

Psykisk ohälsa hos barn

~ Hemmets resurser i förebyggande syfte ~

Linda Zakrisson & Frederick Lidman

Sammanfattning

Under senare delen av 1900-talet har andelen barn och ungdomar i Sverige som rapporterat psykosomatiska besvär ökat markant. Anledningen till detta antas ofta bero på minskade resurser till skola och skolhälsovård. Ökade resurser behöver inte enbart handla om satsningar på skola och skolhälsovård, utan andra resurser kan också vara av stor vikt. För barn utgör hemmet en viktig sådan då grundläggande kunskaper och värderingar till stor del formas där. Studiens syfte är att undersöka hur ekonomiska och sociala resurser påverkar barns psykiska ohälsa. Undersökningen grundar sig på material hämtad från Barn-LNU, en studie gjord i samverkan med levnadsnivåundersökningen 2000 (LNU 2000) som genomförts för femte decenniet i rad och finansierats av Vetenskapsrådet (VR) och Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS) via deras gemensamma kommitté för longitudinell forskning. Ett antal variabler har valts ut som sedan bearbetats och analyserats. Resultaten visar att ekonomiska resurser har betydelse för barns psykiska ohälsa. I en familj med goda ekonomiska resurser rapporterar barnen psykisk ohälsa i mindre utsträckning än i familjer med sämre ekonomiska resurser. Även sociala resurser visade sig ha stor betydelse. De barn som upplever att deras föräldrar har för lite tid för dem rapporterade psykisk ohälsa i en betydligt större utsträckning, i jämförelse med dem som ansåg att deras föräldrar hade lagom eller för mycket tid för dem. Det fanns dock inget samband mellan familjens ekonomiska resurser och föräldrars tillgänglighet.

Abstract

During the later part of the 20th century the amount of children and adolescents in Sweden who reported psychosomatic illness have greatly increased. The main reason is estimated to relate to weak resources in school and school healthcare. Increased resources do not always have to encompass investments for school and school healthcare. Other resources play an important part as well. A child's domestic situation serves as one of those resources where fundamental knowledge and values are set. The purpose of the report is to examine how economic and social resources affect children's psychological illnesses. The report is based on material collected from "Barn-LNU", a study made in conjunction with the Swedish Level Of Living Survey 2000 (LNU 2000). This study was carried out for the fifth decade in a row being financed by the Swedish Research Council and Swedish Council For Working Life And Social Research through their joint committee on longitudinal research. A number of variables have been chosen, treated and analyzed. The results show that economic resources play a role in adolescent's/children's psychological illnesses. In a family with good financial resources, psychological illnesses among adolescents/children are less likely to be found than in a family with poor economic resources. That social resources also had an effect on psychological illnesses was confirmed as well. The adolescents/children who felt that their parents were able to spend little time together with them reported psychological illness to a much greater extent in comparison with those who found that their parents spent moderate or much time together with them. However, there were no correlation between a family's economical resources and parent's time related availability.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	2
2.1. SYFTE	2
2.2. FRÅGESTÄLLNINGAR	2
2.2.1. <i>Avgränsning</i>	2
3. FORSKNINGSLÄGE	3
4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	5
4.1. SOCIALT KAPITAL	5
4.2. KULTURELLT OCH EKONOMISKT KAPITAL	6
4.3. SYMBOLISKT KAPITAL.....	7
4.4. HABITUS.....	7
4.5. LIVSSTIL.....	8
5. TERMER OCH BEGREPP.....	9
6. DATA OCH METOD.....	9
6.1. DATAMATERIAL	10
6.2. METOD	10
6.3. KÄLLKRITIK	11
6.3.1. <i>Validitet</i>	11
6.3.2. <i>Reliabilitet</i>	11
6.4. VARIABLER.....	12
6.4.1. <i>Beroende variabler</i>	12
6.4.2. <i>Oberoende variabler</i>	12
7. RESULTAT.....	13
7.1. ALLMÄN ÖVERSIKT.....	13
7.2. UTÖKAD ANALYS.....	16
7.3. DIAGNOSTIK	18
8. SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION.....	20
8.1. SAMMANFATTNING.....	20
8.2. DISKUSSION	20
8.3. VIDARE FORSKNING.....	22
REFERENSER	24

1. INLEDNING

Andelen barn och ungdomar i alla åldrar som rapporterar psykosomatiska besvär, av typen huvudvärk, magont, stress och sömnsvårigheter, har under senare delen av 1900-talet ökat markant. En viktig indikator på detta är den ökade andelen barn och ungdomar som söker hjälp inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Antalet barn och unga som varit i kontakt med BUP, allmänpsykiatri eller beroendevård, ökade under perioden 1996-2001 med 15-25 procent (Folkhälsorapport 2005).

Undersökningar har också visat att det finns ett relativt tydligt könsmönster bland barn och ungdomar som rapporterar psykisk ohälsa. Flickor har större benägenhet att rapportera psykisk ohälsa än pojkar, och enligt rapporten skolbarns hälsovanor (2001) uppgav ca 20-30 procent av pojkarna att de besväras av något psykosomatiskt besvär varje vecka. För flickorna var motsvarande siffra 30-40 procent (Folkhälsorapport 2005). 1998 gjordes liknande undersökningar där skillnader mellan pojkar och flickor framträder lika tydligt (Psykisk ohälsa hos barn, ungdomar och vuxna, 1998).

Utöver könsskillnaderna finns även en ålderskillnad i barn och ungdomars psykiska ohälsa, där barn från 15 årsåldern rapporterar psykiska besvär i högre utsträckning än de yngre (Folkhälsopolitisk rapport 2005). Anledningen till detta antas ofta bero på minskade resurser till skola och skolhälsovård, där barnombudsmannen Lena Nyberg menar att ökade resurser till skolan är av stor vikt för att möta barn och ungdomars psykiska ohälsa (DN 31/3 2001).

Att ökade resurser är av allra största vikt för att förebygga psykisk ohälsa framstår i hittills gjorda undersökningar som relativt naturligt. Ökade resurser behöver dock inte enbart handla om satsningar på skola och skolhälsovård, då resurser på andra plan också är av betydelse. Hemmet utgör i många avseenden en grundpelare för barnen och bör därför ses som en viktig resurs för barnen då kunskaper, färdigheter och värderingar till stor del formas här (Ahrne, m fl, 2003). Fritzell och Lundberg (1994) menar att familjens resurser också är barnens. Med den utgångspunkten får familjens tillgångar, resurser och möjligheter även stor betydelse för barnens möjligheter. Olika former av resurser framstår även som centralt inom välfärdsforskning när man beskriver levnadsförhållanden bland människor, det vill säga materiella och immateriella tillgångar (Fritzell & Lundberg, 1994).

2. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

2.1. SYFTE

Då vissa familjer förfogar över mer resurser och andra mindre, blir syftet att undersöka hur ekonomiska och sociala resurser påverkar barns psykiska ohälsa (Ahme, m fl, 2003).

2.2. FRÅGESTÄLLNINGAR

Mot ovanstående bakgrund och syfte har följande frågeställningar formulerats.

- Hur ser sambandet mellan familjens ekonomiska resurser och barns psykiska ohälsa ut?
- Kan effekten av ekonomiska resurser förklaras av föräldrars tillgänglighet?

2.2.1. Avgränsning

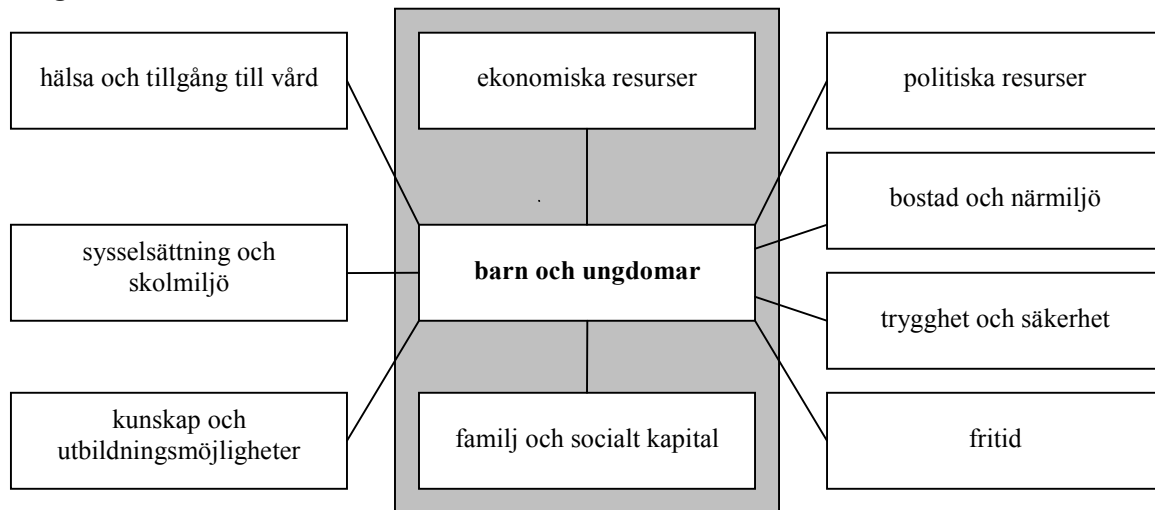
I *Barns och ungdomars välfärd* (2001) definierar man välfärd som förfogande över resurser inom olika områden. De områden man har urskiljt är hälsa och tillgång till vård; familj och social förankring; sysselsättning och skolmiljö; kunskap och utbildningsmöjligheter; ekonomiska resurser; bostad och närmiljö; trygghet och säkerhet; rekreation och kultur; samt politiska resurser.

Ambitionen med studien är inte att ge en lika omfattande och komplex bild och vi försöker inte att definiera välfärd. Däremot intryck tagits av deras indelning av de olika områdena. Det har också tagits fasta på två av de nio beskrivna områdena, nämligen familj och social förankring och ekonomiska resurser. Psykisk ohälsa är komplext, där en mängd faktorer ingår. Denna studie är avgränsad genom att lägga störst fokus på familje- och föräldraresursers betydelse för barn och ungdomars psykiska ohälsa, och har därmed lämnat övriga tänkbara faktorer utanför undersökningsområdet.

För att tydliggöra avgränsningen i det komplexa sammanhanget kan figur 1 vara till hjälp. Här kan man se att det är många faktorer som har betydelse men att denna undersökning endast

behandlar en liten del i ett stort sammanhang, det som är inom den grå ramen. Figuren ska endast ses som en avgränsning, och inte som en teoretisk modell.

Figur 1



Samtidigt kopplas arbetet till C W Mills argumentation kring begreppen ”personliga bekymmer” och ”allmänna problem” (Mills, 1992). Genom att tillföra hälsovården mer resurser kan man antagligen minska antalet barn och ungdomar som mår psykiskt dåligt. Men utifrån Mills skulle vi då ”bara” lösa individuella problem hos väldigt många. Antalet barn och ungdomar som mår psykiskt dåligt minskar ju faktiskt först *efter* att vårdresurserna har satts in. Dessa barn och ungdomar mår redan dåligt när de plockas upp av sjuk- och hälsovården. Att se bortom resurserna som sjuk- och hälsovård förfogar över, menar vi är vårt bidrag till den *sociologiska visionen*.

3. FORSKNINGSLÄGE

Under de senaste åren har barns och ungdomars psykiska hälsa varit ett återkommande ämne i den offentliga debatten. Det finns gott om undersökningar som visar att de psykiska och psykosomatiska besvären bland barn och ungdomar är vanliga och att de har ökat under 1990-talet (se bl.a. Socialstyrelsen 2001, WHO, 2000).

När det gäller den psykiska hälsan hos vuxna finns det en tradition inom forskningen som ställer de sociala relationerna i centrum; hur hälsa hänger ihop med individens relationer via familj och arbete. I många av dessa studier undersöks effekten av att ha relationer, relationernas struktur och innehåll, osv. Ett karakteristiskt resultat av dessa typer av studier är att det finns ett positivt samband mellan sociala relationer och hälsa. Det vill säga att ha många och goda kamrat- eller vänförhållanden hänger ihop med bra hälsa. Inom denna forskningstradition finns det dock jämförelsevis få undersökningar som har prövat hur barns och ungdomars relationer hänger ihop med hälsa (Bygren m.fl. 2004).

Man kan säga att ett samhälle avspeglas i barns och ungdomars hälsa. Detta gäller inte minst i deras psykiska hälsa. Det centrala för barns och ungdomars uppväxtvillkor är självfallet hemmet och föräldrarna. Ett viktigt område när det gäller vuxna är deras arbetsplats och detsamma gäller för barn och ungdomar, där arbetsplatsen är skolan. Som man kan konstatera av det ovanstående så spelar både kamrater och vuxna en viktig roll för barn och ungdomar, såväl på fritiden som i skolan. Idag anses det välbelagt att hälsotillståndet hos befolkningen varierar med sociala förhållanden som klasstillhörighet, socialklass, socioekonomisk grupp etc. Vid en internationell jämförelse så är de klassmässiga skillnaderna mindre i Sverige än i andra länder. Dock så är de en realitet och de sociala skillnaderna är uppenbara, oavsett om det är sjuklighet eller dödlighet som man studerar. I en undersökning som genomfördes i en större svensk kommun bland 4000 barn, framkom att psykosociala avvikelser av mer allvarlig art var mer än dubbelt så vanliga bland skolbarn från socialgrupp tre som bland skolbarn från socialgrupp ett. Emellertid så är sambandet mellan socialklass och psykisk ohälsa i barnstudier långt ifrån entydiga. Det samband som framträder, innebär att social klass samvarierar med ohälsa under de första levnadsåren men att sambandet därefter planar ut, för att sedan dyka upp igen i tidig vuxenålder. Dessa slag av forskningsresultat aktualiserar en grundläggande svårighet med många undersökningar inom området, närmare bestämt att de åldersspann som undersökts varit mycket stora (Hagqvist m fl, 1994).

När det gäller klasskillnader i hälsa är inte forskningsfältet helt överens. Det finns internationella studier som gör gällande att skillnaderna är relativt stora i Sverige (Mackenbach m.fl. 1997a). Sådana forskningsresultat har inte fått stå oemotsagda (Vågerö & Erikson, 1997). Någon konsensus i debatten verkar inte infinna sig och debatten fortsätter (Mackenbach m.fl. 1997b).

Ett annat exempel på det nyvaknade intresset för barns och ungdomars hälsa i allmänhet och deras psykiska hälsa i synnerhet, är en undersökning som World Health Organization (WHO) har genomfört i början av millenniet. Studien gör en grundlig genomgång av hälsan bland barn och ungdomar i ett antal europeiska länder samt Israel och USA. Sverige ligger i topp när det gäller självskattad hälsa bland barn och ungdomar. Så hög andel som 98 % av barn och ungdomar i Sverige anser att de har god hälsa. Det är den högsta siffran i världen. När det gäller att känna sig lycklig så är Skandinavien i topp med Sverige, Norge och Danmark som de länder med lyckligaste ungdomar. Det som följer blir då en tankeväckande fortsättning. Andelen barn och ungdomar som har psykosomatiska symtom – som ont i magen, huvudvärk osv – är, relativt övriga världen, vanliga i Sverige. Vi hamnar snarare i slutet av listan av de jämförda länderna än i början av den, som var fallet när det gällde att känna sig ha god hälsa eller att känna sig lycklig (WHO, 2001).

En samlad bedömning av forskningen inom detta område pekar mot att någon form av psykisk ohälsa eller besvär förekommer hos mellan 15 och 25 % av alla barn och ungdomar (Psykisk ohälsa hos barn, ungdomar och vuxna, 1998).

4. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Vi har utgått från Pierre Bourdieus (1929-2002) begrepp och teorier om kapital, habitus och livsstil.

Inledningsvis behandlas de olika former av kapital som är av stor vikt i analysen av barns psykiska ohälsa. Därefter tas habitus och livsstil upp och diskussionen hamnar mer på en strukturnivå, där kapitalformerna ingår som centrala delar.

4.1. SOCIALT KAPITAL

Redan under uppväxten bör barn beredas möjligheter att kunna möta olika typer av människor i olika miljöer. Dessa möjligheter utgör socialt kapital som framförallt erhålls av vuxna som barnen har en nära anknytning till. Dessa vuxna är ofta en nära familjemedlem, en förälder.

Ett barn som tillhör eller är medlem av en grupp, och därmed har ett stort nätverk av kontakter nära sig, innehar ett stort socialt kapital. Det sociala kapitalet leder till att tillhörighet skapas, och personen i fråga blir försedd med ett mycket användbart nätverk av kontakter (Bourdieu, 1979). Samtidigt som familjens sociala kapital är av stor betydelse för barnen är det viktigt att komma ihåg att barnen behöver ett eget socialt kapital för eget handlingsutrymme. Detta kapital kan utgöras av tillgängliga föräldrar och andra viktiga vuxna som har någon form av relation till barnet (Fritzell & Lundberg, 1994). Med andra ord kan alltså ett barns sociala kapital i stor utsträckning utgöras av tillgängliga föräldrar.

Det sociala kapitalet tillhör kanske en av de viktigaste kapitalformerna för att förebygga psykisk ohälsa hos barn, då flera forskare har framhållit fördelarna det sociala kapitalet antas ha på hälsan. Ett socialt kapital ses också ofta som en grund eller förutsättning för att kunna skaffa sig övriga kapital (Cook & Stepanikova, 2005). Enligt Berkman och Kawachi (2000) kan ett stort socialt kapital även leda till att hälsofrämjande innovationer sprids, och därmed verka förebyggande för den psykiska ohälsan.

4.2. KULTURELLT OCH EKONOMISKT KAPITAL

Kulturellt kapital avser ofta utbildning genom titlar och examina, samt att man behärskar den legitima kulturens koder. Även kunskaper inom exempelvis politik, historia och språk är indikatorer på ett stort kulturellt kapital (Bourdieu, 1979). Dessa indikatorer på ett stort kulturellt kapital behöver inte bara kopplas till en individ, utan även en familj kan inneha ett stort kulturellt kapital. Den i särklass effektivast indikatorn på kulturellt kapital enligt Bourdieu är trots allt utbildning (Broady, 1989). För yngre barn får själva inläringen och förmedlingen av exempelvis olika kunskaper och värderingar från föräldrarna, ses som en form av utbildning som leder till ett ökat kulturellt kapital för barnen. Detta bildar en grund eller utgångspunkt för barnets framtida värderingar och möjligheter. Hur hälsan värderas kan därför antas skifta beroende på barndomens eller uppväxtens förmedlade kunskaper och värderingar sett ut.

En annan kapitalform som ofta diskuteras i samband med kulturellt kapital är det ekonomiska kapitalet. Dessa två kapitalformer har en nära relation med varandra. Att inneha stort ekonomiskt kapital innebär enligt Bourdieu att ha tillgångar till pengar och materiella resurser (Järvinen, 2003). En familj med god kontantmarginal kan utifrån ovanstående tänkas ha ett

relativt bra ekonomiskt kapital. En central tanke hos Bourdieu är här att det kulturella kapitalet ger ett ekonomiskt kapital. För att plocka ut de viktigaste delarna så bör en högre utbildning leda till en högre inkomst. I en familj där föräldrarna är välutbildade (det vill säga besitter ett stort kulturellt kapital) borde det också finnas ett större ekonomiskt kapital. Möjligheterna eller förutsättningarna för barnen i dessa familjer kan antas öka, då föräldrarnas kulturella kapital till en viss mån förmedlas till barnen under uppväxten.

Bourdieu menar också att de olika kapitalformerna till stor del hänger ihop och är praktiskt taget oskiljaktiga från varandra. Detta blir relativt tydligt i ovanstående teoretiska genomgång, där det är svårt att fokusera enbart på en kapitalform utan att övriga påverkas. Det sociala kapitalet ses ofta som en grundpelare, där man antar att ett socialt kapital kan ge ett ekonomiskt kapital, som i sin tur kan göra det möjligt att få tillgång till specialistvård och liknande. Det sociala och det ekonomiska kapitalet kan också vara avgörande för vårdens kvalitet och hjälpa till att avgöra eventuella remissvägar (Cook & Stepanikova, 2005).

4.3. SYMBOLISKT KAPITAL

Goda tillgångar till de olika kapitalformerna innebär även att man förfogar över ett symboliskt kapital. Symboliskt kapital kan ses som resurser av olika slag som kan användas till att skaffa sig försprång gentemot andra (Bourdieu, 1991). Försprånget antas ge status och prestige, där följden blir en form av distinktion mellan olika grupper där graden av hur mycket symboliskt kapital man har ligger till grund för en viss gruppning i samhället. Samtidigt som de tidigare nämnda kapitalformerna ses som indikatorer på symboliskt kapital, så menar Bourdieu att i princip vilken handling eller egenskap som helst kan vara symboliskt kapital, men med förutsättningen att den tillskrivs ett positivt värde av gruppmedlemmarna. Gruppmedlemmarna bör här ses som familjen, och ett symboliskt kapital kan därför medföra förutsättningar och möjligheter för barnen. Det är här viktigt att komma ihåg att handlandet med kapitalformerna innebär till en stor del omedvetna handlingar för individen.

4.4. HABITUS

De olika faktorer som diskuterats ovan är, enligt Bourdieu, avgörande för barns habitus. Habitus kan till skillnad från det hittills diskuterade ses som något större, en gemensam struktur, där ovan nämnda kapitalformer ofta ingår. Redan under uppväxten börjar individens

habitus att skapas, genom exempelvis värderingar som sedan kan bli avgörande för framtida handlingar. Liknande förutsättningar och möjligheter inom en grupp innebär en gemensam habitus. Gemensamma levnadsförhållanden inom exempelvis en familj betyder att man har en gemensam habitus, en specifik struktur, där medlemmarnas värderingar och normer skapats redan under uppväxten. Habitus bär man sedan med sig, som ett system av dispositioner, där barnens eller andra familjemedlemmars möten i olika sociala sammanhang speglas av habitus genom sättet att uppfatta, handla och värdera saker. Det kan också förklaras som en vägledning för en individs tankar och handlingar. Väsentligt för en familjs habitus, eller struktur, är trögrörligheten. Systemet överlever ofta de sociala betingelser som format den, och begreppet habitus bör ses som något som bidrar till att upprätthålla sociala förhållanden inom en familj eller liknande (Broady, 1989).

4.5. LIVSSTIL

Livsstil är ett begrepp som Bourdieu använder sig av och kopplar till klass. Klass definieras som en grupp människor som är underkastade likartade existensbetingelser, som i sin tur påtvingar människor ”enhetliga betingningar” och producerar ”system av likartade dispositioner” som i sin tur ”alstrar likartade praktiker” och smaker. Ett sådant system utgör en livsstil. Mot denna bakgrund kan livsstil ses som ett särskiljande tecken, dvs. något som bidrar till att upprätthålla social distans eller åtskillnad mellan olika sociala klasser och skikt och som på sikt kan bidra till att generera olika framtida livsvillkor och möjligheter (Jönsson m.fl., 1993). Begreppet livsstil behöver inte bara tillämpas som en åtskillnad mellan sociala klasser, utan kan lika gärna fungera som en åtskillnad mellan olika familjers livsvillkor och möjligheter. Indirekt leder detta till att även barnen påverkas.

5. TERMER OCH BEGREPP

Begreppet psykisk ohälsa eller psykiska besvär kan uttryckas på en mängd olika sätt. Begreppen definieras här utifrån Statens offentliga utredning 1997:8 (SOU), där man delar upp psykiska problem i två huvudtyper.

- inåtriktade problem – ängslan, oro, nedstämdhet, tillbakadragenhet, somatiska klagomål
- utåtriktade problem – dålig självkontroll, aggressivitet, normbrytande beteende (SOU, 1997:8)

Studien har ett fokus på de inåtriktade problemen och de somatiska klagomålen, som inte alltför sällan tar sig uttryck genom huvudvärk, magont och sömnbesvär. Utåtriktade problem behandlas inte närmare.

Ett annat begrepp som förekommer är (tidsmässig) tillgänglighet. I studien är det den mängd tid som föräldrarna har för sina barn, enligt barnen själva. Föräldrarelationen behöver inte nödvändigtvis vara biologisk, utan kan innefatta såväl mammas eller pappas sambo.

I studien förekommer begreppet kontantmarginal. Att kunna skaffa fram 12000 kronor inom en vecka, det vill säga ha en god kontantmarginal, skall här ses som en indikator på ekonomiska resurser.

6. DATA OCH METOD

Här presenteras inledningsvis datamaterialet och metoden som använts. Därefter beskrivs de variabler som ingår i undersökningen.

6.1. DATAMATERIAL

För femte decenniet i rad genomfördes en ny levnadsnivåundersökning (LNU2000), som finansierats av Vetenskapsrådet (VR) och Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap (FAS) via deras gemensamma kommitté för longitudinell forskning (www.sofi.su.se).

Materialet till denna studie är hämtat från Barn-LNU, en undersökning gjord i samverkan med levnadsnivåundersökningen 2000 (LNU 2000), för att erhålla ett bredare innehåll. Barn och ungdomar mellan 10-18 år har fungerat som informanter och fått svara på direkta frågor angående deras levnadsförhållanden inom en mängd olika områden, bland annat sociala relationer, psykiskt välbefinnande, trygghet och ekonomiska och materiella resurser.

Intervjuer har gjorts med 1304 hemmaboende barn till de vuxna intervjupersonerna i levnadsnivåundersökningen (LNU 2000). Intervjuerna genomfördes med hjälp av bandspelare, tog ungefär en halvtimme, och genomfördes parallellt med vuxenintervjuerna. Drygt 85 % av alla hemmaboende barn och ungdomar deltog i undersökningen. Svarkvaliteten är hög och av de 85 % som deltog i undersökningen kunde nästan inga internbortfall noteras.

Ansvariga för Barn-LNU är Jan O. Jonsson, Institutet för social forskning (SOFI), och Viveca Östberg, Nätverkscentrum för forskning om ojämlikhet i hälsa (CHESS), båda vid Stockholms universitet, i samarbete med Marie Evertsson och Sara Brolin Låftman (båda SOFI). Undersökningen har också legat till grund för en rapport, som skrivits på uppdrag av Kommittén Valfärdsbokslut, där en grupp forskare kartlägger välfärdsutvecklingen under 1990-talet (www.sofi.su.se).

6.2. METOD

Resultaten inleds med en allmän översikt av materialet, där variablerna presenteras i tre separata frekvenstabeller, tabell 1, 2 och 3.

Därefter görs en utökad analys där variablerna analyseras i linjära regressioner med en signifikansnivå på 95 %. Tabell 4 visar hur ekonomiska resurser och sociala resurser i form av (tidsmässig) tillgänglighet påverkar barns psykiska hälsa, och tabell 5 visar hur ekonomiska resurser påverkar föräldrars tillgänglighet.

Avslutningsvis görs också diagnostik, där det har kontrollerats för multikollinearitet och heteroskedasticitet. Detta redovisas i tabell 6 respektive figur 1.

För att få ett resultat som är jämförbart med hela populationen är variablerna viktade. Vi ser med andra ord till att skattningen som är baserad på hela stickprovet utgör en rättvisande bild av populationen.

6.3. KÄLLKRITIK

6.3.1. Validitet

Validitet handlar om *vad* vi mäter eller undersöker. Mäter vi det vi påstår oss mäta? Undersöker vi det som vi utger oss för att undersöka? Det handlar alltså om *giltigheten* i det vi mäter eller undersöker (Djurfeldt, 2003). Studiens beroende variabel mäter barns psykiska ohälsa, och det har tidigare klargjorts att undersökningen fokuserar på de inåtriktade problemen. I variabeln ingår de fyra olika inåtriktade problemen, huvudvärk, magont, sömnsvårigheter och stress, som indikatorer på psykisk ohälsa. Validiteten för den beroende variabeln anses därmed hög.

Som oberoende variabler fungerar kontantmarginal och tillgänglighet. Variabeln kontantmarginal är en indikator på ekonomiska resurser. Möjligheten att skaffa fram 12000 kronor inom en vecka kan betraktas som ett gott tecken på ekonomiska resurser, och validiteten blir då hög. Den andra oberoende variabeln mäter sociala resurser i form av föräldrars tidsmässiga tillgänglighet för sina barn. Då undersökningen har ett fokus på barnens psykiska ohälsa, blir validiteten för denna variabel hög då barnen själva fått agera respondenter.

6.3.2. Reliabilitet

Reliabilitet handlar om undersökningens tillförlitlighet. Vi tittar på *hur* vi mäter snarare än vad vi mäter. Hög reliabilitet har vi om undersökningen kan återupprepas inom en rimlig tidsrymd och man får samma resultat. Låg eller bristande reliabilitet kan bero på att frågorna som ställs i undersökningen är tvetydiga eller är otydligt formulerade på annat sätt (Djurfeldt,

2003). I det datamaterial som ligger till grund för den här undersökningen, så är frågorna enkla och tydligt formulerade. Levnadsnivåundersökningarna (LNU) är med sitt riksrepresentativa urval genomförda av Institutet för social forskning (SOFI). Utifrån detta antas att reliabiliteten är tillfredsställande hög.

6.4. VARIABLER

6.4.1. Beroende variabler

I undersökningen används en beroende variabel som fått namnet psykisk ohälsa. Variabeln är ett summerat index av fyra olika variabler, där barnen fått svara på frågor om hur ofta de har ett specifikt symtom. De fyra frågorna är:

- Under det senaste halvåret, hur ofta har du haft huvudvärk?
- Under det senaste halvåret, hur ofta har du haft ont i magen?
- Under det senaste halvåret, hur ofta har du haft svårt att somna?
- Under det senaste halvåret, hur ofta har du känt dig stressad?

Svarsalternativen på de fyra frågorna har varit: (1) mer sällan eller aldrig, (2) någon gång i månaden, (3) en gång i veckan, (4) flera gånger i veckan, (5) varje dag. Indexet har därmed fått ett intervall mellan 1 och 15, där värde 1 innebär att man svarat *sällan eller aldrig* på alla fyra frågor, och värde 15 innebär att man svarat *varje dag* på alla fyra frågor. Med andra ord, ju lägre värde på indexets intervall desto bättre psykisk hälsa har man rapporterat.

6.4.2. Oberoende variabler

I studien har två oberoende variabler, samt två kontrollvariabler, använts. Den ena är hushållets kontantmarginal, där föräldrarna fått svara på frågan om de har möjlighet att skaffa fram 12000 kronor inom en vecka vid behov. Variabeln är kodad: (0) ja, och (1) nej.

Den andra variabeln är ett summerat index som speglar föräldrars tid för sina barn. Barnen har själva varit respondenter och fått svara på följande frågor:

-
- Hur mycket tid tycker du att din mamma har för dig?
 - Hur mycket tid tycker du att din pappa har för dig?
 - Hur mycket tid tycker du att din mammas sambo har för dig?
 - Hur mycket tid tycker du att din pappas sambo har för dig?

Det summerade tidsindexet har sedan fått kodningen: (1) för mycket tid, (2) lagom med tid, (3) för lite tid.

Utöver dessa två används de två kontrollvariablerna kön och ålder. Dessa kommer inte att diskuteras närmare.

7. RESULTAT

Avsnittet inleds med en allmän översikt, där variablerna presenteras i separata frekvenstabeller. Även fördelningarnas respektive medelvärden och standardavvikelse för psykisk ohälsa redovisas. Därefter presenteras linjära regressioner i tre olika modeller, där effekterna för de oberoende variablerna kontrollerats.

7.1. ALLMÄN ÖVERSIKT

Tabell 1: Visar fördelningen över hur ofta barnen har något av de fyra psykiska besvären som ingår i indexet. Tabellen består av en rangordning där värde 1 innebär att man svarat sällan/aldrig på alla frågorna, och värde 15 betyder att man svarat varje dag på alla frågorna. Frågorna som besvarats är:

- Under det senaste halvåret, hur ofta har du haft huvudvärk?
- Under det senaste halvåret, hur ofta har du haft ont i magen?
- Under det senaste halvåret, hur ofta har du haft svårt att somna?
- Under det senaste halvåret, hur ofta har du känt dig stressad?

Utöver indexet presenteras variabelns medelvärde och standardavvikelse, där standardavvikelsen är ett spridningsmått som anger hur observationerna är fördelade kring de förväntade värdena.

Tabell 1

<i>ohälsa</i>	<i>procent</i>	<i>antal</i>
1 Sällan/aldrig	7,1	49
2	10,2	70
3	13,0	89
4	11,1	76
5	13,0	90
6	11,5	79
7	9,7	67
8	8,4	58
9	6,1	42
10	4,7	32
11	2,2	15
12	0,9	6
13	1,8	12
14	0,2	2
15 Ofta/varje dag	0,2	2
<i>Total</i>	100,0	689

Standardavvikelse	2,9
Medelvärde	5,5

Som tabell 1 visar finns de största andelarna relativt högt upp på det rangordnade indexet, vilket betyder att relativt få besväras av flera olika psykiska besvär ofta. 7,1 % uppger att de aldrig har sällan eller aldrig har något av de psykiska besvären som ingår i indexet, medan 0,2 % har rapporterat att de varje dag besväras av alla fyra psykiska besvären.

Medelvärdet för variabeln ligger på lite drygt 5, vilket innebär rent generellt att en stor del av barnen inte rapporterar att de ofta är tyngda av flera av besvären.

Tabell 2: Visar fördelningen över möjligheten för en familj att skaffa fram 12000 kr inom en vecka vid behov. Även medelvärdena i ohälsa för de som svarat ja respektive nej presenteras, utifrån den beroende variabelns intervall mellan 1 och 15, där 1 innebär att man svarat sällan/aldrig på alla frågorna och 15 betyder att man svarat varje dag på alla frågorna.

Tabell 2

<i>Kontantmarginal</i>	<i>Procent %</i>	<i>antal</i>	<i>Medelvärde i ohälsa</i>
Ja	65,2	450	5,3
Nej	34,8	241	5,7
<i>total</i>	100,0	691	

Enligt tabell 2 har 65,2 % av de tillfrågade familjerna möjlighet att skaffa fram 12000 kr inom en vecka vid behov, samtidigt som 34,8 % inte har den möjligheten. Tabellen visar också att i familjer med god kontantmarginal är barnens psykiska ohälsa också bättre, i jämförelse med familjer med sämre kontantmarginal.

Tabell 3: Visar hur mycket tid föräldrarna har för sina barn, enligt barnen själva. Det vill säga hur tillgängliga föräldrarna är för sina barn. Frågorna som ställts är:

- Hur mycket tid tycker du att din mamma har för dig?
- Hur mycket tid tycker du att din pappa har för dig?
- Hur mycket tid tycker du att din mammas sambo har för dig?
- Hur mycket tid tycker du att din pappas sambo har för dig?

Även medelvärdena i ohälsa för respektive grupp redovisas utifrån den beroende variabelns intervall mellan 1 och 15, där 1 innebär att man svarat sällan/aldrig på alla frågorna och 15 betyder att man svarat varje dag på alla frågorna.

Tabell 3

<i>Tillgänglighet</i>	<i>Procent %</i>	<i>antal</i>	<i>Medelvärde i ohälsa</i>
För mycket tid	6,1	42	5,7
Lagom med tid	88,2	610	5,3
För lite tid	5,7	39	7,2
<i>Total</i>	100,0	692	

Standardavvikelse	0,3
Medelvärde	2,0

Fördelningarna i tabell 3 visar att de flesta av barnen anser att deras föräldrar har lagom med tid för dem, då 88,2 % har uppgett lagom med tid. Det är relativt jämt fördelat mellan de som anser att deras föräldrar har för mycket tid respektive för lite tid för dem. Medelvärdena i ohälsa visar att i gruppen där barn rapporterat för lite tid finns det högsta medelvärdet. Barn som upplever att föräldrarna har för lite tid för dem, rapporterar också den högsta psykiska ohälsan, i jämförelse mellan grupperna. Enligt tabellen verkar lagom med tid ha bäst inverkan på barns psykiska ohälsa då den gruppens medelvärde är lägst.

7.2. UTÖKAD ANALYS

Med hjälp av linjära regressioner testas samband och signifikanser. Regressioner gör det möjligt att kontrollera för, och ta hänsyn till fler variabler för att kunna se om effekterna förändras, stärks eller försvagas när fler variabler läggs till. P-värdena anger om resultaten är statistiskt signifikanta eller inte, och om vi därmed utifrån urvalet kan generalisera till populationen eller inte.

Tabell 4: Modell 1 visar vilken effekt familjens kontantmarginal har på den psykiska ohälsan bland barnen. I modell 2 kontrolleras tillgänglighetens effekt på den psykiska ohälsan. Avslutningsvis, i modell 3, kontrolleras effekterna av både kontantmarginal och tillgänglighet, på barns psykiska ohälsa.

Tabell 4

Oberoende variabler	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Kontantmarginal	0,68*		0,63*
Kön	0,94*	0,88*	0,90*
Ålder	0,14*	0,09*	0,13*
<i>Tillgänglighet</i>			
Lagom med tid		ref	ref
För mycket tid		0,39	0,41
För lite tid		1,82*	1,75*

* $p < 0,05$

Enligt tabell 4, modell 1, har familjens kontantmarginal en relativt stark positiv effekt på barnens psykiska ohälsa. En god kontantmarginal hos familjen tenderar att leda till minskad psykisk ohälsa hos barnen. Resultatet (0,68) är även signifikant, vilket betyder att vi utifrån urvalet kan generalisera till populationen. I modell 2 har variabeln tillgänglighet använts, och tabellen visar att barn som anser att deras föräldrar har för lite tid för dem, också har en högre psykisk ohälsa. Effekten (1,82) är en relativt stark negativ effekt, och dessutom signifikant. Att ha för mycket tid har, enligt modell 2, inte någon signifikant effekt på den psykiska ohälsan. Enligt modell 3, när variabeln kontantmarginal åter igen lagts till, minskar effekten (1,75) av för lite tid något. Den är dock fortfarande stark. Kontantmarginalens effekt (0,63) har även den minskat något, men håller sig ändå relativt konstant mellan modell 1 och 3. Kontantmarginal och tillgänglighet ser med andra ord ut att vara statistiskt oberoende av varandra med avseende på ohälsa. Av tabellen kan utläsas att modell 3 ger en bättre förklaringsmodell då hänsyn tagits till fler variabler, där det flesta av dem har en effekt (positiv eller negativ) på barns psykiska ohälsa. Kön och ålder visar också en signifikant effekt med psykisk ohälsa, och förändras inte nämnvärt mellan modellerna. Dessa variabler fungerar endast som kontrollvariabler och kommer inte att diskuteras mer ingående.

Tabell 5: En linjär regression visar om kontantmarginal har någon effekt på tillgänglighet.

Tabell 5

<i>Oberoende variabler</i>	<i>Modell 1</i>
Kontantmarginal	0,04
Kön	0,04
Ålder	-0,02

Tabell 5 visar att familjens kontantmarginal inte verkar ha någon effekt på föräldrars tillgänglighet. Familjens kontantmarginal har enligt tabellen ingen betydelse för hur mycket tid föräldrarna har. Modell 1 visar på mycket svaga b-värden, som inte heller är signifikanta. Därmed diskuteras inte resultaten mer ingående.

7.3. DIAGNOSTIK

Avsnittet hjälper till att granska hur säkra resultaten är.

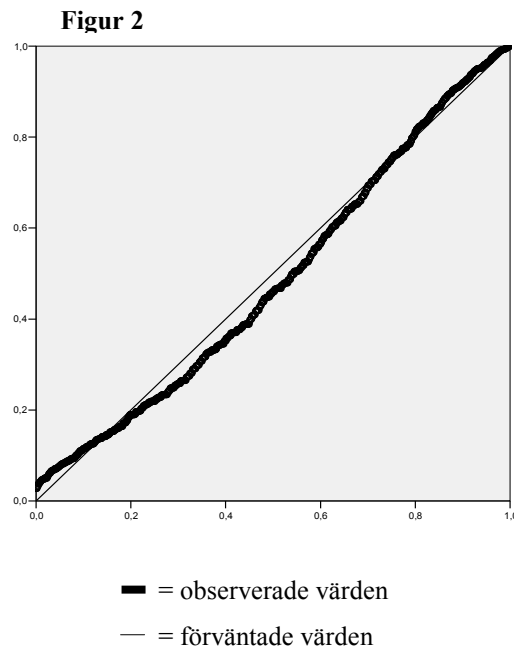
Tabell 6: I tabellen redovisas VIF-värden (variance inflation factor), som anger i vilken utsträckning studiens oberoende variabler inbördes korrelerar med varandra. VIF-värdet bör inte överstiga värdet 2,5. Om variablerna korrelerar för högt påverkas standardfelet och vi riskerar att få falska icke-signifikanta resultat.

Tabell 6

<i>Oberoende variabler</i>	<i>VIF</i>
Kontantmarginal	1,2
Tillgänglighet	1,0
Kön	1,0
Ålder	1,2

Enligt tabellen visar resultatet ingen multikollinearitet, och de oberoende variablerna är därmed inte för högt korrelerade med varandra. Genom att använda studiens oberoende variabler bör resultaten också bli tillförlitliga.

Figur 2: Redovisar residualens spridning längs en slumpmässig fördelning. Figur 1 visar hur spridningen på undersökningens observerade värden avviker från de förväntade värdena. Heteroskedasticitet, eller systematisk spridning, innebär att precisionen i modellen minskar. Med andra ord riskerar vi att få falska icke-signifikanta resultat (Djurfeldt 2003).



Figuren visar att undersökningens observerade värden har en spridning som stämmer väl överens med de förväntade värdena. Enligt ett normalitetstest gjord med hjälp av Kolmogorov-Smirnovs test visar resultaten ändå på en viss systematik. De flesta resultaten i undersökningen är trots allt signifikanta, och systematiken anses därför inte vara av någon större betydelse för tillförlitligheten, och hänsyn till avvikelser tas därmed inte i analysen.

8. SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION

Avsnittet inleds med en kort sammanfattning av undersökningen. Därefter förs en diskussion där resultaten diskuteras och teoretiska kopplingar görs. Avslutningsvis ges förslag på vidare forskning

8.1. SAMMANFATTNING

Barn och ungdomars psykiska ohälsa har ökat kraftigt och anledningen antas ofta bero på minskade resurser till skola och skolhälsovård. Resurser behöver inte enbart handla om ökade satsningar på skolan, utan även andra resurser kan vara av stor vikt för att förebygga psykisk ohälsa bland barn. För barn kan hemmet fungera som en förmedling för resurser, då familjens resurser också påverkar barnen. Studiens syfte har därför varit att undersöka hur ekonomiska och sociala resurser påverkar barns psykiska ohälsa. Studien har fokuserat på de inåtriktade problemen, som ofta tar sig uttryck genom huvudvärk, magont och sömnbesvär. Ekonomiska resurser har representerats av variabeln kontantmarginal, där frågan varit om man har möjlighet att skaffa fram 12000 kronor inom en vecka vid behov. Som indikator på sociala resurser har variabeln (tidsmässig) tillgänglighet använts.

Resultaten har visat att ekonomiska resurser har en effekt på barns psykiska ohälsa, även om den effekten är relativt svag, men dock signifikant. Sociala resurser däremot, ser ut att ha en betydligt större effekt på barns psykiska ohälsa. Barn som anser att deras föräldrar har för lite tid för dem, rapporterar psykisk ohälsa i betydligt större utsträckning än de som anser att deras föräldrar har lagom eller för mycket tid för dem.

8.2. DISKUSSION

Resultaten i undersökningen har visat att ekonomiska och sociala resurser har betydelse för barns psykiska ohälsa. Effekten av en familjs ekonomiska resurser på barns psykiska ohälsa har visat sig vara positiv även om den är relativt svag. Resultatet är dock signifikant och går att generalisera. Med andra ord kan man säga att ju bättre kontantmarginal man har desto mindre psykisk ohälsa finns det bland barnen. Betydligt starkare är effekten av sociala

resurser på psykisk ohälsa bland barn, där framförallt för lite tid har en tydlig negativ effekt på barns psykiska hälsa.

I Bourdieus resonemang om de olika kapitalformerna menar han att ekonomiskt, kulturellt och socialt kapital hänger ihop och är praktiskt taget oskiljaktiga från varandra. I enlighet med detta har studien visat att både ekonomiskt och socialt kapital har betydelse för barns psykiska ohälsa. Även det kulturella kapitalet kan antas finnas med i bilden då värderingar, kunskaper, normer och liknande genom uppfostran förmedlas till barnet under uppväxten av främst föräldrarna. Detta blir då barnens kulturella kapital. Vi är här medvetna om att tillgänglighet därmed kan ses som en del av det kulturella kapitalet, men i studien behandlas tillgänglighet främst som ett socialt kapital (eller en social resurs). Här blir det tydligt att kapitalformerna hänger ihop, då vi kan anta att barnens kulturella kapital är förmedlat och skapat av ett socialt kapital, det vill säga föräldrarna. Det kulturella kapitalet, där normer, värderingar och kunskaper ingår, kan i sin tur bilda en grund för barnens sociala kapital. I studien tas tidsmässig tillgänglighet upp som en indikator på sociala resurser. Hur föräldrarna värderar tiden, det sociala kapitalet, beror på deras värderingar de fått genom sitt kulturella kapital. För att fortsätta på samma linje, det vill säga att kapitalformerna är oskiljaktiga, kan vi också titta närmare på familjens ekonomiska kapital. I vår studie har vi använt oss av kontantmarginal för att visa på familjens ekonomiska kapital. Kontantmarginal är svaret på frågan om de har möjlighet att skaffa fram 12000 kronor inom en vecka vid behov. Tittar vi närmare på denna fråga så handlar den om *möjligheten* att skaffa fram dessa pengar. Den svarar inte på *hur* de får fram de 12000 kronorna. Hur en familj skaffar fram de dessa pengar skulle i vissa fall kunna vara socialt kapital. Har man inte pengarna inom den egna familjen kanske man kan skaffa fram de via vänner eller bekanta, det vill säga genom det sociala kapitalet. Det blir här tydligt att det ekonomiska kapitalet också hänger ihop med de övriga kapitalformerna. Samtidigt som det är tydligt att de olika kapitalformerna hänger ihop anser vi att utifrån resultaten så har det sociala kapitalet större betydelse än det ekonomiska, för att förebygga psykisk ohälsa bland barn, då tillgänglighet enligt resultaten har störst effekt på ohälsan.

En familj med tillgång till de olika kapitalformerna förfogar även över ett symboliskt kapital. Barn som får tillgång till ekonomiskt, socialt och kulturellt kapital genom sina föräldrar förses också med ett symboliskt kapital. Studien har visat att socialt kapital har starkast effekt på den psykiska ohälsan. Socialt kapital mäts här genom föräldrars tillgänglighet. Ett symboliskt kapital kan enligt Bourdieu utgöras av handlingar som tillges ett positivt värde av

gruppmedlemmarna. Utifrån detta kan alltså föräldrars tillgänglighet ses som ett symboliskt kapital för barnen. Det symboliska kapitalet i sin helhet bildar en typ av startkapital för barnen, som kan ge försprång i framtiden och påverka möjligheterna i livet. Detta kapital har inte bara en påverkan på framtiden utan är i högsta grad aktivt tillgängligt i barns vardag. Symboliskt kapital är också ett innehav av status och prestige. För barn blir därmed ökade möjligheter i livet en form av försprång som kan antas ge status bland till exempel kompisar. För att förtydliga vill vi påpeka att barnens handlande med kapitalformer oftast sker omedvetet, och att det inte finns något aktivt medvetet förhållningssätt till kapitalformerna. Utifrån detta resonemang menar vi att ett symboliskt kapital kan hjälpa till att förebygga psykisk ohälsa bland barn.

Vi menar att tillgänglighet är en del av det sociala kapitalet och att det i sin tur tillsammans med ekonomiskt och kulturellt kapital genom det symboliska kapitalet påverkar utformningen av habitus. Eftersom minskad tillgänglighet innebär en ökad psykisk ohälsa bland barnen, och den psykiska ohälsan påverkar hur vi tänker och handlar, anser vi att psykisk ohälsa är en del av habitus. Habitus ska enligt Bourdieu ses som ett socialt strukturellt system som präglas av trögrörlighet och bidrar till att upprätthålla sociala förhållanden. Utifrån detta vill vi peka på vikten av att fånga upp psykisk ohälsa redan på ett tidigt stadium.

Att ge sina barn tid hemma är en praktik som är sprungen ur en uppsättning värderingar som man på ett eller annat sätt har fått genom sitt habitus. Utifrån Bourdieus resonemang skulle man kunna hävda att denna praktik är en del av en livsstil. Konsekvensen av detta resonemang blir att vi kan koppla livsstil till klass, och psykisk ohälsa kan till en viss del ses som en klassfråga. Undersökningen finner dock inget underlag för att gå vidare med en klassanalys och klasspositionens betydelse för barns psykiska ohälsa kan därför inte behandlas närmare.

8.3. VIDARE FORSKNING

Hur ska man gå vidare härifrån? I detta ämne är inte problemet att hitta uppslag på vidare forskning, utan snarare hur man ska begränsa sig för att uppgiften inte ska bli överväldigande stor och bli näst intill ogenomförbar. Genom att återgå till den figur vi ställde upp i början av uppsatsen (se figur 1) ser vi exempel på områden vi har lämnat utanför arbetet. I ett första steg skulle man kunna betrakta en utökning av det sociala kapitalet och väga in barns och

ungdomars fritid med vänner och skolkamrater och se betydelsen av detta för psykisk hälsa. Därifrån är inte steget långt till att titta på skolmiljön och hur den påverkar. Hur är det i bostadsområdet där de bor? Trygghet och en känsla av säkerhet finns också som faktorer som antagligen bidrar till att den psykiska hälsan är god eller mindre bra. Detta är exempel på direkt påverkan som kan ha betydelse för barns och ungdomars psykiska hälsa. Det finns också indirekta faktorer som har betydelse och är av intresse att studera vidare. Till exempel de politiska resurserna.

Bourdieu menar att kapitalformerna är oskiljaktiga och inte kan destilleras, det vill säga att man inte bara kan betrakta exempelvis socialt kapital utan att ta hänsyn till de andra formerna av kapital. En särskilt intressant uppgift vore att titta på hur de olika kapitalformerna samspelar med varandra och att titta på hur dessa kan variera inom en social gruppering.

REFERENSER

TRYCKTA KÄLLOR

- Ahrne, Göran, Roman, Christine och Franzén, Mats (2003) *Det sociala landskapet: en sociologisk beskrivning av Sverige från 1950-talet till början av 2000-talet*. Göteborg: Korpen.
- Bourdieu, Pierre (1979), *Distinktionen – en social kritik av omdömet*. I Broady, Daniel & Palme, Mikael (red.) *Kultursociologiska texter*. Stockholm: Bruno Östlings bokförlag Symposium.
- Bourdieu, Pierre (1991). *Language and symbolic power*. Cambridge: Polity in association with Basil Blackwell.
- Broady, Donald (1989) *Kapital, habitus, fält: några nyckelbegrepp i Pierre Bourdieus sociologi*. Stockholm: UHÄ.. Arbetsrapport 1989:2
- Cook, Karen S & Stepanikova, Irena (2005). Nätverk och tillit är viktigt för hälsovårdens kvalitet. *Axess*, nr 5.
- Djurfeldt, Göran (2003) *Statistisk verktygslåda: samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Stockholm: Studentlitteratur
- Fritzell, Johan & Lundberg, Olle (1994) *Vardagens villkor: levnadsförhållanden i Sverige under tre decennier*. Stockholm: Bromberg
- Hagquist Curt (red.) (1994). *Barns och ungdomars hälsa: folkhälso rapport 1994*. Karlstad: Centrum för folkhälsoforskning, Landstinget i Värmland.
- Järvinen, Margaretha (2003). Pierre Bourdieu. I Andersen, Heine & Kaspersen, Lars Bo (red.). *Klassisk och modern samhällsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Jönsson, Ingrid, Mats Trondman, Arnman, Göran & Palme, Mikael (1993) *Skola - fritid - framtid: en studie av ungdomars kulturmönster och livschanser*. Lund: Studentlitteratur.
- Kawachi, Ichiro & Berkman, Lisa F.(2000), *Social cohesion, social capital, and health*, i Berkman L F. och Kawachi I. (red.), *Social Epidemiology*, New York, s. 174–190.
- Mackenbach, Johan P, Kunst, Anton E & Cavelaars, Adriënne E J M, (1997). Author's reply. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, vol. 350: 16 augusti, s 517.
- Mackenbach, Johan P, Kunst, Anton E, Cavelaars, Adriënne E J M, Groenhof, Feikje & Geurts José J M (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, vol. 349: 7 juni, ss 1655-1659
- Mills, Charles Wright (1992), *Den sociologiska visionen*. Malmö, Arkiv.
- Psykisk ohälsa hos barn, ungdomar och vuxna* (1998). Linköping: Landstinget i Östergötland.
- Vågerö, Denny & Erikson, Robert (1997). Correspondance. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, vol. 350: 16 augusti, s 516.

ELEKTRONISKA KÄLLOR

Folkhälsopolitisk rapport (2005). Statens folkhälsoinstitut (Elektronisk). Tillgänglig: < http://www.fhi.se/templates/Page___6719.aspx >

Folkhälsorapport (2005). Socialstyrelsen (Elektronisk). Tillgänglig: < <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/7456A448-9F02-43F3-B776-D9CABCB727A9/3512/20051113.pdf> >

Health and health behaviour among young people (2000). Copenhagen : WHO, Regional Office for Europe (Elektronisk). Tillgänglig: < http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf >

Levnadsnivåundersökningarna (2000). Institutet för social forskning (Elektronisk). Tillgänglig: < <http://www.sofi.su.se/LNU2000/> >

Nyberg, Lena (2001) DN Debatt, Psykiska ohälsan förvärras mycket bland svenska barn. (Elektronisk) *Dagens Nyheter* 31 mars. Tillgänglig: < <http://www.dn.se/DNet/jsp/polopoly.jsp?d=572&a=432490&previousRenderType=6> >

Satsa tidigt - en undersökning av barn- och ungdomspsykiatrin (2005). Barnombudsmannen (Elektronisk). Tillgänglig: < <http://www.bo.se//files/publikationer,%20pdf/br%202005-04%20satsa%20tidigt.pdf> >