

## Ekonomiskt utsatta ungdomar

– Sambandet mellan familjers socioekonomiska status och ungdomars psykosomatiska besvär och självupplevda kompetens

Magisteravhandling i Utvecklingspsykologi

Anna Nygård-Juslin, 37309

Handledare: Patrik Söderberg

Fakulteten för pedagogik och  
välfärdsstudier

Åbo Akademi i Vas

Våren 2019

## Abstrakt

**Syfte:** Syftet med den här studien är att undersöka hur familjers socioekonomiska status (SES) påverkar ungdomars psykiska och fysiska välbefinnande (i form av psykosomatiska symptom) och självupplevda kompetens (i form av akademisk, social och emotionell kompetens). Studien undersöker också om det finns eventuella könsskillnader i sambandet mellan SES och psykosomatiska symptom och självupplevd kompetens.

**Metod:** Hösten 2016 deltog 1782 elever på årskurs 9 från 25 grundskolor i Österbotten i forskningsprojektet Ungdomsenkäten. Samplet bestod av 898 flickor, 858 pojkar och 26 personer som inte uppgav kön (dessa uteslöts ur studien). Medelåldern bland respondenterna var 15 år ( $m = 15$ ,  $sa = 0,10$ ). Av respondenter hade 995 svenska som skolspråk och 761 respondenter hade finska som skolspråk. Socioekonomisk status (SES) mättes enligt ungdomarnas subjektiva upplevelse över familjens ekonomi och kategoriserades som *låg*, *medelhög*, *hög* och *väldigt hög SES*. Föräldrarnas utbildningsnivå mättes enligt en skala med tre kategorier: A) Båda föräldrarna har högskoleexamen, B) En av föräldrarna har högskoleexamen, eller C) Ingen av föräldrarna har högskoleexamen. Psykosomatiska symptom mättes med en egengjord skala enligt *The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8)* (DSM-IV) och självupplevd kompetens med sina tre dimensioner, akademisk, social och emotionell kompetens mättes med *Self-Efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C)* (Muris, 2001).

**Resultat:** Undersökningen påvisade ett signifikant samband mellan hög socioekonomisk status och färre psykosomatiska symptom och högre självupplevd akademisk, social, och emotionell kompetens. Vad gäller könsskillnader beträffande psykosomatiska besvär och självupplevd kompetens visade undersökningen att flickor upplevde fler psykosomatiska besvär och rapporterade signifikant lägre emotionell kompetens än pojkar. Studien visade att ungdomar med *låg* och *medelhög SES* rapporterade mera psykosomatiska besvär och mindre självupplevd kompetens än övriga, ungdomar med *hög SES* rapporterade färre psykosomatiska besvär och högre självupplevd kompetens, medan ungdomar med *väldigt hög SES* rapporterade minst psykosomatiska besvär och högst självupplevd kompetens. Studien fann ingen interaktionseffekt mellan kön, skolspråk, socioekonomisk status och föräldrars högskoleexamen.

**Diskussion:** Studien fann att ungdomar från olika socioekonomiska grupper rapporterade olikheter gällande psykosomatiska besvär och självupplevd kompetens. Vidare forskning behövs för att kunna styrka vad denna skillnad beror på. Genom sådan forskning kan effektiva åtgärder struktureras för att minska på gruppskillnader mellan de socioekonomiska grupperna.

**Sökord:** socioekonomisk status (SES), ungdom, familjeekonomi, psykosomatiska symptom, självupplevd kompetens, akademisk kompetens, social kompetens, emotionell kompetens.

**Keywords:** socioeconomic status (SES), adolescent, family-economic, psychosomatic symptom, self-efficacy, academic self-efficacy, social self-efficacy, emotional self-efficacy.

# Innehållsförteckning

1 Inledning .....	1
1.1 Begrepp .....	2
1.1.1 Absolut och relativ fattigdom .....	2
1.1.2 Socioekonomisk status (SES) .....	3
1.1.3 Psykosomatiska besvär .....	4
1.1.4 Självupplevd kompetens .....	5
1.2 Teoretisk referensram .....	8
1.2.1 Familjeekonomi i Finland .....	8
1.2.2 Familjestress-modellen .....	10
1.2.3 Bronfenbrenners ekologiska systemteori .....	12
1.3 Tidigare forskning .....	14
1.3.1 SES och psykosomatiska besvär .....	14
1.3.2 SES och självupplevd kompetens .....	15
1.4 Syfte, hypoteser och frågeställningar .....	18
2 Metod .....	19
2.1 Sampel .....	19
2.2 Instrument .....	19
2.3 Procedur (statistiska analyser) .....	21
2.4 Mätinstrumentens reliabilitet och validitet .....	22
2.5 Etiska överväganden .....	22
3 Resultat .....	23
3.1 Deskriptiv statistik .....	23
3.2 Korrelationsanalyser .....	27
3.3 Multivariansanalys (2x2x3x4 MANOVA) .....	28
3.3.1 Psykosomatiska besvär .....	31
3.3.2 Självupplevd akademisk kompetens .....	31

3.3.3 Självpupplevd social kompetens.....	32
3.3.4 Självpupplevd emotionell kompetens.....	33
4 Diskussion.....	34
4.1 Resultatdiskussion .....	34
4.1.1 SES och psykosomatiska besvär.....	34
4.1.2 SES och självpupplevd kompetens.....	36
4.2 Metoddiskussion.....	39
4.3 Förslag till fortsatt forskning och konklusion .....	40
Referenser .....	43

## 1 Inledning

Fattigdom bland barn och barnfamiljer har varit ett aktuellt ämne i samhällsdebatten under 2010-talet. Ett av de fem huvudmålen i EU:s strategi för år 2020 (*The Europe 2020 Strategy*) är att hjälpa minst 20 miljoner människor ur fattigdom och social uteslutning innan år 2020 (European Commission, 2010). Finland har förbundit sig till att hjälpa 150 000 finländare ur fattigdom och utanförskap innan år 2020 (European Commission, 2010; Eskelinen & Sironen, 2017). Antalet människor inom EU som riskerar att hamna i fattigdom och social uteslutning har i motsats till strategin bara ökat sedan år 2010, från 115,9 miljoner människor som lever i fattigdom till 118 miljoner människor år 2016 (EAPN Europe, 2016). År 2016 befann sig 26 % av barn och ungdomar i Europa inom riskzonen för fattigdom (Eurostat, 2017). Faktum är att redan år 2000 införde EU Lissabonstrategin där målet var att på ett ”avgörande sätt försöka utrota fattigdom” fram till år 2010 (Svärd, 2012). Detta uppfylldes inte år 2010 och den nya strategin sattes med målet att detta sker innan år 2020.

Konsekvenserna av ekonomiska svårigheter är vida utbredda och innefattar bland annat marginalisering, fysisk och psykisk ohälsa, dåliga bostadsförhållanden, kriminell utsatthet och också utövandet av kriminella handlingar (Eskelin & Sironen, 2017). Institutet för hälsa och välfärds undersökningar visar att fattigdom i småbarnsfamiljer är den mest kritiska formen av fattigdom, eftersom den tenderar att överföras från föräldrar till barn och följa med barnet till vuxen ålder (Gornick & Jäntti, 2012; Karvonen & Salmi, 2016). Fattigdom bland barn, ungdomar och barnfamiljer i Finland ligger mellan 10–15 %, beroende på källa (Nielsen et al., 2015; Karvonen & Salmi, 2016; Rädda Barnen, 2018). Samtidigt är det inom den här gruppen som den kraftigaste ökningen har skett under de senaste åren. Detta är oroväckande.

Syftet med den här avhandlingen är att undersöka hur Österbottniska ungdomars socioekonomiska status påverkar ungdomens psykosomatiska symptom och självupplevda kompetens. Härnäst presenteras centrala begrepp för avhandlingen, teoretiska referensramar och tidigare forskning inom ämnet. Därefter, i kapitel 2, beskrivs metodologiska överväganden, studiens sampel och analysmetod. I kapitel 3 presenteras resultaten av analyserna, och avslutningsvis i kapitel 4 diskuteras resultaten i relation till tidigare forskning och studiens styrkor och svagheter, samt förslag på fortsatt forskning och råd till fältet.

## 1.1 Begrepp

I det här kapitlet presenteras de centrala begreppen som används i den här avhandlingen.

### 1.1.1 Absolut och relativ fattigdom

Enligt Spicker (2007) kan man närma sig begreppet *fattigdom* från olika synvinklar och utifrån dessa synsätt få olika svar på vad fattigdom är. Detta gör att det inte finns någon enhetlig allmänt erkänd definition på begreppet *fattigdom*. Däremot kan man göra två distinktioner inom begreppet (Swärd, 2012).

Den första distinktionen är skillnaden mellan fattigdom som politisk dimension och individuell dimension (Swärd, 2012). Inom den politiska dimensionen finns det inkomstnivåer som definierar om en person är fattig, till följd av dessa riktlinjer har individen också rättighet till en minimiinkomst (som kan betalas i form av sociala stöd från staten). Inom den politiska dimensionen har individen också rättighet till bland annat hälsovård, skolgång och bostad. Alla dessa rättigheter är resultat av politiska beslut och avspeglar inte individens verkliga behov eller egna uppfattning om sin ekonomiska situation. Den individuella dimensionen däremot ser till varje individs upplevelse och möjlighet att tillgodose sina egna behov. I kontrast till den politiska dimensionen kan arbetsföra och friska människor som lever i ett välfärdssamhälle ändå uppleva sig som fattiga och socialt utsatta, till exempel p.g.a svårigheter att komma in på arbetsmarknaden, bosatt inom ett segregerade områden, känsla av utanförskap eller avsaknad för tilltro till samhället. Den individuella dimensionen beskriver *fattigdom* inte bara som ett materiellt eller ekonomiskt tillstånd, utan fokuserar också på faktorer som t.ex. gemenskap, utbildning, miljö och påverkningsmöjligheter.

Som en följd av den politiska dimensionen finns det inkomstgränser i samhället som skiljer på de fattiga och icke fattiga (Swärd, 2012). Dessutom kan antalet fattiga i ett land regleras som en följd av dessa gränser. Låga inkomstgränser som definierar *fattigdom* ger statistiskt sett färre fattiga än om gränserna vore högre. För att reglera detta används idag absoluta och relativa gränser för *fattigdom*.

Den andra distinktionen som kan göras inom *fattigdom* är fattigdom som ett individuellt bekymmer och fattigdom som ett socialt problem (Swärd, 2012). Fattigdom kan alltid ses som ett individuellt bekymmer eftersom det är individen själv i första hand som upplever konsekvenser av sin egen ekonomiska situation. Fattigdom är å andra sidan, också ett socialt problem och har negativa följder för samhället, eftersom det skapar orättvisor och konflikter.

Det i sin tur leder till andra typer av problem som för med sig kostnader för samhället, t.ex. kriminalitet, missbruk eller psykisk ohälsa.

*Absolut fattigdom* mäter fattigdom i relation till mängden pengar som behövs för att tillgodose en individs basbehov, såsom mat, kläder och bostad (European Anti Poverty Network (EAPN), 2009; UNESCO, 2017). *Absolut fattigdom* tar inte i beaktande problem som livskvalitet eller övergripande orättvisor i samhället. På grund av detta återspeglar begreppet *absolut fattigdom* bara en del av problemet med att vara fattig. Om man endast ser till de kriterier som ställs för *absolut fattigdom* förbiser man att människan också har sociala och kulturella behov som påverkas i och med fattigdom.

Som en förlängning till begreppet *absolut fattigdom* utvecklades begreppet *relativ fattigdom*, som mäter fattigdom utgående från den rådande levnadsstandard som finns i ett samhälle (UNESCO, 2017). Om en individ inte kan leva upp till den rådande standard som finns i ett givet socialt sammanhang, t.ex. landets levnadsstandard, klassificeras individen som fattig (EAPN, 2009; UNESCO, 2017). Kritik har riktats mot båda begreppen, eftersom de båda är starkt kopplade till inkomster och konsumtion (UNESCO, 2017).

Inom Europeiska unionen används också begreppet *inom riskzonen för fattigdom* (eng. *at risk of poverty*) (EAPN, 2009). Den här risken uppstår för de hushåll som har inkomster som understiger 60 % av medianinkomsten i det medlemsland som individen befinner sig i (Svärd, 2012).

### 1.1.2 Socioekonomisk status (SES)

Socioekonomisk status (SES) är den sociala ställning eller klass som en individ eller grupp har i samhället (American Psychological Association, herefter APA, 2018). Grupper med låg socioekonomisk status har sämre tillgång till resurser överlag och saknar även i övrigt privilegier, makt och kontroll. Socioekonomisk status mäts oftast som en kombination av utbildning, inkomst och sysselsättning. Socioekonomisk status går att mäta i absolut och relativ SES. Absolut SES mäter föräldrarnas utbildning och sysselsättningsgrad. Relativ SES mäter materiella resurser och hur individen själv uppfattar familjens socioekonomiska ställning (APA, 2018).

För att mäta SES har The Health Behavior in School-Aged Children (HBSC, 1997) utformat en skala, *Family Affluence Scale (FAS)*. FAS mäter socioekonomisk status på ett omfattande sätt och tar fasta på såväl föräldrarnas utbildning och sysselsättning samt familjens materiella välstånd överlag, konsumtionsmönster och köpkraft (Currie et al., 1997; Hartley,

Levin & Currie, 2016). FAS som skala inkluderar förutom de traditionella frågorna om föräldrarnas utbildning och sysselsättning också frågor om de materiella resurser som en familj har, familjens konsumtionsmönster och dess köpkraft. FAS mäter både absolut och relativ SES.

### *1.1.3 Psykosomatiska besvär*

Psykosomatiska besvär är fysiska besvär som uppkommer som ett symptom på något som oroar eller på annat sätt påverkar individen negativt (Alfven, 2016). Psykosomatiska besvär påverkar vardagen negativt och kan också orsaka andra hälsoproblem (Alfven, 1999,2016; Haugland & Wold, 2001)

Psykosomatiska symptom hos barn och unga kan påminna om många olika sorters sjukdomstillstånd (Alfven, 1999, 2016). Psykosomatiska symptom hos barn och unga som Alfven nämner är bland annat: trötthet, yrsel, huvudvärk, illamående, aptitnedsättning, kräkningar, sväljsvårigheter, andningssvårigheter, hjärtklappning, magont, ryggont, ont i benen, diarré och förstoppning. Vanligaste rapporterade psykosomatiska symptom hos ungdomar är huvudvärk (70 % hos äldre skolbarn) (Deubner, 1977; Sillanpää, 1983; Roth-Isigkeit et al, 2004). Psykosomatisk huvudvärk, så kallad spänningshuvudvärk, uppträder ofta hos barn och unga när de upplever stress från skolarbetet, vid konflikter eller vid mera allmän stress (Larsson, 1988).

Psykosomatiska symptom är kroppens stressreaktion på något som sker i individens liv. I grunden är stressreaktionen lika hos barn och vuxna, skillnaden är att vuxna är mera stresståliga än barn (Alfven, 1999). Samma reaktioner sker i kroppen vid stress oberoende ålder. Reaktionerna sker i det centrala och autonoma nervsystemet, i muskelapparaturen, i hjärtat och i mag- och tarmkanalen (Alfven, 1999; Eriksen & Ursin, 2002). Det som skiljer sig åt beroende på ålder är vilka psykosomatiska symptom som uppkommer som en följd av en stressreaktion. Förskolebarn och yngre skolbarn reagerar ofta med symptom i magen, medan tonåringar ofta reagerar med huvudvärk. Tarmbesvär är ett symptom som återfinns i alla åldrar (Alfven, 1999).

Psykosomatiska besvär är en viktig aspekt när det kommer till att se till ungdomens hälsa, eftersom psykosomatisk smärta är så mycket mer än bara värk i en kroppsdel. I dagens samhälle spelar psykosociala dimensioner en stor roll i fastställandet av hälsa eller ohälsa, speciellt för barn och ungdomar, eftersom de oftast är fria från fysiska sjukdomar, men ändå tenderar att uppvisa psykosomatiska eller psykiska symptom (Link & Phelan, 1995; Piko, Barbaas & Boda, 1997; Egger, Costello, Erkanli & Angold, 1999; Eminson, 2007).



Under det senaste årtiondet har psykosomatiska symptom, som huvudvärk, magont, värk i axlar och nacke ökat bland ungdomar (Janson, 2001; Karvonen, Vikat & Rimpelä, 2005). Ökningen har skett hos båda könen och de allra vanligaste rapporterade symptomen är magont och huvudvärk. I en undersökning gjord 2002 av Health Behavior in school-aged children, kom det fram att mellan 20-30 % av pojkar i åldern 11-15 år upplevde psykosomatiska besvär varje vecka. För flickor var samma siffra mellan 30-40 %. För båda könen har antalet upplevda psykosomatiska symptom stigit jämt sedan 1980-talet (Hjern A., 2006).

#### *1.1.4 Självpupplevd kompetens*

Albert Bandura beskriver kompetens som en komplex kapacitet att organisera olika förmågor som t.ex. kognitiva och sociala förmågor till en enda handlingsplan som stöder individens mål (Bandura, 1986). Exempelvis innebär social kompetens att individen kan samspela med andra, fungerar bra i olika sociala sammanhang och grupper. Individen lyssnar och kan upprätthålla en god kommunikation med andra människor. Akademisk kompetens innebär att individen känner sig lugn och självsäker inför att lära sig nya uppgifter och litar på sin egen förmåga att uppta ny information. Emotionell kompetens innefattar individens förmåga att upptäcka och förstå sina egna känslor och förstå samverkan mellan känslor, tankar och handlingar. Med emotionell kompetens menas också att individen kan uttrycka sina känslor på ett allmänt godtagbart sätt och kan kontrollera starka impulser som uppkommer som en följd av starka känslor.

För att utföra en uppgift krävs det både skicklighet och en tro på sin egen förmåga att lyckas. Självpupplevd kompetens (eng. *self-efficacy*) definieras enligt Bandura (1986) som ”*människans omdöme av sin egen kapacitet för att organisera och använda inre handlingsplaner för att utföra en uppgift, vars resultat är beroende av den självupplevda kompetensen*”. Det vill säga tron på den egna förmågan att slutföra uppgifter och att nå mål. Enligt Bandura har självupplevd kompetens inget med personens verkliga sakkunskaper att göra utan snarare med den egna bedömningen över vad varje person är kapabel till att utföra med den sakkunskap som man besitter. Enligt Bandura (1986) kan den självupplevda kompetensen vara hög trots att det finns brister i individens verkliga sakkunskap.

Självpupplevd kompetens är enligt Linnenbrink & Pintrich (2002) inte situationsanpassad utan snarare ett stabilt karaktärsdrag hos individer. Självpupplevd kompetens ska inte förväxlas med självkänsla eller självuppfattning. Självpupplevd kompetens är en uppgiftsinriktad utvärdering, medan de två övriga begreppen reflekterar en mera generell utvärdering av jaget.

Enligt Bandura (1986, 1998) baserar sig självkännedom om sin egen kompetens på fyra huvudsakliga informationskällor. Den första och mest inflytelserika är de egna uppvisade förmågorna och prestationerna. Framgång skapar positiv självupplevd kompetens, medan upprepade misslyckanden sänker den självupplevda kompetensen. Speciellt kritiskt är det om misslyckanden sker tidigt i processen och inte är en konsekvens av låg insats eller externa omständigheter. Den andra informationskällan för självupplevd kompetens är inspiration av andras åtaganden. Genom att se andra individer som man identifierar sig med lyckas, får man en tro på att man själv också kommer att klara liknande åtaganden. Den tredje informationskällan för självupplevd kompetens kommer från andra individers beröm över åtaganden man klarar av. Till exempel olika former av social påverkan, som t.ex. verbal uppskattning eller uppskattning som visas genom handlinga. Den fjärde informationskällan för självupplevd kompetens är olika fysiologiska tillstånd som individen befinner sig i. Till en viss del kommer individen att bedöma sin kompetens utifrån sina fysiologiska styrkor och svagheter. Också individens emotionella tillstånd kommer att påverka den självupplevda kompetensen.

Enligt Bandura (1986) är människan mera benägen att åta sig uppgifter som känns bekväma och trygga för individen än uppgifter som känns svåra och främmande. Däremot kommer en individ med hög självupplevd kompetens att lättare ta sig an främmande och svåra uppgifter. Hen tror på sin egen förmåga att klara dessa uppgifter trots att de är en utmaning att utföra.

Enligt Bandura (1997) har utvecklingen av den självupplevda kompetensen under ungdomsåren en nyckelroll till individens livsval och beslut för framtiden. Ungdomens tro på sin egen sociala och akademiska kompetens påverkar såväl ungdomens emotionella välmående samt utveckling. En longitudinell studie gjord av Bandura (1999) indikerar att låg självupplevd kompetens är en riskfaktor för utvecklingen av depression hos ungdomen. Hög självupplevd kompetens däremot verkar som en skyddsfaktor för individer att överkomma svåra och krävande utmaningar i olika situationer (Schwarzer, 1992). Självupplevd kompetens är en viktig egenskap för att upprätthålla en god mental hälsa (Barry, 2009; YoungHo, 2011).

Till begreppet självupplevd kompetens hör tre olika dimensioner. Självupplevd *akademisk kompetens* och självupplevd *social kompetens* är framtagna av Bandura (1986). Peter Muris (2001) inkluderade begreppet självupplevd *emotionell kompetens* till teorin och skapade också en skala för att mäta barn och ungdomars självupplevda kompetens. Self-Efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C) mäter alla tre dimensioner av självupplevd kompetens; akademisk kompetens, social kompetens och emotionell kompetens.

#### 1.1.4.1 Självpupplevd akademisk kompetens

Självpupplevd akademisk kompetens innefattar individens upplevda kapacitet att hantera frågor och utmaningar som rör inläring (Muris, 2001). Utmaningarna kan t.ex. vara att behärska sitt eget inlärningsbeteende, att förstå och lära sig ny information inom olika ämnen och att uppfylla de akademiska krav och förväntningar som ställs på individen. En viktig komponent för bland annat studiemotivation eller motivation i arbetet är den självupplevda akademiska kompetensen (Linnenbrink & Pintrich, 2002). Forskning har visat att det finns ett positivt samband mellan självupplevd akademisk kompetens och höga nivåer av prestation och inläring.

Forskning har vidare visat att självupplevd akademisk kompetens inte är beroende av verkliga kognitiva förmågor (Collins, 1982). I ett experiment, lett av Collins (1982), deltog barn som ansåg sig ha låg eller hög självupplevd akademisk kompetens inom tre olika nivåer av matematiskt kunnande. Experimentet visade att barn inom alla nivåer som hade hög självupplevd akademisk kompetens var snabbare på att kassera strategier som inte fungerade, löste fler problem, valde att göra om uppgifter som de misslyckades med (och gjorde detta mera exakt) än barn från samma matematiska kunskapsnivå, men som tvivlade på sin egen kompetens. Studien visade att individer som presterar svagt inom akademiska uppgifter gör detta delvis på grund av verklig brist på sakkunskap och delvis på grund av brist på självupplevd akademisk kompetens. De kan alltså besitta sakkunskapen men innehar inte förmågan att optimera kunskapen som behövs för uppgiften, på grund av låg självupplevd akademisk kompetens (Bandura, 1997).

#### 1.1.4.2 Självpupplevd social kompetens

Begreppet självupplevd social kompetens innebär individens egen upplevda kapacitet att handskas med sociala utmaningar, t.ex. uppfattningen om att kunna skapa jämlika och varaktiga relationer (Muris, 2001). Ungdomar som är säkra i sin sociala kompetens är bättre på att skapa och upprätthålla stödjande vänskapsband, än ungdomar som tvivlar på sin sociala kompetens (Wheeler & Ladd, 1982; Connolly, 1989). För att kunna bilda stödjande kamratrelationer krävs det att ungdomen upplever sig ha social kompetens (Bandura, 1997; Muris, 2001). Samtidigt fungerar stödjande kamratrelationer som en bidragande faktor för ungdomens självupplevda sociala kompetens.

#### 1.1.4.3 Självupplevd emotionell kompetens

Begreppet emotionell kompetens är relativt nytt inom teorin självupplevd kompetens. År 2001 lade Muris till aspekten för att få en heltäckande uppfattning av begreppet självupplevd kompetens (med stöd från Albert Banduras forskning (1999)). Emotionell kompetens syftar till individens självupplevda kapacitet att handskas med sina känslor och att förstå sambandet mellan känslor, tankar och handlingar. Det är främst den egna kapaciteten att handskas med negativa känslor som är i fokus, eftersom negativa känslor skapar problem hos individen om man inte har strategier för att handskas med dem (Muris, 2001).

### 1.2 Teoretisk referensram

I det här kapitlet presenteras de teoretiska referensramarna som används i den här avhandlingen. Inledningsvis presenteras ett historiskt perspektiv på familjeekonomi i Finland, följt av Conger med fleras (1994) familjestress-modell och Bronfenbrenners ekologiska systemteori (1979).

#### 1.2.1 Familjeekonomi i Finland

Det är stora skillnader mellan EU-länderna gällande andelen av befolkningen som befinner sig i riskgruppen för att drabbas av fattigdom och social uteslutning (EAPN Europe, 2016). I Finland, Danmark, Nederländerna och Österrike befinner sig mellan 13–18 % av befolkningen inom riskzonen för att drabbas av fattigdom, medan samma siffra för länder som Grekland, Bulgarien och Rumänien är över 35 % (Eurostat, 2018). I Norden är andelen fattiga barnfamiljer störst bland familjer med barn under 6 år (Gornick & Jäntti, 2012). Det är 30 % större risk att dessa är fattiga än övriga barnfamiljer i Norden. Enligt Institutet för hälsa och välfärd i Finland (2016) är orsaken till fattigdom bland barnfamiljer bland annat arbetslöshet, knapp utbildning och förändringar i arbetslivet. Också politiska beslut, som förändringar i beskattningen och i olika avgifter och nedskärningar inom samhällsstödet, har drabbat barnfamiljer och deras ekonomi negativt.

Under 2016 var låginkomsttagare i Finland 11,8 % av befolkningen (Statistikcentralen, 2017). Under de år som inkomststatistik har samlats in i Finland var det flest låginkomsttagare år 1966, då andelen var 18,6 % av befolkningen. Det lägsta antalet låginkomsttagare var under depressionsåret 1993, då endast 7,2 % av befolkningen räknades som låginkomsttagare. Siffran kan förvåna eftersom det året var ett ekonomiskt svårt år för Finland, med hög arbetslöshet och

sänkta löner i landet (Statistikcentralen, 2017). Den låga siffran beror dock på att medelinkomsterna sjönk snabbt och att klyftorna mellan inkomsterna blev mindre, som en följd av den ekonomiska krisen. Vidare gjordes en longitudinell studie i Finland, (Leionen, 2004), med syfte att undersöka hur den ekonomiska krisen påverkade föräldraskapet och det i sin tur barnets mentala hälsa. Studien följde med barn som var födda år 1981 tills de var 12 år gamla år 1994. Två mätningar gjordes, den första när barnen var 8 år gamla och den andra när barnen var 12 år gamla. Studiens resultat visade att familjens ekonomiska bekymmer påverkade såväl föräldrarnas som barnets mentala hälsa negativt. Också parrelationen mellan föräldrarna påverkades negativt och föräldraskapets kvalitet. Så trots att det statistiskt sett fanns minst långinkomsttagare genom tiderna i Finland år 1993, påverkades familjerna och framförallt barnens mentala välmående negativt, som en följd av de ekonomiska svårigheterna under samma tid. Det här visar på hur komplext *fattigdoms*-begreppet är och hur svårt det kan vara att mäta det.

Antalet barn som lever i låginkomsthushåll har efter 1990-talet stigit, för att sedan mellan åren 2012 och 2016 stagnera till en jämn nivå (Statistikcentralen, 2017). Enligt Karvonen & Salmi (2016) ligger fattigdom bland barn och barnfamiljer i Finland på cirka 10 %. I en studie gjord av Nielsen et al. (2015) befann sig 12 % av ungdomarna i Finland inom den lägsta socioekonomiska gruppen (mätt enligt FAS). I en undersökning gjord av Rädda Barnen var samma siffra för Finland år 2018 15 %. På basen av de här olika undersökningarna kan vi anta att antalet barnfamiljer som år 2018 är fattiga i Finland ligger mellan 10-15 %. Fattigdomsriskerna är större bland ensamstående föräldrar i Finland, där 22 % är fattiga, jämfört med familjer där det finns två vårdnadshavare, där är samma siffra 11 % (Jäntti, 2006). Statistikcentralen (2017) uppskattar att cirka 100 000 barn i Finland lever i låginkomsthushåll. Jämfört med EU-länderna ligger Finland under medeltalet för antalet fattiga barnfamiljer (Jäntti, 2010).

Enligt Rädda Barnens enkät 2015 upplevde 80 % av finländska barn från familjer med låg socioekonomisk status sina hobbymöjligheter som begränsade. Vidare rapporterade 70 % av barnen att de blivit tvungna att sluta med en hobby p.g.a. familjens dåliga ekonomiska situation och över hälften av barnen har inte haft möjlighet att delta i t.ex. födelsedagskalas, som en följd av familjens dåliga ekonomi. Över hälften av barn från familjer med låg socioekonomisk status har blivit mobbade på grund av familjens fattigdom. Dessa barn hade också i större utsträckning än andra barn, uppfattningen att ingen lyssnar på dem och att de inte har några påverkningsmöjligheter i skolan, inom sina fritidsintressen eller i sin närmiljö.

Bakom fattigdom i barnfamiljer ligger oftast arbetslöshet, låg utbildning och förändringar i arbetslivet. Föräldrar i fattiga barnfamiljer har historiskt sett i Finland oftast haft

en låg utbildning, men under de senaste åren har det noterats att det oftare än tidigare finns en förälder med hög utbildning i fattiga barnfamiljer (Karvonen & Salmi, 2016). Det här visar på att den tidigare skyddsfaktorn, hög utbildning, inte längre lika automatiskt skyddar mot familjefattigdom som tidigare.

### 1.2.2 Familjestress-modellen

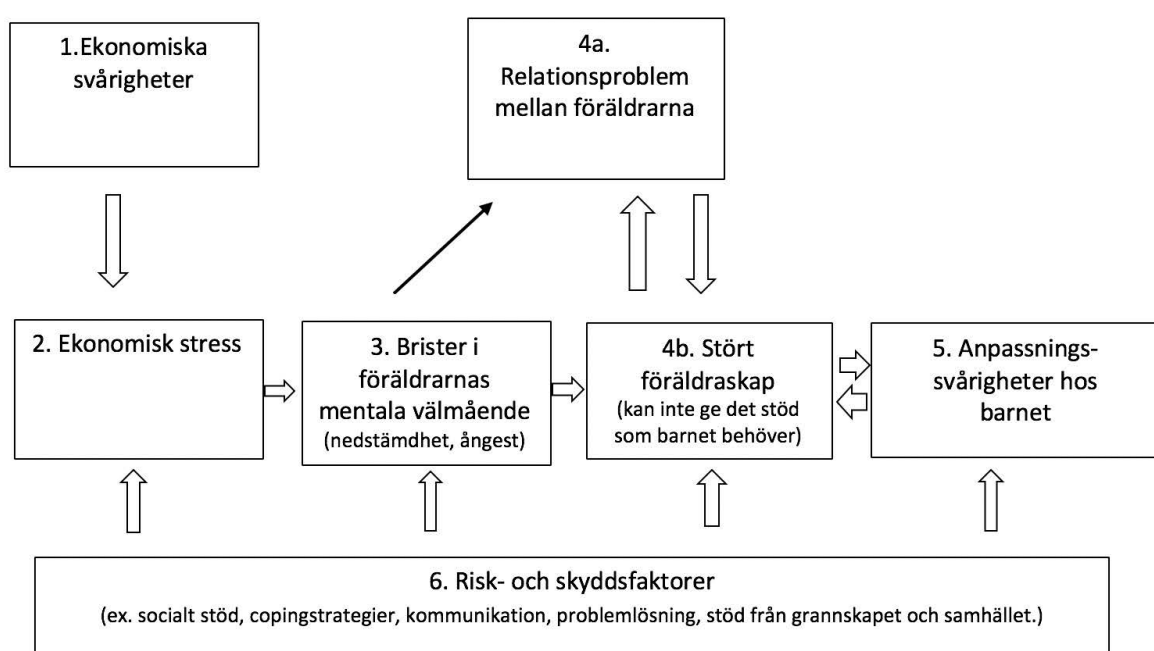
Ekonomiska svårigheter inom barnfamiljer kan få psykosociala konsekvenser, såsom problem i parrelationen och att föräldrarna oroar sig över föräldraskapet och barnen (Karvonen & Salmi, 2016). Det i sin tur påverkar barnets utveckling och mentala välbefinnande (Conger et. al., 1994; Leinonen, 2004; Karvonen & Salmi, 2016). För den här problematiken presenteras Familjestress-modellen (Conger et. al., 1994).

Familjestress-modellen visar på sambandet mellan ekonomisk stress inom familjen och psykiska symptom hos barnet, både emotionella symptom och beteendesympom. Den så kallade familjestress-modellen (eng. *Family Economic Stress Model, FESM*) går enligt Conger med kollegor att tillämpa på båda könen och avspeglas på samma sätt hos både mödrar, fäder, söner och döttrar.

Enligt familjestress-modellen skapar ekonomiska svårigheter en stress inom familjen (se Figur 1). De ekonomiska svårigheterna kan bero på låg inkomst, höga utgifter eller höga skulder (Conger et al., 2002). Den ekonomiska stressen som familjen upplever kan innebära en oförmåga att tillgodose baskraven för levernet (t.ex. inte tillräckligt med pengar för mat eller kläder), en oförmåga att betala räkningar eller en omöjlighet att få det att gå ihop ekonomiskt till månads slut.

Enligt Conger et. al. (2002) påverkar ekonomisk stress föräldrarnas psykiska välmående negativt (t.ex. i form av nedstämdhet, oro och ångest). Också relationen mellan föräldrarna påverkas negativt (t.ex. i form av konflikter och aggression). På grund av den ekonomiska stressen som tär på föräldrarnas mentala hälsa och relationen mellan föräldrarna, har föräldern inte de resurser som krävs för att ge det stöd och den trygghet som barnet behöver. Konflikterna och den negativa stämningen mellan föräldrarna har en tendens att ”spilla över” till interaktionen mellan föräldern och barnet. Congers et al. forskning (1994) visade att en högre grad av irritation och konflikter mellan föräldrarna har ett samband med större fientlighet från föräldrarnas sida gentemot barnet. Detta beteende från föräldrarna ökade såväl de emotionella problemen och beteendeproblemen hos barnet.

Inom familjestress-modellen finns det både risk- och skyddsfaktorer. För föräldrarna är skyddsfaktorerna bland annat stöd i föräldraskapet, effektiva copingstrategier, fungerande kommunikation, effektiv problemlösning och stöd från samhället & grannskapet (Conger & Conger, 2002; Leinonen, 2004). Riskfaktorer är det samma som avsaknaden av de ovannämnda skyddsfaktorerna. För barnet är skyddsfaktorerna bland annat stöd från föräldrar, syskon och andra vuxna utanför familjen. För att underlätta övergången från barn till ungdom är en viktig faktor vårdande och involverande föräldrastöd, medan en riskfaktor är ett aggressivt och fientligt föräldraskap (Conger & Conger, 2002).



Figur 1. Familjestress-modell (baserad på Conger et. al., 1994).

Enligt familjestress-modellen påverkas barnets utvecklingsresultat olika beroende på den sociala och ekonomiska situationen (Conger & Donnellan, 2007). Modellen fokuserar på hur den ekonomiska situationen påverkar sociala och emotionella faktorer, som i sin tur kan ha en negativ eller positiv inverkan på barnets utveckling (Dearing, McCartney, & Taylor, 2001; Magnuson & Duncan, 2002; Duncan & Magnuson, 2003). Forskning visar också på att ekonomiska svårigheter inom familjen påverkar barnet på olika sätt beroende på i vilket utvecklingsstadium som barnet befinner sig i (Crowder, 2013).

Crowders (2013) forskning visar på att det inte alltid är ekonomiska svårigheter som skapar mental ohälsa hos en förälder. Familjen kan uppleva ekonomisk stress som en följd av

en förälders mentala ohälsa, vilket i sin tur leder till mera ångest och konflikter mellan föräldrarna, stört föräldraskap och i slutändan till anpassningssvårigheter hos barnet eller ungdomen.

Familjestress-modellens tillämpning har undersökts i Finland i en longitudinell studie av Leinonen (2004). Studien visade att familjestress-modellen går att tillämpa på finländska familjer. På grund av de ekonomiska svårigheterna som familjen upplevde försämrades såväl föräldrarnas som barnets mentala välmående, parrelationen påverkades negativt och också föräldraskapets kvalitet påverkades negativt. Studien visade också att barnet inte bara är ett objekt som blir påverkat, utan att barnet också själva påverkar den omgivning som hen växer upp i.

### *1.2.3 Bronfenbrenners ekologiska systemteori*

Bronfenbrenners (1979, 1989) ekologiska systemteori beskriver hur barnets utveckling påverkas av den direkta och indirekta miljö som barnet lever i. Ett barn befinner sig i olika ekosystem (se Figur 2). Det system som finns närmast barnet är mikrosystemet, vilket är det minsta och mest intima systemet kring barnet. Till mikrosystemet hör bland annat de dagliga möten som ett barn har med t.ex. sin familj eller andra vårdare. Också den dagliga miljön som barnet befinner sig i, t.ex. dagvård, skola och hemmet, hör till mikrosystemet. Interaktionen som sker inom mikrosystemet innebär personliga relationer mellan barnet och föräldern, syskonet, klasskamrater eller lärare. Dessa relationer påverkar varandra och beroende på hur dessa individer och grupper bemöter barnet påverkas barnets utveckling både positivt och negativt. Eftersom interaktionen inom mikrosystemet sker i en växelverkan mellan barnet och individerna inom systemet påverkar också barnets bemötande de andra individerna inom mikrosystemet.

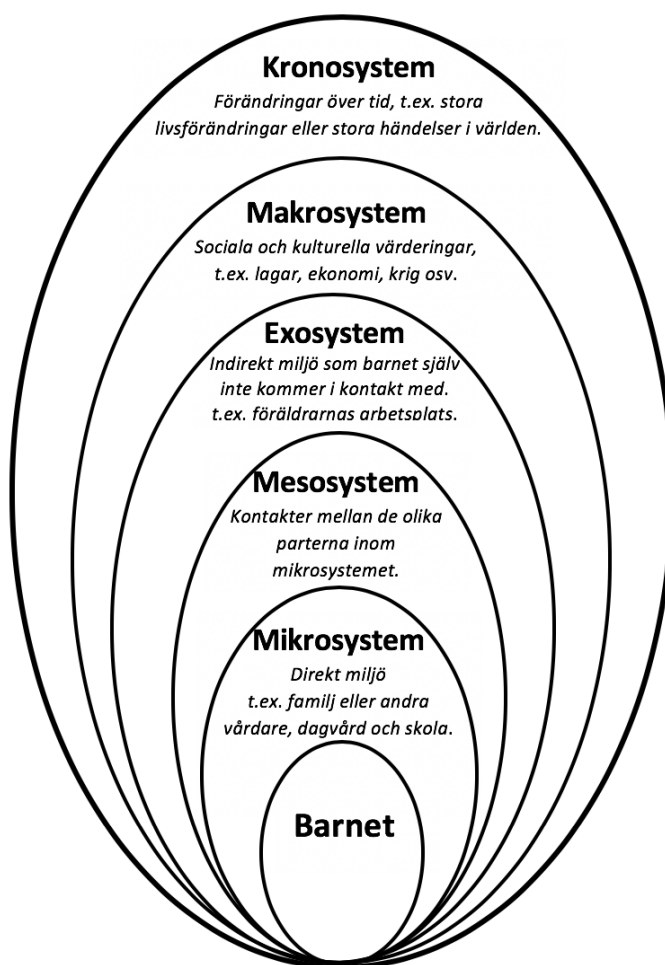
Följande system är mesosystemet, vilket innefattar de olika kopplingarna och kontakterna mellan barnets relationer inom mikrosystemet (Bronfenbrenner, 1979). Kopplingen kan vara mellan skolan och hemmet i form av att föräldrarna är i kontakt med barnets lärare eller att klasskamrater besöker barnets hem. Efter mesosystemet följer exosystemet. Inom det här systemet rör sig inte barnet självt, utan personer från mikrosystemet. Detta påverkar indirekt barnet. Exempel på exosystem är föräldrarnas arbetsplats, grannskapet eller avlägsnare släktingar till barnet.

Följande system i Bronfenbrenners ekologiska systemteori är makrosystemet (Bronfenbrenner, 1979). Trots att makrosystemet befinner sig långt borta från barnet har det en



stor inverkan på barnets utveckling eftersom hit hör individens kulturella och sociala värderingar och också samhällets politiska och ekonomiska system. Ett land kan drabbas av en ekonomisk kris som påverkar familjens socioekonomiska status, t.ex. en förälder kan bli arbetslös som en konsekvens av ekonomisk kris i landet. Också de politiska fattigdomsgränserna finns inom makrosystemet, vilka kan vara avgörande för om familjen har möjlighet till ekonomiskt stöd från staten eller inte.

Det sista systemet som finns inom Bronfenbrenners ekologiska systemteori är kronosystemet, vilket innefattar förändringar som händer över tid i barnets liv men också omfattande och stora händelser i världen (Bronfenbrenner, 1995). Kronosystemet tillför dimensionen *tid* till den ekologiska systemteorin. Över tid sker utveckling som påverkas av roller, relationer och handlingar både på den individuella nivån men också på en mera allmän nivå.



Figur 2. Bronfenbrenner ekologiska systemteori (baserad på Eisenmann et al.,2008).

Enligt den ekologiska systemteorin kan det mest avlägsna fenomen påverka barnets välmående om det på något sätt påverkar barnets närmiljö (d.v.s. mikrosystemet) (Bronfenbrenner, 1979). Om man utifrån den ekologiska systemteorin tillämpar familjestress-modellen, får man ett ramverk för hur globala ekonomiska händelser eller system kan påverka barnets välmående. När de ekonomiska systemen och den globala ekonomin, som finns inom makrosystemet, skapar ekonomiska svårigheter (inom exosystemet), avspeglas det i föräldrars mentala välmående (Valkonen, Martelin & Rimpelä, 1990; Coyne & Downey, 1991; Lehtinen et al., 1995; Leinonen, 2004). Enligt familjestress-modellen påverkar föräldrarnas mentala välmående dennes förmåga att bemöta sitt barn på ett vårdande och positivt sätt (inom mikrosystemet) (Pearlin, Menaghan, Liberman & Mullan, 1981; Belsky, 1984; Duncan & Brooks-Gunn, 1997; White & Rogers, 2000). Leinonen (2004) fann i sin longitudinella undersökning stöd för att både Bronfenbrenners ekologiska systemteori och Conger med kollegors familjestress-modell går att tillämpa på finländska familjer som upplever ekonomiska svårigheter.

### 1.3 Tidigare forskning

Tidigare forskning har etablerat att det finns ett samband mellan låg socioekonomisk status och försämrad mental hälsa hos ungdomar (Piko & Fitzpatrick, 2001; Leinonen, 2004; Hudson, 2005; Amone-P'Olak et. al., 2007). Ungdomar från familjer med låg socioekonomisk status tenderar generellt att rapportera sämre självupplevd hälsa och fler psykosomatiska besvär än ungdomar från familjer med högre socioekonomisk status (Piko & Fitzpatrick, 2001; Geckova, van Dijk & Zezula, 2004). Den självupplevda hälsan som individen upplever under ungdomstiden tenderar att följa med till ung vuxen ålder. I en systematisk litteraturöversikt framkom det att ungdomar från familjer med lägre socioekonomiska status har en fördubblad eller till och med trefaldig risk att drabbas av psykisk ohälsa, jämfört med ungdomar från familjer med högre socioekonomisk status (Reiss, 2013).

#### *1.3.1 SES och psykosomatiska besvär*

Forskning har inte enats om sambandet mellan socioekonomisk status och psykosomatiska besvär hos ungdomar. Flera forskare har visat på en liten eller ingen skillnad alls i fråga om psykosomatiska besvär mellan olika socioekonomiska grupper (West P., 1997; Lahelma, Martikainen, Rahkonen & Silventoinen, 1999; Österberg, Alfven & Hjern, 2006). Andra

forskare har visat på ett klart samband mellan låg socioekonomisk status och högre rapportering av psykosomatiska besvär (Halldorsson, Kunst, Köhler & Mackenbach, 2000; Piko & Fitzpatrick, 2007; Elgar et al., 2013).

Sambandet mellan barns psykosomatiska besvär och bakomliggande faktorer har studerats av bland annat Berntsson, Köhler & Gustafsson (2001). Deras studie visade att följande faktorer främst förknippades med psykosomatiska besvär hos barn; mammans ohälsa och mentala välbefinnande, barnets egna mentala hälsa & sociala kompetens och även familjens socioekonomiska situation.

När det kommer till könsskillnader gällande psykosomatiska besvär rapporterade flickor från alla socioekonomiska grupper fler psykosomatiska symptom än pojkar gjorde (Österberg, Alfven & Hjern, 2006; Piko & Keresztes, 2007; Elgar et al., 2013; Varga, Piko & Fitzpatrick, 2014; Nielsen et al., 2015). Österberg, Alfven och Hjern (2006) fann att flickor rapporterade dubbelt så ofta magont och huvudvärk än vad pojkar rapporterade. Det här stöds av resultat från Berntsson, Köhler & Gustafssons (2001) studie. Vidare visar flera studier på att ju äldre barnen blir desto större blir könsskillnaderna (Österberg, Alfven & Hjern, 2006; Elgar et al., 2013). Österberg, Alfven och Hjern (2006) fann inget samband mellan psykosomatiska symptom, social klass eller arbetslösa föräldrar. Däremot fann de ett samband mellan psykosomatiska symptom hos ungdomen och ekonomisk stress inom familjen.

Nielsen et al. (2015) undersökte ungdomar från de nordiska länderna och fann att emotionella symptom var vanligare bland ungdomar som kom från de lägre socioekonomiska klasserna. Studien fann vidare att pojkars symptom minskade med åldern i länderna Norge och Danmark, medan de symptomen ökade för pojkar i och med högre ålder i Sverige. I en longitudinell-studie av Huurre, Rahkonen, Komulainen & Aro (2005) visade resultatet på att interaktionseffekten för låg socioekonomisk status och psykosomatiska symptom för flickor vid 16-års ålder var signifikant, men inte för pojkar i samma ålder.

### *1.3.2 SES och självupplevd kompetens*

Studier har visat på ett positivt samband mellan hög SES och hög självupplevd kompetens (Hughes & Demo, 1989; Boardman & Robert, 2000; Jing, Xiaoyuan, Huicin & Yuan, 2014). Enligt Boardman & Robert (2000) finns det två förklaringsmodeller till det positiva sambandet. Den första förklaringsmodellen är att individer med hög socioekonomisk status har fler redskap och resurser att använda sig av än individer med låg socioekonomisk status. Individer med hög

socioekonomisk status har fler resurser som en följd av att de tack vare sin höga socioekonomiska status möter varierande utmaningar dagligen och vågar anta dessa utmaningar, eftersom deras höga socioekonomiska status skyddar dem (Hughes & Demo, 1989; Boardman & Robert, 2000). Enligt den andra förklaringsmodellen finns det vissa karakteristiska drag inom olika yrken som är associerade med hög SES som gynnar hög självupplevd kompetens (Gecas & Schwalbe, 1983; Boardman & Robert, 2000). Sambandet mellan SES och de olika dimensionerna inom självupplevd kompetens är olika mycket undersökt.

Elder och Rockwells (1978) longitudinella undersökning visade att pojkar (inga flickor deltog i studien) som kom från familjer som upplevde ekonomisk stress inte uppvisade sämre skolresultat (akademisk kompetens), emotionella besvär (emotionell kompetens) eller problem med sociala relationer (social kompetens) i grundskolan, än pojkar som kom från familjer som inte upplevde ekonomisk stress. Det var först när pojkarna som kom från familjer som hade upplevt ekonomisk stress, kom upp i tonårsåldern som deras självupplevda kompetens inom alla tre områden sjönk och de började uppvisa olika symptom som tydde på emotionella problem, sociala svårigheter och inlärningssvårigheter. Enligt Elder & Rockwell uppkom dessa problem först i tonåren, eftersom barnet då kommer in i en utmanande utvecklingsfas där barnets alla resurser sätts på prov. De resurser som de ekonomiskt utsatta pojkarna besatt var färgade av den ekonomiska stress som familjen hade upplevt eller upplevde för tillfället. Se kapitel 1.2.2 *Familjestress-modellen* och 1.2.3 *Bronfenbrenners ekologiska systemteori* för djupare analys av ekonomisk stress inom familjen.

Forskning inom familjestress-modellen har visat att det finns en ökad risk för sociala och emotionella problem hos ungdomen om familjen upplever ekonomisk stress (Similarly, Zilly & Schoenborn, 1990; Conger et al., 2002). De sociala och emotionella problemen uppkommer som en följd av låg självupplevd social och emotionell kompetens. Inom familjestress-modellen poängteras vikten av ett stödjande föräldraskap för att ungdomen skall kunna utvecklas harmoniskt. Forskning har visat att låg självupplevd social kompetens har ett samband med depression under ungdomsåren (McFarlane, Bellissimo & Norman, 1995; Bandura, Pastorelli, Barbaranelli & Caprara, 1999). Familjestöd har en direkt påverkan för att minska depression, men också en positiv påverkan för att stärka ungdomens självupplevda sociala kompetens.

I en studie med nordiska ungdomar (Nielsen et. al, 2015) framkom det att det var vanligare med emotionella symptom (låg självupplevd emotionell kompetens) bland ungdomar som kom från familjer med låg socioekonomisk status. Enligt studier är det sannolikt att ungdomar från familjer med låg socioekonomisk status har större konflikter och färre positiva

diskussioner med sin familj, och en inte lika varm och stödjande relation med sina föräldrar, som ungdomar från familjer med hög socioekonomisk status har (Dodge, Pettit & Bates, 1994; Repetti, Taylor & Seeman, 2002; Meilstrup et. al., 2016).

I Muris (2001) forskning rapporterade flickor lägre självupplevd social kompetens än vad pojkar gjorde. Förklaringen till detta kan vara att flickor oftare än pojkar tenderar att använda sig av ineffektiva copingstrategier, som t.ex. grubbleri – där man riktar sin uppmärksamhet inåt och lägger mycket fokus på negativa känslor och tankar (Ptacek, Smith & Zanas, 1992; Nolen-Hoeksema, 1998; Muris, 2001). Detta beteende försvagar individens självupplevda sociala och emotionella kompetens.

Sambandet mellan socioekonomisk status och akademiska prestationer är väletablerad (Jencks et al., 1972; Marjoribanks, 1979; Noel & de Broucker, 2001; OECD, 2004; Buchanan & Selmon, 2008). Sambandet har visat sig starkt och positivt, studeranden med hög socioekonomisk status associeras med höga akademiska resultat. Sirin (2005) visar i sin metalanalys belegg för att hög socioekonomisk status har den starkaste korrelationen med höga akademiska prestationer.

Tidigare studier har inte lyft fram om det finns en skillnad mellan könen gällande interaktionseffekten för socioekonomisk status och självupplevd kompetens.

## 1.4 Syfte, hypoteser och frågeställningar

Syftet med den här avhandlingen är att undersöka hur familjers socioekonomiska status påverkar ungdomars välmående, med fokus på psykosomatiska besvär och självupplevd kompetens.

Baserat på tidigare forskning ställs följande hypoteser:

- 1) Hypotes 1. Ungdomar från familjer med hög socioekonomiska status upplever akademisk, social och emotionell kompetens (Hughes & Demo, 1989; Boardman & Robert, 2000; Gecas & Schwalbe, 1983).
- 2) Hypotes 2. Ungdomar från familjer med låg socioekonomisk status rapporterar mer psykosomatiska besvär än ungdomar från familjer med hög socioekonomisk status (Halldorsson, Kunst, Köhler & Mackenbach, 2000; Berntsson, Köhler & Gustafsson, 2001; Piko & Fitzpatrick, 2007; Elgar et al., 2013)
- 3) Hypotes 3. Flickor rapporterar mer psykosomatiska besvär än pojkar (Österberg, Alfven & Hjern, 2006; Piko & Fitzpatrick, 2007; Piko & Keresztes, 2007; Elgar et al., 2013; Varga, Piko & Fitzpatrick; 2014; Nielsen et al., 2015).

Utöver dessa hypoteser ställdes följande frågeställningar som tidigare forskning inte har kunnat enas om eller påvisa resultat för:

- (a) Finns det könsskillnader gällande den självupplevda kompetensen?
- (b) Finns det en interaktionseffekt mellan socioekonomisk status och kön på självupplevd kompetens eller psykosomatiska besvär, så att exempelvis effekten av socioekonomisk status är större hos flickor än hos pojkar?
- (c) Finns det en interaktionseffekt mellan skolspråk och självupplevd kompetens eller psykosomatiska besvär?
- (d) Finns det en interaktionseffekt mellan föräldrarnas utbildningsgrad och självupplevd kompetens?

## 2 Metod

I det här kapitlet presenteras undersökningens sampel, mätinstrument, statistiska analyser, mätinstrumentens reliabilitet & validitet och etiska överväganden. Datamaterialet som används i den här avhandlingen kommer från forskningsprojektet Ungdomsenkäten 2016. Avslutningsvis redogörs för etiska överväganden som bör tas i beaktande i forskningsarbete.

### 2.1 Sampel

Samplet i den här undersökningen består av respondenter för forskningsprojektet Ungdomsenkäten 2016. Projektet är ett tvåspråkigt forskningsprojekt som görs i samarbete med Undervisnings- och kulturministeriet, Svenska Österbottens Ungdomsförbund, Närings-, trafik- och miljöcentralen samt Åbo Akademi i Vasa. Datainsamlingen inom högstadierna år 2016 skedde via elektroniska enkäter för finsk- och svenskspråkiga elever på årskurs 9 i Österbotten.

I undersökningen deltog 1 782 elever, av vilka 898 var flickor, 858 pojkar och 26 personer som inte uppgav kön. För att garantera tillräckligt stora grupper i variansanalyserna exkluderades dessa 26 personer ur den här undersökningen vilket minskade sampelstorleken till 1756 respondenter. Medelåldern för respondenterna var 15 år ( $M=15$ ,  $SD=0,10$ ). Respondenterna kom från 25 olika högstudier och 995 stycken elever hade svenska som skolspråk medan 761 elever hade finska som skolspråk.

### 2.2 Instrument

I enkäten ingick frågor om familjens ekonomi, elevens psykosomatiska symptom och självupplevda kompetens. Se tabell 1 för en översikt över frågorna och undersökningens skalor.

Tabell 1

Undersökningens mätinstrument, inklusive summavariabler och enskilda frågor.

Mätinstrument	Enskilda frågor/påståenden
<p><b>Socioekonomisk status</b></p> <p>Enskild fråga med fem svarsalternativ kodades till variabel på ordinalnivå med fyra kategorier: <i>Väldigt hög SES (alternativ 1). Hög SES (alternativ 2) Medelhög SES(alternativ 3). Låg SES (alternativ 4 och 5.)</i></p>	<p>Har din familj haft bra eller dålig ekonomi de senaste två åren?</p> <p>1) Vi har haft bra ekonomi hela tiden. 2) Vi har i stort sett haft bra ekonomi. 3) Vi har varken haft bra eller dålig ekonomi. 4) Vi har i stort sett haft dålig ekonomi. 5) Vi har haft dålig ekonomi.</p>
<p><b>Föräldrars högskoleutbildning</b></p> <p>Variabel på ordinalnivå med tre kategorier: A) Båda föräldrarna har högskoleexamen, B) En av föräldrarna har högskoleexamen, eller C) Ingen av föräldrarna har högskoleexamen.</p>	<p>Har dina föräldrar studerat på yrkeshögskola/universitet?</p> <p>1) Ja, min mamma. 2) Ja, min pappa. 3) Nej. 4) Vet inte</p>
<p><b>Psykosomatiska symptom</b></p> <p>Summavariabel på kvotnivå baserat på fem påståenden (The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8). DSM-IV.) Skalan uppvisade god reliabilitet (Cronbach's <math>\alpha=0,82</math>)</p>	<p>Hur ofta har du haft följande besvär under det senaste halvåret? (1=aldrig, 5=väldigt ofta)</p> <p>a) Huvudvärk. b) Ont i magen. c) Känt dig stressad. d) Svårt att somna. e) Sovit dåligt på natten.</p>
<p><b>Självupplevd akademisk kompetens</b></p> <p>Summavariabel på kvotnivå baserat på fyra påståenden (SEQ-C) (Muris, 1999). Skalan uppvisade god reliabilitet (Cronbach's <math>\alpha=0,78</math>)</p>	<p>Hur bra klarar du av att... (1=inte alls, 5=väldigt bra)</p> <p>a) Studera trots att det finns andra intressanta saker att göra. b) Läsa inför prov. c) Lyssna på det läraren säger varje lektion. d) Komma igenom prov.</p>
<p><b>Självupplevd social kompetens</b></p> <p>Summavariabel på kvotnivå baserat på fem påståenden (SEQ-C) (Muris, 1999). Skalan uppvisade god reliabilitet (Cronbach's <math>\alpha=0,81</math>).</p>	<p>Hur bra klarar du av att... (1=inte alls, 5=väldigt bra)</p> <p>a) Säga dina åsikter när dina klasskamrater tycker annorlunda. b) Bli kompis med andra jämnåriga. c) Prata med personer du inte känner. d) Arbeta tillsammans med dina klasskompisar. e) Säga åt andra att du inte tycker om något som de gör.</p>
<p><b>Självupplevd emotionell kompetens</b></p> <p>Summavariabel på kvotnivå baserat på fem påståenden (SEQ-C) (Muris, 1999). Skalan uppvisade god reliabilitet (Cronbach's <math>\alpha=0,84</math>).</p>	<p>Hur bra klarar du att... (1=inte alls, 5=väldigt bra)</p> <p>a) Uppmuntra dig själv när något otrevligt har hänt. b) Bli lugn när du är väldigt rädd. c) Kontrollera dina känslor. d) Tränga bort otrevliga tankar. e) Inte oroa dig för saker.</p>



För att mäta familjens socioekonomiska status (SES) ombads respondenterna svara på frågan: *har din familj haft bra eller dålig ekonomi de senaste två åren?* Respondenterna hade fem svarsalternativ (se Tabell 1) och på basen av svaren kodades en variabel med fyra kategorier enligt följande: *Väldigt hög SES* (alternativ 1), *Hög SES* (alternativ 2), *Medelhög SES* (alternativ 3), *Låg SES* (alternativ 4 och 5.). Skalan är inspirerad av *Family Affluence Scale* (HBSC, 1997).

För att mäta föräldrarnas höskoleutbildning användes en variabel på ordinalnivå med kategorierna a) båda föräldrarna har högskoleexamen, b) en av föräldrarna har högskoleexamen, c) ingen av föräldrarna har högskoleexamen. Indelningen skedde på basis av frågan: *har dina föräldrar studerat på yrkeshögskola/universitet?* 1) Ja, min mamma. 2) Ja, min pappa. 3) Nej. 4) Vet inte.

Skalan för självupplevd kompetens är baserad på Muris (2001) *Self-Efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C)*. Skalan för psykosomatiska symptom är baserad på DSM-IV *The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8)* av Gierk et al. (2014). Samtliga skalor uppvisade tillfredsställande till god intern reliabilitet (Cronbach's  $\alpha > 0,78$ ). Skalornas egenskaper undersöktes även med avseende på Skewness och Kurtosis. Värdena för samtliga skalor i undersökningen var mindre än +/- 1. Inga justeringar i skalorna behövde göras.

### 2.3 Procedur (statistiska analyser)

Respondenterna för Ungdomsenkäten 2016 fyllde i frågeformuläret elektroniskt under hösten 2016. För den här undersökningen plockades de väsentliga delarna ut från enkäten. För att få en första översikt över elevernas familjeekonomi och välmående, samt för att se på relationen mellan variablerna socioekonomisk status, kön, skolspråk och föräldrars högskoleexamen, genomfördes frekvensanalyser, t-test och chi-kvadrat-test. Därefter genomfördes korrelationsanalyser för att belysa sambanden mellan psykosomatiska besvär och de tre formerna av självupplevd kompetens. Slutligen genomfördes multivariansanalyser för att besvara hypoteserna och forskningsfrågorna om sambanden mellan familjeekonomi och välmående.

## 2.4 Mätinstrumentens reliabilitet och validitet

Mätinstrumentens reliabilitet har mätts med Cronbach's alfa ( $\alpha$ ). Mätinstrumentens värden låg mellan 0,78 – 0,84, vilket är goda resultat och visar på att skalorna (*psykosomatiska symptom, självupplevd akademisk, social och emotionell kompetens*) är tillförlitliga. Mätinstrumenten är dessutom beprövade och används inom forskning.

Validiteten för de olika delområden i mätinstrumentet för *självupplevd akademisk, social och emotionell kompetens (SEQ-C)* har styrkts i ett flertal studier, i bland annat Muris (2001) och Minter & Pritzker (2015). Validiteten för skalan för *psykosomatiska symptom (The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8))* har styrkts av bland annat Gierk et. al. (2014) och Toussaint, Kroenke, Baye & Lourens (2017).

## 2.5 Etiska överväganden

Enligt Patel och Davidson (2011) bör fyra forskningsetiska krav tas i beaktande vid en undersökning. Forskningsprojektet Ungdomsenkäten 2016 uppfyller dessa krav. Informationskravet har beaktats genom att berörda parter har informerats, såsom elever, lärare och föräldrar. Samtyckeskravet uppfylls eftersom deltagandet bland eleverna var frivilligt och de minderåriga elevernas föräldrar blev informerade om enkäten och kunde ta ställning till elevens deltagande. Enkäten fylldes i anonymt, alltså har konfidentialitetskravet beaktats. Nyttjandekravet uppfylls eftersom alla enkätsvar har behandlats konfidentiellt inom forskningsgruppen. Vidare uppfyller studien Finlands Forskningsetiska delegationens krav på etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning (Tenk, 2009).

## 3 Resultat

I det här kapitlet presenteras studiens statistiska resultat över hur familjers socioekonomiska status påverkar ungdomars psykosomatiska besvär och självupplevda kompetens.

### 3.1 Deskriptiv statistik

Bland eleverna uppgav 5,5 % att deras familj hade *låg socioekonomisk status (SES)*, 20,7 % att familjen hade *medelhög SES*, 41,1 % att familjen hade *hög SES* och 32,7 % att familjen hade *väldigt hög SES*.

Medeltal för de beroende variablerna, liksom eventuella könsskillnader för samtliga variabler presenteras i Tabell 2. Medeltalet för psykosomatiska symptom, på en skala från 1 (aldrig) till 5 (väldigt ofta), var 2,78 (sa=0,71) Självupplevd kompetens hade en likadan skala från 1 till 5 (där 1 står för låg självupplevd kompetens och 5 för väldigt hög självupplevd kompetens). Medeltal för självupplevd akademisk kompetens var 3,58 (sa=0,73), social kompetens 3,83 (sa=0,73), emotionell kompetens 3,31 (sa=0,76).

Tabell 2

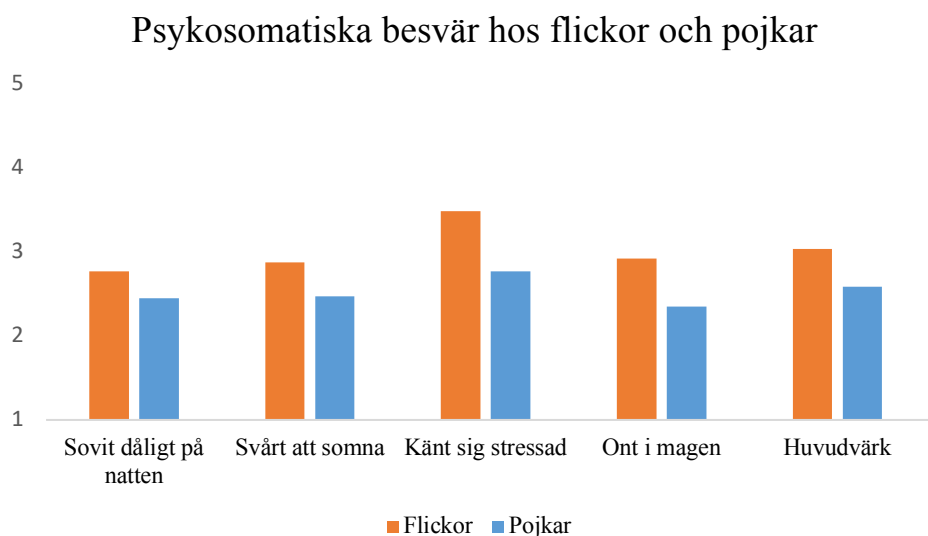
Samplets fördelning enligt kategori, i procent eller medeltal (standardavvikelse).

	Flickor	Pojkar	Totalt	Könsskillnader
<b>SES</b>				
Väldigt hög SES	31 %	34 %	33 %	<i>ns</i>
Hög SES	41 %	42 %	41 %	<i>ns</i>
Medelhög SES	23 %	19 %	21 %	<i>ns</i>
Låg SES	5 %	6 %	6 %	<i>ns</i>
<b>Skolspråk</b>				
Finska	52 %	48 %	43 %	<i>ns</i>
Svenska	51 %	49 %	57 %	<i>ns</i>
<b>Föräldrars högskoleexamen</b>				
Båda föräldrarna	34 %	34 %	34 %	<i>ns</i>
En av föräldrarna	25 %	27 %	26 %	<i>ns</i>
Ingen av föräldrarna	41 %	39 %	40 %	<i>ns</i>
Psykosomatiska besvär	3,02 (0,70)	2,52 (0,63)	2,78 (0,71)	♀ > ♂
<b>Självupplevd kompetens</b>				
Akademisk	3,65 (0,72)	3,49 (0,74)	3,58 (0,73)	♀ > ♂
Social	3,76 (0,75)	3,89 (0,70)	3,83 (0,73)	♀ < ♂
Emotionell	3,07 (0,76)	3,56 (0,67)	3,31 (0,76)	♀ < ♂

Som framkommer i tabell 2 rapporterade flickor högre poäng för självupplevd akademisk kompetens än pojkar ( $t_{(1756)} = 3,65, p < 0,001$ ). Pojkar däremot rapporterade högre poäng för självupplevd social kompetens ( $t_{(1756)} = 3,89, p < 0,001$ ) och självupplevd emotionell kompetens ( $t_{(1756)} = 3,56, p < 0,001$ ) än flickor. Det fanns inga signifikanta gruppsskillnader för könen gällande skolspråk, socioekonomiska grupperna eller för föräldrars högskoleexamen (se Tabell 2).

Som vidare framkom i tabell 2 så rapporterade flickor fler psykosomatiska besvär än pojkar ( $t_{(1756)} = 3,02, p < 0,001$ ). Flickor rapporterade signifikant oftare att de upplevde alla de psykosomatiska besvären som studien undersökte än vad pojkar gjorde (se Figur 3). Under det senaste halvåret rapporterade flickor följande: sovit dåligt på natten ( $t_{(1755)} = 44,85, p < 0,001$ ),

svårt att somna ( $t_{(1755)} = 77,74, p < 0,001$ ), känt sig stressad ( $t_{(1755)} = 278,96, p < 0,001$ ), ont i magen ( $t_{(1755)} = 246,83, p < 0,001$ ) och huvudvärk ( $t_{(1755)} = 132,25, p < 0,001$ ).



Figur 3. Psykosomatiska besvär hos flickor och pojkar.

För fördelningen över föräldrars högskoleexamen och familjens socioekonomiska grupptillhörighet fanns det ett signifikant mönster (se Tabell 3). Ungdomar vars båda föräldrar hade högskoleexamen rapporterade i högre grad *väldigt hög SES*, än ungdomar från gruppen med en förälder med högskoleexamen eller ungdomar från gruppen där ingen av föräldrarna hade högskoleexamen. Inom följande socioekonomiska grupp, *hög SES*, fanns det inga signifikanta skillnader mellan grupp fördelningen för föräldrarnas högskoleexamen. Däremot rapporterade ungdomar med en eller ingen förälder med högskoleexamen i högre grad *låg och medelhög SES*, än ungdomar vars båda föräldrar hade högskoleexamen.

Tabell 3

*Familjeekonomi i relation till föräldrarnas utbildningsnivå (förekomst och chi-kvadrat-test)*

	Båda föräldrarna har högskoleexamen (A)	En av föräldrarna har högskoleexamen (B)	Ingen av föräldrarna har högskoleexamen (C)	Gruppskillnader
SES				
Väldigt hög SES	41 %	32 %	26 %	$C, B < A$
Hög SES	42 %	39 %	42 %	<i>ns</i>
Medelhög SES	14 %	23 %	25 %	$A < B, C$
Låg SES	3 %	6 %	7 %	$A < B, C$

Gällande grupp fördelningen mellan socioekonomisk status och skolspråk fanns det inom grupperna signifikanta skillnader (se Tabell 4). Det var signifikant fler ungdomar med svenska som skolspråk som rapporterade *hög SES*, medan det var signifikant flera ungdomar med finska som skolspråk som rapporterade *medelhög SES*. Inom grupperna *väldigt hög SES* och *låg SES* fanns det inga skillnader mellan skolspråken.

Tabell 4

*Familjeekonomi i relation till skolspråk (förekomst och chi-kvadrat-test)*

	Finska som skolspråk	Svenska som skolspråk	Gruppskillnader
SES			
Väldigt hög SES	34 %	32 %	<i>ns</i>
Hög SES	35 %	45 %	finska < svenska
Medelhög SES	25 %	18 %	finska > svenska
Låg SES	6 %	5 %	<i>ns</i>

### 3.2 Korrelationsanalyser

För att undersöka sambanden mellan de beroende variablerna genomfördes korrelationsanalyser (se tabell 5).

Tabell 5

*Korrelationsanalyser mellan de tre dimensionerna av självupplevd kompetens och psykosomatiska besvär, nedanför diagonalen resultatet för flickor (N=898) och ovanför diagonalen resultatet för pojkar (N=858).*

	1 Akademisk kompetens	2 Social kompetens	3 Emotionell kompetens	4 Psykosomatiska besvär
1 Akademisk kompetens		.22***	<b>.32***</b>	– .33***
2 Social kompetens	.29***		<b>.46***</b>	– .14***
3 Emotionell Kompetens	<b>.40***</b>	<b>.36***</b>		– <b>.40***</b>
4 Psykosomatiska besvär	– .29***	– .12***	– <b>.49***</b>	

Notering \*\*\*  $p < 0,001$

För att undersöka om korrelationerna mellan de beroende variablerna var lika starka för pojkar och flickor genomfördes Fishers r-till-z transformering. Det fanns tydliga könsskillnader i styrkan på korrelationerna mellan självupplevd emotionell kompetens och de övriga variablerna. Den positiva korrelationen mellan emotionell kompetens och akademisk kompetens var starkare för flickor än för pojkar ( $z=2,04$ ,  $p<0,05$ ), liksom den negativa korrelationen mellan emotionell kompetens och psykosomatiska besvär ( $z=2,32$ ,  $p<0,05$ ), medan korrelationen mellan emotionell kompetens och social kompetens var starkare för pojkar än för flickor ( $z=2,59$ ,  $p<0,01$ ). För övriga korrelationer fanns inga signifikanta könsskillnader i styrkan på korrelationerna.

### 3.3 Multivariansanalys (2x2x3x4 MANOVA)

För att se på sambanden mellan de oberoende och beroende variablerna genomfördes en 2x2x3x4 MANOVA, med kön (*flickor, pojkar*), skolspråk (*finska, svenska*), föräldrars högskoleexamen (*A - båda föräldrarna har högskoleexamen, B - en av föräldrarna har högskoleexamen, C - ingen av föräldrarna har högskoleexamen*) och socioekonomisk status (*väldigt hög SES, hög SES, medelhög SES och låg SES*) som oberoende variabler. Som beroende variabler fungerade psykosomatiska besvär och de tre dimensionerna av självupplevd kompetens (akademisk, social och emotionell kompetens) (se Tabell 6).

MANOVA:n med univariata analyser och post hoc-analyser för psykosomatiska besvär, självupplevd akademisk-, social- och emotionell kompetens presenteras i Tabell 6.



Tabell 5.

Multivariat variansanalys (MANOVA) för kön, skolspråk, familjeekonomi och föräldrars  
högskoleexamen.

	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>sig</i>	<i>η<sup>2</sup></i>	<i>obs. power</i>	<i>Gruppskillnader</i>
<b>Effekt av kön</b>						
Multivariat analys	49,57	4,1662	***	0,107	1,000	
Univariat analys						
Psykosomatiska symptom	108,65	1,1665	***	0,061	1,000	♀ > ♂
Självupplevd kompetens						
Akademisk	5,04	1,1665	*	0,003	0,612	♀ > ♂
Social	17,09	1,1665	***	0,010	0,985	♀ < ♂
Emotionell	100,86	1,1665	***	0,057	1,000	♀ < ♂
<b>Effekt av skolspråk</b>						
Multivariat analys	2,92	4,1662	*	0,007	0,788	
Univariat analys						
Psykosomatiska symptom	10,69	1,1665	***	0,006	0,904	F>S
Självupplevd kompetens						
Akademisk	1,50	1,1665	<i>ns</i>	0,001	0,232	F<S
Social	1,51	1,1665	<i>ns</i>	0,001	0,233	F<S
Emotionell	4,36	1,1665	<i>ns</i>	0,003	0,551	F<S
<b>Effekt av familjeekonomi</b>						
Multivariat	8,54	12,4992	***	0,020	1,000	
Univariat						
Psykosomatiska symptom	15,48	3,1665	***	0,027	1,000	L,M<H<VH
Självupplevd kompetens						
Akademisk	17,03	3,1665	***	0,030	1,000	L,M<H,VH
Social	15,04	3,1665	***	0,026	1,000	L,M<H<VH
Emotionell	11,06	3,1665	***	0,026	0,999	L,M<H<VH

	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>sig</i>	<i>n<sub>p</sub><sup>2</sup></i>	<i>Obs.power</i>	<i>Gruppskillnader</i>
<b>Effekt av föräldrars</b>						
<b>högskoleexamen</b>						
Multivariant analys	1,88	8,3326	<i>ns</i>	0,004	0,798	
Univariant analys						
Psykosomatiska symptom	0,55	2,1665	<i>ns</i>	0,001	0,142	-
Självupplevd kompetens						
Akademisk	2,65	2,1665	<i>ns</i>	0,003	0,527	C<B,A
Social	3,30	2,1665	*	0,004	0,627	C<B<A
Emotionell	1,77	2,1665	<i>ns</i>	0,002	0,372	C<B,A

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

$n_p^2$ : 0,01 låg effektstorlek, 0,06 medelstor effektstorlek, 0,14 hög effektstorlek

Förklaring för förkortningar: **F** – Finska som skolspråk. **S** – Svenska som skolspråk.

Förklaring för förkortningar: Väldigt hög SES – **VH**, Hög SES – **H**, Medelhög SES – **M**, Låg SES – **L**.

Förklaring för förkortningar: Båda föräldrarna har högskoleexamen – **A**, En av föräldrarna har högskoleexamen – **B**, Ingen av föräldrarna har högskoleexamen – **C**.

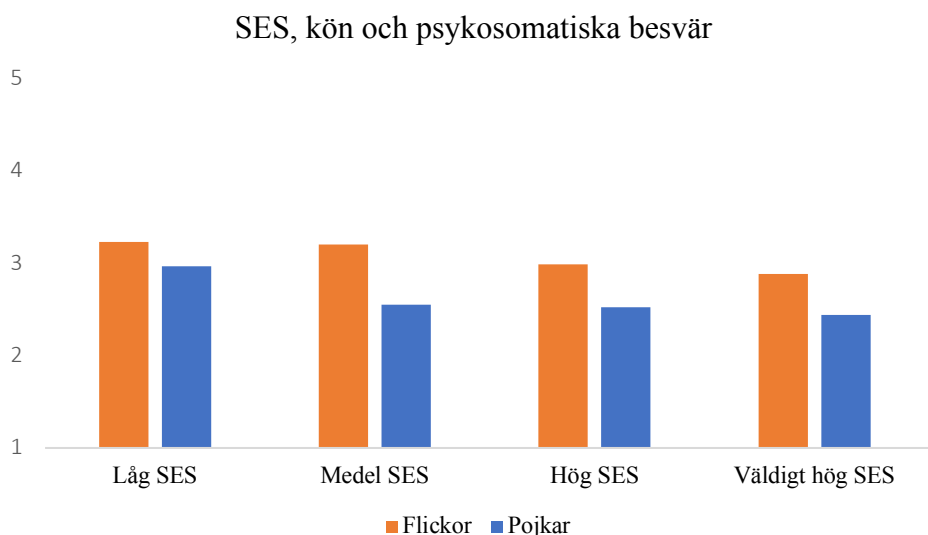
Som framkommer i Tabell 6 fanns det signifikanta huvudeffekter av kön ( $F_{(4,1662)}=49,57$ ,  $p < 0,001$ ,  $n_p^2=0,107$ ) och familjeekonomi ( $F_{(12,4992)}=8,54$ ,  $p < 0,001$ ,  $n_p^2=0,020$ ), men inte för ungdomens skolspråk ( $F_{(4,1662)}=2,92$ ,  $p < 0,05$ ,  $n_p^2=0,007$ ) eller för föräldrarnas högskoleexamen ( $F_{(8,13326)}=1,88$ ,  $p < 0,05$ ,  $n_p^2=0,004$ ). Signifikansen för kön och familjeekonomi var båda mindre än 0,001 vilket betyder att det fanns en stark signifikans. Samma värde för variabeln skolspråk var mindre än 0,05 vilket visade på en svag signifikans. Signifikansvärdet för föräldrarnas högskoleexamen var högre än 0,05, vilket visade på att det inte fanns någon signifikans.

Effektstorleken för kön var  $n_p^2=0,107$ , vilket visade på att kön hade en medelhög effektstorlek. Effektstorleken för familjeekonomi var  $n_p^2=0,020$ , vilket också visade på en medelstor effektstorlek. För skolspråk var effektstorleken  $n_p^2=0,007$  och för föräldrarnas högskoleexamen  $n_p^2=0,004$ . För dessa variabler fanns det ingen effektstorlek, eftersom värdena var under gränsen 0,01 som krävs för att kunna påvisa en effekt.

Det fanns ingen interaktionseffekt mellan någon av variablerna, eftersom effektstorleken var mindre än 0,001. Eftersom ingen signifikant huvudeffekt av ungdomens *skolspråk* eller *föräldrarnas högskoleexamen* hittades kommer därför i följande kapitel endast resultaten från faktorerna *kön* och *socioekonomisk status* att presenteras.

### 3.3.1 Psykosomatiska besvär

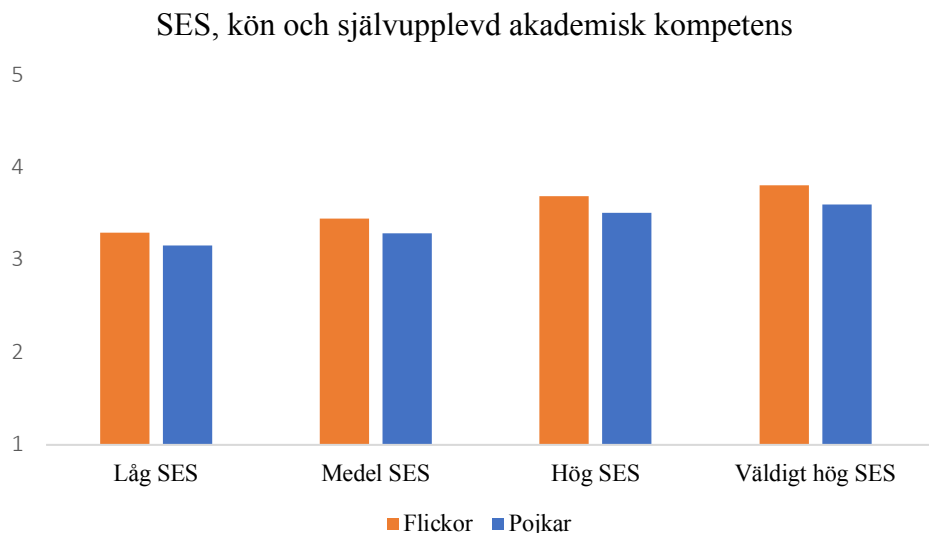
När det gällde psykosomatiska besvär så rapporterade flickor mera besvär än pojkar ( $F_{(1,1665)}=108,65$ ,  $p<0,001$ ,  $n_p^2=0,06$ ) (se Figur 4). Mellan de olika socioekonomiska grupperna fanns det en svag effektstorlek ( $F_{(3,1665)}=165,48$   $p<0,001$ ,  $n_p^2=0,03$ ), där ungdomar med *låg SES och medelhög SES* hade fler psykosomatiska besvär än ungdomar med hög SES. Det fanns också en gruppkillnad mellan *hög SES* och *väldigt hög SES*, där ungdomar med *hög SES* rapporterade fler psykosomatiska besvär än ungdomar med *väldigt hög SES*. Det fanns det ingen interaktionseffekt mellan kön och familjeekonomi ( $n_p^2=0,004$ ,  $n_p^2<0,01$ ).



Figur 4. SES, kön och psykosomatiska besvär.

### 3.3.2 Självpupplevd akademisk kompetens

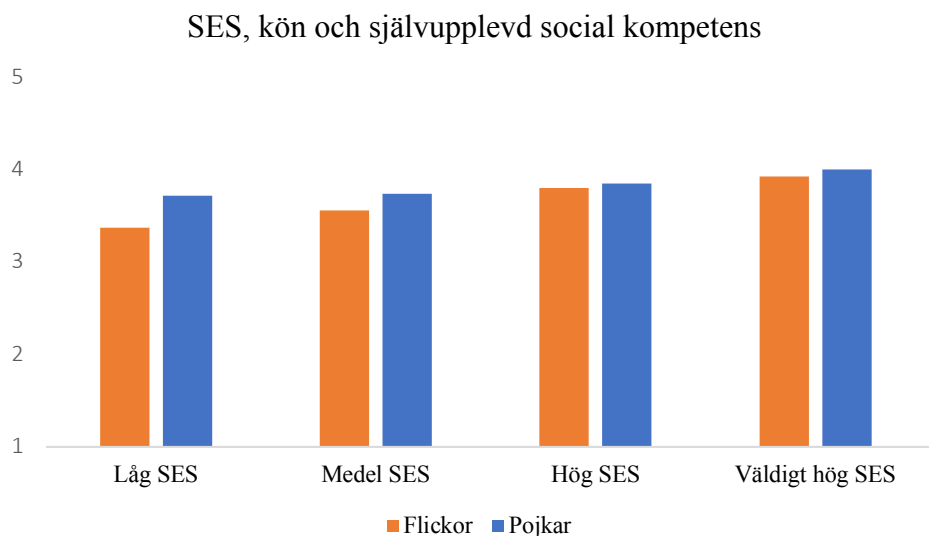
När det gällde självupplevd akademisk kompetens så fanns det en svag huvudeffekt av kön. Flickor rapporterade svagt signifikant högre självupplevd akademisk kompetens än pojkar ( $F=5,04$ ,  $p<0,05$ ,  $n_p^2=0,003$ ) (se Figur 5), effektstorleken är dock så svag att ingen egentlig könsskillnad kunde göras. Mellan de socioekonomiska grupperna fanns det en skillnad i självupplevd akademisk kompetens ( $F_{(3,1665)}=17,03$ ,  $p<0,001$ ,  $n_p^2=0,03$ ). Där ungdomar med *låg SES* och *medelhög SES* rapporterade sämre självupplevd akademisk kompetens än ungdomar med *hög SES* och *väldigt hög SES*.



Figur 5. SES, kön och självupplevd akademisk kompetens.

### 3.3.3 Självupplevd social kompetens

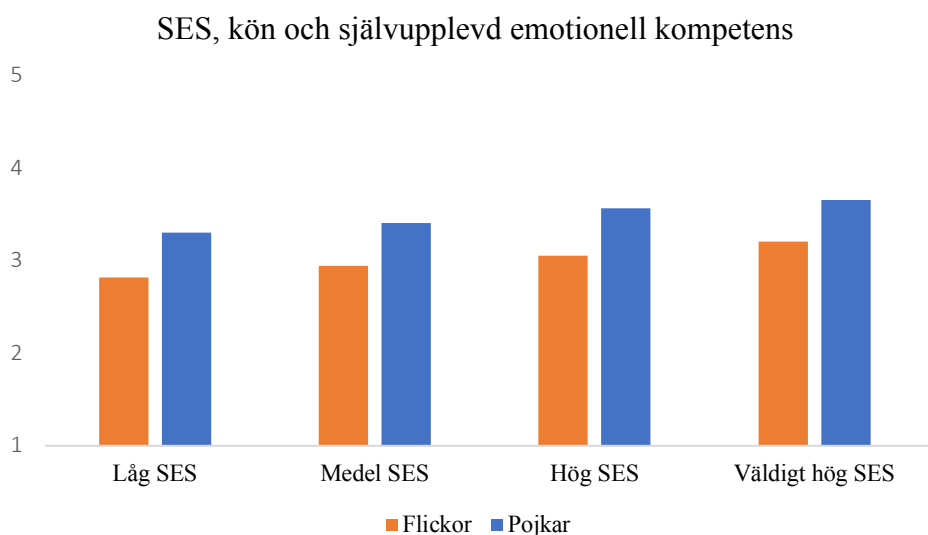
Gällande självupplevd social kompetens så fanns det en svag effektstorlek mellan könen. Pojkar rapporterade högre självupplevd social kompetens än flickor ( $F_{(1,1665)}=17,09$   $p<.001$ ,  $\eta_p^2=0,01$ ) (se Figur 6), effektstorleken är dock så svag att ingen egentlig könsskillnad kunde göras. Mellan de socioekonomiska grupperna fanns det en skillnad i självupplevd social kompetens ( $F_{(3,1665)}=15,04$ ,  $p<.001$ ,  $\eta_p^2=0,03$ ). Ungdomar med *låg SES* och *medelhög SES* rapporterade sämre självupplevd social kompetens än ungdomar med *hög SES*, vilka i sin tur rapporterade sämre självupplevd social kompetens än ungdomar med *väldigt hög SES*.



Figur 6. SES, kön och självupplevd social kompetens.

### 3.3.4 Självupplevd emotionell kompetens

När det gällde självupplevd emotionell kompetens så visade det sig att pojkar rapporterade högre emotionell kompetens än flickor ( $F_{(1,1665)}=100,86$ ,  $p<.001$ ,  $\eta_p^2=0,06$ ) (se Figur 7). Mellan de socioekonomiska grupperna fanns det en skillnad i självupplevd emotionell kompetens ( $F_{(3,1665)}=11,06$   $p<.001$ ,  $\eta_p^2=0,03$ ), där ungdomar med *låg SES* och *medelhög SES* rapporterade sämre självupplevd emotionell kompetens än ungdomar med *hög SES* och *väldigt hög SES*. Det fanns också en skillnad mellan grupperna *hög SES* och *väldigt hög SES*, där ungdomar med *hög SES* rapporterade sämre självupplevd emotionell kompetens än ungdomar med *väldigt hög SES*.



Figur 7. SES, kön och självupplevd emotionell kompetens.

## 4 Diskussion

I det här kapitlet diskuteras undersökningens resultat i relation till tidigare forskning, samt styrkor och svagheter med studien. Slutligen ges förslag på fortsatt forskning och råd till fältet.

### 4.1 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka hur familjers socioekonomiska status påverkar ungdomars psykiska välmående. Faktorer inom det psykiska välmåendet som undersöktes var ungdomars psykosomatiska symptom och självupplevda kompetens. I följande kapitel presenteras sambandet mellan familjens socioekonomiska status (SES) och psykosomatiska besvär. Därefter följer ett kapitel där sambandet mellan SES och självupplevd kompetens presenteras.

Det finns många olika faktorer som påverkar familjens socioekonomiska status, som t.ex. arbetslöshet hos föräldrarna, arbetsförmåga p.g.a fysiska sjukdomar eller mental ohälsa, inkomst- och utgiftsstorlek, antal barn i familjen osv. Det finns alltså faktorer inom alla nivåer för Bronfenbrenners ekologiska systemteori (1979, 1995) som påverkar familjens socioekonomiska status, som i sin tur påverkar barnets självupplevda kompetens och psykosomatiska symptom.

#### 4.1.1 SES och psykosomatiska besvär

I den här studien rapporterade ungdomar från familjer med lägre socioekonomisk status fler psykosomatiska symptom än ungdomar från familjer med högre socioekonomisk status. Det här resultatet överrenstämmer med tidigare forskning och stöder Hypotes 2 (Halldorsson, Kunst, Köhler & Mackenbach, 2000; Piko & Fitzpatrick, 2001; Geckova, van Dijk & Zezula, 2004; Piko & Fitzpatrick, 2007; Elgar et. Al., 2013).

Mellan de fyra socioekonomiska grupperna i studien fanns det också skillnader, främst mellan ungdomar från studiens lägsta socioekonomiska grupp (*låg SES*) och högsta socioekonomiska grupp (*väldigt hög SES*). Studien fann ingen skillnad för psykosomatiska besvär mellan gruppen ungdomar från *låg socioekonomisk status* och *medelhög socioekonomisk status*. Förklaringen till detta kan vara att indelningen mellan de två lägsta socioekonomiska grupper kan vara svår för ungdomen att göra, eftersom ungdomen nödvändigtvis inte vet hur familjeekonomin ser ut eller inte vill medge att deras familj tillhör den lägsta socioekonomiska gruppen. En annan teori kan vara att ungdomen mycket väl är kapabel att göra indelningen för

familjens socioekonomiska status. Familjen uppfyller kraven på nationell nivå för gruppstillhörigheten *medelhög socioekonomisk status*, men har de ändå relativt låg socioekonomisk status i relation till det Österbottniska samhället.

Gruppen med ungdomar med *hög socioekonomisk status* rapporterar färre psykosomatiska besvär än ungdomar med *låg* eller *medelhög socioekonomisk status*, men fler besvär än ungdomar med *väldigt hög socioekonomisk status*. Utgående från studiens sampel kan en tolkning göras att gruppen *hög socioekonomisk status* utgör det normativa när det kommer till sambandet med psykosomatiska symptom. *Låg* och *medelhög socioekonomisk status* däremot utgör en riskfaktor gällande psykosomatiska symptom, medan *väldigt hög socioekonomisk status* utgör en skyddsfaktor gällande psykosomatiska symptom.

Gällande könsskillnader rapporterade flickor i den här studien fler psykosomatiska besvär än pojkar, också det här resultatet är i linje med tidigare forskning och stöder undersökningens Hypotes 3 (Österberg, Alfven & Hjern, 2006; Piko & Keresztes, 2007; Elgar et al., 2013; Varga, Piko & Fitzpatrick; 2014; Nielsen et al., 2015). Tidigare forskning har visat att flickor oftare rapporterar magont och huvudvärk än vad pojkar gör (Österberg, Alfven & Hjern, 2006). Samma resultat återfinns i den här studien. Flickor rapporterade också signifikant mera känsla av stress än vad pojkar gör. När det gäller sömnproblem rapporterar flickor också mera besvär än pojkar, men skillnaden är inte lika signifikant.

Studien fann ett signifikant samband mellan skolspråk och psykosomatiska besvär. Ungdomar från finskspråkiga skolor rapporterade signifikant mer psykosomatiska besvär än ungdomar från svenskspråkiga skolor. Studien fann dock ingen effektstorlek och därför kommer detta inte att analyseras vidare (svar på frågeställning c: finns det en interaktionseffekt mellan skolspråk och psykosomatiska besvär?).

Studien undersökte också hur föräldrarnas högskoleexamen eller avsaknad av högskoleexamen påverkade ungdomens psykosomatiska symptom. Studien fann inget samband mellan föräldrarnas högskoleexamen och psykosomatiska symptom (svar på frågeställning d: finns det en interaktionseffekt mellan föräldrarnas utbildningsgrad och självupplevda kompetens?).

Tidigare forskning har hittat ett samband mellan psykosomatiska symptom hos ungdomar och ekonomisk stress inom familjen. Detta samband går inte att verifiera i den här studien på grund av att det inte går att särskilja mellan socioekonomisk status och ekonomisk stress. Däremot antas det att de familjer som har sämre socioekonomisk status också upplever mera ekonomisk stress enligt Familjestress-modellen (Conger et. al., 1994). Den här studien fann att ungdomar från familjer med lägre socioekonomisk status upplever fler psykosomatiska besvär.

#### 4.1.2 SES och självupplevd kompetens

Studien fann ett tydligt samband mellan hög socioekonomisk status och hög självupplevda kompetens. Detta är i linje med tidigare forskning och Hypotes 1 (Hughes & Demo, 1989; Boardman & Robert, 2000; Gecas & Schwalbe, 1983). Studien fann också kontraster mellan de fyra olika SES grupperna (*låg, medelhög, hög och väldigt hög SES*) i relation till de tre olika självupplevda kompetenserna.

Studien fann signifikanta könsskillnader gällande den självupplevda sociala och emotionella kompetensen, men inte för den akademiska kompetensen (frågeställning a: Finns det könsskillnader gällande den självupplevda kompetensen?). Pojkar rapporterade signifikant högre självupplevd social och emotionell kompetens. Studien fann ingen interaktionseffekt mellan socioekonomisk status och kön för den självupplevda kompetensen (frågeställning b: finns det en interaktionseffekt mellan socioekonomisk status och kön på självupplevd kompetens, så att exempelvis effekten av socioekonomisk status är större hos flickor än hos pojkar?).

##### 4.1.2.1 SES och självupplevd akademisk kompetens

I fråga om akademisk kompetens visade studien att ungdomar från familjer med *låg* och *medelhög socioekonomisk status* rapporterade lika hög självupplevd akademiska kompetens. Dessa ungdomar rapporterade dock lägre akademisk kompetens än ungdomar från familjer med *hög* och *väldigt hög socioekonomisk status*, vilka i sin tur rapporterade lika hög akademisk kompetens.

Tidigare forskning visar på att starkt samband mellan hög socioekonomisk status och hög självupplevd akademisk kompetens (Jencks et al., 1972; Marjoribanks, 1979; Noel & de Broucker, 2001; OECD, 2004; Sirin, 2005; Buchanan & Selmon, 2008). Sirin (2005) visade i sin metanalys belägg för att hög socioekonomisk status har den starkaste korrelationen med höga akademiska prestationer. Den här studiens resultat visar på en gruppering mellan de fyra olika SES grupperna till två indelningar när det kommer till akademisk kompetens. De två högsta SES grupperna rapporterar samma resultat och de två lägsta SES grupperna rapporterade samma resultat för självupplevd akademiska kompetens. Den här studien fann ett samband mellan hög socioekonomisk status och hög självupplevd akademisk kompetens, men inte lika



stark som tidigare forskning. Den här studien visar att hög socioekonomisk status är en skyddsfaktor för självupplevd akademisk kompetens, men inte en avgörande faktor.

Det fanns inget signifikant samband mellan självupplevd akademisk kompetens och föräldrars högskoleexamen (frågeställning d: finns det en interaktionseffekt mellan föräldrars utbildningsgrad och självupplevd kompetens?). Studien fann dock en signifikant skillnad inom grupperna. Gruppen *ingen av föräldrarna har högskoleexamen* rapporterade signifikant sämre akademisk kompetens än de två övriga grupperna, *en av föräldrarna har högskoleexamen* och *båda föräldrarna har högskoleexamen*. Mellan de två sist nämnda grupperna fanns ingen signifikant skillnad. Resultatet visar på att det är en riskfaktor för ungdoms självupplevda akademiska kompetens om ingendera av föräldrarna har högskoleexamen.

Studien fann vidare inget signifikant samband mellan ungdomens skolspråk, finska eller svenska, och självupplevd akademisk kompetens (frågeställning c: finns det en interaktionseffekt mellan skolspråk och självupplevd kompetens?)

När det kommer till könsskillnader gällande självupplevda akademisk kompetens fanns det en svag signifikans ( $p < 0,05$ ). Flickor rapporterade svagt högre akademisk kompetens än pojkar. Det fanns dock ingen effektstorlek ( $\eta^2 = 0,003$ , gränsen för svag effektstorlek är  $\eta^2 < 0,01$ ) och könsskillnaden kan därför inte anses vara betydande (frågeställning a: finns det könsskillnader gällande den självupplevda kompetensen?).

#### 4.1.2.2 SES och självupplevd social kompetens

Studien fann att den självupplevda sociala kompetens ökar i och med högre socioekonomisk grupptillhörighet, med undantag att de två lägsta grupperna inom SES, *låg* och *medelhög socioekonomisk status*, var på samma nivå. Tidigare forskningsresultat har visat på ett samband mellan låg socioekonomisk status och låg självupplevd social kompetens (Nielsen et. al, 2015; Meilstrup et. al., 2016). Här skiljer sig den här undersökningens resultat från tidigare forskning eftersom studien inte fann någon skillnad mellan självupplevd social kompetens för de två lägsta socioekonomiska grupperna. Högst självupplevd social kompetens rapporterade ungdomar från studiens högsta socioekonomiska grupp (*väldigt hög SES*). Därför kan hög socioekonomisk status ses som en skyddsfaktor gällande självupplevd social kompetens.

Mellan självupplevd social kompetens och föräldrars högskoleexamen fanns det en svag signifikans ( $p < 0,05$ ). Mellan de tre grupperna för föräldrars högskoleexamen fann studien att ungdomar rapporterade högre social kompetens desto högre utbildning föräldrarna hade

(frågeställning d). Det fanns en signifikant skillnad mellan grupperna *ingen förälder hade högskoleexamen*, *ena föräldern hade högskoleexamen* och *båda föräldrarna hade högskoleexamen*, på så sätt att högst självupplevd social kompetens rapporterade ungdomar vars *båda föräldrar hade högskoleexamen*.

Precis som för självupplevd akademisk kompetens fanns det inte heller för självupplevd social kompetens någon effekt av skolspråket (frågeställning c).

Gällande könsskillnader rapporterade flickor signifikant lägre självupplevd social kompetens än pojkar ( $p < 0,001$ ), men effektstorleken var låg ( $\eta^2 = 0,010$ ). Det här är i linje med tidigare forskning (Muris, 2001) (frågeställning a).

#### 4.1.2.3 SES och självupplevd emotionell kompetens

Gällande den självupplevda emotionella kompetensen fann studien samma samband som för den sociala kompetensen när det kommer till skillnader mellan de olika socioekonomiska grupperna. Det fanns ingen skillnad mellan grupperna *låg* och *medelhög socioekonomisk status*, medan gruppen *hög socioekonomisk status* rapporterade högre självupplevd emotionell kompetens än de två tidigare grupperna, men lägre emotionell kompetens än gruppen *väldigt hög socioekonomisk status*. Den högsta gruppen inom SES, *väldigt hög socioekonomisk status*, rapporterade den högsta självupplevda emotionella kompetensen. Det finns ingen tidigare forskning som har sett på sambandet mellan socioekonomisk status och självupplevd emotionell kompetens, eftersom begreppet emotionell kompetens är relativt nytt (Muris, 2001). Tidigare forskning har dock kunnat konstatera att det finns ett samband mellan låg socioekonomisk status och fler emotionella besvär (Nielsen et. al, 2015). Den här studiens resultat stöder Nielsen (2015) med kollegors påstående.

Den här studien fann ingen signifikans mellan självupplevd emotionell kompetens och föräldrars högskoleexamen (frågeställning d). Däremot fanns det inom grupperna en signifikant skillnad för emotionell kompetens, på så sätt att gruppen *ingen av föräldrarna hade högskoleexamen* rapporterade signifikant lägre emotionell kompetens än de två övriga grupperna, *en av föräldrarna hade högskoleexamen* eller *båda föräldrarna hade högskoleexamen*.

För skolspråket, finska eller svenska, fann studien ingen signifikant effektstorlek (frågeställning c). I linje med tidigare forskning (Muris, 2001) rapporterade flickor signifikant sämre självupplevd emotionell kompetens än vad pojkar gjorde ( $p < 0,001$ ), men också här var effektstorleken låg ( $\eta^2 = 0,057$ ) (frågeställning a).

## 4.2 Metoddiskussion

I den här undersökningen användes enkät som datainsamlingsmetod och den distribuerades i elektronisk form till respondenterna. Tack vare valet av enkätundersökning som datainsamlingsmetoden blev samplet stort och nådde respondenter över ett brett geografiskt område (Österbotten, från Kristinestad i söder till Karleby i norr).

Studien kan anses ha hög reliabilitet eftersom bristfälliga eller oseriösa enkätsvar inte togs med i undersökningen. Studien kan också anses representativ för Österbottniska ungdomar eftersom 1782 respondenter deltog i studien från både finskspråkiga och svenskspråkiga högstadieskolor runtom i Österbotten.

Datamaterialet angående familjers socioekonomiska status är insamlat endast från ungdomar själva, inte från både ungdomar och deras föräldrar. Tidigare forskning har konstaterat att det kan vara svårt för ungdomar själva att rapportera familjens verkliga ekonomi (Currie, Elton, Todd & Platt, 1997), eftersom de troligtvis inte har en realistisk överblick över den. Trots att detta material mäter socioekonomisk status enbart enligt ungdomens subjektiva uppskattning finns det belägg i tidigare forskning att detta avspeglar verkligheten, trots att ungdomar nödvändigtvis inte har koll på familjens verkliga ekonomiska situation (Piko, Fitzpatric, 2007; Piko, 2007). Skalan för att mäta familjers socioekonomiska status är baserad endast på ungdomarnas upplevelse över den ekonomiska situationen i familjen. Föräldrars utbildningsnivå och sysselsättning har inte tagits i beaktande i skalan, vilket skulle ha gett en djupare dimension för indelningen enligt socioekonomiska grupper (enligt *Family Affluence Scale*; HBSC, 1997). Forskare har dock påpekat brister med *Family Affluence Scale (FAS)* (Hartley, Levin & Currie, 2016). Skalan har uppdaterats en gång och Hartley, Levin och Curries (2016) undersökning visar på att en ny uppdatering är på sin plats. I och med samhällets utveckling måste FAS som skala uppdateras så att frågorna håller jämna steg med förändringar i boendeformer, samhällliga normer och teknologiförändringar. Hartley, Levin och Currie's (2016) studie visar på att FAS inte längre kan skilja på grupper inom mycket rika eller mycket fattiga länder, där en mycket hög eller låg andel barn kategoriserades med höga FAS-värden respektive låga FAS-värden. Detta betyder att FAS som skala inte längre är effektiv för att identifiera olika grupper. Den här studien har använt sig av ett enkelt mätinstrument för familjeekonomi och fått fram effekter på ungdomens välmående. Fortsatt forskning kunde göras för att hitta det bästa mätinstrumentet, där också ekonomisk stress mäts. Att tillägga är att endast familjernas absoluta fattigdom mäts i den här avhandlingen.

Alla frågor som ingår för skalorna psykosomatiska symptom och självupplevd kompetens har inte tagits med i enkäten eftersom den här undersökningen ingår i ett större forskningsprojekt med respondenter från både högstadiet och andra stadiet. Frågorna har därför valts ut så att de passar respondenter från de olika utbildningsnivåerna. Reliabiliteten för skalorna var goda.

Skalan för föräldrars högskoleexamen är inte helt exakt eftersom 30 % av respondenterna inte visste om deras föräldrar hade en högskoleexamen eller inte. Det gör det svårt att veta det verkliga antalet ungdomar som har en eller två föräldrar som har en högskoleexamen och hur det här korrelerar med familjens socioekonomiska status. För att få en mera exakt skala kunde denna fråga ha riktats till föräldrarna.

### 4.3 Förslag till fortsatt forskning och konklusion

Den här studien visar att socioekonomisk status påverkar ungdomars psykiska välmående också i välfärdsstater som Finland. Barnfattigdomen i Finland ligger mellan 10–15 % beroende på källa (Nielsen et al., 2015; Karvonen & Salmi, 2016; Rädda Barnen, 2018). Samtidigt som det är inom den här gruppen som den kraftigaste ökningen har skett under de senaste åren. Om den här fattigdomsgruppen fortsätter att växa kommer det enligt forskningsresultaten att finnas fler ungdomar i Finland som lider av psykosomatiska besvär och upplever låg självupplevd kompetens. Det betyder att det blir allt viktigare att sätta in förebyggande åtgärder bland barnfamiljer.

Den viktigaste resursen för att lösa ojämlikheter gällande psykiska hälsa bland barn och ungdomar från familjer med låg socioekonomiska status är enligt Institutet för hälsa och välfärd att satsa resurser inom alla utbildningsnivåer inom skolväsendet (Euroopan komissio, 2013; Vihavainen, 2018, 13.11). Exempel på åtgärder är bland annat att bevara gruppstorlekarna inom skolklasserna på en gynnsam nivå, där läraren har möjlighet att tillgodose alla elevers behov och eleverna kan känna sig trygga och sedda. Andra åtgärder är att bland annat att se till så att alla elever har möjlighet till specialundervisning, samtal med kurator och besök hos hälsovårdare i den mån varje enskild elev behöver. Ekonomiska resurser skall tryggas till det förebyggande arbetet inom fysisk- och psykisk hälsa för barn och ungdomar. För ungdomar från familjer med *låg och medelhög socioekonomisk status* är dessa förebyggande åtgärder speciellt viktiga och avgörande skyddsfaktorer för det psykiska välmåendet. Ovannämnda sociala investeringar ger långsiktiga resultat för både individen och samhället.

Enligt familjestress-modellen (Conger & Conger, 2004) är det ekonomisk stress som orsakar brister i föräldrarnas välmående och relationsproblem mellan föräldrarna, det i sin tur avspeglar sig på barnet genom att föräldern inte är kapabel att ge det stöd och den trygghet som barnet behöver. För att förebygga detta behöver familjen och framförallt föräldrarna stöd i ett tidigt skede. Att underlätta tillgången till lågröskelverksamhet för familjer, så som hemtjänst och familjearbete, kunde vara en åtgärd (Iivonen, 2009; Euroopan komissio, 2013). Under den ekonomiska recessionen på 1990-talet i Finland gjordes nedskärningar i samhället som drabbade barnfamiljer, bland annat inom dagvården, skolväsendet, barnens fritidsverksamhet och framförallt inom socialbidragen för barnfamiljer. Leionens (2004) longitudinella undersökning visar på de negativa effekterna av dessa politiska beslut. Föräldrarnas och barnens mentala hälsa påverkades negativt, likaså parrelationen mellan föräldrarna och föräldraskapets kvalitet. Med kunskapen om att ekonomiska svårigheter och dålig familjeekonomi påverkar barnets mentala hälsa negativt kan politiska beslut tas som förhindrar att familjer upplever ekonomisk stress, och på så sätt förebygger barnets mentala hälsa.

Tidigare forskning har visat att det finns ett starkt samband mellan ungdomar med låg socioekonomisk status (subjektiv SES) och mental ohälsa (McLaughlin, Costello, Leblanc, Sampson, Kessler, 2012). Forskning har vidare visat på att den subjektiva aspekten av SES är mera mottaglig för interventioner än vad den objektiva aspekten av SES är. Det är svårare att påverka upplevelsen av den objektiva socioekonomiska statusen, eftersom den återspeglar hur familjens verkliga ekonomi ser ut. Den subjektiva socioekonomiska statusen är hur ungdomen själv upplever familjeekonomin. Eftersom den subjektiva socioekonomiska statusen är mera mottaglig för interventioner kan resurser läggas på arbetet för att påverka den.

Tidigare forskning har visat att det finns ett samband mellan låg socioekonomisk status och psykosomatiska besvär i ungdomen, och senare psykosomatiska besvär i vuxen ålder (Huurre, Rahkonen, Komulainen & Aro, 2005). De psykosomatiska besvären följer alltså med in i vuxen ålder och ger upphov till mental ohälsa. Forskning har hittat samband för låg socioekonomisk status som både orsak och konsekvens av psykosomatiska besvär. Vidare forskning kunde undersöka hur familjens socioekonomiska situation påverkar den självupplevda kompetensen hos ungdomen i vuxen ålder. Vidare forskning behövs också för att undersöka vilka faktorer det är som gör att det uppstår skillnader i det psykiska välmående hos ungdomar från olika socioekonomiska grupper. Familje-stress modellen (Conger & Conger, 2004) presenterar den ekonomiska stressen som orsak till att föräldrarna inte kan stödja ungdomen i den mån ungdomen behöver. Vidare forskning kunde undersöka detta samband

och se om det finns andra påverkningsfaktorer hos ungdomar från låg socioekonomisk status som påverkar deras psykiska välmående negativt.

Barnfattigdom är ett samhällsproblem som de drabbade familjerna inte ensamma kan lösa. Samhällets alla nivåer och instanser måste arbeta tillsammans för att minska på barnfattigdomen i Finland. Den här avhandlingen visar att hög socioekonomisk status är en skyddsfaktor när det kommer till förekomsten av psykosomatiska besvär och självupplevd kompetens hos ungdomar. Låg socioekonomisk status däremot är en riskfaktor. Målet är att alla ungdomar, oberoende socioekonomisk status, får uppleva en så god mental hälsa som möjligt. Socioekonomisk status skall år 2019 inte få avgöra ungdomens mentala välmående.

## Referenser

Alfven G. (1999). *Barnpsykosomatik*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.

Alfven G. (2016). *Barn & Psykosomatik - i teori och klinik*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.

American Psychological Association (APA) (2018). *Socioeconomic status*. APA.

Hämtad (21.1.2019) från: <http://www.apa.org/advocacy/socioeconomic-status/index.aspx>

American Psychological Association (APA) (2018). *Measuring socioeconomic status and subjective social status*. APA.

Hämtad (21.1.2019) från: <http://www.apa.org/pi/ses/resources/class/measuring-status.aspx>

Amone-P`Olak K., Burger H., Orme J.I, Huisman M., Verhulst F. C. & Oldehinkel A. J.

(2007). Socioeconomic position and mental health problems in pre- and early-adolescents: The TRIALS study. *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiology* 44 (3), 231–238.

Bandura A. (1986). *Social foundations of thought & action. A social cognitive theory*.

Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall.

Bandura A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. I verket *Self-*

*efficacy: Thought control of action* (red. Schwarzer R.), 355–394. Washington, DC, US: Hemisphere Publishing Corp.

Bandura A. (1997). *Self-efficacy – the exercise of control*. New York, NY, US: W. H.

Freeman/ Times Books/Henry Hold & co.

Bandura A. (1998). *Self-efficacy*. New York, US: Academic Press.

Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G.V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(2), 258–269.

- Barry MM. (2009). Addressing the determinants of positive mental health: concepts, evidence and practice. *International journal of Mental Health Promotion*, 11(3), 4–17.
- Belsky J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83–96.
- Boardman J. D. & Robert S. A. (2000). Neighborhood socioeconomic status and perceptions of self-efficacy. *Sociological Perspectives*, 43(1), 117–36.
- Buchanan T. & Selmon N. (2008). Race and gender differences in self-efficacy: Assessing the role of gender role attitudes and family background. *Sex Roles*, 58, 822–836. Doi: 10.1007/s11199-008-9389-3
- Bronfenbrenner U. (1979). *The ecology of human development*. US: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, 187–249.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. I Moen P. & Elder G. H. (Red.). *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (s. 619–647). Washington DC, US: American Psychological Association.
- Chen E., Matthews K. A. & Boyce W. T. (2002). Neighborhood, family, and subjective socioeconomic status: how do they relate to adolescent health? *Health Psychology*, 25(6), 704–714.
- Collins J. L. (1982). *Self-efficacy and ability in achievement behavior*. Paper presented at the meeting of the American Educational Research Association, New York, US.
- Conger K. J., Martin M. J., Reeb B. T., Little W. M., Craine J. L., Shebloski B. & Conger R. D. (2012). Economic hardship and its consequences across generations. *The Oxford*



- Handbook of Child Development and Poverty*, 37–53. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Conger R.D. & Conger K. J. (2002). Resilience in Midwestern families: Selected findings from the first decade of a prospective, longitudinal study. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 361–373.
- Conger R. D. & Donnellan M. B. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 175–199.
- Conger R. D., Ge X., Elder G. H., Lorenz F. O. & Simons R.L. (1994). Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child development*, 65(2), 541–561.
- Conger, R. D., McLoyd, V. C., Wallace, L. E., Sun, Y., Simons, R. L., & Brody, G. H. (2002). Economic pressure in African American families: A replication and extension of the family stress model. *Developmental Psychology*, 38(2), 179–193.
- Connolly J. (1989). Social self-efficacy in adolescence: Relations with self-concept, social adjustment, and mental health. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21(3), 258–269.
- Coyne J.C. & Downey G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401–425.
- Crowder K. A. (2013). *The effects of the Family Stress Model on child mental health*. Ames, Iowa, US: Iowa State University.
- Currie C. E., Elton R. A., Todd J. & Platt S. (1997). Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behavior in School-aged Children Survey. *Health education research*, 12(3), 385–397.
- Dearing E, McCartney K, Taylor BA. (2001). Change in family income-to-needs matters more for children with less. *Child Development*, 72(6), 1779–1793.

- Deubner D. C. (1977). An epidemiological study of migraine and headache in 10-20 years old. *Headache*, 17(4), 173–180.
- Dodge K.A., Pettit G.S. & Bates J.E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Development*, 65, 649–665.
- Duncan G. J. & Brooks-Gunn J. (1997). *Consequences of growing up poor*. New York, US: Russel Sage Foundation.
- Duncan G. J. & Magnuson K. A. (2003). *Off with Hollingshead: Socioeconomic resources, parenting, and child development*. Illinois, US: Northwestern University
- Egger H. L., Costello E. J., Erkanli A. & Angold A. (1999). Somatic complaints and psychopathology in children and adolescents: stomach aches, musculoskeletal pains, and headaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(7), 852–860.
- Eisenmann J., Gentile D., Welk G., Callahan R., Strickland S., Walsh M. & Walsh D. (2008). SWITCH: rationale, design, and implementation of a community, school, and family-based intervention to modify behaviors related to childhood obesity. *BMC Public Health*, 8, 223.
- Elgar F., De Clercq B., Schnohr C., Bird P., Pickett K., Torsheim T., Hofmann F. & Currie C. (2013). Absolute and relative family affluence and psychosomatic symptoms in adolescents. *Social Science & Medicine*, 91, 25–31.
- Eminson D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 855–871
- Eriksen H.R. & Ursin H. (2002). Kognitiv stressteori. I Ekman R. & Arnetz B. (Red.). *Stress – molekylerna, individen, organisationen och samhället* (s.107-111). Stockholm, Sverige: Liber.

Eskelinen N. & Sironen J. (2017). *Köyhyys – syitä ja seurauksia*. Kuopio, Finland: EAPN-Fin.

Euroopan komissio (2013). ”*Investoidaan lapsiin – murretaan huono-osaisuuden kierre*”  
Euroopan unionin virallinen lehti.  
Hämtad (21.1.2019) från: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013H0112&from=FI>

European Anti Poverty Network (EAPN) (2009). *Poverty and Inequality in the EU*. EAPN.  
Hämtad (21.1.2019) från: <https://www.eapn.eu/wp-content/uploads/2016/02/2014-Poverty-Explainer-EN-web.pdf>

European Anti Poverty Network Europe (EAPN) (2016). *The picture of poverty across the EU*. EAPN Europe.  
Hämtad (21.1.2019) från: <https://www.eapn.eu/what-is-poverty/poverty-facts-and-trends/>

European Commission (2010). *Europe 2020 – A strategy for smart, sustainable and inclusive growth*. European Commission.  
Hämtad (21.1.2019) från:  
<http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLET%20EN%20BARROSO%20%20%20007%20-%20Europe%202020%20-%20EN%20version.pdf>

Eurostat (2017). *EU children at risk of poverty or social exclusion*. Eurostat.  
Hämtad (21.1.2019) från: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171120-1?inheritRedirect=true>

Eurostat (2018). *People at risk of poverty or social exclusion*. Eurostat.  
Hämtad (21.1.2019) från:  
[https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=t2020\\_50&language=en](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=t2020_50&language=en)

Forskningsetiska delegationen (2009). *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*.  
Forskningsetiska delegationen.

Hämtad (29.1.2019) från: <https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/etiskaprinciper.pdf>

- Gecas V. & Schwalbe M. (1983). Beyond the Looking Glass Self: Social Structure and Efficacy-based Self-Esteem. *Social Psychology Quarterly*, 46(2), 77–88.
- Geckova A.M., van Dijk J.P. & Zezula I. (2004). Socio-economic differences in health among Slovak adolescents. *Soz Präventivmed*, 49(1), 26–35.
- Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, & Löwe B. (2014). The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399–407.
- Gornick J. C. & Jäntti M. (2012). Child poverty in cross-national perspective: Lessons from the Luxembourg Income Study. *Children and youth Services Review*, 34, 558–568.
- Halldorsson M., Kunst A. E., Köhler L. & Mackenback J. P. (2000). Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents: A comparative study of the five Nordic countries. *The European Journal of Public Health*, 10(4), 201–208.
- Jing H., Xiaoyuan C., Huicin S. & Yuan L. (2014). Social capital, socioeconomic status and self-efficacy. *Applied Economics and Finance*, 2(1), 1–10.
- Haugland S. & Wold B. (2001). Subjective health complaints in adolescence— Reliability and validity of survey methods. *Journal of adolescent health*, 24(5), 611–624.
- Hartley J. E. K., Levin K. & Currie C. (2016). A new version of the HBSC family affluence scale – FAS 3: Scottish qualitative findings from the international FAS development study. *Child indicators Research*, 9(1), 233–245.
- Hjern A. (2006). Children`s and young people`s health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 165–183.

- Hudson C. G. (2005). Socioeconomic status and mental illness: Test of the social causation and selection hypotheses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(1), 3–18.
- Hughes M. & Demo D. H. (1989). Self-Perceptions of Black Americans: Self-Esteem and Personal Efficacy. *American Journal of Sociology*, 95, 132–159.
- Huurre T., Rahkonen O., Komulainen E. & Aro H. (2005). Socioeconomic status as a cause and consequence of psychosomatic symptoms from adolescence to adulthood. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 40(7), 580–587.
- Iivonen E. (2009). *Terve SOS 2009: Terve ja turvallinen elämä*. Mannerheimin Lastensuojeluliitto.  
Hämtad (21.1.2019) från: <https://docplayer.fi/10467874-Mita-tehda-lasten-koyhyydelle.html>
- Janson S. (2001). Children`s and young people`s health. Health in Sweden: The national public health report. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(9), 23–41.
- Jencks, C., Smith, M., Acland, H., Bane, M. J., Cohen, D., Gintis, H., et al. (1972). Inequality: A reassessment of the effect of family and schooling in America. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1523–1544.
- Jäntti M. (2010). Lapsiköyhydestä Suomessa. I Hämäläinen U. & Kangas O. (Red.) *Perhepiirissä* (s.62-75). Helsinki, Finland: Kelan tutkimusosasto.
- Karvonen S. & Salmi M. (2016). *Lapsiköyhyys Suomessa 2010-luvulla*. Helsinki, Finland: Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL).
- Karvonen S., Vikat A. & Rimpelä M. (2005). The role of school context in the increase in young people`s health complaints in Finland. *Journal of Adolescent*, 28(1), 1–16

- Lahelma A., Martikainen P., Rahkonen O. & Silventoinen K. (1999). Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. *Social Science & Medicine*, 48(1), 7–19.
- Larsson B. (1988). Recurrent headache in adolescents. A study of background factors and effects of psychological treatment. *Headache*, 40, 357–370.
- Lehtinen V., Lindholm T., Puukka P., Moring J., Veijola J. & Väisänen E. (1995). Onko lama lisännyt mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyttä? *Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim*, 111(4), 323.
- Leinonen J. (2004). *Families in struggle – child mental health and family well-being in Finland during the economic recession of the 1990s: The importance of parenting*. Saarijärvi, Finland: University of Helsinki.
- Link B. G. & Phelan J. (1995). Social conditions as fundamental causes of diseases. *Journal of Health and Social Behavior, Spec No*, 80–94.
- Linnenbrink E. A. & Pintrich P. R. (2002). Motivation as an Enabler for Academic Success. *School Psychology Review*, 31(3), 313–327.
- Magnuson K. A. & Duncan G. J. (2002). *Parents in poverty. Handbook of Parenting*, 4, 95–121.
- Marjoribanks, K. (1979). *Families and their learning environments: An empirical analysis*. London, UK: Routledge.
- McFarlane A. H., Bellissimo A. & Norman G. R. (1995). The role of family and peers in social self-efficacy: links to depression in adolescence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(3), 402–410.

- McLaughlin K. A., Costello J.E., Leblanc W., Sampson N.A. & Kessler R.C. (2012). Socioeconomic status and adolescent mental disorders. *American Journal of Public Health, 102 (9)*, 1742-1750.
- Meilstrup C., Thygesen L.C., Nielsen L., Koushede V., Cross D., Holstein B.E. (2016). Does self-efficacy mediate the association between socioeconomic background and emotional symptoms among schoolchildren? *International Journal of Public Health, 91*, 25–31.
- Minter A. & Pritzker S. (2015). Measuring adolescent social and academic self-efficacy: cross-ethnic validity of the SEQ-C. *Research on Social Work Practice, 27(7)*, 818–826.
- Muris P. (2001). A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23(3)*, 145–149.
- Nielsen L., Damsgaard T., Meilstrup C., Due P., Rich Madsen K., Koushede V. & Holstein B. (2015). Socioeconomic differences in emotional symptoms among adolescents in the Nordic countries: Recommendations on how to present inequality. *Scandinavian Journal of Public Health, 43(1)*, 83–90.
- Noel, S., & de Broucker, P. (2001). Intergenerational inequities: A comparative analysis of the influence of parents' educational background on length of schooling and literacy skills. I verket W. Hutmacher, D. Cochrane & N. Bottani (Red.), *In pursuit of equity in education: Using international indicators to compare equity policies*, 277–298. Nederländerna: Springer.
- Nolen-Hoeksema, S. (1998). Ruminative coping with depression. I verket J. Heckhausen & C. S. Dweck (Red.), *Motivation and self-regulation across the life span*, 237–256. New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2004). *Learning for tomorrow's world: First results from PISA 2003*. OECD.

Hämtad (21.1.2019) från:

[https://www.researchgate.net/publication/289963278\\_Learning\\_for\\_tomorrow's\\_world\\_First\\_results\\_from\\_PISA\\_2003](https://www.researchgate.net/publication/289963278_Learning_for_tomorrow's_world_First_results_from_PISA_2003)

- Patel R. & Davidson B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder – att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Pearlin L.I., Menagharn E.G., Lieberman M.A. & Mullan J.T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337–356.
- Piko B. (2007). Self-perceived health among early adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *European Journal of Pediatrics*, 166(7), 701–708.
- Piko B., Barbas K. & Boda K. (1999). Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *European Journal of Public Health*, 7(3), 243–247.
- Piko B. & Fitzpatrick K.M. (2001). Does class matter? SES and psychosocial health among Hungarian adolescents. *Social Science & Medicine*, 53(6), 817–830.
- Piko B. & Fitzpatrick K.M. (2007). Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviors among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health*, 17(4), 353–360.
- Piko B. & Keresztes N. (2007). Self-perceived health among early adolescents: role of psychosocial factors. *European Journals of Pediatrics*, 166(7), 701–708.
- Ptacek, J.T., Smith, R.E., & Zanas, J. (1992). Gender, appraisal, and coping: A longitudinal analysis. *Journal of Personality*, 60(4), 747–770.
- Reiss F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24–31.



- Repetti R. L., Taylor S.E. & Seeman T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330–366.
- Roth-Isigkeit A., Thyen U., Raspe H.H., Stoven H. & Schmucker P. (2004). Reports of pain among German children and adolescents: an epidemiological study. *Acta Paediatrica*, 82(5), 484–487.
- Rädda Barnen r.y. (2015). *Entten tentten pelistä pois! Lapsen ääni 2015 – raportti. Lasten kokemuksista köyhyydestä ja osallisuudesta*. Pelastakaa Lapset r.y.  
Hämtad (21.1.2019) från: [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/pelastakaalapset/main/2016/04/25094856/Lapsen\\_aani\\_raportti\\_SUOMI.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/pelastakaalapset/main/2016/04/25094856/Lapsen_aani_raportti_SUOMI.pdf)
- Rädda Barnen r.y. (2018). *Lapsen ääni 2018 – Lasten kokemuksia vähävaraisuudesta ja kiusaamisesta kouluympäristössä*. Pelastakaa Lapset r.y.  
Hämtad (21.1.2019) från: [https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/pelastakaalapset/main/2018/08/20163238/Pelastakaa\\_Lapset\\_Lapsen\\_Aani\\_2018\\_web.pdf](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/pelastakaalapset/main/2018/08/20163238/Pelastakaa_Lapset_Lapsen_Aani_2018_web.pdf)
- Schwarzer R. (1992). *Self-efficacy. Thought control of actions*. New York, NY, US: Routledge.
- Sillanpää M. (1983). Prevalence of migraine and other headache in Finnish children starting school. *Headache*, 15(4), 288–290.
- Sirin, S. R. (2005). Socioeconomic status and academic achievement: A meta-analytic review of research. *Review of Educational Research*, 75(3), 417–453.
- Spicker P. (2007). The Idea of Poverty. *Journal of social Policy*, 38(2), 368–370.
- Statistikcentralen. (2014). *Suomessa lasten toimeentulo on eurooppalaisittain turvattua*. Statistikcentralen.  
Hämtad (21.1.2019) från: [https://www.stat.fi/artikkelit/2014/art\\_2014-02-26\\_001.html?s=0](https://www.stat.fi/artikkelit/2014/art_2014-02-26_001.html?s=0)

Statistikcentralen. (2017). *Antalet låginkomsttagare år 2016 på föregående års nivå.*

Statistikcentralen.

Hämtad (21.1.2019) från: [https://www.stat.fi/til/tjt/2016/01/tjt\\_2016\\_01\\_2017-12-21\\_tie\\_001\\_sv.html](https://www.stat.fi/til/tjt/2016/01/tjt_2016_01_2017-12-21_tie_001_sv.html)

Swärd H. (2012). *Fattigdom utan gränser*. Stockholm, Sverige: Carlssons bokförlag.

The Health Behavior in School-Aged Children (HBSC, 1997). *Family Affluence Scale (FAS)*. HBSC.

Toussaint A., Kroenke K., Baye F., & Spencer L. (2017). Comparing the Patient Health questionnaire – 15 and the Somatic Symptom Scale – 8 as measures of somatic symptom burden. *Journals of Psychosomatic Research*, 101(7), 44-50.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (2017). *Poverty*. UNESCO.

Hämtad (21.1.2019) från: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/poverty/>

Valkonen Y., Martelin T. & Rimpelä A. (1990). *Eriarvoisuus kuoleman edessä.*

*Sosioekonomiset kuolleisuuserot Suomessa 1971–1985*. Helsinki, Finland: Central Statistical Office of Finland.

Varga S., Piko B. & Fitzpatrick K. (2014). Socioeconomic inequalities in mental well-being among Hungarian adolescents: a cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health*, 13, 100.

Vihavainen S. (2018, 13 november) *Suomessa elää 135 000 köyhää lasta- HS kysyi asiantuntijoilta, miten heitä voitaisiin auttaa*. Helsingin Sanomat.

<https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000005897323.html>

West P. (1997). Health inequalities in the early years: is there equalization in youth? *Social Science & Medicine*, 44(6), 833–858.

Wheeler V. A. & Ladd G. W. (1982). Assessment of children's self-efficacy for social interactions with peers. *Developmental Psychology*, 18(6), 795–805.

White L. & Rogers S.J. (2000). Economic circumstances and family outcomes: A review of the 90s. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 1035–1051.

YoungHo K. (2011). Adolescent`s health behaviors and it`s associations with psychological variables. *Central European Journal of Public Health*, 19(4), 205–209.

Österberg V., Alfen G. & Hjern A. (2006). Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatrica*, 95(8), 929–934.