sykdomsatferd og personlighetstyper sentralt (Malt, 2018). Den siste definisjonen er i stor grad rettet mot psykiatrien: «Psykosomatisk brukes også om psykiske lidelser som viser seg som en tilsynelatende somatisk sykdom» (Malt, 2018). Jeg vil se nærmere på årsakene til psykosomatiske helseplager i kapittel 1.4.2.

For å undersøke hvilke faktorer som er knyttet til fysisk og psykisk helseplager tar jeg utgangspunkt i ungdoms ressurser, belastninger og helseatferd.

Ressursbegrepet er et vidt begrep som defineres ulikt innenfor den konteksten eller vitenskapen det inngår i. En generell definisjon av ressurser er: «En kilde til

forsyninger som kan anvendes til å skape goder eller nytte» (Nordbø, 2018). Denne definisjonen kan romme alt fra naturressurser, økonomiske ressurser, politiske ressurser til mellommenneskelige ressurser. I denne avhandlingen vil jeg ha fokus på økonomiske, kulturelle og sosiale ressurser, som ofte betegnes som sosioøkonomisk status. Sosioøkonomisk status kan blant annet defineres slik: «Sosial ulikhet i helse måles oftest ved at en studerer sammenhengen mellom helse og sosioøkonomiske faktorer som utdanning, yrke og inntekt. Ofte benyttes dødelighet som et mål for helse.» (Folkehelseinstituttet, 2005). Ettersom utvalget i datasettet er ungdomsskoleelever, som grunnet alder stort sett vil ha en begrenset tilgang til kulturell eller økonomisk kapital i seg selv, tar jeg utgangspunkt i spørsmål som omhandler foreldrenes tilgang til økonomiske og kulturelle ressurser. Jeg bruker derfor begrepet sosioøkonomisk bakgrunn.

Belastninger er også et vidt begrep, som det er vanskelig å oppdrive en konkret definisjon av. Dette kan skyldes at begrepet har mange ulike betydninger, ut ifra hvilke felt det benyttes i. Ordet belastninger har en lang rekke synonymer, blant annet tyngde, slitasje og strev (Synonymordboka, 2018). Belastningsbegrepet som brukes i kontekstene i denne avhandlingen overlapper i stor grad begrepet stressorer og stress som kan defineres slik: «Stress er et meget vidt begrep, og refererer dels til et vidt spekter av krevende fysiologiske og psykologiske påvirkninger (stressorer), dels til organismens totale reaksjon på slike (ressursmobilisering)» (Svartdal & Malt, 2018).

Ressurser og belastninger er nokså likt begrepene beskyttelses- og risikofaktorer, som brukes om faktorer som øker eller minsker sjansen for uønsket utvikling, som i denne sammenhengen er fysiske og psykiske helseplager. I Sletteland og Donovan (2014) blir disse faktorene kalt helsedeterminanter (Sletteland & Donovan, 2014, s. 24). Selv om betydningen er den samme, bruker jeg ikke begrepet helsedeterminanter i denne avhandlingen, ettersom determinantbegrepet indikerer at det finnes kausale årsakssammenhenger mellom beskyttelses- og risikofaktorene og helse/uhelse. Ettersom denne avhandlingen studerer menneskelige fenomener kan jeg vise til eventuelle sammenhenger, men det finnes ingen kausalitet mellom faktorene og helse/ uhelse.

Helseatferd er et mer spesifikt begrep og kan defineres slik: «Helseatferd, atferd og levevaner med særlige helsemessige følger. I videste forstand har all menneskelig atferd konsekvenser for vår helse, men med helseatferd menes som regel de vaner og handlinger som har størst betydning for sykdomsrisiko.» (Braut, 2009). I denne avhandlingen rette helseatferdsbegrepet seg primært mot ungdoms kosthold.

1.4.1 Helse- hva er det egentlig?

Helse har utallige ganger gjennom historien blitt forsøkt definert og forklart. I norrønt knyttes helse til ordet heill/ hel som kan oversettes til uskadd, fullstendig eller frisk (Sletteland & Donovan, 2014, s. 15). I England brukes ordet «health» som har sitt utspring av ordet «whole» som betyr (å være) hel. I latin brukes ordet «salus», som betyr sunn og frisk (Sletteland & Donovan, 2014, s. 15). Ulike kulturer legger altså forskjellig mening bak begrepet helse.

Helsebegrepet påvirkes ikke bare av de historiske og kulturelle rammene det inngår i, men påvirkes også av hvilke fagtradisjonen begrepet brukes i (Sletteland & Donovan, 2014, s. 16). Spør man fagfolk med forankring til naturvitenskapen, som for eksempel en lege, vil helse bli definert ganske annerledes enn om en spør en sosiolog med en samfunnsvitenskapelig tilnærming. Mens naturvitenskapen har fokus på biologi, biokjemi og sykdomslære, vil samfunnsvitenskapelige tradisjoner forsøke å beskrive eller forstå helsebegrepet gjennom kulturelle og sosiale forhold i samfunnet (Sletteland & Donovan, 2014, s. 16). Helsebegrepet må altså, i likhet med andre sosiale fenomener, sees i lys av den konteksten den oppstår i og er en del av (Sletteland & Donovan, 2014, s. 16).

Ettersom helsebegrepet er sosialt og kulturelt forankret, er det også vanskelig å komme til en enighet om en felles definisjon på tvers av kulturer og de ulike tradisjonene. Verdens Helseorganisasjon (WHO) ga i 1948 ut den mest siterte definisjonen av helse:

«En tilstand av fullkomment legemlig, sjelelig og sosial velvære, og ikke bare fravær av sykdom og lyter» (Braut, 2018).

Før denne definisjonen ble helsebegrepet dominert av den biomedisinske tilnærmingen, som definerte helse som fravær av sykdom. Med denne definisjonen åpnet dermed WHO for en utvidet forståelse av helsebegrepet, som også inkluderer «sjelelig og sosial velvære». Den hadde altså en langt mer holistisk tilnærming til helse, enn den tradisjonelle medisinske definisjonen (Sletteland & Donovan, 2014, s. 16-17).

Selv om WHO's definisjon av helse tar for seg alle sider av menneskets liv, er den allikevel svært omdiskutert. Mange mener at definisjonen gjør god helse blir et uopnåelig mål, som utelukker at mange grupper i samfunnet kan oppleve god helse. Eksempelvis kan mennesker med ulike funksjonshemninger eller med ulike kroniske sykdommer ikke oppnå god helse, ifølge denne definisjonen.

Fugelli og Ingstad tar opp denne tematikken i studien «Helse på norsk», der de i perioden 1997-2000 intervjuet 80 mennesker på fem forskjellige steder i Norge (Den norske legeforening, 2001). Intervjuobjektene fikk åpningsspørsmålet «hva er god helse?». Mens 17 personer svarte «å ikke være syk», kan resten av svarene oppsummeres med:

- Helse er trivsel
- Helse er funksjon
- Helse er natur
- Helse er humør
- Helse er mestring
- Helse er overskudd/ energi

Ut ifra disse svarene trekker Fugelli og Ingstad (2001) frem tre essensielle kjennetegn på helse; helse er holistisk, helse er relativt og helse er subjektivt (Fugelli & Ingstad, 2001). Helse inkluderer altså ikke bare fravær av sykdom, men også de kognitive, emosjonelle, åndelige og sosiale sider ved mennesket. Man må også se helse i lys av alder og livssituasjon, i tillegg til at helse er en subjektiv opplevelse. I motsetning til WHO's definisjon der en objektiv part definerer hvorvidt individet har god eller dårlig helse, er det i dette folkelige perspektivet hver enkelt som vurderer hvorvidt man har god helse eller ikke.

WHOs definisjon er altså nokså forskjellig fra dette norske, folkelige perspektivet på helse. Noe av grunnen til dette kan være at det skiller omtrent 50 år fra WHOs definisjon ble utgitt, til denne studien ble foretatt. Ettersom helse er kulturelt og sosialt forankret, vil det være et viktig poeng at WHOs definisjon er internasjonal, mens studien viser hvordan et utvalg nordmenn definerer helse. I tillegg viser studien et folkelig perspektiv, mens definisjonen fra WHO er utformet av en komite med helse som ekspertise.

WHOs definisjon av psykisk helse kan også beskrives som noe smal. Den er langt mer inkluderende enn definisjonen på helse jeg drøftet ovenfor, men utelukker allikevel en del mennesker, blant annet ved formuleringen «En tilstand av velvære.» Det er nærliggende å tro at en del mennesker ikke opplever velvære, men allikevel ikke har dårlig psykisk helse. Det kan også være mange årsaker til at individet ikke kan «realisere sine muligheter», blant annet begrensninger i omgivelsene eller fysiske begrensninger hos individet selv.

Selv om definisjonene kan virke noe mangelfulle og ekskluderende, kan man spørre seg om det egentlig er mulig å lage en perfekt definisjon som dekker alle aspekter ved et fenomen, samtidig som den har klare grenser for hva som faller utenfor definisjonen. Det er nok også ekstra utfordrende å lage en internasjonal definisjon på et sosialt fenomen som er kulturelt og sosialt forankret, slik som helsebegrepet er.

1.4.2 Psykosomatiske helseplager- et krysningspunkt mellom fysiske og psykiske helseplager

Begrepet psykosomatiske helseplager vil også være sentralt i avhandlingen, spesielt i drøftingen av forskerspørsmål 1. Jeg vil derfor vie noe plass innledningsvis til å se nærmere på hva som kan være årsakene til psykosomatiske helseplager.

Begrepet psykosomatiske helseplager omfavner psykosomatiske sykdommer, psykosomatiske lidelser og subjektive helseplager, og kategoriseres etter hvor graverende og langvarig helseplagene er (Pedersen, 2014). Jeg vil i avhandlingen bruke sekkebegrepet psykosomatiske helseplager, ettersom datasettet ikke gir

tilstrekkelig innsikt i alvorlighetsgraden/ langvarigheten av helseplagene til å kunne klassifisere plagene.

Psykosomatiske helseplager skyldes trolig et samspill mellom psykologiske, fysiske og sosiale faktorer (Pedersen, 2014). Tilstanden kan utløses av traumer, sorg eller langvarige belastninger, og kan sies å være kroppen respons på psykiske stressende situasjoner. Helseplagene kan også skyldes psykiske helseplager uten ytre årsaker, eller en kombinasjon av ytre og indre faktorer. Dersom kravene vi møter overstiger ressursene vi har til rådighet, kan denne følelsen av avmakt føre til stress, noe som igjen kan gi fysiske helseplager. På motsatt side kan mestringsfølelsen man får gjennom å mobilisere ressursene man har til rådighet og i imøtekomme kravene som stilles, redusere stress og dermed også risikoen for psykosomatiske helseplager (Vinsrygg, 2008; Norsk Helseinformatikk, 2016).

Mestring kan spille en viktig rolle i hvorvidt man utvikler psykosomatiske helseplager, når man er i en stressende livssituasjon. Espnes (2008) peker på en rekke faktorer som kan være viktig for mestring; materielle ressurser, helse, energinivå, positive holdninger, sosialt nettverk, tro på egne evner til mestring, følelsen av kontroll og fysisk aktivitet (Vinsrygg, 2008). Disse kalles mestringsressurser, og kan virke som buffere mot psykosomatiske helseplager. Begrepet mestringsressurser inngår i ressursbegrepet jeg bruker i avhandlingen, og viser til faktorer som kan bidra til fremme helse både i individet selv, og i omgivelsene. På motsatt side kan mangel på disse mestringsressursene føre til stress, som igjen kan føre til psykosomatiske helseplager (Vinsrygg, 2008). I denne avhandlingen faller disse faktorene under betegnelsen belastninger.

1.5 Avhandlingens oppbygging

Kapittel 1 gir oversiktskunnskap og en generell presentasjon av temaet. Jeg vil også redegjøre for, samt drøfte problemstillingen. Videre vil jeg gå gjennom definisjoner av sentrale begreper, her har jeg også viet et eget underkapittel til gjennomgang av helsebegrepet, ettersom fysisk/ psykisk helse er den avhengige variabelen i avhandlingen. Jeg vil i tillegg se nærmere på begrepet psykosomatiske helseplager, ettersom dette begrepet står sentralt i besvarelsen av forskerspørsmål 1.

I kapittel 2 vil jeg bruke flere ulike rapporter for å belyse hvordan helsetilstanden blant ungdom er, både nasjonalt og regionalt i Telemark. HEMIL-rapporten «Helse og trivsel blant barn og unge», Ungdataundersøkelsen «Ung i Telemark 2015», NOVA-rapporten «Sosial ulikhet blant ungdom. Hva sier Ungdataundersøkelsene?» og «Sosial ulikhet i helse -en norsk kunnskapsoversikt» er sentrale i dette kapitlet.

I kapittel 3 ser jeg på tre ulike tilnærminger til sosiale helseforskjeller. Her er Elstads «Sosioøkonomiske ulikheter i helse- teorier og forklaringer» sentral. Jeg tar utgangspunkt i de tre perspektivene på sosioøkonomiske helseforskjeller som Elstad trekker frem, og sammenligner disse teoriene med samtidens dominerende tankemåter innen sosiologien.

Kapittel 4 omhandler metoden jeg skal bruke for å undersøke problemstillingen, samt forskerspørsmålene. Jeg tar for meg generelle kjennetegn ved kvantitativ metode, generelt om Ung i Telemark-undersøkelsen og vitenskapsteoretiske krav som validitet og reliabilitet. Jeg tar også for meg hvordan den avhengige og de uavhengige variablene operasjonaliseres, og gjennomgår hvilke analysemetoder jeg vil bruke.

I kapittel 5 vil jeg svare på problemstillingen og forskerspørsmålene ved å analysere data fra UiT-undersøkelsen. For å besvare problemstillingen benytter jeg en eksplorerende faktoranalyse, i forskerspørsmål 1 vil jeg anvende korrelasjonsanalyse og i forskerspørsmål 2 en logistisk regresjonsanalyse.

I kapittel 6 vil jeg gjøre en oppsummering av funnene fra empiridelen. Jeg vil også drøfte hvilke underliggende mekanismer som kan forklare funnene fra analysen. Jeg vil også se nærmere på årsakene til eventuelle manglende korrelasjoner, og se hvorvidt teorier på sosiale ulikheter kan bidra til å forklare funnene.

I kapittel 8 vil jeg avslutningsvis gå gjennom essensen av funnene, og trekke frem elementer som kan være viktig for det videre arbeidet med å utjevne sosiale helseforskjeller blant ungdom i Telemark.

2 Ulike rapporter om helse i Norge

I dette kapittelet vil jeg gi en redegjørelse av ungdoms helsetilstand på nasjonalt og regionalt nivå. Først vil jeg ta en gjennomgang av ungdoms helsetilstand gjennom HEVAS-rapporten «Helse og trivsel blant barn og unge», og deretter gjennom Ungdataundersøkelsen «Ung i Telemark 2015». Jeg vil videre se på hvordan årsaker til sosiale helseforskjeller kategoriseres i litteraturen gjennom rapporten «Sosial ulikhet i helse- en norsk kunnskapsoversikt», for deretter å se hvordan risiko- og beskyttelsesfaktorer for helse og uhelse fordeler seg blant ungdomsskoleelever i Telemark hovedsakelig gjennom rapporten «Ung i Telemark 2015», men også supplert av rapportene «Folkehelsa i Telemark 2016», «Sosiale ulikheter i ungdoms liv. Hva sier Ungdataundersøkelsene?» og «Kosthold blant ungdom i Porsgrunn».

2.1 Ungdoms helse nasjonalt og regionalt i Telemark

2.1.1 Ungdoms helse nasjonalt

Ungdommene har fått spørsmål om egen fysiske og psykiske helse i både HEVAS- og Ungdataundersøkelsen. Det kan være utfordrende å skille mellom fysisk og psykisk plager, ettersom disse til dels er overlappende. Mens HEVAS-rapporten inkluderer både fysiske og psykiske plager i sine spørsmål om subjektive helseplager, har rapporten «Ung i Telemark 2015» et klarere skille mellom fysiske og psykiske plager.

I HEVAS-undersøkelsen får ungdommene blant annet spørsmål relatert til subjektive helseplager, livstilfredshet og selvrapportert helse (Samdal, Mathisen, Torsheim, Røssing Diseth, Fismen, Larsen, Wold & Årdal, 2016, s. 38). På spørsmål om helseplager blir ungdommene bedt om å krysse av på de ulike plagene de har, og oppgi hvor ofte de opplever disse helseplagene (Samdal et al., 2016, s. 38).

Undersøkelsen avdekker signifikante kjønnsforskjeller blant elevene som oppgir at de har svært god helse. Blant 6. klassingene svarer 45 prosent av guttene at de

har svært god helse, mens 44 prosent av jentene svarer det samme (Samdal et al., 2016, s. 38). Også her synker andelen jenter som oppgir at de har svært god helse utover ungdomstiden. Mens 36 prosent av jentene i 7. klasse oppga at de har svært god helse, oppga 32 prosent det samme på Vg1 (Samdal et al., 2016, s. 38).

Undersøkelsen viste også at jenter i større grad enn gutter opplevde subjektive helseplager daglig (Samdal et al., 2016, s. 38). Blant guttene oppgir 14 prosent av sjetteklassingene at de har en eller flere subjektive helseplager daglig, mens andelen på Vg1 er 16 prosent. Blant jentene ser man en større vekst, der 17 prosent av jentene opplever en eller flere helseplager daglig, mens andelen stiger gradvis til 32 prosent blant elevene på Vg1 (Samdal et al., 2016, s. 38).

HEVAS-rapporten trekker frem at konsekvensene av psykiske helseplager kan få større ringvirkninger enn somatiske plager. Økt sannsynlighet for rusmisbruk og frafall i videregående skole, og senere dårlig arbeidstilknytning, dårlig økonomiske og lite sosialt nettverk kan bli mulige utfall dersom psykiske helseplager i ungdomstiden utvikler seg til å bli psykiske lidelser (Samdal et al., 2016, s. 37). Rapporten «Ung i Telemark 2015» trekker også frem at ungdommer med psykiske helseplager har høyere sannsynlighet for psykiske helseplager som voksen (Aase et al., 2015, s. 58).

På spørsmål om livstilfredshet kommer det frem at de aller fleste ungdommer er tilfreds med livet sitt (Samdal et al., 2016, s. 38). Kjønnforskjellene er små blant 6. klassingene, men utover ungdomstiden ser man økende kjønnforskjeller. Andelen gutter som er middels eller høyere tilfreds med livet sitt ligger tilnærmet stabilt på 90 prosent i alle klassetrinnene. Blant jenter synker andelen jenter som er tilfreds utover i ungdomstiden med 12 prosentpoeng (Samdal et al., 2016, s. 38).

Undersøkelsen avdekket altså tydelige kjønnforskjeller, der jenter rapporterer om lavere grad av livstilfredshet og selvrapportert helse, i tillegg til høyere forekomst av subjektive helseplager, sammenlignet med gutter. Man ser også en tendens til at jenter blir mindre tilfreds med eget liv og helse, i tillegg til en økning av daglige helseplager, gjennom ungdomstiden (Samdal et al., 2016, s. 38).

2.1.2 Ungdoms helse i Telemark

Også de regionale tallene av Ungdataundersøkelsen viser klare kjønnsforskjeller i fysisk og psykisk helseplager. Blant de fysiske helseplagene er det hodepine og nakke –og skuldersmerter som er de vanligste helseplagene blant ungdomsskoleelever i Telemark (Aase et al., 2015, s. 62). Dobbelt så mange jenter enn gutter, sier at de har opplevd hodepine mange ganger eller daglig den siste måneden (gutter 17 prosent, jenter 34 prosent).

På spørsmål om de har opplevd nakke –og skuldersmerte mange ganger eller daglig i løpet av den siste måneden, svarte nesten dobbelt så mange jenter at dette stemmer (gutter 14 prosent, jenter 26 prosent) (Aase et al., 2015, s. 62). Mange ungdommer rapporterer også at de ofte har magesmerter, og spesielt blant jentene. 25 prosent av jentene oppgir at de mange ganger eller daglig har magesmerter i løpet av den siste måneden (Aase et al., 2015, s. 62).

Ungdataundersøkelsen viser også at jenter er mer utsatt for psykiske helseplager. I likhet med den nasjonale ungdataundersøkelsen, kommer det frem at 13 prosent av ungdommene har depressive symptomer (Aase et al., 2015, s. 61). I denne gruppen er det tre ganger så mange jenter enn gutter. Andelen jenter med depressive symptomer stiger fra 9 prosent i 8. klasse til 26 prosent blant 10. klassene, for deretter til å synke til 21 prosent blant elevene på Vg3. Hos guttene stiger andelen fra 3 prosent blant 8. klassingene til 10 prosent på Vg3 (Aase et al., 2015, s. 61).

Blant jentene oppgir halvparten at de bekymrer seg for mye om ting, mens andelen blant guttene er 20 prosent. Mens 46 prosent av jentene oppgir at de følger at alt er et slit, er den tilsvarende andelen blant gutter 21 prosent (Aase et al., 2015, s. 58). 30 prosent av jentene oppgir at de har hatt søvnproblemer, mens 18 prosent av guttene svarer det samme (Aase et al., 2015, s. 58). Omtrent en tredjedel av jentene oppgir at de har følt seg ulykkelig, trist eller deprimert, at de har følt seg stiv eller anspent og har følt håpløshet for fremtiden, også her er andelen langt høyere blant jentene enn blant guttene (Aase et al., 2015, s. 58).

Jenter oppgir også oftere enn gutter at de er ensomme (Aase et al., 2015, s. 62). Blant 8. klassingene, oppgir 19 prosent av jentene at de er ensomme, mens 6

prosent av guttene oppgir det samme. For elevene på Vg1 er andelen blant jenter 31 prosent, og blant gutter 15 prosent. For begge kjønn når ensomheten en topp i 10. klasse, og det første året på videregående (Aase et al., 2015, s. 62).

Ungdataundersøkelsen viser altså, i tråd med HEVAS-undersøkelsen, klare kjønnsforskjeller i fysiske og psykiske helseplager (Aase et al., 2015, s. 56). Blant ungdommene i Telemark oppgir omtrent dobbelt så mange jenter enn gutter at de har hatt hodepine, nakke- og skuldersmerter, bekymret seg for mye om ting, følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer eller vært ensomme daglig eller i løpet av den siste måneden (Aase et al., 2015, s. 56).

2.2 Årsaker til sosial ulikhet i helse

Årsakene til sosial ulikhet i helse er mange og kompliserte. NOVA-rapporten «Sosial ulikhet blant ungdom. Hva sier Ungdataundersøkelsene?» deler årsaksforklaringene inn i to hovedgrupper; ressursforklaringen og familiestressforklaringen (Bakken, Frøyland & Sletten, 2016, s. 13). Denne oppdelingen er nokså lik den man finner i rapporten «Sosial ulikhet i helse- en norsk kunnskapsoversikt», der det i tillegg til ressurs -og belastningsforklaringene, suppleres med en egen kategori for helsevaner (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 9).

Selv om terminologien er forskjellig, er innholdet i forklaringene nokså like. Ressursforklaringen benyttes likt i begge de nevnte rapportene, og vektlegger at tilgang til ressurser som penger, sosialt nettverk og kunnskap, gir ulike muligheter. Mens familiestressforklaringen går ut på at økonomiske vansker kan føre til stress, som igjen kan bidra til konflikter innad i familien (Bakken, Frøyland & Sletten, 2016, s. 13), er termen belastninger mer åpen, og kan også inkludere stress ungdommer opplever utenfor familien.

I denne avhandlingen velger jeg å benytte meg av den tredelte oppdelingen som er beskrevet i rapporten «Sosial ulikhet i helse –en norsk kunnskapsoversikt», ettersom helsereelatert atferd blant ungdom er en av variablene jeg ønsker å se nærmere på. I den tredelte årsaksforklaringen skal jeg se nærmere på disse faktorene:

- *Ressurser* er alle faktorer i ungdoms omgivelser som kan bidra til å fremme helse. Jeg vil her se nærmere på ungdoms sosioøkonomiske bakgrunn, som blant annet inkluderer foreldrenes utdanning og familieøkonomi, i tillegg til ungdoms sosiale ressurser som forhold til foreldre, venner og skolemiljø (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 9).
- *Belastninger* er alle faktorer i ungdoms omgivelser som kan hemme god helse. Jeg vil her inkludere faktorer som mobbing og problematferd.
- *Helsevaner* er alle vaner som kan påvirke helsen, og kan inkludere kosthold, fysisk aktivitet, alkohol –og tobakksforbruk (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 37-39). Jeg vil her ha fokus på ungdoms kosthold.

Selv om litteraturen deler faktorer inn i ressurser, belastninger og helseatferd kan man argumentere for at skillet er mindre klart i virkeligheten. Man kan si at tilgang til en viss type gode kan ansees som en ressurs, mens mangel på samme gode kan ansees som en belastning. Familieøkonomi blir for eksempel en ressurs dersom den er over et visst nivå, mens dårlig familieøkonomi kan være en belastning. Gode venner og et nært forhold til foreldre er viktige sosiale ressurser, men kan gå over i belastninger dersom relasjonene er dårlige eller ikke-eksisterende. Jeg følger allikevel denne oppdelingen, for å gjøre kategoriene mest mulig oversiktlig.

Med disse tre hovedgruppene som utgangspunkt vil jeg se nærmere på ungdoms tilgang til ressurser, belastninger og helseatferd blant annet gjennom rapportene «Ung i Telemark 2015» og «Folkehelsa i Telemark 2016». Ettersom ungdom ofte har begrenset tilgang til økonomiske ressurser i form av inntekt, og kulturelle ressurser i form av utdanning, tar jeg utgangspunkt i foreldrenes sosioøkonomiske status for å få innblikk i ungdoms tilgang til ulike ressurser. Jeg vil videre i avhandlingen bruke betegnelsen sosioøkonomisk bakgrunn. Når det kommer til sosial kapital tar jeg utgangspunkt i ungdoms sosiale nettverk i form av forhold til foreldre, venner og skoletrivsel.

2.3 Ungdoms tilgang til ressurser i Telemark

Rapporten «Sosial ulikhet i helse –en norsk kunnskapsoversikt» peker på at familiens tilgang på ressurser kan bidra til å fremme eller hemme barnets sosiale, kognitive og emosjonelle utvikling (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 18).

Barn og unge har ulik tilgang til ressurser gjennom foreldrenes sosioøkonomiske status, noe som igjen kan føre til sosiale, økonomiske og helsemessige ulikheter inn i voksenalderen. På denne måten kan sosiale ulikheter reproduseres fra en generasjon til neste (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 18). Tilgang til ressurser preger altså ikke bare den ytre livssituasjonen, men er også med på å forme hvem barnet blir.

2.3.1 Ungdoms tilgang til økonomiske ressurser i Telemark

Dårlig økonomi kan påvirke barnets tilgang til en rekke ressurser, slik som fritidsaktiviteter, sunt kosthold og materielle goder, i tillegg til å påvirke levekårene barnet vokser opp i. Rapporten «Folkehelse i Telemark 2016» viser at mange barn vokser opp i lavinntektshusholdninger i Telemark (Telemark fylkeskommune, 2016, s. 24). Grensen for hva som ansees som en lavinntektshusholdning ligger på 60 prosent av nasjonal medianinntekt, beregnet etter EU-skala. I 2014 tilhørte 12,4 prosent av innbyggerne i Telemark lavinntektshusholdninger, og for barn mellom 0 og 17 år var andelen 14,7 prosent. Denne andelen er en av de største i landet, bare Oslo og Østfold kommer dårligere ut. Blant kommunene i Telemark er det særlig Skien, Drangedal, Fyresdal og Sauherad som kommer dårlig ut (Telemark fylkeskommune, 2016, s. 24). Rapporten peker på at denne andelen øker, og da særlig blant personer med innvandrerbakgrunn. Denne økningen stemmer overens med de nasjonale tallene for barnefattigdom, som kommer frem i artikkelen «Ett av ti barn lever i vedvarende lavinntakshusholdninger» og i rapporten «Sosial ulikhet i helse – en norsk kunnskapsoversikt».

I «Ung i Telemark 2015» kommer det frem at 73 prosent av elevene oppgir at foreldrene i løpet av de siste to årene hele tiden eller stort sett hele tiden har hatt god råd (Aase et al., 2015, s. 19-20). Dette er nokså likt med svarene fra den nasjonale Ungdataundersøkelsen der andelen er 75 prosent. Blant ungdommene i Telemark oppgir 6 prosent at de stort sett har hatt dårlig råd, eller har hatt dårlig råd hele tiden de siste to årene (Aase et al., 2015, s. 19-20).

Rapportene «Folkehelse i Telemark 2016» og «Ung i Telemark 2015» viser et nokså forskjellig bilde av barnefattigdom i Telemark. Mens den første rapporten oppgir at nesten 15 prosent av barn og unge mellom 0-17 år tilhører lavinntektshusholdninger (Telemark fylkeskommune, 2016, s. 24), kommer det frem i Ungdataundersøkelsen fra 2015 at kun 6 prosent av ungdommene i aldersgruppen mellom 13-19 oppgir at de stort sett har hatt dårlig råd, eller har hatt dårlig råd hele tiden de siste to årene (Aase et al., 2015, s. 19-20).

Dette spriket i andel fattige barn og unge som tilhører en lavinntekts husholdning kan ha flere forklaringer. Mens den første rapporten bygger på offentlig statistikk fra blant annet Statistisksentralbyrå (heretter SSB) og NAV (Telemark fylkeskommune, 2016, s. 11), bygger Ungdataundersøkelsen på hva ungdom selv oppgir om familieøkonomien. Den ene er objektiv, mens den andre bygger på ungdoms selvrapporterende svar. Det kan derfor tenkes at en del ungdom tilhører gruppen lavinntekt husholdninger, uten at de selv opplever det slik. Dette kan ha sin årsak at de har lite innsyn i familiens økonomiske situasjon, og at de ikke føler at familien har dårlig råd. En annen forklaring er at spørsmål om familieøkonomi kan også oppleves som sensitive, og at det å erkjenne at familien har dårlig økonomi oppleves skambelagt, på tross av at undersøkelsen er anonym. Undersøkelsene er også rettet mot forskjellige aldersgrupper, der rapporten «Folkehelse i Telemark» er tar med barn mellom 0-17 år, mens Ungdataundersøkelsen blir gjennomført på ungdom mellom 13-19 år. Forskjellene kan også forklares med at ulike operasjonaliseringer gir ulike beskrivelser, og i det videre arbeidet vil jeg benytte meg av både objektive og subjektive fattigdomsmål.

Ressursbegrepet er et vidt begrep som ikke bare dekker tilgang til økonomiske, men også sosiale (herunder også kulturelle) ressurser. Jeg skal nå se nærmere på ungdommers tilgang til sosial kapital gjennom Ungdataundersøkelsen.

2.3.2 Ungdoms tilgang til sosiale ressurser i Telemark

Frønes (2013) definerer sosial kapital slik: «Sosial kapital kan sees som nettverksressurser tilknyttet individet og som felles ressurser i miljøer eller grupper.» (Frønes, 2013, s. 42). Sosial kapital er altså individets nettverk i form av

familie, venner, nærmiljø, skole, fritidsklubber og lignende. Et trygt og stabilt nettverk kan virke beskyttende mot psykiske helseplager, ved at man har noen å betro seg til, ved at man føler seg anerkjent og som en del av et fellesskap.

Forhold til foreldre

Foreldre spiller en viktig rolle i barns liv. Selv om ungdom går gjennom en naturlig løsrivelsesprosess på veien til å bli selvstendige individer, vil ofte foreldrene være viktige støttespillere også i ungdomstiden. Et stabilt og godt forhold til foreldrene kan være en viktig sosial ressurs, og et anker i en periode som ellers er preget av mange forandringer.

I Ungdataundersøkelsen har ungdommene fått spørsmål om hvorvidt de er fornøyd med foreldrene sine. I rapporten «Sosiale ulikheter i ungdoms liv. Hva sier Ungdataundersøkelsene?» kommer det frem at ungdom med høyere sosioøkonomisk bakgrunn har noe bedre forhold til foreldrene sine enn ungdom fra lavere sosioøkonomisk bakgrunn (Bakken, Frøyland & Sletten, 2016, s. 8). Ungdom med lavere sosioøkonomisk status oppgir at de oftere krangler med foreldrene sine, at foreldrene har mindre oversikt over hva de bruker fritiden til og hvem de er sammen med, i tillegg til at en noe mindre andel oppgir at de får støtte fra foreldrene sine, sammenlignet med ungdom fra høyere sosiale lag (Bakken, Frøyland & Sletten, 2016, s. 8).

Også i Telemark oppgir at de aller fleste at de er litt eller svært fornøyd med foreldrene sine (Aase et al., 2015, s. 8). Mens 84 prosent svarer at de er litt fornøyd eller svært fornøyd med foreldrene sine, svarer 5 prosent av ungdommene i Telemark at de er svært misfornøyd med foreldrene sine (Aase et al., 2015, s. 8).

Det kommer også frem at de fleste ungdommene oppgir at foreldrene deres vet hvor de er, og hvem de er sammen med på fritiden (Aase et al., 2015, s. 8). Mens 96 prosent av ungdomsskoleelevene, og 92 prosent av elevene ved videregående skole svarer at foreldrene vet hvor de er og hvem de er sammen med, oppgir 13 prosent at de prøver å holde fritiden skjult for foreldrene sine (Aase et al., 2015, s. 17-18). Blant de som oppgir at foreldrene har innsyn i fritiden deres, er det noe flere jenter enn gutter. Dette ser man også på andre siden, der det er noe flere

gutter enn jenter holder fritiden sin skjult for foreldrene sine (Aase et al., 2015, s. 17-18).

Andelen som oppgir at de krangler med foreldrene sine er noe større på ungdomsskolen enn på videregående (Aase et al., 2015, s. 19). 22 prosent av ungdomsskoleelevene, og 19 prosent av elevene ved videregående skole oppgir at de ofte krangler med foreldrene sine. Denne andelen er endel større for jenter enn for gutter (Aase et al., 2015, s. 19).

Forhold til jevnaldrende

Forhold til jevnaldrende kan ansees som en ressurs dersom man har gode, nære vennskap, men en belastning dersom man mangler nære venner. Mens venner kan gi tilhørighet og aksept, kan mangel på venner gi ensomhet og isolasjon.

I Ungdataundersøkelsen kommer det frem at de aller fleste ungdom oppgir at de har venner å være sammen med (Bakken, Frøyland & Sletten, 2016, s. 8). Allikevel oppgir 10 prosent at de er usikre på om de har venner de de kan stole på. Blant de som oppgir at de ikke vet om de har venner de kan stole på, er ungdom fra lavere sosial lag overrepresentert. Denne gruppen oppgir også at de oftere utøver mobbing og blir utsatt for mobbing, sammenlignet med andre ungdom. Rapporten «Sosial ulikhet blant ungdom. Hva sier Ungdataundersøkelsene?» peker på et mønster der ungdom med lavere sosioøkonomisk bakgrunn ser ut til å ha en lavere sosial status blant jevnaldrende, enn ungdom fra høyere sosiale lag (Bakken, Frøyland & Sletten, 2016, s. 8).

Ungdom i Telemark ligger likt med de nasjonale tallene i andelen som oppgir at de har fortrolig venn, som de stoler på og kan betro seg til (Aase et al., 2015, s. 20). Hele 90 prosent av ungdommene oppgir at de tror, eller vet helt sikkert, at de har minst en venn de kan stole på. Her er andelen nokså lik for gutter og jenter, og for de ulike alderstrinnene (Aase et al., 2015, s. 20).

Skoletrivsel og læringsmiljø

Barnas psykososiale miljø på skolen kan bidra til å fremme eller hemme god helse, og er spesielt knyttet opp mot psykisk helse. Skoletrivsel og læringsmiljø

kan ansees som sosiale ressurser dersom elevene opplever trivsel og mestring, men belastende dersom man mangler tilhørighet eller blir mobbet.

Alle barn har rett til et inkluderende og godt læringsmiljø, ifølge Opplæringsloven § 9 a-1. I Ungdataundersøkelsene kommer det frem at de fleste ungdommer trives på skolen, mens også her ser man sosiale forskjeller. Blant ungdommene som oppgir at de mistrives på skolen, er det omtrent dobbelt så mange ungdommer med lavere sosioøkonomisk bakgrunn, enn med høyere sosioøkonomisk bakgrunn (Bakken, Frøyland & Sletten, 2016, s. 9). Mange av disse ungdommer mistrives ikke bare med opplæringen, men også med det sosiale miljøet på skolen.

2.4 Ulikheter i belastninger blant ungdom i Telemark

På lik linje med ulik tilgang til ressurser, møter barn og unge også forskjellige belastninger. I kategorien belastninger vil jeg ha fokus på mobbing, som kan ansees som en betydelig risikofaktor for å utvikle helseplager. Jeg vil også se på risikoatferd, som kan tenkes å være knyttet til manglende økonomiske, kulturelle og sosiale ressurser, i tillegg til opphopning av belastninger.

2.4.1 Mobbing

Mobbing kan defineres som «gjentatt negativ eller ondsinnet atferd fra en eller flere personer, rettet mot en person som har vanskelig for å forsvare seg» (Folkehelseinstituttet, 2016). Den negative atferden må altså skje over tid, og det må være skjevhet i maktbalansen mellom partene for at atferden skal klassifiseres som mobbing. Mobbing blir ikke ansett som en konflikt, men som et overgrep, ettersom kun den ene parten utøver den negative atferden (Folkehelseinstituttet, 2016).

På folkehelseinstituttet.no kommer det frem at om lag 63 000 barn og unge i Norge blir mobbet 2-3 ganger i måneden eller oftere. Mobbing oppleves for de fleste som en stor psykisk belastning, og øker risikoen for å utvikle psykiske plager og lidelser betraktelig (Folkehelseinstituttet, 2016).

Det skiller mellom tre ulike former for mobbing; direkte, indirekte og digital mobbing (Folkehelseinstituttet, 2016). Mens direkte mobbing innebærer mellommenneskelig kontakt som slåing, sparking, true eller fornærmelser, skjer indirekte mobbing ved sladder, rykter og annen sosial manipulasjon (Folkehelseinstituttet, 2016). Den tredje formen for mobbing skjer på internett gjennom blant annet sosiale medier.

Barn og unge som blir mobbet har over dobbelt så høy risiko for å utvikle psykiske problemer, sammenlignet med andre barn (Folkehelseinstituttet, 2016). Belastningene ser ut til å øke jo mer langvarig og systematisk mobbingen er. De vanligste psykiske plagene som skyldes mobbing er angst, depressivt stemningsleie, selvmordstanker og psykotiske symptomer, i tillegg til en rekke psykosomatiske plager som magesmerter og hodepine. Disse plagene vedvarer ofte inn i voksenlivet (Folkehelseinstituttet, 2016; Samdal et al., 2016, s. 45).

I Ungdataundersøkelsen får ungdommene spørsmål som er knyttet til mobbing, selv om ordet mobbing ikke blir brukt eksplisitt i denne undersøkelsen. Nesten 90 prosent av ungdommene oppgir at de aldri eller nesten aldri blir utsatt for plaging, trusler eller utfrysninger, mens 7 prosent oppgir at de opplever det samme hver 14. dag eller oftere. Jenter blir i større grad enn gutter utsatt for plaging og lignende, og andelen er litt høyere på ungdomsskolen enn på videregående skole (Aase et al., 2015, s. 22-23).

De aller fleste ungdommene i Telemark oppgir at de aldri, eller nesten aldri blir utsatt for plaging, trusler eller utfrysning fra andre unge på skolen eller i fritiden. (Aase et al., 2015, s. 22). 89 prosent oppgir at de aldri eller nesten aldri blir utsatt for plaging og lignende, mens 7 prosent svarer at de opplever dette hver 14. dag eller oftere. Her ligger Telemark likt med de nasjonale ungdatatallene fra 2014 (Aase et al., 2015, s. 22). Andelen som blir utsatt for plaging, trusler og utfrysning i Telemark er noe høyere for jenter enn for gutter. Blant jentene svarer 8 prosent fra ungdomsskolen og 7 prosent fra videregående at de blir utsatt for plaging og lignende hver 14. dag eller oftere, mens andelen blant guttene er 7 prosent ved ungdomsskolen og 4 prosent ved videregående (Aase et al., 2015, s. 23).

2.4.2 Risikoatferd

Det kan tenkes at mangel på økonomiske, kulturelle og sosiale ressurser, i tillegg til en opphopning av belastninger, til en viss grad kan gjenspeiles i såkalt risikoatferd. Kriminalitet og lovbrudd er gjerne forbundet med levekårsutfordringer som fattigdom og lav utdanning, og med manglende tilknytning til foreldre. Selv om jeg inkluderer risikoatferd under belastninger, kunne det også falt inn under (manglende) ressurser eller helserelatert atferd (gjennom bruk av tobakk og rusmidler).

Ungdataundersøkelsen har en rekke spørsmål knyttet til risikoatferd, som inkluderer lovbrudd med ulik alvorlighetsgrad. Mens de aller fleste av ungdommene er lovydige, oppgir 6 prosent at de har vært i kontakt med politiet på grunn av noe galt de har gjort (Aase et al., 2015, s. 55). Det vanligste lovbruddet er å laste ned filer ulovlig fra nettet, noe 29 prosent av ungdomsskoleelevene og 47 prosent av videregående elevene oppgir at de har gjort. Videre oppgir 17 prosent av ungdomsskoleelevene og 14 prosent av videregående elevene at de har vært i slåsskamp uten våpen det siste året, mens andelen som har lurt seg inn på kino, idrettsstevner, buss, tog eller lignende er 11 prosent blant ungdomsskoleelevene og 16 prosent blant elevene i videregående. (Aase et al., 2015, s. 55).

Gutter driver med risikoatferd i langt større grad enn jenter, og gutter er overrepresentert som utøvere av de fleste regelbrudd. Det er langt flere gutter enn jenter som oppgir at de har lastet ned ulovlig, vært i slåsskamp, gjort hærverk, nasket, vært i kontakt med politiet grunnet noe galt de har gjort, mens de andre regelbruddene har lite kjønnsforskjeller (Aase et al., 2015, s. 55).

2.5 Helserelatert atferd blant ungdom i Telemark

Helsevaner som kosthold, fysisk aktivitet, røyking og alkohol er tett koblet opp til helse, også her ser man klare gradienter etter utdanning (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 31). I følge rapporten er tendensen at de med høyere sosioøkonomisk status spiser sunnere og er mer i fysisk aktivitet enn grupper med lavere sosioøkonomisk status. Man ser en tendens til opphopning av dårlige

helsevaner blant de med lav sosioøkonomisk status, og en opphopning av gode helsevaner blant de med høy sosioøkonomisk status (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 31).

Disse forskjellene i helsevaner kan ifølge rapporten forklare en stor del av de sosiale ulikhetene i en rekke sykdommer (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 31). Dårlig kosthold, lite fysisk aktivitet, røyking og alkohol kan føre til livsstilssykdommer som diabetes, hjerte –og karsykdommer og lungekreft. Når man derimot skal forklare sosial ulikhet i for eksempel muskel –og skjelettplager, smertetilstander, mental helse og uførepensjon, er helsevaner mindre viktige (Dahl, Bergsli & Van der Wel, 2014, s. 31). Hvorvidt kosthold påvirker ungdoms helse i like stor grad som hos den voksne befolkningen, vil jeg se nærmere på i analysedelen.

2.5.1 Kosthold blant ungdommer i Telemark

Ungdom i Telemark spiser også langt mindre frukt og grønt enn hva Helsedirektoratet anbefaler. I rapporten «Ung i Telemark 2015» kommer det frem at under halvparten av ungdommene spiser frukt og grønt hver dag, også her synker andelen i løpet av ungdomstiden (Aase et al., 2015, s. 48). Det er flere jenter enn gutter som spiser frukt og grønt daglig. Andelen som spiser frukt hver dag blant ungdomsskoleelevene er 37 prosent blant jentene, og 25 prosent blant guttene. Blant de som svarer at de spiser grønnsaker hver dag er andelen 44 prosent blant jentene, og 35 prosent blant guttene. Andelen som spiser frukt og grønt hver dag synker på videregående hos begge kjønn (Aase et al., 2015, s. 48).

Undersøkelsen viser også at kun en av tre ungdommer spiser grovt brød hver dag, og en av tre svarer at de spiser fisk til middag sjeldnere enn ukentlig (Aase et al., 2015, s. 28). Mens andelen som drikker brus er nokså lav for begge kjønn, viser det seg at 40 prosent av guttene og 35 prosent av jentene på ungdomsskolen, spiser godteri og sjokolade 2-3 ganger i uka. Tallet er nokså stabilt gjennom ungdomstiden (Aase et al., 2015, s. 48).

I artikkelen «Kosthold blant ungdom i Porsgrunn» tar Oellinggrath og Nærum utgangspunkt i ungdomsskoler og videregående skoler i Porsgrunn. Hensikten med studiet var å sammenligne kostholdet til gutter og jenter, i tillegg til å se om

det finnes en sammenheng mellom sosioøkonomisk bakgrunn og ungdoms kosthold. Studien viste at jenter spiste langt mer frukt og bær enn guttene, uavhengig av klasstrinn (Oellinggrath & Nærum, s. 91). Langt flere gutter enn jenter spiste pizza, hamburger og chips 2-3 ganger i uken, og blant ungdomsskoleelevene drakk dobbelt så mange gutter enn jenter sukkerholdig bruk hver dag. Blant elevene på videregående skole drakk fire ganger så mange gutter enn jenter sukkerholdig brus hver dag. Når det gjaldt grovbrød, fisk og godteri fant de ingen signifikant forskjell mellom gutter og jenter (Oellinggrath & Nærum, s. 92).

For å se om det fantes sammenheng mellom kosthold og sosioøkonomisk bakgrunn, ble ulike typer matvarer satt inn i to kategorier; «anbefalt» og «kioskmat». Ungdommenes sosioøkonomiske bakgrunn ble beregnet etter fars yrke, og videre delt opp i kategoriene «arbeidere», «lavere funksjonærer» og «mellomlag og høyere». I kategorien «anbefalt mat» ser man en tydelig gradient, der ungdom med fedre med yrker i kategorien «lavere funksjonærer» spiser oftere «anbefalt mat», enn med ungdom med fedre i yrkesklassen «arbeidere».

Ifølge studien var det en svak, men allikevel signifikant positiv sammenheng mellom sosioøkonomisk bakgrunn og hvor ofte ungdommene spiste «anbefalt mat» (Oellinggrath & Nærum, s. 93). Sammenhengen var signifikant hos begge kjønn, og i begge skoletrinn. I inntak av «kioskmat» blant ungdomsskoleelevene, fant de en svak negativ sammenheng mellom sosioøkonomisk bakgrunn og hvor ofte ungdommene spiste «kioskmat». Denne sammenhengen gjaldt hos begge kjønn. Blant elevene på videregående fant de imidlertid ingen sammenheng mellom fars yrke og inntak av «kioskmat» hos hverken gutter eller jenter (Oellinggrath & Nærum, s. 93).

Ifølge rapporten «Folkehelse i Telemark 2016» er det sosiale forskjeller når det kommer til å spise frokost og lunsj (Telemark fylkeskommune, 2016, s. 35-36). Ungdommer som kommer fra familier med lav sosioøkonomisk status dropper oftere å spise frokost, enn de fra familier med høyere sosioøkonomisk bakgrunn. Det er også vanligere blant jenter enn blant gutter (Telemark fylkeskommune, 2016, s. 35-36). Andelen som spiser frokost hver dag synker med alderen. 75

prosent av ungdomsskoleelevene oppgir at de spiser frokost hver dag, mens andelen blant elevene på videregående er 58 prosent (Aase et al., 2015, s. 46).

2.6 Oppsummering

HEVAS-undersøkelsen avdekket klare kjønnsforskjeller når det gjelder subjektive helseplager, tilfredshet og selvrapportert helse, der guttene rapporterte om bedre helse og høyere grad av tilfredshet enn jentene (Samdal et al., 2016, s. 38). Også Ungdataundersøkelsen fra Telemark avdekket tydelige kjønnsforskjeller i fysiske og psykiske helseplager. Jenter rapporterer at de har flere fysiske og psykiske helseplager, og er oftere plaget, sammenlignet med gutter (Aase et al., 2015, s. 62).

I litteraturen blir årsakene til sosioøkonomiske helseforskjeller ofte inndelt i ressurser, belastninger og helseatferd. I «Ung i Telemark 2015» kom det frem de fleste ungdommer oppga at familien har god råd, at de har et godt forhold til foreldrene sine og at de har venner de kan stole på. Man ser allikevel at en liten andel ungdommer har lav tilgang til økonomiske og/ eller sosiale ressurser (Aase et al., 2015, s. 8, 19-20).

Rapporten «Ung i Telemark 2015» viste at de færreste ungdommer blir utsatt for mobbing. Også her var det kjønnsforskjeller der jenter i noe større grad enn gutter utsettes for mobbing. Andelen er litt høyere på ungdomsskolen enn på videregående skole, hos begge kjønn (Aase et al., 2015, s. 22-23). Det forekommer også klare kjønnsforskjeller i risikoatferd, der gutter er overrepresentert i de fleste type lovbrudd (Aase et al., 2015, s. 55).

Når det kommer til helseatferd kom det frem at de fleste ungdom at de spiser mindre enn den anbefalte mengden frukt og grønt. Omtrent halvparten av ungdommene spiser frukt og grønt og er aktive en time eller mer hver dag. Andelen er synkende for begge kjønn utover i ungdomstiden (Aase et al., 2015, s. 48).

Jeg har nå tatt en gjennomgang av ungdoms helse nasjonalt og regionalt i Telemark. Jeg har også sett nærmere på årsaker til sosiale helseforskjeller og hvordan ressurser, belastninger og helseatferd fordeler seg blant ungdom i

Telemark. I neste kapittel vil jeg ta for meg ulike teorier til sosiale helseforskjeller, og knytte de ulike teoriene opp mot samtidens perspektiver innen sosiologien.

3 Teorier om sosioøkonomiske ulikheter i helse

For å forstå et sosialt fenomen, må man se fenomenet i den historiske og kulturelle konteksten den oppstår i. På samme måte som helsebegrepet er sterkt knyttet opp til kulturen den defineres av, påvirkes også årsaksforklaringene til sosiale helseforskjeller av det kulturelle og vitenskapelig ståstedet til den som studerer fenomenet. Jeg vil i dette kapittelet ta en gjennomgang av ulike tilnærminger til sosiale helseforskjeller, for deretter å undersøke hvorvidt perspektivene er representative for samtidens dominerende tankegang innen sosiologien.

Elstad (2005) opererer med tre ulike tilnærminger til sosiale ulikheter i helse:

- *Den materialistiske forklaringen*
- *Helseatferdsteorien*
- *Det psykososiale perspektivet*

Disse årsaksforklaringene er delvis overlappende med inndelingen ressurser, belastninger og helseatferd som jeg brukte i det forrige kapittelet. Mens årsaksforklaringen i kapittel 2 tok utgangspunkt i fordelingen av sosiale, kulturelle og økonomiske ressurser, fokuserer den materialistiske forklaringen utelukkende på tilgangen til materielle ressurser. Helseatferdsteorien vektlegger betydningen av helsevaner, og er lik årsaksforklaringen om helseatferd som jeg så på tidligere. Kosthold, aktivitetsnivå, alkohol og tobakk står sentralt i begge forklaringene. Det psykososiale perspektivet fokuserer på hvordan stress påvirker de kroppslige systemene, og har klare likhetstrekk med belastningsbegrepet jeg så på tidligere.

3.1 Forklaringer på sosiale helseforskjeller og samtidens samfunnsteoretikere

Den materialistiske forklaringen dominerte folkehelsevitenskapen fram til midten av 1900-tallet, samtidig som funksjonalismen med Talcott Parsons som fremste representant, dominerte innen sosiologien fra 1945 til 1960-tallet (Elstad, 2005, s. 23; Aakvaag, 2008, s. 98). På denne tiden skjedde det er

paradigmeskiftet innen synet på sosiale ulikheter i helse, ettersom den materialistiske forklaringen ikke lenger kunne forklare de sosiale helseforskjellene (Elstad, 2005, s. 23-24). Samtidig svingte pendelen innen sosiologien seg fra struktur- til aktørperspektivet. Helseatferdsteorien fikk stor oppslutning, samtidig som Teorien om rasjonelle valg var hovedretningen innen sosiologien på 1960 og 1970- tallet (Elstad, 2005, s. 24; Aakvaag, 2008 s. 98). De siste tiårene har teoretikere innen sosiologien forsøkt å forene struktur- og aktørperspektivet, heriblant Bourdieu som utviklet sin konfliktteoretiske syntese i 1970-1980- årene, samtidig som det psykososiale perspektivet har fått betydelig oppslutning (Elstad, 2005, s. 31; Aakvaag, 2008, s. 149).

3.2 Den materialistiske forklaringen

Den materialistiske oppstod i en tid der mange var fattige, og levde under svært dårlige levekår. Det var liten sosial mobilitet, og klasse gikk i arv fra en generasjon til neste. Menneskene var i stor grad overlatt til omgivelsene, og hadde liten innflytelse over egne liv (Elstad, 2005, s. 19). Datidens arbeidere hadde liten innvirkning over egne arbeidsforhold og levekår, og kunne ikke velge bort dårlige arbeidsforhold eller fattigdom. Den materialistiske forklaringen la vekt på at løsningen til de sosioøkonomiske helseforskjellene, var å endre de ytre omgivelsene til de fattige. Sosialmedisinens hovedoppgave var å skape sosiale reformer, der rent vann, tilstrekkelig mat, ordentlige boliger, bedre arbeidsforhold og hygieniske boforhold til alle var målet (Elstad, 2005, s. 20).

Den materialistiske forklaringen har en naturvitenskapelig tilnærming til de sosiale forskjellene i helse (Elstad, 2005, s. 19). Det ble fokusert på hvordan de fysiske, kjemiske og biologiske omgivelsene påvirket kroppen som en biologisk-fysiologisk organisme. Dersom omgivelsene var ugunstige, ved for eksempel dårlig tilgang til mat, ugunstige boforhold og trangboddhet, vil dette kunne ha negativ påvirkning på organismen (Elstad, 2005, s. 19).

Elstad (2005) peker på at den materialistiske forklaringen langt på vei fikk rett i sine profetier. Bedre materielle omgivelser ga faktisk en mye bedre folkehelse (Elstad, 2005, s. 20). Spedbarnsdødeligheten sank betraktelig, dødeligheten ved

infeksjonssykdommer gikk ned, samtidig som levetiden ble markant høyere. Det tilhengerne av den materialistiske forklaringen derimot ikke forutså, var at de sosioøkonomiske forskjellene i helse vedvarte (Elstad, 2005, s. 20). Den materialistiske forklaringen alene ble derfor ikke en tilstrekkelig forklaring på de sosiale helseforskjellene.

Ettersom helseforskjellene vedvarte, ble grenseverdier brukt som en supplerende forklaring. Dersom levestandarden kom under grenseverdiene, ville risikoen for sykdommer og dødelighet øke (Elstad, 2005, s. 20-21). På den andre siden var ikke miljøet lenger helseskadelig når man kom over denne grenseverdien. De ytre miljøet kunne altså bedre helsen til et visst punkt, men etter denne grenseverdien var nådd, ble helsegevinsten mindre.

Hvis man skal bruke denne forklaringen i Norge i dag, vil få komme under denne grenseverdien. De aller fleste, selv de som lever under vedvarende fattigdom, har tilgang til mat, rent drikkevann og bolig, med andre ord et miljø som dekker de mest grunnleggende behovene. Den kan heller ikke forklare den sosiale helsegradienten, der gjennomsnittlig helse blir bedre jo lenger opp i det sosiale hierarkiet man kommer (Elstad, 2005, s. 21-22).

Den materialistiske forklaringen har liten oppslutning innen folkehelsevitenskapen i dag (Elstad, 2005, s. 22). Elstad (2005) trekker allikevel frem arbeidsforhold som en faktor som fremdeles er relevant i den materialistiske forklaringen. Han peker på studier som viser at arbeidsmiljøbelastninger fremdeles er en viktig kilde til sosiale helseforskjeller. Disse sosioøkonomiske forskjellene i arbeidsbelastning gjelder like mye for psykososiale belastninger, som for fysiske belastninger.

Jeg skal nå se om den materialistiske forklaringen stemmer overens med samtidsteoretikeren Talcott Parsons og funksjonalismen. Selv om den materialistiske forklaringen var på hell når funksjonalismen begynte å blomstre innen sosiologien, kan det allikevel tenkes at disse har en del like kjerneantagelser.

3.2.1 Funksjonalismen

Funksjonalismen bygger på tre grunnleggende perspektiver, der alle har sitt utspring fra biologien og studier av organismer (Aakvaag, 2008, s. 41). Den første kjerneantagelsen er at man må ta utgangspunkt i samfunnet som helheten, og forklare delene med utgangspunkt i samfunnet. Samfunnet skal altså forklares oven ifra og ned, samfunnsmedlemmers handlinger må for eksempel forklares med utgangspunkt i deres rolle eller posisjon i samfunnet (Aakvaag, 2008, s. 41).

Neste kjerneantagelse er delene, altså samfunnsmedlemmene eller institusjonene, må forklares ut ifra den funksjonen de har for samfunnet. Her går man ut ifra at enhver del har en funksjon for helheten. For det tredje er funksjonalister ute etter å finne mekanismer som bidrar til samfunnets overlevelse. Man vil med andre ord avdekke forhold som skaper orden og stabilitet i samfunnet (Aakvaag, 2008, s. 42-43).

Parsons ønsket med sin teori å danne et felles grunnlag for sosiologien. Han anså skille mellom positivismen og idealismen som et lite hensiktsmessig, og ønsket å forene aktøren og strukturen i en ny syntese. Han tok den selvstendige aktøren fra individualismen, og de ytre objektive strukturene fra positivismen og forente dem ved at aktøren er fritt velgende, men underlagt ytre strukturer (Aakvaag, 2008, s. 43).

Parsons mente at objektive strukturer ikke er avhengig av den enkelte aktør for å overleve. I strukturbegrepet legger han kultur og institusjoner, som eksisterer uavhengig av og utenfor aktøren, og i aktørbegrepet legger han både individet og atferdsorganismen, altså den fysiske kroppen (Aakvaag, 2008, s. 43). Parsons mente at aktøren styres av objektive strukturer ved at han eller hun sosialiseres inn i den gjeldende kulturen, og gjør samfunnets verdier til sine egne. Her henter Parsons inspirasjon fra Freuds begrep om internalisering (Grimen, 2012, s. 48). I tillegg til verdier, internaliserer også aktøren samfunnets rolleforventninger, og gjør disse til sine egne (Aakvaag, 2008, s. 47). Han hevdet altså at aktøren er fri innenfor de gitte strukturelle rammene. Parsons har allikevel fått mye kritikk for å gi objektive strukturer for mye plass, på bekostning av aktøren. Aakvaag (2005)

kaller dette internaliseringsdeterminisme, der strukturer styrer aktøren gjennom internalisering av rådende verdier (Aakvaag, 2008, s. 59).

3.2.2 Sosial ulikhet i helse i lys av funksjonalismen

Dersom man skal forklare sosiale helseforskjeller i lys av funksjonalismen, må man ta utgangspunkt i samfunnet som helhet, delenes funksjon og sosial integrasjon. God folkehelse er grunnleggende for et samfunn, ettersom det gjør samfunnsmedlemmene i stand til å fylle sin funksjon i samfunnet, og dermed sikrer samfunnets overlevelse. God helse er en betingelse for å utføre de oppgaver og imøtekomme de rolleforventningene aktøren er sosialisert inn i. Parsons ville nok definert helse etter hvorvidt aktørens funksjonsevne svarer til samfunnets krav (Sletteland & Donovan, 2014, s. 18). Dersom funksjonsevnen er større en kravene, er helsen god, og dersom kravene overstiger funksjonsevnen ansees helsen som dårlig.

Man kan allikevel hevde at også uhelse har en funksjon i samfunnet. Dersom aktøren ikke klarer å fylle den funksjonen han er satt inn i, kan dette føre til en viss eksklusjon fra samfunnet. Mange uføretrygdete møter nok negative sanksjoner fra andre samfunnsmedlemmer, som følge av å ikke klare å imøtekomme samfunnets krav. De internaliserte rolleforventningene kan også føre til at en del føler seg unyttige for samfunnet, og skam for å ikke klare å imøtekomme samfunnets og egne rolleforventningene. En funksjonalist ville kanskje påstå at dette har en preventiv funksjon, ved å bidra til at samfunnsmedlemmene gjør forebyggende helsetiltak for å ikke miste sin funksjon, og dermed unngå å falle utenfor felleskapet.

En funksjonalist ville kanskje også hevde at helseplager knyttet til arbeidsbelastninger er et offer den enkelte samfunnsdeltaker gjør for «the grater good». Et samfunn er avhengig av at samfunnsdeltagerne fyller forskjellige funksjoner, og det sosioøkonomiske hierarkiet sikrer at noen tar jobber «på gulvet», som er nødvendige fra et strukturperspektiv. Såkalte «lavstatusyrker» er ofte fysisk tunge, og kan gi belastningsskader som resulterer i fysiske helseplager. En funksjonalist ville nok forklart disse helseplagene som uheldig for samfunnsdeltakeren, men nødvendig fra et strukturperspektiv.

Den materialistiske forklaringen og funksjonalismen –en sammenligning

Den materialistiske forklaringen og funksjonalismen har utvilsomt klare likhetstrekk, der begge forklarer fenomener ovenfra og ned med utgangspunkt i strukturelle forhold. Begge perspektivene har forgreninger i den naturvitenskapelige tradisjonen, med utspring fra biologien. Mennesket ble i stor grad redusert til en organisme, uten særlig påvirkningskraft over omgivelsene. Synet på mennesket som utelukkende et resultat av strukturelle forhold kommer både frem i Parsons internaliseringsbegrep, men også i den dominerende samfunnsvitenskapelige forståelsen av sosialisering. I masseproduksjonens tid så det ut til at alle ble sosialisert inn i det samme mønster, og at kulturen ble overført fra foreldrene til barna på en ubevisst og ukritisk måte (Frønes, 2013, s. 19-20). Barnet selv var ikke delaktig i sosialiseringprosessen, og ble utelukkende formet av omgivelsene. Dette deterministiske menneskesynet er fremtredende i begge perspektivene.

På tross av likheter mellom perspektivene, kan man kanskje skimte en mer opprørsk undertone i det materialistiske perspektivet, mens funksjonalismen tilsynelatende ønsket å beholde status quo. Dette kan skyldes at funksjonalismen har en noe mer normativ tilnærming, mens det materialistiske perspektivet har en deskriptiv tilnærming til fenomenet.

3.3 Helseatferdsteorien

Ettersom den materialistiske ikke kunne gi en tilstrekkelig forklaring til de sosiale ulikhetene i helse, måtte man lete etter årsaken andre steder. Fra 1970-tallet fikk helseatferdsteorien stor oppslutning, samtidig ble kreft og hjerte- og karsykdommer en økende trussel mot folkehelsen. Der sykdommer tidligere hadde sammenheng med hardt fysisk arbeid og mangel på mat, så man nå at stillesittende arbeid og rikelig tilgang til mat kunne gi sykdommer. Man fikk mer kunnskap om sammenhengen mellom helsevaner og sykdommer, og oppdaget blant annet at røyking økte risikoen for blant annet kreft (Elstad, 2005, s. 24).

Det lå også politiske drivkrefter bak at helseatferdsteorien fikk større oppslutning (Elstad, 2005, s. 25). På tross av bedring i folkehelsen, økte etterspørselen helsetjenester. Det ble bygget flere sykehus, noe som førte til enorme offentlige kostnader. For å avlaste helsesektoren, ble fokuset i større grad rettet mot folks ansvar over egen helse. Denne tankegangen var i tråd med det økende fokuset på individet innen sosiologien. Mens den materialistiske forklaringen langt på vei støttet opp under ideen om at individet ble styrt av ytre omstendigheter og objektive strukturer, ble pendelen nå snudd mot individets uavhengighet og ansvar (Elstad, 2005, s. 25).

Helsevaner tok altså over som den dominerende forklaringen på årsaken til sosial ulikhet i helse. Feil kosthold, lite mosjon, røyking og overdreven bruk av alkohol og rusmidler fikk skylden for en rekke sykdommer, og fikk tilnavnet «the big four» innen helseatferdsteorien. Andre vaner som sovevaner, bruk av helsetjenester og vaner som økte risikoen for ulykker, ble også trukket frem i varierende grad (Elstad, 2005, s. 25).

Elstad (2005) trekker frem røyking som et viktig poeng i helseatferdsteorien. Omtrent 10 prosent av dødsfall i aldersgruppen 45-74 år skyldes kreft i luftveiene, noe som er sterkt knyttet opp til røyking (Elstad, 2005, s. 26). Etersom røyking er langt mer utbredt i de lavere sosiale lag, vil dette være betydningsfullt for sosiale ulikheter i helse.

Helseatferd, og spesielt «the big four», er også relevant når det kommer til hjerte – og karsykdommer (Elstad, 2005, s. 26). Disse lidelsene forårsaker omtrent hvert fjerde dødsfall i aldersgruppen 45-74 år. Årsakene er imidlertid kompliserte og sammensatte. Elstad viser til studier som antar at om lag 15-25 prosent av helseforskjellene i hjertesykdommer er knyttet til høyt blodtrykk, høyt kolesterol og røyking, som i varierende grad kan kobles til helseatferd. Mens røyking, feil kosthold og lite mosjon kan forklare en del tilfeller av hjerte – og karsykdommer og kreft i luftveiene, er sammenhengen mellom helseatferd og sosiale helseforskjeller i muskel – og skjelettlidelser, nevrologiske lidelser og psykiske lidelser mindre direkte og vanskeligere å få tak på (Elstad, 2005, s. 26).

Hvor stor betydning helsevaner har for sosial ulikhet i helse er vanskelig å fastslå. Elstad (2005) viser til en amerikansk studie fra 1998, som viser at 10-30 prosent av de sosioøkonomiske forskjellene i dødsfall skyldes for lite mosjon, dårlig kosthold, røyking, og alkohol. Et interessant spørsmål blir da hvorfor det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helseatferd? Man kan påstå at man velger sin egen helseatferd ut ifra den kunnskap og informasjon man besitter, noe som leder oss til Teorien om rasjonelle valg (heretter TRV). TRV har klare likhetstrekk med helseatferdsteorien, som begge vektlegger aktørens selvstendighet og handlingskompetanse.

3.3.1 Teorien om rasjonelle valg

Samtidig som helseatferdsteorien dominerte innen folkehelsevitenskapen, overtok mikrointeraksjonismen og teorien om rasjonelle valg (heretter TRV) som dominerende sosiologiske tenkemåter fra slutten av 1960-tallet (Aakvaag, 2008, s. 63, 98). Synet på mennesket hadde nå gjennomgått et radikalt skifte, fra funksjonalismens strukturstyrte samfunnsmedlem, til det Grimen (2012) kaller «nyttmaksimerende vesen» (Grimen, 2012, s. 225). Istedenfor å forklare fenomener i samfunnet ovenfra og ned, slik som funksjonalismen hadde gjort, begynte man nå å se på forklaringer med utgangspunkt i aktøren.

Mens både mikrointeraksjonismen og TRV satte aktøren i sentrum, skiller de seg ved at mikrointeraksjonismen vektlegger hvordan de kreative aktørene *samhandler*, mens TRV har fokus på menneskelig *valg*. TRV har to grunnleggende prinsipper; prinsippet om at sosiale fenomener skal forklares med utgangspunkt i aktørens handlinger, og at individet handler rasjonelt (Aakvaag, 2008, s. 64, 98; Alnes, 2011).

Jon Elster (1940-) er en anerkjent teoretikerne innen TRV. Han mener at det skjer to filteringsprosesser som resulterer i menneskelig handling; objektive grunner som muliggjør eller begrenser menneskelig handling, og den rasjonelle handlingsprosessen der aktøren vurderer mulighetene sine. Individet velger altså det alternativet som i størst grad vil tilfredsstillende hans eller hennes ønsker, ut ifra de ulike alternativene som er tilgjengelige. (Aakvaag, 2008, s. 102; Grimen, 2012, s. 225-226). Grimen (2012) trekker frem at dette ikke nødvendigvis gjør aktøren

egoistisk, ettersom han eller hun ikke bare drives av egne ønsker, men også av å hjelpe andre (Grimen, 2012, s. 225).

Elster hevder at handlinger begynner ved at aktøren tar et valg, på grunnlag av sine ønsker og oppfatninger (Aakvaag, 2008, s. 102). Ønsker kan defineres som «fremtidige tilstander aktøren ønsker å realisere» (Aakvaag, 2008, s. 102), og er selve drivkraften bak enhver handling. For at ønsker skal være rasjonelle må de tilfredsstille visse krav. Ønskene må være komplette, altså må alternativene må være sammenlignbare, og mulig å rangere. Ønskene må videre være logisk rangert. De må også være logisk realiserbare, stabile over tid, fremtidsrettet og autonome for å kvalifiseres som rasjonelle ønsker (Aakvaag, 2008, s. 102; Grimen, 2012, s. 226).

I tillegg til ønsker er oppfatninger grunnleggende for handling. Oppfatninger blir definert som aktørens «kunnskap om verden, og særlig om den foreliggende situasjons handlingsalternativer og deres konsekvenser (Aakvaag, 2008, s. 106). Oppfatninger er aktørens subjektive opplevelser av verden, ikke hvordan verden er objektivt. Oppfatninger må, i likhet med ønsker, imøtekomme visse krav for å ansees som rasjonelle. Oppfatninger må bygges på all informasjonen aktøren har, aktøren må også tilegne seg tilstrekkelig kunnskap, oppfatningene må bygge på logikk og være upåvirket av ønsker (Aakvaag, 2008, s. 106-108).

Ønsker og oppfatninger leder opp til et handlingsvalg, som kommer forut for handlingen. Handlingsvalg består av «en bevisst og overveid beslutning om å iverksette det beste (mest effektive) av tilgjengelige alternativer med henblikk på å realisere ønsker i lys av oppfatninger» (Aakvaag, 2008, s. 109). Også handlingsvalg har visse krav for å kunne kalles rasjonelle. Handlingsvalget må være det beste middelet til å oppnå ønsket, må være indre og ikke ytre motivert og man må stå ovenfor et reelt valg (Aakvaag, 2008, s. 109-110).

Elster henter nok mye inspirasjon fra Webers begrep om formålsrasjonalitet (Grimen, 2012, s. 221). Handlingsmodellen hans har også klare likhetstrekk med Helseoppfatningsmodellen (Health believe model), som hevder det er to faktorer som bestemmer hvorvidt individet er villig til å følge anbefalte helseendringer eller ikke (Sletteland & Donovan, 2014, s. 120). Den første faktoren er hvorvidt

man opplever at fordelene ved endringen veier opp for barrierene. Den andre faktoren er hvorvidt man opplever det som en helserisiko hvis man lar være å følge den anbefalte endringen (Sletteland & Donovan, 2014, s. 120). Hvis man for eksempel ser på røykeslutt gjennom denne modellen, må fordelene ved å slutte å røyke veie opp for ubehaget og ulempene ved røykeslutt. Man må også oppleve helsegevinsten ved å slutte å røyke som større enn risikoen ved å fortsette å røyke. Det samme gjelder for kosthold, der fordelene ved å spise sunt må veie opp for de økonomiske kostnadene, tiden det tar å lage sunn mat og for nytelsen av å spise usunn mat. I tillegg til at man må anse det som en helserisiko å spise usunn mat.

3.3.2 Sosiale helseforskjeller i lys av TRV

Man ser et lignende resonnement hvis man ser helseatferd i lys av TRVs begreper om rasjonelle handlinger. For at handlingene skal ansees som rasjonelle må aktøren ha et ønske om en helseatferdsendring. Han må også ha en oppfatning om at endringen vil bedre helsen. Dette vil deretter være grunnlaget for handlingsvalget. La oss se på eksempelet med røyking gjennom dette perspektivet. Aktøren må ønske å slutte å røyke, i tillegg til at han må ha en oppfatning at røyking er skadelig, og at det vil være en helsegevinst å slutte å røyke. Han vil deretter kunne ta et handlingsvalg om å slutte å røyke.

TRV har ofte blitt beskyldt for å overdrive refleksiviteten i aktørens handlinger, og for å projisere forskernes teoretiske blikk over på mennesket han studerer (Aakvaag, 2008, s. 120). De fleste har et lite bevisst forhold til mange handlinger man gjør i hverdagen. Man har kroppsliggjort kunnskap om hvordan man kjører bil, lager mat og andre hverdagshandlinger, noe som gjør at man slipper å overveie og vurdere kjente situasjoner. Når man derimot står ovenfor større og viktige valg, som for eksempel søke ny jobb eller skole, eller gjøre livsstilsendringer, kan nok TRV ha større gyldighet.

TRV vil hevde at helseatferd er et resultat av aktørens refleksive handlinger først når de oppfyller kriteriene til ønsker, oppfatninger og valg som er nevnt ovenfor. Dersom disse kriteriene ikke oppfylles, vil nok tilhengere av TRV anse handlingene som irrasjonelle. Mange vil nok hevde at helseatferd i stor grad er bygget på irrasjonelle handlinger, og at vaner spiller en større rolle enn

refleksivitet. Hvis man derimot skal gjøre kostholdsendringer, må man nok ha et refleksivt forhold til mat over en periode, til de nye vanene er innarbeidet. Det er kanskje nettopp dette som gjør kostholdsendringer så utfordrende, at kostholdet i stor grad baseres på vaner, og at det er vanskelig å ha et refleksivt forhold til mat? Det er nærliggende å tro at refleksive handlinger krever mer årvåkenhet, og når man er trøtt eller sulten kan fort vaner overstyre denne refleksiviteten.

3.3.3 Livsstilbegrepet –et supplement til helseatferdsteorien

Elstad supplerer helseatferdsteorien med livsstilsbegrepet. Å utelukkende se på helseatferd som et resultat av individets valg, slik som helseatferdsteorien og TRV gjør, blir ifølge Elstad (2005) en forenkling av virkeligheten. Man må i tillegg ta med de strukturelle forholdene som i varierende grad preger individets helseatferd. Livsstil kan deles inn i tradisjon, tilhørighet og markering (Elstad, 2005, s. 28).

Tradisjon er vaner som videreføres fra en tradisjon til neste, og mangler ofte refleksivitet. De gjentas ofte uten kritisk vurdering, i kraft av å være en vane, eller «slik man alltid har gjort det» (Elstad, 2005, s. 28). Mange forbinder nok begrepet tradisjon med ritualer knyttet til høytider, men inkluderer i denne sammenheng også helsevaner som kosthold og mosjon som går fra en generasjon til neste.

Videre er tilhørighet sentralt i helseatferd. Atferd er ofte koblet opp til tilhørighet i sosiale grupper man identifiserer seg med, og som man ønsker å være en del av. Atferd som for eksempel kostvaner og trening, blir også brukt for å skape et skille til andre sosiale lag eller grupper. Det kan for eksempel gi status å trene på treningssenter, være med i flere fritidsaktiviteter, spise sunn mat og lignende.

Livsstilsbegrepet åpner for at individets helseatferd ikke utelukkende er et resultat av individets handlinger, men også et resultat av kollektive og strukturelle krefter. Sletteland og Donovan (2012) setter også spørsmålsteget ved hvorvidt overvekt eller avhengighet er et valg, eller om det er dypere biologiske og psykologiske prosesser som ligger til grunn. De peker på lett tilgang til usunn mat, tobakk og alkohol som mulige årsaker til usunn livsstil (Sletteland & Donovan, 2012, s. 41).

Helseatferdsteorien og TRV –en sammenligning

Helseatferdsteorien og TRV har endel fellestrekk. De har begge et nedenifra og opp perspektiv på sosiale fenomener, og anser aktøren som fri og selvstendig. Dette ansvarlig gjør aktøren i langt større grad enn funksjonalismen.

Helseatferdsteorien fremstiller helse som et resultat av en serie helserelaterte valg, men har tilsynelatende lite fokus på hvorvidt helseatferd bunner i refleksive valg eller vaner. TRV på sin side ville nok argumentert for at helseatferd er en serie med irrasjonelle valg, mens helseatferdsendringer krever at man gjør valgene rasjonelle. Det er dermed usikkert hvorvidt disse perspektivene deler synet på aktørens refleksive handlinger eller ikke. De er uansett begge et resultat av et paradigmeskift der aktøren settes i sentrum, som motvekt til de foregående perspektivene innen sosiologi og helsevitenskapen.

3.4 Det psykososiale perspektivet

Det psykososiale perspektivet vektlegger mennesket i sitt sosiale miljø, og hvordan helsen påvirkes av mellommenneskelige relasjoner (Elstad, 2005, s. 29). Kjernen i perspektivet er at de sosiale omgivelsene skaper kognitive og emosjonelle reaksjoner i organismer, som kan fremme eller hemme helse.

Det er i dag allmenn kjent at både tanker og følelser påvirker kroppslige prosesser, og man kan ofte lese i mediene hvordan stress påvirker kroppen negativt. Elstad definerer stress som «psykisk belastning» eller «psykisk overbelastning» (Elstad, 2005, s. 30), og er de indre reaksjonene på ytre omstendigheter som fremkaller stress, som også kalles stressorer.

Elstad peker på tre måter omgivelsene kan påvirke helsen. Den første måten er at stressorer i omgivelsene kan utløse psykiske plager som angst eller depresjon, her kan det tenkes at noen er mer sårbar enn andre. Den andre måten er at stressorer kan føre til helseskadelig atferd, som for eksempel misbruk av alkohol eller andre rusmidler, i tillegg til røyking. Den tredje koblingen er at langvarige og sterke stressreaksjoner kan føre til ubalanse i de kroppslige systemene, som for eksempel hormonell ubalanse eller svekket immunforsvar. Dette kan gjøre

kroppen mer utsatt for sykdommer som ville reparert hvis kroppslige systemer var i balanse (Elstad, 2005, s. 30-31).

Når man kobler stress til sosioøkonomisk status, er tendensen at stressnivået øker med lavere sosioøkonomisk status (Elstad, 2005, s. 31). Man finner samme mønsteret her som ved den sosiale helsegradienten; jo lavere i det sosioøkonomiske hierarkiet, desto flere akutte og kroniske stressorer. Dette kan ha flere forklaringer. Den fremste årsaken går ut på at de med lavere sosioøkonomisk bakgrunn har flere ytre stressorer, enn de fra høyere sosiale lag. Stressorer fører ikke nødvendigvis til stressreaksjoner i kroppen, stress ser først ut til å oppstå når kravene overstiger de ressursene man besitter. Dersom to personer opplever de samme stressorene, men har ulik tilgang til økonomiske og sosiale ressurser, er det sannsynlig at den med mest ressurser vil oppleve mindre stress enn den med lavere sosial posisjon. Mister man jobben, kan dette oppleves mer stressende dersom man ikke har en formell kompetanse, enn hvis man har for eksempel høyere utdanning. Et annet eksempel er en plutselig uforutsett utgift, som kan oppleves stressende dersom man har lite økonomiske ressurser, men mindre stressende hvis man har de økonomiske ressursene tilgjengelig (Elstad, 2005, s. 31). Dersom man med andre ord føler man har lite kontroll over egne omgivelser, kan dette være en kilde til stress.

Her kan man trekke paralleller til Bourdieus kapitalbegrep. Jeg skal nå se nærmere på Bourdieus konfliktteoretiske syntese, og se på sosiale helseforskjeller fra dette perspektivet.

3.4.1 Pierre Bourdieus konfliktteoretiske syntese

Bourdieu utviklet sine samfunnsteorier i 1970 -1980 årene. På den tiden hadde pendelen i sosiologien svingt fra strukturorienterte teorier som funksjonalismen, til aktørorienterte teorier som TRV og mikrointeraksjonismen. Bourdieu sto i likhet med samtidsteoretikere som Giddens og Habermas, ovenfor de utfordrende oppgavene å forene den frie og selvstendige aktøren, med objektive strukturer som styrer aktøren ovenfra og ned (Aakvaag, 2008, s. 149).

Bourdieu mente at både subjektivismen og objektivismen var mangelfulle. Mens subjektivismen undergraver strukturers betydning i samfunnet, gir objektivismen

for liten plass til den selvstendige og frie aktøren. Han ønsket derfor å forene disse perspektivene, og lage en syntese der både strukturer og aktøren får sin rettmessige plass (Aakvaag, 2008, s. 149). For å avdekke objektive strukturer innførte Bourdieu begrepene sosialt rom, sosialt felt og kapital. Jeg skal nå se på disse begrepene, og se hvordan disse kan passe inn i sosiale helseforskjeller.

Kapitalbegrepet står sentralt i Bourdieu teorier. Kapital er ressurser som er begrenset, og som individer eller grupper kjemper om. Ettersom ressurser er ulikt fordelt i samfunnet, gir kapital makt og dominans (Aakvaag, 2008, s. 151). Ifølge Bourdieu er individenes kamp om å tilegne seg kapital kjernen i alt samfunnsliv. Han skiller videre mellom *økonomisk kapital*, som inkluderer materielle ressurser, som penger, eiendommer og aksjer. Dette er den mest sentrale form for kapital (Helsedirektoratet, 2010, s. 10). *Kulturell kapital* som handler om å beherske samfunnets kulturelle koder, som språk, kunnskap og sosiokulturelle ferdigheter, i tillegg til den formelle typen kulturell kapital som retter seg mot utdanning (Helsedirektoratet, 2010, s. 10).

Den tredje formen for kapital er *sosial kapital*, som inkluderer venner, familie og annet sosialt nettverk (Aakvaag, 2008, s. 152-153).

Bourdieu definerer sosial kapital som:

The aggregate of the actual or potential resources which are linked to possession of a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance and recognition- or in other words, to membership in a group- which provides each of its members with the backing of the collectivity-owned capital (Bourdieu, 1986, s. 51).

Sosial kapital er altså de ressurser aktøren har / potensielt har tilgang til gjennom medlemskap i en mer eller mindre organisert gruppe.

Det finnes en rekke likheter mellom Bourdieus kapitalbegrep, og begrepet sosioøkonomisk status som benyttes i denne avhandlingen. Økonomisk status tilsvarer Bourdieus begrep om økonomisk kapital. Denne kapitaltypen gjelder tilgangen til økonomiske og materielle goder. Det sosiale aspektet er individets sosiale nettverk som venner og familier, og inkluderer også ressurser av kulturell art. Dette tilsvarer Bourdieus kulturell og sosiale kapital, der kulturell kapital

handler om å mestre de dominerende, kulturelle kodene i samfunnet, og sosial kapital er tilgangen til sosiale nettverk.

Bourdieu innførte også begrepet *det sosiale rom*, som innbefatter klassestrukturen i samfunnet (Aakvaag, 2008, s. 151). Det sosiale rom inkluderer ulike posisjoner som aktørene kan ta, ut ifra hvilke ressurser og kapital de besitter. De ulike posisjonene defineres ut ifra om den er over, under eller likestilt med andre posisjoner. Han fremstiller det sosiale rom som en todimensjonalt rom med to akser, der den vertikale aksel representerer individets totale kapitalmengde, og den horisontale akselen viser mengden av kulturell og økonomisk kapital (Aakvaag, 2008, s. 151-153). De som har samme posisjon i samfunnet, tilhører samme klasse. Selv om Bourdieus klassebegrep har en del likheter med Marx' klasseteori, er de forskjellige ettersom Bourdieu bruker en videre definisjon av kapital enn det Marx gjorde. Mens Marx fokuserte på økonomisk kapital, opererer Bourdieu med kulturell, sosial og økonomisk kapital (Aakvaag, 2008, s. 152).

Bourdieu delte samfunnsmedlemmer videre inn i tre klasser; den dominerende klassen (borgerskapet), middelklassen (småborgerskapet) og den dominerte klassen (arbeiderklassen). Forholdet mellom klassene er basert på konflikt, der de ulike klassene må forsvare eller forbedre sin posisjon (Aakvaag, 2008, s. 153).

I tillegg til begrepet det sosiale rom, bruker Bourdieu begrepet *sosialt felt*. Et sosialt felt er et felt eller arena innenfor det sosiale rom, altså innenfor klassestrukturen i samfunnet (Aakvaag, 2008, s. 154-155). Eksempler på slike felt er økonomisk felt, religiøse felt, kunstneriske felt og lignende. Mens den generelle kapitalmengden er avgjørende for posisjonen i det sosiale rom, er posisjonen i det sosiale felt avhengig av en spesifikk type kapital. De ulike feltene har altså forskjellige kapitaltyper. Posisjonen i det politiske felt er avhengig av politisk kapital, mens posisjonene i det kunstneriske felt er avhengig av kunstnerisk kapital. Innenfor de ulike sosiale feltene er det en implisitt enighet om hvilke sosiale koder som er gjeldende, i tillegg til hvilken type kapital som er betydningsfull. Disse uskrevne reglene kaller Bourdieu for «doxa» (Aakvaag, 2008, s. 156-157).

Etter å ha sett på ulike strukturer som individet er underlagt, ofte uten å ha et bevisst forhold til dem selv (Aakvaag, 2008, s. 150), skal jeg nå se på hvordan Bourdieu plasserer aktøren i sin teori. Begrepet *habitus* er grunnleggende i Bourdieus forståelse av aktøren. Han definerer habitus som «et integrert system av varige og kroppsliggjorte disposisjoner som regulerer hvordan man oppfatter, vurderer og handler i den fysiske og sosiale verden» (Aakvaag, 2008, s. 160). Man kan med andre ord beskrive habitus som et «aggregat» der alle våre erfaringer er lagret. Dette aggregatet danner aktørens identitet, og bestemmer hvordan aktøren opplever og handler i den sosiale verden. Aakvaag trekker frem fem aspekter ved habitusbegrepet; habitus er kroppsliggjort, og kjernen i aktørens personlighet. Habitus er også de lagrede ferdigheter aktøren besitter, som gjør han eller henne i stand til å handle kompetent og ivareta sine interesser. I tillegg har habitus sitt opphav i det sosiale miljøet vi vokser opp i (Aakvaag, 2008, s. 150).

Så hvordan fletter Bourdieu begrepene om det sosiale rom og habitus sammen? Habitus er klassespesifikk, og bærer med seg en posisjon i samfunnet. Habitus går fra en generasjon til neste ved at aktøren tar opp i seg det habitus som han eller henne vokser opp i. Dette sosiale miljøet blir en del av aktøren, og vil være med på å styre hvordan personen opplever og handler. Posisjonen aktøren vokser opp i, vil dermed bli en del av hans eller hennes indre verden.

Strukturen har også en ytre påvirkning ved at aktørens posisjon i det sosiale rom, bestemmer tilgangen til ulike ressurser. I følge Bourdieu påvirker altså objektive sosiale strukturer både aktørens indre verden, gjennom habitus, og den ytre verden gjennom den posisjon aktøren blir født inn i, og dermed også aktørens tilgang til ressurser (Aakvaag, 2008, s. 162-163).

På motsatt side påvirker aktøren strukturen ved å anvende og dermed reprodusere objektive sosiale strukturer. Det sosiale rom og det sosiale felt eksisterer utelukkende fordi aktørene reproduserer dem. Aktøren reproduserer de sosiale strukturene på en kreativ måte, og er med på å forme disse (Aakvaag, 2008, s. 163).

3.4.2 Sosiale forskjeller i helse i lys av Bourdieus teori

Når man skal se på sammenhengen mellom sosioøkonomisk bakgrunn og helse, i lys av Bourdieus klasseteori, blir tilgangen til ulike ressurser et sentralt poeng. Med posisjonen i det sosiale rom, følger ulik tilgang til ressurser. Mens den samlede kapitalmengden er avgjørende for posisjonen man besitter i det sosiale rom, er posisjonen avgjørende for tilgang til ressurser. Tilgangen til ressurser blir bedre, jo høyere posisjon man har i det sosiale rom. Den dominerende klassen og middelklassen har mer kapitalmengde enn den dominerte klassen, og kan i større grad bytte økonomisk kapital inn i helsefremmende varer og tjenester, som for eksempel medlemskap i treningssenter, sunn mat, sportsutstyr og fritidsaktiviteter.

Habitusbegrepet kan også være med på å forklare sosiale ulikheter i helse. Ettersom habitus har sitt opphav i det sosiale miljøet aktøren vokser opp i, og gjenspeiler personens posisjon i det sosiale rom, vil både tilgang til ressurser og helseatferd gå i arv. Barn vil handle instinktivt ut ifra sitt habitus, som i stor grad er et resultat av foreldrenes habitus. Slik vil nok Bourdieu forklare hvordan sosiale ulikheter i helse ofte går i arv.

Det psykososiale perspektivet og Bourdieu –en sammenligning

Man kan se et visst slektskap mellom Bourdieus konfliktteoretiske og det psykososiale perspektivet innen folkehelsevitenskapen. Mens Bourdieu gir ressursbegrepet en sentral rolle, spiller den andrefiolin i det psykososiale perspektivet. Når forholdet mellom stressorer og individets ressurser blir ubalansert, kan det føre til stress. Knapphet på ressurser blir altså først et problem når de ytre kravene eller forventninger overstiger de ressursene man har til rådighet. Hvis man skal forene disse to innfallsvinklene kan man si at det psykososiale perspektivet tar for seg mulige belastninger med å tilhøre den dominerte gruppen i det sosiale rom. Mens Bourdieu plasserer aktøren på det sosioøkonomiske «kartet», peker det psykososiale perspektivet på konsekvenser av å ha en lav posisjon i hierarkiet.

Bourdieu teori har også noen likheter med den materialistiske forklaringen jeg så på tidligere. Fellestrekkene mellom de to ligger i tilgang til ressurser, der de med høyere posisjon i samfunnet har mer tilgang til ressurser, enn de laverestående

posisjoner. Her slutter også likheten mellom de to. Bourdieu har et bredere kapitalbegrep og har et mindre deterministisk menneskesyn, enn den materialistiske forklaringen. Han hevder at aktøren ikke er offer for ytre omstendigheter, men bruker objektive strukturer på en kompetent og kreativ måte. Han er imidlertid ikke helt fri for determinisme, ettersom han hevder at aktøren i stor grad preges av det sosiale miljøet man vokser opp i, gjennom habitus. Dette begrepet åpner for at aktøren i stor grad styres av ytre strukturer.

3.4.3 Oppsummering

Gjennom sammenligning av de ulike perspektivene på sosiale helseforskjeller med samtidens dominerende tenkemåter innen sosiologien, kan man konkludere med at synet på sosiale helseforskjeller til en viss grad følger den dominerende tankemåten i sosiologien. Man kan se en rød tråd i sammenligningen når det gjelder synet på aktøren, objektive strukturer eller kombinasjonen av disse; den materialistiske forklaringen har en strukturorienterte tilnærming, i likhet med funksjonalismen, helseatferdsteorien er aktørorientert slik som TRV, og den psykososiale tilnærmingen kombinerer disse på en indirekte måte, og har et visst slektskap til Bourdieus teorier.

Likhetene mellom teoriene innen sosiologien og perspektiver på sosiale helseforskjeller kan forklares med at de fleste perspektivene har samme vitenskapelige forankring. Funksjonalismen, den materialistiske forklaringen og helseatferdsteorien har sine røtter i naturvitenskapen (som medisin, biologi og biokjemi), mens TRV, Bourdieu og det psykososiale perspektivet har forankring i samfunnsvitenskapen (som sosiologi, psykologi, samfunnsøkonomi, politikk og sosialantropologi) (Elstad, 2005, s. 29; Aakvaag, 2008, s. 41, 97-98).

Jeg har nå tatt en gjennomgang av de ulike perspektivene på sosiale ulikheter i helse. Disse tre perspektivene vil jeg komme tilbake til i drøftingen av analysen, og se hvorvidt perspektivene er anvendbare til å belyse funnene fra analysen. Jeg vil nå ta en gjennomgang av induktive og deduktive forskningsopplegg, om sentrale vitenskapelige prinsipper for forskning, samt en generell gjennomgang av Ungdataundersøkelsen i Telemark og hvilke analysemetoder jeg vil bruke i analysekapittelet.

4 Metode

Den kvantitativ forskningsmetoden har forankring innen naturvitenskapen og positivismen, der søken etter årsaksforklaringer og sammenhenger gjennom fakta som kan registreres og observeres står sentralt (Drageset & Ellingsen, 2009, s. 101; Sletnes, 2018). Den grunnleggende kjerneantagelsen innen positivismen er at sosiale fenomener, i likhet med naturvitenskapelige fenomener, kan forklares gjennom sanseerfaring, gjennomført av en objektiv og verdinøytral observatør (Drageset, 2009, s. 101; Mathisen, 2008; Sletnes, 2018).

Gjennom et kvantitativt forskningsopplegg kan man få oversiktskunnskap over fenomenet man studerer. Forskningsopplegget er av ekstensiv karakter, hvor man har få variabler og mange enheter (Grimen, 2012, s. 238) Det er vanlig å bruke spørreundersøkelser, eller såkalte survey, som innsamlingsmetode. Dataene i kvantitative forskningsopplegg kan, i motsetning til kvalitativ data, tallfestes og presenteres ofte i tabeller eller diagrammer (Grimen, 2012, s. 251; Kristiansen, 2008, s. 9). Hensikten med disse presentasjonene er å sammenligne tallene, enten å finne forskjeller, utviklinger eller sammenhenger. Før man kan gjøre slike analyser av statistikk, må man først gjøre tallene så sammenlignbare som mulig (Kristiansen, 2008, s. 9).

Statistikk gir oss altså tallfestet informasjon om samfunnet (Kristiansen, 2008, s. 9). Hensikten ved kvantitativ metode er å få breddekunnskap om generelle forhold, eller å teste allerede eksisterende hypoteser eller teorier (Grimen, 2012, s. 239). Man kan deretter forklare mønstre i datamaterialet, noe som gir grunnlag for hypotesegenerering. Dette kommer jeg tilbake til i kapittelet om ulike fremgangsmåter i kvantitativ metode. Dersom et utvalg er representativt for en større gruppe eller en befolkning, kan man også gjøre statistiske generaliseringer (Grimen, 2012, s. 251; Grønmo, 2014, s. 289). Utvalget vil da kunne si noe om et fenomen, utover det utvalget som har besvart surveyen.

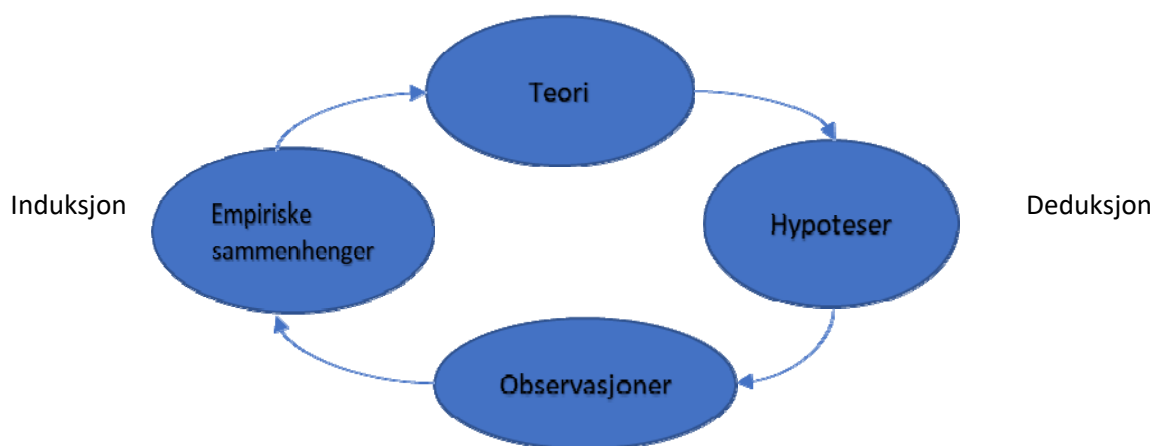
Kvantitativ metode har en stringent form, med standardiserte teknikker for å analysere dataene. Dette gjør det mulig å bearbeide og analysere store mengder data (Grønmo, 2014, s. 289). Dataene fra Ungdataundersøkelsen bearbeides

gjennom dataprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), som jeg skal bruke i avhandlingen.

Grunnen til at jeg valgte et kvantitativt forskningsopplegg, er at jeg ønsket å få oversiktskunnskap over ungdoms helse, noe som kun er tilgjengelig gjennom en kvantitativ metode. Man trenger altså litt informasjon om mange for å få et bilde av helsetilstanden i en befolkning (Grimen, 2012, s. 255). For å få innsikt i ungdoms helsetilstand i Telemark, valgte jeg en problemstilling i tillegg til to forskerspørsmål fremfor en hypotese, ettersom det foreligger lite kunnskap om fellestrekk mellom ungdom med fysiske og psykiske plager i Telemark. Når det foreligger lite kunnskap på område er det vanskelig å lage en hypotese, og mer hensiktsmessig å bruke spørsmål som utgangspunkt, noe som leder meg til deduktive og induktive forskningsopplegg.

4.1 Ulike fremgangsmåter innenfor kvantitative metoder

Det finnes to ulike tilnæringer innenfor den kvantitative metoden; induktive og deduktive forskningsopplegg (Grønmo, 2016, s. 51). Et deduktivt forskningsopplegg tar utgangspunkt i en bestemt teoretisk forståelse eller en hypotese, og tester teoriens eller hypotesens holdbarhet gjennom empiriske analyser. På motsatt side tar et induktivt forskningsopplegg utgangspunkt i empirien, og genererer teorier fra empiriske analyser. Her ligger empirien til grunn for den teoretiske forståelsen (Grønmo, 2016, s. 51). Wallace (i Ringdal, 2013, s. 46) har utviklet en vitenskapssirkel som viser hvordan deduktive og induktive metoder utfyller hverandre. Induktive forskningsopplegg lager teorigeneraliseringer bygget på empiriske analyser, som videre kan undersøkes gjennom deduktiv metode, slik figuren nedenfor illustrerer.



(Ringdal, 2015, s. 46).

Problemstillingen i avhandlingen har en induktiv tilnærming. Jeg vil ha en åpen tilnærming til hvilke faktorer som påvirker helse, og vil inkludere en rekke variabler i en eksplorerende faktoranalyse, for å se om analysen avdekker fellestrekk hos elever som har fysiske og psykiske helseplager. Jeg velger variabler jeg *tror* kan knyttes til fysisk og psykisk helse, men har ikke noen teoretiske holdepunkter for at disse har sammenheng hos ungdommer. Man kan allikevel hevde at problemstillingen også har deduktive trekk, ettersom jeg tar utgangspunkt i en inndeling som ofte blir brukt i litteraturen.

Gjennom det første forskerspørsmålet skal jeg se hvorvidt det finnes en samvariasjon mellom fysisk og psykiske plager, og undersøke hvilke variabler som har høyest korrelasjonsladninger. Med bakgrunn i teori om psykosomatiske helseplager, har jeg en hypotese om at fysiske helseplager som hodepine, anspenhet, muskelsmerter og kvalme vil ha korrelasjon til de psykiske helseplager. Til dette forskerspørsmålet har jeg derfor en deduktiv tilnærming.

Det andre forskningsspørsmålet har en deduktiv tilnærming, der jeg velger variabler ut ifra funnene fra problemstillingen, og med utgangspunkt i hvordan årsaker til sosiale helseforskjeller kategoriserer i litteraturen, og undersøker i hvilken grad disse faktorene påvirker hvorvidt ungdommer har to eller flere fysiske helseplager.

4.2 Reliabilitet og validitet

I ethvert forskningsprosjekt er det viktig å vurdere reliabilitet og validitet i datamaterialet, forskningsmetoden og forskningsresultatet. Reliabilitet handler om hvor pålitelig forskningsprosjektet er (Grønmo, 2016, s. 242). Graden av reliabilitet bestemmes av hvorvidt ulike forskningsopplegg om det samme fenomenet, utført ved samme metode, samsvarer. Dersom resultatet samsvarer med andres forskning basert på det samme datamaterialet og ved samme forskningsmetode, er reliabiliteten høy. Dette forutsetter en viss stabilitet mellom tidspunkt for undersøkelsene, et krav som er ivaretatt dersom man bruker det samme kvantitative datasettet (Grønmo, 2016, s. 242).

Validitet handler om i hvilken grad datamaterialet er relevant for problemstillingen, og hvorvidt problemstillingen og forskerspørsmålene blir besvart med det datamaterialet som blir brukt (Grønmo, 2016, s. 241). Hvis datainnsamlingen gir data som er relevant og svarer på problemstillingen, ansees validiteten for høy.

4.3 Det empiriske grunnlaget: Ungdata

4.3.1 Generelt om Ung i Telemark undersøkelsen

Ung i Telemark-undersøkelsen er en del av den nasjonale Ungdataundersøkelsen, og blir gjennomført hvert fjerde år ved samtlige ungdomsskoler og videregående skoler i fylket (Aase et al., 20015, s. 12). Levekårsundersøkelsen er en del av kartleggingsarbeidet kommunene og fylkeskommunene er lovpålagt å utføre etter folkehelseloven § 5 og § 21, som sier at alle kommuner og fylkeskommuner skal ha oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene til helse i den aktuelle kommunen eller fylket (Aase et al. 2015, s. 12). Undersøkelsen gir et bilde av oppvekstvilkårene i Telemark og inkluderer spørsmål om helsevaner, nærmiljø, foreldre og venner, skole og utdanning, bruk av tobakk og rus, psykisk og fysisk helse, fritidsaktiviteter og bruk av helsetilbud for å nevne noen.

Ungdataundersøkelsene er statlig finansiert gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet, og blir gjennomført av Norsk institutt for forskning om

oppvekst, velferd, aldring (heretter NOVA) i samarbeid med regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus). Ungdataundersøkelsen fra Telemark er et samarbeid mellom KoRus-Sør, Telemark fylkeskommune, Høgskolen i Telemark, NOVA og kommunene i Telemark. Telemark fylkeskommune og Høgskolen i Sørøst-Norge deltar i en referansegruppe for planlegging av undersøkelsene.

I 2015 svarte nesten 8500 elever i Telemark på undersøkelsen, noe som gir oss et solid grunnlag for å lage statistikk. Statistikk bør bygge på minst 500 enheter (Kristiansen, 2008, s. 38). Spørreundersøkelser med svarprosent på over 60 ansett som bra, så med en svarprosent på 84 prosent, gir det oss grunn til å tro at svarene er representative for ungdom i Telemark (Elstad, 2010, s. 157). Det er ifølge Grønmo ikke uvanlig at svarprosenten ved spørreundersøkelser utført med spørreskjemaer respondentene fyller ut selv, er ned mot 50-60 svarprosent (Grønmo, 2016, s. 209).

Undersøkelsen er bygd opp i ulike moduler, med en grunnmodul som er felles for alle ungdataundersøkelser. Kommunene kan også velge å inkludere eller ekskludere en del spørsmål. Skien fylkeskommune, Høgskolen i Telemark og KoRus-Sør valgte i fellesskap ut spørsmål som blant annet omhandler rusmidler, kjøring i ruset tilstand, samt holdninger til de to sistnevnte, kroppsbylde, matvaner, fysisk aktivitet, trivsel i nærmiljøet, foreldrenes økonomi, foreldrenes involvering i skole og en rekke andre temaer (Aase et al., 2015, s. 12).

4.3.2 UiT-undersøkelsens validitet og reliabilitet

Ungdataundersøkelsen har flere måter å ivareta reliabiliteten og validiteten i dataene. Ettersom Ungdataundersøkelsen bygger på ungdoms egne svar, vil det komme inn noen useriøse svar. For å fjerne useriøse besvarelser, ble datamaterialet «vasket». Dette skjer gjennom en såkalt filrens (Frøyland, 2015, s. 12). Dersom svarene er usannsynlige, eller kommer i selvmotsigende kombinasjoner, blir hele besvarelsen tatt bort for å øke reliabiliteten i forskningsresultatet (Aase, 2015, s. 12-14).

Validiteten i undersøkelsen sikres gjennom at spørsmålene i undersøkelsen revideres hvert tredje år. Denne revisjonen utføres for at spørsmålene skal ha gyldighet i forhold til ungdommene som blir spurt (Frøyland, 2015, s. 11). Ettersom ungdom og samfunnet for øvrig er i kontinuerlig endring, er det viktig å oppdatere spørsmålene slik at de er aktuelle for utvalget. Dette er spesielt viktig på områder der det stadig skjer endringer, som for eksempel ungdoms bruk av sosiale medier. På den andre siden vil en viss kontinuitet i undersøkelsen være nødvendig, for å kunne sammenligne og se utvikling av fenomener over tid.

4.3.3 Frafall i undersøkelsen

Det er stor variasjon i svarprosenten mellom telemarkkommunene. Bø kommune hadde lavest andel ungdom som svarte på undersøkelsen med 85 svarprosent, noe som fremdeles er veldig høy svarprosent. På motsatt side finner man Tokke og Vinje, som begge hadde svarprosent på 96 (Aase et al., 2015, s. 13).

På tross av høy svarprosent, er det viktig å reflektere over hvem som faller fra i spørreundersøkelsen. Her kan man skille det mellom det totale frafallet, som inkluderer de elevene som ikke var på skolen den aktuelle dagen spørreundersøkelsen fant sted, og partielle fraværet som er de elevene som ikke gjennomførte hele spørreundersøkelsen (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, 2010). Grønmo (2016) peker på tre grunner til det partielle frafallet; respondentens vilje og evne til å svare, i tillegg til respondentens forståelse av spørsmålene (Grønmo, 2015, s. 209-210). Ettersom Ungdataundersøkelsen er nokså omfattende, stiller den visse krav til respondentens leseferdigheter, konsentrasjon og evne til å arbeide effektivt. Frafallets påvirkning på analysen og funnene, vil ha mindre betydning, jo høyere svarprosent. Ettersom UiT-undersøkelsen har en svarprosent på 84, er det grunn til å tro at frafallet ikke er høyt nok til å påvirke reliabiliteten i for stor grad.

4.3.4 Sensitive spørsmål

I UiT-undersøkelsen finner man flere spørsmål som kan klassifiseres som sensitive spørsmål. Dette gjelder for eksempel spørsmål om familiens økonomi, antall venner, mobbing og lignende. Sensitive spørsmål kan vekke negative

følelser hos respondenten, og kan føre til useriøse eller manglende svar (Grønmo, 2016, s. 209). Det er derfor nærliggende å tenke at andelen elever som svarer på sensitive spørsmål, er mindre enn på spørsmål som ikke er av sensitiv karakter.

4.4 Ivaretagelse av reliabilitet og validitet i egen avhandling

Jeg skal ivareta reliabiliteten i avhandlingen gjennom å være systematisk og punktlig. Her blir det et sentralt poeng å bearbeide datamaterialet på en nøyaktig og selvkritisk måte, i tillegg til å gjøre analyser og tolkninger transparent for leseren. For å sikre validitet i masteravhandlingen blir det viktig å ta et steg tilbake, og se om variablene jeg bruker fra Ungdataundersøkelsen faktisk er relevant til problemstillingen min. Ettersom den avhengige variabelen i avhandlingen er fysisk og psykisk helse, blir det viktig å skille mellom hva som går inn under helse, og hva som går inn under levekår og livskvalitet, og er utenfor problemstillingen min. En del av spørsmålene vil nok havne i en gråsoner mellom disse temaene, og validiteten må vurderes hos hver enkel variabel.

Det er også viktig å være bevisst mitt eget ståsted og fortolkninger, noe Neumann og Neumann (2012) kaller situering. Datamaterialet jeg har tilgang til gir oversiktskunnskap over sosiale helseforskjeller blant ungdom i Telemark, men viser ikke de mer dyptgående eller bakenforliggende sannheten om fenomenet. Det er derfor opp til den som studerer analysen å finne plausible årsakssammenhenger. Tolkningen av analysen vil kunne påvirkes av forskerens vitenskapelige ståsted og erfaringer. Her er det viktig å ha et åpent sinn og en ydmyk holdning til at tolkningene kan være mangelfulle.

4.5 Etske hensyn

Etske hensyn har også en sentral rolle i en masteravhandling. Her lener jeg meg på Grønmos (2014) tre grunnleggende prinsipper for samfunnsvitenskapelig virksomhet. Det første prinsippet er at sannhet skal være en overordnet verdi i all forskningsvirksomhet (Grønmo, 2014, s. 30). I dette legger han at samfunnsforskere søker sann kunnskap og informasjon gjennom hele

forskningsprosessen. Dette prinsippet inkluderer også at forskeren må være fleksibel og åpen, og villig til å endre synspunkter. Et rigid og egenrådig tankesett vil kunne hindre forskerens søken etter sannhet. Dette er et ontologisk prinsipp, der kjernen er å ikke bare akseptere eksisterende sannheter, men undersøke fenomenets mest grunnleggende sannhet (Grønmo, 2014, s. 30; Bøhn, 2017).

Det andre prinsippet er at oppfatningen om samfunnet ikke har *en* sannhet, men endrer seg etter hvem som observerer (Grønmo, 2014, s. 31). Dette kaller Neumann og Neumann kaller situering (Neumann & Neumann, 2012, s. 7). Forskerens teoretiske ståsted, i tillegg til metodene som brukes, vil påvirke forholdene som studeres. Forskere som studerer samme fenomen, kan altså trekke ulike slutninger basert på ulike teoretisk ståsted og ulik forskningsmetode. Dette er et epistemologisk prinsipp, ettersom det innbefatter hvordan objektet endres etter subjektets ståsted (Grønmo, 2014, s. 31; Holmen, 2017).

Det tredje prinsippet er at sannheten skal bygge på rasjonalitet. Det betyr ikke at fenomenet som studeres må være logisk, men at fremgangsmåtene for kunnskap bygger på en felles, rasjonell forståelse. Grønmo kaller dette prinsippet metodologisk, ettersom dette prinsippet er rettet mot krav til metodene som brukes i samfunnsvitenskapen (Grønmo, 2014, s. 31).

Grønmo (2014) tar videre for seg syv forskningsetiske normer. Disse normene er åpenhet, forpliktelse til skepsis og revurdering av sannheter, forskningens uavhengighet, universalisme og originalitet, i tillegg til at forskeren skal være redelig, ydmyk og åpen om egne begrensninger (Grønmo, 2016, s. 32-33). Jeg vil følge disse etiske normene blant annet ved å vise åpenhet og være selvkritisk til egen virksomhet, i tillegg til å gjengi resultater nøyaktig, være redelig og sannferdig.

4.6 Analysemetoder

For å undersøke problemstillingen vil jeg gjøre en eksplorerende faktoranalyse, for å besvare forskerspørsmål 1 vil jeg gjøre korrelasjonsanalyse og i gjennomføringen av forskerspørsmål 2 vil jeg gjøre en logistisk regresjonsanalyse. Jeg vil nå ta en gjennomgang av disse tre analysemetodene, for deretter å se

nærmere på hvordan den avhengige og de uavhengige variablene operasjonaliseres.

4.6.1 Faktoranalyse

Faktoranalyse er en statistisk metode som kan benyttes til å analysere data med mange variabler. Analysemetoden gjør det mulig å måle fenomener som ikke er direkte observerbare, gjennom å analysere korrelasjonsladningene til et sett observerbare variabler (Bjerkan, 2012, s. 253). Variablene som har høye korrelasjonsladninger til hverandre, kan ha samme underliggende faktor.

Det overordnet begrepet faktoranalyse inkluderer to fremgangsmåter; *prinsippal komponentanalyse* (heretter PCA) og *faktoranalyse* (FA) (Johannessen, 2008, s. 167). PCA brukes som et hjelpemiddel for å avdekke underliggende faktorer i datasettet (Svartdal, 2017). Ved å undersøke korrelasjonsladningene mellom variablene, kan man se hvorvidt enkelte variabler har felles underliggende faktorer. La oss si at en analyse viser at korrelasjonsladningen mellom variablene -plutselig redd uten grunn og -stadig redd eller engstelig er 0,783. Denne høye korrelasjonsladningen gir en indikasjon på at variablene kan ha samme underliggende faktor, som det gjelder å spesifisere på en mest mulig konsis og dekkende måte. PCA er av konfirmerende karakter, der man tar sikte på å teste eksisterende hypoteser. Man tar altså utgangspunkt i en teori, eller har visse forventninger forut for analysen (Svartdal, 2017). Denne fremgangsmåten kan derfor være velegnet ved et deduktivt forskningsopplegg.

Dersom man ønsker å forenkle et datasett ved å gjøre et stort antall variabler om til et mindre antall faktorer, bruker man FA (Johannessen, 2008, s. 167). Man reduserer da kompleksiteten i datasettet, og gjør det lettere å plukke opp eventuelle strukturer eller mønstre (Bjerkan, 2012, s. 253). Denne formen for faktoranalyse har en eksplorerende karakter, der man tar utgangspunkt i data, uten noe spesiell teori (Svartdal, 2017). FA kan derfor egne seg ved et induktivt forskningsopplegg.

For å besvare problemstillingen vil jeg bruke eksplorerende faktoranalyse (FA). Grunnen til at jeg valgte en FA er fordi den er en velegnet analysemetode dersom man ønsker å finne mønstre i et datasett med mange variabler. Faktoranalysen vil

samle variablene (med høye korrelasjon til hverandre) til faktorer, og jeg kan da se hvilke faktorer som har korrelasjon til helsefaktorene. Faktorene som har korrelasjon (over et visst nivå) til helsefaktorene, kan anees som fellestrekk hos ungdommene som har fysiske og psykiske helseplager.

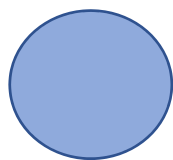
For å kunne utføre en faktoranalyse (både FA og PCA), må variablene som brukes oppfylle en rekke kriterier. Johannessen (2008) tar for seg fire kriterier som må imøtekommes for å kunne utføre en faktoranalyse:

1. For det første må dataene baseres på visst antall enheter. I følge Tabachnick og Fidell (2007) bør dette antallet overstige 300 enheter, noe avhengig av korrelasjonsgraden (i Johannessen, 2008, s. 167). Dersom faktorladningene er høyere enn 0,80, kan antall enheter halveres.
2. Videre krever en faktoranalyse at man ha minst tre variabler. Disse variablene må også imøtekomme visse krav. Det første kravet er at variablene må være på ordinal-, intervall- eller forholdstallsnivå. Verdiene på ordinalnivå ordnes i en logisk rekkefølge (for eksempel svært god råd, nokså god råd, hverken god eller dårlig råd, nokså dårlig råd og dårlig råd), mens verdier på intervallnivå i tillegg har like intervaller mellom verdiene. Et eksempel på variabler på intervallnivå er grader på et termometer, der avstandene mellom variablene har lik avstand (Johannessen, 2008, s. 45). Forholdstallsnivå har i likhet med verdier på intervallnivå like intervaller, men kan i tillegg rangeres i forhold til hverandre. Variabelen inntekt er eksempel på en variabel på dette målnivået, der en inntekt på 200 000 kroner er halvparten av en inntekt på 400 000 kroner (Johannessen, 2008, s. 45).
I tillegg til at variablene må kunne rangeres, må de ha minst fire verdier. Unntaket er dersom man skal utføre en eksplorerende faktoranalyse eller dersom korrelasjonsladningen er moderat, altså mellom 0,60-0,70 (Kim & Mueller i Johannessen, 2008, s. 169).
3. Det tredje kravet er at fordelingen på variablene bør være normalfordelt. Dette gjelder spesielt dersom man skal utføre en konfirmerende faktoranalyse, mens en eksplorerende faktoranalyse kan være verdifull også uten normalfordeling (Tabachnick & Fidell i Johannessen, 2008, s. 169).
4. Det fjerde forutsetning er at variablene har lineære sammenhenger. For at det skal være hensiktsmessig å utføre en faktoranalyse, må det foreligge visse faktorladninger mellom variablene.

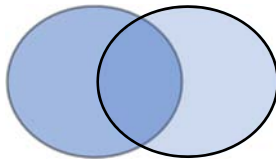
En konfirmerende faktoranalyse (PCA) har en langt mer stringent form enn en eksplorerende faktoranalyse (FA). Ved PCA må man følge imøtekomme samtlige av de overnevnte kriteriene, mens man ved FA har et noe mer åpent utgangspunkt. Selv om jeg skal bruke FA, må jeg imøtekomme samtlige krav, med unntak av punkt 3. Det første punktet stiller krav til antall enheter i datasettet, noe som blir innfridd gjennom det høye antallet enheter i Ungdataundersøkelsen. Punkt 2 blir også innfridd da jeg bruker over 60 variabler, som alle er på ordinal- og forholds nivå. Variablene har mellom tre til fem verdier, noe som er akseptabelt i en FA, men ikke til PCA. For å imøtekomme det fjerde kravet, vurderer jeg korrelasjonsladningene i en korrelasjonsanalyse, og tar vekk variabler som har gjennomgående lave korrelasjonsladninger til de andre variablene.

4.6.2 Korrelasjonsanalyse

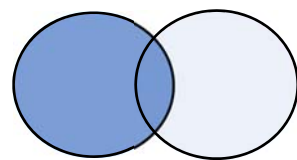
Korrelasjonsanalyse brukes til å finne korrelasjonen eller samvariasjonen mellom variabler. Et mye brukt mål for å måle koeffisienten er Pearsons produktmomentkorrelasjon, mest kjent som Pearsons r (Johannessen, 2008, s. 121). Pearsons r varierer vanligvis mellom -1 og $+1$, der 0 er ingen korrelasjon og 1 er full korrelasjon. Korrelasjonskoeffisientene forteller oss i hvilken grad variabler henger sammen eller overlapper hverandre. Dersom koeffisienten er $(+/-) 1$ er variablene fullstendig overlappende, ved $(+/-) 0,5$ er de delvis overlappende, og ved $(+/-) 0,33$ til variablene til en viss grad overlapper hverandre, som illustrert nedenfor.



Koeffisient $(+/-) 1$



Koeffisient $(+/-) 0,5$



Koeffisient $(+/-) 0,33$

Tabell 1. Oversikt over hvordan korrelasjonskoeffisienten graderes.

r=	r²=	Sammenhengens styrke
0-0,29	0-0,08	Ingen eller svak sammenheng
0,30-0,49	0,09-0,24	En viss sammenheng
0,50-0,69	0,25-0,48	Middels sammenheng
0,70-0,89	0,49-0,70	Sterk sammenheng
0,90-1,00	0,71-1,00	Svært sterk sammenheng

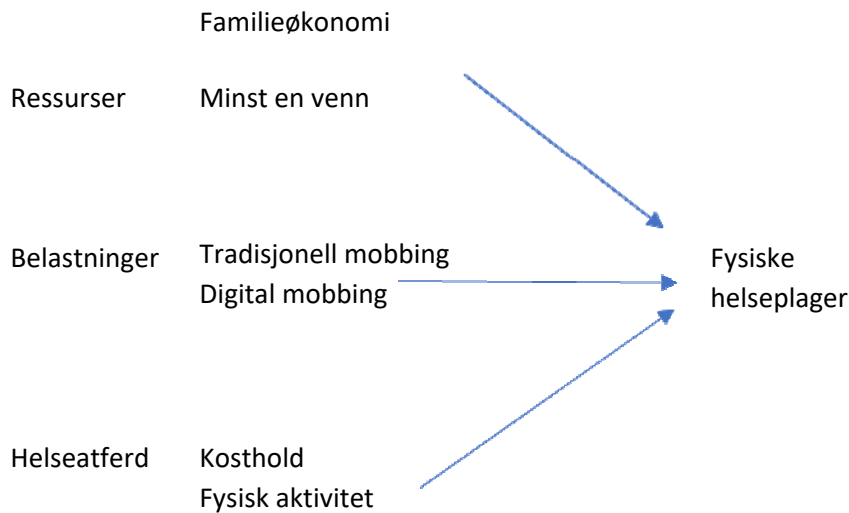
(Kristiansen, 2008, s. 120).

Man må allikevel ikke se seg blind på korrelasjonskoeffisienten. Korrelasjon mellom variabler gir ingen garanti for at det foreligger årsakssammenhenger, men gir en indikasjon på at det kan være en sammenheng. Korrelasjonen kan også skyldes andre underliggende faktorer, noe som gjerne kalles spuriøse sammenhenger (Tønnessen, 2018). Et hypotetisk eksempel på en spuriøs korrelasjon kan være at det finnes en sterk positiv korrelasjon mellom variablene hjerte -og karsykdommer og bruk av briller. Dersom man kun ser på korrelasjonskoeffisienten og ikke bruker sunn fornuft, kan man tenke seg at bruk av briller fører til hjerte -og karsykdommer eller omvendt, mens kanskje den egentlige underliggende årsakssammenhengen er at begge variablene øker med alder (Frøslie, 2017).

4.6.3 Regresjonsanalyse

Regresjonsanalyse er et velegnet verktøy for å undersøke hvordan mange uavhengige variabler påvirker *en* avhengig variabel. Ettersom en lineær regresjonsanalyse krever at den avhengige variabelen har minst fem verdier, vil jeg gjøre en logistisk regresjonsanalyse (Johannesen, 2008, s. 159). Ettersom jeg vil gjøre den avhengige variabelen i denne analysen dikotom (verdiene 0 og 1), vil jeg utføre en bivariat logistisk regresjon.

Formålet med analysen er å se i hvilken grad flere kategorier av uavhengige variablene kan forutse utfallet på den avhengige variabelen (Pallant, 2010, s. 169). Dette kan illustreres slik:



Variablene til en regresjonsanalyse krever en del preparasjon før de er klare for analysen. Jeg gjør den avhengige variabelen (fysiske helseplager) over til en dummyvariabel med verdiene 0 og 1, der 0 er elevene som ikke har fysiske helseplager/ en fysisk helseplage, mens 1 er de som har to eller flere fysiske helseplager. Jeg velger å gruppere etter antall fysiske helseplager, men jeg kunne også ha delt opp gruppene etter hvor ofte elevene er plaget med fysiske helseplager.

De avhengige variablene gjøres om til dummyvariabler i selve regresjonsprogrammet. Jeg kjører også en deskriptiv analyse av hver uavhengige variabel, og undersøker hvorvidt hver kategori har over 50 enheter, som er det kritiske punktet for antall enheter per verdi. Dersom det er færre enheter, slår jeg to verdier sammen (Pallant, 2010, s. 168). Variabelen «Har familien din hatt god eller dårlig råd/ økonomi de siste to årene? -Vi har hatt dårlig råd hele tiden» er den eneste som er nærme minimumsgrensen (53 enheter). Jeg velger derfor å slå denne sammen med «stort sett hatt dårlig råd» til en felles verdi jeg kaller «dårlig råd», der dårlig råd er kodet 1 og «god råd» kodet 0.

Videre bør de uavhengige variablene ha minst en viss sammenheng med den avhengige variabelen (fortrinnsvis over 0,3), mens de uavhengige variablene i minst mulig grad bør interkorrelere. Dersom de har en korrelasjonsladning over 0,7, bør de ikke inngå i samme analysen (Pallant, 2010, s. 158).

4.7 Beskrivelse av variablene som inngår i analysene

4.7.1 Beskrivelse av den avhengige variabelen

Den avhengige variabelen i avhandlingen er fysiske og psykiske helseplager. Grunnen til at jeg klassifiserer to sett med variabler som *en* uavhengig variabel er fordi disse to er likestilte både i problemstillingen og i forskerspørsmål 1. I forskerspørsmål 2 har jeg kun med variabler knyttet til fysiske helseplager. I datasettet har fysiske helseplager variabelnavnet helseplager, mens psykiske helseplager har blitt operasjonalisert gjennom spørsmål som måler depressive symptomer og angstplager.

Man kan argumentere for at det blir kunstig å skape et klart skille mellom fysiske og psykiske helseplager, og at det kan det være hensiktsmessig å tilnærme seg helseplager på en mindre rigid måte, med en glidende overgang mellom de to. Det er ikke alltid enkelt å skille fysiske og psykiske helseplager fra hverandre, og en del helseplager vil ofte opptre sammen. Jeg antar at variablene matthet eller svimmelhet og stivhet eller anspenhet er noen av variablene som havner i gråsonen mellom fysiske og psykiske helseplager.

Det samme argumentet kan brukes om depressive symptomer og angstplager som kan opptre samtidig og ha lignende/ overlappende symptomer, som eksempelvis bekymret deg for mye om ting, følt deg stiv eller anspent, søvnløshet. Jeg har allikevel valgt å klassifisere symptomene som fysiske og psykiske helseplager (herunder depressive symptomer og angstplager) i analysen, både fordi det er lagt opp slik i Ungdataundersøkelsen, og fordi det gjør tolkningen mer oversiktlig.

Variablene som inngår i fysisk helse er samtlige variabler som spør eksplisitt om fysiske helseplager (og har variabelnavnet helseplager i datasettet), i tillegg til ett

spørsmål om bruk av reseptfrie legemidler. Den sistnevnte variabelen valgte jeg ettersom den kan fange opp helseplager som ikke er blant svaralternativene, eller andre diffuse helseplager. Grunnen til at jeg kun tar med spørsmål som spør eksplisitt om helseplager, og ikke spørsmål som bruk av helsetjenester, er fordi det blir umulig å vite årsaken til bruk av helsetjenesten. For å ivareta reliabiliteten i analysen velger jeg derfor variabler spør direkte om helseplager.

Jeg skal nå ta et dypdykk i variablene knyttet til psykisk og fysisk helse. Disse variablene er hjørnesteinene i fenomenene jeg ønsker å studere, og jeg vil derfor vie ekstra oppmerksomhet til disse gjennom å se på hvordan variablene operasjonaliseres, se på frekvensfordelingen, og deretter kommentere tabellene.

Tabell 1. Operasjonalisering av variablene fysisk og psykisk helse.

Teoretisk begrep	Variabelnavn	Variabelbeskrivelse	Verdi
Fysiske helseplager	Helseplager	Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned? -Hodepine. -Nakke –og skuld smerter. -Ledd –og skuld smerter. - Magesmerter. -Kvalme. - Hjertebank.	1=Ikke plaget i det hele tatt 2=Lite plaget 3=Ganske mye plaget 4=Veldig mye plaget
	Medikamentbruk	Hvor ofte har du brukt reseptfrie medikamenter (Paracet, Ibux og lignende) i løpet av siste måneden?	1=Ingen ganger 2=Sjeldnere enn en gang i uka 3=Minst ukentlig 4=Flere ganger i uka 5=Daglig

Psykiske helseplager	Depressive symptomer	<p>Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette?</p> <p>-Følt at alt er et slit.</p> <p>-Hatt søvnproblemer.</p> <p>-Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert.</p> <p>-Følt håpløshet med tanke på fremtiden.</p> <p>-Følt deg stiv eller anspent.</p> <p>-Bekymret deg for mye om ting.</p> <p>-Følt deg ensom.</p> <p>-Vært sint eller aggressiv.</p>	<p>1=Ikke plaget i det hele tatt</p> <p>2=Lite plaget</p> <p>3=Ganske mye plaget</p> <p>4=Veldig mye plaget</p>
	Angstplager	<p>Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette?</p> <p>-Plutselig redd uten grunn. -</p> <p>-Stadig redd eller engstelig.</p> <p>-Matthet eller svimmelhet. -</p> <p>-Nervøsitet, indre uto.</p> <p>-Lett for å gråte.</p> <p>-Lett for å klandre deg selv.</p>	<p>1=Ikke plaget i det hele tatt</p> <p>2=Lite plaget</p> <p>3=Ganske mye plaget</p> <p>4=Veldig mye plaget</p>

I statistikkene over fysiske og psykiske helseplager tar jeg også med missing, for å vise det partielle frafallet. Frafallet er omtrent 5 prosent for samtlige variabler, noe som er akseptabelt.

Tabell 2. Deskriptiv statistikk av samlemål for fysiske helseplager.

Verdi	Hodepine	Nakke -og skuldersmerter	Ledd -og muskel smerter	Magesmerter	Kvalme	Hjertebank
1 (Ikke plaget i det hele tatt)	22,20 %	41,50 %	49,80 %	38,20 %	41,70 %	68,90 %
2 (Lite plaget)	50,40 %	36,50 %	31,90 %	41,10 %	41,60 %	18,30 %
3 (Ganske mye plaget)	18,40 %	11,90 %	9,20 %	12,80 %	9,10 %	5 %
4 (Veldig mye plaget)	4,90 %	5,20 %	3,90 %	2,90 %	2,60 %	2,20 %
Gjennomsnittsverdi	2,06	1,80	1,65	1,79	1,71	1,37
Standardavvik	0,79	0,86	0,82	0,79	0,75	0,69
N	5264	5217	5203,00	5214,00	5214,00	5177,00
Manglende svar	4,10 %	4,90 %	5,20 %	5 %	5 %	5,60 %

Tabell 2 viser fordelingen mellom de ulike fysiske helseplagene. Tabellen viser at de fleste ungdommer oppgir at de ikke er plaget i de hele tatt eller er lite plaget.

Man kan også se at nakke -og skuldersmerter er den fysiske helseplagen som ungdommene er oftest plaget av, etterfulgt av hodepine.

Tabell 3. Deskriptiv statistikk over variabelen «Hvor ofte har du brukt reseptfrie medikamenter (Paracet, Ibux og lignende) i løpet av den siste måned?»

Verdier	Hvor ofte har du brukt reseptfrie medikamenter
Ingen ganger	34,80 %
Sjeldnerer enn en gang i uka	43,30 %
Minst ukentlig	9,00 %
Flere ganger i uka	6,10 %
Daglig	2,00 %
Gjennomsnittsverdi	1,92
Standardavvik	0,95
N	5216
Manglende svar	4,90 %

I tabell 3 kommer det frem at 78,1 % svarer at de har brukt reseptfrie medikamenter sjeldnere enn en gang i uka eller ingen ganger den siste måned.

Tabell 4. Deskriptiv statistikk av samlemål for depressive symptomer.

Verdier	Følt at alt er et slit	Hatt søvnproblemer	Følt deg ulykkelig, trist eller depriment	Følt håpløshet med tanke på fremtiden	Følt deg stiv eller anspent	Bekymret deg for mye om ting	Følt deg ensom	Følt deg sint eller aggressiv
Ikke plaget i det hele tatt	33,30 %	40,70 %	49,80 %	56,20 %	49,80 %	36,30 %	55,90 %	45,30 %
Lite plaget	32,60 %	32,90 %	25,80 %	22,30 %	28,50 %	29,00 %	22,40 %	31,80 %
Ganske mye plaget	17,90 %	13,90 %	12,10 %	9,70 %	11,30 %	17,90 %	9,30 %	11,20 %
Veldig mye plaget	11,20 %	7,80 %	7,50 %	6,90 %	5,20 %	12,00 %	7,20 %	6,70 %
Gjennomsnittsverdi	2,07	1,88	1,76	1,66	1,70	2,06	1,66	1,78
Standardavvik	1,003	0,941	0,954	0,929	0,880	1,034	0,936	0,910
N	5214	5231	5229	5217	5203	5220	5202,00	5207,00
Manglende svar	5,00 %	4,70 %	4,70 %	4,90 %	5,20 %	4,90 %	5,20 %	5,10 %

Tabell 4 viser at -bekymret deg for mye om ting er den variabelen knyttet til depressive symptomer som flest ungdom er plaget med daglig, etterfulgt av variabelen -følt at alt er et slit.

Tabell 5. Deskriptiv statistikk av samlemål for angstplager.

Verdier	Plutselig redd uten grunn	Stadig redd eller engselig	Matthet eller svimmelhet	Nervøsitet, indre uro	Lett for å gråte	Lett for å klandre deg selv
Ikke plaget i det hele tatt	75,90 %	77,50 %	59,90 %	62,60 %	58,10 %	56,90 %
Lite plaget	13,60 %	11,00 %	22,00 %	18,70 %	18,20 %	18,20 %
Ganske mye plaget	3,50 %	3,90 %	9,20 %	9,30 %	10,70 %	10,80 %
Veldigmye plaget	2,20 %	2,40 %	3,70 %	4 %	7,80 %	8,50 %
Gjennomsnittsverdi	1,28 %	1,27 %	1,54	1,52	1,66	1,69
Standardavvik	0,643	0,659	0,823	0,837	0,971	0,992
N	5221	5204	5202	5196	5201	5188
Manglende svar	4,80 %	5,20 %	5,20 %	5,30 %	5,20 %	5,40 %

Tabell 5 viser at -lett for å klandre deg selv er den angstplagen som flest ungdommer opplever daglig, etterfulgt av variabelen -lett for å gråte. Tabellene ovenfor viser en gjennomgående høyere forekomst av depressive symptomer og angstplager, sammenlignet med fysiske helseplager.

4.7.2 Beskrivelse av de uavhengige variablene

For å svare på problemstillingen har jeg valgt ut 33 variabler (i tillegg til helsevariablene) som kan tenkes å kunne påvirke ungdoms fysiske og psykiske helse. På grunn av omfanget av tabellen velger jeg å kun legge med denne som vedlegg (se tabell 9.1.1). Jeg vil blant annet ta med variabler knyttet til sosioøkonomisk bakgrunn (familieøkonomi, foreldrenes utdanning, antall ferier siste året, bøker og datamaskiner i hjemmet og biler) tilgang til sosiale ressurser (minst en venn, fornøyd/misfornøyd med ulike sider av livet), belastninger (mobbing, problematferd) og helserelatert atferd (kosthold). Det er allikevel ikke sikkert at samtlige av variablene vil inngå i den endelige faktoranalysen, ettersom jeg vil ta ut variabler med lave korrelasjoner. Jeg vil også vurdere variablene opp mot kriteriene som stilles til variabler som brukes i faktoranalyse (se kapittel 4.5.1.)

I regresjonsanalysen vil jeg bruke mange av de samme variablene som i faktoranalysen, men også legge til variabelen -har du eget soverom, som det kommer frem i tabell 6.

Tabell 6. Deskriptiv statistikk over variablene som brukes i regresjonsanalysen.

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Har du eget soverom?	5438	1	2	1,03	0,184
Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene?	5331	1	5	1,9	0,916
Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?	5318	1	4	1,45	0,715
Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida?	5354	1	6	5,32	1,149
Blir du selv utsatt for plaging eller trusler fra andre unge via Internett eller mobil?	5322	1	6	5,63	0,866
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grønnsaker/salater	4943	1	6	1,98	1,159
Valid N (listwise)	4660				

5 Analyse

5.1 Faktoranalyse

Før jeg går i gang med eksplorerende faktoranalyse vil jeg ta en kort gjennomgang av tre sentrale begreper innen faktoranalyse; kommunalitet, eigenvalue og forklart varians. *Kommunalitet* viser hvor mye av variansen til variablene som kan forklares med faktorene (Johannessen, 2009, s. 175). *Eigenvalue* (heretter egenverdi) sier noe om størrelsen på faktoren (Johannessen, 2008, s. 174). Dette regnes ut ved å summere faktorladningene til alle variablene inkludert i samme faktor. Egenverdien bør være høyere enn 1, for at faktoren skal ha tilstrekkelig høye eller antall korrelasjonsladninger (Linnerud, Oklevik & Slettvoll, 2004, s. 75). *Forklart varians* regnes ut ved å dele egenverdien på antall variabler. For å gjøre om til prosent, ganger man med 100 (totalt forklart varians) (Linnerud, Oklevik & Slettvoll, 2004, s. 75).

5.1.1 Oblik eller ortogonal rotasjonsmetode

Når man skal utføre en faktoranalyse, må man foreta en rekke valg, som bestemmes ut ifra hva slags analyse man skal foreta seg. Jeg skal som nevnt gjøre en eksplorerende faktoranalyse (FA), og må velge ekstraksjon og rotasjon ut ifra det. Ifølge Bjerkan (2012) bør man velge en Principal factor analysis/ principal axis factoring (PFA) dersom man skal gjøre en eksplorerende faktoranalyse, ettersom denne forenkler datamaterialet. Jeg velger ut antall faktorer ved Kaisers criterion (ved å huke av på eigenvalue greater than 1), men huker også av på scree plot.

Videre må man foreta en rekke valg når man velger rotasjonsmetode. Rotasjonens funksjon er å maksimere de høye korrelasjonsladninger mellom variablene, samtidig som den minimerer de lave korrelasjonsladningene. Dette gjør analysen enklere å tolke, ettersom variablene får høye korrelasjonsladninger til *en* faktor, i stedet for å ha lave korrelasjon til flere faktorer (Johannessen, 2008, s. 177).

Som rotasjonsmetode kan man velge mellom to hoved metoder; ortogonal og oblik (Bjerkan, 2012, s. 258-259). Ortogonal velges dersom man antar at det *ikke* foreligger en sammenheng mellom faktorene, mens dersom man antar at det er sammenheng mellom faktorene bør man velge oblik (Bjerkan, 2012, s. 259). Johannessen formulerer det noe annerledes ved å si at ortogonal rotasjon brukes dersom faktorene ikke er korrelert, og oblik rotasjon brukes dersom faktorene er korrelerte

(Johannessen, 2008, s. 177). Han sier også at det er lettere å tolke og videreformidle resultatet av en ortogonal rotasjon, sammenlignet med en oblik rotasjon.

De to rotasjonsmetodene kan videre gjennomføres på forskjellige måter; dersom man skal bruke ortogonal som rotasjonsmetode kan man velge mellom Varimax, Quartimax eller Equamax. Dersom man skal utføre en oblik rotasjonsmetode kan man velge Promax eller Direct Oblimin som rotasjonsmetode (Bjerkan, 2012, s. 259).

Når jeg ser gjennom korrelasjonsanalysen over variablene, ser jeg at mange av variablene har signifikante korrelasjonsladninger $>0,3$. Jeg tar også utgangspunkt i at det foreligger en sammenheng mellom faktorene, og velger derfor oblik som rotasjonsmetode. Jeg velger videre Promax, ettersom det er den vanligste innen oblik rotasjonsmetode. Jeg velger også at variablene sorteres fra høyest til lavest korrelasjonsladning, og at ladninger under 0,35 ikke skal bli tatt med i resultatene. Dette gjør jeg fordi 0,3 er grensen for hva som ansees som en viss sammenheng, og korrelasjonsladninger under dette er ikke interessant i denne problemstillingen. Å ta bort lave ladninger gjør også tolkningen av resultatene enklere å lese.

5.1.2 Vurdere antall faktorer

Neste oppgave er å vurdere antall faktorer som skal med i faktoranalysen, og her lener jeg meg på Pallants «oppskrift». Hun skriver at det første man bør gjøre er å sjekke *KMO* og *Bartlett's test* (Pallant, 2010, s. 183). Ifølge Pallant bør *KMO* være over 0,6, mens *Bartlett's test* bør være significant ($p < 0,05$) (Pallant, 2010, s. 183). *Bartlett's test* tester en nullhypotese, der korrelasjonene mellom alle variablene $= 0$. Variablene er da uegnet til faktoranalyse, ettersom man er avhengig av korrelasjonsladninger for å utføre faktoranalysen (Linnerud, Oklevik & Slettvoll, 2004, s. 78). Her har både *KMO* og *Bartlett's test* tilfredsstillende verdier (se tabell 9.2.c).

Etter å ha undersøkt disse bør man se på *correlation matrix* hvorvidt en del av korrelasjonsladningene overstiger 0,3. Dersom det er tilfelle, er det tegn på at datasettet kan være egnet til faktoranalyse. Dersom de fleste korrelasjonsladningene er under 0,3, tyder det på at variablene er uegnet til en faktoranalyse, ettersom faktoranalysen er avhengig av en viss korrelasjon mellom flere av variablene (Pallant, 2010, s. 192). I *Correlation matrix* ser jeg at mange av variablene har korrelasjoner på 0,3-nivå eller høyere.

I et av forsøkene på å finne variabler som gir en meningsfull og informativ analyse, forsøkte jeg blant annet å se på sammenheng mellom sosioøkonomisk bakgrunn og fysiske og psykiske

helseplager. Korrelasjonsladningene var imidlertid for lave til at det ble hensiktsmessig å gjøre en faktoranalyse, med unntak av tre subjektive mål av familiens økonomiske situasjon. Jeg velger derfor å ikke gå videre med variablene knyttet til sosioøkonomisk bakgrunn, men kommer tilbake til disse i regresjonsanalysen. Denne mangelen på korrelasjonsladninger kan skyldes flere årsaker, noe jeg vil diskutere i kapittel 6.1.

Neste steg er ifølge Pallant å vurdere antall faktorer som bør være med i analysen. Et viktig poeng her er at man ikke bør ha med flere faktorer enn nødvendig for at analysen skal være meningsfull og informativ. I tillegg bør hver faktor bestå av minst tre variabler (Pallant, s. 194). Jeg ønsker kun å ha med faktorer med en egenverdi høyere enn 1, og har huket av for dette under extraction. Denne funksjonen luker ut «svake» faktorer (med lave korrelasjonsladninger eller få variabler). Man bør i tillegg vurdere antall faktorer gjennom å se på Total variance explained og Scree plot. Total variance explained viser hvordan egenverdi fordeles på de ulike faktorene. Jeg ser her at faktor 1 har en egenverdi på 12,13, noe som betyr at summen på variablene som er inkludert i faktor 1 er 12,13. Faktor 2 har en egenverdi på 3,38, mens faktor 3 har en egenverdi på 2,46. Egenverdien synker deretter gradvis for hver faktor. Dette gapet i egenverdi mellom faktor 1 og faktor 2 er også veldig tydelig i scree plot, der man kan se at grafen gjør et «hopp» mellom de nevnte faktorene, for deretter å synke gradvis. Etter å ha sett på faktorenes egenverdi, må man se hvor mange variabler de ulike faktorene består av i matrisen Pattern matrix.

Etter å ha gjennomgått *Total variance explained*, *Correlation matrix* og *Pattern matrix*, og gått mange runder med ulike antall faktorer, lander jeg på at 9 faktorer er et godt utgangspunkt for dette datasettet. Ved 9 faktorer består alle faktorene av minst tre variabler, og alle faktorene har en egenverdi over 1,2. Nesten alle variablene (med unntak av to) blir også inkludert i faktorene. Jeg har forsøkt å ta bort de «ubrukte» variablene, men oppdager da at hele matrisen forstyrres, og neste matrisen har to andre «ubrukte» variabler. Variablene -brutt deg inn for å stjele noe og -minst en venn du kan stole fullstendig på og betro deg til om alt mulig, har for lave korrelasjonsladninger til faktorene til at de brukes i analysen (når jeg har huket av på egenvilje greater than 0,32), men om jeg tar vekk disse får jeg to andre variabler som står ubrukte, jeg velger derfor å la disse stå.

5.1.3 Gjennomgang av resultatet

I tillegg til de overnevnte punktene, er *Pattern matrix* og *Factor correlation matrix* av interesse for å besvare problemstillingen. I Pattern matrix blir variablene delt inn i de faktorene de har høyest

korrelasjon til. Korrelasjonsladningen gir en indikasjon på hvor stor del av variansen til hver variabel som kan forklares med faktoren, og hvor stor del som har andre (ukjente) faktorer.

Jeg gir de 9 faktorene et passende navn ut ifra de variablene som inngår i hver faktor. Jeg skriver i parentes hvilken «vei» faktorene går, slik at analysen skal være lettere å tolke. Faktorene får derfor disse navnene:

Faktor 1	Psykiske helseplager (lite til mye plaget)
Faktor 2	Fysiske helseplager (lite til mye plaget)
Faktor 3	Tilfredshet (fra svært misfornøyd til svært fornøyd)
Faktor 4	Atferd (fra god til dårlig atferd)
Faktor 5	Skoletrivsel (fra lav til høy)
Faktor 6	Familieøkonomi (fra god til lav økonomi)
Faktor 7	Usunt kosthold (fra daglig til sjeldent)
Faktor 8	Sunt kosthold (fra daglig til sjeldent)
Faktor 9	Mobbing (fra ofte til sjeldent)

Faktor 1 heter psykiske helseplager, og inkluderer 12 ulike variabler. Variablen med høyest korrelasjonsladning til faktoren er (Har du i løpet av den siste uka vært plaget med noe av dette) - lett for å klandre deg selv som har en korrelasjonsladning på 0,847, noe som betyr at 84,7 prosent av variansen kan forklares med faktoren, og de resterende prosentene har ukjent forklaring.

Illustrasjon av variansen til variabelen -Lett for å klandre deg selv



84 % psykiske helseplager 16% ukjente faktor(er)

Ettersom +/- 1 er den høyeste korrelasjonsladningen, er 0,847 en sterk ladning, og variabelen og faktoren overlapper hverandre i stor grad.

Videre kan man se at følgende variablene er inkludert i faktoren psykiske helseplager: -følt deg ulykkelig, trist eller deprimert og -nervøsitet eller indre uro. Disse variablene har også korrelasjonsladninger på 0,8-nivå, noe som indikerer en sterk sammenheng til psykiske helseplager som faktor. Det betyr at over 80 prosent av variasjonen for disse variablene kan forklares med faktoren psykiske helseplager, mens de resterende prosentene skyldes en eller flere ukjente faktorer.

Variablene -lett for å gråte, -stadig redd eller engstelig, -bekymret deg for mye om ting, -følt håpløshet med tanke på fremtiden, -plutselig redd uten grunn og -følt deg ensom har korrelasjonsladninger over 0,7 med faktoren psykiske helseplager. Det betyr at minst 70 prosent av

verdiene til disse variablene kan forklares som psykiske helseplager, mens de resterende prosentene kan forklares som med ukjente faktorer.

Variablene -følt at alt er et slit, -følt deg sint eller aggressiv, -følt deg stiv eller anspent, -matthet eller svimmelhet og hatt søvnproblemer, korrelerer på 0,5 og 0,6-nivå, og har dermed en middels korrelasjon til faktoren psykiske helseplager.

Faktor 2 har jeg valgt å kalle fysiske helseplager og består 6 variabler. -Hodepine har en korrelasjonsladning på 0,6-nivå, noe som indikerer en middels korrelasjon til faktoren fysiske helseplager. De resterende variablene har korrelasjonsladning på 0,4 og 0,5-nivå, og rangeres i følgende rekkefølge (høyest til lavest korrelasjon): -Magesmerter, -nakke og skuldersmerter, - kvalme, -ledd og muskelsmerter og -bruk av reseptfri medikamenter som Paracet og Ibox. Omtrent halvparten av variansen til disse variablene kan forklares med faktoren fysiske helseplager, mens de resterende prosentene skyldes ukjente faktorer.

Faktor 3 har jeg valgt å kalle tilfredshet. Denne faktoren består av fem variabler, der (Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider av livet ditt) -vennene dine har høyest korrelasjonslanding med 0,791. Variablene -lokalmiljøet der du bor og -helsa di har også korrelasjoner på 0,7-nivå med faktoren. Både -skolen du går på og -utseende ditt, har middels korrelasjon til faktoren på 0,5-nivå.

Faktor 4 kaller jeg atferd, og består av 5 variabler knyttet til både forhold til foreldre og problematferd. Variablene -vært borte en hel natt uten at foreldrene dine visste hvor du var, - foreldrene mine pleier å vite hvor jeg er og hvem jeg er sammen med på fritida, -foreldrene mine kjenner vennene jeg er sammen med på fritida, -vært i kontakt med politiet på grunn av noe galt du har gjort og -sprayet eller tagget ulovlig på vegger, bygninger, tog, buss eller lignende, har alle korrelasjonsladninger på 0,4-0,5 nivå, noe som indikerer en viss sammenheng til faktoren.

Faktor 5 heter skoletrivsel, og består av fem variabler. Variabelen (Er du enig eller uenig i følgende utsagn) -jeg trives på skolen har høyest korrelasjonslanding med 0,811. De neste variablene er -jeg føler jeg passer inn blant elevene på skolen og -jeg gruer meg ofte til å gå på skolen som begge har korrelasjonsladninger på 0,5-nivå. Den sistnevnte har en negativ ladning til skoletrivsel, noe som viser at scoren på variabelen går ned, når scoren på faktoren går opp, og omvendt. -Lærerne bryr seg om meg og -jeg kjeder meg på skolen har korrelasjonsladninger på 0,3-0,4-nivå, og har altså en viss sammenheng til faktoren. Også her har den sistnevnte variabelen negativ korrelasjon til faktoren skoletrivsel.

Faktor 6 heter god familieøkonomi. Denne faktoren består av tre variabler, der -mangler penger til å betale for ulike fritidsaktiviteter som jeg gjerne ønsker å delta i (idrettsaktiviteter, musikkinstrumenter og lignende) og -foreldrene mine har nesten ikke penger til å betale for det nødvendigste (mat, husleie, telefon og lignende) har en sterk negativ korrelasjon til faktoren familieøkonomi. Begge disse har en korrelasjonsladning på -0,7-nivå. De som scorer høyt på variablene -mangler penger til å betale for ulike fritidsaktiviteter jeg ønsker å delta i og -foreldrene mine har nesten ikke penger til å betale for det mest nødvendigste, scorer lavt på god familieøkonomi som faktor, mens de som scorer høyt på god familieøkonomi, scorer lavt på de to nevnte variablene. Har familien din har god eller dårlig råd/ økonomi de siste to årene har en middels korrelasjonslanding på 0,619.

Faktor 7 heter usunt kosthold, og inkluderer tre variabler. (Hvor ofte spiser eller drikker du følgende) -sjokolade/ godteri har en korrelasjonsladning på 0,805, noe som indikerer en sterk korrelasjon mellom variabelen og faktoren. Variabelen -potetgull har en korrelasjonsladning på 0,6-nivå, mens -brus med sukker korrelerer på 0,5-nivå. De to siste variablene har en middels korrelasjon til faktoren.

Faktor 8 har jeg kalt jeg sunt kosthold, og inkluderer tre variabler som er knyttet til kosthold. Mens variablene (Hvor ofte spiser du følgende) frukt/ bær og grønnsaker/ salater har en korrelasjonsladning på 0,7 og 0,6-nivå, har -grovbrød en korrelasjonsladning på 0,4, som kan anees som en viss sammenheng.

Faktor 9 kaller jeg mobbing, og inkluderer fire variabler. Variabelen med høyest korrelasjonsladning til faktoren mobbing er variabelen -blir du selv utsatt for plaging eller trusler fra andre unge via Internett eller mobil og -hender det at du er med på plaging eller trusler mot andre unge via Internett eller mobil, deretter kommer variabelen. Disse har korrelasjonslandinger på 0,5-0,6-nivå, noe som tilsier at disse variablene har en middels tilknytning til mobbing som faktor. Variablene -hender det at du er med på plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritiden og -hender det at du selv blir utsatt for plaging trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller fritiden har korrelasjonsladninger på 0,3-0,4-nivå, noe som indikerer en viss sammenheng til faktoren.

Den siste matrisen i output heter *factor correlation matrix*. Factor correlation matrix viser korrelasjonsladningene mellom de ulike faktorene. Jeg har skrevet inn navnene på de forskjellige faktorene for å gjøre matrisen enklere å lese.

Tabell 7. Korrelasjonene mellom faktorene i faktoranalysen.

	1. Psykiske helseplager	2. Fysiske helseplager	3. Tilfredshet	4. Atferd	5. Skoletrivsel	6. Familie-økonomi	7. Usunt kosthold	8. Sunt kosthold	9. Mobbing
1. Psykiske helseplager	1	0,615	-0,432	0,212	0,531	0,355	0,057	0,047	-0,365
2. Fysiske helseplager	0,615	1	-0,293	0,286	0,346	0,228	-0,068	0,041	-0,226
3. Tilfredshet	-0,432	-0,293	1	-0,226	-0,534	-0,268	-0,038	-0,14	0,265
4. Atferd	0,212	0,286	-0,226	1	0,409	0,194	-0,153	0,247	-0,254
5. Skoletrivsel	0,531	0,346	-0,534	0,409	1	0,327	0,028	0,216	-0,417
6. Familie-økonomi	0,355	0,228	-0,268	0,194	0,327	1	0,035	0,196	-0,251
7. Usunt kosthold	0,057	-0,068	-0,038	-0,153	0,028	0,035	1	-0,067	0,042
8. Sunt kosthold	0,047	0,041	-0,14	0,247	0,216	0,196	-0,067	1	-0,067
9. Mobbing	-0,365	-0,226	0,265	-0,254	-0,417	-0,251	0,042	-0,067	1

I matrisen ovenfor kan man se at faktor 1 (psykiske helseplager) og 2 (fysiske helseplager) har høyest korrelasjonsladning på 0,615. Disse to faktorene har altså en middels korrelasjon. Deretter kommer faktor 3 (tilfredshet) og faktor 5 (skoletrivsel) som korrelerer på -0,5-nivå, mens faktor 5 (skoletrivsel) og faktor 1 (psykiske helseplager) har en positiv korrelasjon på 0,5-nivå. Faktorene 9 (mobbing) og 5 (skoletrivsel), faktor 4 (atferd) og faktor 5 (skoletrivsel), samt faktor 3 (tilfredshet) og 1 (psykiske helseplager) korrelerer på -0,4-nivå.

5.1.4 Fellestrekk ved ungdom som har fysiske og psykiske helseplager

For å besvare problemstillingen vil ta for meg factor correlation matrix ettersom denne er av særlig interesse for å svare på problemstillingen. Jeg setter grensen for hva som kan anees som fellestrekk ved korrelasjonsladninger på rundt 0,3 (en viss sammenheng). Jeg vil ha fokus på de faktorene har korrelasjonsladninger til helsefaktorene, altså faktor 1 og 2.

Factor correlation matrix viser at faktorene fysiske helseplager (=0,615), tilfredshet (-0,432), skoletrivsel (0,531), familieøkonomi (0,355) og mobbing (-0,365) har signifikante korrelasjonsladninger til faktoren psykiske helseplager, og kan anees som fellestrekk ved ungdommer som har psykiske helseplager. Disse korrelasjonene viser en tendens av at ungdommer med psykiske helseplager, i større grad opplever disse tilleggsbelastningene. De to faktorene som har negativ faktorkorrelasjon til helsefaktorene har, i motsetning av de andre faktorene, «negative»

vendte verdier, der lavest verdi er svært misfornøyd med ulike sider av livet/ mobbet flere ganger i uka.

Når det kommer til fysiske helseplager viser matrisen korrelasjoner til psykiske helseplager (0,615), tilfredshet (-0,293), skoletrivsel (0,346) og atferd (0,286) og kan derfor betraktes som fellestrekk ved ungdom som opplever fysiske helseplager. Faktoren tilfredshet og atferd er i gråsonen for hva som kan ansees som en signifikant korrelasjon, men jeg tar de med ettersom den ligger tett opp imot kravet jeg satte til korrelasjonslanding på $>0,3$.

Matrisen viser at helsefaktorene i stor grad har korrelasjonsladninger til de samme faktorene, men tendensen er at korrelasjonene er sterkere til faktoren psykiske helseplager, enn til faktoren fysiske helseplager. Både tilfredshet, skoletrivsel, familieøkonomi og mobbing har en markant høyere korrelasjonsladning til den psykiske helsefaktoren, sammenlignet med den fysiske helsefaktoren.

5.2 Korrelasjonsanalyse

Jeg har gjort en korrelasjonsanalyse av variablene knyttet til fysiske helseplager og variablene knyttet til depressive symptomer, og har lagt inn variablene som *har* en korrelasjonskoeffisient i tabellen nedenfor. Ettersom det er mange variabler som har en viss sammenheng, velger jeg å fokusere mest signifikante sammenhengene, og setter grensen ved $r=0,35$ (en viss sammenheng).

Tabell 9. Tabellen viser korrelasjonskoeffisientene mellom variablene knyttet til depressive symptomer og fysiske helseplager ved Pearsons r .

	Følt at alt er et slit	Hatt søvnproblemer	Følt deg ulykkelig, trist eller deprimer	Følt håpløshet med tanke på fremtiden	Følt deg stiv eller anspent	Bekymret deg for mye om ting	Følt deg ensom	Følt deg sint eller aggressiv
Hodepine	0,357	0,345	0,33	0,296	0,351	0,29	0,29	0,281
Nakke og skuldersmerter	0,35	0,332	0,306	0,293	0,474	0,335	0,28	0,297
Ledd og muskelsmerter	0,294	0,295	0,277	0,234	0,394	0,286	0,239	0,272
Magesmerter	0,336	0,33	0,359	0,303	0,345	0,363	0,31	0,32
Kvalme	0,33	0,337	0,356	0,32	0,34	0,345	0,323	0,32
Hjertebank	0,322	0,298	0,348	0,317	0,322	0,336	0,306	0,302

Tabell 9 viser at de fleste korrelerer på 0,2-0,3-nivå, og har en svak til en viss sammenheng. Den korrelasjonskoeffisienten som «stikker seg ut» er mellom variablene -følt deg stiv eller anspent og -nakke og skuldersmerter, som har korrelasjonen 0,474. Disse variablene har høyest korrelasjon på tvers av faktorene (fysiske helseplager og depressive symptomer), og de eneste som har korrelasjonskoeffisient på 0,4-nivå (en viss til medium sammenheng). Deretter blir variablene

rangert som følgende (fra høyest til lavest korrelasjon): Bekymret deg for mye om ting og magesmerter ($r=0,363$), følt deg ulykkelig, trist eller deprimert og magesmerter ($0,359$), hodepine og følt at alt er et slit ($r=0,357$), følt deg ulykkelig, trist eller deprimert og kvalme ($r=0,356$), følt at alt er et slit og nakke og skuld smerter ($r=0,35$), følt deg stiv eller anspent og hodepine ($r=0,351$).

Tabell 10. Korrelasjonsanalyse av variablene knyttet til fysiske helseplager og angstplager ved Pearsons r .

	Plutselig redd uten grunn	Stadig redd eller engstelig	Matthet eller svimmelhet	Nervøsitet, indre uro	Lett for å gråte	Lett for å klandre deg selv
Hodepine	0,275	0,277	0,425	0,314	0,316	0,312
Nakke og skuld smerter	0,251	0,248	0,364	0,305	0,272	0,299
Ledd og muskelsmerter	0,207	0,218	0,317	0,274	0,244	0,278
Magesmerter	0,324	0,31	0,394	0,348	0,386	0,358
Kvalme	0,34	0,337	0,461	0,355	0,322	0,377
Hjertebank	0,333	0,35	0,388	0,366	0,282	0,32

Tabellen over viser korrelasjonskoeffisientene mellom de fysiske helseplagene og variablene knyttet til angstplager, også her er de fleste korrelasjoner på 0,2-0,3-nivå. Det er imidlertid to korrelasjonskoeffisienter som skiller seg mer ut som høyere enn de andre. Den høyeste korrelasjonen er mellom matthet eller svimmelhet og kvalme ($r=0,461$), og den nest høyeste er matthet eller svimmelhet og hodepine ($r=0,425$). Disse variablene har en viss til medium sammenheng. Deretter blir variablene rangert som følgende (fra høyest til lavest korrelasjon): matthet eller svimmelhet og magesmerter ($r=0,394$), lett for å gråte og magesmerter ($r=0,386$), matthet eller svimmelhet og hjertebank ($r=0,388$), lett for å klandre deg selv og kvalme ($r=0,377$), nervøsitet, indre uro og hjertebank ($r=0,366$), matthet eller svimmelhet og nakke og skuld smerter ($r=0,364$), lett for å klandre deg selv og magesmerter ($r=0,358$) nervøsitet, indre uro og kvalme ($r=0,355$), stadig redd eller engstelig og hjertebank ($r=0,35$).

5.2.1 Samvariasjon mellom fysiske og psykiske helseplager

Blant variablene knyttet til depressive symptomer og fysiske helseplager er det disse som har høyest korrelasjon: -følt deg stiv eller anspent og -nakke og skuld smerter ($r=0,474$), bekymret deg for mye om ting og magesmerter ($r=0,363$), følt deg ulykkelig, trist eller deprimert og magesmerter ($r=0,359$), hodepine og følt at alt er et slit ($r=0,357$), følt deg ulykkelig, trist eller deprimert og

kvalme ($r=0,356$), følt at alt er et slit og nakke og skuldersmerter ($r=0,35$), følt deg stiv eller anspent og hodepine ($r=0,351$)

Blant variablene knyttet til angstplager og fysiske helseplager er det matthet eller svimmelhet og kvalme ($r=0,461$), og matthet eller svimmelhet og hodepine ($r=0,425$) som har høyest korrelasjonsladning. Deretter blir variablene rangert som følgende (fra høyest til lavest korrelasjon): matthet eller svimmelhet og magesmerter ($r=0,394$), lett for å gråte og magesmerter ($r=0,386$), matthet eller svimmelhet og hjertebank ($r=0,388$), lett for å klandre deg selv og kvalme ($r=0,377$), nervøsitet, indre uro og hjertebank ($r=0,366$), matthet eller svimmelhet og nakke og skuldersmerter ($r=0,364$), lett for å klandre deg selv og magesmerter ($r=0,358$) nervøsitet, indre uro og kvalme ($r=0,355$), stadig redd eller engstelig og hjertebank ($r=0,35$).

5.3 Regresjonsanalyse

I regresjonsanalysen ønsker jeg å undersøke i hvilken grad et utvalg variabler knyttet til ressurser, belastninger og helseatferd påvirker hvorvidt ungdommene har to eller flere fysiske helseplager. Påvirkningsvariablene er altså de uavhengige variablene, mens fysiske helseplager er den avhengige variabelen. Påvirkningsvariablene som er med i den endelige analysen er dårlig råd, eget soverom, utsatt for tradisjonell eller digital mobbing, i tillegg til å spise grønnsaker/ salater. Jeg har også prøvd meg frem med en rekke uavhengige variabler knyttet til sosioøkonomisk bakgrunn (som foreldres utdanning, antall biler, bøker, datamaskiner), i tillegg til variabler knyttet til tilfredshet (fornøyd med foreldre, venner, skolen og nærmiljø), samt helseatferd (fysisk aktivitet), men har utelatt disse i den endelige analysen, grunnet manglende signifikans. Det betyr at når familieøkonomi, minst en venn og utsatt for mobbing holdes konstant så har de fleste indikatorene på sosioøkonomisk bakgrunn, tilfredshet og helseatferd ingen/ liten betydning.

5.3.1 Gjennomgang av resultatet

Jeg vil nå gjennomgå de punktene i Output som er interessante i forhold til forskerspørsmålet. I følge Pallant (2010) bør man først undersøke *Case Processing Summary* for å forsikre seg om at antall enheter er som forventet (Pallant, 2010, s. 175). Denne viser 4421 enheter inkludert i analysen, noe som er forventet.

Neste modell i Output er *Dependent Variable Encoding*, som sier noe om hvordan den avhengige variabelen er kodet, her er 0=0 og 1=1 (0 er ingen eller en helseplage, mens 1 er to eller flere helseplager).

Videre kommer *Categorical Variables coding*, som forteller hvordan de uavhengige variablene er kodet. Her må man også sjekke Frequency for lavt antall enheter i hver gruppe. Her kommer det frem at variabelen «Blir du selv utsatt for plaging eller trusler fra andre unge via Internett eller mobil? -Ja, flere ganger i uka, -Ja, omtrent en gang i uka, -Ja, omtrent hver 14. dag» er sårbar ettersom antall enheter i hver gruppe er under 50. Jeg slår derfor disse tre gruppene sammen til variabelen «Utsatt for digital mobbing». Denne nye gruppen har 154 enheter, og er nå over minimumsgrensen.

Videre kommer *Block 0* opp i Output, som viser analysen uten de uavhengige variablene. Denne blir brukt på et senere tidspunkt som sammenligningsgrunnlag til matrisene som også inkluderer de uavhengige variablene.

I *Block 1* er også de uavhengige variablene med i analysen. Her vises Omnibus Tests of Model Coefficient, som ifølge Pallant (2010) er en “goodness of fit”-test, som gir en indikasjon på hvor godt modellen passer til å forutsi resultatet av den avhengige variabelen (Pallant, 2010, s. 175). Modellen under viser at Chi-square er 190,259, med en frihetsgrad på 12, mens sig. (significant) er 0,00 (bør være under 0,05) (Pallant, 2010, s. 175). Ettersom Sig. er 0,00 forteller det oss at modellen i større grad greier å forutse resultatet av den avhengige variabelen, enn SPSS første forslag (i Block 0) som viste at ingen hadde fysiske helseplager.

Hosmer and Lemeshow test er også en måte teste modellens egnethet på. Her er Sig. 0,789, noe som indikerer at signifikansen er tilfredsstillende (bør være høyere enn 0,05). Begge disse to testene gir indikasjon på at modellen er egnet til å si hvordan kategorien av uavhengige variabler klarer å forutse resultatet av den avhengige variabelen.

Videre gir *Model Summary* oss informasjon om hvor mye av den avhengige variabelen som kan forklares med de uavhengige variablene. Cox & Snell R Square viser 0,042, mens Nagelkerke R Square viser 0,063. Dette betyr at mellom 4,2 og 6,3 prosent av variansen i den avhengige variabelen kan forklares med de uavhengige variablene (Pallant, 2010, s. 176).

I tabell 8 viser jeg selve regresjonsanalysen. Kolonnen B viser om de uavhengige variablene *øker* eller *minsker* sannsynligheten for utfall 1 på den avhengige variabelen (Pallant, 2010, s. 177).

Kolonnen OR (odd ratio) viser hvor mange ganger sannsynligheten for utfall 1 øker, i de ulike gruppene. Signifikansnivået er i tabellen vist med stjerner der en stjerne står for signifikansverdi under 0,05, to stjerner står for signifikansverdi under 0,01, mens tre stjerner står for signifikansverdi under 0,001. Sig. viser hvilke variabler som er betydelige/ bidrar mest til å forutsi utfall 1, disse har Sig. verdier under 0,05 (Pallant, 2010, s. 177). Her har minst en verdi på hver variabel Sig. verdi under 0,05, med unntak av å spise grønnsaker/salater som har 0,081. Jeg tar allikevel med denne variabelen, ettersom den er like over grensen på 0,05, i tillegg til at jeg ønsker å ha med en variabel i analysen som representerer gruppen helseatferd.

Tabell 8. Sannsynligheten for å ha to eller flere fysiske helseplager med uavhengige variabler knyttet til ressurser, belastninger og helseatferd.

		B	OR
	Konstant	-1,399	0,262***
	Dårlig råd (ref.: god råd/ verken god eller dårlig råd)	0,719	2,053***
	Ikke eget soverom (ref.: har eget soverom)	-0,685	0,504*
	Har du minst en venn? -ja, det tror jeg (ref.: ja helt sikkert)	-0,176	0,838*
<i>Ressurser</i>	Har du minst en venn? -det tror jeg ikke (ref.: helt sikkert)	0,276	1,317*
	Har du minst en venn? har ingen jeg ville kalle venner nå for tiden (ref.: ja, helt sikkert)	0,698	2,01**
<i>Belastninger</i>	Utsatt for tradisjonell mobbing (ref.: ikke utsatt for tradisjonell mobbing)	0,596	1,816***
	Utsatt for digital mobbing (ref.: ikke utsatt for digital mobbing).	0,729	2,073***
	Spise grønnsaker/ salater 2-3 ganger i uka (ref.: spiser daglig)	-0,131	0,877
	Spise grønnsaker/ salater en gang i uka (ref.: spiser daglig)	0,059	1,061
<i>Helseatferd</i>	Spise grønnsaker/ salater 3-4 ganger i uka (ref.: spiser daglig)	-0,29	0,748
	Spise grønnsaker/salater en gang i måneden (ref.: spiser daglig)	-0,7	0,497*
	Spise grønnsaker/ salater sjeldent/ aldri (ref.: spiser daglig)	0,033	0,968
	Testobservator -2LL		4673,056a
	Hosmer & Lemeshow (p verdi)		0,789

Cox & Snell R Square/ Nagelkerke R
Square

4,2 %

6,3 %

p<0,05 **p<0,01 *p<0,001*

Konstant viser den estimerte logaritmen av oddsen for å ha to eller flere fysiske helseplager, dersom man scorer 0 på den uavhengige variabelen (Johannessen, 2008, s. 163). Konstantens OR viser hvor sannsynlig det er at referansegruppen (de med verdi 0 på de uavhengige variablene) skal ha utfallet to eller flere fysiske helseplager.

5.3.2 Sammenhengen mellom ressurser, belastninger og helseatferd og fysiske helseplager

Analysen viser at mangel på økonomiske og sosiale ressurser øker sannsynligheten for to eller flere helseplager. Variabelen dårlig råd har Sig. verdi på 0,000, og en OR på 2,053, noe som indikerer at enhetene i denne gruppen har dobbelt så høy sannsynlighet for å ha to eller flere fysiske helseplager, sammenlignet med referansegruppen. Av samtlige variabler inkludert i analysen, er dette den variabelen som i størst grad øker sannsynligheten for utfall 1 på den avhengige variabelen. Videre viser analysen at variabelen ikke eget soverom har en Sig. verdi på 0,004, en OR på 0,504, og med en negativ B verdi, noe som indikerer å ikke ha eget soverom minsker risikoen for å ha to eller flere fysiske helseplager med 0,5 gang. Dette resultatet gir altså lite mening, og er vanskelig å gi en logisk forklaring på.

På variabelen minst en venn øker OR med høyere verdier (jo mindre sikker man er på at man har minst en venn), og enhetene som svarer jeg har ingen jeg ville kaller venner nå for tiden, har dobbelt så høy sannsynlighet for å ha to eller flere helseplager, sammenlignet med referansegruppen.

Når det kommer til belastninger viser analysen at å bli utsatt for tradisjonell og digital mobbing øker sannsynligheten for å ha to eller flere fysiske helseplager betraktelig. Å bli utsatt for tradisjonell mobbing øker sannsynligheten for utfall 1 (på den avhengige variabelen) med 1,8 ganger, mens å bli utsatt for digital mobbing dobler sannsynligheten for utfall 1. Begge disse variablene har Sig. verdi 0,000.

Variabelen knyttet til helseatferd viser at å spise grønnsaker/ salater 3-4 ganger i måneden er den eneste verdien med signifikans, med en Sig. verdi på 0,027, og en OR på 0,497. Selv om dette indikerer at å spise grønnsaker/ salater en gang i måneden halverer risikoen for to eller flere helseplager, gir dette resultatet lite mening, og er utfallet virker nokså tilfeldig. Det gir allikevel en indikasjon på at inntak av grønnsaker/ salater ikke ser ut til å ha særlig betydning på forekomsten av fysiske helseplager hos ungdommene.

Analysen viste altså at verdiene til variablene eget soverom og spise grønnsaker/ salater ga lite mening, mens variablene som representerer ressurser og belastninger var utslagsgivende for å ha to eller flere fysiske helseplager. Å ha dårlig råd, å mangle nære venner og å være utsatt for tradisjonell og digital mobbing mer eller mindre dobler sannsynligheten for to eller flere fysiske helseplager. Det er disse variablene jeg vil diskutere i neste kapittel.

6 Oppsummering av funn og drøfting

Jeg vil nå oppsummere funnene fra analysen, og deretter forsøke å avdekke mulige underliggende årsaker som kan forklare sammenhengene, ved hjelp av ulike teorier. Analysene resulterte i følgende funn:

- Både faktor- og regresjonsanalysene viste i liten grad korrelasjon/ signifikans mellom mange av indikatorene for sosioøkonomisk bakgrunn og helsefaktorene/ variablene.
- Faktoranalysen viser en tendens av at ungdommer med psykiske helseplager, i større grad opplever tilleggsbelastninger som fysiske helseplager, lav grad av tilfredshet og skoletrivsel, i tillegg at de har dårligere familieøkonomi og i større grad blir utsatt for eller er involvert i mobbing, sammenlignet med andre ungdommer.
- Faktoranalysen viste også at ungdom som oppgir at de har fysiske helseplager, oftere har psykiske helseplager, lavere grad av tilfredshet og skoletrivsel, i tillegg til noe høyere forekomst av atferdsproblemer, sammenlignet med andre ungdommer.
- Helsefaktorene har i stor grad korrelasjonsladninger til de samme faktorene, men tendensen er at korrelasjonene er sterkere til faktoren psykiske helseplager, enn til faktoren fysiske helseplager.
- Syv sett med variabler knyttet til depressive symptomer og fysiske helseplager har en viss til middels sammenheng, og -følt deg stiv eller anspent og -nakke og skuldresmerter har høyest korrelasjonskoeffisient.
- Elleve sett med variablene knyttet til angstplager og fysiske helseplager har en viss til middels sammenheng, og matthet/ svimmelhet og kvalme har høyest korrelasjonskoeffisient.
- Elevene som oppgir at de har dårlig råd, som ikke har minst en venn eller som blir utsatt for tradisjonell eller digital mobbing har mer eller mindre dobbelt så høy sannsynligheten for å ha to eller flere helseplager, sammenlignet med referansegruppen.

Ettersom Ungdata undersøkelsen er en tversnittundersøkelse, gir ikke datasettet noe informasjon om årsakene til sammenhengene, eller hvor sammenhengene begynner (Grønmo, 2004, s. 382).

Analysene avdekker sammenhenger mellom variabler, men de underliggende årsakene er det opp til den som studerer datasettet å tolke. Jeg vil med utgangspunkt i teorien og logisk tenkning ta for meg mulige årsaker til sammenhengene, med åpenhet for at disse tolkningene kan være mangelfulle og ha begrensninger.

6.1 Diskusjon av manglende korrelasjon og signifikans mellom sosioøkonomisk bakgrunn og helsevariablene/helsefaktorene.

Enkelte variabler som er ment til å kartlegge ungdommenes sosioøkonomiske bakgrunn hadde for lave korrelasjoner til fysiske og psykiske helseplager, til at de var hensiktsmessig å inkludere i faktoranalysen. Jeg gjennomførte analyser med samtlige variabler knyttet til sosioøkonomisk bakgrunn, men foreldrenes utdanning, antall bøker og datamaskiner i hjemmet, spørsmål om eget soverom, antall biler og antall reiser det siste året ble utelatt fra faktoranalysen, grunnet lave korrelasjonsladninger. I denne analysen ble det inkludert tre subjektive mål for økonomisk bakgrunn, ettersom disse hadde akseptable korrelasjonsladninger til helsevariablene.

Regresjonsanalysen viste en lignende tendens. Jeg brukte de samme variablene knyttet til sosioøkonomisk bakgrunn i denne analysen, men spørsmål om eget soverom og dårlig råd er de eneste indikatorene på sosioøkonomisk bakgrunn som hadde signifikans, og derfor inngår i analysen.

Både faktor- og regresjonsanalysen viste altså en lav grad av korrelasjon/ signifikans mellom de fleste objektive målene for sosioøkonomisk bakgrunn og helsevariablene. Manglende korrelasjoner/ signifikans kan ha flere årsaker. En årsak kan være mangler i selve datasettet, og at variablene ikke er tilstrekkelig dekkende for å danne et mest mulig korrekt bilde av ungdommenes sosioøkonomiske bakgrunn. Etter min vurdering er det særlig spørsmålene om eget soverom, antall biler og antall bøker i hjemmet som har tydelige svakheter, ettersom det er store variasjoner i kvadratmeterpris fra storbyer til mindre steder, det er langt bedre tilbud om kollektivtransport i storbyene (og dermed mindre nødvendig med bil) og at antall bøker ikke nødvendigvis danner et riktig bilde av familiens kulturelle kapital (bøker har også til en viss grad blitt digitalisert). Det kan også tenkes at en del ungdom ikke har innsikt i lengden på utdanningen til far eller mor, og dermed ikke danner et riktig bilde av tilgang til økonomisk og kulturell kapital. Jeg vil tro at de subjektive målene på sosioøkonomisk danner et mer korrekt bilde, men at det her kan forekomme «støy» grunnet sensitive spørsmål.

En annen mulighet kan være at det faktisk ikke foreligger en sammenheng mellom disse variablene/faktorene, og at sosioøkonomiske helseforskjeller ofte ikke gjør seg gjeldende før i voksenlivet, da «slitasjen» av de sosioøkonomiske forskjellene (blant annet arbeidsslitasje, helseatferd, sosioøkonomisk stress) har vært langvarige. Selv om ungdomsskoleelever lever ulike liv, har de til

felles at alle går på skole, de fleste har gymnastikk og spiser regelmessig i skoletiden. Livet differensieres i større grad i voksen alder, og skolen som felles arena uavhengig av sosioøkonomisk bakgrunn byttes ut med arbeidsplasser som i stor grad er sosioøkonomisk betinget.

Det kan også tenkes at manglende sammenhenger mellom indikatorene for sosioøkonomisk bakgrunn og helsevariablene er et resultat av begge de overnevnte årsakene, i tillegg til andre grunner som jeg ikke har kommet inn på her.

6.2 Fellestrekk ved ungdom som har fysiske og psykiske helseplager

Faktoranalysen avdekket noen fellestrekk hos ungdommer med fysiske og psykiske helseplager. Det må understrekes at fellestrekkene viser til statistiske tendenser, og at det på individnivå vil være store avvik fra disse fellestrekkene. Det finnes altså ikke kausale sammenhenger mellom faktorene og helseplagene, kun en høyere forekomst av disse risikofaktorene blant elevene med ulike former for helseplager.

Analysen viser et mønster der ungdommer med fysiske og psykiske helseplager i større grad har tilleggsbelastninger og mindre tilgang til ressurser, sammenlignet med andre ungdom. Fellestrekk for ungdommer med både fysiske og psykiske helseplager, er lavere grad av tilfredshet og skoletrivsel. Mens elevene med psykiske helseplager oftere utsettes for/ er involvert i mobbing og kommer fra familier med dårlig råd, har elevene med fysiske helseplager noe høyere forekomst av atferdsproblemer.

Faktorene fysiske og psykiske helseplager har i stor grad korrelasjonsladninger til de samme faktorene, men tendensen er at korrelasjonene er sterkere til faktoren psykiske helseplager, enn til faktoren fysiske helseplager. Dette kan skyldes at ungdommer generelt har god fysisk helse, og de aller fleste får sine basale behov møtt. Ungdommer i Norge opplever nok langt oftere sosiale og psykiske belastninger, fremfor fysiske belastninger (som sult, feilernæring, tunge arbeidsbelastninger, dårlig boforhold). Det kan også tenkes belastninger ofte må ha en viss intensitet og langvarighet før det får utslag i ungdoms fysiske helse, og at belastninger vil ha en mer umiddelbar effekt på den psykiske helsen.

Jeg vil nå se nærmere på hver og en av disse korrelasjonene, og se hvorvidt de kan forklares ut ifra de ulike perspektivene på sosiale helseforskjeller eller annen teori som er gjennomgått i avhandlingen.

6.2.1 Fellestrekk ved ungdom som har psykiske helseplager

Sammenhengen mellom fysiske og psykiske helseplager

På faktornivå har faktoren psykiske helseplager en middels sammenheng til faktoren fysiske helseplager ($r=0,615$). Man kan på bakgrunn av dette si at elever som har psykiske helseplager i større grad opplever fysiske helseplager, og omvendt. En del av denne korrelasjonen kan tenkes å bunne i psykosomatiske helseplager, der de fysiske helseplagene helt eller delvis er en konsekvens av de psykiske helseplagene. De psykosomatiske helseplagene kan skyldes psykiske vansker alene, eller i kombinasjon med stressorer, som blant annet mobbing eller mangel på venner. Jeg vil gi et mer detaljert bilde av korrelasjonen mellom fysiske og psykiske helseplager, i tillegg til å se på mulige årsaker til sammenhengen, i neste kapittel (6.3).

Psykisk helseplager og tilfredshet

Faktoren tilfredshet har en middels negativ korrelasjon til faktoren psykiske helseplager ($r= -0,432$). Den subjektive følelsen av tilfredshet går altså ned når psykiske helseplager går opp, og vice versa. Det er nærliggende å tenke at denne sammenhengen skyldes at psykiske plager eller lidelser påvirker tanker, følelser og personens subjektive opplevelse av verden, og at følelsen av utilfredshet kan være et symptom på psykiske plager og lidelser. Det kan også tenkes at årsakssammenhengen kan gå motsatt vei, der følelsen av utilfredshet er en del av en negativ personlighetstype, som også er mer disponert for psykiske helseplager.

Psykiske helseplager og familieøkonomi

Psykiske helseplager har også en middels negativ korrelasjon til familieøkonomi ($r= -0,327$), noe som indikerer at dårlig råd har en viss sammenheng med psykiske helseplager, mens god råd har enn viss sammenheng med fravær av psykiske helseplager.

Man kan her trekke inn det psykososiale perspektivet på helseforskjeller, der dårlig økonomi kan være en stressor som skaper stressreaksjoner i organismen, og kan dermed føre til psykiske helseplager (Elstad, 2005, s. 30). I hvilken grad stress som følge av mangel på økonomiske ressurser er overførbart til ungdom, er vanskelig å si noe om gjennom denne analysen, ettersom ingen variabler spør direkte om bekymring/ stress knyttet til familieøkonomi. Det kan tenkes at enkelte ungdom opplever stress og bekymring knyttet til dårlig familieøkonomi, men at majoriteten

i større grad rammes av konsekvensene av at familien har dårlig råd. Utenforskap og begrensninger i deltakelse/ utfoldelse kan derfor være underliggende årsaker til denne korrelasjonen.

Når man ser på korrelasjonene mellom psykiske helseplager og familieøkonomi gjennom den materialistiske forklaringen, må man ta utgangspunkt i at helse eller uhelse i stor grad er organismens reaksjon på omgivelsene. Elstad (2005) trakk frem at de fleste i Norge i dag har husly, rent vann og tilstrekkelig med mat, og at den materialistiske forklaringen i stor grad har mistet sin relevans (Elstad, 2005, s. 20-22). Man kan allikevel hevde at kvaliteten på bolig og hvilken livsstil man fører i stor grad påvirkes av sosioøkonomisk bakgrunn, og at tilgang til sunn mat og organiserte treningsformer er lettere tilgjengelig for personer med høy sosioøkonomisk status.

Man kan tenke at livsstil først og fremst vil ha konsekvenser for den fysiske helsen, men effekten fysisk aktivitet har på den psykiske helsen er også veldokumentert (Helsedirektoratet, 2010, s. 8). Fysisk aktivitet kan blant annet fremme helse og redusere stress, noe som i stor grad kan påvirke den psykiske helsen, mens passivitet kan ha motsatt effekt på helsen. Det er nærliggende å tro at denne helsegevinsten av fysisk aktivitet også er tilstede hos ungdom, og at tilrettelegging av fysisk aktivitet gjennom tilgang til fritidsaktiviteter kan være en beskyttende faktor mot psykiske helseplager, og at passivitet kan være en risikofaktor for psykiske helseplager.

Man kan også se på sammenhengen mellom psykisk helseplager og familieøkonomi gjennom Bourdieus begrep om det sosiale rom og habitus. Tilgang til økonomisk kapital kan gi aktøren frihet, mens liten tilgang til kapital kan virke begrensende (Aakvaag, 2008, s. 151). Dårlig familieøkonomi kan altså skape begrensninger for ungdom, og kan nok oppleves som både urettferdig og frustrerende. Konsekvenser av dårlig råd kan være at man ikke kan være med på fritidsaktiviteter eller at man ikke har tilgang til statussymboler (merkeklær, mobil og lignende), som kan ha en funksjon som en stadfestelse av aktørens posisjon i det sosioøkonomiske hierarkiet. Denne ulikheten kan føre til en følelse av utenforskap, særlig hvis flertallet av jevnaldrende tilhører en høyere klasse enn en selv, og dermed har bedre tilgang til ressurser enn en selv. Det kan tenkes at dårlig familieøkonomi i en del tilfeller først blir problematisk når ungdommer sammenligner sin egen økonomiske kapital med andre ungdom. Kanskje det ikke er mangel på ressurser i seg selv (så sant man får de basale behovene dekket), men heller en følelse av utenforskap og underlegenhet overfor jevnaldrende som har uheldig påvirkning på noen ungdoms psykiske helse, og at dårlig familieøkonomi ikke ville hatt samme påvirkningen på den psykiske helsen dersom alle i omgangskretsen tilhørte samme sosioøkonomiske klasse.

Habitus er altså «et integrert system av varige og kroppsliggjorte disposisjoner som regulerer hvordan man oppfatter, vurderer og handler i den fysiske og sosiale verden» (Aakvaag, 2008, s. 160). Aktørens posisjon i det sosiale rom blir altså internalisert, og påvirker hvordan vi oppfatter verden, hvordan vi oppfører oss, hvordan vi samhandler med andre og de vaner vi har. Man kan tenke at tilgang til økonomiske ressurser i tillegg til å gi økonomisk frihet, også kan gi en følelse av kontroll over egen livssituasjon, noe som kan fremme god psykisk helse. På motsatt side kan liten grad av kontroll over egen livssituasjon, og økonomisk relaterte bekymringer tenkes å gi psykiske helseplager. Selv om ungdom flest kanskje ikke påvirkes direkte av økonomisk relatert stress, kan man tenke at det allikevel kan påvirke familiedynamikken negativt, slik familiestressforklaringen vektlegger (se s. 28). Gjennom dette perspektivet kan man hevde at psykiske helseplager både er en konsekvens av aktørens posisjon i det sosiale rom, gjennom tilgang til ressurser, og et resultat av internalisert klasseposisjon.

Psykiske helseplager og lav grad av skoletrivsel

Psykiske helseplager har en middels korrelasjon til lav skoletrivsel ($r=0,531$). Det kan tenkes at noe av denne korrelasjonen kan ha mangel på venner som underliggende årsak. Manglende tilhørighet fra jevnaldrende kan forklare psykiske helseplager som ensom, ulykkelig, trist og deprimert, og kan forklare manglende skoletrivsel, gjennom at skolen er en viktig sosialiseringsarena.

Mobbing kan også være en underliggende faktor som kan forklare deler av sammenhengen. Dersom man blir systematisk og over tid utsatt for mobbing, kan det føre til langvarige stressreaksjoner, som igjen kan gi psykiske helseplager som depresjon (Jex, 2016). Mobbing kan også forklare lav grad av skoletrivsel dersom man opplever mobbing eller utfrysning i skoletiden. Denne sammenhengen kan forklares med det psykososiale perspektivet, der mobbing kan føre til stressreaksjoner i organismen, som igjen kan føre til psykiske helseplager. Jeg vil se nærmere på sammenhengen mellom psykiske helseplager og mobbing under neste punkt.

Sosial angst kan også være en felles underliggende faktor, ettersom det både er en del av sykdomsbildet til angst, samtidig som det kan gjøre skolehverdagen utfordrende og påvirke skoletrivselen.

Psykiske helseplager og mobbing

Analysen viser en viss korrelasjon mellom psykiske helseplager og mobbing ($r=-0,365$). Faktoren mobbing inkluderer både å være delaktig i mobbing og blir utsatt for mobbing. I følge Norsk

Helseinformatikk har mobbeofre dobbelt så høy risiko for å utvikle psykiske helseplager, sammenlignet med andre barn og unge (Norsk Helseinformatikk, 2015). Dersom man skal forklare disse helseplagene gjennom det psykososiale perspektivet, blir disse helseplagene et resultat av stressreaksjoner som følge av stressorer i menneskets sosiale samspill med andre (Elstad, 2005, s 29). Mobbing blir da stressoren, mens stress er organismens reaksjon, og angstplager eller symptomer på depresjon blir altså de psykiske konsekvensene av stresset. Hvor langvarig eller intens mobbingen er, og i hvilken grad det skaper stressreaksjoner hos offeret, vil være med på å avgjøre hvor stor innvirkning mobbingen har på den psykiske helsen (Norsk Helseinformatikk, 2015). Andre beskyttelses- og risikofaktorer som medfødt sårbarhet, personlighetstype, sosiale og økonomiske ressurser vil også kunne ha innvirkning på hvor store konsekvenser en stressor vil ha. Å bli utsatt for mobbing fører altså ikke nødvendigvis til psykiske helseplager, man må også ta andre psykiske og sosiale risiko- og beskyttelsesfaktorer med i ligningen.

Sammenhengen mellom deltakelse i mobbing og psykiske helseplager er noe mindre åpenbar. Man kunne kanskje tenke seg at barn og unge som mobber projiserer egne plager og usikkerhet over til andre, og dermed får utløp for vonde følelser. I følge artikkelen «Mobbing blant barn og unge» stemmer imidlertid ikke dette bildet av mobberen som engstelig, usikker og med lav selvfølelse (Olweus & Solberg, 2004, s. 12). Kjentegn ved mobberen er tvert imot liten grad av angst og gjennomsnittlig selvfølelse, samtidig som de ofte er aggressive og har lavere frustrasjonsterskel (Olweus & Solberg, 2004, s. 12). Sammenhengen kan derfor skyldes metodiske forhold, som at deltagelse i mobbing har høyest korrelasjon til sinne og aggressivitet (som inngår i depressive symptomer) og mindre korrelasjon til de andre depressive symptomene, eller at utsatt for mobbing står for en større del av faktorkorrelasjonen mellom mobbing og psykiske helseplager, enn deltagelse i mobbing. Ved nærmere gjennomgang av analysen (tabell 9.1.4), kan man se at utøvelse av tradisjonell mobbing har langt lavere korrelasjonsladning til faktoren mobbing, enn de andre tre variablene, noe som delvis støtter den sistnevnte forklaringen.

6.2.2 Fellestrekk ved ungdom med fysiske helseplager

Fysiske helseplager og skoletrivsel

Ungdom med fysiske helseplager oppgir i større grad at de mistrives på skolen, sammenlignet med andre ungdommer, og faktorene har en viss sammenheng ($r= 0,346$). Dersom man skal forklare dette fenomenet gjennom det psykososiale perspektivet, kan man tenke at belastninger som mobbing kan være en felles underliggende mekanisme som kan forklare deler av

faktorkorrelasjonen. Mobbing kan både forklare mistriivsel på skolen, ved at mobbingen helt eller delvis foregår på skolen, mens de fysiske helseplagene kan forklares som psykosomatiske helseplager som følge av langvarig eller intenst stress.

Fysiske helseplager og tilfredshet

Faktoren fysiske helseproblemer har en viss negativ sammenheng med faktoren tilfredshet ($r = -0,293$). Ettersom faktoren tilfredshet omfavner mange området av livet (fornøyd/ misfornøyd med venner, foreldre, skole, lokalmiljøet, helsen og utseende), vil nok de underliggende årsakene variere. Misfornøyd med venner, foreldre, skole og lokalmiljø kan blant annet ha manglende sosiale ressurser, konflikthylte relasjoner eller ensomhet som underliggende årsaker.

Korrelasjonen mellom variabelen misfornøyd med helsen og fysiske helseplager kan skyldes at fysiske helseplager gir lavere tilfredshet med egen helse, mens korrelasjonen mellom misfornøyd med utseende og fysiske helseplager kan blant annet skyldes kjønn. I følge rapporten «Ung i Telemark 2015» er jenter overrepresentert i både gruppene med fysiske helseplager og i gruppen som er lite tilfreds med eget utseende, noe som støtter denne årsaksforklaringen (Aase et al., 2015, s. 62).

Fysiske helseplager og atferd

Analysen viser en svak til viss korrelasjon mellom helseplager og atferd ($r = 0,286$). Atferd i denne sammenheng er et vidt begrep som dekker både risikoatferd og grad av åpenhet til foreldre. Her kan det tenkes at noe av sammenhengen ligger i livsstil og væremåte. Dersom man har tilbøyelighet til å gjøre destruktive handlinger (hærverk, tagging, vært i kontakt med politiet på grunn av noe galt man har gjort), kan man også tenke seg at denne destruktive atferden også gjenspeiler seg i valg som påvirker egen helse (røyking, alkohol, narkotikabruk og usunt kosthold).

Det kan også tenkes at deler av denne korrelasjonen kan skyldes sosioøkonomisk bakgrunn. I følge artikkelen «Sosial bakgrunn, levekår og livssituasjon» synker andelen som er siktet for kriminalitet med økende sosioøkonomisk bakgrunn (SSB, 2009, s. 125). Faktorer som hvorvidt foreldrene er enslige forsørgere, foreldrenes utdanningsnivå, foreldrenes arbeidstilknytning, hvorvidt foreldre mottar sosialstønad og familietype blir trukket frem som påvirkningsfaktorer til kriminell atferd (SSB, 2009, s. 126). Sosioøkonomisk bakgrunn kan nok også forklare noe av forekomsten av fysiske helseplager, gjennom liten tilgang til helsefremmende ressurser som sunt kosthold og organiserte fritidsaktiviteter.

Hvordan kan man forklare deltagelse i lovbrudd og kriminell atferd? I stedet for å anse sosialt avvikende handlinger som problematferd, kan man gjennom teorien om rasjonelle valg, tenke seg at denne atferden er en serie med bevisste valg aktøren foretar seg fordi han ønsker å oppnå et mål. Dersom aktørens virkelighetsoppfatning er at kriminelle handlinger gir respekt fra jevnaldrende, og målet for handlingene er tilhørighet i en gruppe eller aksept blant andre ungdommer, kan en atferd som ansees som problematisk og lite sosialt akseptert fra utenforstående, være bevisste handlinger med klare mål for aktøren selv. Det kan tenkes at aktøren vil fortsette denne atferden så lenge han anser det som enkleste veien til å nå målet sitt, og at atferdsendring først skjer når konsekvensene (sanksjoner som bøter, fengselsstraff, fysiske helseplager) overstiger nytteverdien. Man kan allikevel spørre seg om ikke denne tilnærmingen overvurderer aktørens refleksivitet, og at jeg projiserer egne tanker og holdninger over til aktøren, nettopp slik motstandere av TRV argumenterer med.

Jeg har nå gjennomgått noen fellestrekk ved ungdommer med fysiske og/ eller psykiske helseplager, og vil nå se på det tydeligste fellestrekket; forekomst av både fysiske og psykiske helseplager.

6.3 Samvariasjonen mellom fysiske og psykiske helseplager

På faktornivå har fysiske og psykiske helseplager en middels sammenheng, med en faktorkorrelasjon på 0,615. Faktoranalysen viste at det tydeligste fellestrekket hos elevene med fysiske helseplager, var psykiske helseplager, og omvendt. Når man undersøker korrelasjonene på variabelnivå, ser man en noe svakere sammenheng enn det som kom frem i faktoranalysen. Dette skyldes nok at faktoranalysen forsterker korrelasjonene mellom faktorene gjennom rotasjon, men også at variablene samlet til en faktor vil gi sterkere korrelasjonsladninger enn hver enkelt variabel hver for seg. Summen blir med andre ord større enn delene.

Jeg vil nå gruppere variablene (som har korrelasjonsladning $>0,35$) inn i grupper etter mulige årsakssammenhenger, for å se hvilke faktorer som kan ligge til grunn for dette fellestrekket.

6.3.1 Angst som underliggende årsak.

Følgende korrelasjoner kan ha angst som underliggende faktor:

- Følt deg stiv og nakke- og skuldresmerter, samt hodepine
- bekymret deg for mye om ting og magesmerter
- følt at alt er et slit og nakke- og skuldresmerter, hodepine

- matthet eller svimmelhet har en viss korrelasjon til kvalme, hodepine, magesmerter, hjertebank, nakke og skuldersmerter
- nervøsitet, indre uro og hjertebank, kvalme
- stadig redd eller engstelig og hjertebank

Samtlige av de overnevnte variablene er symptomer på angst, det er derfor nærliggende å tenke at angst kan være en (av flere) underliggende årsaker til disse sammenhengene (Norsk Helseinformatikk, 2018). De fysiske helseplagene kan da forklares som psykosomatiske helseplager, der angstplagene kommer forut for de fysiske helseplagene (Sinnets helse, 2008).

Det er imidlertid vanskelig å fastslå hva som ligger til grunn for angst/ angstplagene. Angst, i likhet med en rekke andre psykiske lidelser, skyldes trolig et samspill mellom indre faktorer (genetikk, sårbarhet, personlighetstype), ytre stressorer (mobbing, mangel på venner, vanskelige hjemmeforhold, karakterpress, kroppspress) eller en kombinasjon av de nevnte og mange andre psykologiske og sosiale faktorer. Psykiske helseplager er ofte et produkt av både arv og miljø, der sårbar personlighetstype eller en genetisk disposisjon for angst ligger latent, og omgivelsene blir utslagsgivende for hvorvidt angstplagene springer ut eller ikke (Sletteland & Donovan, 2012, s. 28). Hvilke beskyttelsesfaktorer eller ressurser ungdommer har i omgivelsene, belastningens varighet og intensitet, i tillegg til indre resiliens (personlighetstype, genetikk) vil kunne påvirke hvorvidt ungdommene utvikler angstplager.

6.3.2 Stress som underliggende årsak.

- Følt deg stiv eller anspent og nakke- og skuldersmerter, hodepine
- følt at alt er et slit og nakke- og skuldersmerter, hodepine

Det kan tenkes at stress kan være en underliggende årsak til noen av disse sammenhengene, ettersom stress (i likhet med angst) kan gi muskelspenninger, og følgende stivhet/ anspenthet eller tensjonshodepine. Mens angst kan forklares både med indre og ytre faktorer, er stress ofte forbundet med ytre faktorer (stressorer) som gir indre stressreaksjoner (Sletteland & Donovan, 2012, s. 66).

Hvis man ser på disse sammenhengene gjennom det psykososiale perspektivet, vil organismens reaksjoner på stressorer være sentralt. Stressorer i omgivelsene kan utløse psykiske plager som angst eller depresjon, dersom belastningen overstiger de ressursene man har til rådighet (Samdal, Wold, Harris & Torseim, 2017, s. 6; Sletteland & Donovan, 2012, s. 66). Stressorerers påvirkning på hver enkelt, vil derfor varierer ettersom man har ulik tilgang på ressurser. Hvis man tar utgangspunkt i mobbing som stressor, kan man tenke at relasjon til venner og foreldre kan være

viktige faktorer for hvor store konsekvenser mobbing kan ha. Dersom man finner støtte og annerkjennelse fra god venner eller engasjerte foreldre, kan det være viktige beskyttelsesfaktorer mot psykisk stress som følge av mobbing. På motsatt side kan mangel på sosiale ressurser gi økt sårbarhet for stressreaksjoner som følge av mobbing. Andre faktorer som økonomisk kapital, foreldrenes kulturelle kapital, elevens resiliens, skolens holdninger og reaksjoner på mobbing og annet kan også være medvirkende faktorer.

I tillegg til mobbing, kan krav knyttet til skoleprestasjoner, kroppspress eller press om å være vellykket på mange arenaer utgjøre stressorer i ungdoms liv (Sletteland & Donovan, 2012, s. 66). Ytre press og forventninger kan tenkes å først bli en kilde til stress når de internaliseres, og individet gjør samfunnets/ omgivelsenes krav blir ens egne. Man kan allikevel spørre seg om det er mulig å ikke internalisere samfunnets idealer, dersom man eksponeres for dem over tid, blant annet gjennom media og sosiale medier.

6.3.3 Depresjon som underliggende årsak.

Følgende korrelasjoner kan forklares med depresjon som underliggende årsak:

- Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert har en viss sammenheng med helseplagene magesmerter, kvalme
- lett for å gråte og magesmerter
- lett for å klandre deg selv og kvalme, magesmerter

Samtlige av de overnevnte variablene er depressive symptomer, bortsett fra kvalme (Pedersen, 2009). Det er derfor nærliggende å tro at en del av de fysiske helseplagene kan forklares som psykosomatiske helseplager, der de depressive symptomene kommer før de fysiske helseplagene. Variabelen depressive symptomer dekker både de som har lettere depressive symptomer, og de som har så langvarige symptomer at det går over i en psykisk lidelse, men det kan tenkes at de depressive symptomene må være nokså langvarig og alvorlige før de fører til fysiske helseplager.

6.3.4 Kjønn som underliggende årsak.

Det kan også tenke at kjønn kan forklare noen av disse sammenhengene, ettersom mange av de fysiske og psykiske helseplagene kan knyttes til menstruasjon. I følge Norsk Helseinformatikk er psykiske helseplager knyttet til premenstruelt syndrom (PMS) nedstemthet, gråtetokter, angst, aggressivitet, humørsvingninger (Norsk Helseinformatikk, 2018), mens menstruasjonsplager ofte fremtrer som krampesmerter i mageregionen, kvalme og svimmelhet (Helse Norge, 2017). Jeg har

ikke tatt med variabelen kjønn i mine analyser, men som det kom frem i rapporten «Ung i Telemark 2015» er jenter overrepresentert hos ungdommer med magesmerter, hvor 25 prosent av jentene oppgir at de mange ganger eller daglig har magesmerter i løpet av den siste måneden (Aase et al., 2015, s. 62). Langt flere jenter enn gutter oppgir også at de har symptomer på depressivt stemningsleie (Aase et al., 2015, s. 58), og det kan tenkes at noen av disse psykiske helseplagene kan knyttes til menstruasjonsplager.

Faktoranalysen avdekket altså en middels sammenheng mellom fysiske og psykiske helseplager, mens korrelasjonsanalysen viste et mer detaljert bilde av hvilke variabler som i størst grad var knyttet sammen. Man kan forklare korrelasjonsladningene med angst, stress, depresjon og menstruasjonsplager som underliggende årsaker, der de tre førstnevnte kan klassifiseres som psykosomatiske helseplager. Jeg tar også høyde for at en rekke andre faktorer (som ikke inngår i analysen), kan være med på å forklare sammenhengene mellom fysiske og psykiske helseplager.

6.4 Sammenhengen mellom ressurser, belastninger og helseatferd og fysiske helseplager

Jeg vil nå se nærmere på hvordan mangel på sosiale og økonomiske ressurser, i tillegg til tilstedeværelse av belastninger kan påvirke ungdoms fysiske helse. Regresjonsanalysen viste at å ha dårlig råd, å ikke ha minst en venn og å bli utsatt for digital eller tradisjonell mobbing mer eller mindre dobler sannsynligheten for to eller flere fysiske helseplager. Jeg vil nå diskutere mulige årsaker til disse sammenhengene.

6.4.1 Sammenhengen mellom dårlig råd og fysiske helseplager

Regresjonsanalysen viser at variabelen dårlig råd er den variabelen i analysen som i størst grad øker sannsynligheten for at den avhengige variabelen får utfallet 1 (to eller flere fysiske helseplager). Elevene med dårlig råd har dobbelt så høy sannsynlighet til å ha to eller flere fysiske helseplager, sammenlignet med andre ungdommer.

Det er nærliggende å tro at variabelen dårlig råd består av mange fasetter av økonomisk betingede faktorer, som kan ha negativ påvirkning på den fysiske helsen. Dårlig råd som følge av at foreldrene er enslig forsørger, har mange barn, er uføretrygdet eller er arbeidsledig er forhold som kan tenkes å påvirke både økonomi, og forekomsten av fysiske helseplager hos ungdommer, blant annet gjennom helseatferd eller økonomisk relatert stress.

Manglende utdanning hos foreldrene kan også være en underliggende årsak til sammenhengen mellom familieøkonomi og ungdoms fysiske helseplager. Lav utdanning hos foreldrene kan tenkes å være knyttet til lite kunnskap om helsefremmende atferd, som på sikt kan skape sosiale helseforskjeller blant ungdom.

Dersom man skal belyse sammenhengen gjennom teorier om sosiale helseforskjeller, kan den materialistiske forklaringen være nyttig. Ugunstige omgivelser vil kunne påvirke organismen negativt, og konsekvenser av dårlig økonomi kan være dårlige boforhold og liten tilgang til helsefremmende ressurser som sunn mat og organisert fysisk aktivitet.

Man kan også belyse fenomenet gjennom Bourdieus teori, der dårlig råd gir indikasjon på en lavtstående posisjon i det sosioøkonomiske hierarkiet, med dertil liten tilgang på ressurser. Sosial og kulturell kapital burde også tas med i ligningen for å vurdere aktørens helhetlige tilgang til ressurser, men økonomiske ressurser alene kan gi en god pekepinn på aktørens tilgang til materielle ressurser. Tilgang til reiser, statussymboler, sunn mat og fritidsaktiviteter vil nok være redusert i denne gruppen, der de to sistnevnte faktorene kan tenkes å være tette knyttet til fysiske helseplager.

Dårlig råd kan altså kobles til fysiske helseplager på mange måter. Sammenhengen kan ha indirekte forklaringer som dårlig boforhold og helseatferd, eller noe mer subtile årsaksforklaringer som økonomisk relatert stress, lav utdanning eller lav tilknytning til arbeidslivet hos foreldrene, familiestruktur og andre (mer eller mindre) økonomisk betingede faktorer. Faktorene kan isolert sett kan ha liten betydning (slik som foreldres utdanning og helseatferd i analysene), men summen av alle delene kan gjøre dårlig familieøkonomi til en viktig påvirkningsfaktor til sosiale helseforskjeller.

6.4.2 Sammenhengen mellom mangel på venner og fysiske helseplager

Å ikke ha minst en venn dobler sannsynligheten for to eller flere fysiske helseplager. Denne sammenhengen kan både anees som mangel på sosiale ressurser, men også som belastninger dersom man blir aktivt utelatt/ utfryst fra felleskapet.

Mangel på sosial kapital kan belyses gjennom Bourdieus kapitalbegrep, der manglende sosial kapital gir manglende tilgang til sosiale ressurser. Sosiale ressurser kan blant annet være tilhørighet og aksept, som man får (og gir) gjennom medlemskap av en mer eller mindre organisert gruppe

(Bourdieu, 1986, s. 51). I dette ligger det også at aktører som ekskluderes fra gruppen, heller ikke har tilgang til de sosiale ressursene. Det kan tenkes at tilbakeholdelse av annerkjennelse og tilhørighet, sammen med følelse av utenforskap og ensomhet som kan tenkes å påvirke den fysiske helsen.

Dersom man i tillegg til å mangle nære venner, også opplever å bli utelatt/ utfryst, kan mobbing bli en tilleggsbelastning. Sammenhengen kan da forklares med det psykososiale perspektivet, som jeg kommer nærmere inn på i neste avsnitt.

6.4.3 Sammenhengen mellom å bli utsatt for tradisjonell eller digital mobbing og fysiske helseplager

Regresjonsanalysen viste også at å bli mobbet på skolen/ fritiden eller på Internett/ mobil hver 14. dag eller oftere dobler sannsynligheten for to eller flere fysiske helseplager. Denne sammenhengen kan forklares med det psykososiale perspektivet, der faktorer i det sosiale miljøet virker belastende på den fysiske og psykiske helsen. Elstad (2005) pekte på tre måter en stressor kan påvirke helsen; Mobbing kan utløse psykiske plager som angst eller depresjon (Elstad, 2005, s. 30-31). Her kan også andre beskyttelse- og risikofaktorer i ungdommen selv og i omgivelsene være utslagsgivende.

Mobbing kan også føre til helseskadelig atferd, som for eksempel misbruk av alkohol eller andre rusmidler, i tillegg til røyking (Elstad, 2005, s. 30-31). I denne kategorien kan man også inkludere spiseforstyrrelser. Mobbing kan føre til psykiske helseplager, som igjen kan lede til spiseforstyrrelser, enten i form av anoreksi, bulimi eller overspisingslidelser.

Langvarige og sterke stressreaksjoner som følge av mobbing kan også føre til ubalanse i de kroppslige systemene, som for eksempel hormonell ubalanse eller svekket immunforsvar. Dette kan gjøre kroppen mer utsatt for sykdommer som kroppen ville reparert hvis de kroppslige systemene var i balanse (Elstad, 2005, s. 30-31).

Langvarig og/ eller intens mobbing vil nok først og fremst ha konsekvenser på den psykiske helsen, men kan også påvirke ungdoms fysiske helse, gjennom psykosomatiske helseplager, helseskadelig atferd, spiseforstyrrelser, sykdom som følge av hormonell ubalanse eller svekket immunforsvar.

6.5 Oppsummering

Jeg har tatt for meg mulige underliggende årsaker til faktorkorrelasjonene og til korrelasjonene mellom fysiske og psykiske helseplager, i tillegg til å ha undersøkt i hvilken grad ressurser, belastninger og helseatferd påvirker den fysiske helsen. Resultatene av faktor- og regresjonsanalysen hadde flere fellestrekk som det er interessant å bemerke. Jeg vil nå se hvorvidt disse tre analysene kan settes sammen for å danne et mer helhetlig bilde av ungdoms fysiske og psykiske helseplager.

Det mest distinkte fellestrekket ved ungdom med helseplager, var forekomsten av både fysiske og psykiske helseplager. Blant de som oppgir at de både har fysiske og psykiske helseplager kan psykosomatiske helseplager med årsak i blant annet angst, stress, depresjon og kjønn være mulige forklaringer til helseplagene.

I både faktor- og regresjonsanalysen ble de fleste variablene knyttet til sosioøkonomisk bakgrunn utelatt grunnet manglende korrelasjon/ signifikans. Ettersom to ulike analysemetoder viser samme tendensen, kan det enten indikere at sosioøkonomisk bakgrunn ikke har signifikant betydning for ungdommenes helse, eller at spørsmålene ikke danner et riktig bilde av ungdoms sosioøkonomiske bakgrunn.

Dersom man ser på subjektive mål for familieøkonomi isolert sett, viste regresjonsanalysen at dårlig råd har stor betydning for forekomsten av to eller flere fysiske helseplager, mens faktoranalysen viste at dårlig familieøkonomi har en viss sammenheng med psykiske helseplager, og en svak sammenheng til fysiske helseplager.

Begge analysene ga indikasjoner på at mangel på venner (i faktoranalysen inkludert i faktorene tilfredshet og skoletrivsel) og å bli utsatt for mobbing har en negativ effekt på den fysiske helsen. Faktoranalysen viste også at disse indikatorene på sosial isolasjon/ belastning kan knyttes til psykiske helseplager.

Begge analysene viste også helseatferd ikke ser ut til å ha noe særlig betydning for ungdoms fysiske og psykiske helse, hverken i form av kosthold eller fysisk aktivitet. Selv om helseatferd isolert sett ikke ser ut til å ha særlig betydning, kan det utgjøre en av mange brikker som til sammen gjør manglende økonomiske ressurser til en betydelig påvirkningsfaktor for fysiske og psykiske helseplager.

Det kan tenkes at funnene i avhandlingen også kan være representative til andre fylker. Funnene kan tenkes å være overførbare til fylker med noe lignende helsetilstand, utdanningsnivå, gjennomsnittlig bruttoinntekt og sammensetning av små/mellomstore kommuner som Telemark, som for eksempel Østfold.

Oppsummering av teoriens rolle i å belyse funnene

De ulike teoriene og perspektivene har på hver sin måte bidratt til å belyse mulige årsakssammenhenger. For å forklare korrelasjonene mellom helsefaktorene og variablene knyttet til økonomiske ressurser var den materialistiske forklaringen, funksjonalismen og Bourdieu nyttige. Likhetstrekk ved disse teoriene er tilgang til ressurser. Den materialistiske forklaringen og funksjonalismen kan nok oppleves som noe mangelfulle, ettersom strukturelle forhold, individets påvirkning på egen helse og menneskets sosiale samspill faller bort. Bourdieus teorier virker nok mer dekkende ettersom han både inkluderer strukturelle forhold og den reflektsive aktøren. Aktørens refleksivitet og påvirkningskraft faller allikevel litt bort også i denne teorien.

TRV bidro med innsikt i forståelsen av sammenhengen mellom fysiske helseplager og atferd. TRV kommer til sin rett i forklaringen av fenomener som skyldes atferd, men forklaringene føles allikevel nokså forenklet, ettersom strukturelle forhold som aktørens sosioøkonomiske posisjon hadde blitt utelatt.

For å forklare belastninger var det psykososiale perspektivet mest anvendbar. Mobbing kan ansees som en betydelig stressor, som kan ha innvirkning på helsen. Perspektivet tar også med at stressorer ikke nødvendigvis fører til stress, men at beskyttelsesfaktorer i individet selv og i omgivelsene, kan være utslagsgivende på hvorvidt en stressor skaper stressreaksjoner eller ikke. Mennesket blir ikke bare fremstilt som et produkt av menneskelige interaksjoner, men som en aktiv deltager i et sosialt samspill.

7 Konklusjon og veien videre

I denne avhandlingen har jeg kartlagt noen fellestrekk ved ungdomsskoleelever som oppgir at de har fysiske og/ eller psykiske helseplager, og sett nærmere på sammenhengen mellom fysiske og psykiske helseplager. Jeg har også undersøkt i hvilken grad ressurser, belastninger og helseatferd ser ut til å påvirke hvorvidt ungdommene har fysiske helseplager.

I faktoranalysen kom det frem at det tydeligste fellestrekket ved ungdom med psykiske helseplager er fysiske helseplager, lavere grad av tilfredshet og skoletrivsel, dårligere familieøkonomi og at de i større grad blir utsatt for/ er involvert i mobbing, sammenlignet med andre ungdommer.

Ungdommer med dårlig psykisk helse rapporterer altså om generelt flere belastninger og mindre ressurser enn andre ungdommer.

Fellestrekket ved ungdommer med fysiske helseplager er psykiske helseplager, mindre tilfredshet, lavere grad av skoletrivsel og høyere grad av atferdsproblemer sammenlignet med andre ungdommer. Også her ser man en opphopning av belastninger og færre ressurser, sammenlignet med andre ungdommer.

Mange variabler knyttet til psykiske helseplager har en viss til middels sammenheng med fysiske helseplager. Forekomsten av fysiske og psykiske helseplager samtidig kan blant annet forklares som psykosomatiske helseplager med angst, depresjon, stress eller kjønn som mulige underliggende årsaker. Psykosomatiske helseplager kan helt eller delvis skyldes psykiske plager/ lidelser, med eller uten årsak i en utenforliggende stressor/ belastning.

I den voksne befolkningen ser man en klar gradient i helse, der helsen blir bedre jo høyere opp i det sosioøkonomiske hierarkiet man kommer. Mine analyser viser imidlertid at variablene knyttet til sosioøkonomisk bakgrunn og helseplager har liten sammenheng hos ungdomsskoleelever i Telemark, og flere av indikatorene for sosioøkonomisk bakgrunn var derfor uegnet til å inngå i analysene. Denne mangelen på sammenheng kan skyldes flere forhold, blant annet at sosioøkonomisk status har innvirkning på den fysiske og psykiske helsen i et langvarig perspektiv, og at de sosiale forskjellene på helsen vil gjøre seg mer gjeldende etter at ungdommene har blitt voksne. Stress knyttet til økonomi, i tillegg til arbeidsslitasje, dårlige boforhold og livsstilsykdommer er eksempler på hvordan sosioøkonomisk status kan påvirke helsen på sikt, gjennom langvarig slitasje. Livet differensieres også i mye større grad i voksenlivet, sammenlignet med i ungdomstiden, der alle går på skole, de fleste har gym og spiser regelmessige måltider i skoletiden.

En annen årsak kan være mangler i datasettet, der variablene ikke gir tilstrekkelig innsikt i ungdoms sosioøkonomiske bakgrunn eller at ungdommene mangler innsikt i egen sosioøkonomiske bakgrunn.

Når man derimot utelukkende ser på subjektive mål for økonomiske ressurser viste faktoranalysen en viss korrelasjon mellom familieøkonomi og faktoren psykiske helseplager, og en svak sammenheng mellom familieøkonomi og fysiske helseplager. Regresjonsanalysen viste en lignende tendens der dårlig råd dobler sannsynligheten for to eller flere fysiske helseplager.

Det kan tenkes at sammenhengen mellom fysiske/ psykiske helseplager og dårlig familieøkonomi har en direkte forklaring, der manglende helsefremmende ressurser (som sunt kosthold og organisert fritidsaktiviteter) og dårlige boforhold kan gi helseplager.

Det kan også tenkes at dårlig råd og fysiske helseplager kan ha en indirekte sammenheng. Dårlig økonomi kan bli en belastning som påvirker familiedynamikken negativt, noe som på sikt kan påvirke den fysiske helsen. Her kan også andre mulige belastninger som lav tilknytning til arbeidslivet, være enslig forsørger eller ha mange barn spille en rolle.

Dårlig økonomi grunnet manglende utdanning kan også ha en indirekte kobling til ungdoms fysiske helseplager. Lav utdanning kan henge sammen med manglende kunnskap om helsefremmende atferd, som igjen kan ha betydning for ungdoms fysiske og psykiske. I realiteten er nok alle de nevnte faktorene, i tillegg til en rekke andre, brikker som til sammen utgjør en helhetlig årsak til sosiale helseforskjeller.

Både faktor- og regresjonsanalysen viste at sosiale ressurser har en sammenheng med helseplager. Faktoranalysen viser at både lav grad av tilfredshet og skoletrivsel har en middels sammenheng til psykiske helseplager, og en viss sammenheng med fysiske helseplager. Regresjonsanalysen viste at å ikke ha minst en venn dobler sannsynligheten for to eller flere fysiske helseplager. Sosial isolasjon kan være felles underliggende faktorer som kan forklare noe av disse sammenhengene.

Når det kommer til belastninger viste faktoranalysen at det foreligger en viss sammenheng mellom mobbing og psykiske helseplager (og en svak korrelasjon til fysiske helseplager), mens regresjonsanalysen viste at å bli utsatt for tradisjonell eller digital mobbing mer eller mindre dobler sannsynligheten for to eller flere fysiske helseplager. Disse årsakssammenhengene kan skyldes at mobbing kan utløse stressreaksjoner, som igjen kan føre til fysiske og psykiske helseplager.

Faktoranalysen viste at helseatferd ikke kan knyttes til fysiske eller psykiske helseplager, og hverken sunt og usunt kosthold har noen signifikant sammenheng til helsefaktorene.

Regresjonsanalysen viste en lignende tendens, hvor helseatferdsindikatoren var signifikant, men ga et ubegripelig resultat. Jeg vil tro at mangelen på sammenhenger kan skyldes at helseatferd har mindre å si for den fysiske (og psykiske) helsen blant ungdom, sammenlignet med den voksne befolkningen.

Faktoranalysen viser at fysiske helseplager i noe mindre grad kan forklares ut ifra ressurser, belastninger og helseatferd enn psykiske helseplager, noe som kan ha flere årsaker. Jeg antar at det skyldes at ungdommer i langt større grad opplever psykiske påkjenninger, som blant annet høye krav til å prestere, store fysiske forandringer, kroppspress og mobbing, enn fysiske belastninger som sult, fysisk slitasje, dårlige boforhold og lignende, som nok er mer aktuelt i andre land.

I tillegg til flere psykiske belastninger, kan nok en del av forklaringen ligge i at belastninger eller mangel på ressurser skal være av nokså alvorlig karakter for at det skal ha direkte fysiske konsekvenser for en ellers frisk ungdom. Kroppen har nok ofte langt mer resiliens enn psyken, og belastninger vil nok ha mer umiddelbare konsekvenser for den psykiske helsen.

Videre tiltak for å utjevne sosiale helseforskjeller blant ungdom i Telemark

I arbeidet for å utjevne sosiale helseforskjeller blant ungdom i Telemark bør man fortsette med en bredspektret tilnærming av primærforebyggende og sekundærforebyggende tiltak.

Skolehelsetjenesten og helsestasjon er viktige aktører for å forebygge helseplager, og tilrettelegge for god helse. Helsesøstre kan både kartlegge og iverksette tiltak for å bedre helsetilstanden hos ungdom, og flere helsesøstre i skolen kan bidra til tettere oppfølging av ungdoms fysiske og psykiske helsetilstand.

I tillegg til skolehelsetjenesten og helsestasjon, er skolen en viktig aktør for å forebygge fysiske og psykiske helseplager. Barn og unge tilbringer mye av tiden på skolen, og et godt psykososialt miljø er et viktig helsefremmende tiltak. Tiltak som øker skoletrivsel og inkludering, sammen med tiltak mot mobbing, kan ha en preventiv virkning, spesielt på psykiske helseplager. Økt voksentetthet, økt kompetanse, i tillegg til klare retningslinjer for håndtering av mobbing, kan bidra til en bedre skolehverdag for elevene.

Tiltakene bør være både sykdomsforebyggende og helsefremmende. Mens tiltak mot mobbing går ut på å redusere stressorer i elevenes omgivelser, er empowerment med på å styrke mestring hos

elevene. Å styrke elevenes følelse av mestring gjennom en individuell tilpasset skolehverdag, der elevene er med på å bestemme over forhold som angår den selv, kan bidra til mestring.

Tertiærforebyggende tiltak der man reduserer følgende av fysiske og psykiske helseplager står også sentralt. Ved å følge opp også etter behandling av fysiske og psykiske helseplager, kan man til en viss grad forebygge tilbakevendende helseplager. Også her kan skolehelsetjenesten være en viktig ressurs.

For å forebygge fysiske og psykiske helseplager hos ungdom bør man sette inn et bredt spekter av tiltak på områder som kan påvirke ungdoms helse. Man bør sette inn tiltak som når ut til alle (universelle), til sårbare grupper (selektive) og tiltak hos de som allerede har utviklet fysiske og psykiske helseplager (indikative tiltak). Man bør iverksette tiltak som retter seg både mot sykdomsforebygging, i tillegg til helsefremmende tiltak. Med utgangspunkt i denne masteren vil jeg særlig trekke frem tiltak mot mobbing, fokus på å bedre det psykososiale miljø i skolen og gratis fritidsaktiviteter for familier med lav inntekt, som viktige tiltak for å bedre ungdomsskoleelevers helse i Telemark.

8 Referanser/litteraturliste

- 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>
- Aase, K. N., Bentsen, A., & Møller, G. (2015). *Ung i Telemark 2015*. Skien: Kompetansesenter rus – region sør.
- Alnes, J. H. (2011). Rasjonell aktør. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra https://snl.no/rasjonell_akt%C3%B8r
- Bahus, M. K. (2012). Folkehelseloven. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/folkehelseloven>
- Bakken, A., Frøyland, L.R. & Sletten, M.A. (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata- undersøkelsene?* (NOVA rapport 3/2016). Hentet fra [file:///C:/Users/elisa/Downloads/Sosiale-forskjeller-i-unges-liv-NOVA-Rapport-3-2016-18-april-%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/elisa/Downloads/Sosiale-forskjeller-i-unges-liv-NOVA-Rapport-3-2016-18-april-%20(1).pdf)
- Bjerkan, A. M. (2012). Faktoranalyse. I T. A. Eikemo og T. H. Clausen (Red.) *Kvantitativ analyse med SPSS. En praktisk innføring I kvantitative analyseteknikker*. 2. utgave. Trondheim: Akademisk forlag.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. I: J. G. Richardson (Red.), *The handbook of theory: research for the sociology of education*. New York: Greenwood Press.
- Braut, G. S. (2015). Helse. *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/helse>
- Braut, G. S. (2009). Helseatferd. *Store medisinske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/helseatferd>
- Bøhn, E. D. (2017). Metafysikk. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/metafysikk>
- Clench-Aas, J., Thorgersen, L., Johansen, R., Bakken I. J, Skogen, J. C. & Knudsen, A. K. S. Psykisk helse hos voksne. *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/>
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Sammendragsrapport*. Hentet fra

<https://fagarkivet.hioa.no/jspui/bitstream/123456789/716/2/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf>

Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Hovedrapport*. Hentet fra file:///C:/Users/Elisabeth/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf

Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning- en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 5 årgang. (nr.2) 101. Hentet fra <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/viewFile/244/234>

Ekren, R. (2014). *Sosial reproduksjon av utdanning?* Hentet fra <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/sosial-reproduksjon-av-utdanning>

Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse: teorier og forklaringer*. (07/2005). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/318/Sosiookonomiske-ulikheter-i-helse-teorier-og-forklaringer-IS-1282.pdf>

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: Universitetsforlag.

Folkehelseinstituttet (2005). *Definisjoner: Sosial ulikhet i helse*. Hentet fra <https://www.fhi.no/hn/ulikhet/sosial-ulikhet-i-helse/>

Folkehelseinstituttet (2015). *Fakta om mobbing blant barn og unge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/barn-og-unge/oppvekst/fakta-om-mobbing-blant-barn-og-unge/>

Folkehelseinstituttet (2016). *Sosiale helseforskjeller*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller-i-norge---/#main>

Frønes, I. (2013). *Å forstå sosialisering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Frøsli, K. F. (2017). Korrelasjon. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/korrelasjon>

- Frøyland, L. R. (2015). *Ungdata – Lokale ungdomsundersøkelser: Dokumentasjon av variablene i spørreskjemaet* (NOVA rapport 2015). Hentet fra file:///C:/Users/Elisabeth/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dokumentasjonsrapport%20Ungdata.pdf
- Fugelli, P. & Ingstad B. (2001). Helse slik folk ser det. *Tidsskrift Den Norske Legeforening*, 2001. (121: 3600-4). Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/12/tema-helse-og-kultur/helse-slik-folk-ser-det>
- Grimen, H. (2012). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grønmo, S. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2016). *Sosial ulikhet i helse*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/sosial-ulikhet-i-helse>
- Helsedirektoratet. (2010). *Sosial kapital: Teorier og perspektiver –en kunnskapsoversikt med vekt på folkehelse*. (04/2010). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/316/Sosial-kapital-teorier-og-perspektiver-en-kunnskapsoversikt-med-vekt-pa-folkehelse-IS-1797.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/742/Fysisk-aktivitet-og-psykisk-helse-et-tipshefte-for-helsepersonell-IS-1670.pdf>
- Helse Norge (2017). *Kraftige menstruasjonssmerter*. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/underliv/menstruasjon-og-smerter>
- Hobæk, T. (1993). *Justering av partielt frafall i arbeidskraftundersøkelsene* (AKU). Hentet fra https://www.ssb.no/a/histstat/not/not_9334.pdf
- Holmen, H. (2017). Epistemologi. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/epistemologi>
- Integrerings og mangfoldsdirektoratet. (2010). *Svarprosent og frafall*. Hentet fra <https://www.tolkeportalen.no/no/brukerundersokelser/Kapittel-3/33-Svarprosent-og-frafall/>
- Iversen, A. C. (2005). *Sosiale forskjeller i helseatferd og oppfatninger*. Hentet fra <http://forebygging.no/Kronikker/2007-2005/Sosiale-forskjeller-i-helseadferd-og-oppfatninger/>
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS*. Oslo: Abstrakt forlag.

- Kristiansen, J. E. (2007). *Tall kan temmes. Om å bruke og formidle statistikk*. Kristiansand: IJ-forlaget.
- Linnerud, K., Oklevik, O. & Slettvoll, H. (2004). *Statistisk analyse med SPSS*. (Nr. 13/2004). Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/149465/HSF_notat_2004_13.pdf?sequence=1
- Malt, U. (2018). *Psykosomatisk*. Hentet fra <https://sml.snl.no/psykosomatisk>
- Mathisen, J. (2008). Positivisme. *Sykepleien*, 3(1)(52-53). Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/positivisme>
- Ness, Ø., Rognerud, M. & Strand, B. H. (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. (2007:1) Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/sosial_ulikhet_i_helse_fhirapport2007_1.pdf
- Neumann, C. E. B. & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen: En metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Nordbø, B. (2018). Ressurs. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/ressurs>
- Norsk Helseinformatikk. (2018). *Symptomer og tegn på generalisert angst*. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angsttilstander/generalisert-angst-symptomer-og-tegn/>
- Norsk Helseinformatikk. (2015). *Fakta om mobbing blant barn og unge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/barn-og-unge/oppvekst/fakta-om-mobbing-blant-barn-og-unge/>
- Norsk Helseinformatikk (2016). *Mensen til glede og besvær*. Hentet fra <https://nhi.no/familie/barn/pubertet/menstruasjon/>
- Oellinggrath, I. M & Nærum, K. (2006) Kosthold blant ungdom i Porsgrunn. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 2006. (6:89–96). Hentet fra <https://journals.hioa.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/1116/981>
- Olweus, D. & Solberg, C. (2004). *Mobbing blant barn og unge. Informasjon og veiledning til foreldre og andre voksne*. (Brosjyre). Hentet fra https://uni.no/media/manual_upload/Mobbing_blant_barn_og_unge_brosjyre.pdf

- Paache, K. H. (2012). *Hva er god psykisk helse?* Hentet fra <http://www.mentalhelse.no/fylkes-og-lokallag/nord-troendelag/lokallag/naeroey-og-vikna/nyheter/hva-er-god-psykisk-helse>
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival guide, a step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. 2. utgave. Australia: Alan and Unwin book Publisher.
- Pedersen, T. (2014). *Psykosomatiske tilstander*. Hentet fra https://www.helsenett.no/index.php?option=com_content&view=article&id=7158:psykosomatiske-tilstander&catid=120&Itemid=533
- Pedersen, T. (2009). *Symptomer på depresjon*. Hentet fra <https://www.helsenett.no/211-sykdommer/psykiatri/psykiatri/5065-symptomer-pa-depresjon.html>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Samdal, O., Mathisen, F., Torseim, T., Røssing Diseth, Å., Fismen, A.-S., Larsen, T., Wold, B. & Årdal, E. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge*. (HEMIL-rapport 2016). Hentet fra <http://filer.uib.no/psyfa/HEMIL-senteret/HEVAS/HEMIL-rapport2016.pdf>
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torseim, T. (2017). *Stress og mestring*. (IS-2655) Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1392/Stress%20og%20mestring%20IS-2655.pdf>
- Sinnets Helse. (2008). *Psykosomatiske sykdommer*. Hentet fra <http://www.sinneshelse.no/artikler/psykosomatisk.htm>
- Skirbekk, S. (2015). Sosial ulikhet. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra https://snl.no/sosial_ulikhet
- Sletnes, K. B. (2018). Positivisme -vitenskapsfilosofi. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra https://snl.no/positivisme_-_vitenskapsfilosofi
- Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Statistisk sentralbyrå (2009). *Sosial bakgrunn, levekår og livssituasjon*. Hentet fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa110/sosial_bakgrunn.pdf
- Svartdal, F. & Malt, U. (2018). Stress. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/stress>

Svartdal, F. (2017). Faktoranalyse. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/faktoranalyse>

Synonymordboka. *Belastning*. Hentet fra <http://www.synonymordboka.no/no/?q=belastning>

Telemark fylkeskommune. (2016). *Folkehelse i Telemark 2016, oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. Skien: Telemark fylkeskommune.

Tønnessen, S. (2018). Spuriøs. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/spuriøs>

Vatn, A. S., Bertness, E. & Lien, L. (2007). *Mobbing og helseplager hos barn og ungdom*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2007/08/oversiktsartikkel/mobbing-og-helseplager-hos-barn-og-ungdom>

Vinsrygg, G. (2008). *Psykosomatiske sykdommer*. Hentet fra <http://www.sinnetshelse.no/artikler/psykosomatisk.htm>

Aakvaag, G. C (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.

Aase, K. N. (2016). *Sosial ulikhet i helse er den største folkehelseutfordringen i Telemark*. Hentet fra

<https://www.telemark.no/Vaare-tjenester/Folkehelse/Aktuelt/Sosial-ulikhet-i-helse-er-den-stoerste-folkehelseutfordringen-i-Telemark>

Aase, K. N. (2015). *Det er godt å være ung i Telemark*. Hentet fra <https://www.telemark.no/Vaare-tjenester/Folkehelse/Aktuelt/Det-er-godt-aa-vaere-ung-i-Telemark>

9 Oversikt over tabeller og figurer

9.1 Statistiske tabeller

9.1.1. *Deskriptiv statistikk over de uavhengige variablene knyttet til ressurser, belastninger og helseatferd. (variablene inngår i faktor- og/ eller regresjonsanalysen.)*

Teoretisk begrep	Variabelnavn	Variabelbeskrivelse	Verdier	Mean	Std. Deviativ	Analysis N
	Familie-økonomi	I hvor stor grad passer følgende utsagn eller påstander med din situasjon? - Foreldrene mine mangler penger til å betale for ulike fritidsaktiviteter som jeg gjerne ønsker å delta i (idrettsaktiviteter, musikkinstrumenter og lignende)	1= Stemmer svært godt 2= Stemmer ganske godt 3=Stemmer ganske dårlig 4= Stemmer svært dårlig	3,7	0,67	3621
Ressurser	Familie-økonomi	I hvor stor grad passer følgende utsagn eller påstander med din situasjon? - Foreldrene mine har nesten ikke penger til å betale for det nødvendige (mat, husleie, telefon og lignende)	1= Stemmer svært godt 2= Stemmer ganske godt 3=Stemmer ganske dårlig 4= Stemmer svært dårlig	3,82	0,525	3621
	Familie-økonomi	Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene?	1= Stort sett	1,89	0,905	3621
	Venner	Har du minst en venn som du kan stole fullstendig på og betro deg til om alt mulig?	1= Ja, helt sikkert 2=Jeg tror det 3=Det tror jeg ikke 4= Har ingen jeg ville kalle venner nå for tiden	1,43	0,697	3621

	Foreldre	Her kommer noen utsagn om hvordan du vil beskrive forholdet ditt til foreldrene dine. - Foreldrene mine pleier å vite hvor jeg er, og hvem jeg er sammen med i fritida	1= Stemmer svært godt 2= Stemmer ganske godt 3=Stemmer ganske dårlig 4= Stemmer svært dårlig	1,33	0,566	3621
	Foreldre	Her kommer noen utsagn om hvordan du vil beskrive forholdet ditt til foreldrene dine. - Jeg forsøker å holde mesteparten av fritida mi skjult for foreldrene mine	1= Stemmer svært godt 2= Stemmer ganske godt 3=Stemmer ganske dårlig 4= Stemmer svært dårlig		0,797	3621
	Skoletrivsel	Her kommer noen utsagn om hvordan du vil beskrive forholdet ditt til foreldrene dine. - Foreldrene mine kjenner de fleste av vennene jeg er sammen med i fritida	1= Stemmer svært godt 2= Stemmer ganske godt 3=Stemmer ganske dårlig 4= Stemmer svært dårlig	1,41	0,632	3621
<i>Ressurs</i>	Skoletrivsel	Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Jeg trives på skolen	1= Stemmer svært godt 2= Stemmer ganske godt 3=Stemmer ganske dårlig 4= Stemmer svært dårlig	1,39	0,645	3621
	Skoletrivsel	Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Lærerne mine bryr seg om meg	1= Stemmer svært godt 2= Stemmer ganske godt 3=Stemmer ganske dårlig 4= Stemmer svært dårlig	1,62	0,719	3621

Skole- trivsel	Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Jeg føler at jeg passer inn blant elevene på skolen	1= Stemmer svært godt 2= Stemmer ganske godt 3=Stemmer ganske dårlig 4= Stemmer svært dårlig	1,6	0,796	3621
Skole- trivsel	Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Jeg kjeder meg på skolen	1= Stemmer svært godt 2= Stemmer ganske godt 3=Stemmer ganske dårlig 4= Stemmer svært dårlig	2,19	0,844	3621
Skole- trivsel	Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Jeg gruer meg ofte til å gå på skolen	1= Stemmer svært godt 2= Stemmer ganske godt 3=Stemmer ganske dårlig 4= Stemmer svært dårlig	3,34	0,881	3621
Tilfreds	Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Foreldrene dine	1= Svært misfornøyd 2= Litt misfornøyd 3= Verken fornøyd eller misfornøyd 4= Litt fornøyd 5= Svært fornøyd	4,45	1,1	3621
Tilfreds	Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Vennene dine	1= Svært misfornøyd 2= Litt misfornøyd 3= Verken fornøyd eller misfornøyd 4= Litt fornøyd 5= Svært fornøyd	4,44	1,02	3621
Tilfreds	Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Skolen du går på	1= Svært misfornøyd 2= Litt misfornøyd 3= Verken fornøyd eller misfornøyd 4= Litt fornøyd 5= Svært fornøyd	3,75	1,238	3621
Tilfreds	Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Lokalmiljøet der du bor	1= Svært misfornøyd 2= Litt misfornøyd 3= Verken fornøyd eller misfornøyd 4= Litt fornøyd 5= Svært fornøyd	3,87	1,19	3621

	Tilfreds	Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Halsa di	1= Svært misfornøyd 2= Litt misfornøyd 3= Verken fornøyd eller misfornøyd 4= Litt fornøyd 5= Svært fornøyd	3,92	1,204	3621
	Tilfreds	Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Utseendet ditt	1= Svært misfornøyd 2= Litt misfornøyd 3= Verken fornøyd eller misfornøyd 4= Litt fornøyd 5= Svært fornøyd	3,55	1,301	3621
	Mobbing	Bli du selv utsatt for plaging, utfrysning eller trusler av andre unge på internett eller mobil?	1= Ja, flere ganger i uke 2=Ja, omtrent en gang i uka 3=Ja, omtrent hver 14. dag 4=Ja, omtrent en gang i måneden 5=Nesten aldri 6=aldri	5,64	0,84	3621
		Bli du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritida?	1= Ja, flere ganger i uke 2=Ja, omtrent en gang i uka 3=Ja, omtrent hver 14. dag 4=Ja, omtrent en gang i måneden 5=Nesten aldri 6=aldri	5,33	1,119	3632
<i>Belastning</i>		Hender det at du er med på plaging, trusler eller utfrysning av andre unge på skolen eller i fritida?	1= Ja, flere ganger i uke 2=Ja, omtrent en gang i uka 3=Ja, omtrent hver 14. dag 4=Ja, omtrent en gang i måneden 5=Nesten aldri 6=aldri	5,68	0,672	3621

Mobbing	Hender det du er med på plaging eller trusler av andre ung på skolen eller Internett eller mobil?	1= Ja, flere ganger i uke 2=Ja, omtrent en gang i uka 3=Ja, omtrent hver 14. dag 4=Ja, omtrent en gang i måneden 5=Nesten aldri 6=aldri	5,82	0,574	3621
Problem-atferd	Hvor mange ganger har du vært med på eller gjort noe av dette i løpet av det siste året (de siste 12 månedene) - Vært borte en hel natt uten at foreldrene dine visst hvor du var. -Brutt deg inn for å stjele noe. -	1= Ingen ganger 2=En gang 3= 2-5 ganger 4= 6-10 ganger 5= 11 ganger eller mer	1,09	0,426	3621
Problem-atferd	Hvor mange ganger har du vært med på, eller gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)? - Sprayet eller tagget ulovlig på vegger, bygninger, tog, buss eller lignende	1= Ingen ganger 2=En gang 3= 2-5 ganger 4= 6-10 ganger 5= 11 ganger eller mer	1,05	0,317	3621
Problem-atferd	Hvor mange ganger har du vært med på, eller gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)? - Vært borte en hel natt uten at foreldrene dine visste hvor du var	1= Ingen ganger 2=En gang 3= 2-5 ganger 4= 6-10 ganger 5= 11 ganger eller mer	1,05	0,317	3621

	Problem- atferd	Hvor mange ganger har du vært med på, eller gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)? - Vært i kontakt med politiet på grunn av noe galt du har gjort	1= Ingen ganger 2=En gang 3= 2-5 ganger 4= 6-10 ganger 5= 11 ganger eller mer	1,06	0,326	3621
	Kosthold	Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grovbrød	1= Daglig 2= 2-3 ganger i uka 3= 1 gang i uka 4=3-4 ganger i måneden 5= 1 gang i måneden 6= Sjeldent/ Aldri	1,06	0,326	3621
	Kosthold	Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Frukt/bær	1= Daglig 2= 2-3 ganger i uka 3= 1 gang i uka 4=3-4 ganger i måneden 5= 1 gang i måneden 6= Sjeldent/ Aldri	2,59	1,76	3621
	Kosthold	Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grønnsaker/salater	1= Daglig 2= 2-3 ganger i uka 3= 1 gang i uka 4=3-4 ganger i måneden 5= 1 gang i måneden 6= Sjeldent/ Aldri	2,19	1,219	3621
<i>Helse- atferd</i>	Kosthold	Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Potetgull	1= Daglig 2= 2-3 ganger i uka 3= 1 gang i uka 4=3-4 ganger i måneden 5= 1 gang i måneden 6= Sjeldent/ Aldri	1,95	1,111	3621
	Kosthold	Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Sjokolade/godteri	1= Daglig 2= 2-3 ganger i uka 3= 1 gang i uka 4=3-4 ganger i måneden 5= 1 gang i måneden 6= Sjeldent/ Aldri	3,22	1,155	3621
	Kosthold	Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Brus med sukker	1= Daglig 2= 2-3 ganger i uka 3= 1 gang i uka 4=3-4 ganger i måneden 5= 1 gang i måneden 6= Sjeldent/ Aldri	2,85	0,993	3621

9.1.1 Faktoranalyse, kommunaliteten hos variablene brukt i faktoranalysen.

Communalities

	Initial	Extraction
Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene?	,347	,429
I hvor stor grad passer følgende utsagn eller påstander med din situasjon? - Foreldrene mine mangler penger til å betale for ulike fritidsaktiviteter som jeg gjerne ønsker å delta i (idrettsaktiviteter, musikkinstrumenter og lignende)	,411	,576
I hvor stor grad passer følgende utsagn eller påstander med din situasjon? - Foreldrene mine har nesten ikke penger til å betale for det nødvendigste (mat, husleie, telefon og lignende)	,417	,560
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Brus med sukker	,289	,382
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Sjokolade/godteri	,381	,624
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Potetgull	,348	,481
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grovbrød	,149	,190

Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Frukt/bær	,336	,554
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grønnsaker/salater	,315	,481
Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned? - Magesmerter	,392	,417
Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned? - Kvalme	,406	,407
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Følt at alt er et slit	,566	,557
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Hatt søvnproblemer	,391	,393
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert	,697	,699
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Følt håpløshet med tanke på framtida	,577	,573
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Følt deg stiv eller anspent	,493	,471
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Bekymret deg for mye om ting	,608	,603
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Følt deg ensom	,614	,604
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Vært sint og aggressiv	,432	,444

Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Plutselig redd uten grunn	,636	,489
Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned? - Ledd- og muskelsmerter	,331	,316
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Matthet eller svimmelhet	,497	,508
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Nervøsitet, indre uro	,602	,602
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Lett for å gråte	,571	,574
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Lett for å klandre deg selv	,625	,635
Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned? - Nakke- og skuld smerter	,415	,397
Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned? - Hodepine	,389	,434
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Stadig redd eller engstelig	,672	,529
Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Jeg gruer meg ofte til å gå på skolen	,349	,377
Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Jeg føler at jeg passer inn blant elevene på skolen	,448	,460

Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Lærerne mine bryr seg om meg	,301	,311
Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Jeg trives på skolen	,499	,617
Her kommer noen utsagn om hvordan du vil beskrive forholdet ditt til foreldrene dine. - Foreldrene mine pleier å vite hvor jeg er, og hvem jeg er sammen med i fritida	,339	,318
Hvor mange ganger har du vært med på, eller gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)? - Sprayet eller tagget ulovlig på vegger, bygninger, tog, buss eller lignende	,169	,182
Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida?	,426	,501
Hender det at du er med på plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida?	,244	,217
Hender det at du er med på plaging eller trusler mot andre unge via Internett eller mobil?	,316	,374
Blir du selv utsatt for plaging eller trusler fra andre unge via Internett eller mobil?	,436	,532
Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Vennene dine	,463	,540

Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Lokalmiljøet der du bor	,546	,611
Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Helsa di	,494	,569
Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Utseendet ditt	,476	,484
Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Skolen du går på	,555	,593
Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Jeg kjeder meg på skolen	,216	,212
Hvor mange ganger har du vært med på, eller gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)? - Vært i kontakt med politiet på grunn av noe galt du har gjort	,251	,256
Hvor mange ganger har du vært med på, eller gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)? - Vært borte en hel natt uten at foreldrene dine visste hvor du var	,236	,279
Hvor mange ganger har du vært med på eller gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)? - Brutt deg inn for å stjele noe	,055	,048
Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?	,165	,112

Hvor ofte har du brukt reseptfrie medikamenter (Paracet, Ibux og lignende) i løpet av siste måned?	,264	,255
Her kommer noen utsagn om hvordan du vil beskrive forholdet ditt til foreldrene dine. - Foreldrene mine kjenner de fleste av vennene jeg er sammen med i fritida	,321	,285

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

9.1.2 Total forklart varians av variablene i faktoranalysen.

Total Variance Explained							Rotation Sums of Squared Loadings ^a
Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Total
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	
1	11,752	23,505	23,505	11,265	22,531	22,531	10,291
2	3,204	6,408	29,913	2,651	5,302	27,833	6,347
3	2,334	4,668	34,581	1,787	3,573	31,406	5,192
4	1,910	3,820	38,401	1,436	2,871	34,277	3,057
5	1,808	3,617	42,018	1,262	2,524	36,801	6,333
6	1,667	3,333	45,352	1,123	2,246	39,047	3,388
7	1,619	3,237	48,589	1,094	2,188	41,235	1,567
8	1,360	2,720	51,310	,761	1,522	42,757	1,648
9	1,247	2,494	53,803	,686	1,371	44,128	3,413
10	1,134	2,268	56,071				
11	1,114	2,229	58,300				
12	1,019	2,038	60,338				
13	,995	1,990	62,328				
14	,910	1,820	64,149				
15	,856	1,713	65,861				
16	,788	1,576	67,437				
17	,788	1,575	69,012				
18	,750	1,499	70,511				
19	,741	1,481	71,992				

20	,687	1,374	73,366				
21	,655	1,311	74,677				
22	,640	1,279	75,956				
23	,607	1,215	77,171				
24	,595	1,191	78,361				
25	,589	1,178	79,539				
26	,569	1,138	80,677				
27	,545	1,090	81,767				
28	,542	1,084	82,852				
29	,523	1,047	83,898				
30	,511	1,021	84,920				
31	,503	1,006	85,926				
32	,482	,963	86,889				
33	,472	,944	87,833				
34	,450	,901	88,734				
35	,445	,890	89,623				
36	,426	,851	90,475				
37	,419	,839	91,314				
38	,411	,822	92,136				
39	,401	,803	92,939				
40	,397	,795	93,733				
41	,380	,761	94,494				
42	,374	,747	95,241				
43	,358	,717	95,958				
44	,347	,694	96,652				
45	,332	,664	97,317				
46	,300	,601	97,917				
47	,294	,588	98,506				
48	,292	,583	99,089				
49	,244	,488	99,577				
50	,212	,423	100,000				

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

a. When factors are correlated, sums of squared loadings cannot be added to obtain a total variance.

9.1.3 KMO & Bartlett's Test av faktoranalysen.

KMO and Bartlett's Test		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,937
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	76682,459
	df	1431
	Sig.	,000

9.1.4 Pattern matrix av variablene i faktoranalysen.

Pattern Matrix ^a									
	Factor								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Lett for å klandre deg selv	0,847								
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert	0,816								
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Nervøsitet, indre uro	0,810								
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Lett for å gråte	0,795								
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Stadig redd eller engstelig	0,787								
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Bekymret deg for mye om ting	0,782								

Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Følt håpløshet med tanke på framtida	0,736							
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Plutselig redd uten grunn	0,731							
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Følt deg ensom	0,702							
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Følt at alt er et slit	0,635							
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Vært sint og aggressiv	0,538							
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Følt deg stiv eller anspent	0,505							
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Matthet eller svimmelhet	0,480							
Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: - Hatt søvnproblemer	0,439							
Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned? - Hodepine		0,642						
Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned? - Magesmerter		0,587						
Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned? - Nakke- og skuldresmerter		0,583						

Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned? - Kvalme		0,570						
Har du hatt noen av disse plagene i løpet av siste måned? - Ledd- og muskelsmerter		0,545						
Hvor ofte har du brukt reseptfrie medikamenter (Paracet, Ibux og lignende) i løpet av siste måned?		0,467						
Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Vennene dine			0,791					
Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Lokalmiljøet der du bor			0,742					
Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Helsa di			0,719					
Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Skolen du går på			0,595	-0,373				
Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt? - Utseendet ditt			0,577					
Hvor mange ganger har du vært med på, eller gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)? - Vært borte en hel natt uten at foreldrene dine visste hvor du var				0,533				

Her kommer noen utsagn om hvordan du vil beskrive forholdet ditt til foreldrene dine. - Foreldrene mine pleier å vite hvor jeg er, og hvem jeg er sammen med i fritida			0,517				
Hvor mange ganger har du vært med på, eller gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)? - Vært i kontakt med politiet på grunn av noe galt du har gjort			0,505				
Her kommer noen utsagn om hvordan du vil beskrive forholdet ditt til foreldrene dine. - Foreldrene mine kjenner de fleste av vennene jeg er sammen med i fritida			0,486				
Hvor mange ganger har du vært med på, eller gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)? - Sprayet eller tagget ulovlig på vegger, bygninger, tog, buss eller lignende			0,420				
Hvor mange ganger har du vært med på eller gjort noe av dette det siste året (de siste 12 månedene)? - Brutt deg inn for å stjele noe							

Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Jeg trives på skolen					0,811			
Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Jeg føler at jeg passer inn blant elevene på skolen					0,536			
Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Jeg gruer meg ofte til å gå på skolen					-0,512			
Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Lærerne mine bryr seg om meg					0,458			
Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen? - Jeg kjeder meg på skolen					-0,366			
Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?								
I hvor stor grad passer følgende utsagn eller påstander med din situasjon? - Foreldrene mine mangler penger til å betale for ulike fritidsaktiviteter som jeg gjerne ønsker å delta i (idrettsaktiviteter, musikkinstrumenter og lignende)						-0,786		

I hvor stor grad passer følgende utsagn eller påstander med din situasjon? - Foreldrene mine har nesten ikke penger til å betale for det nødvendigste (mat, husleie, telefon og lignende)						-0,764		
Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene?						0,619		
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Sjokolade/godteri							0,805	
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Potetgull							0,689	
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Brus med sukker							0,583	
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Frukt/bær							0,742	
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grønnsaker/salater							0,696	
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grovbrød							0,400	
Bli du selv utsatt for plaging eller trusler fra andre unge via Internett eller mobil?								0,642

Hender det at du er med på plaging eller trusler mot andre unge via Internett eller mobil?									0,553
Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida?									0,528
Hender det at du er med på plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida?									0,352

Extraction Method: Principal Axis Factoring.

Rotation Method: Promax with Kaiser Normalization.^a

a. Rotation converged in 7 iterations.

9.1.7 Hvordan de uavhengige variablene er kodet i regresjonsanalysen.

		Frequency	Parameter coding				
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hvor ofte	Daglig	1750	,000	,000	,000	,000	,000
spiser eller	2-3 ganger i uka	1793	1,000	,000	,000	,000	,000
drikker du	1 gang i uka	469	,000	1,000	,000	,000	,000
følgende? -	3-4 ganger i	207	,000	,000	1,000	,000	,000
Grønnsaker/ salater	månedens						
	1 gang i	82	,000	,000	,000	1,000	,000
	månedens						
	Sjelden/aldri	120	,000	,000	,000	,000	1,000
Har du	Ja, helt sikkert	2985	,000	,000	,000		
minst én	Ja, det tror jeg	1041	1,000	,000	,000		
venn som	Det tror jeg ikke	327	,000	1,000	,000		
du kan stole	Har ingen jeg ville	68	,000	,000	1,000		
fullstendig	kalle venner, nå						
på og kan	for tida						
betro deg til							
om alt							
mulig?							
Utsatt_dig_	,00	4266	,000				
mobbing	1,00	155	1,000				
Har du eget	Ja	4281	,000				
soverom?	Nei	140	1,000				
Utsatt_trad_	,00	4110	,000				
mobbing	1,00	311	1,000				
Dårlig_råd	,00	3371	,000				
	1,00	1050	1,000				

9.1.8. Tabell over B, OR (odds ratio) og Sig. verdiene av de uavhengige variablene i regresjonsanalysen.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 ^a	Dårlig_råd(1)	,719	,080	80,375	1	,000	2,053	1,754	2,403
	Har du eget soverom?(1)	-,685	,237	8,344	1	,004	,504	,316	,802
	Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?			17,489	3	,001			
	Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?(1)	-,176	,089	3,896	1	,048	,838	,704	,999
	Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?(2)	,276	,131	4,415	1	,036	1,317	1,019	1,703
	Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?(3)	,698	,263	7,050	1	,008	2,010	1,201	3,366
	Utsatt_dig_mobbing(1)	,729	,192	14,454	1	,000	2,073	1,423	3,018
	Utsatt_trad_mobb(1)	,596	,142	17,621	1	,000	1,816	1,374	2,398
	Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grønnsaker/salater			9,815	5	,081			

Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grønnsaker/salater(1)	-,131	,081	2,618	1	,106	,877	,748	1,028
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grønnsaker/salater(2)	,059	,121	,239	1	,625	1,061	,837	1,344
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grønnsaker/salater(3)	-,290	,183	2,512	1	,113	,748	,522	1,071
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grønnsaker/salater(4)	-,700	,317	4,871	1	,027	,497	,267	,925
Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grønnsaker/salater(5)	-,033	,220	,022	1	,882	,968	,628	1,491
Constant	-1,339	,064	434,462	1	,000	,262		

a. Variable(s) entered on step 1: Dårlig_råd, Har du eget soverom?, Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?, Utsatt_dig_mobbing, Utsatt_trad_mobbing, Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? - Grønnsaker/salater.



Høgskolen i Telemark

Fakultet for helse- og sosialfag

Saksbehandler: Geir Roughthvedt
Direkte innvalg: 35575421
E-post: geir.roughthvedt@hit.no
Deres referanse:
Vår referanse:
Dato: 2. november 2016

Tilgang til data

Jeg, Elisabeth Desiree Halvorsen, får med dette tilgang til det landsomfattende datamaterialet Ungdata 2013-2015, som omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole, samt Ung i Telemark 2015, som også omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole. Tilgangen er godkjent av NOVA i e-post til høgskolen v/Gulløy av 31. oktober 2016.

Angående oppbevaring og bruk av dataene gir NOVA følgende instruksjer 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 resultaterne
- 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."





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:

Elisabeth Desiree Halvorsen

Elisabeth Desiree Halvorsen

Student

Elisabeth Gulløy

Elisabeth Gulløy

veileder



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: 2. november 2016

Tilgang til data

Jeg, Elisabeth Desiree Halvorsen, får med dette tilgang til det landsomfattende datamaterialet Ungdata 2013-2015, som omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole, samt Ung i Telemark 2015, som også omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole. Tilgangen er godkjent av NOVA i e-post til høgskolen v/Gulløy av 31. oktober 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."





Også i masteravhandling er 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:

Elisabeth Desiree Halvorsen

Elisabeth Desiree Halvorsen

Student

Elisabeth Gulløy

Elisabeth Gulløy

veileder



Høgskolen i Telemark

Fakultet for helse- og sosialfag

Saksbehandler: Geir Roughthvedt

Direkte innvalg: 35575421

E-post: geir.roughthvedt@hit.no

Deres referanse:

Vår referanse:

Dato: 2. november 2016

Tilgang til data

Jeg, Elisabeth Desiree Halvorsen, får med dette tilgang til det landsomfattende datamaterialet Ungdata 2013-2015, som omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole, samt Ung i Telemark 2015, som også omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole. Tilgangen er godkjent av NOVA i e-post til høgskolen v/Gulløy av 31. oktober 2016.

Angående oppbevaring og bruk av dataene gir NOVA følgende instruksjer 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."





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:

Elisabeth Desiree Halvorsen

Elisabeth Desiree Halvorsen

Student

Elisabeth Gulløy

Elisabeth Gulløy

veileder



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: 2. november 2016

Tilgang til data

Jeg, Elisabeth Desiree Halvorsen, får med dette tilgang til det landsomfattende datamaterialet Ungdata 2013-2015, som omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole, samt Ung i Telemark 2015, som også omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole. Tilgangen er godkjent av NOVA i e-post til høgskolen v/Gulløy av 31. oktober 2016.

Angående oppbevaring og bruk av dataene gir NOVA følgende instruksjer 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."





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:

Elisabeth Desiree Halvorsen

Elisabeth Desiree Halvorsen

Student

Elisabeth Gulløy

Elisabeth Gulløy

veileder



Høgskolen i Telemark

Fakultet for helse- og sosialfag

Saksbehandler: Geir Roughthvedt
Direkte innvalg: 35575421
E-post: geir.roughthvedt@hit.no
Deres referanse:
Vår referanse:
Dato: 2. november 2016

Tilgang til data

Jeg, Elisabeth Desiree Halvorsen, får med dette tilgang til det landsomfattende datamaterialet Ungdata 2013-2015, som omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole, samt Ung i Telemark 2015, som også omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole. Tilgangen er godkjent av NOVA i e-post til høgskolen v/Gulløy av 31. oktober 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."





Også i masteravhandling er 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:

Elisabeth Desiree Halvorsen

Elisabeth Desiree Halvorsen

Student

Elisabeth Gulløy

Elisabeth Gulløy

veileder



Høgskolen i Telemark

Fakultet for helse- og sosialfag

Saksbehandler: Geir Roughthvedt

Direkte innvalg: 35575421

E-post: geir.roughthvedt@hit.no

Deres referanse:

Vår referanse:

Dato: 2. november 2016

Tilgang til data

Jeg, Elisabeth Desiree Halvorsen, får med dette tilgang til det landsomfattende datamaterialet Ungdata 2013-2015, som omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole, samt Ung i Telemark 2015, som også omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole. Tilgangen er godkjent av NOVA i e-post til høgskolen v/Gulløy av 31. oktober 2016.

Angående oppbevaring og bruk av dataene gir NOVA følgende instruksjer 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."





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:

Elisabeth Desiree Halvorsen

Elisabeth Desiree Halvorsen

Student

Elisabeth Gulløy

Elisabeth Gulløy

veileder



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: 2. november 2016

Tilgang til data

Jeg, Elisabeth Desiree Halvorsen, får med dette tilgang til det landsomfattende datamaterialet Ungdata 2013-2015, som omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole, samt Ung i Telemark 2015, som også omfatter ungdomsskoleelever og elever i videregående skole. Tilgangen er godkjent av NOVA i e-post til høgskolen v/Gulløy av 31. oktober 2016.

Angående oppbevaring og bruk av dataene gir NOVA følgende instruksjer 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."





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:

Elisabeth Desiree Halvorsen

Elisabeth Desiree Halvorsen

Student

Elisabeth Gulløy

Elisabeth Gulløy

veileder