

EN POSITIV UNGDOMSTID FÖR ALLA?



EN ANALYSRAPPORT OM POSITIV
UNGDOMSUTVECKLING OCH HÄLSA

Författare: Linda Hiltunen, Linnéuniversitetet, på uppdrag av Folkhälsa och social
utveckling, Region Kronoberg.

Layout: Kommunikationsavdelningen, Region Kronoberg

Omslagsbild: Meja Johansson

Växjö juni 2022

FÖRORD

I Region Kronoberg utgör barn och ungdomar ett prioriterat område. Ett sätt att synliggöra barns och ungdomars livsvillkor är genom enkätundersökningen Barns och ungdomars hälsa och levnadsvanor i Kronobergs län som genomförs vart tredje år. Undersökningen syftar till att följa utvecklingen av barns och ungdomars hälsa, levnadsvanor och livsvillkor över tid. Resultaten från 2021 års enkätundersökning finns presenterade i rapporten *Barns och ungdomars hälsa och levnadsvanor i Kronobergs län 2021*, som ger en beskrivande analys på en länsövergripande nivå. I samband med undersökningen som genomfördes år 2021 beslutade Region Kronoberg att göra en särskild satsning i form av en fördjupad statistisk analys på temat psykisk ohälsa. Resultaten redovisas i denna rapport. Förhoppningen är att studiens resultat ska fungera som ett kunskapsunderlag för det övergripande nationella folkhälsomålet att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa och jämlik hälsa på lika villkor, med särskilt fokus på den unga befolkningen. Studien kan exempelvis fungera som underlag vid främjande och förebyggande insatser till barn och ungdomar så att fler unga kan få uppleva en positiv ungdomstid i Kronobergs län.

Linda Hiltunen,

Sociolog vid Linnéuniversitetet i Växjö

INLEDNING

Psykisk ohälsa i den unga generationen har lyfts fram som en global utmaning och andelen som rapporterar ohälsa ökar över tid (Patton m.fl. 2017; Potrebny m.fl. 2017; Patel m.fl. 2007). Tidigare studier har uppskattat att över 20 procent av alla ungdomar kommer att erfara psykisk ohälsa i någon form under sin ungdomstid (Dooley m.fl. 2015; Merikangas m.fl. 2010; Costello m.fl. 2003). När psykisk ohälsa lyfts fram i forskning om ungdomar är det framför allt olika former av psykiska besvär som uppmärksammas. I befolkningsstudier riktade till unga korrelerar de psykiska besvären starkt med somatiska besvär, som exempelvis huvudvärk och magont (Dey m.fl. 2015; Haugland m.fl. 2001). Följaktligen finns det skäl, både på teoretisk och empirisk nivå, att analysera både psykiska och somatiska besvär i studier om psykisk ohälsa. Nationella befolkningsstudier visar att 66 procent av tjejerna och 32 procent av killarna i åldern 15 år känt sig nere varje vecka de senaste sex månaderna (Folkhälsomyndigheten 2018). Motsvarande andel för somatiska besvär i form av exempelvis huvudvärk är 56 procent bland tjejer och 32 procent bland killar (ibid.). Oavsett vilket besvär som är under lupp har det skett en tydlig ökning från 1980-talet och framåt och befolkningsstudierna visar att tjejer är mer drabbade än killar (Bremberg & Dalman 2017:28). Trenden av ökad psykisk ohälsa – när den definieras genom självrapporterade besvär – förekommer också bland ungdomar i Kronobergs län där föreliggande studie tar sin utgångspunkt.

När psykisk ohälsa definieras utifrån psykiska och somatiska besvär är det rimligt att konstatera att många ungdomar är drabbade. Emellertid är det svårt att genom befolkningsstudier dra slutsatser om var skiljelinjen mellan lätta och betydande besvär går (Forte 2020:29). Studier visar exempelvis att psykiska besvär, som att vara nedstämd, kan representera vardagliga och hanterbara bekymmer för vissa men allvarliga problem för andra (Wikström & Kvist-Lindholm 2020; Hiltunen m.fl. 2020). Oavsett om det rör sig om lättare eller svårare besvär finns det skäl att uppmärksamma besvären, men också – och kanske viktigast – varför de uppstår. Genom att identifiera vad som ger upphov till ohälsa i form av besvär är det möjligt att utveckla mer träffsäkra interventioner på lokala och regional nivå så att fler ungdomar i Kronobergs län får möjlighet att uppleva en positiv ungdomstid med en mindre belastning av självrapporterade besvär.

BAKGRUND

När förklaringar till psykisk ohälsa lyfts fram finns en tradition att uppmärksamma riskfaktorer bland ungdomar, det vill säga identifiera vad som ökar risken för ohälsa. Även på det folkhälsopolitiska området har blicken varit fäst vid ”ungdomsproblem” och hur vi bäst kan hjälpa utsatta ungdomar till ett bättre liv och hälsa. Det tycks vara enklare att identifiera vad ungdomar ska undvika (t.ex. alkohol, droger, våld) eller inte ska utveckla (t.ex. psykisk ohälsa) än att lyfta fram vad unga mår bra av, vad de bör ha mer av och hur livet kan berikas som ett sätt att främja hälsa (Bowers m.fl. 2010:720; se även Moore m.fl. 2004).

Under senare år har dock synsättet att unga människor är ”problem som ska lösas” berikats med nya perspektiv. En modell som fått genomslag i forskningen är Positive Youth Development (PYD). Positiv ungdomsutveckling innebär att fokus riktas på relationen mellan individen och faktorer i omgivningen vilka kan bidra till social tillhörighet, men också hälsa och välbefinnande (Lerner m.fl. 2015). Utgångspunkten för PYD är att alla barn och ungdomar är tillgångar och att de har resurser och en kapacitet för att nå en framgångsrik och sund utveckling (Lerner m.fl. 2005). Individens förmåga till formbarhet genom hela livet betonas också (ibid.). Inom ramen för PYD finns således en tydlig inriktning mot främjandeperspektivet, vilket också möjliggör att öppna upp för interventioner på policynivå.

Positiv ungdomsutveckling (PYD) karaktäriseras av fem grundkomponenter: Kompetens, självtillit, sociala relationer, personlig karaktär och medkänsla (Lerner m.fl. 2005).¹ Kompetens inrymmer flera dimensioner. En form är *akademisk kompetens* som inrymmer individens akademiska och kognitiva förmågor, vilket exempelvis kan avspeglas i skolbetyg, närvaro och förmågan att ta sig an skolarbete. *Självtilit* innebär en självidentitet som kännetecknas av ett positivt självvärde. *Sociala relationer* handlar om banden mellan individen och omgivningen, exempelvis att det finns positiva band till kamrater, familjemedlemmar, skola och det omgivande samhället där båda parter bidrar till relationen. *Karaktär* innebär en förmåga att agera inom ramen för sociala och kulturella regler och normer samt att ha en uppfattning om rätt och fel. *Medkänsla* är att ha sympati och empati gentemot andra (Lerner m.fl. 2005).

Enligt Lerner med kollegor (2005) bidrar de fem grundkomponenterna i PYD till en sjätte komponent: *socialt deltagande* (på engelska *contribute*), vilket innebär att individen på ett positivt sätt kan bidra till sin egen utveckling men också till sin omgivning (t.ex. kamratrelationer, familj, skola, föreningsliv och civilsamhälle). Dessutom visar forskning att komponenterna i PYD minskar risken för ohälsa i form av depressioner och ångesttillstånd, men också negativa riskbeteenden under ungdomstiden (Novak m.fl. 2021; Zhou m.fl. 2020; Jelicic m.fl. 2007). Mot denna bakgrund finns det starka skäl att anta att komponenterna i PYD också borde minska risken för självrapporterad ohälsa i form av psykiska och somatiska besvär. Emellertid är de empiriska studierna som prövar detta teoretiska antagande ännu begränsade, vilket följande studie avser bidra till.

¹ I engelskspråkig litteratur benämns komponenterna i PYD genom att hänvisa till ”The five Cs” – dvs. competence, confidence, character, connection och caring (Lerner m.fl. 2005).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet är att undersöka om komponenterna i PYD kan förklara variationer i självskattade psykiska och somatiska besvär bland ungdomar med utgångspunkt i det enkätdata som samlats in av Region Kronoberg genom undersökningen Barn och ungdomars hälsa och levnadsvillkor i Kronobergs län. Med hjälp av statistiska analyser (mer precist regressionsanalyser) besvaras följande frågeställning i studien:

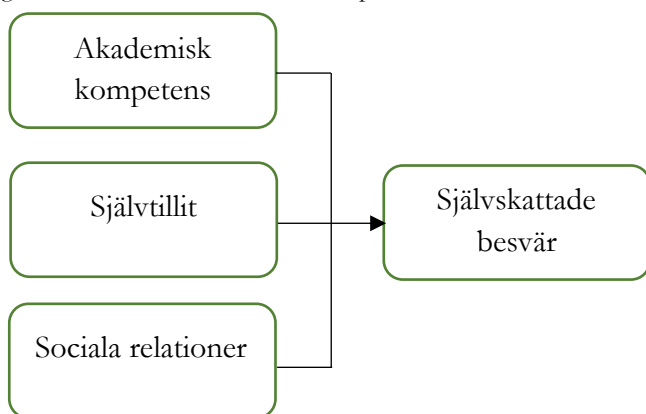
- *Hur påverkar komponenterna i PYD ungdomars rapportering av psykiska och somatiska besvär?*

METOD

Det empiriska materialet som ligger till grund för de statistiska analyserna har samlats in genom enkätundersökningen Barns och ungdomars hälsa och levnadsvanor i Kronobergs län som genomfördes under hösten 2021. Samtliga skolor i Kronobergs län deltog i studien, med undantag för två privata gymnasieskolor. I denna analys används endast materialet som samlats in bland gymnasieelever i årskurs 2. Totalt deltog 1576 elever i gymnasieskolans andra årskurs, varav 51 procent är tjejer och 49 procent är killar. Enkätfrågorna besvarades under lektionstid i skolan. Svarsfrekvensen, som baseras på inrapporteringar från respektive skola, är 66 procent. Det vanligaste skälet till att elever inte deltog i studien var giltig frånvaro eller att eleven själv avböjt medverkan.

Det första steget att *operationalisera*, vilket innebär att göra teoretiska idéer mätbara. De frågor som finns i enkätmaterialet som ligger till grund för studien har inte utvecklats specifikt för att mäta PYD. Ett första steg är därför att först undersöka vilka av PYD:s komponenter som överhuvudtaget avspeglas i enkätmaterialet. En granskning av enkätens frågor visar att indikatorer för komponenterna akademisk kompetens, självtillit och sociala relationer finns representerade, vilket innebär att komponenterna karaktär och medkänsla uteblir ur analysen. Nedan presenteras den teoretiska modell som avses prövas.

Figur 1: Teoretisk modell av tre komponenter i PYD i relation till självskattade besvär



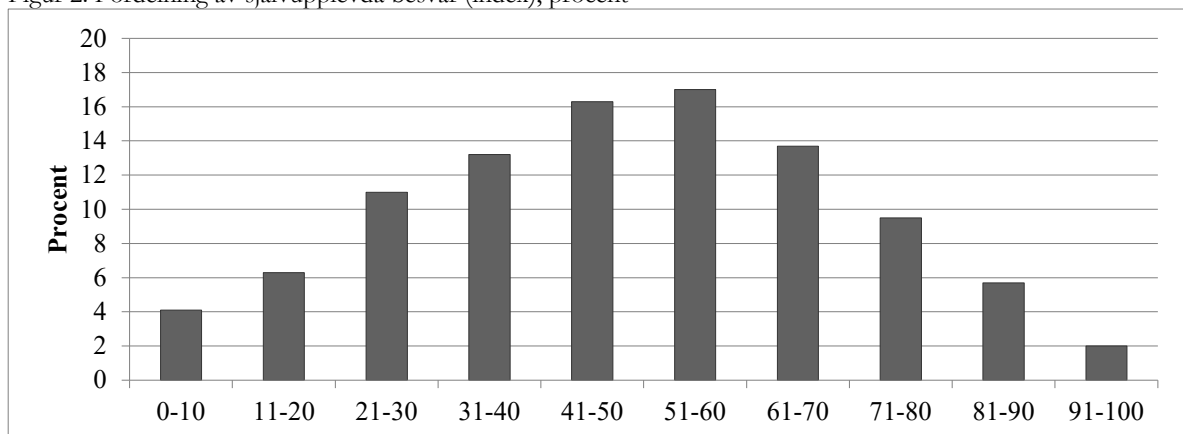
Modellen i figur 1 består av tre inbördes block som förväntas påverka utfallet av självskattade besvär. För att pröva modellen är nästa steg att identifiera empiriska indikatorer på komponenterna som anges i de fyra rutorna i modellen. Inledningsvis presenteras hur modellens beroende variabel – självskattade besvär – operationaliserats. Därefter redogörs för operationaliseringen av modellens oberoende variabler. När detta är gjort prövas modellens samlade förklaringskraft genom en multipel linjär regression.

Självskattade besvär – modellens beroende variabel

I enkäten ställs frågor om i vilken grad eleverna upplevt psykiska och somatiska besvär.² Till den psykiska dimensionen hör frågor om stress, att vara nere/ledsen, orolig och nervös, irriterad och på dåligt humör, trötthet och sömnproblem. Till den somatiska dimensionen hör frågor om huvudvärk, ont i magen, ont i rygg, axlar eller nacke och yrsel. Dessa frågor slogs samman till ett additivt index och den nya variabeln kallas fortsättningsvis självupplevda besvär.³ De olika besvären hänger samman i betydelsen att unga som uppger besvär i ett avseende, exempelvis nedstämdhet, också tenderar att rapportera andra typer av besvär (exempelvis huvudvärk, stress och sömnproblem).

Eftersom indexet visar ett genomsnitt för tio olika besvär på en skala mellan 10 och 40 riskerar värdena att bli svårtolkade (i de ursprungliga variabelerna varierar värdena mellan 1 och 4 – se fotnot 2). För att underlätta tolkningen har värdena rangordnats i motsatt riktning (högre värden indikerar fler besvär). Därefter transformerades variabeln från en skala 10–40 till 1–100⁴. Det betyder att värdet 0 på variabeln självupplevda besvär innebär att individen sällan eller aldrig upplever något av de tio besvären och värdet 100 betyder i stället att individen dagligen upplever samtliga besvär. I den senare regressionsanalysen kan nu koefficienterna utläsas i procent. Mer precist är ett skalsteg från det minsta värdet 0 mot det högsta värdet 100 på skalan liktydig med en procentenhets förändring. I figur 2 nedan presenteras ett diagram som visar hur svaren fördelar sig i det nya indexet.

Figur 2: Fördelning av självupplevda besvär (index), procent



Kommentar: Indexet är inte perfekt, men approximativt, normalfördelat. Medelvärde är 51 procent och medianen 50.

För att förenkla framställningen har besvären delats in i kategorier och resultaten i figur 2 ovan visar att fyra procent har angett värde 0–10 besvär och två procent har angett värde 91–100 besvär. De flesta har angett omkring värde 51–60 besvär, vilket överensstämmer med medelvärdet på 51 procent. Figur 2 visar också att fördelningen är någorlunda symmetrisk runt sitt medelvärde, vilket underlättar den fortsatta regressionen.

² Eleverna fick svara på frågan ”Hur ofta har du?” Huvudvärk, ont i magen, ont i rygg, axlar och nacke, yrsel, samt om de känt sig nere/ledsen, irriterad eller på dåligt humör, orolig/nervös, trötta, svårt att somna/sova och stressade. Svarsalternativen lyder 1= i stort sett varje dag, 2= någon gång i veckan, 3= någon gång i månaden, 4= sällan eller aldrig.

³ Variabeln har en god intern konsistens vilket kontrollerats med hjälp av måttet Cronbachs alfa, vars värde på 0,878 signalerar att de tio besvären är starkt sammankopplade.

⁴ Transformeringsen görs genom att indexet subtraheras med 10 och därefter delas med 30, för att sedan multipliceras med 100. Det leder till att det lägsta värdet blir 0 och det högsta 100.

Förklaringar till självskattade besvär – analysens oberoende variabler

I det följande presenteras operationaliseringen av PYD:s komponenter akademisk kompetens, självtillit och sociala relationer.

Akademisk kompetens

Den första komponenten i PYD är kompetens och fokus läggs här på akademisk kompetens i betydelsen utbildningsmässig orientering, vilket kan belysas med hjälp av tre frågor i enkäten, som lyder: ”Vad tycker du om att gå i skolan?”⁵, ”Hur känner du inför skolarbetet?”⁶ och ”Händer det att du skolkar/ogiltig frånvaro?”⁷. Samtliga variabler är konstruerade på så sätt att höga värden tyder på lägre akademisk kompetens och låga värden innebär högre kompetens.

Självtillit

Självtillit är den andra komponenten i PYD och avser spegla individens värdering av självet. I enkäten finns två frågor som belyser självtillit och de lyder: ”Hur ofta känner du att du kan vara dig själv?” och ”Hur ofta känner du att du duger precis som du är?”.⁸ Frågorna slås samman till ett additivt index eftersom variablerna mäter liknande upplevelser.⁹ Mer precist, individer som rapporterar att de duger som de är anger också att de kan vara sig själva. Det nya indexet kallas fortsättningsvis för ”självtillit” och är konstruerad på så sätt att höga värden indikerar låg självtillit och medan låga värden indikerar hög självtillit.

Sociala relationer

Sociala relationer är den sista dimensionen i PYD och berör individens sociala band till andra människor. I analysen görs en avgränsning där endast sociala band till jämnåriga analyseras. Den första frågan handlar om huruvida unga har tillitsfulla vänner och lyder: ”Hur många riktiga vänner (som du litar på) har du?”.¹⁰ Den andra frågan avspeglar i vilken grad man umgås med jämnåriga kamrater och lyder ”Hur ofta träffar du kompisar på din fritid?”.¹¹ Den sista frågan rör upplevd ensamhet och lyder: ”Hur ofta känner du dig ensam?”.¹² Variablerna har konstruerats om så att höga värden indikerar sämre relationer till andra och låga värden innebär mer kvalitativa relationer.



Bild: Marta Jarring

⁵ Med svarsalternativen: 1= Mycket bra, 2= bra, 3= dåligt, 4= mycket dåligt.

⁶ Med svarsalternativen: 1= Mycket lugn, 2= ganska lugn, 3= ganska stressad och 4= mycket stressad.

⁷ Med svarsalternativen: 1= nej, aldrig, 2= Ja, någon gång per termin, 3=Ja, någon/några gånger i månaden, 4= ja, någon gång i veckan, 5=Ja, flera gånger i veckan.

⁸ Båda frågorna har svarsalternativen 1= alltid, 2= ofta, 3= ibland, 4= sällan, 5= aldrig.

⁹ Värdet på Cronbachs alfa är 0,831, vilket indikerar att frågorna hänger samman och således kan adderas i ett index.

¹⁰ Med svarsalternativen: 1= ingen, 2= en, 3= två, 4= fler än två.

¹¹ Med svarsalternativen: 1= i stort sett varje dag, 2= någon gång i veckan, 3= någon gång i månaden, 4= sällan eller aldrig.

¹² Med svarsalternativen: 1= alltid, 2= ofta, 3= ibland, 4= sällan, 5= aldrig.

Bakgrundsfaktorer av relevans för självskattade besvär

Med utgångspunkt från tidigare forskning är det rimligt att anta att även bakgrundsfaktorer som kön, utländsk bakgrund och uppfattning av familjens ekonomi påverkar graden av självskattade besvär och inkluderas därför i modellen. Analysen utgår från biologiskt kön.

Ungdomarna fick också ta ställning till frågan ”Var är du född?”¹³ och variabeln kodades om till två nya kategorier: svenskfödda respektive utrikesfödda.¹⁴ En fråga som rör familjens ekonomi ställdes också, vilken lyder: ”Hur ofta upplever du att din familj har råd att göra/köpa samma saker som de flesta andra i din klass?”¹⁵ Den sistnämnda variabeln är kodad så att låga värden indikerar en god familjeekonomi och höga värden indikerar en svagare familjeekonomi.

Ovan redovisas regressionsanalysens beroende och oberoende variabler och deskriptiv statistik för dessa presenteras i tabell 1 nedan. Tabellen redovisar variabelernas medelvärden och spridning (standardavvikelser) samt hur många skalsteg respektive variabeln har, samt antal svaranden.



Bild: Emma Rydman

Tabell 1: Deskriptiv statistik (medelvärde, standardavvikelse, minimi – och maximivärde)

<i>Variabler i de statistiska analyserna</i>	Medelvärde	Standardavvikelse	Minimivärde	Maximivärde	Antal svarande
Kön (kille=0, tjej=1)	0,49	0,50	0	1	1575
Utländsk bakgrund (svensk=0, utländsk=1)	0,18	0,38	0	1	1550
Upplevd familjeekonomi	1,63	0,83	1	5	1564
Skoltrivsel	2,00	0,73	1	4	1504
Känsla inför skolarbete	2,64	0,90	1	4	1503
Skolk/ogiltig frånvaro	1,53	0,89	1	5	1502
Självttillit	4,07	1,94	2	10	1502
Antal tillitsfulla vänner	3,41	0,92	1	4	1535
Träffar vänner	1,79	0,84	1	4	1496
Ensamhet	2,71	1,19	1	5	1509
Självupplevda besvär (beroende variabel)	50,85	22,24	0	100	1478

¹³ Variabeln har gjorts om så att killar kodats som 0 och tjejer som 1.

¹⁴ Den ursprungliga variabeln hade svarsalternativen 1= Sverige, 2= övriga Norden, 3= övriga Europa, 4= utanför Europa, 5= vet ej. Variabelns svarsalternativ kodades om så att 0 är svenskfödda och 1 representerar elever som är utrikes födda. Svarsalternativet ”vet ej” exkluderades från analysen.

¹⁵ Med svarsalternativen: 1= alltid, 2= ofta, 3= ibland, 4= sällan, 5= aldrig.

Nedan redovisas den teoretiska modellen, inklusive de variabler som inryms i respektive block, som i ett nästa steg ska prövas i en linjär regressionsanalys. Det som prövas är om bakgrundsfaktorer samt om komponenterna akademisk kompetens, självtillit och sociala relationer har betydelse för frekvensen i ungas rapportering av besvär.

Figur 3: Modell över operationaliserade oberoende och beroende variabler

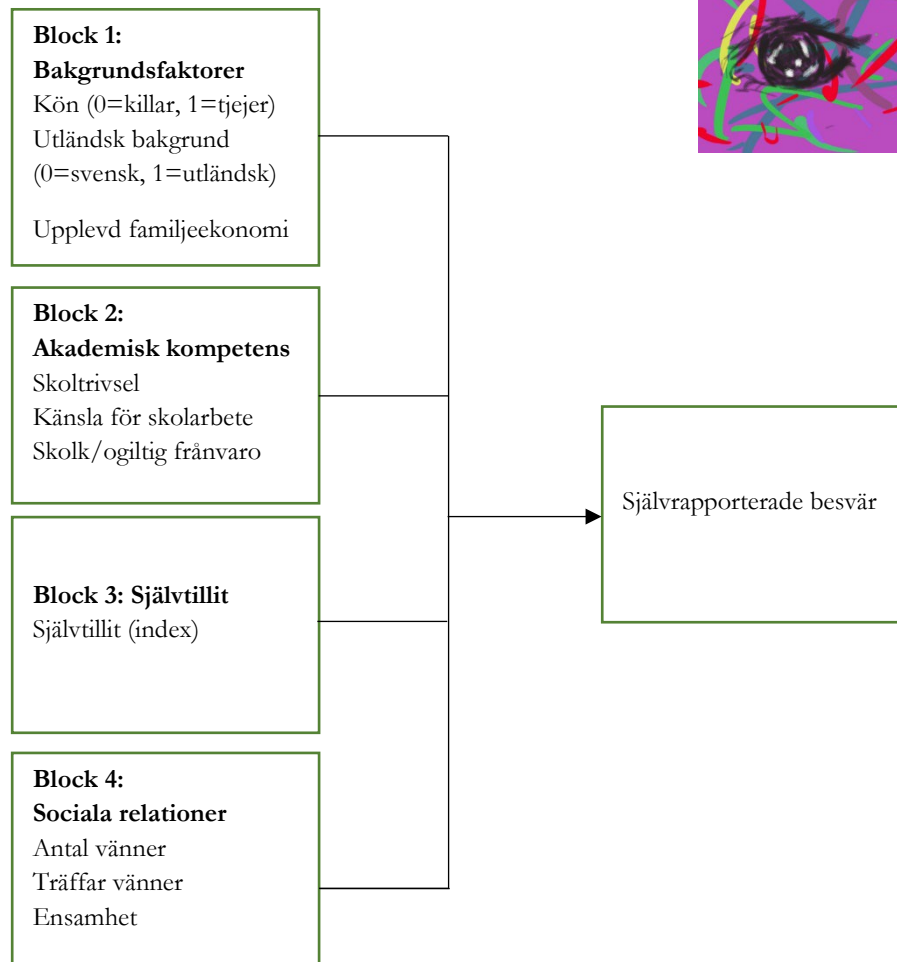


Bild: Astrid Alfengård

RESULTAT

Med hjälp av en multipel regressionsanalys undersöks i det följande om komponenterna i PYD kan förklara graden av rapporterade besvär bland gymnasieungdomar i Kronobergs län. Det handlar således om att inte bara påvisa samvariation mellan variabler utan ambitionen är också att undersöka om det finns ett orsak-verkan-samband mellan variabler, det vill säga om det finns kausalitet. Mer precist om den ena variabeln (x) ändrar värde så förändras också värdet i en annan variabel (y), vilket i detta fall utgörs av ett index av rapporterade besvär som varierar mellan 0 och 100. Med hjälp av regressionen är det möjligt att undersöka hur stark effekten av respektive variabel är – med kontroll för alla andra variabler - på den beroende variabeln (självskattade besvär) och hur mycket av variationen i de självupplevda besvären som kan förklaras av de oberoende variablerna som presenteras i figur 3. Ambitionen är att kunna dra slutsatser om huruvida de studerade komponenterna i PYD orsakar ohälsa i form av rapporterade besvär. Det är viktig kunskap om strävan är att arbeta preventivt och minska graden av besvär bland ungdomar i länet.

För att undersöka om det överhuvudtaget finns intressanta samband mellan de oberoende variablerna och den beroende är ett första steg att redovisa bivariata regressionsanalyser. Det innebär att effekten av de oberoende variablerna, på självskattade besvär, kontrolleras var för sig innan de undersöks i en större statistisk modell. Resultaten från de bivarata regressionerna presenteras i tabell 2 nedan.

Tabell 2: Tabell med förklaringar till självrapporterade besvär i form av bivariata linjära regressioner

Oberoende variabler	Konstant α	SE β	B-koefficient β	R ²	Antal svarande
Kön (kille=0, tjej=1)	42,33	0,764	16,893***	0,142	1477
Utländsk bakgrund (svensk=0, utländsk=1)	50,91	1,154	-0,025	-0,001	1460
Upplevd familjeekonomi	40,71	0,691	6,258***	0,052	1468
Skoltrivsel	33,93	0,779	8,602***	0,078	1422
Känsla inför skolarbete	20,70	0,578	11,420***	0,215	1421
Skolk/ogiltig frånvaro	43,338	0,648	5,064***	0,041	1422
Självttillit	29,514	0,268	5,279***	0,213	1425
Antal tillitsfulla vänner	43,556	0,627	4,716***	0,037	1450
Träffar vänner	45,519	0,696	3,068***	0,013	1417
Ensamhet	31,161	0,454	7,310***	0,153	1431

Kommentar: * = $p > 0,1$, ** = $p > 0,005$, *** = $p > 0,01$

En granskning av de bivariata regressionerna i tabell 2 ovan visar att nio av tio oberoende variabler har statistiskt signifikanta effekter på den beroende variabeln självrapporterade besvär. Det är endast variabeln som rör etnicitet som inte är signifikant. Resultaten från de bivarata analyserna stärker därmed relevansen för den teoretiska modell som prövas i den multivariata regressionen (dvs. när alla oberoende variabler placeras in i den statistiska modellen). En närmare granskning av tabellens resultat visar att vissa variabler verkar vara mer betydelsefulla för graden av självrapporterade besvär än andra. En mer utförlig tolkning av regressionskoefficienterna presenteras i samband med den multivariata analysen. Men redan nu finns skäl att ge exempel på vad de till synes mest betydelsefulla effekterna betyder.

Deltagarnas kön tycks exempelvis vara av mycket stor betydelse för rapporteringen av besvär. Tjejer rapporterar 16,89 procentenheter mer självupplevda besvär än killar, samtidigt som värdet R^2 visar att kön på egen hand förklarar 14,2 procent av variationen av självrapporterade besvär. Ett annat resultat som förtjänar uppmärksamhet är effekten av deltagarnas känsla inför skolarbete. Koefficienten betyder att rapporteringen av besvär i genomsnitt ökar med 11,4 procentenheter för varje steg på x-axeln (mot en ökad stress inför skolarbetet) samtidigt som R^2 visar att denna variabel på egen hand förklarar 21,5 procent av variationen i självrapporterade besvär. Det finns också skäl att lyfta fram variabeln självtillit. Koefficienten ska tolkas på så sätt att för varje steg mot mindre självtillit ökar besvaren med 5,3 procent och R^2 -värdet innebär att självtilliten på egen hand förklarar 21,3 procent av variationen i självrapporterade besvär.

En slutsats som kan dras är att alla variabler i modellen, utom etnicitet som inte är signifikant och därmed utesluts ur den fortsatta analysen, var för sig påverkar ungas rapportering av besvär. Om sambanden även kvarstår när de olika variablerna kontrolleras mot varandra analyseras i en multipel linjär regression. Resultaten presenteras i tabell 3 nedan.

Tabell 3: Förklaringar till rapporterade besvär (linjära regressionsanalyser)

Oberoende variabler	Modell 1: Social bakgrund	Modell 2: Akademisk kompetens	Modell 3: Självtillit	Modell 4: Sociala relationer
	β (SE_{β})	β (SE_{β})	β (SE_{β})	β (SE_{β})
Kön (kille=0, tjej=1)	16,906*** (1,294)	12,410*** (1,051)	10,183*** (1,032)	9,732 (0,998)
Upplevd familjeekonomi	6,289*** (0,658)	4,102*** (0,624)	2,665*** (0,615)	2,342 (0,596)
Skoltrivsel		3,050*** (0,759)	1,635** (0,742)	1,421** (0,718)
Känsla inför skolarbete		7,061*** (0,637)	5,676*** (0,626)	5,570*** (0,605)
Skolk/ogiltig frånvaro		2,833*** (0,583)	3,008*** (0,561)	2,664*** (0,547)
Självtillit			2,938*** (0,278)	2,114*** (0,286)
Antal tillitsfulla vänner				1,320** (0,553)
Träffar vänner				1,175** (0,590)
Ensamhet				3,996*** (0,426)
Justerat R^2	0,202	0,329	0,379	0,421
Antal svarande	1373	1373	1373	1373

Kommentar: * = $p < 0.1$, ** = $p < 0.05$, *** = $p < 0.01$. Siffrorna i tabellen är ostandardiserade β -koefficienter och uttrycken inom parentes är koefficienternas standardfel. Hela regressionsmodellen är i varje modell statistiskt signifikant (variansanalysen, ANOVA, $p < 0.00$).

De fyra regressionsmodellerna (1–4) som presenteras i tabell 3 ovan visar att självskattad ohälsa (indikerat av rapporterade besvär) påverkas av bakgrundsfaktorer i kombination med akademisk kompetens, självtillit och sociala relationer, vilket överensstämmer med de teoretiska utgångspunkterna. Modell 1 visar att de variabler som avser ungas sociala bakgrund – det vill säga kön och upplevd familjeekonomi – tillsammans förklarar 20,2 procent av variationen i självupplevda besvär (se Justerat R^2). Resultaten visar också att tjejer genomgående rapporterar fler besvär än killar, även om skillnaderna minskar när nya variabler tillförs. Med kontroll för andra bakgrundsvariabler rapporterar tjejer i genomsnitt 16,9 procentenheter mer frekvent rapportering av besvär än killar på skalan 0 och 100. Även om skillnaderna minskar när nya kontroller tillförs (jämför modell 2–4) står resultatet fast i alla modellerna och överensstämmer med tidigare forskning som pekar ut tjejer som en mer utsatt grupp än killar.



Bild: Meja Johansson

Modell 1 visar också att unga som upplever familjens ekonomi som sämre uppger en högre grad av besvär än unga som uppfattar familjeekonomin som god. För varje steg på den femgradiga skalan som avser uppfattningar om familjens ekonomi (variabeln är kodad så att höga värden indikerar sämre upplevd familjeekonomi) ökar i genomsnitt frekvensen i rapporterade besvär med 6,289 procentenheter. Vad gäller analysen av bakgrundsfaktorernas effekt på ungas rapportering av besvär i modell 1 är den samlade bedömningen att resultaten är i linje med tidigare forskning. Ekonomiskt utsatta ungdomar samt tjejer rapporterar mer besvär än andra.

I den andra modellen, som tillför variablerna skoltrivsel, känsla inför skolarbete och skolk/ogiltig frånvaro, ökar den förklarade variansen till 32,9 procent (se Justerat R^2). Det innebär att dessa tre variabler ytterligare förklarar 12,7 procentenheter av rapporterade besvär. Med kontroll för tidigare bakgrundsfaktorer har dessa variabler en statistisk signifikant effekt på rapporteringen av besvär. Koefficienten för variabeln skoltrivsel innebär att ju sämre skoltrivsel de uppger desto fler besvär. Resultaten innebär att frekvensen i ungas rapportering av besvär ökar med 3,050 procentenheter för varje steg mot lägre skoltrivsel. Trots att effekten är mindre än i den bivariata regressionsanalysen (jfr tabell 2) är den dock betydande. Till detta kommer ungas upplevelser av skolarbete som, med kontroll för övriga variabler, också har en signifikant effekt på besvär rapportering. För varje steg mot mer upplevd skolrelaterad stress ökar besvär rapporteringen med 7,061 procentenheter. Även skolk/ogiltig frånvaro har betydelse för besvär rapportering. För varje steg mot en ökad frekvens av skolk ökar rapporteringen av besvär med 2,833 procentenheter.

I den tredje modellen som tillför variabeln självtillit, ökar den förklarade variansen till 37,9 procent (se Justerat R^2). Det innebär att indexet, som mäter i vilken grad unga accepterar sig själva och upplever att de duger precis som de är, ytterligare förklarar fem procentenheter av variationen av besvär. Koefficienten innebär att för varje steg mot minskad självtillit ökar besvär rapporteringen med 2,938 procent.

När de tre variabler som mäter sociala relationer sedan tillförs i modell 4 ökar den förklarade variansen med 4,2 procentenheter. Det innebär att modellens slutgiltiga förklaringskraft är 42,1 procent. Vad gäller variabeln som mäter antalet tillitsfulla vänner ska koefficienten tolkas på så sätt att för varje steg mot ett färre antal tillitsfulla vänner så ökar besvären med 1,32 procent. I

vilken grad unga träffar sina vänner har också betydelse för i vilken grad unga rapporterar besvär (för varje steg mot minskad kontakt ökar besvären med 1,175 procentenheter). Upplevd ensamhet har också en signifikant effekt på besvärrapporteringen. Med kontroll för alla övriga variabler visar det sig att besvären ökar med upplevd ensamhet. För varje steg mot ökad

ensamhet som mäts på en femgradig skala ökar rapporteringen av besvär med 3,996 procent.



Bild: Elise Wager

Värt att nämna är att den slutgiltiga regressionsanalysen har en förklaringskraft på 42,1 procent, vilket i sin tur innebär att modellen inte kan förklara 57,9 procent av variationen av besvär bland den grupp unga som studeras. Enkelt uttryckt består resterande procent (dvs. 57,9 procent) av andra faktorer som inte fångades upp av regressionen. Emellertid är 42,1 procent ett relativt högt värde, vilket indikerar att bakgrundsfaktorer och PYD:s komponenter har ett betydande förklaringsvärde på ungas besvärrapportering.

Vad får vi veta av regressionsanalyserna?

Sammanfattningsvis visar resultaten från regressionsanalyserna att den modell som baseras på antagandet att komponenterna i PYD (tillsammans med bakgrundsfaktorer som kön och familjens ekonomi) kan förklara variationer av rapporterade besvär bland ungdomar i gymnasiets andra årskurs i Kronobergs län. Tillsammans med kön och upplevd familjeekonomi påverkar akademisk kompetens, självtillit och sociala relationer hur studiens unga skattar sina besvär. Ett intressant resultat är att kön tycks ha störst betydelse för besvärrapporteringen. Att vara tjej innebär en ökad risk för ohälsa i form av besvär.

Vad gäller komponenterna i PYD är ett intressant resultat att den akademiska kompetensen, i betydelsen skoltrivsel, känsla inför skolarbete och skolk/ogiltig frånvaro, tycks ha störst betydelse för besvärrapportering. En tolkning är att tillvaron i skolan, där unga spenderar större delen av sin vakna tid, är högst avgörande för ungas hälsa. Om fler unga ska få tillgång till en positiv ungdomstid i betydelsen att uppleva färre besvär är det viktigt att unga trivs i skolan, kan hantera sitt skolarbete utan negativ stress samt att eventuell ogiltig frånvaro hålls nere. Det är inte bara viktigt för det egna lärandet, utan det är också ett hälsofrämjande arbete.

Viktigt att betona är att även självtillit och de sociala relationerna ökar förklaringskraften för besvärrapportering i regressionsmodellen, vilket innebär att även dessa komponenter spelar roll för hur unga rapporterar sin hälsa. För att få fler unga att uppleva en positiv ungdomstid behöver ungas självtillit stärkas, vilket hade minskat besvärrapporteringen. Resultaten från regressionen visar också att ju fler tillitsfulla vänner, ju fler kontaktytor och ju mindre ensamma unga upplever sig vara desto färre blir också besvären. En slutsats som kan dras är att kvalitativa sociala relationer inte bara berikar vardagen, utan det bidrar också till en bättre hälsa bland unga.

SLUTSATS

Studien har analyserat på vilket sätt komponenterna i PYD påverkar graden av ungdomars besvärssrapportering. En slutsats som kan dras är att bakgrundsfaktorer som kön och familjens ekonomi, tillsammans med komponenterna akademisk kompetens, självtillit och sociala relationer har betydelse för i vilken grad unga rapporterar besvär. Hela 42,1 procent av variationen i besvärssrapporteringen kan förklaras av de studerade komponenterna.

Bakgrundsfaktorer har störst effekt på besvärssrapporteringen och mer specifikt könstillhörigheten där tjejer har ökad risk för ohälsa. Akademisk kompetens har näst störst effekt på besvärssrapportering och känslan inför skolarbetet (dvs. skolrelaterad stress) påverkar besvaren i störst utsträckning. Även självtillit och sociala relationer har en signifikant betydelse för i vilken grad ungdomar rapporterar besvär. Följaktligen finns det goda skäl att arbeta med positiv ungdomsutveckling för att främja ungas hälsa i Kronobergs län.

DISKUSSION

Studien tog sin utgångspunkt i den oroväckande ökningen av ohälsa i form av psykiska och somatiska besvär bland ungdomar. Ungdomars psykiska ohälsa har blivit en viktig fråga både inom forskning och i den politiska sfären. En gemensam hållning är att den psykiska ohälsan är oroväckande och måste tas på allvar. Istället för att fokusera på ungdomar som ”ett problem” och att lyfta fram riskfaktorer för ohälsa (dvs. ett patogent synsätt) har studiens ambition varit att lyfta fram vad som kan fungera gynnsamt för ungas hälsa, vilket innebär salutogent synsätt. Positiv ungdomsutveckling (PYD) är ett sätt att belysa vad unga mår bra av, vad de bör ha mer av och hur livet kan berikas som ett sätt att främja hälsa och ungas deltagande i samhället. Resultaten från studien visar att akademisk kompetens, självtillit och kvalitativa sociala relationer har betydelse för besvärssrapportering och att stärka dessa aspekter i ungas vardag kan vara ett sätt att arbeta hälsofrämjande.

Avslutningsvis är ambitionen att lyfta en diskussion om möjliga interventioner på policynivå som tjänar ungdomar och deras sociala värld. Ambitionen är inte att presentera specifika insatser, utan att klargöra vad som tycks fungera hälsofrämjande utifrån studiens resultat. Genom att identifiera faktorer som är gynnsamma för ungdomars hälsa är förhoppningen att adekvata och effektiva interventioner som främjar hälsan hos fler unga utvecklas genom ett målinriktat folkhälsoarbete. Viktigt att betona är att arbetet för att främja hälsa behöver ske i samverkan och på flera olika arenor. Offentligt driven verksamheter som exempelvis skolan har naturligtvis en viktig roll, men även familjen och arenor där unga tillbringar sin fritid är förstås viktiga, exempelvis verksamheter som drivs av frivilligsektorn som exempelvis idrotts- eller kulturverksamhet.

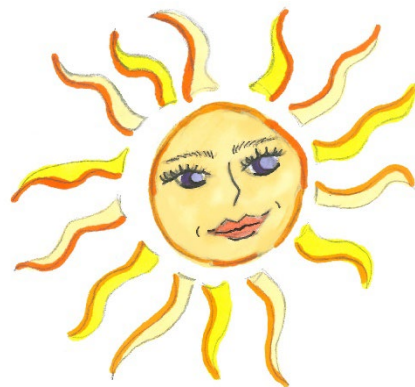


Bild: Ottilia Apraxin

Vad gäller akademisk kompetens har skolan en särskilt viktig roll. Genom att öka skoltrivseln, minska skolstress och skolk skapar vi inte bara bättre förutsättningar för lärande, utan också en bättre hälsa hos våra ungdomar. För att få fler att trivas i skolan och att individen inte utvecklar skolrelaterad stress är det viktigt att skapa en god lärandemiljö och att anpassa kunskaps- och betygskrav till individens utveckling och förutsättningar. Ogiltig frånvaro behöver tas på största allvar och att minska skolk är ett sätt att arbeta hälsofrämjande.

Vad gäller självtillit är ett led i det hälsofrämjande arbetet att få fler ungdomar att tro på sig själva och acceptera sig själva precis som de är. Att stärka självkänslan hos våra ungdomar kan skapa positiva förändringar inte bara för individen och gruppen, men också på samhällsövergripande nivå i form av ökat deltagande och en bättre hälsa i den unga generationen. Att stötta unga att skapa en ökad självtillit kan ske både i skolan, i familjen och på de arenor där unga spenderar sin fritid. Unga som tror på sig själva och sina förmågor rapporterar systematiskt bättre hälsa.

Ytterligare ett sätt att arbeta hälsofrämjande är att stärka ungas sociala relationer till jämnåriga. Att skapa mötesplatser där unga kan mötas och etablera nya kontakter kan vara ett sätt. Ett annat sätt är att minska upplevd ensamhet och arbeta inkluderande på alla arenor där unga befinner sig. Ju större kontaktytor och sociala nätverk unga etablerar desto positivare upplevs ungdomstiden och graden av besvär som unga rapporterar kan minska. Därför är det viktigt att samhället skapar stödjande strukturer för att främja goda relationer mellan unga som ett led i det hälsofrämjande arbetet. Mötesplatser för unga ökar inte bara ungas deltagande i samhället utan bidrar också till ökad hälsa.

Avslutningsvis bör tjejers ökade risk för ohälsa lyftas fram. Att vara tjej ökar risken för ohälsa och det föranleder frågan vad det innebär att vara tjej i vår samtid. Tidigare studier har visat att tjejer har fler sociala förväntningar att leva upp till än killar, vilket kan vara en delförklaring till tjejernas ökade utsatthet (Hiltunen 2017). Att vara tjej innebär en ökad anpassning och undertryckande av egna behov. Det gäller exempelvis att leva upp till ideal kopplat till social status, förtryckande kropps- och smalhetsideal, anpassning till kamratgrupperingars normer för att bli inkluderad och accepterad, nära men mer komplicerad vänskap samt förväntningar om att vara ”duktig” och prestera i skolan (ibid.). Emellertid är det viktigt att inte enbart fokusera på tjejers ökade rapportering av ohälsa eftersom även killar rapporterar oroväckande nivåer av besvär. Snarare handlar det om att skapa gynnsamma sociala världar för både tjejer och killar där alla ges möjlighet att nå sin fulla potential att utvecklas som människa i samklang med en positiv ungdomstid.

REFERENSER

- Bowers, Edmond, P., Li, Yibing, Kiely, Megan, K., Brittian, Aerika, Lerner, Jacqueline, V. & Lerner, Richard, M. (2010). The five Cs model of positive youth development: A longitudinal analysis of confirmatory factor structure and measurement invariance. *Journal of youth and adolescence*, Vol. 39(7):720-735.
- Bremberg, Sven & Dalman, Cristina (2017). Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd – en kunskapsöversikt. Stockholm: Formas, Forte, Vetenskapsrådet och Vinnova
- Costello, Jane E., Mustillo, Sarah, Erkanli, Alaattin, Keeler, Gordon & Angold, Adrian (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. Vol 60:837–844.
- Dey, Michelle, Jorm, Anthony, F. & Mackinnon, Andrew, J. (2015). Cross-sectional time trends in psychological and somatic health complaints among adolescents: a structural equation modelling analysis of 'Health Behaviour in School- aged Children' data from Switzerland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 50(8):1189–1198.
- Dooley, B., Fitzgerald, A. & Mac Giollaibhui, N. (2015). The risk and protective factors associated with depression and anxiety in a national sample of Irish adolescents. *Irish Journal of Psychological Medicine*. Vol. 32: 93–105.
- Folkhälsomyndigheten (2018). Psykisk hälsa bland 11-, 13- och 15-åringar. Resultat från skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Forte (2020). Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – en kunskapsöversikt. Stockholm: Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.
- Haugland, Siren, Wold, Bents, Stevenson Jim, Aaroe Leif Edvard & Woynarowska Barbara (2001). Subjective health complaints in adolescence: a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health*. Vol. 11(1):4–10.
- Hiltunen, Linda (2017). Lagom perfekt. Erfarenheter av ohälsa bland unga tjejer och killar. Lund: Arkiv förlag.
- 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. Växjö: Region Kronoberg.
- Jelicic, Helena, Bobek, Deborah, L., Phelps, Erin, Lerner, Richard, M. & Lerner, Jacqueline, V. (2007) Using positive youth development to predict contribution and risk behaviors in early adolescence: Findings from the first two Waves of the 4-H Study of Positive Youth Development International, *Journal of Behavioral Development*, Vol. 31(3): 263-273
- Lerner, Richard. M., Lerner, Jacqueline. V., Bowers, Edmond, P., & Geldhof, John, G. (2015). Positive youth development and relational-developmental-systems. I: Overton, Willis F., Molenaar, Peter, C.M. & Lerner, Rickard M. (red.) *Handbook of child psychology and developmental science, Theory and method*. Hoboken: John Wiley & Sons (s 607-651)

Lerner, Richard, M., Lerner, Jacqueline, V., Almerigi, Jason, B., m.fl. (2005) Positive Youth Development, Participation in Community Youth Development Programs, and Community Contributions of Fifth grade Adolescents: Findings from the first Wave of the 4-H Study of Positive Youth Development. *Journal of Early Adolescence*. Vol. 25(1):17-71.

Merikangas, Kathleen. R., He, Jian-ping, Burstein, Marcy, Swanson, Sonja, A., Avenevoli, Shelli, Cui, Lihong, m.fl. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the national comorbidity survey replication–adolescent supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Vol. 49: 980–989.

Moore, Kristin, A., Lippman, Laura, & Brown, Brett. (2004). Indicators of child well-being: The promise for positive youth development. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. Special Issue: Positive Development: Realizing the Potential of Youth, Vol. 591(1):125–145.

Novak, Miranda, Parr, Nicholas, J., Feric, Martina, Mihic, Josipa & Kranzelic, Valentina (2021). Positive Youth Development in Croatia: School and Family Factors Associated with Mental Health of Croatian Adolescents. *Frontiers in Psychology*, Vol. 11:1-14.

Patel, Vikram, Flisher, Alan J., Hetrick, Sarah & McGorry, Patrick (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. Vol. 369:1301-1313.

Patton, George C., Sawyer, Susan M., Santelli, John S., Ross, David A. m.fl. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. Vol. 387(10036):2423–2478

Potrebny Thomas, Wiium Nora & Lundegård Moss-Iversen, Margrethe (2017). Temporal trends in adolescents' self-reported psychosomatic health complaints from 1980–2016: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. Vol. 12(11):e0188374.

Zhou, Zheng, Shek, Daniel T.L, Zhu, Xiaoqin & Dou, Diya (2020). Positive Youth Development and Adolescent Depression: A Longitudinal Study Based on Mainland Chinese High School Students. *International Journal of Environment Research and Public Health*. Vol. 17(4457):1-15.

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.

