

Betydningen av sosial støtte for psykisk helse

En spørreskjemastudie av barn med

ulik etnisk bakgrunn

Skrevet av Birgitte Jakobsen



Hovedoppgave i psykologi innlevert ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2008

Sammendrag

Forfatter: Birgitte Jakobsen

Tittel: Betydningen av sosial støtte for psykisk helse.

En spørreskjema studie av barn med ulik etnisk bakgrunn.

Hovedveileder: Jon Martin Sundet

Biveileder: Espen Røysamb

Et gjennomgående funn i litteraturen er at sosial støtte spiller en viktig rolle med hensyn til å fremme god psykisk helse. Målet med denne studien var å undersøke sammenhengen mellom sosial støtte og psykisk helse hos barn og unge mellom 10 og 13 år. Data ble samlet inn i form av spørreskjema fra elever på utvalgte skoler i Oslo og Bergen. Forholdet mellom sosial støtte og psykisk helse ble undersøkt for utvalget som helhet (N= 912), på bakgrunn av kulturell tilhørighet og mellom kjønn. Studien inkluderte tre undergrupper basert på kulturell tilhørighet. Barn med to norskfødte foreldre ble definert som "etnisk norske barn" (N= 455). Barn med to foreldre født i utlandet ble definert som "barn med innvandrerbakgrunn" (N= 349). Barn med en norskfødt og en utenlandskfødt forelder ble definert som "barn med blandet kulturell bakgrunn" (N= 108). Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) ble brukt som mål på psykisk helse. Sosial støtte ble undersøkt på bakgrunn av opplevd støtte fra venner, familie, mor, far, klassekamerater og lærer. På alle de tre analysenivåene (utvalget som helhet, kultur og kjønn) ble det funnet positive korrelasjoner mellom sosial støtte og psykisk helse. I gruppen bestående av innvandrerbarn var det støtte fra far og støtte fra klassekamerater som signifikant predikerte psykisk helse. Hos de etnisk norske barna var vennestøtte, klassestøtte og lærerstøtte de variablene som var signifikante i å predikere psykisk helse. I gruppen som bestod av barn med blandet kulturell bakgrunn var ingen av støttevariablene signifikante. Det var få

kjønnsforskjeller. For guttene bidro klassestøtte og lærerstøtte signifikant i prediksjon av psykisk helse. For jentene var det henholdsvis vennestøtte og klassestøtte som var signifikante. For utvalget som helhet var det opplevd støtte fra klassekamerater, venner og lærer som i størst grad bidro til prediksjon av psykisk helse.

Prediksjonsmodellen hvor alle støttevariablene var inkludert forklarte 13 % av variansen i psykisk helse. Når det ble kontrollert for kultur og kjønn forklarte prediksjonsmodellen 14,2 % av variansen i psykisk helse. Kontrollert for kjønn og kultur var det fortsatt klassestøtte, lærerstøtte og venner som i størst grad bidro til prediksjon av psykisk helse. Det var ingen signifikant effekt av kultur, men derimot for kjønn. Resultatene fra denne studien sammenfaller med andre studier som har utforsket forholdet mellom sosial støtte og psykisk helse da også jeg finner en positiv sammenheng mellom de to begrepene. Den bekrefter også viktigheten av å differensiere mellom støtte fra ulike støttesystemer. Årsakssammenhenger må allikevel trekkes med forsiktighet da det også er en rekke andre faktorer som kan tenkes å spille inn i forholdet mellom sosial støtte og psykisk helse. Denne studien kan ses på som et empirisk bidrag i forståelsen av hvilke støttesystemer som er av betydning for barn og unge i dag, både generelt men også på tvers av kultur og kjønn. Det faktum at klassestøtte, lærerstøtte og vennestøtte i størst grad predikerte psykisk helse på tvers av kjønn og kultur belyser viktigheten av å belyse også utenomfamiliære støttesystemer. I tillegg viser resultatene fra denne studien viktigheten av å tilrettelegge et godt skolemiljø for elever slik at de trives på skolen.

Innhold

SAMMENDRAG.....	2
INNHold	4
1. INNLEDNING	7
2. PSYKISK HELSE	9
2.1 DEFINISJON PSYKISK HELSE.....	9
2.2 LITT OM PSYKISK HELSE HOS BARN OG UNGE I DAGENS NORGE	9
3. SOSIAL STØTTE.....	11
3.1 BEGREPSAVKLARING; SOSIALT NETTVERK OG SOSIAL STØTTE	11
3.1.1 <i>Sosialt nettverk</i>	11
3.1.2 <i>Sosial støtte</i>	12
3.1.3 <i>Hva ligger til grunn for opplevelsen av sosial støtte?</i>	15
3.1.4 <i>Hvilke funksjoner har sosial støtte?</i>	15
3.1.5 <i>Støttesystemer</i>	17
3.1.6 <i>Hvordan har man undersøkt sosial støtte?</i>	17
4. HVORDAN VIRKER SOSIAL STØTTE?	19
4.1 BUFFERHYPOTHESEN OG HOVEDEFFEKTHYPOTHESEN	19
4.1.1 <i>Bufferhypotesen</i>	20
4.1.2 <i>Hovedeffekthypotesen</i>	21
4.2 EKSEMPLIFISERING AV HYPOTHESENE	22
5. ENDRINGER I BARN OG UNGES NETTVERK.....	24
5.1 OMSTRUKTURERING AV DET SOSIALE NETTVERKET	24
5.2 DEN KULTURELLE KONTEKSTEN.....	24
6. OPPSUMMERING OG PROBLEMSTILLINGER.....	26
6.1 OPPSUMMERING	26

6.2	PROBLEMSTILLINGER.....	26
7.	METODE.....	27
7.1	UTVALG OG PROSEDYRER.....	27
8.	MÅLEINSTRUMENTER.....	30
8.1	MÅL PÅ PSYKISK HELSE.....	30
8.1.1	<i>Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)</i>	30
8.2	MÅL PÅ SOSIAL STØTTE.....	33
8.2.1	<i>Sosial støtte fra venner, familie og skoleklasse</i>	33
8.2.2	<i>Støtte fra mor og far hver for seg</i>	34
8.2.3	<i>Lærerstøtte</i>	34
9.	STATISTISKE ANALYSER.....	36
10.	RESULTATER.....	37
10.1	GJENNOMSNIITSSKÅRER PÅ SDQ OG OPPLEVD SOSIAL STØTTE.....	37
10.1.1	<i>SDQ</i>	37
10.1.2	<i>Opplevd sosial støtte</i>	37
10.2	KORRELASJONSANALYSER MELLOM SDQ OG OPPLEVD SOSIAL STØTTE.....	39
10.3	STANDARD MULTIPLE REGRESJONSANALYSER; SOSIAL STØTTE OG PSYKISK HELSE.....	41
10.3.1	<i>Utvalget som helhet</i>	41
10.3.2	<i>Kulturell tilhørighet</i>	42
10.3.3	<i>Kjønn</i>	43
10.4	OPPSUMMERING AV RESULTATER.....	44
11.	DISKUSJON.....	46
11.1	FORHOLDET MELLOM PSYKISK HELSE OG SOSIAL STØTTE.....	46
11.2	STØTTE FRA ULIKE STØTTESYSTEMER.....	47
11.2.1	<i>Kulturell tilhørighet og støttesystemer</i>	48

11.2.2	<i>Kultur, sosial støtte og psykisk helse</i>	49
11.2.3	<i>Kjønn og støttesystemer</i>	50
11.2.4	<i>Kjønn, sosial støtte og psykisk helse</i>	51
11.3	BEGRENSNINGER VED STUDIEN	52
11.3.1	<i>Bruk av selvrapporeringsmål</i>	52
11.3.2	<i>Selve spørreskjemaet</i>	53
11.3.3	<i>Kvaliteter ved utvalget</i>	53
11.3.4	<i>SDQ som mål på psykisk helse</i>	54
11.3.5	<i>Opplevd sosial støtte som mål på sosial støtte</i>	54
11.3.6	<i>Generaliserbarhet</i>	55
11.4	IMPLIKASJONER AV STUDIEN.....	55
12.	KONKLUSJON	58
	REFERANSELISTE	59

1. Innledning

Forskning viser at mellommenneskelige relasjoner har stor betydning for folkehelsen (St.meld. nr 16). På 1970-tallet fikk begrepet sosial støtte status som sentralt forskningsbegrep og siden den gang har det vært økende fokus på viktigheten av sosial støtte og sosialt nettverk hos både barn og voksne (Dalgard, Ystgaard & Brevik, 1995; Nestmann og Hurrelmann, 1994). Denne forskningen tyder på at sosial støtte bidrar direkte til både fysisk og psykisk helse, samt å virke beskyttende mot de negative effektene av stress (Cauce, Mason, Gonzales, Hiraga & Liu, 1994; Cohen & Wills, 1985; Sørensen, 1988; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006; Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000; Rognerud, Strand & Dalgard, 2002; Hagen, Myers & Mackintosh, 2005).

Formålet med denne studien er å undersøke betydningen av sosial støtte for psykisk helse hos barn. Data foreligger i form av selvrapporing fra barn og unge i aldersgruppen 10-13 år. Det er barnas subjektive opplevelse av sosial støtte og psykisk helse som ligger til grunn for studien. Å gi barn og unge et godt grunnlag for god psykisk helse er en viktig forutsetning for å mestre eget liv. Dette innebærer å legge vekt på den enkeltes ressurser, evner og muligheter til å takle hverdagen, livet i alminnelighet og de utfordringer det har å by på (Regjeringens strategiplan, 2003).

Studier viser at sosiale relasjoner og sosial støtte er en viktig variabel i barn og unges utvikling, sosialisering og helse (Nestmann og Hurrelmann, 1994; Demaray, Malecki, Davidson, Hodgson & Rebus, 2005; Demaray & Malecki, 2002; Ystgaard, 1997, Cohen & Wills, 1985; Guest & Biasini, 2001). Sosial støtte ser ut til å henge sammen med blant annet akademiske prestasjoner, adferdsproblemer, røyking, sosiale evner, selvbegrep og internaliseringsproblemer som angst og depresjon (for oversikt se Malecki & Demaray, 2003). Mye av forskningen bærer imidlertid preg av at når man har studert dette forholdet er det gjerne i form av barn som en homogen gruppe. Det som derimot er tilfellet i dag er at vi lever i et flerkulturelt samfunn hvor vi må forholde oss til mennesker med ulik kulturell bakgrunn. I denne studien skal jeg i tillegg til å studere det allmenne mønsteret mellom sosial støtte og psykisk helse også

undersøke om jeg finner kulturelle forskjeller mellom de ulike gruppene av barn som inngår i studien. Jeg vil også undersøke om det er kjønns spesifikke forskjeller mellom sosial støtte og psykisk helse.

I dag studerer man betydningen av sosial støtte ut over den tradisjonelle mor-barn relasjonen og primærfamilien (Nestmann & Hurrelman, 1994). I tillegg til sosial støtte fra foreldre og familie er både venner, klassekamerater og lærere viktige aktører i barn og unges utvikling, noe som også gjenspeiles i forskningen (Demaray & Malecki, 2002; Demaray & Malecki, 2002; Malecki og Demaray, 2003; Ystgaard, Tambs og Dalgard, 1999; Cauce et al, 1994; Oppedal og Røysamb, 2004). Studier viser at det er av betydning å skille mellom ulike støttesystemer ettersom det tyder på at dette har implikasjoner for hvordan barn tilpasser seg (Nestmann & Hurrelmann, 1994; Wong, 2006). Dette reflekteres også i denne studien da jeg undersøker støtte fra venner, mor, far, familie, klassekamerater og lærer. Det man imidlertid har mindre kunnskap om er om det er kultur- og kjønnsforskjeller med hensyn til hvordan støtte fra ulike støttesystemer henger sammen med psykisk helse. Foruten den generelle sammenhengen mellom sosial støtte og psykisk helse vil jeg som en følge av dette også undersøke de ulike støttesystemenes betydning i forhold til psykisk helse på tvers av kultur og kjønn.

I aldersgruppen det opereres med i denne studien (10-13 år) er det ikke alltid like lett å trekke grensene mellom barndom og tidlig ungdomstid. Det er store individuelle forskjeller mellom gutter og jenter i hvordan de modnes kroppslig og mentalt. Også innad i kjønnsgruppene finner man individuelle forskjeller med hensyn til utviklingstempo. Her vil derfor begrepene ”barn”, ”unge/ungdommer” og ”barn og unge” benyttes om hverandre.

2. Psykisk helse

2.1 Definisjon psykisk helse

Psykisk helse hos barn og unge har i løpet av de siste tiårene vært gjenstand for økende oppmerksomhet (Oppedal og Røysamb, 2004). På samme måte som sosial støtte er et begrep som kan defineres på ulike måter og ha ulik betydning avhengig av hvem man spør, er det samme tilfellet for psykisk helse som et begrep. I følge Verdens Helseorganisasjon (WHO) strekker begrepet psykisk helse seg videre forbi ideen om fravær av sykdom, til å inkludere ”subjektivt velvære, oppfattet self-efficacy, autonomi, kompetanse, gjensidig avhengighet av andre og selvrealisering av ens intellektuelle og emosjonelle potensial” (egen oversettelse) (WHO, 2001, s.5). I henhold til denne definisjonen brukes begrepet psykisk helse altså til å dekke et mangfold av mentale tilstander og prosesser. Disse spenner fra grad av tilfredsstillelse med livet og psykologisk tilpasning i den ene enden av skalaen, via symptomer på stress, til psykiatriske diagnoser i den andre enden (Oppedal og Røysamb, 2004). I denne studien er det barnas egenrapportering av hvordan de opplever at de har det som er hovedanliggende.

2.2 Litt om psykisk helse hos barn og unge i dagens Norge

Forskningsrapporter viser at 15-30% av barn og unge har mindre eller større psykiske plager eller vansker. Om lag 10 % av ungdommene har så store problemer med angst, depresjon, psykosomatiske lidelser, adferdsproblemer eller rusproblemer at de har behov for profesjonell hjelp (Regjeringens strategiplan, 2003). Dette kan få store konsekvenser i perioder i livet, og for noen fører det til livsvarig sykdom og store hjelpebehov. Vi vet at sykdom hos foreldre, sosialt belastede familiesituasjoner, mobbing, utestegning og andre forhold som skaper en belastet oppvekst i barnetiden kan føre til store vanskeligheter og til psykisk sykdom senere i livet. Omfanget varierer imidlertid i de norske undersøkelsene, avhengig av undersøkelsesmetodikk og definisjon av problemer (Regjeringens strategiplan, 2003; Oppedal, 2003). Dette er

i samsvar med det med det man har funnet i andre vestlige land (Regjeringens strategiplan, 2003). Selv om enkelte undersøkelser tyder på at forekomsten av problemer er økende, er det ingen holdepunkter for å si med sikkerhet at problemene generelt øker (Regjeringens strategiplan, 2003; Oppedal, 2003).

I tillegg til individuelle forskjeller i psykisk helse synes det å være gruppeforskjeller som er knyttet til kulturelle aspekter i ulike etniske grupper (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006). Dette reflekteres i forskning som viser at barn og unge i noen minoritetsgrupper har samme nivå i psykiske problemer som etnisk norske barn, mens det i andre grupper er en overhyppighet av psykiske problemer sammenliknet med etnisk norske barn. Vi har foreløpig lite kunnskap om hvilke kulturelle forhold som beskytter mot og øker risikoen for psykiske problemer hos barn av innvandrere (Oppedal & Røysamb, 2004).

Forskning viser imidlertid at det er to psykososiale risikofaktorer som skiller seg ut hos både etnisk norske barn og innvandrerbarn og det er faktorer knyttet til deres situasjon i skolen, da nærmere bestemt problemer knyttet til skolearbeidet og manglende sosial støtte fra klassekameratene (Oppedal & Røysamb, 2004).

3. Sosial støtte

3.1 Begrepsavklaring; sosialt nettverk og sosial støtte

Det faktum at vi mennesker er sosiale vesener innebærer at det sosiale miljøet er viktig med hensyn til hvordan vi klarer å tilpasse oss (Belle, 1989). Denne kunnskapen trer tydelig frem dersom vi inntar et evolusjonsperspektiv. Mennesket kan i følge Axelsen og Hartmann (1999, s.192) i hovedsak forstås som ”utadrettet, utforskende og tilknytningsorientert i sin natur, med et behov for å mestre, oppleve sammenheng, trygghet og mening i samhandling med andre. Behovet for mellommenneskelig kontakt blir vurdert som en grunnleggende motivasjonell drivkraft”. Sosialt nettverk og sosial støtte er to begreper som er nært knyttet til hverandre men det er viktig å poengtere at de ikke er ensbetydende. Det sosiale nettverket kan ses på som et nett av sosiale relasjoner som omgir en person, og det er via disse relasjonene sosial støtte finner sted. Sosial støtte blir på denne måten en undergruppe av sosiale transaksjoner som har vist seg å ha positiv effekt på helsa vår. Utgangspunktet i denne studien er sosial støtte som barna selv opplever det, men da nettverksbegrepet og støttebegrepet er så tett sammenvevd vil også sosialt nettverk omtales.

3.1.1 Sosialt nettverk

Begrepet sosialt nettverk har fokus på hvilke personer som finnes i det sosiale livet til et individ, hvordan disse personene forholder seg til hverandre, og hvordan ulike nettverk forholder seg til større sosiale systemer (Belle, 1989). De strukturelle egenskapene tar utgangspunkt i sosial nettverk-analyse og reflekterer i hvilken grad individet er integrert i en sosial sammenheng (Dalgard et al., 1995).

Noen av de strukturelle egenskapene ved nettverk som ofte måles er størrelse og sammensetning (hvor mange og hvilke personer nettverket består av), tetthet og kontakthypighet (hvor nært nettverksmedlemmene er knyttet til hverandre) og gjensidighet (grad av balanse mellom å ta og gi hjelp). Egenskaper i nettverksstrukturen blir ofte en form for indirekte støtte, hvor antagelsen er at en

tilfredsstillende integrasjon i nettverket fører til sosial støtte (Dalgard et al., 1995). Et godt sosialt nettverk bidrar ifølge Sørensen (1988) til å gi individet en sosial forankring samt identitetsfølelse og gruppetilhørighet.

Det er viktig å være klar over at det sosiale nettverket ikke bare oppstår av seg selv, men at det er noe personen selv er med på å skape og opprettholde. Dette virker kanskje selvsagt, men det er allikevel på sin plass å nevne det. Ofte beskrives nettverket som noe utenfor personen selv, noe som andre mennesker eller ytre krefter har lagt til rette (Bjork, 1988). I følge Bjork (1988) kan det sosiale nettverket sees på som et speilbilde av personligheten hvor personens indre objektverden projiseres ut i verden utenfor.

I denne studien består barnas sosiale nettverk av foreldre, familie, venner, klassekamerater og lærere da dette som regel er de mest sentrale aktørene i hverdagen til aldersgruppen som undersøkes her.

3.1.2 Sosial støtte

Begrepet sosial støtte fikk først status som sentralt forskningsbegrep i løpet av 1970-årene. Teorier om at støttende sosiale relasjoner har betydning for trivsel, tilpasning og helse er imidlertid av langt eldre dato. Det er også noe de fleste vil slutte seg til ut fra egen erfaring (Dalgard et al., 1995). Sosial støtte betraktes gjerne som en "vare" som overføres via det sosiale nettverket. Nettverksstrukturen er mediet, og støtten er det som formidles (Hernes, 1988). Sosial støtte finner på denne måten sted innenfor et sosialt nettverk. Dalgard og medarbeidere's (1995) forklaring til at begrepet på kort tid har stimulert til omfattende forskning er først og fremst den intuitive appellen, den praktiske anvendelsen, og potensialet for å integrere ulike teorier og forskningstradisjoner.

Siden begrepet ikke har utspring i en spesiell fagdisiplin eller teori er begrepsbruken og målemetodene mange og varierte når det gjelder sosial støtte. I følge Caucé og medarbeidere (1994) er sosial støtte et multidimensjonalt begrep som blir konseptualisert og målt på en rekke ulike måter. På bakgrunn av dette er det vanskelig

å snakke om et enhetlig, homogent fagfelt. Støttebegrepet kan heller sees på som en paraplybetegnelse over en rekke mer eller mindre relaterte fenomener (Hernes, 1988). Siden begrepet preges av definatorisk mangfold påpeker Hernes (1988) at det må utøves forsiktighet i sammenligninger og generaliseringer av forskningsresultater. Dalgard og medarbeidere (1994) på sin side hevder derimot at det er nettopp dette mangfoldet som er begrepets styrke.

Integreringen av ulike teorier og forskningstradisjoner har ført til en omfattende dokumentasjon av sammenhengen mellom sosial støtte og helse, på tvers av ulike forskningsdesign, begrepsbruk og målemetoder (Dalgard et al., 1995). Denne dokumentasjonsbasen viser at sosial støtte reduserer dødelighet og forebygger så vel somatisk sykdom som psykiske stressreaksjoner og mer vedvarende psykiske lidelser (Dalgard et al., 1995). Denne forskningen gjenspeiler at sosial støtte kan virke både direkte og som en buffer under ulike belastninger og stresstilstander (Cohen & Wills, 1985).

Det hersker en del begrepsforvirring på hvordan et så mangefasettert begrep som sosial støtte skal defineres. Ulike definisjoner varierer i grad av spesifisitet, bredde og hva slags type transaksjoner som utspiller seg (Sørensen, 1988). Det er også ulikheter i hvor stor grad man vektlegger stabiliteten i de interpersonlige relasjonene og hvem som skal inkluderes som støttespillere i ens sosiale nettverk (Wolchik, Beals, & Sandler, 1989). Fellesnevneren i definisjoner av sosial støtte er at andre bidrar med ressurser i form av oppmuntring og hjelp for å imøtekomme aktuelle behov. Slike vage definisjoner har ofte tilslørt at sosial støtte består av ulike komponenter, som igjen kan ha ulike funksjoner alt avhengig av hvem det er som gir støtten, hva slags påkjenninger det dreier seg om og personlige forutsetninger hos den som mottar støtten (Dalgard et al., 1995).

På bakgrunn av denne uklarheten hva angår begrepet har jeg i denne studien valgt å definere sosial støtte som ”den oppfatningen en person har om at han/hun blir ivaretatt, verdsatt og elsket av personer i ens sosiale nettverk, og at vissheten om dette

bidrar til adekvat fungering i dagliglivet og å fungere som en beskyttende faktor i møtet med kriser” (Demaray et al., 2005, s. 691).

Denne definisjonen bygger på en teoretisk konseptualisering av sosial støtte som er fremsatt av Tardy (1985). I hans rammeverk finner man fem aspekter i konseptualiseringen av sosial støtte. Det første aspektet er retning, som sier noe om man gir eller mottar støtte. Man kan være både giver og mottager av sosial støtte, og her er det barna som mottagere av sosial støtte som er referanserammen. Som mottager av sosial støtte kan man være interessert i hvor hyppig og/ eller av hvem man har mottatt sosial støtte fra, eller man kan undersøke mottagerens opplevelse av støtten. Den første måten å forholde seg til sosial støtte vil være av en mer objektiv art da man er mest opptatt av å kvantifisere støttende transaksjoner, uten å trekke inn mottagerens opplevelse av støtten. Den andre måten å forstå sosial støtte på er langs en mer subjektiv dimensjon da det er mottagerens opplevelse av sosial støtte man er interessert i. I denne studien er det som nevnt tidligere barnas opplevelse av sosial støtte som er i fokus. Det neste aspektet er disposisjon, som indikerer om støtten kun er tilgjengelig, eller om man benytter seg av den. Enkelte hevder at det først og fremst er forventet støtte som har betydning for psykisk helse (Dalgard et al., 1995). Beskrivelse/evaluering sier noe om hvorvidt man kun er interessert i en beskrivelse av støtten som mottas eller om man blir bedt om å evaluere den. Det fjerde aspektet angir hva slags type støtte som gis, og dette kan være emosjonell støtte, instrumentell støtte, støtte i form av informasjon, eller vurderingsstøtte, som innebærer å gi evaluerende tilbakemeldinger. Det siste aspektet i dette rammeverket er hvem man får støtte fra, altså hvem som inngår i ens sosiale nettverk.

Det er også gjort mange andre forsøk på å tydeliggjøre de ulike komponentene i støttebegrepet. Felles for de fleste er at på samme måte som Tardy (1985) så trekker et skille mellom de strukturelle egenskapene ved det støttende nettverket og funksjonelle aspekter ved selve støtten.

3.1.3 Hva ligger til grunn for opplevelsen av sosial støtte?

Sarason med kollegaer har utført en rekke studier for å undersøke forløperen til opplevd sosial støtte. Med utgangspunkt i tilknytningsteorien til Bowlby så argumenterer de for at vi i løpet av tidlig voksenalder er predisponert til å tolke potensielt støttende interaksjoner på spesielle måter. I forlengelsen av dette har de foreslått at oppfatninger av sosial støtte har den samme stabiliteten som personlighetstrekk, og de kaller dette ”en følelse av sosial støtte” eller ”en følelse av akseptering”. For å støtte opp under denne antagelsen har de foretatt en rekke studier som til dels har gitt overbevisende resultater (Sarason, Sarason & Pierce, 1990, som referert i Nestmann og Hurrelmann, 1994).

Også andre forskere sier seg langt på vei enige denne antagelsen om å betrakte opplevelsen av sosial støtte som en stabil tilbøyelighet på samme måte som et personlighetstrekk. Cauce et al., (1994) tenker seg at etter hvert som vi utvikler oss så vil vår tidligere historie av både det å søke og å motta støtte være med på å påvirke vår vurdering om vi også kan forvente å få støtte i framtiden. De tenker seg også at personer som har tillit til at andre mennesker stiller opp for dem når de trenger det vil være mindre stresset og opptre mer hensiktsmessig, det vil si de som har en ”trygg” tilknytning. Men de er ikke enige med Sarason og kollegaer i at tilknytningsbegrepet som utforsket i fremmedsituasjonen er det eneste, eller den beste teoretiske innfallsvinkelen til å utforske hva som ligger til grunn for opplevd sosial støtte. De påpeker videre at det er grunn til å tro at kulturelle og kontekstuelle faktorer spiller en større rolle i å bestemme meningen og formen på ulike typer støtte-søkende adferd enn det gis rom for i mye av forskningen på tilknytning.

3.1.4 Hvilke funksjoner har sosial støtte?

Når det gjelder kategorisering av ulike former for sosial støtte finner vi også her manglende konsistens i terminologien (Malecki & Demaray, 2003). En vanlig inndeling i studier gjort på voksne er med hensyn til hvilken funksjon støtten har (Cauce et al., 1994). Det er ingen grunn til å anta at det forholder seg annerledes hos barn og unge. Tardy's (1985) inndeling i emosjonell støtte, instrumentell støtte,

informasjonsstøtte eller støtte i form av vurdering er utviklet av House (1981). I hans konseptualisering av de ulike funksjonene til sosial støtte finner man emosjonell støtte, som består av følelser basert på tillit og kjærlighet. Denne typen støtte utspiller seg ved å formidle at man er verdsatt og elsket for den man er. Instrumentell støtte innebærer å bidra med penger eller andre materielle ressurser. Støtte basert på informasjon går ut på å formidle råd eller informasjon til noen som trenger det. Denne typen støtte går ut på å klargjøre, forstå og å håndtere problematiske hendelser. Den siste typen støtte i rammeverket utviklet av House (1981) er vurderingsstøtte. Denne typen støtte går ut på å gi evaluering feedback til personen som har behov for støtte.

Andre forskere har foreslått andre merkelapper på de ulike formene for sosial støtte (Cohen & Wills, 1985). Men selv om navngivingen er noe annerledes hos ulike forskere finner man stort sett igjen de samme funksjonene eller innholdet av støttende interaksjoner slik omtalt i rammeverket til House.

Selv om man kan kategorisere ulike typer støtte på en slik måte vil de som regel ikke være uavhengige av hverandre i det virkelige liv. Det er nærliggende å tenke seg at de som for eksempel har tilgang på emosjonell støtte også har tilgang på de andre formene for støtte (Cohen & Wills, 1985). I situasjoner hvor støttende interaksjoner utspiller seg kan det ofte være vanskelig å skille ulike typer støtte fra hverandre og det vil være flytende overganger mellom de ulike formene for støtte. En annen, og kanskje viktigere grunn til å ikke henge seg for mye opp i slike finmaskede differensieringer mellom ulike støttefunksjoner er at det tyder på at de ikke gjør store utslag når man undersøker betydningen av sosial støtte i populasjoner bestående av voksne (Sarason, Shearin, Pierce, & Sarason, 1987). Dette er en trend man finner igjen i studier med barn. Faktoranalyser viser at de fleste beskrivelser av støttende adferd lader på en enkelt støttefaktor (Berndt & Perry, 1986; Dubow & Ullman, 1989) og at man finner så høye korrelasjoner at de kan kombineres til en enkelt skala som heller kan sies å reflektere en form for global støtte (Fuhrman & Buhrmester, 1992). I litteraturen som omhandler barn og ungdom ser det ut til at den viktige distinksjonen er mellom hvem barna får støtte fra og ikke nødvendigvis hva slags type støtte de får (Cauce og Srebnik, 1990). På bakgrunn av dette vil det i denne

studien ikke fokuseres på de ulike støttetypene, men heller se på hvem barna opplever å få støtte av og hvordan dette henger sammen med deres psykiske helse.

3.1.5 Støttesystemer

Cauce og medarbeidere har utført en rekke studier som identifiserer ulike støttesystemer hos barn og unge (Cauce & Srebnik, 1990). Det uformelle støttesystemet består av familie og venner. Det formelle støttesystemet består av personer som barna forholder seg til i skolehverdagen. Dette er i hovedsak lærere og klassekamerater. En slik inndeling vil imidlertid ofte være en forenkling av virkeligheten da det som regel er slik at barn forholder seg til flere personer enn de som inngår i de uformelle og formelle støttesystemene. Ofte vil det også være slik at ulike støttespillere kan inngå i begge støttesystemene, eksempelvis at de man går i klasse med er man venner med også utenom skoletid. Det er også nærliggende å tenke seg at dagens barn og unge inkluderer helter og idoler som kjent gjennom media som personer de ser opp til, og får støtte fra uten at disse forbildene nødvendigvis inngår i barnas fysiske nettverk. Internett er en annen kilde til å kommunisere med andre barn og unge på som ofte går på tvers av landegrensener, og utfordrer våre ideer om hvem som skal inkluderes som støttespillere for barn og unge i dag.

På tross av at en slik inndeling er en forenkling av virkeligheten så tyder studier allikevel på at slike distinksjoner mellom uformelle og formelle støttesystemer har implikasjoner for hvordan sosial støtte virker inn på barnas tilpasning (Malecki & Demaray, 2003). Dette gjenspeiles også i spørreskjemaet som ligger til grunn for denne studien, da det er opplevd sosial støtte fra familie, mor/far hver for seg, venner, klassekamerater og lærere som undersøkes.

3.1.6 Hvordan har man undersøkt sosial støtte?

Operasjonalisering av støttebegrepet er nært forbundet med hvilke støttedimensjoner som vektlegges. Man har ikke klart å enes om entydige skalaer eller målemetoder. Måling av sosial støtte varierer fra et par enkle spørsmål til omfattende kartlegginger

på opptil hundre spørsmål (Dalgard et al., 1995). Noen samler seg om en dimensjon ved begrepet, andre om flere. Sosial støtte kan måles både ved direkte observasjon (kvantitativ observasjon), informasjon fra de som gir støtte, eller fra de som mottar støtten (Dalgard et al., 1995). Ved vektlegging av opplevd sosial støtte sees støtte primært som et subjektivt opplevelsesfenomen, mer enn objektiv tilgang på ressurser eller grad av aktivt samspill med det sosiale nettverket (Sørensen, 1988). Det vesentlige i opplevd støtte blir individets fortolkning av og forventning om sosial støtte. I studier som har brukt både kvalitative og kvantitative indikatorer på hvordan det sosiale nettverket fungerer, gir de kvalitative indikatorene oftest sterkeste sammenheng med psykisk helse (Sørensen, 1988).

4. Hvordan virker sosial støtte?

Som nevnt tidligere er det ingen allmenn oppfatning hva angår begrepet sosial støtte og hvordan man på en best mulig måte kan operasjonalisere og måle begrepet (Nestmann & Hurrelmann, 1994; Sørensen, 1988; Hernes, 1988). I forlengelsen av dette vil det da også være problematisk å oppdage og å få en bedre forståelse av hvordan sosiale relasjoner påvirker vår trivsel og helse gjennom hele livet. Dersom det ikke er en generell oppfatning av hva sosial støtte er og ikke er, vil det også by på problemer med hensyn til å undersøke de bakenforliggende mekanismene som gjør seg gjeldene.

En rekke studier indikerer at mennesker som opplever å få emosjonell og instrumentell støtte av ektefeller, familie og venner har bedre helse, både fysisk og psykisk, enn de som ikke opplever å få dette i like stor grad (Cohen & Wills, 1985). Det er viktig å poengtere at mange av disse studiene er korrelasjonsstudier, og at man ikke uten videre kan si noe om årsakssammenhenger mellom sosial støtte og helse kun basert på slike korrelasjoner. Men ser man disse korrelasjonsstudiene i kombinasjon med resultater fra dyreforskning, sosialpsykologiske eksperimenter og prospektive studier så er det mye som peker i retning av at sosial støtte er en sentral årsaksfaktor som i stor grad bidrar til menneskelig velvære (Cohen & Wills, 1985).

4.1 Bufferhypotesen og hovedeffekthypotesen

Det kan være ulike årsaker til at studier peker i retning av en positiv korrelasjon mellom sosial støtte og fysisk og psykisk helse. To sentrale forklaringsmodeller på dette forholdet som man finner i litteraturen er bufferhypotesen (buffermodellen) og hovedeffekthypotesen (direkte- effekt modellen) (Cohen & Wills, 1985; Oppedal og Røysamb, 2004; Sørensen, 1988; Dalgard et al., 1995). Cohen & Wills (1985) konkluderer i en gjennomgang av ulike studier som omhandler disse hypotesene at det foreligger evidens for dem begge. Ifølge Cohen og Wills (1985) representerer disse hypotesene ulike prosesser som hver på sin måte påvirker fysisk og psykisk helse. På bakgrunn av resultater av studier som omhandler voksne ser det foreløpig ut

til at sosial støtte er viktig uavhengig av grad av stress, men under stress er støtte spesielt viktig, noe som innebærer at disse to hypotesene kan ses på som komplementære heller enn konkurrerende. Sammen bidrar de to hypotesene snarere til å nyansere støttefunksjonenes innvirkning på helsen.

I litteraturen peker resultater i retning av at strukturelle mål, eller grad av integrasjon i nettverket som indikasjon på sosial støtte først og fremst gir direkte effekter. Studier som benytter funksjonelle eller kvalitative mål på sosial støtte bekrefter i større grad også bufferhypotesen (Cohen & Wills, 1985; Dalgard et al., 1995). Sosial støtte er altså et begrep med mange fasetter som kan nå oss via ulike mekanismer.

4.1.1 Bufferhypotesen

Bufferhypotesen går i hovedsak ut på at sosial støtte er relatert til helse for de personene som befinner seg i en tilstand preget av stress. Denne hypotesen antar at sosial støtte fungerer som en ”buffer”, altså at sosial støtte virker beskyttende fra de potensielt skadelige påvirkningene av stressende hendelser (Cohen & Wills, 1985). Stress kan defineres ”som en subjektiv følelse som oppstår på bakgrunn av hendelser som oppfattes som ukontrollerbare eller truende (Larsen og Buss, 2005, s. 569). Stress blir på denne måten en respons til hva man oppfatter som krav i enkelte situasjoner. Stress er altså ikke noe som i seg selv er i situasjonen, det er vår måte å tolke det som skjer på som fører til stress. Det vil derfor være individuelle forskjeller i hva som oppleves som stress. I tillegg til vår subjektive tolkning i potensielt stressende situasjoner vil tilgjengelige mestringsressurser være av betydning (Lazarus & Folkman, 1984, som referert i Oppedal og Røysamb, 2004).

I tråd med bufferhypotesen kan sosial støtte virke beskyttende på ulike måter. Ifølge Cohen og Wills (1985) kan sosial støtte bidra til at man redefinerer den situasjonen man finner stressende. Dersom man vet at andre mennesker er tilgjengelige for en og stiller opp med ulike ressurser kan dette bidra til at man tolker situasjonen annerledes, og/eller at man får troen på at man kan takle den situasjonen man befinner seg i. Alternativt kan sosial støtte fungere som en beskytter mot potensielle stressreaksjoner når man allerede har tolket en situasjon som stressende. Det essensielle ved

buffervirkningen av sosial støtte er altså at støtte beskytter mot symptomutvikling i belastningssituasjoner (Sørensen, 1988).

4.1.2 Hovedeffekthypotesen

Sosial støtte kan altså fungere som en beskyttende faktor når man befinner seg i situasjoner man tolker som stressende, i følge bufferhypotesen. En alternativ modell hevder at sosial støtte vil ha en positiv effekt uavhengig av om vi er utsatt for påkjenninger, først og fremst ved at et støttende nettverk bidrar til direkte helsegevinster gjennom en generell følelse av at man føler seg ønsket og blir verdsatt og respektert, og at tilværelsen oppleves som stabil og forutsigbar (Cohen & Wills, 1985; Dalgard et al., 1995). Da denne modellen ikke antar en stress- støtte interaksjon kalles den hovedeffekthypotesen (direkte- effekthypotesen). En slik generell opplevelse av verdi og velvære kan føre til bedre psykisk helse, enten ved påvirkning av biologiske mekanismer (hormon og/eller immunsystemet), eller gjennom positiv helseadferd (Dalgard et al., 1995). Det er også sannsynlig at personer som har et støttende nettverk rundt seg opplever færre livspåkjenninger som i seg selv kunne ha før til psykiske plager. I tråd med dette argumenterer Gottlieb og Sylvestre (1994, som referert i Oppedal og Røysamb, 2004) at et stress- mestringsparadigme kun utgjør en liten del av hva som inngår i mangfoldet av støttende relasjoner.

På den ene siden kan altså vårt sosiale nettverk bidra med sosial støtte som kan beskytte mot stress og påvirke mestring gjennom ulike former for sosial støtte. Dette gjelder for både barn, unge og voksne (Nestmann & Hurrelmann, 1994). På den annen side kan sosial støtte, uavhengig av stress, bidra til en positiv effekt på helsa vår gjennom de mer ”psykologiske” effektene av andres nærvær ved å unngå isolasjon og ensomhet og at man opplever å bli elsket og tatt på alvor. Dersom man som barn og ungdom føler at andre bryr seg om en og at man blir elsket for den man er, vil dette bidra en god selvfølelse og en følelse av at man er verdifull (Nestmann & Hurrelmann, 1994). Man kan jo tenke seg at en mulig fellesfaktor bak de helsefremmende effektene av sosial støtte uavhengig av grad av stress er at sosial støtte bidrar med en form for stabilitet og forutsigbarhet i hverdagen.

4.2 Eksemplifisering av hypotesene

Da både sosial støtte og psykisk helse er komplekse begreper som kan inneha ulike betydninger er det en utfordring å enes om en felles forståelse av hvordan man skal forstå dette forholdet. Selv om mange studier har vist en sammenheng mellom sosial støtte og psykisk helse, er det ingen allmenn enighet om på hvilken måte sosial støtte virker inn på psykisk helse (Sørensen, 1988). Som nevnt tidligere tenker man seg teoretisk to hovedmuligheter, støtte som en direkte hovedvirkning og støtte som en indirekte buffervirkning med hensyn til stress. Igjen er det verdt å nevne at disse hypotesene kan ses på som utfyllende til hverandre, heller enn konkurrerende.

En studie av Ystgaard (1997) gav støtte til både bufferhypotesen og hovedeffekthypotesen. Hun fant at støtte fra familie og venner hver for seg bidro signifikant til variasjon i psykisk helse uavhengig av grad av stress. For jentene var det i tillegg en signifikant effekt av klassestøtte. Støtte fra familie og venner reduserte grad av symptomer hos både guttene og jentene dersom de var utsatt for negative livspåkjenninger, som for eksempel brudd med kjæresten, samlivsbrudd mellom foreldrene eller at de selv eller noen i familien ble syke. Det vil si at samme grad av livspåkjenninger gav ulikt utslag på symptomskåre på bakgrunn av hvor mye støtte de opplevde å få (Ystgaard, 1997). Det faktum at støtte fra klassekamerater bidro i samme retning som familiestøtte og vennestøtte indikerer i følge Ystgaard (1997) at integrering og akseptering på skolen kanskje er vel så viktig som støtte fra familie og venner med hensyn til psykisk helse og barn og unge.

Malecki og Demaray (2002) demonstrerte at sosial støtte har positive konsekvenser hos barn og unge uten at stress var inkludert som en interaksjonsvariabel. De fant en signifikant sammenheng mellom oppfattet sosial støtte og en rekke ulike indikatorer som for eksempel sosiale evner, selvbegrep og evnen til tilpasning. De fant i tillegg en signifikant sammenheng mellom oppfattet støtte og ulike indikatorer på adferdsproblemer, som for eksempel internaliserings-, - og eksternaliseringsvansker. De barna som rapporterte om minst støtte hadde signifikant høyere skåre på indikatorer på adferdsproblemer og signifikant lavere skåre på adferdsindikatorer

ansett som positive, enn de barna som rapporterte om mest støtte. Med hensyn til kjønn rapporterte jentene at de opplevde å få mer støtte enn guttene. Nivået på opplevd støtte fra foreldrene var det samme for guttene og jentene, men fra de andre støttesystemene (lærer, klassekamerater og venner) opplevde jentene å få mest støtte. I følge Malecki og Demaray (2002) er disse resultatene i samsvar med andre studier som har undersøkt kjønnsforskjeller med hensyn til sosial støtte.

I en studie av Bru, Murberg og Stephens (2001) var hensikten å undersøke forholdet mellom negative livshendelser og oppfattet støtte fra foreldre, venner og lærere i et utvalg bestående av norske barn med skolerelaterte problemer. Resultatene fra denne studien viste blant annet at andelen av barn med skolerelaterte problemer var fem ganger så høy i den gruppa av barn som rapporterte minst støtte fra foreldrene i forhold til de barna som opplevde å få mye støtte fra foreldrene.

I lys av kompleksiteten som ligger i støttebegrepet er det viktig å ha i mente at forholdet mellom sosial støtte og psykisk helse ikke er statiske fenomener, men heller inngår i en dynamisk interaksjon hvor for eksempel personlighetsfaktorer, stress og mestringsstil er av vesentlig betydning.

5. Endringer i barn og unges nettverk

5.1 Omstrukturering av det sosiale nettverket

Brytningstiden mellom barndom og ungdomstid innebærer ofte forandringer på mange områder i livet, også med hensyn til sosial støtte. I denne perioden skjer det som regel en gradvis løsrivelse fra foreldrene eller andre omsorgspersoner, og den unge skal lære seg å bli uavhengig og i større og større grad bestemme over sitt eget liv (Meeus, 1994).

Løsrivelse fra foreldrene innebærer også at det sosiale nettverket restruktureres og at signifikante referansepersoner bytter roller. Tidlig i ungdomstiden er foreldrene fortsatt sentrale støttespillere for barn og unge. Etter hvert som de blir eldre begynner venner og jevnaldrende å få større betydning i forhold til tidligere (Nestmann & Hurrelmann, 1994). I litteraturen ser man denne omstruktureringen av det sosiale nettverket, og løsrivelse fra foreldrene som en av forutsetningene for sunn utvikling (Meeus, 1994). I takt med at barn og unge løsriver seg fra foreldrene skjer det altså en betydelig reorganisering av relasjoner til de nærmeste, hvor avhengigheten til familien blir mindre og venner får en større betydning (Ystgaard, 1997).

5.2 Den kulturelle konteksten

Det er imidlertid viktig å være klar over at dette er verdier som avhenger av den kulturelle konteksten man befinner seg innenfor. Kultur handler om skikker, verdier og væremåter som gjør kommunikasjon mulig, og som overføres fra generasjon til generasjon (Wikipedia, 2008). Hvordan relasjoner og interaksjoner defineres, organiseres, gis mening og utføres blir i stor grad formet av den kulturelle forståelsesrammen man legger til grunn.

Ifølge Sam (2006) har mennesker som regel en dyp forankring i sin kultur og dette er noe som strekker seg over generasjoner. Ved migrasjon bringer folk med seg sine evner, egenskaper og opplevelser til sitt nye vertsland. I tillegg tar de også med seg

sine unike måter å tenke på og å opptre på, sine kulturelle antagelser, verdier og tradisjoner, sine religiøse skikker, ritualer og seremonier, sin familiestruktur og sitt språk (Sam, 2006). Et begrep som omfavner disse forandringene som skjer når enkeltmennesker og grupper med ulik kulturell bakgrunn møtes er akkulturasjon (Sam, 2006).

Krysskulturell forskning er blant annet oppatt av hvordan verdier og normer i henholdsvis kollektivistiske og individualistiske kulturer kommer til uttrykk i ulike måter å tenke om og å oppdra barn på. Kollektivistiske kulturer legger stor vekt på avhengighet av andre, underkastelse av selvet til fordel for inngruppen og å opprettholde sterke bånd til familien. Kulturer med en mer individualistisk orientering vektlegger derimot større grad av uavhengighet, selvhevdelse og personlig frihet (Oppedal og Røysamb, 2004). Det er først og fremst innenfor vestlig forskning at ungdomstiden blir ansett som en tid hvor de unge skal løsrive seg fra familien, samtidig som venner begynner å få større betydning (Arnett, 1999). Norge er rangert høyt oppe på den individualistiske dimensjonen, mens mange av de med fremmedkulturell bakgrunn som kommer til landet har bakgrunn fra kulturer som karakteriseres som kollektivistiske (Hofstede, 1983, som referert i Oppedal og Røysamb, 2004). I forhold til den kunnskapen man har om kollektivistiske versus mer individualistisk orienterte kulturer er det en vanlig antagelse å tenke seg barn med en kollektivistisk familiebakgrunn opplever mer sosial støtte enn barn med en individualistisk bakgrunn (Oppedal og Røysamb, 2004). Når dette er sagt er det viktig å understreke at det i de fleste tilfellene dreier seg om flytende overganger, og at det gir et unyansert bilde av en kompleks virkelighet å snakke om disse skillene som absolutte.

6. Oppsummering og problemstillinger

6.1 Oppsummering

Sosial støtte har vist seg viktig for psykiske helse, både direkte og ved å fungere som en buffer i møte med stress. Dette gjelder for både voksne og barn. Det kan se ut til at de som opplever å få mye støtte har bedre helse en de som får lite støtte.

Konklusjoner må allikevel utøves med forsiktighet da ulike faktorer kan gjøre seg og virke inn på samspillet mellom sosial støtte og psykisk helse. I denne studien skal jeg undersøke om jeg finner det samme mønsteret mellom sosial støtte og psykisk helse som bekreftet av andre studier. Dette skal undersøkes for utvalget som helhet, på tvers av kulturell tilhørighet og kjønn. Jeg skal også studere om støtte fra ulike støttesystemer bidrar til forskjeller i psykisk helse.

6.2 Problemstillinger

Følgende problemstillinger er utgangspunktet for denne studien:

- 1) Hvordan henger sosial støtte sammen med psykisk helse hos barn?
- 2) Hvordan bidrar sosial støtte fra ulike støttesystemer til forskjeller i psykisk helse hos barn?
- 3) Hvordan ser mønsteret mellom sosial støtte og psykisk helse ut på tvers av kulturell tilhørighet og kjønn?

7. Metode

7.1 Utvalg og prosedyrer

Denne studien er basert på data fra barn/ungdommer med ulik kulturell bakgrunn som har deltatt i Ungkul; ungdom kultur og mestring. Ungkul er et prosjekt i regi av Nasjonalt folkehelseinstitutt, divisjon for psykisk helse. Dette datamaterialet er fra den delen av Ungkul som kalles Familiestudien. Datamaterialet som denne studien er basert på er en tverrsnittundersøkelse, og det opereres med tre undergrupper. Det er foreldrenes fødested som er utgangspunkt for klassifiseringen. Definisjonene er i stor grad i samsvar med de definisjonene som brukes av statistisk sentralbyrå (SSB, 2008). Den første gruppa består av barn/ungdommer som er etnisk norske. Med dette menes at de har to foreldre som er født i Norge og at de selv er født i Norge. Disse barna vil omtales som 'etnisk norske barn'. Den andre gruppa består av barn som har to foreldre som er født i utlandet. Noen av disse barna er selv er født i utlandet mens andre er født i Norge. Denne gruppa vil omtales som 'barn med innvandrerbakgrunn'. Den siste gruppa består av barn som har en forelder født i Norge og en forelder født i utlandet. Disse barna kan også være født i enten Norge eller utlandet. Denne gruppen kan også omtales som 'barn med innvandrerbakgrunn', men for at det ikke skal bli sammenblanding med den andre gruppa, vil disse barna omtales som 'barn med blandet kulturell bakgrunn'.

Data ble samlet inn i form av spørreskjema fra elever i 5-8 klasse på ulike skoler i Oslo og Bergen i løpet av skoleåret 2006-2007. Aldersspredningen i utvalget er fra 10-13 år. I Bergen er Ungkul del av en større studie, "Barn i Bergen". Ungkul i Bergen startet i 2005, mens Familiestudien i Oslo startet i januar 2007. Ungkul i Oslo gjennomføres i samarbeid med Utdanningsetaten. I familiestudien følger barna fra de går i 5, 6, og 7 klasse og til de er ferdige med videregående. I tillegg til at man følger barna følger man en av foreldrene, fortrinnsvis mødrene. Datamaterialet i denne studien inkluderer kun barna.

Ungkul får støtte fra Barne- og likestillingsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Undersøkelsen er underlagt de etiske retningslinjer og regler for taushetsplikt som gjelder i Datatilsynet og godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk. Deltagelse i Ungkul er frivillig og man kan når som helst trekke seg fra prosjektet dersom man ønsker det. Opplysninger om navn og adresser til barna/familiene er gitt av Folkeregisteret, Statistisk sentralbyrå, Utlendingsdirektoratet og skolene etter godkjenning fra Datatilsynet.

Barna og en av deres foreldre/foresatte mottok en forespørsel om å være med i undersøkelsen som bestod i å besvare et spørreskjema. Det foreligger på nåværende tidspunkt ingen eksakte opplysninger hvor mange som mottok tilbud om deltagelse. Foreldrene kunne velge om både de selv og barnet skulle delta, eller om kun barnet skulle delta. For barna foregikk utfyllingen av spørreskjema i skoletiden.

Det var til sammen 912 barn/ungdommer som leverte signerte samtykkeerklæringer fra foreldrene og dermed deltok i studien. 195 av barna kom fra Bergen (21,4 %) og 717 (78,6 %) kom fra Oslo. Av disse var 455 (49,9 %) etnisk norske barn. 349 (38,3 %) av barna hadde innvandrerbakgrunn. 108 (11,8 %) av barna hadde blandet kulturell bakgrunn. Til sammen bestod utvalget av 452 (49,6 %) gutter og 460 (50,4 %) jenter.

Spørreskjemaet bestod av et hefte på til sammen 329 spørsmål. Disse spørsmålene var ment å dekke et bredt område av blant annet hvordan barna opplever seg selv, hvordan de fungerer sammen med andre, hva de tenker om sin kulturelle bakgrunn og identitet, hvordan de opplever familien sin, om de har hatt noen opplevelser som har vært spesielt triste eller dramatiske, hvordan de liker seg på skolen og hvordan lærerne er. For denne studiens formål var det spørsmålene som omhandlet egenrapportering av psykisk helse og opplevelsen av sosial støtte som var i fokus. De ulike skolene hadde på forhånd fått informasjon om Ungkul og formålet med prosjektet og læreren hadde informert barna om Ungkul før selve undersøkelsen. Det ble benyttet forskningsassistenter ansatt ved Folkehelseinstituttet til å bistå ved utfylling av spørreskjemaene og til å forklare ord og uttrykk som barna lurte på. Det

ble satt av to skoletimer til undersøkelsen. For de av barna som ikke ble ferdige eller var syke den dagen undersøkelsen fant sted var det anledning til å fullføre ved en senere anledning slik at disse også kunne inkluderes i undersøkelsen.

Tabell 1: Frekvens- og prosentfordeling i utvalget:

	N	Prosentandel
Barn med innvandrerbakgrunn	349	38,3
Barn med blandet kulturell bakgrunn	108	11,8
Etnisk norske barn	455	49,9
Totalt	912	100,0
Gutter	452	49,6
Jenter	460	50,4
Totalt	912	100,0

8. Måleinstrumenter

8.1 Mål på psykisk helse

8.1.1 Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Psykisk helse ble i denne undersøkelsen kartlagt med Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) som er utviklet av Robert Goodman i England i 1997 (Goodman, 1997). Skjemaet er en videreutvikling fra den veletablerte Rutter- skalaen (Heyerdahl, 2003) Det er et en sides spørreskjema på 25 spørsmål som har vist seg egnet til å fange opp symptomer på psykiske vansker hos barn og ungdom, deres ressurser, og til å vurdere deres psykologiske tilpasning (Goodman, Renfrew & Mullick, 2000; Goodman, 2001). SDQ kan brukes som screeninginstrument, som del av en klinisk vurdering, som et mål på behandlingsutfall, i epidemiologiske undersøkelser og som forskningsverktøy. SDQ anses som et instrument som egner seg godt til å diskriminere mellom barn i høyrisikogrupper og barn i lavrisikogrupper for psykiske vansker (Sandvik, Hysing & Lundervold, 2007).

SDQ finnes både i form av en selvrapporteringsversjon for unge mellom 11 og 16 år og som en informantbasert versjon for barn/ungdom mellom 4 og 16 år som kan fylles ut av foreldre og lærere. De ulike versjonene er nesten identiske bortsett fra noen grammatiske forskjeller (Goodman, Meltzer & Bailey, 1998). Empiriske studier viser at interkorrelasjonen mellom de ulike versjonene er høy (Goodman, 2001). SDQ er oversatt til mer enn 40 språk inkludert norsk (Dine Sterke og Svake sider), og kan lastes ned fra internett og kopieres gratis for bruk i for ikke-kommersielle henseender (www.sdqinfo.com). Foruten det opprinnelige spørreskjema som kun kartlegger grad av symptomer finnes det utvidede versjoner av SDQ. Disse kartlegger i tillegg symptomenes alvorlighetsgrad, varighet, sosiale konsekvenser og byrde for barnet. Datamaterialet i denne studien baserer seg kun på selvrapportering om barnas egen opplevelse av symptombelastning.

SDQ består av 25 utsagn som til sammen utgjør fem delskalaer. De fem delskalaene er; 1) emosjonelle vansker, 2) adferdsforstyrrelser, 3) hyperaktivitet, 4) forhold til

venner og 5) prososial adferd. På hver av de fem skalaene er det fem utsagn. Noen utsagn er positive mens andre er negative. Barna i denne studien skulle på en 3-punkts Likert skala angi hvorvidt de syntes utsagnet 'stemmer helt' (skåre= 3), 'stemmer delvis' (skåre=2), eller 'stemmer ikke' (skåre=1) for dem. Eksempler på utsagn er "Jeg bekymrer meg mye" (emosjonelle vansker); "Jeg blir ofte sint og har kort lunte" (adferdsforstyrrelser); "Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro (hyperaktivitet); "Jeg har en eller flere gode venner" (forhold til venner) og "Jeg prøver å være hyggelig mot andre. Jeg bryr meg om hva de føler" (prososial adferd).

Cronbachs alpha var 0,70 for utvalget som helhet. Det ble også beregnet Cronbachs alpha- verdier for de ulike gruppene. Etnisk norske barn, Cronbachs alpha= 0,65. Barn med innvandrerbakgrunn, Cronbachs alpha= 0,74. Barn med blandet kulturell bakgrunn, Cronbachs alpha= 0,67. Det ble også regnet ut gjennomsnittsskårer for utvalget som helhet, enkeltvis for de ulike gruppene og for kjønn.

De fem delskalaene genererer separate skårer for emosjonelle vansker, adferdsforstyrrelser, hyperaktivitet, forhold til venner og prososial adferd. Summen av de fire første delskalaene utgjør barnets totale problemskåre, som kan variere mellom 0 og 40 (Sandvik et al., 2000; Goodman, 2001). Problemskåren gir et bilde av forekomsten av psykiske vansker. En høy SDQ- skåre betyr lav fungering og en lav skåre betyr høy fungering, unntatt når det gjelder skalaen for prososial adferd. På denne delskalaen indikerer en høy SDQ- skåre at barnet utviser mye prososial adferd. Begrunnelsen for hvorfor man har unnlatt å reversere retningen på skårene i prososial adferd slik at disse skårene også kan være en del av den totale problemskåren er at man tenker at fravær av prososialitet er konseptuelt forskjellig fra nærvær av psykiske plager og problemer (Goodman et al., 2000).

Jeg foretok en prinsipl komponentanalyse av SDQ for å undersøke faktorstrukturen i utvalget som denne studien baserer seg på.. Faktorstrukturen ble undersøkt i utvalget som helhet, separat for hver av de tre gruppene og for kjønn. Jo større den absolutte ladningen på en faktor er, jo større er denne faktorladningens bidrag til en gitt faktor.

Faktorladninger på $> 0,40$ og som ikke lader vesentlig på andre faktorer anses å utgjøre viktig del av faktoren (Walsh & Betz, 2000).

I utvalget som helhet ble det registrert en femfaktormodell i tråd med hvordan SDQ "skal" oppføre seg i følge Goodman (Goodman, 1999). Men det var avvik i antall ledd på de ulike faktorene. Enkelte faktorer kom ut med for mange ledd mens andre kom ut med for få. Det var også ledd som havnet på "feil" faktor. De faktorene som kom dårligst ut var faktorene som utgjør delskalaene for venneproblemer, hyperaktivitet og adferdsforstyrrelser. Disse fanget opp henholdsvis ett, to og tre ledd av de opprinnelig fem leddene som anses å utgjøre disse delskalaene. Delskalaen for prososial adferd fanget opp fire av de fem leddene. Delskalaen for emosjonelle problemer fanget opp de fem leddene som utgjør denne delskalaen i tillegg til to andre som ikke hører hjemme her.

På tross av utfallet av denne faktoranalysen har jeg i denne studien allikevel valgt å beholde SDQ slik den er konstruert av Goodman. Jeg har valgt å benytte barnets totalskåre for å undersøke forholdet mellom psykiske helse og sosial støtte fremfor å undersøke de ulike delskalaene hver for seg. Begrunnelsen for dette er at det da er lettere å danne seg et bilde av de som skårer lavt (liten grad av selvopplevd symptombelastning) i motsetning til de som skårer høyt (stor grad av selvopplevd symptombelastning) og hvordan dette henger sammen med opplevelsen av sosial støtte. Jeg har også valgt å bruke totalskåren av hensyn til sammenlignbarheten med annen litteratur på dette området. Som nevnt ovenfor er denne studien basert på selvrapporing. Studier viser imidlertid at rapportering fra foreldre og lærere viser en femfaktorstruktur som er mer i samsvar med Goodman. Da delskalaen for prososial adferd ikke er en del barnets totale problemskåre og således ikke inngår i denne undersøkelsen blir ikke denne delskalaen inkludert i de videre analysene.

Totalskåren (barnets problemskåre) og de ulike delskalaene kan brukes som kontinuerlige variabler, men man kan også konstruere cutoffskårer som gir grunnlag for å dikotomisere mellom syk og frisk (Heyerdahl, 2003). Det er foreløpig usikkert hva som er riktige cutoffskårer for norske forhold. Ved bruk av cutoff står man også i

fare for å miste verdifull informasjon. På bakgrunn av dette vil jeg bruke barnas totalskårer som en kontinuerlig variabel da dette er mer i tråd med denne studiens hovedanliggende.

8.2 Mål på sosial støtte

I denne studien ble det brukt mål på sosial støtte gitt av forskjellige sosiale nettverk. Barnas opplevelse av sosial støtte fra venner, familie, mor og far hver for seg, skoleklasse og lærer ble undersøkt separat. Alle skalaene inkluderte spørsmålsledd som omfattet både emosjonell og instrumentell støtte (Ystgaard, 1997; Cohen & Wills, 1985). De ulike Cronbachs alpha- verdiene ble regnet ut for utvalget som helhet og separat for hver av de tre gruppene. Det ble også regnet ut gjennomsnittsskårer for utvalget som helhet, for de tre ulike gruppene og for kjønn.

8.2.1 Sosial støtte fra venner, familie og skoleklasse

Sosial støtte fra venner, familie og skoleklasse ble undersøkt på bakgrunn av forkortede versjoner av skalaer opprinnelig utviklet av Ystgaard (1997). Skalaen for vennestøtte var en 4- punkts Likert- skala og svaralternativene gikk fra helt enig (1) til helt uenig (4). Eksempel på ledd var for eksempel ”*jeg føler meg knyttet til vennene mine*”. Cronbachs alpha var 0,71 for utvalget som helhet (4 ledd). Det ble også beregnet Cronbachs alpha- verdier for de ulike gruppene. Etnisk norske barn, Cronbachs alpha= 0,70. Barn med innvandrerbakgrunn, Cronbachs alpha= 0,72. Barn med blandet kulturell bakgrunn Cronbachs alpha= 0,76.

Skalaen for familiestøtte var en 4- punkts Likert- skala og bestod av fem ledd. Eksempel på ledd var for eksempel ”*familien min legger vekt på meningene mine*”. Svaralternativene gikk fra helt enig (1) til helt uenig (4). Cronbachs alpha var 0,59 (4 ledd). Etnisk norske barn, Cronbachs alpha= 0,67. Barn med innvandrerbakgrunn, Cronbachs alpha= 0,46. Barn med blandet kulturell bakgrunn, Cronbachs alpha= 0,77.

Skalaen for klassestøtte bestod opprinnelig av åtte ledd. Men da over 60 % av barna hadde utelatt å svare på to av spørsmålene ble disse valgt bort og den endelige skalaen bestod av seks ledd. Eksempel på ledd var for eksempel ”*elevene i klassen min godtar meg slik jeg er*”. Det ble brukt en 4- punkts Likert- skala hvor svaralternativene gikk fra helt enig (1) til helt uenig (4). Cronbachs alpha var 0,84 (6 ledd). Etnisk norske barn, Cronbachs alpha= 0,85. Barn med innvandrerbakgrunn, Cronbachs alpha= 0,83. Barn med blandet kulturell bakgrunn, Cronbachs alpha= 0,79.

Skalaene for vennestøtte, familiestøtte og klassestøtte ble reversert slik at de skulle gå i samme retning som skalaene for opplevd støtte fra far, mor og lærer. Etter reversering indikerte lave skårer lite opplevd støtte. Dette var i samsvar med de øvrige skalaene for sosial støtte.

8.2.2 Støtte fra mor og far hver for seg

Skalaen som ble brukt for å undersøke opplevd støtte fra mor og far separat bestod av fem ledd. Det var de samme leddene som ble brukt for både mor og far. Eksempel på ledd var for eksempel ”*jeg kan stole på at mor/far hjelper meg hvis jeg har problemer*”. Det ble brukt en 5- punkts Likert- skala og svaralternativene gikk fra nesten aldri (1) til nesten alltid (5). Cronbachs alpha for skalaen som målte støtte fra mor var 0,77 (5 ledd). Etnisk norske barn, Cronbachs alpha= 0,78. Barn med innvandrerbakgrunn, Cronbachs alpha= 0,76. Barn med blandet kulturell bakgrunn, Cronbachs alpha= 0,81. Cronbachs alpha for skalaen som målte støtte fra far var 0,88 (5 ledd). Etnisk norske barn, Cronbachs alpha= 0,88. Barn med innvandrerbakgrunn, Cronbachs alpha= 0,89. Barn med blandet kulturell bakgrunn, Cronbachs alpha= 0,84.

8.2.3 Lærerstøtte

Det ble også undersøkt hvordan barna opplevde å få støtte fra lærerne sine. Skalaen for lærerstøtte bestod av sju ledd hentet fra CASSS (Child and adolescent social support scale) (Malecki & Demaray, 2002). Det ble brukt en 6- punkts Likert- skala

og svaralternativene gikk fra aldri (1) til alltid (6). Barna skulle angi grad av enighet i utsagn som for eksempel ”lærerne mine behandler meg rettferdig”. Cronbachs alpha= 0,88 for utvalget som helhet (7 ledd). Etnisk norske barn, Cronbachs alpha= 0,86. Barn med innvandrerbakgrunn, Cronbachs alpha= 0,89. Barn med blandet kulturell bakgrunn, Cronbachs alpha= 0,85.

9. Statistiske analyser

Dataprogrammet SPSS 16.0 for Windows ble benyttet for å gjennomføre de statistiske analysene. Signifikansnivået ble satt til 0,05 i alle analysene.

Gjennomsnittet på SDQ og skalaene for opplevd vennestøtte, familiestøtte, støtte fra mor/far, klassestøtte og lærerstøtte ble undersøkt for utvalget som helhet, mellom de ulike gruppene avhengig av kulturell tilhørighet og mellom kjønn.

One-Way ANOVA ble brukt for å undersøke gjennomsnittet i utvalget som helhet og mellom de ulike gruppene avhengig av kulturell tilhørighet. Videre brukte jeg en Tukey prosedyre for å se hvor eventuelle forskjeller på SDQ og de ulike støttevariablene forelå mellom de ulike kulturelle gruppene. Independent- Samples t-test ble benyttet for å undersøke kjønnsforskjeller på de ulike skalaene.

Bivariate korrelasjonsanalyser ble benyttet for å utforske forholdet mellom mål på egenrapportering av psykisk helse som målt ved SDQ og skalaene for opplevd sosial støtte. Dette ble undersøkt for utvalget som helhet, avhengig av kulturell tilhørighet og mellom kjønn.

Det ble brukt standard multiple regresjonsanalyser for å analysere hvilke av de uavhengige variablene på opplevd støtte som hadde størst effekt i å forklare variasjon på SDQ. Også her ble det foretatt analyser på utvalget som helhet, mellom de ulike kulturelle gruppene og mellom gutter og jenter.

10. Resultater

10.1 Gjennomsnittsskårer på SDQ og opplevd sosial støtte

10.1.1 SDQ

Gjennomsnittsskåren for utvalget som helhet var $M= 10,0$, $SD= 5,20$. Det var bare små variasjoner i skårer på SDQ mellom de ulike gruppene. Barn med innvandrerbakgrunn ($M= 10,40$, $SD= 5,20$) hadde noe høyere skåre på SDQ enn etnisk norske barn ($M= 9,82$, $SD= 4,86$) og de med blandet kulturell bakgrunn ($M= 9,77$, $SD= 5,16$). Høye nivåer på SDQ indikerer større grad av symptombelastning som opplevd av barna selv i forhold til lavere skårer. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom gruppene basert på kultur.

Gjennomsnittsskårer basert på kjønn viste at guttene ($M= 10,47$, $SD= 5,41$) hadde noe høyere skåre enn jentene ($M= 9,53$, $SD= 4,86$). Denne forskjellen var signifikant ($p < 0,05$).

10.1.2 Opplevd sosial støtte

På skalaene som omhandlet opplevd sosial støtte var det en trend i retning av noe lavere skårer på opplevd støtte fra venner, familie og mor hos barn med innvandrerbakgrunn i forhold til de to andre gruppene. Lave skårer på disse skalaene impliserer liten grad av opplevd støtte. På opplevd klassestøtte og støtte i fra lærer var det derimot de etnisk norske barna som skåret lavest, mens barn med innvandrerbakgrunn skåret høyest. På bakgrunn av One-Way ANOVA analyser fremkom det at det var signifikante forskjeller mellom gruppene i opplevd støtte fra familien og opplevd støtte fra klassekamerater. Se tabell 2.

For å undersøke hvor disse forskjellene lå ble det foretatt en Tukey prosedyre hvor gjennomsnittene i de ulike gruppene ble testet mot hverandre. Denne viste at det var en signifikant forskjell i opplevd støtte fra familien mellom barn med innvandrerbakgrunn og etnisk norske barn ($p < 0,01$). Samme prosedyre viste også en

signifikant forskjell i opplevd støtte fra klassekamerater mellom barn med innvandrerbakgrunn og etnisk norske barn ($p < 0,01$) og mellom barn med innvandrerbakgrunn og barn med blandet kulturell bakgrunn ($p < 0,05$). Se tabell 2.

Tabell 2: gjennomsnitt og standardavvik (i parentes) på opplevd sosial støtte for utvalget basert på kulturell tilhørighet. Gjennomsnittsforskjeller mellom gruppene.

	1) Barn med innvandrers- bakgrunn	2) Barn med blandet kulturell bakgrunn	3) Etnisk norske barn			
				1-2	1-3	2-3
Vs	14,19 (2,13)	14,20 (2,06)	14,39 (1,72)			
Fs	18,31 (2,06)	18,69 (2,09)	18,95 (1,75)		-0,64**	
SM	22,49 (3,18)	22,90 (3,04)	22,89 (2,83)			
SF	21,82 (4,44)	21,64 (4,29)	22,29 (3,96)			
Ks	20,45 (3,41)	19,20 (3,40)	19,03 (3,60)	1,25*		0,17**
Ls	35,48 (7,76)	34,69 (6,05)	34,55 (6,56)			

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

Vs= vennestøtte

Fs= familiestøtte

SM= Støtte fra mor

SF= støtte fra far

Ks= klassestøtte

Ls= lærerstøtte

Mellom kjønnene tenderte guttene til å ha noe lavere skårer enn jentene på alle støttevariablene, bortsett fra på opplevd støtte fra familien og far, hvor nivået var de samme. Forskjellene i opplevd støtte fra venner, mor, klasse og lærer var signifikant forskjellig mellom guttene og jentene ($p < 0,05$). Se tabell 3.

Tabell 3: gjennomsnitt, standardavvik (i parentes) og gjennomsnittsforskjell på opplevd sosial støtte for utvalget basert på kjønn.

	Gutter	Jenter	Gj.snittsforskjell
Vennestøtte	14,15 (1,99)	14,43 (1,85)	-0,28*
Familiestøtte	18,70 (1,76)	18,70 (2,10)	0,20
Støtte fra mor	22,53 (3,20)	22,93 (2,77)	-0,39*
Støtte fra far	22,06 (4,23)	22,01 (4,17)	0,46
Klassestøtte	19,35 (3,70)	19,82 (3,42)	-0,47*
Lærerstøtte	34,34 (7,41)	35,49 (6,49)	-1,14*

* $p < 0,05$

10.2 Korrelasjonsanalyser mellom SDQ og opplevd sosial støtte

For utvalget som helhet var korrelasjonene mellom SDQ og de ulike målene på opplevd sosial støtte små, i størrelsesorden $r = -.16$, til $r = -.26$. Alle korrelasjonene var negative, noe som betyr at høye skårer på SDQ (stor grad av opplevd symptombelastning) assosieres med lavere grad av opplevd sosial støtte fra venner, familie, mor, far, klassekamerater og lærere. Samtlige korrelasjoner mellom SDQ og mål på sosial støtte var signifikante ($p < 0,01$). Alle korrelasjonene mellom de ulike støttevariablene var positive, og også her var alle korrelasjonene signifikante ($p < 0,01$). Se tabell 4.

Tabell 4: korrelasjonsmatrise mellom SDQ og opplevd sosial støtte for hele utvalget

	SDQ	Venner	Familie	Mor	Far	Klasse	Lærer
SDQ	1						
Venner	-0,24	1					
Familie	-0,16	0,31	1				
Mor	-0,21	0,23	0,28	1			
Far	-0,21	0,17	0,25	0,57	1		
Klasse	-0,26	0,35	0,12	0,16	0,15	1	
Lærer	-0,23	0,22	0,19	0,19	0,19	0,37	1

Det var kun mindre variasjoner i korrelasjonsmønsteret i SDQ og opplevd sosial støtte mellom de ulike kulturelle gruppene. Også her var korrelasjonene små, men negative. Alle korrelasjonene mellom sosial støtte variablene og SDQ innad i tre gruppene var signifikante ($p < 0,01$), bortsett fra opplevd støtte fra familien hos barn med blandet kulturell bakgrunn. I alle tre gruppene var korrelasjonene mellom de ulike støttevariablene positive.

Det var heller ingen nevneverdige forskjeller i korrelasjonsmønsteret mellom SDQ og sosial støtte for henholdsvis guttene og jentene. Jentene tenderte i retning av å ha noe høyere korrelasjon mellom SDQ og opplevd støtte i fra venner, familie, mor og far enn i forhold til guttene, men det var kun snakk om små forskjeller. Hos guttene var det en tendens til noe høyere korrelasjon mellom SDQ og lærerstøtte enn hos jentene, men også her var det snakk om små forskjeller. Korrelasjonen mellom SDQ og opplevd klassestøtte var den samme for begge kjønn. Alle korrelasjonene mellom SDQ og sosial støtte for henholdsvis gutter og jenter var negative og signifikante ($p < 0,01$). Samtlige korrelasjoner mellom støttevariablene var positive. Dette gjaldt for begge kjønn.

10.3 Standard multiple regresjonsanalyser; sosial støtte og psykisk helse

10.3.1 Utvalget som helhet

Ved bruk av standard multiple regresjonsanalyser ble SDQ spesifisert som avhengig variabel og opplevd sosial støtte fra de ulike støttesystemene (venner, familie, mor, far, klassekamerater og lærer) ble spesifisert som uavhengige variabler. For utvalget som helhet viste regresjonsanalyser at opplevd støtte fra venner ($\beta = -0,11$, $p < 0,05$), klasse ($\beta = -0,18$, $p < 0,05$) og lærer ($\beta = -0,11$, $p < 0,05$) var de støttevariablene som i størst grad bidro til å forklare variasjon på SDQ. Prediksjonsmodellen hvor alle variablene for sosial støtte inngikk, forklarte 13,2 % av variasjonen på SDQ. (Når forklart variasjon for hver støttevariabel ble undersøkt separat var det klassestøtte, vennestøtte og lærerstøtte som i størst grad bidro variasjon på SDQ.) Se tabell 5.

Tabell 5: Standard multiple regresjonsanalyse som viser forklart variasjon på SDQ for hele utvalget.

Prediktor	Standardisert koeffisienter (β)
Hele utvalget	
Vennestøtte	-0,11*
Familiestøtte	-0,03
Støtte fra mor	-0,06
Støtte fra far	-0,08
Klassestøtte	-0,18**
Lærerstøtte	-0,11*
R² for alle støttevariablene	0,13

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

10.3.2 Kulturell tilhørighet

Det framkom av regresjonsanalysene at det var enkelte forskjeller mellom gruppene avhengig av kulturell tilhørighet. I gruppen med innvandrerbarn var det en signifikant effekt av opplevd klassestøtte ($\beta = -0,20$, $p < 0,05$) og opplevd støtte fra far ($\beta = -0,15$, $p < 0,05$) i å predikere SDQ når variansen for de andre støttevariablene var kontrollert for. For etnisk norske barn var det en signifikant effekt av opplevd klassestøtte ($\beta = -0,18$, $p < 0,05$) i tillegg til opplevd lærerstøtte ($\beta = -0,13$, $p < 0,05$) og opplevd støtte fra venner ($\beta = -0,18$, $p < 0,05$). For gruppen bestående av barn med blandet kulturell bakgrunn var det ingen signifikante resultater, men dette henger trolig sammen med denne gruppens utvalgsstørrelse da denne er betydelig mindre enn de to andre. Prediksjonsmodellen bestående av alle støttevariablene viste at forklart varians på SDQ for de tre gruppene var henholdsvis 13 %, 15 % og 17 %. Se tabell 6.

Tabell 6: Standard multiple regresjonsanalyse som viser forklart varians på SDQ for de ulike gruppene.

Prediktor	Standardiserte koeffisienter (β)		
	Barn med innvandrerbakgrunn	Barn med blandet kulturell bakgrunn	Etnisk norske barn
Vennestøtte	-0,06	-0,18	-0,13*
Familiestøtte	-0,03	-0,02	-0,05
Støtte fra mor	-0,06	0,14	-0,06
Støtte fra far	-0,15*	-0,22	-0,02
Klassestøtte	-0,20**	-0,13	-0,18**
Lærerstøtte	-0,11	-0,11	-0,13*
R²	0,13	0,17	0,15

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

10.3.3 Kjønn

Regresjonsanalysene viste at klassestøtte var den støttevariabelen som i størst grad bidro til å forklare SDQ for både gutter ($\beta = -0,19$, $p < 0,05$) og jenter ($\beta = -0,16$, $p < 0,05$). For guttene var det også en signifikant effekt av lærerstøtte ($\beta = -0,11$, $p < 0,05$) og for jentene var det en signifikant effekt av opplevd støtte fra venner ($\beta = -0,13$, $p < 0,05$). Totalt forklart varians på SDQ for alle støttevariablene var 12,1 % for guttene og 14,2 % for jentene. Se tabell 7.

Tabell 7: Standard multiple regresjonsanalyse som viser forklart varians på SDQ for gutter og jenter.

Prediktor	Standardiserte koeffisienter (β)	
	Gutter	Jenter
Vennestøtte	-0,10	-0,13*
Familiestøtte	-0,03	-0,03
Støtte fra mor	-0,03	-0,10
Støtte fra far	-0,09	-0,08
Klassestøtte	-0,19**	-0,16**
Lærerstøtte	-0,11*	-0,10
R²	0,12	0,14

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

For å undersøke eventuelle effekter av kjønn og kultur ble det også foretatt en standard multiple regresjonsanalyse hvor de ulike støttevariablene, samt kjønn og kultur ble holdt konstante. En slik prediksjonsmodell forklarte 14,2 % av variasjonen på SDQ. Det var ingen signifikant effekt av kultur, men derimot for kjønn ($\beta = -0,075$, $p < 0,05$). Også opplevd støtte fra venner ($\beta = -0,104$, $p < 0,05$), opplevd støtte fra far ($\beta = -0,08$, $p < 0,05$), opplevd støtte fra klasse ($\beta = -0,191$, $p < 0,05$) opplevd støtte fra lærer ($\beta = -0,107$, $p < 0,05$) var signifikant. Se tabell 8.

Tabell 8: Standard multiple regresjonsanalyse som viser forklart varians på SDQ for alle støttevariablene, samt kjønn og kultur.

Prediktor	Standardiserte koeffisienter (β)
Vennestøtte	-0,10*
Familiestøtte	-0,02
Støtte fra mor	-0,05
Støtte fra far	-0,08*
Klassestøtte	-0,19*
Lærerstøtte	-0,11*
Kjønn	-0,08*
Kultur	-0,07
R²	0,14

* $p < 0,05$

10.4 Oppsummering av resultater

Målet med denne studien var å undersøke betydningen av sosial støtte med hensyn til psykisk helse hos barn. Dette ble undersøkt for det aktuelle utvalget som helhet, på tvers av kulturell tilhørighet og mellom kjønn. Datamaterialet som dannet grunnlaget for å kunne si noe om dette var i form av selvrapportering fra barna. Det var ingen nevneverdige forskjeller i grad av opplevd sosial støtte, verken på basis av ulik kulturell bakgrunn eller kjønn. Jeg fant små, men negative korrelasjoner mellom mål på sosial støtte og psykisk helse og positive korrelasjoner mellom de ulike støttevariablene. Dette impliserer at de som opplever å få lite støtte rapporterer høyere nivå av symptombelastning som målt ved SDQ, enn de som opplever at de får mye støtte. Dette var et resultat som gikk igjen på alle de tre analysenivåene. Alle korrelasjonene var signifikante. For utvalget som helhet var det spesielt støtte fra venner, klassekamerater og lærer som bidro til å predikere psykisk helse. Det var også disse støttesystemene som i hovedsak gjorde seg gjeldene for de ulike gruppene avhengig av kulturell bakgrunn og for kjønn, selv om det var enkelte forskjeller.

Prediksjonsmodellen forklarte 13,2 % av variasjonen i psykisk helse for utvalget som helhet. Når jeg justerte for kjønn og kultur forklarte prediksjonsmodellen 14,2 % av variasjonen i psykisk helse. Jeg fant ingen signifikant effekt av kulturell tilhørighet med hensyn til variasjon i psykisk helse, men derimot for kjønn.

11. Diskusjon

Her vil jeg først diskutere resultatene mine i lys av aktuell litteratur på feltet. Deretter vil jeg reflektere over metodologiske svakheter ved undersøkelsen, før jeg tar for meg mulige implikasjoner av resultatene fra denne studien. Jeg vil avslutte med en konklusjon basert på denne gjennomgangen.

11.1 Forholdet mellom psykisk helse og sosial støtte

Utgangspunktet for denne studien var å undersøke forholdet mellom sosial støtte og psykisk helse. Utvalget bestod av barn mellom 10 og 13 år. Et viktig funn i forskningslitteraturen er at sosial støtte har en positiv effekt på psykisk helse (eks Cohen & Wills, 1985; Cohen et al., 1994; Sørensen, 1988). Dette resultatet gjenspeiles hos både voksne og barn (Nestmann & Hurrelmann, 1994). Den omfattende forskningen som foreligger har ikke gitt helt entydige resultater for hvordan sosial støtte virker inn, eller henger sammen med psykisk helse. Dette kan til dels skyldes ulike definisjoner av sosial støtte og psykisk helse (Sørensen, 1988). På tross av varierende begrepsbruk og målemetoder viser studier allikevel en positiv sammenheng mellom psykisk helse og sosial støtte (Sørensen, 1988). Dette peker i retning av at det eksisterer et genuint årsaksforhold mellom disse to fenomenene, men som sagt er det ingen enhetlig forståelse av hvordan disse mekanismene henger sammen og konklusjoner må trekkes med varsomhet. Det kan jo også tenkes at assosiasjonen mellom lite sosial støtte og psykiske helseproblemer kan forklares gjennom for eksempel personlighet, som disponerer for både lite kontakt med andre og øket risiko for psykiske plager (Rognerud et al., 2002).

Selv om man må være klar over farene ved å slutte seg til sammenhenger basert på enkle korrelasjoner føyer resultatene fra denne undersøkelsen seg inn i rekken av studier som viser at sosial støtte har en positiv effekt på psykisk helse. Jeg fant en positiv sammenheng mellom psykisk helse og sosial støtte, i den forstand at jo mer støtte barna opplevde å få, jo bedre psykisk helse syntes de at de hadde. Alle korrelasjonene var signifikante (se tabell 4). Dette var et resultat som gikk igjen både

på tvers av kulturell tilhørighet og kjønn. Korrelasjonene var riktignok små til moderate men på den annen side er korrelasjoner i en slik størrelsesorden vanlig å finne i adferdsforskning. Dette fordi det også er en rekke andre forhold som spiller inn og påvirker sammenhenger. Det at korrelasjonsmønsteret på de ulike analysenivåene ikke skilte seg vesentlig fra hverandre kan peke i retning av at det er snakk om mellommenneskelige fenomener som ikke så lett lar seg påvirke av verken kjønn eller kultur. Det var heller ingen store forskjeller mellom de ulike kulturelle gruppene og mellom kjønn når det gjaldt totalt forklart varians i betydningen av sosial støtte i psykisk helse. Uavhengig av sosial støtte var det en signifikant effekt av kjønn i prediksjon av psykisk helse, men ikke for kultur. Dette impliserer at det er faktorer ved det å være gutt eller jente som bidrar til barnas egenrapportering av opplevd symptomnivå på psykisk helse, og ikke hvor de kommer fra (se tabell 8).

11.2 Støtte fra ulike støttesystemer

I litteraturen som omhandler betydningen av sosial støtte hos barn er det gjerne støtte fra familie, venner, klassekamerater og lærere som inkluderes som viktige støttespillere (Cauce og Srebnik, 1990; Malecki og Demaray, 2003; Bru et al., 2001). Foruten disse støttesystemene ble opplevd støtte fra mor og far undersøkt hver for seg i denne studien. Rasjonen for å inkludere flere støttesystemer kommer fra studier som viser at barn tilpasser seg forskjellig på ulike områder avhengig av hvem de får støtte fra (Malecki og Demaray, 2003). I en studie av Malecki og Demaray (2002) fant de at støtte fra foreldre og klassekamerater var av størst betydning når det gjaldt barnas tilpasning på personlig og psykisk plan, mens støtte fra foreldre, klassekamerater og lærere var viktigst med hensyn til skoletilpasning. Et slikt resultat er kanskje ikke særlig overraskende da man tradisjonelt har tenkt at lærerens betydning for barns ve og vel begrenser seg til klasserommet, mens foreldrene i hovedsak er de viktigste støttespillerne utenfor skolehverdagen.

Resultatene fra min studie tegner imidlertid et noe annet bilde i forhold til denne antagelsen. For utvalget som helhet fant jeg at klassestøtte, etterfulgt av lærerstøtte og støtte fra venner var de støttesystemene som i størst grad bidro til å predikere psykisk

helse hos barna. Støtte fra disse viste en signifikant effekt i prediksjon av psykisk helse. Familiestøtte, støtte fra mor og støtte fra far bidro i liten grad til prediksjon av psykisk helse, og var ikke signifikante (se tabell 5). I følge Ystgaard (1997) gjenspeiler dette resultatet viktigheten av å undersøke betydningen av sosial støtte fra flere støttesystemer på tvers av ulike tilpasningsområder, fremfor å se på sosial støtte kun som en global indeks. I tråd med dette påpeker Bru, Murberg og Stephens (2001) at betydning av lærerstøtte for psykologisk tilpasning hos barn og ungdommer har blitt studert i mindre utstrekning enn betydningen av støtte fra foreldre og venner. En av grunnene til det kan være at lærere har hatt en tendens til å attribuerer psykiske helse og spesielt psykiske problemer som foreldrenes anliggende, istedenfor å undersøke egen politikk, holdninger og praksis (Chazan, Laing & Davies, 1994).

Det som derimot er faktum er at skolen fungerer som er betydningsfull sosial arena for barn og unge, hvor lærerne er viktige med hensyn til deres utvikling. Lærere kan bidra med emosjonell støtte og støtte som retter seg spesifikt inn på elevenes akademiske ferdigheter (Bru et al., 2001). Det er viktig å kaste søkelyset på betydningen av sosial støtte og trivsel i skolehverdager da dette er en arena hvor barn og unge tilbringer mye tid. I følge Ystgaard (1999) vil en skole med økende prestasjonspress og avtakende sosial støtte kunne bidra til økt hyppighet av psykiske problemer. Motsatsen til dette er da at et godt skolemiljø kan fungere som en medvirkende faktor til å forebygge psykiske helseplager hos barn og unge.

11.2.1 Kulturell tilhørighet og støttesystemer

Jevnt over var det små forskjeller mellom de ulike gruppene og grad av opplevd støtte fra de ulike støttesystemene. Det er viktig å poengtere at selv om det var enkelte forskjeller mellom de ulike gruppene, bidro ikke kultur signifikant i å predikere psykisk helse (se tabell 8).

Fravær av store forskjeller på tvers av kulturell bakgrunn kan i mange tilfeller gi vel så viktig informasjon som demonstrasjon av at betydelige forskjeller eksisterer. I dette tilfellet kan det gjenspeile det faktum at sosial støtte, som nevnt ovenfor, mest sannsynlig er et mellommenneskelig fenomen som i det store og hele fungerer

omtrent likt på tvers av kultur. Det kan i midlertidig også bety at differensieringen av kulturell tilhørighet i kun tre grupper er for snever til å fange opp forskjeller, og at bildet kanskje hadde sett annerledes ut dersom gruppeinndelingen av kulturell bakgrunn hadde vært mer spesifikk.

Når dette er sagt er det allikevel viktig å poengtere at det var noen forskjeller som er verdt å merke seg. Det var en tendens til at barn med innvandrerbakgrunn rapporterte noe mindre grad av vennestøtte, familiestøtte og støtte fra mor og far enn de to andre gruppene. Forskjellen i opplevd familiestøtte var signifikant forskjellig mellom barn med innvandrerbakgrunn og etnisk norske barn (se tabell 2). Med tanke på at mange barn i Norge med innvandrerbakgrunn kommer fra kulturer med en kollektivistisk orientering kan dette resultatet ses på som noe uventet. Man kunne kanskje tenke seg at et barn som vokser opp med en kollektivistisk familiebakgrunn opplever mer sosial støtte fra familien enn ungdommer med en mer individualistisk orientert familiebakgrunn. På den annen side er mange av disse barna født og oppvokst i Norge, og mange av dem har muligens en nokså svak forankring i kollektivistiske verdier. Mest sannsynlig er det en kompleks årsakssammenheng hvor ulike faktorer som blant annet individuelle forskjeller, tidligere historie, etnisk identitet og kulturkompetanse kan tenkes å spille inn. Når det derimot gjaldt klassestøtte og lærerstøtte var det innvandrerbarna som opplevde mest, og etnisk norske barn som opplevde minst støtte. Barn med innvandrerbakgrunn opplevde signifikant mer klassestøtte enn barn med blandet kulturell bakgrunn og etnisk norske barn (se tabell 2).

11.2.2 Kultur, sosial støtte og psykisk helse

Det var enkelte forskjeller mellom de ulike gruppene i hvilke støttesystemer som var signifikante i å predikere psykisk helse. For innvandrerbarna var det støtte fra far og klassestøtte som hadde en signifikant effekt i å predikere psykisk helse. Også hos norske barn var det en signifikant effekt av klassestøtte, i tillegg til lærerstøtte og vennestøtte. Ingen av støttesystemene bidro signifikant i gruppen som bestod av barn med blandet kulturell bakgrunn. En grunn til dette kan være at størrelsen på denne

gruppa var mindre enn de to andre. I motsetning til hva man skulle tro var støtte i fra familien det som i minst grad predikerte psykisk helse. Dette resultatet gikk igjen hos alle de tre gruppene (se tabell 6). Også Oppedal og Røysamb (2004) fant at klassestøtte var den eneste felles variabelen som predikerte mental helse på tvers av kulturell bakgrunn.

Det at støttesystemene utenfor familien i størst grad bidro til å predikere psykisk helse støtter opp under den antagelsen om at det finner sted en omstrukturering av det sosiale nettverket i brytningstiden mellom barndom og ungdomstid, i tråd med hva Meeus (1994) hevder. Etter hvert som barn blir eldre begynner en løsrivelsesprosess fra foreldrene og støttesystemer utenfor hjemmet får i økende grad større betydning. Det faktum at utenomfamiliære støttesystemer i størst grad predikerte psykisk helse på tvers av kulturell tilhørighet bryter med den antagelsen om at en slik løsrivelsesprosess først og fremst er et vestlig fenomen. På den annen side kan det tenkes at de av barna med innvandrerbakgrunn har bodd lenge i Norge og føler seg som norske.

11.2.3 Kjønn og støttesystemer

Korrelasjonsmønsteret mellom sosial støtte og psykisk helse gikk i samme retning for begge kjønn, det vil si at hos både guttene og jentene var grad av opplevd sosial støtte positivt korrelert med psykisk helse.

Jeg fant allikevel enkelte kjønnsforskjeller. Jentene tenderte i retning av å oppleve mer støtte fra venner, mor, klasse og lærer enn guttene. Disse forskjellene var signifikante. Guttene på sin side opplevde mer støtte fra far. Grad av opplevd støtte fra familien var lik for begge kjønn (se tabell 3).

Også andre studier har funnet at jenter rapporterer å oppleve mer støtte enn gutter. Malecki og Demaray (2002) fant at jentene opplevde å få mer støtte fra venner, klassekamerater og lærer enn guttene. I likhet med min studie fant de ingen forskjell i opplevd støtte fra familien. Dette sammenfaller i stor grad med det typiske kjønnsmonsteret man har funnet i studier av ungdom fra vestlige land. Også her

finner man samme nivå av opplevd familiestøtte mellom gutter og jenter, mens jentene rapporterer å oppleve mer støtte fra venner (Oppedal & Røysamb, 2004). Det kan være ulike årsaker til slike forskjeller.

For det første kan man undre seg om det er slik at gutter faktisk får mindre støtte, eller om denne forskjellen oppstår fordi gutter og jenter har ulik forståelse av sosial støtte, noe som igjen bidrar til ulik rapportering. Enkelte har også foreslått at gutter og jenter skiller seg fra hverandre i hvordan de opplever og forstår forholdet mellom seg selv og andre (Ystgaard et al., 1999). Studier indikerer også at jenter muligens anser relasjoner til andre mennesker som mer sentrale i livene sine enn gutter (Ystgaard et al., 1999). I følge Bryant (1994) har også giverens kjønn betydning for hvordan sosial støtte oppfattes og dette kan resultere i at gutter og jenter opplever det å få støtte fra kvinner og menn forskjellig. Dersom ulik oppfattelse bidrar til ulik rapportering kan man jo spørre seg hva det er med familiestøtte som fører til lik rapportering fra begge kjønn.

Det er verdt å understreke at jeg kun har undersøkt kjønnsforskjeller generelt, og ikke innad i de ulike kulturelle gruppene. Det er holdepunkter for å tro at dette mønsteret ser noe annerledes ut innad i ulike minoritetsgrupper (Oppedal og Røysamb, 2004).

11.2.4 Kjønn, sosial støtte og psykisk helse

Hva angår sosial støttes betydning for psykisk helse var det flere likheter enn forskjeller mellom guttene og jentene. Klassestøtte var den eneste variabelen som signifikant predikerte psykisk helse for begge kjønn. I tillegg var lærerstøtte signifikant i å predikere psykisk helse hos guttene, men ikke hos jentene. Vennestøtte derimot viste seg å være en signifikant prediktor for jentenes psykiske helse. Verken for guttene eller jentene bidro familiestøtte, støtte fra mor og far signifikant i prediksjon av psykisk helse (se tabell 7). Dette resultatet belyser igjen viktigheten av å differensiere mellom ulike støttesystemer da det også for kjønn viste seg at de utenomfamiliære støttesystemene var av størst betydning med hensyn til prediksjon av psykisk helse.

11.3 Begrensninger ved studien

Datamaterialet som dannet grunnlaget for denne studien var i form av tverrsnittdata fra en spørreundersøkelse på utvalgte skoler i Oslo og Bergen. Informantene bestod av barn mellom 10 og 13 år med ulik kulturell bakgrunn. Ved bruk av tverrsnittdata blir dataene samlet inn på ett tidspunkt, og man står i fare for å miste verdifull informasjon hva angår endringer over tid. Det er også vanskelig å si noe om kausale sammenhenger når data foreligger på samme tidspunkt. Selv om det var en positiv sammenheng mellom sosial støtte og psykisk helse er det kun en antydning om kausalitet. Den sier ingenting om hvordan disse to fenomenene forholder seg til hverandre, altså hvilken vei årsakspilen går. Dette er det velkjente retningsproblemet (Liebert og Liebert, 1995). Det kan jo for eksempel tenkes at de barna som i utgangspunktet har god psykisk helse også er de som opplever å få mest støtte. Ved korrelasjon har man heller ingen mulighet for kontroll av tredjevariabler som kan påvirke både prediktor og utfall og som man ikke har målt (Liebert og Liebert, 1995). Som nevnt tidligere kan det for eksempel være personlighetsvariabler som bidrar til den positive assosiasjonen mellom sosial støtte og psykisk helse. Enkelte trekk som blant annet "argeeableness" vil mest sannsynlig være gunstig med hensyn til evnen å etablere støttende og nære relasjoner til andre mennesker, fremfor andre trekk som anses som mindre attraktive i å fremme sosial kontakt med andre. Personlighetstrekk forekommer i mer eller mindre grad og de som har en konstellasjon av trekk som er positiv i henhold til å bygge relasjoner til andre vil trolig også få mer støtte.

11.3.1 Bruk av selvrapporeringsmål

Ved bruk av selvrapporing har man mulighet for å nå ut til relativt mange personer på en gang, og i så måte er det en lite ressurskrevende måte å samle inn informasjon på. Problemet kan være at personer svarer i henhold til hva de anser som sosialt ønskelig, og at de dermed ikke er helt ærlige. Dette er kanskje særlig relevant her da mange av skalaene som omhandlet sosial støtte handlet om barnas nærmeste, som familien, mor og far. Det kan jo tenkes at barna har følt at de må være lojale og svart med dette som referanseramme, og ikke hvordan de genuint opplever det. Ideelt sett

burde studien ha inkludert mål som kunne fange opp sosialt ønskelige responser. Et annet problem knyttet til selvrapportering som eneste informasjonskilde er at man ikke kan sammenligne informasjon fra ulike informanter. I denne studien er det kun barna som er informanter, og dermed er det en mulighet for at det kan være diskrepans mellom hvordan de svarer, i motsetning til hvordan for eksempel foreldre og lærere oppfatter dem. For å få et mest mulig riktig datagrunnlag bør man inkludere mål fra flere kilder.

11.3.2 Selve spørreskjemaet

Fordelen ved bruk av spørreskjema er at alle personene får nøyaktig samme spørsmål og at spørsmålsformuleringen er den samme for alle informantene. Problemet med spørreskjemaet som dannet grunnlaget for denne studien var at det i mange tilfeller ble benyttet abstrakte ord og uttrykk som barna hadde vanskelig for å forstå. Det var også tidkrevende å fylle det ut, noe som kanskje har bidratt til at flere ble utålmodige og bare svarte tilfeldig. For å hjelpe barna under utfyllingen var det forskningsassistenter som kunne bistå med å forklare ord og uttrykk som barna ikke forsto, og å motivere de som begynte å kjede seg ved å tilby ekstra hjelp som en til en kontakt.

11.3.3 Kvaliteter ved utvalget

Spørreskjema som ble brukt i denne studien var på norsk. Da utvalget bestod av barn med ulik kulturell bakgrunn er det en mulighet for at varierende grad av norsk-kunnskaper kan ha bidratt til ulik forståelse av spørsmål, og dermed hatt konsekvenser for hvordan de har svart. Dette ble forsøkt unngått ved at de barna med svakest norskkunnskaper fikk ekstra mye hjelp av forskningsassistentene når de fylte ut spørreskjema. De fleste spørsmålsleddene var i midlertidig besvart på tvers av alle de tre kulturell gruppene, og dette kan tyde på at språkforståelse ikke utgjorde noe stort problem.

Inndelingen i tre kulturelle grupper er muligens for vid til å fange opp forskjeller på tvers av kultur. Forskjellene som framkom i denne studien var i det store og hele

ganske små, og kanskje ville bildet sett annerledes ut dersom inndelingen i kulturell bakgrunn hadde vært mer spesifikk. Flere av resultatene var dog signifikante, men med tanke på utvalgets størrelse skal det ikke store forskjeller til for å oppnå signifikante resultater. Hvorvidt disse har praktiske implikasjoner blir det man i neste omgang må ta stilling til.

11.3.4 SDQ som mål på psykisk helse

En styrke ved SDQ er at det er ment å fange opp både problemer og ressurser. Ved å ha med vurdering av ressurser får man et bredere bilde av barnet, samtidig som spørreskjemaet blir mer positivt orientert (Heyerdahl, 2003). Studier er motstridende med hensyn til instrumentets psykometriske egenskaper (Hagquist, in press; Heyerdahl, 2003; Goodman, 2001). På tross av dette er det et mye benyttet instrument da det gir en bredspektret kartlegging av barn og unges psykiske helse, inkludert en viktig del om vanskenes innvirkning for barnet og familien (Heyerdahl, 2003). Dette betyr ikke at det er uproblematisk å måle psykisk helse ved bruk av SDQ. Den versjonen av SDQ som ble brukt i min studie (Dine sterke og svake sider) er oversatt fra engelsk (Strength and Difficulties) og det er språklige sider ved instrumentet som kan trenge videre bearbeiding. Språket kan virke stivt og spørsmålene inneholder ofte to ledd, noe som kan virke flertydig (Heyerdahl, 2003). Faktorstrukturen som fremkom i mitt utvalg var avvikende i forhold til Goodman's femfaktormodell (Goodman, 2001). Fikk riktignok en femfaktorstruktur, men flere av leddene dukket opp på andre faktorer enn hos Goodman, og det var også flere av leddene som dukket opp på ulike faktorer. Dette kan henge sammen med blant annet stor overlapp mellom ledd.

11.3.5 Opplevd sosial støtte som mål på sosial støtte

Sosial støtte i form av selvrapporing er en av de vanligste måtene å undersøke støtte på (Dalgard et al., 1994). Studier viser også at det er de kvalitative indikatorene på sosial støtte som oftest henger sterkest sammen med psykisk helse, fremfor mer kvantitative mål på sosial støtte (Sørensen, 1988). Dette betyr ikke at det er problemfritt å benytte de kvalitative aspektene ved støttebegrepet når man skal måle

det. Det er en rekke variabler som kan tenkes å virke inn med hensyn til hvor mye støtte barn opplever å få. Når man bruker informasjon om støtte fra kun en gruppe informanter har man heller ingen mulighet til å oppdage eventuell diskrepans mellom hvor mye støtte man opplever å få, og det man faktisk får. Som nevnt ovenfor kan for eksempel grad av psykiske helseplager ha bidratt til uriktig estimering av hvor mye støtte barna faktisk har fått.

11.3.6 Generaliserbarhet

Utvalget i denne studien bestod av barn og unge med ulik kulturell bakgrunn fra Oslo og Bergen i alderen 10-13 år. Det antas at resultatene fra denne studien gir et generaliserbart bilde av sosial støtte og psykisk helse i den forstand at jeg fant en positiv sammenheng mellom disse fenomenene. Dette fordi undersøkelsen føyer seg inn i rekken av tidligere studier som demonstrerer en positiv sammenheng mellom disse to fenomenene.

Samtidig er det viktig å påpeke at resultatet kanskje ville sett annerledes ut med hensyn til de ulike støttesystemenes betydning dersom man hadde undersøkt barn som lever under ulike kulturelle betingelser utenfor Norge og andre vestlige land. Selv om barna hadde ulik kulturell bakgrunn antas det at likhetene er større enn forskjellene med hensyn til kulturell innflytelse da de alle bor i Norge. Resultatene fra min undersøkelse viste at det var støttesystemene utenfor familien som var av størst betydning når det gjaldt prediksjon av psykisk helse, og dette var et resultat som gikk igjen på tvers av kulturell tilhørighet. Det er imidlertid ikke hold for å konkludere med at dette kan generaliseres til andre barn som vokser opp i en annen kulturell kontekst. Det er viktig å studere etniske grupper i lys av den kulturelle konteksten de befinner seg innenfor.

11.4 Implikasjoner av studien

God psykisk helse er et viktig fundament for å mestre livet og de utfordringer det har å by på. Sosial støtte er en faktor som har vist seg å være viktig med hensyn til dette, både i form av en direkte effekt på psykisk helse og som en beskyttelse under stress.

Resultatene fra denne undersøkelsen bekrefter andre studier som påpeker at det er viktig å skille mellom ulike støttesystemer hos barn. Jeg fant en signifikant effekt av klassestøtte, lærerstøtte og vennestøtte når det gjaldt prediksjon av psykisk helse. Støtte fra disse systemene forble signifikante selv etter kontroll av eventuelle effekter av kjønn og kultur. Klassestøtte var den variabelen som signifikant predikerte psykisk helse både for kjønn og på tvers av kulturell tilhørighet, bortsett fra hos de barna med blandet kulturell bakgrunn. Da denne gruppen var betydelig mindre enn de to andre kulturelle gruppene antas dette å være grunnen til at klassestøtte ikke var signifikant i denne gruppen. Det er ingen holdepunkter for at betydningen av klassestøtte er av mindre betydning når det gjelder psykisk helse i denne gruppen. Funnene fra min studie er i stor grad i overensstemmelse med resultater fra Oppedal og Røysamb (2004) som viste at det var de psykososiale risikofaktorer knyttet til ungdommenes situasjon på skolen som i størst grad bidro til prediksjon av psykisk helse uavhengig av kulturell tilhørighet.

Det at skolemiljøet, og da særlig støtte fra klassekamerater og lærere uavhengig av kjønn og kultur viste seg å være så viktig med hensyn til psykisk helse er verdifull kunnskap med tanke på at barn tilbringer mye av sin tid på skolen. Dette byr på utfordringer i forhold til å tilrettelegge skolehverdagen slik at den oppleves som positiv for flest mulig barn. Det er også et overordnet mål fra regjeringens side om at skolen skal være en arena som skal bidra til mestring og være et positivt bidrag til barn og unges fysiske og psykiske helse (St.mld.nr.16).

I 2002 vedtok Stortinget nye regler i opplæringsloven om det psykososiale skolemiljøet til elevene. De nye lovreglene innebærer at skolen aktivt og systematisk skal arbeide for å fremme et godt miljø, og at elevene skal trekkes inn i arbeidet. Ved å gi hvert barn utfordringer på sitt nivå, legges det til rette for økt mestring og dermed også økt trivsel, motivasjon og gode relasjoner.

Et annet viktig tiltak for å skape et godt skolemiljø er å skape en nulltoleranse for mobbing i skolen, da undersøkelser viser at det å ha vært utsatt for mobbing kan føre til betydelige psykiske problemer hos offeret i form av lav selvfølelse, usikkerhet,

angst, depresjon og utrygghet i forhold til andre (Olweus, 1992, som referert i rapport fra Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006). Dette reflekteres også i regjeringens manifest om nulltoleranse og nullforekomst av mobbing utarbeidet i 2002-2003. Olweus (1997, som referert i rapport fra Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006) har utviklet et intervensjonsprogram mot mobbing som bygger på noen av nøkkelprinsippene som er utledet i forskningen om mobbing. Det er spesielt viktig å skape et skolemiljø som er kjennetegnet av varme og positiv interesse og engasjement fra de voksnes side, og av faste grenser mot uakseptabel adferd på den andre (Olweus, 1997, som referert i rapport fra Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2006). Evalueringsundersøkelser viser at programmet bidrar til kraftig nedgang i mobbing ved de skolene som gjennomfører programmet.

12. Konklusjon

I denne studien fant jeg en positiv sammenheng mellom sosial støtte og psykiske helse for utvalget som helhet, på tvers av kulturell tilhørighet og kjønn. Klassestøtte, lærerstøtte og vennestøtte var de støttevariablene som i størst grad bidro til prediksjon av psykisk helse på alle tre analysenivåene. Familiestøtte og støtte fra mor og far bidro i mindre grad til prediksjon av psykisk helse. Det kan se ut til at det finner sted en omstrukturering av barn og unges sosiale nettverk når de beveger seg fra barndommen og over i ungdomsårene, og som medfører økt betydning av utenomfamiliære støttesystemer. Dette impliserer blant annet at skolemiljøet må tilrettelegges slik at det gir vekst i form av økt mestring og trivsel for flest mulig barn og unge.

Referanseliste

Axelsen, E. D., & Hartmann, E. (1999). Virksomme faktorer i psykoterapi. I Axelsen, E. D., & Hartmann, E (red.), *Veier til forandring. Virksomme faktorer i psykoterapi* (s.187-204). Cappelen.

Belle, D. (1989). Studying Children's Social Network and Social Supports. I D. Belle (red.), *Children's Social Networks and Social Supports* (s. 1-12). New York: Wiley.

Berndt, T. J., & Perry, T. B. (1986). Children's perceptions of friendship as supportive relationships. *Developmental Psychology*, 22, 640-648.

Bjørk, S. (1988). Sosialt nettverk, stress og mestring. I O. D. Dalgard & T. Sørensen (red.), *Sosialt nettverk og psykiske helse* (s. 40-56). Oslo: Tano.

Bru, E., Murberg, T. A., & Stephens, P. (2001). Social support, negative life events and pupil misbehaviour among young Norwegian adolescents. *Journal of Adolescence*, 24, 715-727.

Bryant, B. (1985). The neighborhoodwalk: Sources of support in middle hood. *Monographs og the Society for Research in child development*, 50 (3), No. 210

Cauce, A. M., Felner, R. D., & Primavera, J. (1982). Social support in high-risk adolescents: Structural components and adaptive impact. *American Journal of Community Psychology*, 10- 417-428.

Cauce, A. M., & Srebnik, D. S. (1990). Returning to social support systems: morphological analysis of social networks. *American Journal of Community Psychology*, 18, 609-616.

Cauce, A. M., Mason, C., Gonzales, N., Hiraga, Y., & Liu, G. (1994). Social Support During Adolescence: Methodological and Theoretical Considerations. I F. Nestmann, & K. Hurrelmann (red.), *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence* (s. 89-108). New York: Walter de Gruyter.

- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. I S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (red.), *Social support measurement and intervention (s. 1- 25)*. Oxford: University press.
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bullentin*, 98, 310- 357.
- Dalgard, O.S., Ystgaard, M., & Brevik, J.I. (1995). Sosiale miljøfaktorer og psykisk helse. I O.S. Dalgard, E. Døhlie & M. Ystgaard (red.), *Sosialt nettverk, helse og samfunn (s. 13-36)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Demaray, M. K., & Malecki, C. K. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools*, 39, 305-316.
- Demaray, M. K., & Malecki, C. K. (2002). Critical levels of perceived support associated with student adjustment. *School Psychology Quarterly*, 17, 213-241.
- Demaray, M. K., Malecki, C. K., Davidson, L. M., Hogdson, K. K., & Rebus. P. J. (2005). The relationship between social support and student adjustment: a longitudinal analysis. *Psychology in the schools*, 42, 691- 706.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1992). Age and sex differences in perceptions of network and personal relationships. *Child Develpoment*, 63, 103-115.
- Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Goodman, R., Renfrew, D. & Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 9, 129-134.

-
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strength and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1337-1345.
- Grøtvedt, L. & Grimmestad, A. (2002). *Helseprofil for Oslo. Barn og unge*. Rapport. Oslo, Norway; Norwegian Institute of Public Health (Oslo Health Profile. Child and Adolescence.
- Hagen, K. A., Myers, B. J., & Mackintosh, V. H. (2005). Hope, social support, and behavioural problems in at risk children. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*, 211-219.
- Hagquist, C. (in press). The psychometric properties of the self-reported SDQ- an analysis of Swedish data based on the Rasch model. *Personality and Individual Differences*.
- Guest, K. C., & Biasini, F. J. (2001). Middle childhood, poverty, and adjustment: does social support have an impact? *Psychology in the schools, 38*, 549-560.
- Hernes, T. (1988). Sosialt nettverk, sosial støtte og psykisk helse. I O. D. Dalgard & T. Sørensen (red.), *Sosialt nettverk og psykisk helse* (s. 76- 96). Oslo: Tano.
- Heyerdahl, S. (2003). SDQ- Strength and Difficult Questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kart legging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi 13*, 127-135.
- Larsen, R. L., & Buss, D. M. (2005). Stress, coping, adjustment, and health. I Larsen, R. L., & Buss, D. M (red). *Personality psychology* (s. 567- 600). Boston: McGrawHill.
- Liebert, R. M., & Liebert, L. L. (1995). *Science and behaviour. An introduction to methods of psychological research* (4 utg.). New Jersey: Prentice Hall.

Lyons, J. S., Perrotta, S., & Hancher-Kvam, S. (1988). Perceived social support from family and friends: measurement across disparate samples. *Journal of Personality Assessment, 52*, 42-47.

Malecki, G. K., & Demaray, M. K. (2002). Measuring perceived social support: development of the child and adolescent social support scale (CASS). *Psychology in the Schools, 39*, 1-18.

Malecki, G. K., & Demaray, M. K. (2003). What type of support do they need? Investigating student adjustment as related to emotional, informational, appraisal and instrumental support. *School Psychology Quarterly, 18*, 231-252.

Meeus, W. (1994). Psychosocial problem and social support in adolescence. I F. Nestmann, & K. Hurrelmann (red.), *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence* (s.241-255). New York: Walter de Gruyter.

Nestmann, F. & Hurrelmann, K. (1994). Child and adolescent research as a challenge and opportunity for social support theory, measurement, and intervention: and vice versa. I F. Nestmann, & K. Hurrelmann (red.), *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence* (s. 1-20). New York: Walter de Gruyter.

Oppedal, B. (2003). *Adolescent mental health in multicultural context*. Doktorgradsavhandling (Folkehelseinstituttet).

Oppedal, B., Røysamb, E. (2004). Mental health, life stress, and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scandinavian Journal of Psychology, 45*, 129-142.

Rapport 2006:2. Nasjonalt folkehelseinstitutt, Divisjon for psykiske helse. *Sosiale risikofaktorer, psykiske helsearbeid og forebyggende arbeid*.

Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003) : *Sammen om psykiske helse*. [Elektronisk versjon]. Nedlastet 25.1.2008 fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/Veiledninger_og_brosjyrer/2003---samme

Rognerud, M., Strand, B. H., & Dalgard, O. S. (2002). Psykiske helse i Helse- og levekårsundersøkelsen i 1998. Sosioøkonomiske forskjeller i psykiske helse og livsstil. *Norsk Epidemiologi*, 12, 239-248.

Sam, David, L. (2006). Working in a multicultural society: challenges for the Norwegian Psychologist. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43, 1268-1275.

Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelationships among social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.

Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). Traditional Views of Social Support and Their Impact on Assessment. I B. R. Sarason, I. G. Sarason., & G. R. Pierce (red.), *Social Support: An Interactional View* (s. 9-25). New York: John Wiley & Sons.

SSB. (2008). Innvandring og innvandrere: Temaside [Elektronisk Versjon]. Nedlastet 10.4.2008 fra <http://www.ssb.no/innvandring/main.shtml>

St.mld. nr 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. [Elektronisk Versjon]. Nedlastet 1.4.2008 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20002003/Stmeld-nr-16-20>

Sørensen, T. (1988). Sosial støtte- det psykologiske nettverket. I O. D. Dalgard & T. Sørensen (red.), *Sosialt nettverk og psykisk helse* (s. 76- 96). Oslo: Tano.

Tardy, C. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187-202.

Tietjen, A. M. (1989). The ecology of children's support networks. I D. Belle (red). *Children's social networks and social support* (s.395-407). New York: Wiley.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on

underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.

Walsh, W. B., & Betz, N. E. (2000). *Test and assessment*. New Jersey: Prentice Hall.

White, K. S., Bruce, S. E., & Farrell, G. N. (1998). Impact of exposure to community violence on anxiety: A longitudinal study of family social support as a protective factor for urban children. *Journal of Child and Family Studies*, 7, 187-203.

WHO (2001). Mental health: New understanding, new hope. *The World Health Report 2001*. Geneva: WHO.

Wikipedia (2008). *Kultur* [Elektronisk versjon]. Nedlastet 8.4.2008 fra <http://no.wikipedia.org/wiki/Kultur>

Wolchick, S. A., Beals, J., & Sandler, I. N. (1989). Mapping children's support networks: Conceptual and methodological issues. I D. Belle (red.), *Children's Social Networks and Social Supports* (s. 191-220). New York: John Wiley & Sons.

Wong, D. F. K. (2006). Differential impacts of stressful life events and social support on the mental health of mainland Chinese immigrant and local youth in Hong Kong: a resilience study. *British Journal of Social Work*, 1-17.

Ystgaard, M. (1997). Life stress, social support and psychological distress in late adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 277-283.

Ystgaard, M., Tambs, K., & Dalgard, O. S. (1999). Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: a longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 12-19.

