

The background of the entire page is a painting. It depicts a person standing on a sidewalk at night. The person is wearing a light-colored bunny hat with long ears, a thick red scarf, a yellowish-brown jacket, and light-colored pants. They are looking directly at the viewer. The background is a dark, textured blue, suggesting a night sky or a wall. In the upper right corner, there is a bright orange circle representing the moon. On the left side, there is a vertical light source, possibly a street lamp, casting a yellow glow. The overall style is painterly and somewhat somber.

Den sociala utsatthetens effekter på psykisk ohälsa

En studie om gymnasieungdomar i Kronoberg



REGION
KRONOBERG

Författare: Ellie Stjärna

Omslagsbild: Marta Jarring

Handledare: Linda Hiltunen

Växjö september 2022

Frågor eller synpunkter? Kontakta:

ellie.stjarna@kronoberg.se

folkhalsa@kronoberg.se

Förord

Denna fördjupningsstudie är baserad på data från Region Kronobergs enkätundersökning *Barns och ungdomars hälsa och levnadsvanor i Kronobergs län 2021*. Barn och ungdomar är ett prioriterat område i Region Kronoberg och enkätundersökningen, som 2021 genomfördes för sjunde gången, syftar att följa utvecklingen av barns och ungdomars hälsa, levnadsvanor och livsvillkor över tid. Föreliggande studie genomfördes som ett examensarbete i sociologi och ger förhoppningsvis ytterligare förståelse av hur barn och ungdomar har det i Kronoberg.

Ellie Stjärna,

Utvecklingsledare inom folkhälsa på Region Kronoberg

Abstract

This study investigates the impact social vulnerability has on subjective mental health among adolescents. Furthermore, this study aims to measure which of the independent variables that represent social vulnerability has the most effect on mental health. The independent variables include sex, gender, NPD-diagnosis, ethnic background, and subjective social status. Several studies have investigated these topics before, but few studies measure different kinds of socially vulnerable groups together and compare them side by side. A quantitative approach is used, namely cross-table analysis and regression analysis. The theoretical framework consists of theories on gender, minority stress, social fields, social status, and a holistic approach to the understanding of health. The results show that 16 percent of the variation within subjective mental health can be traced to social vulnerability. The most vulnerable to subjective mental health issues were adolescent girls (in the biological sense), followed by adolescents with NPD-diagnosis, and then adolescents with a queer gender identity. The least vulnerable to subjective mental health issues were adolescents with low social status. However, it seems that an adolescent's social status within the school is more important than their family's social status in society.

Nyckelord

Psykisk ohälsa, medicinsk sociologi, social utsatthet, genus, kön, queer, subjektiv social status, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, etnisk tillhörighet, regressionsanalys.

Tack

Ett varmt tack riktas först och främst till min sambo Sebastian, för alla samtal och allt stöd. Näst på tur kommer naturligtvis min handledare Linda Hiltunen som varit en ovärderlig guide och bollplank i arbetet med denna uppsats. Slutligen vill jag även tacka Region Kronoberg som lät mig ta del av datamaterialet som denna uppsats bygger på.

Innehåll

Inledning	2
Syfte och frågeställning	4
Tidigare forskning.....	5
Myndighetsperspektivet	5
Psykisk ohälsa	6
Social utsatthet.....	7
Sammanfattande kommentar	12
Teoretiska utgångspunkter	12
Holistisk förståelse av hälsa och ohälsa	12
Genus.....	14
Minoritetstress	14
Social status och sociala fält.....	15
Sammanfattande kommentar	16
Metod	16
Kvantitativ metod	16
Urval och datamaterial	16
Variabler	17
Analysmetoder.....	21
Etiska överväganden.....	22
Resultat och analys	24
Samband mellan social utsatthet och psykisk ohälsa	24
Den sociala utsatthetens effekter på psykisk ohälsa	27
Slutsats.....	32
Diskussion.....	34
Referenser	36

Inledning

Hur sociala faktorer kan avspeglas i hälsa och sjukdom har länge intresserat sociologer. Historiskt har relationen mellan disciplinerna sociologi och medicin utvecklats i tre faser. Den första fasen som kallas *sociology in medicine* präglades av sociologers studier av den medicinska vetenskapens organisering. Talcott Parsons (1951) analys av "sjukrollen" var ett av de viktigaste bidragen (White, 2009, s. 33-34). Den andra fasen, *sociology of medicine*, utvecklade ett mer kritiskt förhållningssätt till den medicinska vetenskapen. Dels växte kritik mot Parsons teorier fram, dels belystes medicinska institutioners kontrollerande funktion i samhället (White, 2009, s. 36). Ett viktigt bidrag var exempelvis Erving Goffmans arbete *Asylums* (1961) som var en kritik av psykiatrin. Författaren beskrev psykiatrin som en typ av manipulation av människors personligheter i syfte att upprätthålla samhällets normer, vilket möjliggjordes genom den medicinska vetenskapens legitimitet.

Under den tredje fasen stärktes medicinska sociologers roll i hälsoforskningen. Sociologiska studier visade att hälsa varierar i befolkningen beroende på exempelvis yrke, kön och civilstånd. Sociologer belyste att sociala faktorer utöver biologiska har en betydande effekt på människors hälsa, livslängd och livskvalitet (White, 2009). Till följd av dessa insikter tillkom den statliga utredningen *Hälsa på lika villkor* (SOU, 1999) i Sverige. Denna utredning rekommenderade att forskningsresurser gällande hälsa bör delas ut till fler discipliner än den medicinska för att kunna ta hänsyn till de sociala, ekonomiska och materiella aspekterna av hälsa (1999, s. 137). Föreliggande uppsats faller inom ramen för det som kallas medicinsk sociologi. Uppsatsen har en kvantitativ ansats och handlar om ungdomars psykiska ohälsa. I linje med en sociologisk tradition kommer jag att rikta viss kritik mot tidigare sätt att kartlägga ungdomars psykiska hälsa, men i huvudsak är uppsatsens fokus att visa hur sociala aspekter av hälsa kan få betydelse för den psykiska ohälsan.

I Sverige finns ett nationellt övergripande folkhälsomål; "att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation" (FHM, 2021, s. 37). Målet tar avstamp i det faktum att hälsa inte är en jämnt fördelad resurs i befolkningen. Ojämligheter i hälsa kan bland annat härledas till diskrimineringsgrunderna vilka är kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning samt ålder. Det finns även indikationer om att inkomstnivå och socioekonomisk status kan påverka den psykiska hälsan (FHM, 2018a). Även om det sedan länge har konstaterats att sociala faktorer har en effekt på vår hälsa i allmänhet och vår psykiska hälsa i synnerhet efterlyses både mer kunskap och fler hälsofrämjande insatser inriktade på de grupper som socialt är mest utsatta och som har sämst hälsa (FHM, 2021, s. 48; Forte, 2018, s. 7). Föreliggande studie avser vara ett sådant bidrag.

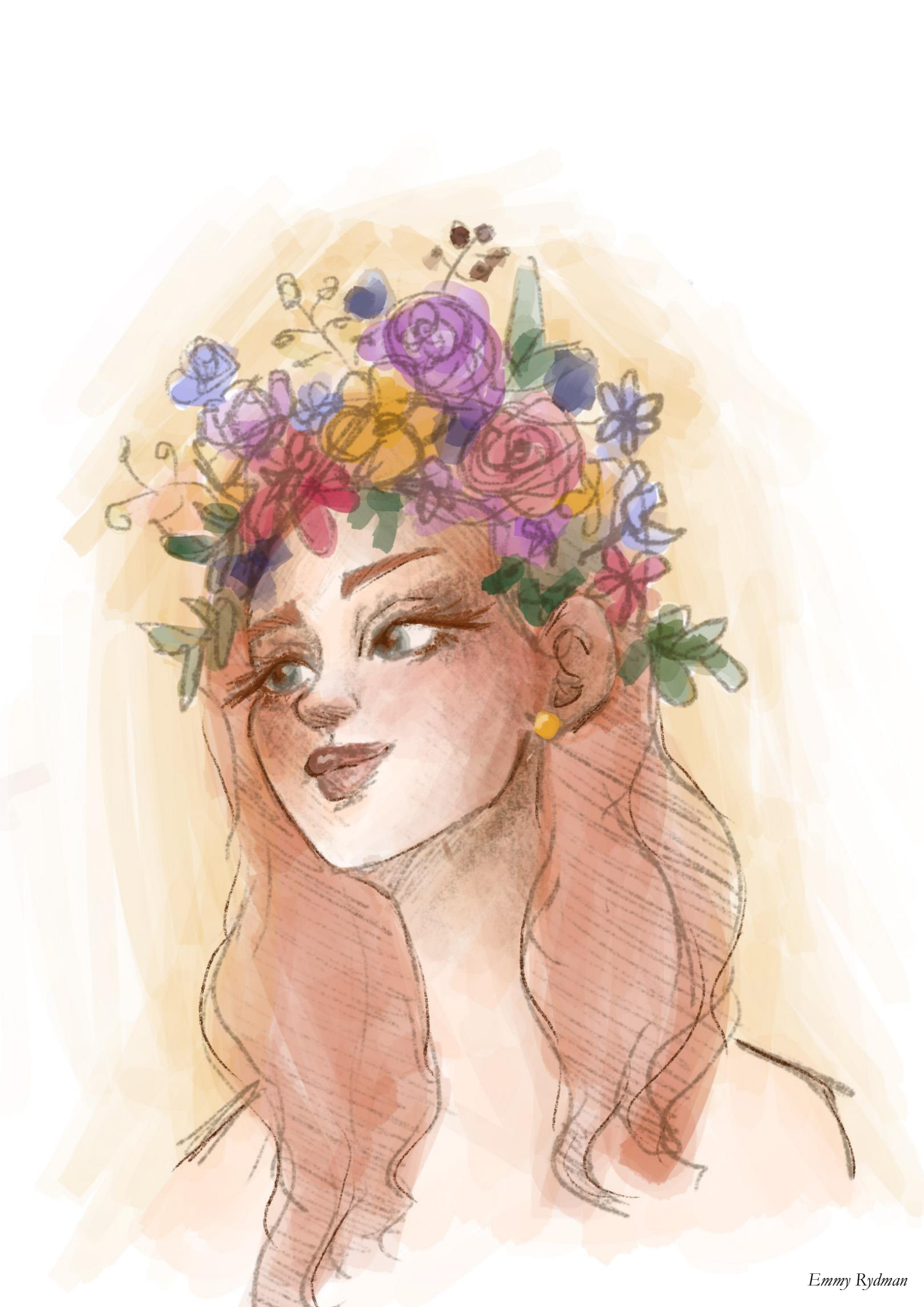
Psykisk ohälsa bland ungdomar är ett ämne som får ta mycket plats i media och i den politiska debatten eftersom ohälsan ökar inom gruppen (Socialstyrelsen, 2019a; SVT, 2019; SVD, 2022).

Folkhälsomyndighetens (2022b) kartläggningar visar att andelen ungdomar med psykosomatiska besvär har fördubblats i Sverige sen 1980-talet och närmare hälften av 15-åringarna är drabbade av dessa besvär. Dessutom visar Socialstyrelsens kartläggningar att användandet av antidepressiva mediciner procentuellt har ökat mest bland ungdomar till följd av ”den oroväckande ökningen av psykisk ohälsa inom gruppen” (Socialstyrelsen, 2019b). Psykisk ohälsa är enligt Folkhälsomyndigheten ett samlingsbegrepp för både lättare psykiska besvär och svårare psykiatriska tillstånd och sjukdomar. Även neuropsykiatriska funktionsnedsättningar ryms i begreppet enligt myndighetens definition (FHM, 2022a).

En ökning av psykosomatiska besvär har också konstaterats bland ungdomar i Kronobergs län, vilket blir belyst i Region Kronobergs enkätstudie *Barns och ungdomars hälsa och levnadsvanor*, härfter kallad BU-enkäten (Hiltunen & Johansson, 2022). Studien genomförs vart tredje år och syftar till att mäta barns och ungdomars hälsa och levnadsvanor över tid. Under hösten 2021 genomfördes studien för sjunde gången. Årskurserna 5, 8 och årskurs 2 på gymnasiet får svara på enkäten. Sedan studien först genomfördes har psykosomatiska besvär, stress och ensamhet blivit mer utbredda, ett mönster som liknar det från nationella undersökningar.

Den problematik som ligger till grund för föreliggande studie är den oroväckande ökningen av psykisk ohälsa bland ungdomar. Det är väl värt att studera i sig, men också mot bakgrund av att det finns ett folkhälsopolitiskt mål att uppnå en jämlik hälsa i befolkningen. Emellertid ska jag inte utgå från det traditionella sättet att mäta psykisk ohälsa, det vill säga att undersöka graden av psykosomatiska besvär bland ungdomar. Detta är redan väl belyst i den tidigare forskningen. Det finns dessutom goda skäl att mäta psykisk ohälsa bland ungdomar på annat vis än genom besvär. Trots att det finns en stor andel ungdomar med återkommande psykosomatiska besvär uppger paradoxalt nog ändå cirka 80 procent av 15-åringarna i Sverige att de trivs bra eller mycket bra med livet (FHM, 2018b, s. 24).¹ I stället för att använda mig av psykosomatiska besvär som mått ska jag använda en ny variabel för subjektiv psykisk ohälsa som finns tillgänglig i BU-enkäten från 2021. Med hjälp av denna nya variabel ska jag undersöka samvariation mellan social utsatthet och psykisk ohälsa samt undersöka vilken form av utsatthet som har störst effekt på psykisk ohälsa.

¹ 77 procent av 15-åriga tjejer och 93 procent av 15-åriga killar rapporterade om hög tillfredsställelse i livet (FHM, 2018b, s. 24).



Syfte och frågeställning

Denna studie ämnar undersöka samband mellan psykisk ohälsa och social utsatthet hos gymnasieungdomar samt vilken effekt som social utsatthet kan ha på psykisk ohälsa. För att undersöka detta formuleras följande frågeställningar:

- Hur ser sambandet ut mellan socialt utsatta gymnasieungdomar och subjektiv psykisk ohälsa i Kronoberg?
- Vilken förklaringsgrad och vilken effekt har social utsatthet på subjektiv psykisk ohälsa bland gymnasieungdomar i Kronoberg?

Förhoppningen är att resultatet ska bidra med kunskap och på så vis möjliggöra för beslutsfattare att planera effektfulla insatser i syfte att förbättra den psykiska hälsan hos redan socialt utsatta ungdomsgrupper, i Sverige i allmänhet men i Kronoberg i synnerhet.

Tidigare forskning

Myndighetsperspektivet

Ett vanligt tillvägagångssätt för att mäta psykisk ohälsa är att mäta förekomsten av psykiska och somatiska besvär, så kallat psykosomatiska besvär. Studien *Skolbarns hälsovanor* är en internationell enkätundersökning som genomförs vart fjärde år i Sverige sedan 1985/86. Denna studie var en av de första och mest omfattande vad gäller att kartlägga psykosomatiska besvär bland barn och ungdomar och datamaterial från studien ligger till grund för en ansevärd mängd forskning inom hälsoområdet (se bland annat Andersson, Garcia & Glass, 2021; Beck m.fl., 2021; Låftman m.fl., 2021; Wahlström, m.fl., 2021). *Skolbarns hälsovanor* är dock inte den enda kartlägningsstudien som mäter psykosomatiska besvär.² Region Kronobergs BU-enkät som används i denna studie mäter och redovisar också dessa besvär (Hiltunen & Johansson, 2022).

De psykosomatiska besvären består av huvudvärk, magont, ont i ryggen, yrsel, nedstämdhet, irritation eller dåligt humör, nervositet samt sömnsvärigheter. När resultatet sammanställs och redovisas används vanligen premisen att en ungdom som uppger sig ha minst två av dessa psykiska eller somatiska besvären minst en gång per vecka under de senaste sex månaderna sägs lida av psykosomatiska besvär (FHM, 2018c). Enligt denna studie har andelen ungdomar som upplever återkommande psykosomatiska besvär fördubblats sedan studien först genomfördes (FHM, 2018b). Det är ökningen av dessa psykosomatiska besvär som ofta ligger till grund för uttalandet om att den psykiska ohälsan har ökat bland ungdomar. Frågan är vad

² Se Petersen m.fl. (2010) för en systematisk litteraturoversikt gällande barns och ungdomars psykisk ohälsa i Sverige.

mätning av psykosomatiska besvär faktiskt kan säga oss om ungdomars upplevelser av psykisk ohälsa?

Forte (Dalman m.fl., 2021) publicerade nyligen en uppdaterad version av en kunskapsöversikt över olika begrepp och mätmetoder inom området psykisk hälsa. Här förs en diskussion om hur psykiska besvär mäts och tolkas. Psykiska besvär definieras som psykisk ohälsa som faller utanför kriterierna för en psykiatrisk diagnos. Dessa besvär kan vara normala reaktioner på livet och är således vanligt förekommande. För att mer träffsäkert kunna beskriva andelen ungdomar med psykiska besvär vilka faktiskt skulle kunna innebära lidande och begräsningar i vardagen föreslås att höja tröskelvärdena för dessa besvär. Alltför låga trösklar ger exempelvis resultat om att 40 procent av 15-åriga tjejer lider av psykiska besvär i form av nervositet och nedstämdhet (Dalman, m.fl., 2021, s. 14 - 15). Att sänka trösklarna för hur psykiska besvär mäts som en reaktion på att en alltför stor andel ungdomar anger att de har dessa är dock värt att reflektera över. Framöver kan det komma att publiceras rapporter som visar en tydlig minskning av psykiska besvär bland ungdomar, inte på grund av att de anger eller upplever färre av dessa utan för att resultatet redovisas annorlunda.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa används ofta som ett samlingsbegrepp för allt ifrån lättare psykiska besvär till svårare psykiska sjukdomar och diagnoser. Beroende på vilken förståelse av hälsa som används kan också ohälsa förstås på olika sätt. En vanlig modell är att definiera hälsa utifrån fyra olika områden; hälsa som välbefinnande, hälsa som balans, hälsa som avsaknad av sjukdom samt hälsa som förmåga (Vilhelmsson, 2014, s. 64). Förståelsen av hälsa varierar ofta mellan ett *reduktionistiskt* förhållningssätt där sjukdom och ohälsa är motsatser till hälsa och ett mer *holistiskt* förhållningssätt där sjukdom, ohälsa och hälsa är betingelser som individer kan ha mer eller mindre av parallellt (Vilhelmsson, 2014, s. 67). Psykisk ohälsa kan ses som något som uppstår när psykisk hälsa upphör eller som en glidande skala som kan samexistera med psykisk hälsa. Eftersom det är vanligt förekommande att ungdomar allmänt skattar sin nöjdhet med livet högt samtidigt som de anger sig som regelbundet drabbade av psykosomatiska besvär är förståelsen av hälsa och ohälsa som parallella fenomen ett viktigt perspektiv i denna uppsats.

Att tolka förekomsten av psykosomatiska besvär som en direkt indikator på psykisk ohälsa har blivit kritiserat och sägs vara en del av en *medikaliseringsprocess* (Fainzang, 2013). Medikalisering kan beskrivas som en process genom vilken mänskliga upplevelser som tidigare funnits utanför det medicinska fältet blir definierat och behandlat som sjukdom eller hälsoproblematik (ibid, s. 489). Wickström & Kvist Lindholm (2020) visar i en intervjustudie att de psykosomatiska besvären som ofta tolkas som psykisk ohälsa för ungdomar i själva verket kan representera helt andra saker. Huvudvärk kan vara ett resultat av att ha druckit för lite vatten, nervositet kan uppstå på grund av en stundande presentation i skolan och irritation kan bero på ett bråk med mamma på morgonen. Hiltunen, Johansson & Edvardsson Aurin (2020) identifierade ett liknande mönster i sin intervjustudie som utgick från gymnasieungdomar i Kronoberg.

Ungdomarna hade tillräckligt många återkommande psykosomatiska besvär för att i statistiken tolkas som drabbade av psykisk ohälsa men angav själva att de *inte* var drabbade av detta, trots omfattande besvär.

Mätning av psykosomatiska besvär tenderar att vara ett relativt trubbigt verktyg för att förstå förekomsten av psykisk ohälsa hos ungdomar. Denna uppsats avser använda sig av en annan variabel för att mäta psykisk ohälsa än psykosomatiska besvär, vilket diskuteras mer utförligt i metodavsnittet.

Social utsatthet

I inledningen framgick att sociala faktorer kan förklara hälsans variationer i befolkningen. För att kunna undersöka hur psykisk ohälsa varierar mellan olika typer av socialt utsatta grupper valde jag att i första hand utgå från diskrimineringsgrunderna kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, funktionsnedsättning samt etnisk tillhörighet. Utöver dessa grunder kommer jag även använda mig att subjektiv social status i min analys. Nedan följer en redovisning av relevant forskning utifrån respektive diskrimineringsgrund samt social status, och i huvudsak från ett ungdomsperspektiv.

Kön

I Sverige finns två juridiska kön; kvinna och man. Diskrimineringsgrunden *kön* omfattar båda könen, men diskriminering sker vanligen mot kvinnor (Fransson & Norberg, 2007).

När det gäller psykisk ohälsa och kön är tjejer generellt värre drabbade än killar, med avseende på psykosomatiska besvär och stress (Inchley m.fl., 2020). Det finns studier som visar att tjejer och kvinnor är mer benägna och socialt tillåtna än killar och män att prata om psykisk ohälsa (Busfield, 1996; Hiltunen, 2017). Andra studier visar att maskulinitetsideal, särskilt en typ av klara-sig-själv-ideal, kan påverka både den psykiska och fysiska hälsan negativt för killar och män (Milner m.fl., 2019; Milner m.fl., 2018; Gordon m.fl., 2013; James, Micó, & Gordon, 2007). I en svensk studie av Johansson, Brunnberg & Eriksson (2007) framkom att killars uppfattning om sig själva är att de låtsas må bättre än vad de gör, även i enkäter (2007, s. 198). På det viset skulle alltså en del av tjejers överrepresentation gällande stress och psykosomatiska besvär kunna förklaras av att tjejer inte mår sämre, utan att de snarare är bättre på att reflektera över och rapportera om sin ohälsa.

MacLean, Sweeting & Hunt (2010) visar dock i sin studie att tjejer likväl som killar upplever att det är svårt att prata om psykisk ohälsa inför andra. Båda grupperna beskrev att det fanns en förväntan om att lyckas upprätthålla en viss fasad av självbehärskning och kontroll i sociala sammanhang oavsett mående. Förväntningarna upplevdes dock mer som regler för killar och

snarare som riktlinjer för tjejer, det vill säga som mer tvingande för killar (MacLean, Sweeting & Hunt, 2010, s. 602).

Hiltunen (2017) synliggör att tjejer upplever att både nära vänskapsrelationer och kamratgrupperingar kan leda till psykisk ohälsa, vilket killar inte upplever i samma utsträckning. Tjejer uttrycker att vänskap kan kännas som en börda med högt ställda krav och att de i kamratkonstruktioner känner sig bevakade och bedömda (ibid, s. 187–203). Vidare visar Hiltunen att det finns höga förväntningar på att tjejer ska vara duktiga och flitiga elever oavsett vilken ambitionsnivå de själva har. Det innebär att tjejers framgångar tas för givet medan deras misslyckanden blir reflektioner på deras brister. Killars framgångar betraktas som en naturlig företeelse, medan deras misslyckanden inte får några särskilda konsekvenser då skolframgång inte är en del av det manliga idealet (ibid, s. 218–226).

Hur och varför psykisk ohälsa varierar mellan killar och tjejer är ett väl undersökt område (se bland annat Brännström, Nyhlén & Gillander Gådin, 2020; Gillander Gådin, 2012; Låftman m.fl., 2021; Skoog m.fl., 2016; Coleman, 2015; Lyberg Rasmussen m.fl., 2017; Hiltunen, 2017). Att lyfta fram det biologiska könet i studier som berör ungdomars hälsa är nödvändigt just eftersom tidigare studier visar att det finns stora variationer. Ett bidrag som föreliggande studie gör är att även inkludera könsidentitet som en kategori.

Könsöverskridande identitet eller uttryck

Diskrimineringsgrunden könsöverskridande identitet eller uttryck omfattar personer som inte identifierar sig som man eller kvinna samt de som genom sitt uttryckssätt frångår vad som förväntas av dem i relation till det juridiska könet, exempelvis att som juridisk man bära klänning. Även transpersoner och personer med intersexvariationer omfattas (Fransson & Norberg, 2007).

Att ha könsöverskridande identitet innebär att frånga de binära föreställningarna om kön. Det kan handla om att vara transperson, alltså att identifiera sig med det andra juridiska könet än det man blev tilldelad vid födseln. Det kan också handla om att inte identifiera sig med något av de juridiska könen, alltså att vara icke-binär, eller att uppleva sitt kön som flexibelt och flytande vilket kallas gender fluid. Könsöverskridande identitet säger dock inget om sexualitet. Queer och gender queer är paraplybegrepp som beskriver personer som frångår det heteronormativa och kan beröra både könsidentitet, könsuttryck och sexualitet. Hbtq är i sin

tur ett paraplybegrepp som innefattar homo- och bisexuella, transpersoner samt queer (Fransson & Norberg, 2007; Forte, 2018).³

Det finns flera studier som belyser att personer med queer könsidentitet är särskilt utsatta när det kommer till psykisk ohälsa (Brown & Peerapatnapokin, 2019; Hyde m.fl., 2014; Winter m.fl., 2016; Durbeej m.fl., 2021). En litteraturgenomgång av Dowers m.fl. (2020) identifierar vikten av att ha socialt stöd från andra som också har queer könsidentitet för att minska risken att utveckla psykisk ohälsa (2020, s. 254). En annan studie av Howansky m.fl. (2021) visar att transpersoners föreställningar om vilka fördomar andra har om dem är mer negativt kodade i jämförelse med cis-personer.⁴ Ur ett ungdomsperspektiv kan det ha stor och svår negativ effekt på den psykiska hälsan att vara normavvikande och marginaliserad i relation till andra ungdomar (Hiltunen, 2017).

Forskning tenderar att förbise hbtq-perspektivet helt och hållet, vilket kan försvåra att hitta studier som bryter isär begreppet. Detta kan bli problematiskt eftersom hbtq är ett paraplybegrepp som berör både kön och sexualitet (Forte, 2018). Även om det finns relativt mycket forskning gällande ohälsa och hbtq (se bland annat Mongelli m.fl., 2019) måste tolkningar utifrån dessa ske med viss försiktighet eftersom begreppet lägger samman individer med ganska olika bakgrund i samma grupp. Även om det är ovanligt att redovisa resultat gällande könsidentitet i kartlägningsstudier är det vanligt förekommande att fråga efter det, inte minst i myndighetsundersökningar. I det empiriska materialet som ligger till grund för föreliggande studie finns en fråga om könsidentitet, vilket i denna studie inte bara kommer att redovisas utan också analyseras.

Funktionsnedsättning

Diskrimineringsgrunden funktionsnedsättning omfattar personer som har varaktiga psykiska, fysiska eller begåvningsmässiga begränsningar i sin funktionsförmåga (Fransson & Norberg, 2007).

Enligt Myndigheten för delaktighet finns det uppskattningsvis ca 300 000 barn med funktionsnedsättning i Sverige, men det finns inget register över alla med funktionsnedsättning (MFD, 2020; 2021). Vissa aktörer uppskattar att ungefär 10 procent av alla barn i Sverige har någon neuropsykiatrisk funktionsnedsättning⁵ (Lära, 2017, s. 2) och Socialstyrelsen konstaterar

³ Ibland används även paraplybegreppet hbtqi+ där i:et står för intergender, vilket innebär att den fysiska kroppen frångår heteronormen, och +:et står för alla övriga könsidentiteter och sexuella läggningar.

⁴ Cis-personer avser personer som identifierar sig med det kön de blev tilldelade vid födseln.

⁵ Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, eller NPF, är ett samlingsord för flera olika tillstånd. De vanligaste NPF-diagnoserna är ADHD, alltså attention deficit disorder, och AST, alltså autismspektrumtillstånd (SPSM, 2021).

att 4,5 procent av tjejer och 9 procent av killar i åldrarna 10–17 år under 2020 hade en ADHD-diagnos (Socialstyrelsen, 2021).

Gällande funktionsnedsättningar och ungdomar hamnar ofta fokus på neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, det vill säga NPF-diagnoser.⁶ Detta kan tänkas bero på att den typen av diagnoser kraftigt har ökat under de senaste 10–15 åren (Rydell m.fl., 2018; Markussen & Røed, 2020; Conrad & R. Bergey, 2014; Odenbring, Johansson & Hunehall Berndtsson, 2017). Ungdomar med både måttliga och svårare funktionsnedsättningar samt neuropsykiatriska funktionsnedsättningar löper större risk att drabbas av psykisk ohälsa än andra ungdomar (Tikkaja & Tindberg, 2021). Det finns även studier som visar att det finns ett samband mellan funktionsnedsättning, förekomsten av psykosomatiska besvär samt nedsatt allmänt välbefinnande (Olsson m.fl., 2013). Forskning visar att ökningen av ADHD-diagnoser beror på en typ av medikaliseringsprocess, det vill säga att diagnosen blivit mer förekommande utan att symtom på diagnosen egentligen har ökat (Rydell m.fl., 2018). Den senaste svenska läroplanen, som ställer höga krav på kognitiva och exekutiva funktioner, har diskuterats vara en bidragande faktor både till en ökad mängd diagnoser och en ökad psykisk ohälsa bland ungdomar i allmänhet och ungdomar med NPF i synnerhet (Lindblad m.fl., 2018). Det är viktigt att fortsätta bygga upp en kunskapsbank om ungdomar med NPF och psykisk ohälsa. Föreliggande studie avser synliggöra effekten som NPF har på psykisk ohälsa bland ungdomar.

Etnisk tillhörighet

Diskrimineringsgrunden etnisk tillhörighet omfattar alla individer eftersom alla har en eller flera etniska tillhörigheter. Det som avses är en persons nationella eller etniska ursprung, hudfärg eller liknande (Fransson & Norberg, 2007).

Forskning visar att ungdomar med invandrabakgrund i större utsträckning drabbas av psykisk ohälsa än svenskfödda ungdomar, men att svenskfödda ungdomar med utlandsfödda föräldrar rapporterar om psykosomatiska besvär i ungefär samma utsträckning som ungdomar med svenskfödda föräldrar (Dekeyser m.fl., 2011; Dekeyser m.fl., 2014; Hollander m.fl., 2013; Kim, E. Evans & Hagquist, 2019; Tinghög m.fl., 2009). Det finns även studier som visar att oavsett om ungdomar är första eller andra generationens invandrare så rapporterar de alltså *färre* psykosomatiska besvär i jämförelse med svenskfödda ungdomar och ungdomar med svenskfödda föräldrar (Granvik Saminathen, Löfstedt & Brodin, 2021). För ungdomar som tillhör en minoritetsgrupp tycks dock kontexten i skolan vara av stor vikt i relation till skoltrivsel och psykosomatiska besvär (Granvik Saminathen, Brodin Låtfman & Modin, 2020). Ungdomar som tillhör en minoritetsgrupp och går i en skola som är präglad av majoritetsgrupper trivs mindre bra i skolan. Är den sociodemografiska och etniska elevsammansättningen mer uppblandade minskar dock minoritetsgruppernas känsla av

⁶ I datamaterialet som denna uppsats baseras på är NPF betydligt vanligare än andra funktionsnedsättningar.

ensamhet. Minoritetsungdomar i dessa skolor blir också i mindre utsträckning utsatta för mobbning och trakasserier (Granvik Saminathen, Löfstedt & Brolin, Låftman, 2021).

I samhällsdebatten är frågan om integration återkommande. Det svenska samhället präglas alltmer av mångkultur och mångfald. Tidigare studier visar samband mellan psykosomatiska besvär och utländsk bakgrund, men studier visar också att denna ohälsa är kontextuell och varierar exempelvis beroende på en skolas elevsammansättning. Denna uppsats syftar att undersöka samband mellan etnisk bakgrund och psykisk ohälsa men utan att utgå från psykosomatiska besvär.

Social status

Forskning som visar sambandet mellan social status och hälsa, där låg status ökar risken för ohälsa, finns men framför allt med fokus på den vuxna populationen (Lundberg, 2008; Singh-Manoux, Marmot & Adler, 2005; Adler m.fl., 1994). Gällande social status i relation till ohälsa bland ungdomar finns en viss kunskapslucka i fältet, vilket flera forskare efterlyser fler studier om (Hiltunen, 2017; Lundberg, 2008; Morin, 2006; Charlesworth, Gilfillan & Wilkinson, 2004). Social status brukar definieras genom att ta hänsyn till faktorer som yrkesposition, inkomst och utbildningsnivå, det vill säga objektiv socioekonomisk status (Krieger, Williams & Moss, 1997). En likande modell har använts med fokus på ungdomar. Eftersom ungdomar dock sällan har varken inkomst, yrke eller någon relevant utbildningsnivå används föräldrarnas socioekonomiska status som utgångspunkt. Studier av det slaget visar ofta mycket svaga eller obefintliga samband mellan social position och hälsa (Randell, 2016; Hagquist, 2006; West, 1997).

Karvonen & Rahkonen (2011) menar att objektiv socioekonomisk status är ett olämpligt sätt att mäta ungdomars sociala status på då den socioekonomiska statusen baseras på föräldrarna i stället för på ungdomarna själva. Karvonen & Rahkonen gör gällande att det kan vara mer lämpligt att i stället mäta ungdomars subjektiva sociala status (2011, s. 37–38). Enligt Wilkinson (1999) är den subjektiva sociala statusen av betydligt större vikt än den objektiva för att kunna analysera variationer i hälsa. Studier som tar hänsyn till den subjektiva snarare än den objektiva sociala statusen har lyckats visa ett samband mellan låg status och ohälsa bland ungdomar (Piko & Fitzpatrick, 2001; Karvonen & Rahkonen, 2011).

Ett mätinstrument för att mäta just subjektiv social status bland ungdomar kallas *MacArthur Scale of Subjective Social Status – Youth Version*. Instrumentet utvecklades av Goodman m.fl. (2001). Instrumentet är etablerat i internationell forskning, och har använts vid enstaka tillfällen i svenska studier (Joffer, 2020). Genom mätinstrumentet får ungdomar ta ställning till sin egen respektive sin familjs sociala status utifrån två tiogradiga skalor. Den ena skalan avser familjens socioekonomiska status i samhället i stort och den andra skalan avser ungdomens egen sociala position i skolan (Goodman m.fl., 2015). I Region Kronobergs BU-enkät, som ligger till grund

för denna studie, finns Goodman och kollegors (2001; 2015) skalor för social status representerade i den senaste mätningen från år 2021. Eftersom datamaterialet tillåter analyser av subjektiv social status i relation till psykisk ohälsa väljer jag att inkludera statusvariablerna i studien, för att kunna bidra till att fylla kunskapsluckan som finns gällande detta (Hiltunen, 2017; Lundberg, 2008; Morin, 2006; Charlesworth, Gilfillan & Wilkinson, 2004).

Sammanfattande kommentar

Tidigare forskning visar att ett vanligt förekommande sätt att mäta psykisk ohälsa bland ungdomar är att mäta förekomsten av psykosomatiska besvär. Forskning visar också att detta inte är ett helt optimalt tillvägagångssätt då psykosomatiska besvär kan representera många saker, inte bara psykisk ohälsa (Wickström & Kvist Lindholm, 2020; Fainzang, 2013). Denna studie avser därför frångå detta traditionella tillvägagångssätt, vilket diskuteras ytterligare i metodavsnittet.

Hälsa är en ojämnt fördelad resurs bland ungdomar. Fördelningen kan enligt tidigare forskning bland annat härledas till diskrimineringsgrunderna. Alla sju diskrimineringsgrunder är inte relevanta i den här studien, vilket också diskuteras ytterligare i metodavsnittet. Utöver diskrimineringsgrunderna framstår subjektiv social status som en relevant faktor i relation till ungdomars psykiska hälsa och ohälsa. Med avstamp i resultaten som tidigare forskning visar avser jag undersöka hur dessa olika former av social utsatthet påverkar förekomsten av psykisk ohälsa när psykisk ohälsa får representeras av en annan variabel än psykosomatiska besvär. Jag avser även undersöka vilken effekt de olika formerna av social utsatthet har på psykisk ohälsa och på det viset kunna se vad som har mest och minst effekt, något som tidigare forskning sällan har gjort.

Teoretiska utgångspunkter

I kvantitativa studier formuleras ofta hypoteser eller forskningsfrågor med vägledning av teorin, det vill säga ett deduktivt förhållningssätt (Bryman, 2018, s. 199). Varje begrepp som ingår i det teoretiska ramverket av en kvantitativ studie måste kunna mätas för att de ska kunna anta formen av beroende och oberoende variabler (ibid, s. 202). I föregående avsnitt presenterades forskning om respektive del i vad jag i denna studie kallar ”social utsatthet”. Det är med avstamp i tidigare studier som forskningsfrågorna och den teoretiska modellen tagit form. Den teoretiska modellen presenteras vidare i samband med regressionsanalysen i resultatdelen. I denna teoretiska del avser jag redogöra för vilka begrepp och teorier som används för att analysera resultatet.

Holistisk förståelse av hälsa och ohälsa

Beroende på vilken hälsoteori som appliceras kan förståelsen av vad psykisk ohälsa är också påverkas. För att skapa en översikt av olika hälsoteorier presenteras en tabell hämtad från Vilhelmsson (2014, s 70, se tabell 1). Vilhelmsson beskriver att en snävare förståelse av hälsa,

det vill säga hälsa som avsaknad av sjukdom (som presenteras i tabellens första rad), riskerar att missa de sociala dimensionerna som bevisligen påverkar hälsan (ibid, s. 68 - 69). Hälsa som välbefinnande, som balans och som förmåga, vilka finns i de resterande raderna i tabellen, kallar Vilhelmsson för de mer holistiska teorierna (ibid, s. 67).

Tabell 1. Olika hälsoteoriernas påverkan på förståelsen av psykisk ohälsa samt på folkhälsoarbete Vilhelmsson (2014, s. 70).

Hälsoteori	Psykisk ohälsa	Folkhälsoarbete
<i>Hälsa som avsaknad av sjukdom</i>	Psykisk ohälsa som ett organiskt eller genetiskt fel eller som följd av en naturlig mekanism.	Sjukdomsförebyggande. Insatser inom hälso- och sjukvård på individnivå, tex screening.
<i>Hälsa som välbefinnande</i>	Psykisk ohälsa som ett inre tillstånd av hälsorelaterat psykiskt lidande.	Hälsofrämjande. Öka välbefinnande genom olika insatser tex utbildning, en god fysisk och social miljö.
<i>Hälsa som balans</i>	Psykisk ohälsa som en obalans mellan individens förmåga, mål och omgivning.	Hälsofrämjande. Hälsa kan uppnås med samhälleliga insatser för att öka individens förmåga eller förändra mål eller omgivning.
<i>Hälsa som förmåga</i>	Psykisk ohälsa som en oförmåga att kunna uppnå sina mål.	Hälsofrämjande. Hälsa kan uppnås genom samhälleliga insatser för att skapa förutsättningar för att delge individen förmågan att nå sina mål.

Hälsa som välbefinnande (se tabellens andra rad) är en subjektiv teori som framför allt tar hänsyn till individers egna upplevelser av hälsa (Vilhelmsson, 2014, s. 66). Hälsa som balans (se tabellens tredje rad) tar i sin tur mer hänsyn till yttre omständigheter. Inom denna teoribildning uppstår psykisk ohälsa när en individ inte har balans mellan olika aspekter i livet, exempelvis då det ställs för höga krav i relation till ens förmågor (ibid, s. 67). Hälsa som förmåga (se tabellens fjärde rad) ser till en individs hela handlingsförmåga. Utifrån det perspektivet uppstår psykisk ohälsa när en persons oförmågor hindrar denne från att uppnå sina mål (ibid, s. 67). Hälsa som balans och hälsa som förmåga skiljer sig framför allt inte i förståelsen av psykisk ohälsa utan i folkhälsoarbetet, där den förstnämnda ger utrymme för att förändra omgivning och omständigheter utanför en individ och den sistnämnda framför allt fokuserar på insatser som stärker en individs förmåga att uppnå sina egna mål.

För denna uppsats är det de mer holistiska teoribildningarna av hälsa, alltså raderna 2–4 i tabell 1, som är relevanta. Dels för att de sociala dimensionerna är vad sociologer ofta bidrar med till fältet, dels för att föreliggande studie enbart tar hänsyn till individers egen uppfattning av psykisk ohälsa och avser inte försöka mäta detta objektivt.

Genus

Genus behandlar de sociala aspekterna av kön, alltså hur vi *gör* kön och inte hur vi *har* kön (Connell, 2009; West & Zimmerman, 1987). Kön är performativt vilket innebär att tjejer och killar inte blir placerade i könsroller utan de skapar själva identiteter som baseras på vad som kulturellt kallas feminint och maskulint. Idealtyper av femininet och maskulinitet är just ideal och inte nödvändigtvis modellerat efter hur verkliga människor lever, och dessa ideal adapteras efter den kringliggande kulturen (Paechter, 2006). Feminina ideal är präglade av bland annat foglighet, passivitet, empatisk förmåga, omhändertagande och sexuell attraktivitet (Connell, 1987; Paechter, 2007). Manliga ideal handlar om risktagande, våldskapital, konkurrens om hierarkiska positioner, tuffhet, heterosexualitet samt om att *inte* vara feminin (Connell, 2008; Connell, 2009).

Jag använder mig av genusbegreppet för att analysera hur psykisk ohälsa varierar i relation till könstillhörighet (det vill säga juridiskt/biologiskt kön). Det föreliggande studie kan uttala sig om är skillnaden mellan de två biologiska könen med avseende på psykisk ohälsa. Det genusbegreppet kan göra i analysen är att möjliggöra hur denna variation ska förstås. Genusbegreppet tar hänsyn till de sociala aspekterna av kön. På det viset kan även könsidentitet förstås utifrån genus. I denna studie studeras dock enbart queer könsidentitet utifrån premissen att inte vara heteronormativ i sin könsidentitet. Hur ungdomarna med queer könsidentitet gör kön är därför svårt att avgöra i den här studien, således används inte genusbegreppet i relation till variabeln kopplad till könsidentitet.

Minoritetstress

Minoritetsstress är ett begrepp som myntades av Virginia R. Brooks 1981 i en studie om lesbiska kvinnor. Begreppet syftade till en särskild typ av stress som uppstod hos lesbiska till följd av att utsättas för fördomar och diskriminering. Ian Meyer utvecklade utifrån begreppet analysmodellen *minority stress model*. Modellen tog ursprungligen avstamp i perspektivet av den homo- och bisexuella populationen. Enligt Meyer är det i huvudsak fyra aspekter som uppgör analysmodellen; 1) Erfarenheter av diskriminering, 2) Förväntningar om att bli diskriminerad och förkastad, 3) Försök till att dölja den sexuella läggningen samt 4) Internaliserad homofobi (Mongelli m.fl., 2019, s. 27–28).

Meyers minority stress model har kommit att adapteras till andra minoritetsgrupper än homo- och bisexuella, exempelvis till transpersoner (Mongelli m.fl., 2019). Botha & Frost (2020) använde modellen för att försöka förstå förekomsten av psykisk ohälsa bland personer med

autismspektrumtillstånd (AST). Botha & Frost skriver att *minority stress theory* bygger på idén om att strukturella sociala nackdelar (det vill säga tillhörandet av en minoritetsgrupp) kan leda till variation i hälsa. Vidare innebär tillhörandet av en minoritetsgrupp ökad risk att bli stigmatiserad och att ha en stressfylld livssituation, samtidigt som mängden resurser att kunna hantera denna extra börda också i regel är mindre för minoritetsgrupper (Botha & Frost, 2020, s. 22). Genom en enkätstudie ställde Botha & Frost (2020) frågor om stressiga händelser, diskriminerande händelser, diskriminering i vardagen, förväntningar av att bli förkastad eller diskriminerad, känslor av att vara utanför, försök till att dölja AST från omvärlden, internaliserad stigmatisering, välmående samt psykosomatiska besvär (2020, s. 24–25).

Föreliggande studie avser använda minoritetsstress för att analysera variationer i psykisk ohälsa i relation till de oberoende variablerna könsidentitet och neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Social status och sociala fält

Som tidigare forskning visat har samband mellan ungdomars objektiva socioekonomisk status baserat på föräldrars bakgrundsvariabler och psykisk ohälsa varit mycket svaga. Sambanden blir emellertid tydligare när ungdomars subjektiva sociala status beaktas. Detta kan bero på att vad som har högt värde i vuxenvärlden (vilket utgör deras objektiva socioekonomiska status) inte har samma värde i ungdomsvärlden. För att förstå subjektiv social status i relation till psykisk ohälsa hos ungdomar avser jag använda teorier om social status och sociala fält.

Social status kan med breda penseldrag beskrivas som ett sätt att placera individer i ett stratifierat och hierarkiskt samhälle (Collins, 2000, s. 24). Utifrån ett interaktionistiskt perspektiv bör social status förstås som relationer mellan individer i kontextuella sammanhang (Sauder, 2005). Hiltunen (2017) beskriver att det är diskrepansen mellan ungdomars önskade och ungdomars tillskrivna sociala identiteter som genererar subjektiv ohälsa i form av psykosomatiska besvär och stress, oavsett var i den sociala hierarkin ungdomar placeras. Placeringar i den sociala hierarkin sker genom sociala jämförelser (2017, s. 176). Föreliggande studie ämnar dock inte förkovra sig i den process som den interaktionistiska förståelsen av social status innebär. Snarare avser jag att mäta effekten som subjektiv social status har på psykisk ohälsa och hur denna effekt skiljer sig mellan variabeln som avser ungdomars status i skolan och variabeln som avser familjens status i samhället.

Ungdomar lever delvis i andra sociala fält än vuxna. Ett socialt fält är enligt Bourdieu, som myntade begreppet under 1970-talet, inte nödvändigtvis bundet till en fysisk plats utan handlar snarare om ett nätverk där det finns gemensamma föreställningar, regler och övertygelser (Broady, 1998, s. 3, 19 – 21). Föreliggande studie undersöker hur subjektiv social status relaterar till psykisk ohälsa bland gymnasieungdomar dels utifrån familjens status i samhället, dels utifrån ungdomars egen status i skolan. Skolan kan betraktas som ett eget socialt fält med

andra värderingar om vad som är statusfyllt i jämförelse med det omkringliggande samhället där familjen befinner sig, vilket kan ge förståelse av de olika statusvariablernas effekt på psykisk ohälsa.

Sammanfattande kommentar

Studiens problemformulering behandlar sambandet och effekten som social utsatthet har på gymnasieungdomars subjektiva psykiska ohälsa. Genus, minoritetsstress, sociala fält, social status samt olika hälsoteorier ringar in hur problemet kan förstås samt hur studiens resultat kan analyseras och förklaras.

Metod

Kvantitativ metod

Tidigare forskning visar att psykisk ohälsa bland ungdomar kan undersökas både kvalitativt och kvantitativt och att båda tillvägagångssätten har sina respektive för- och nackdelar. Eftersom denna studie ämnar undersöka vilken effekt olika typer av social utsatthet har på förekomsten av psykisk ohälsa lämpar sig kvantitativa metoder väl, specifikt sambandsanalyser och linjär multipel regressionsanalys, vilka presenteras närmare under rubriken analysmetoder.

Urval och datamaterial

Datamaterialet är sekundärdata insamlat av Region Kronoberg under hösten 2021 genom den återkommande BU-enkäten (Hiltunen & Johansson, 2022). Jag fick tillgång till datamaterialet eftersom jag genom min praktik på Region Kronoberg FoU fått kontakt med regionens folkhälsoutvecklingsavdelning. Under min praktik skrev jag en kunskapsöversikt om psykisk ohälsa hos barn och unga vilket gav inspiration till denna uppsats.

Samtliga skolklasser i årskurserna 5, 8 och årskurs 2 på gymnasiet i Kronobergs län erbjöds att delta i BU-enkätundersökningen. Eftersom studien genomförs i Kronobergs län är det just ungdomar i Kronoberg som undersöks. BU-enkäten kan betraktas som nästintill en totalundersökning bland de studerade årskurserna i Kronobergs län, eftersom alla elever i dessa årskurser har erbjudits att delta. När det gäller barn och ungdomars psykiska ohälsa visar tidigare forskning att den blir mer utbredd ju äldre barnen blir. På grund av det väljer jag att fokusera på gymnasieungdomar i den här studien.

BU-enkäten skickas ut vart tredje år och år 2021 genomfördes enkäten för sjunde gången. Syftet med enkäten är att kunna mäta barns och ungdomars hälsa och levnadsvanor över tid (Hiltunen & Johansson, 2022). Svarsfrekvenser 2021 för årskurs 2 på gymnasiet var 66,3 procent. Bortfallen består i huvudsak antingen av att skolan eller klassen som helhet inte deltagit i studien eller av att enskilda ungdomar varit frånvarande när undersökningen genomfördes. Det finns även enstaka bortfall på vissa frågor, men dessa är så små att det inte

har krävts någon vidare bortfallsanalys. Bland gymnasieskolorna var det två skolor som avstod från att delta helt och hållet och 19 skolklasser som uteblev bland de skolor som ändå deltog. Totalt rör sig det sig om ca 130 gymnasieklasser, och totalt 1589 gymnasieungdomar, som i slutändan deltog i undersökningen (Hiltunen & Johansson, 2022). Eftersom studien genomförts många gånger är frågorna och svarsalternativen väl utformade och bearbetade. Dessutom genomförs studien riktad mot gymnasieungdomarna digitalt vilket gör att inmatningsfel i huvudsak uppstår vid fritextsvar, vilka är fåtaliga. Reliabiliteten bedöms därför vara mycket god (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2014, s. 104).

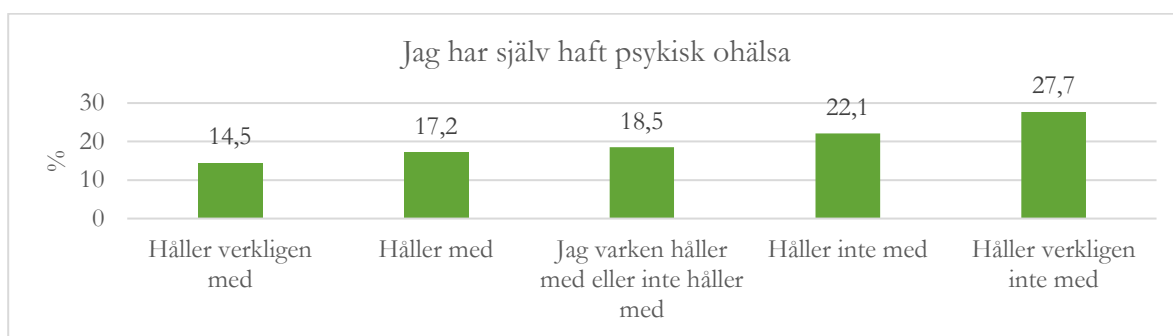
Variabler

Beroende variabel

För att på ett bättre sätt försöka fånga ungdomars erfarenhet av psykisk ohälsa introducerades en ny variabel när undersökningen genomfördes hösten 2021.

Respondenterna har fått ta ställning till påståendet *Jag har själv haft psykisk ohälsa under de senaste 6 månaderna*. Svarsalternativen var på en fem-gradig skala där värdet 1 var *Håller verkligen med* och värdet 5 var *Håller verkligen inte med*. Den upplevda psykiska ohälsan är denna studies beroende variabel eftersom syftet är att undersöka vilken effekt social utsatthet har på psykisk ohälsa. Diagram 1 nedan illustrerar hur respondenterna svarat på frågan gällande psykisk ohälsa.

Diagram 1. Fördelning av studiens medverkandes ställningstagande gällande huruvida de själva har erfarenhet av psykisk ohälsa.



I diagram 1 framgår att de flesta anger att de inte eller verkligen inte håller med om påståendet att de själva har haft psykisk ohälsa de senaste sex månaderna. Det går också att observera att 17,2 procent respektive 14,5 procent håller med eller verkligen håller med om påståendet.

Variabeln kodades även om till en dikotom variabel, för att underlätta tolkningen av korstabellsanalyserna. *Håller verkligen med* och *Håller med* kodades om till *Ja* och övriga tre svarsalternativ kodades om till *Nej*. Alternativet *Jag varken håller med eller inte håller med* lades i *Nej*-kategorin för att kunna lyfta fram och analysera de som definitivt hade erfarenhet av psykisk ohälsa. I denna nya dikotoma variabel anger 32 procent av respondenterna att de har egna erfarenheter av psykisk ohälsa och 68 procent angav att de inte hade det.

Oberoende variabler

Denna uppsats ämnar undersöka relationen mellan psykisk ohälsa, alltså den beroende variabeln, och social utsatthet, studiens oberoende variabler. Som tidigare beskrivits har bland annat diskrimineringsgrunderna pekats ut som markörer för hälsans ojämna fördelning i befolkningen. Diskrimineringsgrunderna kön, könsöverskridande identitet, funktionsnedsättning samt etnisk tillhörighet går att lyfta fram från datamaterialet. Diskrimineringsgrunderna religion eller annan trosuppfattning och sexuell läggning uppmärksammas inte eftersom inga bakgrundsfrågor om detta har ställts i enkäten. Ålder är i detta sammanhang inte en relevant grund att utgå från eftersom jag enbart studerar en årskurs. Vad gäller indikatorer för subjektiv social status i skolan och i samhället finns dessa i enkätaterialet och ingår således som oberoende variabler. Nedan presenteras studiens oberoende variabler deskriptivt.

Kön

Respondenterna ombads redogöra för vilket biologiskt kön de hade med svarsalternativen *kille* eller *tjej*. 50,7 procent av ungdomarna anger att de är killar och 49,3 procent anger att de är tjejer. Således är könsfördelningen jämn.

Könsöverskridande identitet

Utöver sitt biologiska kön ombads respondenterna ange vilket kön de identifierade sig som med svarsalternativen *kille*, *tjej*, *annat* samt *vet inte/osäker*. Detta innebär att det utifrån materialet går att analysera hur många av ungdomarna som kan sägas vara icke-binära eller queer (det vill säga de som angett *annat* eller *vet inte/osäker* när de ombads redogöra för vilket kön de identifierade sig med) samt hur många som är transpersoner (de som angett att de biologiskt är *tjej* men identifierar sig som *kille* och vice versa). Utifrån datamaterialet kan således utöver kön även könsöverskridande identitet undersökas.

Variabeln kodades om dels genom att slå ihop kategorierna *annat* och *vet inte/osäker* till kategorin *queer*, dels genom att lyfta fram de 15 transpersonerna som en egen kategori. Variabeln *könsidentitet* består därmed av kategorierna *kille*, *tjej*, *queer* samt *trans*. Tabell 2 visar fördelningen gällande könsidentitet.

Tabell 2. Fördelningen av studiens medverkande baserat på könsidentitet.

Könsidentitet	Procent	Antal
<i>Kille</i>	48,5	763
<i>Tjej</i>	48,2	757
<i>Queer</i>	2,4	37
<i>Trans</i>	1,0	15
<i>Totalt</i>	100	1572

Tabell 2 redogör för en jämn fördelning mellan killar (48,5 procent) och tjejer (48,2 procent) bland respondenterna. Av tabellen framgår att enbart 15 personer (1 procent) kan identifieras som transpersoner och 37 personer (2,4 procent) som queer.⁷

Funktionsnedsättning

Respondenterna fick svara på frågan *Har du någon långvarig sjukdom/hälsoproblem eller diagnos?* Därefter ombads de att i så fall ange vilken sjukdom/hälsoproblematik/diagnos i fritextsvar. Dessa fritextsvar kodades om till 12 nya variabler; *Inlärningssvårigheter, ADHD/ADD, Autism/Aspergers, NPF-diagnos, Misstänkt NPF-diagnos, Hudproblem, Psykiska besvär, Astma/Allergier, Fysisk sjukdom/Somatiska besvär, Psykisk sjukdom, Misstänkt psykisk sjukdom* samt *Övrigt*.

De vanligaste hälsoproblemen var ADHD och ADD, vilka är neuropsykiatriska funktionsnedsättningar förkortat NPF-diagnoser. Andra förekommande NPF-diagnoser var autism, aspergers, dyslexi och dyskalkyli. Det fanns en knapp handfull respondenter som angav att de hade en fysisk funktionsnedsättning. Att ha en fysisk funktionsnedsättning kan såklart innebära ett särskilt lidande som kan göra gruppen sårbar för att drabbas av psykisk ohälsa men i detta datamaterial var dessa individer för få för att kunna utgöra en egen grupp i analysen. Att placera dessa individer i samma grupp som de med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning bedömdes vara fel väg att gå eftersom grupperna troligen möter olika typer av utmaningar och bör således inte analyseras som en kategori. Efter omkodningen anger 6,3 procent att de har NPF, vilket motsvara 100 personer.

Etnisk tillhörighet

Respondenterna ombads svara på var de själva samt var deras respektive föräldrar var födda någonstans. Svartalternativen var; *Sverige, Övriga Norden, Övriga Europa, Utanför Europa* samt *Vet inte*. Det skulle även gå att undersöka utifrån föräldrarnas födelseplats, men eftersom tidigare forskning visar att ungdomar som är andra generationens invandrare generellt rapporterar samma eller mindre mängd psykosomatiska besvär som svenskfödda ungdomar valdes det bort. Tabell 3 visar hur fördelningen gällande födelseregion såg ut för respondenterna själva.

⁷ I en rapport från MUCF var ungefär 2,33 procent av alla svaranden i en av rapportens enkäter icke-binära samt binära transpersoner (MUCF, 2022, s. 24). I BU-enkäten är 3,31 procent av ungdomarna queer eller trans, alltså en något större andel. Skillnaden kan exempelvis bero på hur frågan gällande könsidentitet är ställd eller på missvisande svar det vill säga att respondenter har svarat på ett sätt som inte speglar verkligheten (ibid, s. 22).

Tabell 3. Fördelning av studiens medverkande baserat på födelseregion.

Var är du född?	Procent	Antal
<i>Sverige</i>	82,0	1271
<i>Övriga Norden</i>	0,7	11
<i>Övriga Europa</i>	4,1	63
<i>Utanför Europa</i>	12,8	198
<i>Vet inte</i>	0,5	7
<i>Totalt</i>	100	1550

Tabell 3 visar att 82 procent av respondenterna är födda i Sverige. Den näst största gruppen är de födda utanför Europa vilka uppgår till 12,8 procent, följt av personer födda utanför Norden men inom Europa vilka uppgår till 4,1 procent. I tabellen framgår även 0,5 procent, eller 7 personer, inte vet var de är födda någonstans.

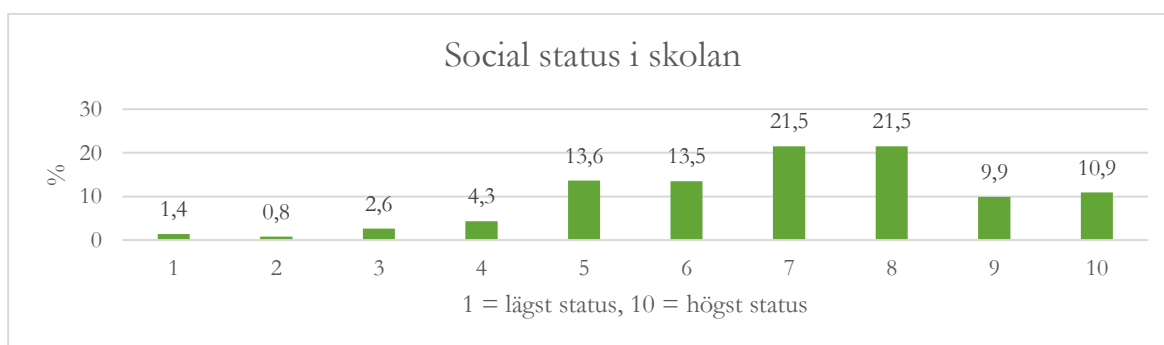
Subjektiv social status

I enkäten ombads respondenterna ta ställning till sin egen sociala status i skolan samt sin familjs sociala status i samhället i två separata frågor.⁸ Respondenterna ombads placera sig själva och sin familj i två olika trappstegar likt den som syns i figur 1 till höger. Diagrammen 2–3 visar fördelningen av respondenternas placeringar på stegen, där 10 är högsta möjliga status och 1 är lägsta möjliga status.

Figur 1. Illustration av statusstegen från BU-enkäten.



Diagram 2. Fördelningen av studiens medverkande baserat på subjektiv social status i skolan.

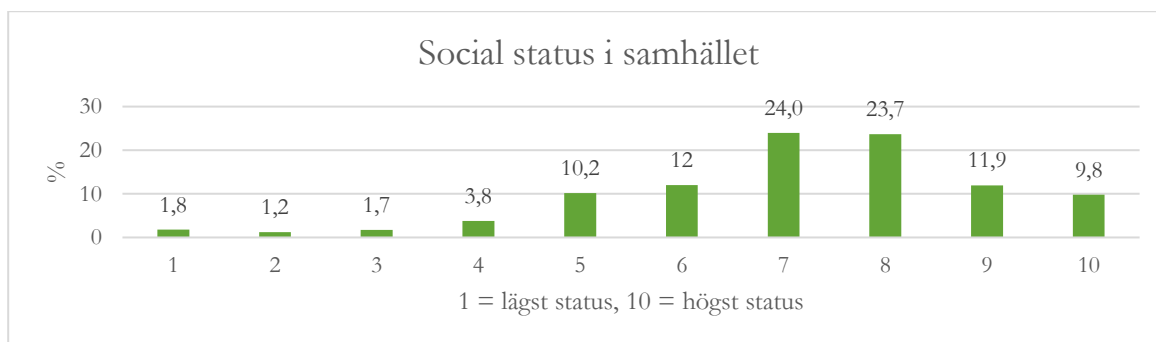


Kommentar: Totalt antal är 1564. Medelvärde är 6,98 och medianen är 7.

⁸ Se dessa och alla andra frågor i sin helhet i bilaga längst bak i dokumentet. Enkätformuläret går att hitta i sin helhet på Region Kronobergs hemsida (u.å.) och finns länkad i referenslistan.

Diagram 2 visar att de flesta respondenter placerade sig själva på det sjunde och det åttonde trappsteget gällande sin egen sociala status i skolan, medelvärde är i princip 7 liksom medianen. Enligt min tolkning av statusstegen innebär det att de flesta upplever att de har ganska hög social status i skolan.⁹ Stapeldiagrammet visar även att betydligt fler anser sig ha hög status än låg status.

Diagram 3. Fördelningen av studiens medverkande baserat på familjens subjektiva status i samhället.



Kommentar: Totalt antal är 1589. Medelvärde är 7,09 och medianen är 7.

Diagram 3 ovan visar ett stapeldiagram gällande respondenternas bedömning av sin familjs sociala status i samhället. I likhet med den sociala statusen i skolan har flest respondenter placerat sig på det sjunde och åttonde trappsteget, även här är medelvärde och medianen 7. I diagrammet framgår att det även gällande familjens sociala status är mer förekommande att bedöma den som hög snarare än låg.

Analysmetoder

Bivariata analyser

Första steget i den statistiska analysen är att undersöka om det finns några samband mellan social utsatthet och psykisk ohälsa i datamaterialet. För att synliggöra samvariation mellan variablerna genomfördes först en korstabellanalys för respektive oberoende variabel (social utsatthet) och den beroende variabeln (subjektiv psykisk ohälsa). Sambanden signifikantstestades även med hjälp av *Chi2-test*, vilket beräknar hur stor sannolikhet det är att slumpen skulle ha orsakat ett samband i urvalsgruppen (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2014, s. 213–214). BU-enkäten är nära inpå en totalundersökning vad gäller gymnasieungdomar i årskurs 2 i Kronobergs län och behöver egentligen inte signifikantstestas. Jag väljer dock ändå att redovisa sambandens signifikans dels för att kunna se huruvida respektive oberoende variabel har något signifikant samband med psykisk ohälsa innan dessa

⁹ Jag definierar steg 1–2 som låg status, steg 3–8 som medel status och steg 9–10 som hög status vilket jag resonerar mer om i resultatdelen.

används i den multipla regressionsanalysen, dels för att det helt enkelt inte skadar att inkludera signifikanstesten.

Multipel regressionsanalys

För att kunna se vilken effekt respektive oberoende variabel har på upplevd psykisk ohälsa används multipel regressionsanalys (MRA). MRA är ett väl kalibrerat statistiskt instrument som förklarar den samlade observerade variationen i den beroende variabeln (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen, 2014, s. 305). Dess stora styrka är att kunna ta hänsyn till flera oberoende variabler samtidigt, så länge som den beroende variabeln är kvantitativ och icke-binär. De ingående oberoende variablerna måste även vara av kvantitativ alternativt binär karaktär (ibid, s. 311). För att kunna inkludera kvalitativa variabler i MRA måste dessa alltså kodas om till binära variabler, så kallade *dummies* (ibid, s. 320). I studien kodades samtliga variabler om till dummies, förutom de avseende subjektiv social status då dessa redan var av kvantitativ karaktär.

Etiska överväganden

BU-enkäten har skickats på prövning hos etikprövningsnämnden på begäran av Region Kronoberg, men eftersom det inte finns några personuppgifter kopplade till undersökningen behövde den aldrig prövas. Inför undersökningen 2021 fick lärare och elever även ge feedback på enkätfrågorna, med särskilt fokus på nytillkomna frågor. Respondenterna i årskurs 2 på gymnasiet fick själva svara på enkäten digitalt och eftersom de var över 15 år gamla kunde de enligt samtyckeskravet delta utan målsmäns godkännande. De fick i enlighet med informationskravet veta att syftet med undersökningen var att få kunskap om ungas hälsa och levnadsvanor, samt att enkätformuläret fanns tillgängligt på Region Kronobergs hemsida. De blev också informerade om att deras medverkan var frivillig och helt anonym. I och med att frågorna är helt anonyma finns det ingen risk att några enskilda individer kan kännas igen, vilket uppfyller konfidentialitetskravet. Även om datamaterialet inte innehåller några personuppgifter har ändå försiktighetsåtgärder tagits, bland annat genom att jag fick tillgång till datamaterialet via usb-sticka i stället för via mail. Avseende nyttjandekravet används datamaterialet av mig enbart för denna studie.

Enkätstudier som fokuserar på ungdomars hälsa och levnadsvanor är relativt vanliga. Undersökningarnas resultat används ofta som underlag för politiska beslut om olika insatser. Det skulle i teorin gå att göra en mängd olika typer av analyser utifrån den här typen av enkätundersökning men det finns begränsningar gällande resurser och tid. Vanligen hamnar alltså fokus i efterarbetet på de stora grupperna och de uppenbara mönstren. Denna uppsats fokuserar på de grupper som lätt försvinner i statistiken på grund av sin ringa storlek. Etiskt är det viktigt att inte förbise de små sociala grupperna. Att föreliggande studie undersöker flera olika socialt utsatta grupper är en styrka.



Resultat och analys

I detta avsnitt presenteras de statistiska resultaten. Det är framför allt i samband med regressionen som jag kommer att analysera utifrån studiens utvalda teorier och begrepp. Korstabellanalyserna kommer i huvudsak att redovisas och tolkas.

Samband mellan social utsatthet och psykisk ohälsa

Nedan presenteras och tolkas korstabellanalyserna där jag undersöker samvariationen mellan psykisk ohälsa i relation till de oberoende variablerna kön, könsidentitet, NPF, etnisk tillhörighet samt subjektiv social status i skolan och subjektiv social status i samhället. Eftersom det teoretiska resonemanget förs i samband med regressionsanalysen kommenteras korstabellerna mycket kort.

Kön

Tabell 4 nedan redovisar sambandet mellan biologiskt kön och egna erfarenheter av psykisk ohälsa.

Tabell 4. Korstabellanalys av tjejer och killar som har respektive inte har erfarenhet av psykisk ohälsa. Kolumn 2–3 visar kolumnprocent.

Har erfarenhet av psykisk ohälsa	Tjej	Kille	Antal
<i>Ja</i>	44	20	490
<i>Nej</i>	56	80	1054
<i>Total</i>	100	100	1544

Kommentar: Sambandet mellan psykisk ohälsa och biologiskt kön har ett totalt chitvå-värde på 104,031, $p < 0,001$, och därmed statistiskt signifikant.

Tabell 4 visar att 44 procent av tjejerna anger att de har psykisk ohälsa medan enbart 20 procent av killarna anger detsamma. Att uppleva psykisk ohälsa är därmed mer än dubbelt så vanligt förekommande bland tjejer jämfört med killar. Något att ha i åtanke är att alla respondenter som anger sitt biologiska kön i enkäten i denna analys ingår i kategorierna tjej respektive kille. Det innebär exempelvis att transpersonerna, det vill säga individer som anger att de är tjejer i biologisk mening men som identifierar sig som killar och vice versa, enbart tolkas utifrån det biologiska kön de anger.

Könsidentitet

Tabell 5 nedan visar sambandet mellan könsidentitet och psykisk ohälsa, i avseende att respondenten är eller inte är queer. I queer-kategorin ingår de som anger svarsalternativet *annat*

eller *vet ej/osäker* på frågan om vilket kön de identifierade sig, samt de som identifierats som transpersoner.

Tabell 5. Korstabellsanalys av ungdomar som är queer respektive icke-queer som har respektive inte har erfarenhet av psykisk ohälsa. Kolumn 2–3 visar kolumnprocent.

Har erfarenhet av psykisk ohälsa	Är queer	Är inte queer	Antal
<i>Ja</i>	54	31	489
<i>Nej</i>	46	69	1052
<i>Total</i>	100	100	1541

Kommentar: Sambandet mellan psykisk ohälsa och queer könsidentitet har ett totalt chitvå-värde på 11,510, $p < 0,001$, och därmed statistiskt signifikant.

Tabell 5 visar att 54 procent av de med queer könsidentitet anger att de själva har haft psykisk ohälsa och 31 procent av de som inte är queer anger detsamma. Andelen queer-personer som svarar att de har upplevt psykisk ohälsa är nästan dubbelt så stor som andelen med heteronormativ könsidentitet.

NPF

Tabell 6 redovisar sambandet mellan att ha NPF-diagnos och erfarenheter av psykisk ohälsa.

Tabell 6. Korstabellsanalys av ungdomar med och utan NPF som har respektive inte har erfarenhet av psykisk ohälsa. Kolumn 2–3 visar kolumnprocent.

Har erfarenhet av psykisk ohälsa	Har NPF	Har inte NPF	Antal
<i>Ja</i>	59	30	490
<i>Nej</i>	41	70	1054
<i>Total</i>	100	100	1544

Kommentar: Sambandet mellan psykisk ohälsa och NPF har ett totalt chitvå-värde på 35,202, $p < 0,001$, och därmed statistiskt signifikant.

Resultatet i tabell 6 ovan redovisar att det är dubbelt så vanligt bland de med NPF (59 procent) att ha upplevt psykisk ohälsa i jämförelse med de utan NPF (30 procent). En slutsats som kan dras är således att innehavandet av NPF-diagnos ökar risken för att drabbas av psykisk ohälsa.

Födelseregion

Tabell 7 nedan visar sambandet mellan födelseregion och psykisk ohälsa. För att få en överskådlighet kodades den oberoende variabeln om till en dikotom variabel med svarsalternativen *Född utanför Sverige* och *Född i Sverige*. Givetvis skulle detta resultat kunna se

annorlunda om analysen i stället utgick ifrån födelseland snarare än födelseregion. BU-enkäten samlar dock inte in data om specifikt födelseland.

Tabell 7. Korstabellanalys av ungdomar födda i och utanför Sverige som har respektive inte har erfarenhet av psykisk ohälsa. Kolumn 2–3 visar kolumnprocent.

Har erfarenhet av psykisk ohälsa	Född utanför Sverige	Född i Sverige	Antal
<i>Ja</i>	36	31	485
<i>Nej</i>	64	69	1037
<i>Total</i>	100	100	1522

Kommentar: Sambandet mellan psykisk ohälsa och födelseregion har ett totalt chitvå-värde på 2,496, $p < 0,114$, och därmed inte statistiskt signifikant.

Resultatet i tabell 7 ovan visar att skillnaden mellan hur de olika respondenterna svarar inte är påfallande stora. 36 procent av de födda utanför Sverige uppger att de har haft erfarenhet av psykisk ohälsa och motsvarande siffra för de födda i Sverige är 31 procent. Detta samband är dock inte är signifikant, då p -värdet är $< 0,114$. På grund av detta utesluts variabeln ur den teoretiska modellen och analyseras inte ytterligare. En slutsats som kan dras utifrån korstabellanalysen är att det i den undersökta populationen inte går att identifiera faktorn att vara född utanför Sverige som en särskilt viktig social faktor i relation till psykisk ohälsa och resultatet är inte signifikant, utan slumpmässigt.

Social status

Nedan presenteras sambanden mellan psykisk ohälsa och respondenternas egna subjektiva sociala status i skolan respektive familjens uppfattade sociala status i samhället.

För den bivariata analysen valde jag att koda om dessa variabler till att innefatta tre kategorier; låg status, medel status och hög status. Vilka steg som bör tillhöra vilken kategori är inte helt självklart. Min initiala tanke var att låta stegen 1–3 representera låg status, stegen 4–7 representera medel status och stegen 8–10 representera hög status. När jag själv tittar på trappstegen (se figur 1) upplever jag dock att det tredje steget och det åttonde steget inte nödvändigtvis upplevs som *lågt* eller *högt*, utan snarare *medellågt* och *medelhögt*. Eftersom jag vill undersöka hur självupplevd social status kan tänkas påverka psykisk ohälsa valde jag slutligen att snäva av de yttersta kategorierna; låg status är stegen 1–2, medel status är stegen 3–8 och hög status är stegen 9–10. För regressionsanalysen används dock ursprungsvariabeln med samtliga tio skalsteg. Tabell 8 visar sambandet gällande subjektiv social status i skolan och psykisk ohälsa.

Tabell 8. Korstabellanalys av ungdomars subjektiva sociala status i skolan och erfarenhet av psykisk ohälsa. Kolumn 2–4 visar kolumnprocent.

Har erfarenhet av psykisk ohälsa	Låg status - skolan	Medel status - skolan	Hög status - skolan	Antal
<i>Ja</i>	53	35	18	487
<i>Nej</i>	47	65	82	1048
<i>Total</i>	100	100	100	1535

Kommentar: Sambandet mellan psykisk ohälsa och social status i skolan har ett totalt chitvå-värde på 41,578, $p < 0,001$, och därmed statistiskt signifikant.

Tabell 8 ovan visar att psykisk ohälsa är mest förekommande bland de som upplever att de har låg status i skolan, 53 procent av dessa svarar att de själva har erfarenhet av psykisk ohälsa. 35 procent av de med medel status anger att de har haft psykisk ohälsa och enbart 18 procent av de med hög status anger detsamma. I tabell 9 nedan presenteras sambandet mellan psykisk ohälsa och familjens subjektiva sociala status i samhället.

Tabell 9. Korstabellanalys av ungdomars subjektiva sociala status i samhället och erfarenhet av psykisk ohälsa. Kolumn 2–4 visar kolumnprocent.

Har erfarenhet av psykisk ohälsa	Låg status - samhället	Medel status - samhället	Hög status - samhället	Antal
<i>Ja</i>	51	33	23	484
<i>Nej</i>	49	67	77	1048
<i>Total</i>	100	100	100	1532

Kommentar: Sambandet mellan psykisk ohälsa och social status i samhället har ett totalt chitvå-värde på 20,387, $p < 0,001$, och därmed statistiskt signifikant.

Tabell 9 ovan redovisar att 51 procent av de som upplever att familjens status i samhället är låg anger att de har erfarenhet av psykisk ohälsa. 33 procent av de med medel status anger att de haft erfarenhet av detta och 23 procent av de med hög status anger detsamma. En slutsats som kan dras utifrån det här är att det finns signifikanta samband mellan subjektiv social status och erfarenheter av psykisk ohälsa både avseende ungdomars egen upplevda statusposition i skolan samt ungdomars uppfattning av familjens status i samhället.

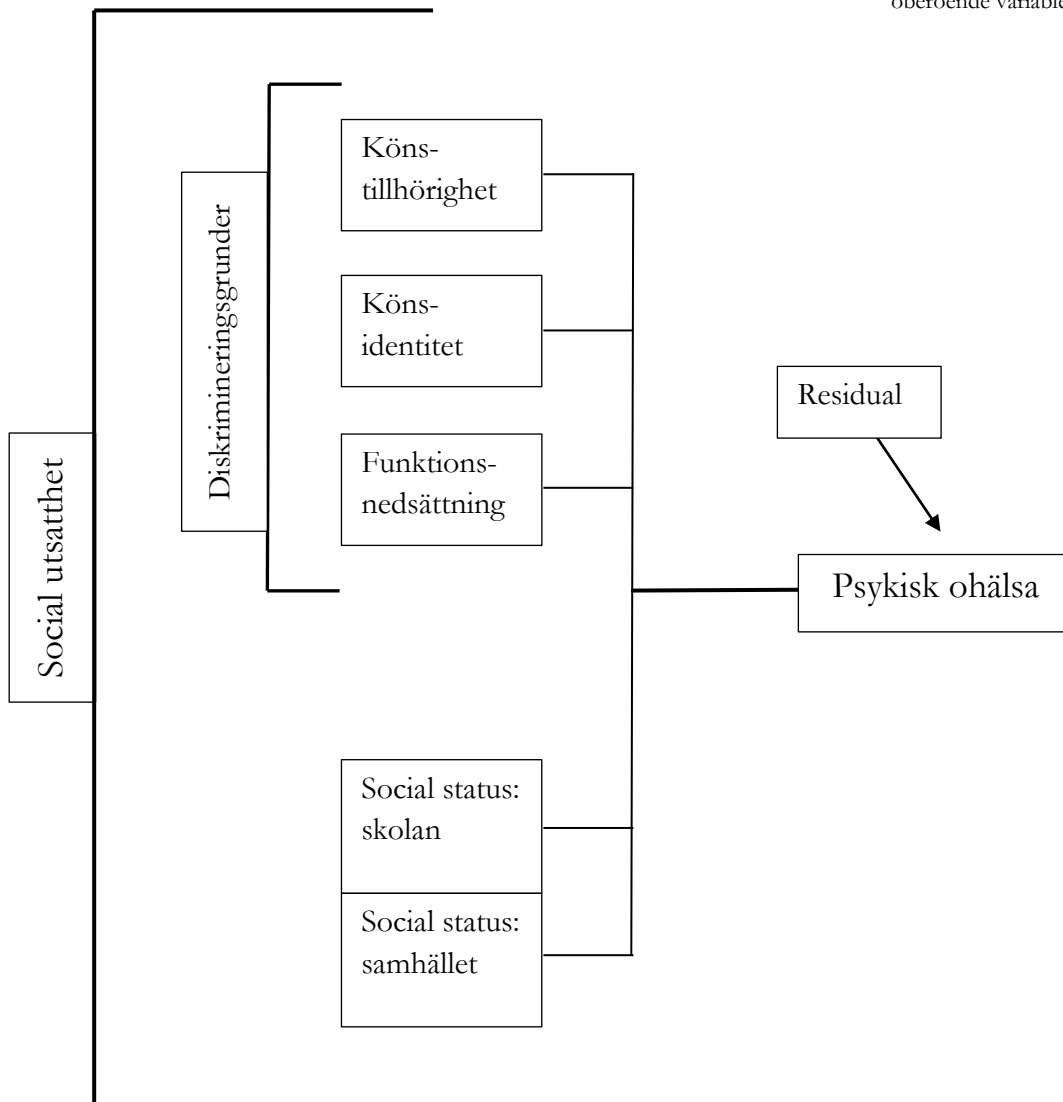
Den sociala utsatthetens effekter på psykisk ohälsa

Modellen som prövas i den multipla linjära regressionsanalysen presenteras i figur 2. Könstillhörighet, könsidentitet, funktionsnedsättning samt social status i skolan och i samhället uppgör ett gemensamt block som kallas social utsatthet. Syftet med regressionen är att studera hur de oberoende variablerna påverkar upplevelser av psykisk ohälsa samt hur stark effekt dessa variabler har var för sig, med kontroll för övriga variabler. Vidare förklarar även regressionsanalysen hur stor del av variationen i psykisk ohälsa som kan härledas till de

oberoende variablerna. Det är högst orimligt att all variation i den beroende variabeln skulle kunna förklaras av de oberoende variablerna, vilket residualen i figur 2 symboliserar.

Regressionsanalysens resultat avläses i tabell 10 nedan. Den beroende variabeln har kodats om så att värdet 1 innebär att individen helt tar avstånd från påståendet att de har erfarenhet av psykisk ohälsa och värdet 5 innebär att de helt håller med om påståendet.

Figur 2. Teoretisk modell av operationaliserade beroende och oberoende variabler.



Tabell 10. Resultat av regresionsanalysen.

<u>Multipl linjär regressionsanalys: Social utsatthet – Psykisk ohälsa</u>		
<i>Oberoende variabler</i>	<i>β - koefficient</i>	<i>SE</i>
Könstillhörighet (kille = 0, tjej = 1)	0,814*	(0,067)
Könsidentitet (icke-queer = 0, queer = 1)	0,606**	(0,192)
NPF (har inte NPF = 0, har NPF = 1)	0,676*	(0,138)
Status i skolan (10 skalsteg, 10 = lägst)	0,099*	(0,019)
Status i samhället (10 skalsteg, 10 = lägst)	0,073*	(0,019)
R ²	0,158	

Kommentar: * = $p < 0,001$, ** = $p < 0,002$. Tabellens siffror är ostandardiserade β -koefficienter. Siffrorna inom parenteserna uttrycker koefficienternas standardfel. Hela regressionsanalysen är statistiskt signifikant (variansanalysen, ANOVA, $p < 0,001$). I tabellen redovisas R²-värdet och inte det justerade R²-värdet eftersom det finns fler än 200 fall (Djurfledt, Larsson & Stjärnhagen, 2014, s. 318). Eftersom jag inte använder ett statistiskt representativt urval är egentligen signifikansprövning och analys av variabelernas fördelning inte helt nödvändig, då det inte är helt klart vilken population som generaliseringarna avser. Jag väljer dock ändå att rapportera signifikansvärdena dels för att signifikanstesten kan visa hur träffsäkra koefficienterna är, dels för att kunna se hur spridningen är fördelad runt regressionslinjen.

Den statistiska analysen visar signifikanta resultat i samtliga variabler, vilket innebär att dessa har en effekt på erfarenheter av psykisk ohälsa. Det vill säga att ökningar i de oberoende variablerna innebär ökning i den beroende variabeln, vilket β -koefficienterna visar. R²-värdet i tabellen visar 0,158. Detta innebär att de oberoende variablerna i modellen, det vill säga social utsatthet, kan förklara nästa 16 procent av variationen i subjektiv psykisk ohälsa.

Kön

Enbart baserat på att någon är tjej och inte kille i biologisk mening innebär en ökning av upplevd psykisk ohälsa med nära inpå ett helt steg på den fem-gradiga skalan i den beroende variabeln ($\beta = 0,814$, $p < 0,001$). Resultatet stämmer väl överens med det som tidigare forskning visar, nämligen att tjejer i större utsträckning än killar drabbas av psykisk ohälsa. Något som är värt att ha i åtanke är Johansson, Brunnberg & Erikssons (2007) studie som visar att killar tenderar att försköna sitt mående i enkätstudier till följd av maskulinitetsideal. Att detta skulle vara ensam orsak till snedfördelningen gällande psykisk ohälsa mellan könen bedömer jag dock inte vara särskilt troligt.

Kön är enligt genusteorier något som vi gör, något som är performativt, snarare än något som vi har (Connell, 2009; West & Zimmerman, 1987). Strävan efter de kvinnliga idealen präglas i mångt och mycket av passivitet och foglighet i relation till omvärlden (Connell, 1987; Paechter, 2007). Den feminina idealtypen är en kvinna som ger mer än hon tar. Enligt Vilhelmsson (2014) kan psykisk ohälsa uppstå då det saknas balans mellan individens omgivning och dennes förmåga. Som tidigare forskning visar så lever tjejer i större utsträckning än killar under prestationskrav gällande flera dimensioner av livet, bland annat i relation till skolarbete och kamratskap (Hiltunen, 2017). Det kan argumenteras att det är svårt att finna balans mellan att vara foglig, empatisk, omhändertagande, sexuellt attraktiv, en bra vän och en högrepresterande elev (Connell, 1987; Paechter, 2007; Hiltunen, 2017). Att inte kunna navigera bland dessa olika förväntningar och inte kunna skapa balans kan vara en förklaring till varför tjejer i biologisk mening riskerar att drabbas av psykisk ohälsa mer än killar (Vilhelmsson, 2014).

Könsidentitet

Gällande könsidentitet svarar queer-personer i snitt 0,6 steg högre på den femgradiga skalan gällande psykisk ohälsa i jämförelse med personer som inte är queer ($\beta = 0,606$, $p < 0,002$), vilket bekräftar det som tidigare forskning visat gällande queer-personers särskilda utsatthet för psykisk ohälsa (jfr. Brown & Peerapatanapokin, 2019).

Att tillhöra en minoritetsgrupp tillför en unik typ av stress, nämligen minoritetsstress (Mongelli m.fl., 2019). Tidigare forskning visar dessutom att psykiska besvär bland minoritetsgrupper riskerar att bli än värre om kontexten runt omkring är präglad av majoritetsgrupper (Granvik Saminathen, Löfstedt & Brodin Låftman, 2021). Minoritetsstressmodellen utgörs i huvudsak av erfarenheter av att bli diskriminerad och således ha en inneboende förväntan om att bli det även i nu- och framtiden. Försök att dölja det som riskerar att utlösa diskrimineringen (exempelvis en queer könsidentitet) samt ett internaliserat hat gentemot detsamma (exempelvis en queer könsidentitet) ingår också (Mongelli m.fl., 2019). Utifrån regressionsanalysens resultat kan inget sägas om varför de med queer könsidentitet i större utsträckning än de med heteronormativ könsidentitet håller med om att de haft psykisk ohälsa. Min analys är att minoritetsstress är en trolig bakomliggande orsak. Vilhelmsson (2014) beskriver att psykisk ohälsa enligt hälsoteorin *Hälsan som välbefinnande* kan uppstå då det inre tillståndet hos en

individ av olika skäl är präglad av psykiskt lidande, vilket är precis vad minoritetstressmodellen avser synliggöra.

NPF

Ungdomar med NPF svarar 0,7 steg högre på den fem-gradiga skalan gällande psykisk ohälsa i jämförelse med ungdomar utan NPF ($\beta = 0,676$, $p < 0,001$), vilket ligger i linje med det som tidigare forskning visar (Tikkaja & Tindberg, 2021).

Individer med NPF löper liksom individer med queer könsidentitet risk att drabbas av minoritetsstress (Botha & Frost, 2020). På liknande vis som för queer-personer innebär minoritetsstress för personer med NPF ofta en historia av att bli diskriminerad och därför också en förväntan om att bli det igen. Försök att anpassa sig efter omgivningen och att dölja NPF-diagnosen samt en internaliserad frustration när det inte går är också framträdande då minoritetstressmodellen adapteras till personer med NPF (ibid).

Vilhelmsson (2014) beskriver att psykisk ohälsa kan uppstå då individers förmågor inte räcker till för att uppfylla sina mål. NPF, som alltså står för neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, är ett paraplybegrepp för diagnoser vars särdrag är just att individers funktioner brister i relation till vad som är norm att kunna klara av. Tidigare forskning visar att den svenska läroplanen och dess kunskapskrav brister i sin anpassning efter ungdomars utveckling i allmänhet och ungdomar med NPF i synnerhet (Lindblad m.fl., 2018). Skolans huvudsakliga funktion, att undervisa, blir därför ett funktionshinder för ungdomar med NPF då deras förmågor i regel inte har tagits i hänsyn då kunskapskraven och målen satts upp. Alltför abstrakt ställda kunskapskrav som direkt spelar till NPF-personers nackdel avseende deras förmågor leder rimligtvis till psykisk ohälsa inom gruppen, då Vilhelmssons (2014) hälsoteori om *Hälsa som förmåga* används.

Subjektiv social status

Gällande subjektiv social status har båda dessa variabler tydligt minst effekt på subjektiv psykisk ohälsa. Jag vill påminna läsaren om att denna variabel i regressionsanalysen är kodad så att värdet 1 innebär högst status och värdet 10 innebär lägst status. Ett steg uppåt på den tiogradiga statusskalan (alltså i riktning mot låg status) gällande status i skolan innebär 0,1 steg upp på den fem-gradiga skalan avseende psykisk ohälsa ($\beta = 0,099$, $p < 0,001$). Gällande familjens sociala status i samhället innebär ett steg upp på denna statusskala 0,07 steg upp på den femgradiga skalan gällande psykisk ohälsa ($\beta = 0,073$, $p < 0,001$). Regressionsanalysens resultat visar i likhet med tidigare forskning att låg subjektiv social status innebär större risk för psykisk ohälsa (jfr. Karvonen & Rahkonen, 2011).

Resultatet visar också att ungdomars subjektiva sociala status i skolan har större effekt på psykisk ohälsa än deras subjektiva bedömning av sin familjs sociala status i samhället. Detta ger anledning att förstå skolan som ett eget socialt fält inom vilket andra föreställningar om vad som är statusfyllt dominerar i jämförelse med det omkringliggande samhället (Broady, 1998). Vad som är statusfyllt inom skolans fält tycks väga tyngre för ungdomarna än vad som är statusfyllt utanför fältet.

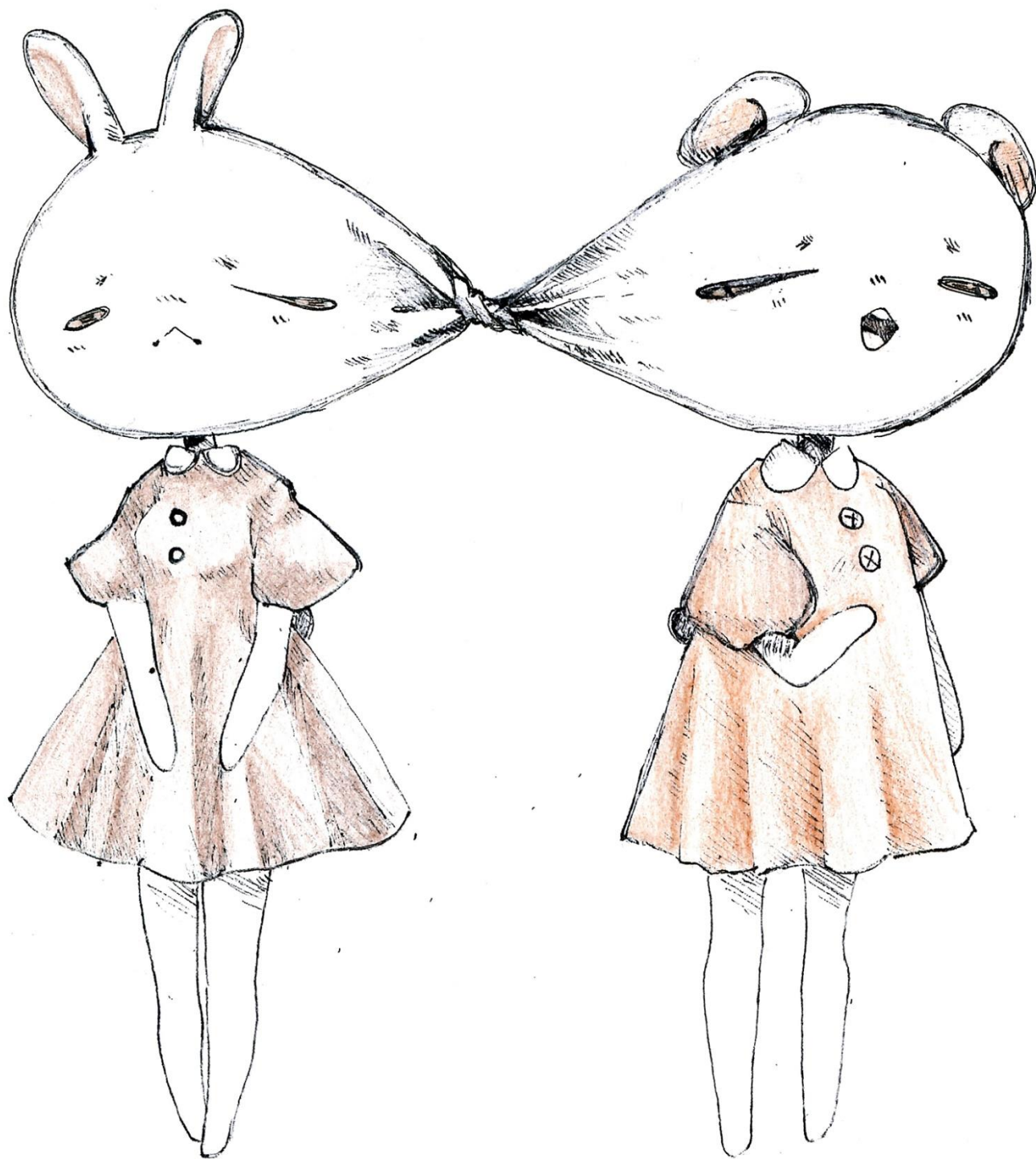
Hiltunen (2017) lyfter fram att det är till följd av diskrepansen som uppstår mellan ungdomars önskade sociala status och deras tillskrivna sociala status som ohälsa kan uppstå. Att tillskrivas låg social status kan innebära ett lidande i form av olika typer av besvär och stress. Vilhelmsson (2014) beskriver att psykisk ohälsa kan uppstå som ett inre tillstånd av psykiskt lidande, enligt hälsoteorin *Hälsa som välbefinnande*. Att ha låg social status verkar onekligen leda till psykiskt lidande, både i form av psykosomatiska besvär och stress (Hiltunen, 2017), och i subjektiv mening vilket resultatet av regressionsanalysen visar.

Slutsats

Föreliggande studie har avsett undersöka sambanden samt effekten som social utsatthet har på psykisk ohälsa bland gymnasieungdomar. En viktig slutsats som kan dras är att nästintill 16 procent av variationen i psykisk ohälsa kan härledas till social utsatthet, ett resultat som är statistiskt signifikant. Det går således att konstatera att social utsatt har både samband med och effekt på subjektiv psykisk ohälsa, närmare bestämt att risken för att ungdomar säkert ska kunna ange att de själva har haft psykisk ohälsa ökar om de dessutom är socialt utsatta. Således har studiens första frågeställningen, *Hur ser sambandet ut mellan socialt utsatta gymnasieungdomar och subjektiv psykisk ohälsa i Kronoberg?*, besvarats.

En annan slutsats är att det verkar spela en relativt liten roll huruvida ungdomar är eller inte är födda i Sverige i relation till subjektiv psykisk ohälsa. Resultatet var dock inte signifikant och bör därför tolkas med försiktighet.

I relation till studiens andra frågeställning, *Vilken förklaringsgrad och vilken effekt har social utsatthet på subjektiv psykisk ohälsa bland gymnasieungdomar i Kronoberg?*, kan slutsatsen dras att det inom social utsatthet också råder variationer i relation till psykisk ohälsa. Att vara tjej i biologisk mening har den klart starkaste effekten på förekomsten av psykisk ohälsa. Den näst största effekten har innehavandet av NPF-diagnos, tätt följt av att ha en queer könsidentitet. Klart minst effekt på psykisk ohälsa har subjektiv social status, varav ungdomars sociala status i skolan spelar en större roll än deras uppfattning av familjens status i samhället.



Diskussion

Denna uppsats inleddes med att presentera medicinska sociologers position i hälsoforskningen och hur denna uppsats avsåg förhålla sig till detta. Jag har delvis riktat kritik mot hur kartläggningar av ungdomars psykiska ohälsa vanligen brukar genomföras, i linje med sociologisk tradition. I huvudsak har jag dock visat att variationer i psykisk ohälsa bland ungdomar kan härledas till och delvis förklaras av social utsatthet.

En förhoppning jag hade inför arbetet med denna uppsats var att genom att bidra med kunskap om hur social utsatthet påverkar psykisk ohälsa kunna underlätta för beslutsfattare att planera träffsäkra insatser, i synnerhet i Region Kronoberg. Studien bekräftar på sätt och vis det som många studier innan redan har konstaterat; att vara biologisk tjej är en betydande riskfaktor avseende psykisk ohälsa (jfr. Inchley m.fl., 2020; Hiltunen, 2017; Låftman m.fl., 2021). Tidigare studier har dock vanligen utgått från psykosomatiska besvär och skolstress. Med hjälp av en nyligen införd variabel för psykisk ohälsa kan denna studie bekräfta att tjejer hamnar i botten gällande psykisk hälsa även när den nya variabeln används, vilket är ett av studiens bidrag till fältet. Således bör insatser inriktade mot att främja och förbättra psykisk hälsa bland ungdomar särskilt, men såklart inte enbart, riktas mot tjejer.

Resultatet i denna uppsats avseende psykisk ohälsa bland ungdomar med NPF samt ungdomar med queer könsidentitet stämmer väl överens med det tidigare forskning visat. Nämligen att dessa bakgrundsfaktorer innebär en förhöjd risk att drabbas av psykisk ohälsa, dock en mindre risk än vad att vara biologisk tjej medför (jfr. Tikka & Tindberg, 2021; Brown & Peerapatanapokin, 2019; Durbeej m.fl., 2021). Gällande tidigare forskning om ungdomar som är utlandsfödda fanns vissa diskrepanser. Dels finns studier som visar att ungdomar som är första generationens invandrare rapporterar fler psykosomatiska besvär än svenskfödda ungdomar (jfr. Dekeyser m.fl., 2011; Dekeyser m.fl., 2014; Hollander m.fl., 2013; Kim, E. Evans & Hagquist, 2019; Tinghög m.fl., 2009). Det finns även studier som visar det motsatta, att ungdomar som är första eller andra generationens invandrare rapporterar om färre besvär än svenskfödda ungdomar (jfr. Granvik Saminathen, Löfstedt & Brolin, Låftman, 2021). Ytterligare studier visar att mängden rapporterade psykosomatiska besvär bland ungdomar med invandrarbakgrund varierar beroende på elevsammansättningen i den aktuella skolan (jfr. Granvik Saminathen, Brolin Låftman & Modin, 2020; Granvik Saminathen, Löfstedt & Brolin, Låftman, 2021). Föreliggande studie fann enbart ett slumpmässigt samband mellan etnisk tillhörighet (i bemärkelsen att vara eller inte vara född i Sverige) och psykisk ohälsa.

Denna uppsats har också använt sig av mått för subjektiv social status och undersökt vad det har för effekt på psykisk ohälsa. Att utgå från ungdomars subjektiva sociala status snarare än deras objektiva socioekonomiska status har bara gjorts ett fåtal gånger i svenska studier (jfr. Joffer, 2020). Tidigare forskning har lyft fram att subjektiv social status är en mer lämplig mätmetod än objektiv socioekonomisk status när ungdomar ska studeras (jfr. Karvonen &

Rahkonen, 2011; Wilkinson, 1999; Piko & Fitzpatrick, 2001). Föreliggande studie kan därför tillföra ett värdefullt bidrag till denna växande mängd studier om hur ungdomars subjektiva sociala status påverkar förekomsten av psykisk ohälsa.

Vidare har denna studie gett ett relativt unikt bidrag då den undersökt psykisk ohälsa bland flera olika typer av social utsatthet i relation till varandra, i stället för att undersöka grupperna var för sig vilket är det mest förekommande tillvägagångssättet. Resultatet i föreliggande studie bekräftar att social utsatthet i sin helhet ökar risken för psykisk ohälsa, men kan även rangordna vilken social grupp som har det värst. Att göra en sådan rangordning mellan olika socialt utsatta grupper är studiens huvudsakliga bidrag. Detta ska såklart ses som en fingervisning snarare än som ett facit, men då insatser ska planeras och resurser ska fördelas kan en sådan fingervisning vara ack så hjälpsam.

Denna studie har som alla studier sina brister. Kvantitativa studier kan inte svara på *varför* något förekommer bara konstatera *att* det gör det. Med hjälp av väl valda teorier kan dock ändå vissa förklaringsmodeller tas fram. Vidare finns det en viss bristfällighet i den valda metoden, nämligen den multipla linjära regressionsanalysen. En regressionsanalys är som bäst lämpad ju fler steg den beroende variabeln har. Denna studies beroende variabel innehåller fem steg och kan således användas i en linjär regressionsanalys, men för vidare studier med utgångspunkt i denna variabel hade eventuellt logistisk regressionsanalys varit att rekommendera.

Vidare studier hade också kunnat undersöka vilken kombination av de olika oberoende variablerna som har störst effekt på psykisk ohälsa. Vad finns det exempelvis för skillnad mellan biologiska tjejer med NPF och biologiska killar med NPF avseende psykisk ohälsa? Hur mår ungdomar med queer könsidentitet som dessutom upplever sig ha låg status i skolan? Ytterligare något som hade varit intressant att undersöka ytterligare är hur denna uppsats beroende variabel för psykisk ohälsa bekräftar eller avviker från mönster som syns i studier som i stället använt psykosomatiska besvär som beroende variabel. Särskilt med tanke på Fortes (2021) diskussioner om huruvida vi borde höja tröskelvärdena när psykosomatiska besvär ska redovisas. Det hade varit kunskapsgivande att se om de psykosomatiska besvären fördelar sig på liknande vis som subjektiv psykisk ohälsa mellan de undersökta grupperna. Det skulle ge ett intressant perspektiv på hur träffsäkra de psykosomatiska besvären faktiskt är som mätmetod, oavsett utfall.

Referenser

Adler, Nancy E, m.fl. 1994. Socioeconomic Status and Health: The Challenge of the Gradient. *American Psychologist*. Vol 49, nr 1: 15 - 24

Andersson, Matthew A.; Garcia, Michael. A. & Glass, Jennifer. 2021. Work–Family Reconciliation and Children’s Well-Being Disparities across OECD Countries. *Social Forces*. <https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1093/sf/soaa132>

Beck, Hila; Tesler, Riki; Barak, Sharon; Moran, Daniel Sender; Marques, Adilson & Harel Fisch, Yossi. 2021. Can Health-Promoting Schools Contribute to Better Health Behaviors? Physical Activity, Sedentary Behavior, and Dietary Habits among Israeli Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(3), 1183. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031183>

Botha, Monique & Frost, David M. 2020. Extending the Minority Stress Model to Understand Mental Health Problems Experienced by the Autistic Population. *Society and Mental Health*. 2020, Vol. 10(1) 20-34. Doi: 10.1177/2156869318804297

Broady, Donald. 1998. Kapitalbegreppet som utbildningssociologiskt verktyg. *Skeptronhäftet / Skeptron Occasional Papers nr 15*. ISSN 0284-0731

Brown, T.; Peerapatanapokin, W. 2019. Evolving HIV epidemics: The urgent need to refocus on populations with risk. *Current Opinion in HIV and Aids*. 14(5), 337–353. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000571>

Conrad, Peter & Meredith, R. Bergey. 2014. The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*. 122 (2014) 31 – 43.

Bryman, Alan. 2018. *Samhällsvetenskapliga metoder*. 3 uppl. Stockholm: Liber.

Brännström, Lotta; Nyhlén, Sara & Gillander Gådin, Katja. 2020. "You are so ugly, you whore"-girls in rural Sweden discuss and address gendered violence. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), p.1695308.

Busfield, Joan.1996. *Men, Women and Madness. Understanding Gender and Mental Disorder*. Basingtoke: Palgrave Macmillan

Charlesworth, Simon J; Gilfillan, Paul & Wilkinson, Richard. 2004. Living Inferiority. *British Medical Bulletin*. Vol. 69, nr 1: 49-60

Coleman, Daniel. 2015. Traditional Masculinity as a Risk Factor for Suicidal Ideation: Cross-Sectional and Prospective Evidence from a Study of Young Adults. *Archives of Suicide Research*. 19:3, 366-384.

Collins, Randall. 2000. Situational Stratification: A Micro-Macro Theory of Inequality. *Sociological Theory*. Vol. 18, nr 1: 17-43

Connell Raewyn. 2008. *Maskuliniteter*. Göteborg: Daidalos

Connell, Raewyn. 2009. *Om genus*. Göteborg: Daidalos

Connell, R. W.. 1987. *Gender and power: society, the person and sexual politics*. Stanford University Press, Stanford, Calif.

Dalman, Christina; Bremberg, Sven; Åhlén, Johan; Agardh, Emilie; Wicks, Susanne & Lundin, Andreas. 2021. *Psyiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst. En kunskapsöversikt.* <https://forte.se/app/uploads/2021/12/kunskapso-versikt-begrepp-och-ma-tmetoder-barn-och-unga.pdf> (hämtad den 29 april 2022).

Dekeyser, Linda; Svedin, Carl Göran; Agnafors, Sara & Sydsjön, Gunilla. 2011. Self-reported mental health in 12-year-old second-generation immigrant children in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*. Volume 65, 2011 – Issue 6, p 389-395

Dekeyser, Linda; Svedin, Carl Göran; Agnafors, Sara; Bladh, Marie & Sydsjö, Gunilla. 2014. Multi-informant reports of mental health in Swedish-born children of immigrants and children born to non-immigrants – the SESBiC-study. *BMC Pediatrics*. 14, Article number: 95 (2014)

Djurfeldt, Göran; Larsson, Rolf & Stjärnhagen, Ola. 2014. *Statistisk verktygslåda 1 – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. 2. Uppl. Studentlitteratur AB: Lund.

Dowers, Eden; White, Carolynne; Cook, Kay & Kingsley, Jonathan. 2020. Trans, gender diverse and non-binary adult experiences of social support: A systematic quantitative literature review. *International journal of transgenderism*. 2020, VOL. 21, NO. 3, 242–257 <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1771805>

Durbeej, Natalie; Abrahamsson, Ninnie; Papadopoulos, Fotios C.; Beijer, Karin; Salari, Raziye & Sarkadi, Anna. 2021. Outside the norm: Mental health, school adjustment and community engagement in non-binary youth. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2021; 49: 529-538

Folkhälsomyndigheten, FHM. 2018a. *Ojämlighet i psykisk hälsa i Sverige. Hur är den psykiska hälsan fördelad och vad beror det på?* <https://www.regionkronoberg.se/contentassets/a63f219ee2124bfb919ecc079850f287/ojamlikhet-psykisk-halsa-sverige-kortversion.pdf> (hämtad den 11 april 2022).

Folkhälsomyndigheten, FHM. 2018b. *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18. Grundrapport.* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/53d5282892014e0fbfb3144d25b49728/skolbarns-halsovanor-2017-18-18065.pdf> (hämtad den 12 april 2022).

Folkhälsomyndigheten, FHM. 2018c. *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige? Utvecklingen under perioden 1985–2014.* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/628f1bfc932b474f9503cc6f8e29fd45/varfor-psykiska-ohalsan-okat-barn-unga-18023-2-webb-rapport.pdf> (hämtad den 15 april 2022).

Folkhälsomyndigheten, FHM. 2021. *Folkhälsans utveckling. Årsrapport 2021.* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/39ef6af33177445bb6d2ad88829cc5ce/folkhalsans-utveckling-arsrapport-2021.pdf> (hämtad den 11 april 2022).

Folkhälsomyndigheten, FHM. 2022a. *Vad är psykisk hälsa?* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/> (hämtad den 11 april 2022).

Folkhälsomyndigheten, FHM. 2022b. *Därför ökar psykisk ohälsa bland barn och unga.* <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/barn-och-unga-psykisk-halsa/darfor-okar-psykisk-ohalsa-bland-unga/> (hämtad den 15 april 2022).

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Forte. 2018. *Hälsa och livsvillkor bland unga HBTQ-personer. Vad vet vi och vilka forskningsbehov finns?* <https://forte.se/app/uploads/2018/11/unga-hbtq-personers-halsa-se-ta.pdf> (hämtad den 21 april 2022).

Fransson, Susanne; Norberg, Per. 2007. *Att lagstifta om diskriminering*. Stockholm.

Gillander Gådin, Katja. 2012. Sexual Harassment of Girls in Elementary School. *Journal of interpersonal violence*, 27(9), pp.1762–1779.

Goodman, Elizabeth; Adler, Nancy E.; Kawachi, Ichiro; Frazier, A. Lindsay; Huang, Bin & Colditz, Graham A. 2001. Adolescents' Perceptions of Social Status: Development and Evaluation of a New Indicator. *Pediatrics*. Vol. 108, nr 2: 1-8

Gordon, Derrick M.; Hawes, Samuel W.; Reid, Allecia E.; Callands, Tamora A.; Magriples, Urania; Divney, Anna; Niccaloi, Linda M. & Kershaw, Trace. 2013. The many faces of manhood: Examining masculine norms and health behaviors of young fathers across race. *American Journal of Mens Health*. 7(5), 394–401. doi:10.1177/1557988313476540

Granvik Saminathen, Maria; Löfstedt, Petra & Brolin Låftman, Sara. 2021. Classroom Immigrant Density Predicts Psychological Well-Being Among Adolescents With an Immigration Background: Findings From the 2017/18 Swedish Health Behaviour in School-Aged Children Study. *International Journal of Public Health*. July 2021, Volume 66 , Article 647380

Granvik Saminathen, Maria; Brolin Låftman, Sara & Modin, Bitte. 2020. En fungerande skola för alla: skolmiljön som skyddsfaktor för ungas psykiska välbefinnande. *Socialmedicinsk tidskrift*. 5 och 6/2020

Hagquist, Curt. 2006. Health Inequalities Among Adolescents. The Impact of Academic Orientation and Parents' Education. *European Journal of Public Health*. Vol. 17, nr 1: 21-26

Hiltunen, Linda; Johansson, Emma & Edvardsson Aurin, Ingrid. 2020. *En dålig dag eller en svår livssituation? En studie om psykisk ohälsa bland ungdomar i Kronobergs län*. <https://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1539427/FULLTEXT01.pdf> (hämtad den 29 april 2022).

Hiltunen, Linda. 2017. *Lagom perfekt: erfarenheter av ohälsa bland unga tjejer och killar*. Lund: Arkiv förlag.

Hiltunen, Linda & Johansson, Emma. 2022. *Barns och ungdomars hälsa och levnadsvanor i Kronobergs län. År 2021 – En beskrivande rapport*.

Hollander, Anna-Clara; Bruce, Daniel; Burström, Bo & Ekblad, Solvig. 2013. The Association Between Immigrant Subgroup and Poor Mental Health. A Population-Based Register Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. August 2013 - Volume 201 - Issue 8 - p 645-652

Howansky, Kristina; Wilton, Leigh S.; Young, Danielle M.; Abrams, Samantha & Clapham, Rebekah. 2021. (Trans)gender stereotypes and the self: Content and consequences of gender identity stereotypes. *Self and identity*. Vol. 20, No 4, 478-495. <https://doi.org.proxy.lnu.se/10.1080/15298868.2019.1617191>

Hyde, Z.; Doherty, M.; Tilley, P.; McCaul, K.; Roonery, R. & Jancey, J. 2014. *The first Australian national trans mental health study: Summary of results*. Curtin University.

Inchley, Jo. Currie, Dorothy. Budisavljevic, Sanja. Torsheim, Torbjorn. Jåstad, Atle. Cosma, Alina. Kelly, Colette & Arnarsson, Ársael Már. *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Jahoda, Marie. 1958. *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books Inc. Publ.

James R., Mahalik; Micó, Levi-Minzi & Gordon, Walker. 2007. Masculinity and health behaviors in Australian men. *Psychology of Men & Masculinity*. 8(4), 240–249. doi:10.1037/1524-9220.8.4.240

Joffer, Junia. 2020. *Health for future. Self-rated health and social status among adolescents*. Diss. Umeå universitetet. <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn%3Anbn%3Ase%3Aumu%3Adiva-169729>

Johansson, Agneta; Brunnberg, Elinor & Eriksson, Charli. 2007. Adolescent Girls' and Boys' Perceptions of Mental Health. *Journal of Youth Studies*. Vol. 10, No. 2, May 2007, pp. 183-202. <https://doi.org/10.1080/13676260601055409>

Karvonen, Sakari & Rahkonen, Ossi. 2011. Subjective social status and health in young people. *Sociology of Health & Illness*. Vol. 33. No 3. 2011. ISSN 0141 – 9889, pp. 372-383. Doi: 10.1111/j.1467-9566.2010.01285.x

Lära. 2017. *Osynlighetsrapporten*. https://lara.se/wp-content/uploads/2017/05/Osynlighetsrapporten_170529.pdf (hämtad den 22 april 2022).

Kim, Yunhwan. E. Evans, Brittany & Hagquist, Curt. 2019. Mental Health Problems Among Adolescents in Sweden from 1995 to 2011: The Role of Immigrant Status and the Proportions of Immigrant Adolescents in Their Surrounding Community. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 22, 232-239 (2020)

Krieger, Nancy; Williams, David & Moss, Naomi. 1997. Measuring Social Class in US Public Health Research: concepts, Methodologies and Guidelines. *Annual Review of Public Health*. Vol. 18: 341-378

Lindblad, Ida; Westerlund, Joakim; Gillberg, Christopher & Fernell, Elisabeth. 2018. Har alla barn i grundskolan förutsättningar att klara nya läroplanens krav? *Läkartidningen*. Vol 115.

Lundberg, Johanna. 2008. *Social Status- a State of Mind? Subjective and Objective Measures of Social Position and Associations with Psychosocial Factors, Emotions and Health*. Avhandling. Linköping: Institutionen för medicin och hälsa, Linköpings universitet.

Lyberg Rasmussen, Mette. Haavind, Hanne & Dieserud, Gudrun. 2017. Young Men, Masculinities, and Suicide. *Archives of Suicide Research*. 22:2, 327-343,

Låftman, Sara Brolin; Bjereld, Ylva; Modin, Bitte & Löfstedt, Petra. 2021. Sexual jokes at school and students' life satisfaction: findings from the 2017/18 Swedish Health Behaviour in School-aged Children study. *BMC Res Notes*. (2021) 14:288

Låftman, Sara Brolin; Granvik Saminathen, Maria; Modin, Bitte, & Löfstedt, Petra. 2021. Excellent Self-Rated Health among Swedish Boys and Girls and Its Relationship with Working Conditions in School: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(3), 1310. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031310>

MacLean, Alice; Sweeting, Helen & Hunt, Kate. 2010. "Rules" for boys, "Guidelines" for girls: Gender differences in Symptoms reporting in childhood and adolescence. *Social Science & Medicine*. Vol 70, nr 4: 617 – 624.

Markussen, Simen & Røed, Knut. 2020. Bidrar medikalisering av ungdom til utstøtning fra skole og arbeidsliv? *Søkelys på arbeidslivet*. Årgang 37, nr. 4-2020, s. 219–237 ISSN online: 1504-7989 DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.1504-7989-2020-04-01>

Milner, Allison; Shields, Marissa & King, Tania. 2019. The Influence of Masculine Norms and Mental Health on Health Literacy Among Men: Evidence From the Ten to Men Study. *American Journal of Men's Health*. September-October 2019: 1–9. Doi: /1d0o.i.1o1rg7/71/01.1515779/18585371989837139583732

Milner, Allison; Kavanagh, Anne; King, Tania & Currier, Dianne. 2018. The Influence of Masculine Norms and Occupational Factors on Mental Health: Evidence From the Baseline of

the Australian Longitudinal Study on Male Health. *American Journal of Men's Health*. 2018, Vol. 12(4) 696–705. Doi: 10.1016/j.ajmh.2017.07.001/1515779/185853719878735127670527

Mongelli, Francesca. Perrone, Daniela. Balducci, Jessica. Sacchetti, Andrea. Ferrari, Silvia. Mattei, Giorgio & M. Galeazzi, Gian. 2019. Minority stress and mental health among LGBT populations: an update on the evidence. *Minerva Psichiatrica*. 2019 March;60(1):27-50

Morin, Pierre. 2006. Rank and Health: A Conceptual Discussion of Subjective Health and Psychological Perceptions of Social Status. *Psychotherapy and Politics International*. Vol. 4, nr 1: 4254

Myndigheten för delaktighet, MFD. 2020. *Föräldrar till barn med funktionsnedsättning*. <https://www.mfd.se/resultat-och-uppfoljning/kunskapsunderlag/funktionshinderspolitikens-utveckling/foraldrar-till-barn-med-funktionsnedsattning/> (hämtad den 22 april 2022).

Myndigheten för delaktighet, MFD. 2021. *Statistik om personer med funktionsnedsättning*. <https://www.mfd.se/resultat-och-uppfoljning/statistik-om-personer-med-funktionsnedsattning/> (hämtad den 22 april 2022).

Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällsfrågor. 2022. *"Jag är inte ensam, det finns andra som jag" - Unga hbtqi-personers levnadsvillkor*.

Odenbring, Ylva; Johansson, Thomas & Hunchäll Berndtsson, Kristina. 2017. The many faces of attention deficit hyperactivity disorder: Unruly behaviour in secondary school and diagnostic solutions. *Power and Education*. 2017, Vol. 9(1) 51-64

Olsson, Ann; Hasselgren, Mikael; Hagquist, Curt & Janson, Staffan. 2013. The association between medical conditions and gender, well-being, psychosomatic complaints as well as school adaptability. *Acta Paediatrica*. 2013. 102, pp. 550-555. DOI:10.1111/apa.12174

Paechter, Carrie. 2006. Masculine Femininities/Feminine Masculinities: Power, Identities and Gender. *Gen Educ* 18: 253-263

Paechter, Carrie. 2007. Being boys, being girls: learning masculinities and femininities. *Open University Press*, Maidenhead

Petersen, S.; Bergström, E.; Cederblad, M.; Ivarsson, A.; Köhler, L.; Rydell, A-M.; Stenbeck, M.; Sundelin, C. & Hägglöf B. 2010. *Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid*. Stockholm: Kungl. Vetenskapsakademien,

Hälsoutskottet. [https://www.researchgate.net/profile/Erik-Bergstroem-2/publication/233382557 Barn och ungdomars psykiska halsa i Sverige en systematisk litteraturoversikt med tonvikt pa forandringar over tid/links/0deec53353c58131ee000000/Barn-och-ungdomars-psykiska-halsa-i-Sverige-en-systematisk-litteraturoversikt-med-tonvikt-pa-foeraendringar-oever-tid.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Erik-Bergstroem-2/publication/233382557_Barn_och_ungdomars_psykiska_halsa_i_Sverige_en_systematisk_litteraturoversikt_med_tonvikt_pa_forandringar_över_tid/links/0deec53353c58131ee000000/Barn-och-ungdomars-psykiska-halsa-i-Sverige-en-systematisk-litteraturoversikt-med-tonvikt-pa-foeraendringar-oever-tid.pdf) (hämtad den 11 maj 2022).

Piko, Bettina & Fitzpatrick, Kevin M. 2001. Does class matter? SES and Psychosocial Health Among Hungarian Adolescents. *Social Sciences & Medicine*. Vol. 53, nr: 817-830

Randell, Eva. 2016. *Adolescent Boys' Health: Managing Emotions, Masculinities and Subjective Social Status*. Avhandling. Umeå: Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitetet.

Region Kronoberg. u.å. *Barn- och ungdomsenkät i Kronobergs län Gymnasiet åk 2 2021*. <https://www.regionkronoberg.se/contentassets/759ea481223640c3b02b8c96d0ec0fa8/enkat-gy-2-2021.pdf> (hämtad den 5 april 2022).

Rydell, Mina; Lundström, Sebastian; Gillberg, Christopher; Lichtenstein, Paul & Larsson, Henrik. 2018. Has the attention deficit hyperactivity disorder phenotype become more common in children between 2004 and 2014? Trends over 10 years from a Swedish general population sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(8):863-871

Sauder, Michael. 2005. Symbols and Contexts: An Interactionistic Approach to the Study of Social Status. *The Sociological Quarterly*. Vol. 46, nr 2: 279-298

Skoog, Therése; Bayram Özdemir, Sevgi & Stattin, Håkan. 2016. Understanding the Link Between Pubertal Timing in Girls and the Development of Depressive Symptoms: The Role of Sexual Harassment. *J Youth Adolescence*. (2016) 45:316–327

Singh-Manoux, Archana; Marmot, Michael & Adler, Nancy. 2005. Does Subjective Social Status Predict Health and Change in Health Status Better Than Objective Status? *Psychosomatic Medicine*. Vol. 67, nr 6: 855-861

Socialstyrelsen. 2019a. *Ångest och depression ökar bland våra unga*. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/debattartiklar/angest-och-depression-okar-bland-vara-unga/> (hämtad den 27 april 2022).

Socialstyrelsen. 2019b. *Allt fler får antidepressiva läkemedel*. <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/allt-fler-far-antidepressiva-lakemedel/> (hämtad den 15 april 2022).

Socialstyrelsen. 2021. *Fortsatt ökad föreskrivning av adhd-läkemedel efter att fler diagnosticerats.* <https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/press/fortsatt-okad-forskrivning-av-adhd-lakemedel-efter-att-fler-diagnostiserats/> (hämtad den 22 april 2022).

SOU. 1999. *Hälsa på lika villkor: andra steget mot nationella folkhälsomål: delbetänkande.* Stockholm: Statens offentliga utredningar.

Specialpedagogiska skolmyndigheten, SPSM. 2021. *Vad är neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF)?* <https://www.spsm.se/funktionsnedsattningar/neuropsykiatriska-funktionsnedsattningar-npf/vad-ar-neuropsykiatriska-funktionsnedsattningar-npf/> (hämtad den 22 april 2022).

Svenska Dagbladet, SVD. 2022. *Psykisk ohälsa bland unga.* <https://www.svd.se/story/psykisk-ohalsa-bland-unga> (hämtad den 2 maj 2022).

Sveriges Television, SVT. 2019. Studie: Ökning av psykisk ohälsa bland unga – störst bland tjejer. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/okning-av-psykisk-ohalsa-bland-unga> (hämtad den 2 maj 2022).

Tikkaja, Sanna & Tindberg, Ylva. 2021. Poor School-Related Well-Being among Adolescents with Disabilities or ADHD. *International Journal of Environment and Public Health*. 2022, 19, 8.

Tinghög, Petter; Al-Saffar, Suad; Carstensen, John & Nordenfelt, Lennart. 2009. The Association of Immigrant- and Non-Immigrant-Specific Factors With Mental Ill Health Among Immigrants in Sweden. *International Journal of Social Psychiatry*. Volume: 56 issue: 1, page(s): 74-93

Vilhelmsson, Andreas. 2014. Psykisk ohälsa, folkhälsa och medikalisering: har det egentligen någon betydelse vilket hälsobegrepp som används? (Debatt). *Socialmedicinska tidskrift*. 1/2014.

Wahlström, Joakim; Låftman, Sara Brolin; Modin, Bitte & Löfstedt, Petra. 2021. Psychosocial Working Conditions in School and Life Satisfaction among Adolescents in Sweden: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(10), 5337. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105337>

West, Candace & Zimmerman, Don H. 1987. Doing Gender. *Gender Soc* 1: 125-51

West, Patrick. 1997. Health Inequalities in Early Years: Is There Equalisation in Youth? *Social Science & Medicine*. Vol. 44, nr 6: 833-858

White, Kevin. 2009. *An introduction to the Sociology of Health and Illness*. 2 upp. London: Sage

Wickström, Anette & Kvist Lindholm, Sofia. 2020. Young people's perspectives on the symptoms asked for in the Health Behavior in School-Aged Children survey. *Childhood*. Vol. 27(4) 450-467.

Wilkinson, Richard G. 1999. Health, Hierarchy, and Social Anxiety. *Annals of the New York Academy of Science*. Vol. 896, nr 1: 48-63

Winter, S.; Diamond, M.; Green, J.; Karasic, D.; Reed, T.; Whittle, S. & Wylie, K. 2016. Transgender people: Health at the margins of society. *The Lancet*. 388(10042), 390–400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8)

World Health Organization, WHO. 2018. *Mental health: strengthening our responses*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (hämtad den 11 april 2022).

