

Köns- och klasskillnader i psykiskt välbefinnande

En undersökning av finländska ungdomar

Maria Eriksson

Eero Lahelma

Ossi Rahkonen

Inom ramen för ett forskningsprojekt om social ojämlikhet i hälsa, har köns- och klassolikheter i det psykiska välbefinnandet hos finländska ungdomar undersökts. Materialet för undersökningen var 15-24-åriga ungdomar ur den finländska levnadsnivåundersökningen år 1986. Det fanns tydliga könsskillnader i förekomst av psykiska symtom, men variationen enligt socialklass var liten. Dessa resultat stämmer överens med tidigare undersökningar som visat att klassvariationer i ungdomars hälsa i allmänhet är små.

Pol kand Maria Eriksson är verksam vid sociologiska institutionen, Åbo akademi, pol dr docent Eero Lahelma vid sociologiska institutionen, Helsingfors universitet och pol lic assistent Ossi Rahkonen vid socialpolitiska institutionen, Helsingfors universitet.

Inledning

Forskning om köns- och klassolikheter har främst gällt vuxna män (Townsend och Davidson 1982). Man har antagit att klassoligheterna är bestående livet igenom. Ungdomarna utgör den friskaste åldersgruppen och deras hälsa har rätt lite undersökts.

Könsskillnader i symtomrapportering förekommer redan under ungdomstiden. Puberteten är en period då flickor börjar uppvisa mer symtom än pojkar. Redan 12-åriga finländska flickor har mera symtom än pojkar. Symtomförekomsten och könsskillnaderna ökar med stigande ålder (Rimpelä m fl 1982, Karvonen 1991).

Sakari Karvonen (1991) visade att pojkar som ansåg sig ha klart bättre skolframgång än medeltalet uppvisade lika ofta symtom som flickor. I de övriga kategorierna av skolframgång uppvisade flickor mer symtom än pojkar. Flickor som klarade sig dåligt i skolan upplevde oftare symtom än flickor som klarade sig bättre. Könsskillnader

i symtomförekomst hade svagt samband med föräldrarnas sociala bakgrund. Skillnaderna var minst hos ungdomar vars föräldrar hörde till den högsta socialklassen. Föräldrarnas sociala bakgrund förklarade inte könsskillnaderna i symtomförekomst hos ungdomarna. I en annan finländsk undersökning fann Hillevi Aro (1988) däremot att ungdomar med dålig skolframgång uppvisade mer symtom än ungdomar med god skolframgång.

I ett flertal undersökningar har man funnit att motsvarande klasskillnader i hälsa som förekommer hos vuxna saknas hos ungdomar (Macintyre och West 1991, West 1988, 1991, Sewell och Burton 1990, Rahkonen och Lahelma 1992).

För att få en bild över det psykiska välbefinnandet hos finländska ungdomar studerade vi förekomsten av psykiska symtom. Vår avsikt var att beskriva könets och den socioekonomiska klasstillhörighetens betydelse för det psykiska välbefinnandet

Material och metod

Materialet för undersökningen var den finländska levnadsnivåundersökningen år 1986 (Sauli m fl 1989). Intervjumaterialet insamlades av Finlands Statistikcentral under tiden augusti 1986 och mars 1987. Alla uppgifter om hälsa är självrapporterade.

I levnadsnivåundersökningen deltog 12.057 personer. Vår delundersökning gäller ungdomar i åldern 15-24 år ($n=2247$). Svarsprocenten för männen var 91 och för kvinnorna 92. Denna åldersgrupp representerade fin-

I ett flertal undersökningar har man funnit att klassskillnader i hälsa som förekommer hos vuxna saknas hos ungdomar

ländska ungdomar (Eriksson 1991).

Det psykiska välbefinnandet mättes utgående från nio symptom som beskriver känslomässiga tillstånd. De intervjuade tillfrågades:

”Har du under den gångna månade haft följande symptom?: 1)överansträngning, 2)försvagat minne eller koncentrationsförmåga, 3)kraftlöshet eller trötthet, 4)sömnlöshet, 5)nervositet eller spändhet, 6)irritation, 7)nedstämdhet eller depression, 8)brist på initiativförmåga eller obeslutsamhet, 9)en känsla av att dina krafter inte räcker till?” Varje symptom var indelat i fyra alternativ angående upplevelse av symptomens intensitet: 1)inte alls, 2)i någon mån, 3)mycket och 4)kan inte säga.

Tyngdpunkten var lagd vid analys av symptomförekomst som helhet. Symtomen korrelerade alla positivt med varandra (.16 - .46). Reliabilitetskoefficienten (Cronbach alpha) var .78 för män och .79 för kvinnor. Detta innebär att symtomen har en hög inre konsistens och att symtomen kunde adderas ihop till ett summaindex (Eriksson 1991). Symtomens antal (0-9) och intensitet (0-2 per symptom) adderades så att värdet på indexet kunde variera mellan noll och arton. Ju högre värde på summaindexet desto större var symptomupplevelsen.

Indelningen i socialklasser i levnadsnivåundersökningen grundade sig på huvudsysselsättning, yrke och yrkenas inbördes kvalifikationskrav (NORD-SEI 1990). Det fanns tillgängliga uppgifter för både faderns och moderns yrke innan barnet fyllt 16 år. Föräldrarna indelades i följande klasser: 1) tjänstemän 2) jordbrukare, för kvinnorna även husmor på lantgård, 3) arbetare och 4) annat, för männen oftast pensionär och för kvinnorna medhjälpare till en företagare. Husmödrarna klassificerades i en skild kategori då modern hade arbetat i mindre än fem års tid innan barnet fyllt 16 år.

Symtomförekomst hos ungdomar

För de manliga respondenternas del rapporterade 67 procent att de led av symptom i jämförelse med 83 procent av de kvinnliga respondenterna. Symtomintensiteten varierade, likaså förekomsten av de enskilda symtomen och könsskillnaderna.

Resultaten påvisar att upplevelse av i någon mån symptom var vanligt (tabell 1). Andelen som rapporterade att de led i någon mån av symptom varierade mellan de olika symtomen, för männens del mellan 9 och 40 procent och för kvinnorna mellan 13 och 57 procent. Rapportering av symptomupplevelse i hög grad var dock ovanligt.

Det vanligaste symptomet för båda könen var kraftlös-

Tabell 1. Andelen (%) personer med olika symptom fördelat enligt intensitet och kön.

Symtom	Män %	Kvinnor %	Kvot K/M	Signifikans
a) Överansträngning	1. 24 2. 1.5	30 2.9	1.2 1.9	***
b) Försvagat minne el koncentrationsförmåga	1. 9 2. 0.5	13 0.7	1.5 1.4	**
c) Kraftlöshet eller trötthet	1. 40 2. 1.9	57 4.2	1.4 2.2	***
d) Sömnlöshet	1. 15 2. 1.5	20 0.9	1.4 0.6	**
e) Nervositet eller spändhet	1. 29 2. 1.5	41 1.8	1.4 1.2	***
f) Irritation	1. 34 2. 1.1	52 2.2	1.6 2.0	***
g) Nedstämdhet eller depression	1. 23 2. 0.6	41 2.0	1.8 3.3	***
h) Brist på initiativför- måga el obeslutsamhet	1. 15 2. 0.8	22 1.1	1.5 1.4	**
i) En känsla av att dina krafter inte räcker till	1. 9 2. 0.3	24 1.2	2.5 4.0	***

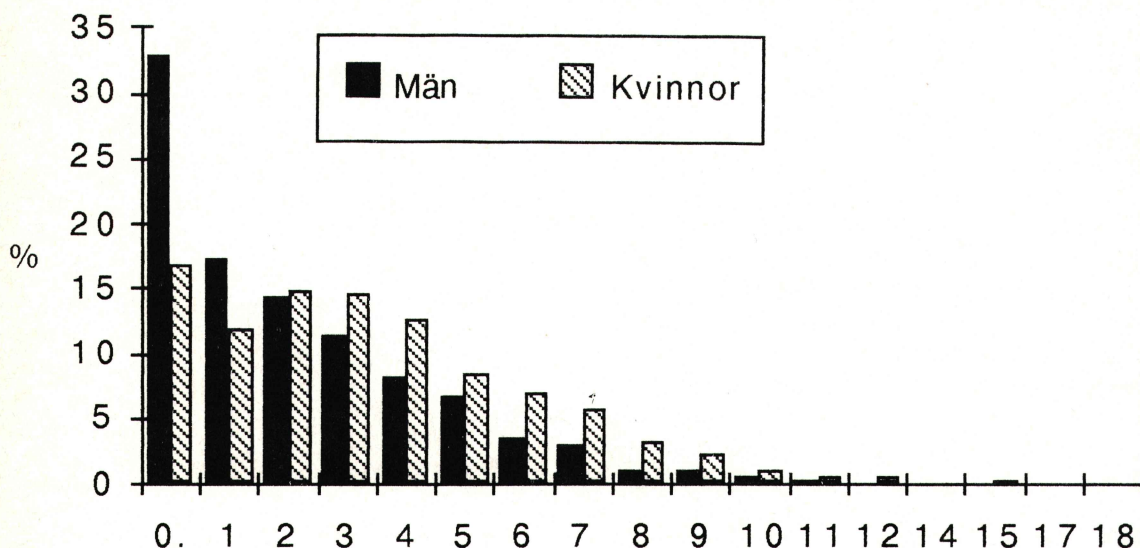
Angivet som procent av kvinnor och män som deltagit i undersökningen n = 2238. 1= lite symptom, 2= mycket symptom
Signifikans: män jämfört med kvinnor, *** p < 0.001, ** p < 0.01.

het eller trötthet, vilket 42 procent män och 61 procent kvinnor rapporterade. Det ovanligaste symptomet var försvagat minne eller koncentrationsförmåga (10% respektive 14%). Skillnaderna i förekomst mellan de olika symtomen var stora.

Känsla av att de egna krafterna inte räcker till visade den största skillnaden mellan könen. Bland kvinnor förekom detta symptom i någon mån 2,5 gånger oftare än bland män och i hög grad fyra gånger oftare.

Vanligtvis förekommande värden för summaindexet var mellan 0 och 7 poäng. Andelen som rapporterade symptomförekomst sjönk med stigande poängvärden. Detta gällde båda könen. Värdena sjönk emellertid snabbare för männen än för kvinnorna. För männen sjönk andelen som rapporterade symptom systematiskt med stigande antal symptom. För kvinnornas del däremot var andelen större som rapporterade 2-4 poäng för summaindex än bara en poäng. Andelen som rapporterade

Figur 1. Summa indexfördelning av psykiska symtom (0 - 18) poäng enligt kön.



högre värden sjönk systematiskt på motsvarande sätt som för männen (figur 1).

Utgående från både faderns och moderns socialklass var medeltalet för summaindexvärdet betydligt högre för kvinnor än män i alla socioekonomiska grupper (tabell 2). Utgående från faderns socialklass innebar tjänstemannabakgrund mest symtom, medan jordbrukarbakgrund innebar minst symtom för båda könen. Utgående från moderns socialklass rapporterade män vars mödrar varit husmödrar mest symtom, medan jordbrukarbakgrund innebar minst symtom. För kvinnorna innebar tjänstemanna- och arbetarbakgrund mest symtom. Minst symtom rapporterade kvinnor med jordbrukarbakgrund. Skillnaderna i symtomförekomst mellan de olika socialklasserna utgående från både faderns och moderns socialklasser var dock små.

Tabell 2. Förekomst av poängmedelvärde för psykiska symtom (summaindex) enligt kön och föräldrarnas socialklass..

Socialklass	Faderns		Moderns	
	M	K	M	K
Tjänsteman	2.4	5.5 ***	2.1	3.4 ***
Jordbrukare	2.0	3.0 ***	1.8	2.9 ***
Arbetare	2.1	3.3 ***	2.2	3.4 ***
Husmor	-	-	2.4	3.2 ***

Sammanfattning och diskussion

Symtomupplevelse förekom allmänt bland finländska

ungdomar, oftare bland kvinnor än män. Symtomupplevelse i någon mån var vanligt, men få rapporterade symtomupplevelse i hög grad, och då var det oftast kvinnor. Det vanligaste symtomet för båda könen var kraftlöshet eller trötthet och det ovanligaste symtomet var försvagat minne eller koncentrationsförmåga. De minsta skillnaderna mellan könen förekom för symtomen överansträngning och sömnlöshet.

Jämfört med könsskillnaderna var socialklassolikheterna i rapportering av symtom små. Skillnaderna var något mindre utgående från faderns socialklass än moderns socialklass.

Mest symtom upplevde både män och kvinnor vars far hörde till tjänstemannaklassen. Minst symtom rapporterade ungdomar med jordbrukarbakgrund. Hos hela den vuxna finländska befolkningen uppvisade jordbrukarna däremot inte lägst symtomförekomst (Lahelma 1991). Det är möjligt att ungdomar med jordbrukarbakgrund har bättre psykiskt välbefinnande än andra ungdomar. En annan förklaring kan vara att jordbrukarungdomar har svårare att verbalt ge uttryck för psykiska symtom än ungdomar med annan klassbakgrund.

Utgående från moderns socialklass uppvisade kvinnorna motsvarande symtomförekomst som utgående från faderns socialklass. Moderns husmorsstatus innebar överraskande mest symtomupplevelse för män. Det är möjligt att det skapas ett större beroende mellan barnet och modern då modern är hemma. En annan förklaring

Minst symtom rapporterade ungdomar med jordbrukarbakgrund

kan vara att barnet som varit hemma med sin mor lär sig att i större utsträckning verbalt ge uttryck för känslor.

För alla symtom förutom sömnlöshet var symtomupplevelse vanligare bland kvinnor än män. Detta kan bero endera på att kvinnorna hade mer symtom eller att de hade lättare att rapportera symtom (Cooperstock 1971, Riska 1989).

Delförklaringar till skillnaderna i symtomförekomst mellan könen kan ligga i betydelsen av biologiska olikheter (Teperi och Rimpelä 1989). I och med menstruationen lär flickor känna sin kropp och detta kan bidra till en ökad rapportering av symtom. Menkönsolikheterna kan även förklaras med kulturella skillnader mellan unga män och kvinnor (Aro 1988, Dahlgren 1979). Det är socialt mer accepterat för flickor än pojkar att ge uttryck för känslor, som till exempel psykiska symtom. Skillnader i hälsa kan även bero på olika levnadssätt. Brittiska forskare, Ellen Annandale och Kate Hunt (1990), fann att femininitet innebär sämre hälsa.

Det är möjligt att könsidentiteten bidrar till att kvinnor och män på olika sätt ger uttryck för psykiska symtom. Kvinnorna internaliserar lättare medan männen i handling ger uttryck för obehagliga känslor. I denna undersökning har till exempel inte ungdomars alkoholkonsumtion och brottslighet, som är större för män än för kvinnor, undersökts (Horwitz och White 1987).

Små klassvariationer i det psykiska välbefinnande kan förklaras på olika sätt. För det första är det möjligt att ungdomar tillhörande lägre socialklasser lättare faller ut ur undersökningen och att dessa ungdomar har psykiska symtom (Sewell och Burton 1990). För det andra kan ungdomstiden vara ett för tidigt livsskede att mäta effekter av hälsofrämjande och skadande beteende (West

1990). För det tredje är det möjligt att klassolikheterna är dolda och uppträder vid ett senare tillfälle (West 1988) eller att senare händelser har större betydelse för hälsan än förhållanden under barndomen och ungdomen (Power 1991). För det fjärde kan föräldrarnas yrke utgöra en bristfällig indikator för socialklass hos ungdomar (West 1988, Macintyre och West 1991). Socioekonomisk status hos ungdomar har oftast mätts utgående från föräldrarnas dvs huvudmannens i hushållet yrke som mått på socioekonomisk status. Man har även undersökt utgående från den ungas egen utbildning eller yrke. Det har dock visat sig att man inte fått tydligare klassolikheter trots detta (Macintyre och West 1991, Rahkonen och Lahelma 1992).

Dessa resultat stämmer överens med tidigare studier, som visat att klassvariationer i ungdomars hälsa är små. I vår undersökning visade sig att könet är mer betydelsefullt än socialklassen vid förekomst av psykiska symtom. Det är dock svårt att indela unga människor i socialklasser då deras ställning i samhället inte ännu har kristalliserats. I framtida forskning är det viktigt att utveckla socioekonomiska indelningsgrunder som på ett lämpligt sätt beskriver ungdomars sociala status.

REFERENSER

- Aro H: Stress, development and psychosomatic symptoms in adolescence. Acta universitatis Tampensis ser A:242, 1988.
- Eriksson M: Socioekonomiska olikheter i det psykiska välbefinnandet hos ungdomar. Pro graduavhandling vid sociologiska institutet vid Åbo Akademi 1991.
- Karvonen S: Orelion sukupuolierot nuoruudessa (Könsskillnader i symtomförekomst bland ungdomar). Sosiaaliläketieteellinen Aikakauslehti 1991;28:135-143.
- Rahkonen O, Lahelma E: Gender, social class and illness among young people. Social Science & Medicine 1992 (i tryck)
- Sewell R, Burton R: Well-being among adolescent boys. Sociological Spectrum 1990;10:561-575.
- West P, Macintyre S, Annandale E, Hunt K: Social class and health in youth: Findings from the West of Scotland Twenty-07 study. Social Science and Medicine 1990;30:665-673.