



Socialt stöd, känsla av ensamhet och psykiska besvär bland finlandssvenska ungdomar

I den här studien utforskades ifall det förekommer sociodemografiska skillnader i upplevelse av psykiska besvär, socialt stöd och känsla av ensamhet bland finlandssvenska ungdomar. Det undersöktes även ifall ungdomarnas upplevelse av psykiska besvär kan förklaras med familje-, kamrat- och klasskamratstöd samt känsla av ensamhet. Utöver det utforskades ifall samband mellan socialt stöd och psykiska besvär kan förklaras med känsla av ensamhet.

Som datamaterial användes WHO:s skolelevsstudie (WHO-Koululaistutkimus) från 2018 med ett deltagarantal på 599 svenskspråkiga elever från årskurs 5, 7 och 9 ($M_{\text{ålder}} = 11,9/14,0/15,9$; svarsprocent 38 %). Som statistiska analysmetoder användes Pearsons χ^2 -test, envägs variansanalys, oberoende t-test, Spearmans rangkorrelationsanalys, multipel linjär regressionsanalys och medierande analys.

Resultaten visade att flickor upplevde psykiska besvär och känsla av ensamhet i högre grad än pojkar. Elever i årskurs 7 och 9 upplevde nervositet i signifikant högre grad än eleverna i årskurs 5. De med högre upplevd socioekonomisk status upplevde i lägre grad psykiska besvär. Det förekom inte signifikanta skillnader i fråga om psykiska besvär, socialt stöd eller känsla av ensamhet mellan finlandssvenska ungdomar bosatta i stadsort och på landsbygden. Familjestöd och klasskamratstöd förklarade psykiska besvär signifikant och negativt, vilket innebar att lägre grad av familje- och klasskamratstöd associerades med högre grad av psykiska besvär. Känsla av ensamhet förklarade psykiska besvär signifikant och positivt, det vill säga högre grad av ensamhetskänslor associerades med högre grad av psykiska besvär. Kamratstöd förutsade inte psykiska besvär signifikant. Enligt resultaten kunde även samband mellan socialt stöd i form av familje-, kamrat- och klasskamratstöd och psykiska besvär delvis förklaras med känsla av ensamhet.

Studien bidrar med ny kunskap om finlandssvenska ungdomars välmående och kan uppmuntra till hälsofrämjande verksamhet. För att få en djupare förståelse om lägre nivåer av socialt stöd och upplevelse av ensamhet i grundskoleålder kan vara riskfaktorer för utveckling av psykisk ohälsa behövs mer forskning, speciellt i form av longitudinella studier.

NYCKELORD: Psykiska besvär, socialt stöd, ensamhet, ungdomar, finlandssvenskar

JASMINE GUSTAFSSON, NELLI LYYRA, RAILI VÄLIMAA, NINA SIMONSEN

HUVUDRESULTAT

- Bland finlandssvenska ungdomar upplever flickor i högre grad psykiska besvär och känsla av ensamhet jämfört med pojkar.
- Lägre grad av familjestöd och klasskamrattstöd och högre grad av ensamhetskänslor associeras med högre grad av psykiska besvär.
- Samband mellan socialt stöd och psykiska besvär kan delvis förklaras med känsla av ensamhet.
- Studiens resultat kan vara betydelsefulla för hälsofrämjande verksamhet.

INLEDNING

Ungdomstiden, det vill säga perioden då individen är 10–19 år gammal (1), är en utvecklingsfas då individen antas vara känslig för utveckling av psykiska besvär (2). I Finland är psykisk ohälsa ett ökande folkhälsoproblem bland ungdomar då antalet diagnoser för psykiatriska och neurokognitiva störningar bland 12- till 17-åringar ökat under de senaste 10 åren (3) och även andelen unga som ofta upplever psykiska besvär ökat från år 2014 till 2018 (4). Även psykisk ohälsa som inte uppfyller kriterierna för psykiatriska tillstånd har visat sig innebära en klart ökad risk för senare utveckling av symptom relaterade till psykiska störningar (5).

Under ungdomstiden kan även risken för att uppleva ensamhet vara större jämfört med andra perioder i livet, vilket bland annat kan bero på utvecklingsmässiga förändringar i fråga om vän-skap, självständighet, identitetsutforskande och kognitiv mognad (6). För ungdomar antas resurser på olika områden, så som exempelvis inom familjen, skolan och samhället, vara betydelsefulla i främjandet av en hälsosam utveckling hos den unga (7).

PSYKISKA BESVÄR

Psykiska besvär kan definieras som ett mått på nedstämdhet, irritabilitet/dåligt humör, nervositet och insomningssvårigheter (8). Besvären tenderar att uppträda tillsammans och har visat sig ha ett relativt starkt samband med självmordstankar och -beteende (9). Flickor och elever i högre årskurser tenderar att uppleva regelbundna psykiska besvär i högre grad än pojkar och yngre elever bland både finlandssvenska och finskspråki-

ga ungdomar (10–11). Internationella studier tyder på att förekomsten av psykisk ohälsa kan variera beroende på om man bor i stan eller på landsbygden (12) och enligt ens socioekonomiska status (13), där högre grad av psykisk ohälsa påträffats bland individer som bott i stadsmiljö och vars socioekonomiska status varit lägre. Bland finskspråkiga unga rapporterade en tredjedel av flickorna och 15 procent av pojkarna att de upplevt nedstämdhet en gång i veckan eller oftare år 2014 (11). Irritabilitet eller dåligt humör upplevdes minst en gång i veckan bland 39 procent av flickorna och 27 procent av pojkarna. Av flickorna upplevde drygt hälften nervositet och 41 procent insomningssvårigheter minst en gång i veckan. Motsvarande andel bland pojkarna var 39 procent för nervositet och 33 procent för insomningssvårigheter. Graden av subjektiva psykiska hälsobesvär bland finländare i åldern 11, 13 och 15 har varit relativt stabil över tid från år 2002 fram till 2014 (10) men har stigit från 2014 fram till 2018 (4).

SOCIALT STÖD

Socialt stöd har flera betydelser men hänvisar oftast till sociala relationers funktionella innehåll (14). Socialt stöd kan definieras som ett komplext, multidimensionellt begrepp som innefattar omfattningen av ett stödsystem samt tillfredsställelsen som mottas genom stödsystemet (15). Det har föreslagits att stöd erbjudet av föräldrar och vänner hör till de viktigaste resurserna i ungdomars hantering av förändringar och nya situationer (16). Enligt teoretiska modeller kan socialt stöd skydda mot psykisk ohälsa både direkt genom sociala relationers hälsostärkande effekter (Direkt-effekt modellen) och indirekt som en buffert mot stressande omständigheter (Stress-buffert modellen) (17–18).

Enligt ett flertal översiktsartiklar (19–20) och metaanalyser (21–22) har negativa samband mellan socialt stöd erbjudet av exempelvis familj, föräldrar och kamrater och symptom på psykisk ohälsa i form av bland annat depression och ångest påträffats i flera olika kontexter. Det har förekommit relativt stora skillnader i styrkan på sambanden mellan olika typer av socialt stöd och psykisk ohälsa, från svaga till medelstarka samband. Bland ungdomar har de starkaste sambanden vanligtvis förekommit mellan familje- eller föräldrastöd och depressionssymptom, följt

av kamratstöd (19), vilket även överensstämmer med forskningsresultat från Finland (23). Å andra sidan finns studier som visat att klasskamratstöd, men inte kamratstöd, har samband med psykisk ohälsa såsom symptom på depression och ångest (24–25). I alla studier har forskarna dock inte åtskilt olika källor av socialt stöd (20), och även icke-signifikanta samband har förekommit i flera empiriska studier, bland annat gällande samband mellan föräldrastöd och ungdomars insomnings-svårigheter (26) och sömnvanor (27).

KÄNSLA AV ENSAMHET

Ensamhet är ett obehagligt tillstånd som upplevs då kvaliteten eller kvantiteten på ens sociala relationer inte uppnår den nivå man önskar (28). Man brukar åtskilja mellan subjektiv upplevelse av ensamhet och objektiv ensamhet (29). Vid subjektiv ensamhet känner sig individen ensam, vilket kan upplevas trots att hen är omgiven av andra. Vid objektiv ensamhet är personen i praktiken ensam, exempelvis i form av att hen bor allena men inte nödvändigtvis känner sig ensam.

Ensamheten har ökat bland alla åldersgrupper i Finland sedan 2000-talet (30). Ur ett internationellt perspektiv är den upplevda ensamheten lägre i Finland och i många andra nordiska länder i jämförelse med övriga Europa (31). Bland finländska ungdomar tenderar flickor att känna sig ensammare än pojkar och äldre ungdomar upplever ofta mer ensamhet än yngre (10). Där mer än en femtedel av finskspråkiga flickorna i 13- och 15-års åldern år 2018 rapporterade att de ganska eller mycket ofta kände sig ensamma var den motsvarande andelen bland pojkarna 11 procent (32). Den ökade ensamheten är oroväckande då det i både tvärsnittliga och longitudinella undersökningar förekommit positiva samband mellan känsla av ensamhet och psykisk ohälsa i form av psykiska besvär (11), depression (33–34), ångest (33–34) och självmordstankar och -beteende (33–35). Känsla av ensamhet associeras även positivt med depression och ångest enligt ett flertal metaanalyser (20, 36). Effekttorlekarna har dock varierat och signifikanta samband har inte förekommit i alla studier.

FINLANDSSVENSKAR

Svenskspråkiga finländares ("finlandssvenskar") andel är cirka 5,2 procent av hela Finlands befolkning (37). Tidigare forskning har visat att fin-

landssvenska ungdomar tenderar att uppleva sig ha något bättre hälsa jämfört med finskspråkiga ungdomar (38), även om det på senare tid bland skolelever inte funnits skillnader i upplevd hälsa mellan språkgrupperna (10). Bland vuxna har finlandssvenskars eventuella bättre hälsa föreslagits ha en koppling till starkare socialt kapital (39). Tidigare forskning om minoritetsgruppen i den här studiens ämnesområden är knapp. I nuläget finns mer forskningsresultat om elever i finskspråkiga skolor (11) och det är viktigt att ta reda på hur situationen ser ut bland svenskspråkiga elever då specifik kontextuell information behövs för att kunna rikta hälsofrämjande åtgärder till olika grupper.

STUDIENS SYFTE

I den här studien utforskades ifall det bland finlandssvenska ungdomar förekommer sociodemografiska skillnader i upplevelse av psykiska besvär, socialt stöd och känsla av ensamhet. Det undersöktes även ifall ungdomarnas upplevelse av psykiska besvär kan förklaras med familje-, kamrat- och klasskamratstöd samt känsla av ensamhet. Utöver det utforskades ifall samband mellan socialt stöd och psykiska besvär kan förklaras med känsla av ensamhet.

METODER

URVAL

Som datamaterial användes WHO:s skolelevsstudie (WHO-Koululaistutkimus) från 2018, som utförts i samarbete med WHO:s regionalkontor för Europa. Undersökningen är Finlands bidrag till den internationella Health Behaviour in School-aged Children-studien (HBSC) och utförs vart fjärde år bland skolelever i årskurs 5, 7 och 9 (11-, 13- och 15-åringar). Centrum för forskning om hälsofrämjande vid Jyväskylän universitet ansvarar för undersökningen i samarbete med Folkhälsans forskningscentrum. Urvalet för Finlands WHO:s skolelevsstudie gjordes för varje svensk- och finskspråkig årskurs med en stratifierad klusterdesign enligt det internationella studieprotokollet. Urvalsramen var antalet elever i varje årskurs på basen av det finländska landsomfattande skolregistret. Skolorna valdes ut slumpmässigt så att de var representativa för hela landet även i fråga om skolstorlek. Därefter valdes klassen i respek-

tive skola ut slumpmässigt. I den här studien låg fokus på unga finlandssvenskar, vilket innebar att endast svar av svenskspråkiga ungdomar bosatta i Finland ingick i analyserna. Av de 37 svenskspråkiga skolor som blev inbjudna att delta i studien deltog 25 stycken (68 %). Det slutliga deltagarantalet i de svenskspråkiga skolorna var 599 elever, med en svarsprocent på 38 procent.

I studien beaktades etiska riktlinjer gällande personlig integritet och dataskydd. Innan studien påbörjades anhölls forskningslov av Jyväskylä universitets etiska kommitté. Frågeformulären besvarades elektroniskt av eleverna via Webropol under skoltid. Deltagandet i WHO:s skolelevstudie var frivilligt för respondenterna. Frågeformulären innehöll inga personliga identitetsuppgifter och alla skolelevers svar behandlades konfidentiellt under hela forskningsprocessen.

DELTAGARE

I studien deltog totalt 599 svenskspråkiga elever, varav 48 procent ($n = 287$) var flickor och 52 procent ($n = 312$) pojkar. Av undersökningsdeltagarna gick 20 procent ($n = 120$, $M_{\text{ålder}} = 11,9$) i årskurs 5, 49 procent ($n = 291$, $M_{\text{ålder}} = 14,0$) i årskurs 7 och 31 procent ($n = 188$, $M_{\text{ålder}} = 15,9$) i årskurs 9. Nästan hälften (47 %, $n = 276$) av eleverna rapporterade sig bo "på landsbygd, utanför kyrkby eller annan tätort", 31 procent ($n = 184$) "på landsbygd, i kyrkby eller annan tätort", 18 procent ($n = 108$) "i stad, utanför centrum" och 4 procent ($n = 26$) "i stad, i centrum". Gällande upplevd socioekonomisk status, som endast elever i årskurs 7 och 9 rapporterade, ansåg 36 procent ($n = 167$) av deltagarna att deras familj klarade sig mycket bra ekonomiskt, 43 procent ($n = 201$) ganska bra ekonomiskt, 15 procent ($n = 72$) ungefär genomsnittligt, 4 procent ($n = 19$) inte riktigt bra ekonomiskt och 2 procent ($n = 7$) inte alls bra ekonomiskt.

BEROENDE VARIABEL

Psykiska besvär mättes genom HBSC-SLC (symptom checklist), det vill säga studiens mått på subjektiva hälsobesvär (2). Den psykiska dimensionen av HBSC-SLC är ett mått på psykisk hälsa bland skolelever med god begreppsvaliditet (2, 40). På en skala med fem svarsalternativ svarade eleverna på frågan "Hur ofta har du haft följande besvär under det senaste halvåret?" och besvaren som presenterades var "Känner mig

nedstämd (nere)", "Är irriterad eller på dåligt humör", "Känner mig nervös" och "Har svårt att somna". Svarsalternativen till varje symptom var "I stort sett varje dag", "Mer än en gång i veckan", "Ungefär en gång i veckan", "Ungefär en gång i månaden" och "Sällan eller aldrig". Psykiska besvaren sammanslogs till ett index baserat på medeltalet av de här variablerna (eng. mean score), där Cronbachs alfa var 0,77.

OBEROENDE VARIABLER

Kamratstöd och *familjestöd* mättes med MSPSS, det vill säga "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" (41). I båda variablerna ingick fyra skilda frågor, vilka för kamratstöd var "Mina vänner försöker verkligen hjälpa mig", "Jag kan räkna med mina vänner när något går fel", "Jag kan dela glädje och sorg med mina vänner" och "Jag kan prata om mina problem med mina vänner". I familjestöd ingick frågorna "Min familj försöker verkligen hjälpa mig", "Min familj ger mig det känslomässiga stöd och den hjälp jag behöver", "Jag kan prata om mina problem med min familj" och "Min familj hjälper mig att fatta beslut". Svarsalternativen gick från 1 - "Håller verkligen inte med" till 7 - "Håller verkligen med". Kamrat- och familjestöd gjordes till index var för sig baserade på medeltalet av de item som ingick i dem (eng. mean score). Cronbachs alfa var 0,94 för familjestöd och 0,93 för kamratstöd.

Klasskamratstöd mättes med tre av fyra variabler som ingått i det verifierade måttet The Teacher and Classmate Support Scale (TCSS) (42). De TCSS-påståenden om klasskamratstöd som ingick i studien var "Eleverna i min klass trivs bra tillsammans", "De flesta av mina klasskamrater är vänliga och hjälpsamma" och "De andra eleverna accepterar mig som jag är". Svarsalternativen gick från 1 - "Helt av samma åsikt" till 5 - "Helt av annan åsikt". Klasskamratstödsvariablerna gjordes till ett index baserat på medeltalet av itemen (eng. mean score). Cronbachs alfa var 0,83.

Känsla av ensamhet mättes genom frågan "Känner du dig någonsin ensam?" och antalet svarsalternativ var fyra: "Ja, mycket ofta", "Ja, ganska ofta", "Ja, ibland" och "Nej". I regressionsanalyserna omkodades känsla av ensamhet så att variabeln var dikotom enligt ifall man 1) inte känner sig ensam eller känner sig ensam ibland och 2) känner sig ensam ganska eller mycket ofta.

BAKGRUNDSVARIABLER

Kön mättes genom att eleverna valde ett alternativ för pojke eller flicka.

Årskurs mättes genom att eleverna ringade in ett alternativ för årskurs 5, 7 eller 9.

Urbanitet mättes med frågan "Hurdan ort bor du på?". Svarsalternativen var "I stad, i centrum", "I stad, utanför centrum", "På landsbygd, i kyrkby eller annan tätort" och "På landsbygd, utanför kyrkby eller annan tätort". Urbanitetsvariabeln dikotomiserades i regressionsanalyserna enligt ifall man bor 1) I stad, i eller utanför centrum eller 2) På landsbygd, i eller utanför kyrkby eller annan tätort.

Upplevd socioekonomisk status undersöktes bland elever i årskurs 7 och 9 med frågan "Vilken uppfattning har du om din familjs ekonomi?". De fem svarsalternativen gick från 1) "Min familj klarar sig mycket bra ekonomiskt" till 5) "Min familj klarar sig inte alls bra ekonomiskt".

ANALYS

För analyserna användes IBM Statistics 25 SPSS och Process Macro. Funktionen Nmiss användes för psykiska besvären och sociala stöden, där endast de elever som svarat på minst 70 procent av instrumentens frågor togs med i analyserna. För de deskriptiva analyserna och för undersökning av ifall det förekommer signifikanta skillnader i upplevelse av psykiska besvär, socialt stöd och känsla av ensamhet enligt kön, årskurs och urbanitet användes Pearsons χ^2 -test, oberoende t-test och envägs variansanalys (ANOVA) (tabell 1). Med Spearmans rangkorrelationsanalys utforskades hur huvudvariablerna korrelerar sinsemellan (tabell 2). Vid undersökning av ifall ungas upplevelse av psykiska besvär kan förklaras med deras upplevelse av familjestöd, kamratstöd, klasskamratstöd och känsla av ensamhet användes multipel linjär regressionsanalys (tabell 3–4). Flera regressionsanalyser utfördes där både enskilda psykiska besvär och psykiska besvär som summavariabel fungerade som beroende variabel. Regressionsanalyserna presenteras i två skilda tabeller med analyser där elever från alla årskurser (tabell 3) och endast elever från årskurs 7 och 9 ingått (tabell 4). Variablerna för studiens enskilda psykiska besvär befann sig på ordinalnivå och analyserades därför först med ordinal regressionsanalys och därefter med linjär regressionsanalys. Resultaten från de ordinala och linjära regres-

sionsanalyserna jämfördes sinsemellan och visade sig stämma bra överens.

För att undersöka ifall samband mellan olika typer av socialt stöd och psykiska besvär kan förklaras med känsla av ensamhet utfördes medierande analyser med hjälp av Process Macro, där kön och årskurs fungerade som kontrollvariabler (figur 1). De indirekta effekterna uträknades med regressionsanalys via minsta kvadratmetoden (eng. ordinary least squares) med 95 procents konfidensintervall erhållna genom bootstrapping med 5000 upprepningar.

RESULTAT

FÖREKOMST AV PSYKISKA BESVÄR, KÄNSLA AV ENSAMHET OCH SOCIALT STÖD ENLIGT KÖN, ÅRSKURS OCH URBANITET

I tabell 1 presenteras andelen elever som upplevde minst ett psykiskt hälsobesvär och enskilda psykiska besvär minst en gång i veckan eller oftare och kände sig ensamma ganska eller mycket ofta samt medeltalen för sociala stöden enligt kön, årskurs och urbanitet. Psykiska besvär och känsla av ensamhet upplevdes i signifikant högre grad av flickor jämfört med pojkar. Det vanligaste förekommande psykiska besväret bland både flickor (72 %) och pojkar (55 %) var irritabilitet eller dåligt humör. Flickor upplevde högre grad av kamratstöd jämfört med pojkar medan pojkar upplevde högre grad av klasskamratstöd jämfört med flickor. Det förekom även skillnader i irritabilitet/dåligt humör, nervositet samt familje- och klasskamratstöd mellan elever i olika årskurser. Resultaten visade att det inte förekom signifikanta skillnader mellan de ungdomar som bodde i städer och de som bodde på landsbygden i fråga om psykiska besvär, känsla av ensamhet eller socialt stöd ($p > 0,05$).

KORRELATIONER MELLAN PSYKISKA BESVÄR, KÄNSLA AV ENSAMHET OCH SOCIALT STÖD

I tabell 2 presenteras Spearmans rangkorrelationskoefficienter för studiens oberoende och beroende variabler. Det förekom signifikanta samband mellan variablerna. Psykiska besvären som summavariabel korrelerade starkast med känsla av ensamhet ($r = 0,54$) och därefter med familjestöd ($r = -0,36$) följt av klasskamratstöd ($r = -0,32$) och kamratstöd ($r = -0,15$).

Tabell 1

Andelen elever som upplevde minst ett psykiskt hälsobesvär och enskilda psykiska besvär minst en gång i veckan eller oftare och kände sig ensamma ganska eller mycket ofta samt medeltalen för sociala stöden enligt kön, årskurs och urbanitet.

	Flickor	Pojkar	<i>p</i> -värde	Åk 5	Åk 7	Åk 9	<i>p</i> -värde	Stadsort	Landsbygd	<i>p</i> -värde
Psykiska besvär (%)	84,9	70,3	<0,001	77,5	79,5	73,7	0,331	74,6	78,1	0,403
Nedstämdhet (%)	55,6	32,3	<0,001	36,7	45,5	44,6	0,242	47,0	42,8	0,383
Irritabilitet/dåligt humör (%)	71,6	54,5	<0,001	55,0	67,8	59,7	<0,05	60,4	63,7	0,496
Nervositet (%)	51,2	32,6	<0,001	30,8	44,6	43,5	<0,05	44,8	40,7	0,400
Insomningssvårigheter (%)	46,7	41,0	0,161	46,7	44,6	40,3	0,498	43,3	43,8	0,922
Ensamhet (%)	21,6	9,9	<0,001	11,8	15,8	17,8	0,370	18,0	15,0	0,422
Familjestöd (M, SD) <i>a</i>	5,5 (1,6)	5,7 (1,6)	0,207	6,1 (1,4)	5,5 (1,6)	5,4 (1,6)	<0,001	5,5 (1,6)	5,6 (1,6)	0,671
Kamratstöd (M, SD) <i>a</i>	5,7 (1,5)	5,2 (1,6)	<0,001	5,7 (1,4)	5,5 (1,6)	5,3 (1,6)	0,071	5,5 (1,4)	5,4 (1,6)	0,813
Klasskamratstöd (M, SD) <i>b</i>	3,9 (0,8)	4,0 (0,8)	<0,01	4,2 (0,7)	3,8 (0,8)	4,0 (0,8)	<0,001	3,9 (0,7)	4,0 (0,8)	0,322

Notera. Pearsons χ^2 -test, oberoende t-test och evägs variansanalys.

Psykiska besvärerna och sociala stöden är presenterade som summavariabel.

M medeltal.

SD standardavvikelse.

a på en skala från 1 till 7.

b på en skala från 1 till 5.

Tabell 2

Korrelationsmatris för socialt stöd, känsla av ensamhet och psykiska besvär.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Familjestöd	1,000								
2. Kamratstöd	0,426***	1,000							
3. Klasskamratstöd	0,258***	0,249***	1,000						
4. Känsla av ensamhet	-0,361***	-0,226***	-0,237***	1,000					
5. Psykiska besvär	-0,364***	-0,152***	-0,318***	0,537***	1,000				
6. Nedstämdhet	-0,330***	-0,163***	-0,308***	0,564***	0,803***	1,000			
7. Irritabilitet/Dåligt humör	-0,281***	-0,114**	-0,276***	0,370***	0,791***	0,596***	1,000		
8. Nervositet	-0,202***	-0,094*	-0,160***	0,344***	0,720***	0,467***	0,453***	1,000	
9. Insomnings-svårigheter	-0,281***	-0,106*	-0,200***	0,353***	0,720***	0,391***	0,394***	0,379***	1,000

Notera. Spearmans rangkorrelationskoefficienter.

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

FÖRKLARING AV PSYKISKA BESVÄR MED SOCIALT STÖD OCH KÄNSLA AV ENSAMHET

Enligt resultaten presenterade i tabell 3 förekom signifikanta negativa samband mellan familjestöd och psykiska besvär som summavariabel, och även mellan familjestöd och enskilda psykiska besvär i form av nedstämdhet, irritabilitet/

dåligt humör, insomningssvårigheter ($p < 0,001$) och nervositet ($p < 0,05$). Signifikanta samband mellan kamratstöd och psykiska besvär förekom inte ($p > 0,05$). Signifikanta negativa samband mellan klasskamratstöd och psykiska besvär som summavariabel och enskilda psykiska besvär i form av nedstämdhet, irritabilitet/dåligt humör

($p < 0,001$), insomningssvårigheter ($p < 0,01$) och nervositet ($p < 0,05$) förekom. Även känsla av ensamhet associerades signifikant och positivt med psykiska besvär som summavariabel och enskilda psykiska besvär ($p < 0,001$).

Resultaten var relativt oförändrade även vid kontroll av kön, årskurs och urbanitet (tabell 3), med undantag av att nervositet inte kunde förklaras med en enda typ av socialt stöd. Kön associerades signifikant och positivt med psykiska besvär som summavariabel och även med nedstämdhet, irritabilitet/dåligt humör och nervositet ($p < 0,001$), vilket innebar att flickor upplevde psykiska besvär i högre grad än pojkar. Elever i årskurs 7 och 9 upplevde nervositet i signifikant högre grad än eleverna i årskurs 5 ($p < 0,05$). Signifikanta samband mellan urbanitet och psykiska besvär förekom inte enligt resultaten ($p > 0,05$).

I analyserna presenterade i tabell 4 ingick enbart elever i årskurs 7 och 9 i och med att upplevd socioekonomisk status enbart rapporterades av elever i de årskurserna. Även bland elever i årskurs 7 och 9 visade resultaten att ju mindre familje- och klasskamrattstöd eleverna upplevde och ju oftare de kände sig ensamma desto mer psykiska besvär rapporterade de. Vid kontroll av bakgrundsvariablerna upplevde flickor psykiska besvär i högre grad än pojkar. Ungdomar som bodde på landsbygden upplevde irritabilitet eller dåligt humör i högre grad än de som bodde i stadsort och de som upplevde sin socioekonomiska status vara ganska bra eller mycket bra upplevde psykiska besvär, nedstämdhet och insomningssvårigheter i lägre grad än de som upplevde sin socioekonomiska status vara lägre.

Tabell 3

Multipel linjär regressionsanalys utan och med kontrollvariabler för år 5, 7 och 9.

Variabel	Psykiska besvär (summavariabel)		Nedstämdhet		Irritabilitet/dåligt humör		Nervositet		Insomningssvårigheter	
	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2
	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β
Familjestöd	-0,220***	-0,195***	-0,162***	-0,132**	-0,189***	-0,166***	-0,100*	-0,059	-0,213***	-0,223***
Kamrattstöd	0,079	0,025	0,052	-0,010	0,079	0,032	0,049	-0,015	0,062	0,062
Klasskamrattstöd	-0,208***	-0,183***	-0,212***	-0,186***	-0,192***	-0,167***	-0,096*	-0,055	-0,136**	-0,146**
Känsla av ensamhet	0,341***	0,310***	0,375***	0,339***	0,203***	0,178***	0,272***	0,241***	0,189***	0,186***
Kön		0,169***		0,195***		0,151***		0,178***		0,011
Årskurs 7 (ref. "åk 5")		0,023		0,010		0,038		0,135*		-0,087
Årskurs 9 (ref. "åk 5")		0,008		0,034		-0,008		0,104*		-0,091
Urbanitet		0,010		0,007		0,069		-0,040		-0,002
R ²	0,273	0,298	0,278	0,311	0,146	0,172	0,114	0,154	0,129	0,135
Juserad R ²	0,268	0,288	0,273	0,301	0,140	0,160	0,108	0,142	0,123	0,123
p (modell)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
F(df1, df2)	F(4, 568)= 53,321	F(8, 561)= 29,746	F(4,567)= 54,673	F(8,560)= 31,555	F(4, 568)= 24,201	F(8, 561)= 14,555	F(4,568)= 18,340	F(8, 561)= 12,742	F(4, 568)= 21,030	F(8,561)= 10,935

Notera. Känsla av ensamhet kodades enligt ifall man 1) inte känner sig ensam eller känner sig ensam ibland och 2) känner sig ensam ganska eller mycket ofta. Årskurs-variabeln dummykodades, där årskurs 5 fungerade som referenskategori. Kön-variabeln kodades enligt 1=pojke och 2=flicka. Urbanitet kodades enligt 1=stad och 2=landsbygd.

β (beta) står för standardiserade värden.

Modell 1 justerad för huvudvariabler.

Modell 2 justerad för huvudvariabler och bakgrundsvariabler.

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

Tabell 4

Multipel linjär regressionsanalys utan och med kontrollvariabler för åk 7 och 9.

Variabel	Psykiska besvär (summavariabel)		Nedstämdhet		Irritabilitet/dåligt humör		Nervositet		Insomningssvårigheter	
	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2	Modell 1	Modell 2
	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β
Familjestöd	-0,265***	-0,228***	-0,209***	-0,169***	-0,202***	-0,176**	-0,152**	-0,119*	-0,254***	-0,232***
Kamratstöd	0,091	0,027	0,088	0,024	0,090	0,043	0,055	-0,021	0,050	0,035
Klasskamratstöd	-0,213***	-0,179***	-0,203***	-0,175***	-0,195***	-0,165***	-0,107*	-0,070	-0,156**	-0,143**
Känsla av ensamhet	0,352***	0,303***	0,388***	0,334***	0,225***	0,191***	0,310***	0,258***	0,177***	0,160**
Kön		0,190***		0,189***		0,157**		0,219***		0,045
Årskurs		-0,011		0,026		-0,045		-0,016		-0,009
Urbanitet		0,005		-0,015		0,090*		-0,036		-0,013
Socioekonomisk status		-0,084*		-0,092*		-0,046		-0,019		-0,095*
R ²	0,312	0,348	0,301	0,338	0,163	0,195	0,165	0,206	0,157	0,167
Justerad R ²	0,306	0,337	0,295	0,326	0,155	0,181	0,158	0,192	0,149	0,152
p (modell)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
F(df1, df2)	F(4, 449)= 50,933	F(8, 441)= 29,486	F(4, 448)= 48,244	F(8, 440)= 28,065	F(4, 449)= 21,813	F(8, 441)= 13,386	F(4, 449)= 22,196	F(8, 441)= 14,331	F(4, 449)= 20,851	F(8, 441)= 11,078

Notera. Känsla av ensamhet kodades enligt ifall man 1) inte känner sig ensam eller känner sig ensam ibland och 2) känner sig ensam ganska eller mycket ofta. Kön-variabeln kodades enligt 1=pojke och 2=flicka. Urbanitet kodades enligt 1=stad och 2=landsbygd. Upplevd socioekonomisk status kodades enligt 1=familjen klarar sig inte alls bra/inte riktigt bra ekonomiskt/genomsnitt och 2=familjen klarar sig ganska bra/mycket bra ekonomiskt.

Modell 1 justerad för huvudvariabler.

Modell 2 justerad för huvudvariabler och bakgrundsvariabler.

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

SAMBAND MELLAN SOCIALT STÖD OCH PSYKISKA BESVÄR MED KÄNSLA AV ENSAMHET SOM MEDIATOR

Resultaten visade att den första ($R^2 = 0,34$, $F(4, 575) = 72,54$, $p < 0,001$), andra ($R^2 = 0,31$, $F(4, 574) = 64,22$, $p < 0,001$) och tredje modellen ($R^2 = 0,33$, $F(4, 572) = 69,86$, $p < 0,001$) presenterade i figur 1 var signifikanta och förklarade 34/31/33 procent av variansen i psykiska besvär. Modellerna gav därmed stöd för att sociala stöden förutsade känsla av ensamhet negativt, och känsla av ensamhet förutsade psykiska besvär positivt. Sambandet mellan familje- (indirekt effekt $B = -0,08$, 95% KI $[-0,11, -0,06]$), kamrat- ($B = -0,10$, 95% KI $[-0,13, -0,07]$) och klasskamratstöd ($B = -0,11$, 95% KI $[-0,16, -0,06]$) och psykiska besvär kunde förklaras signifikant med känsla av ensamhet. Gällande kontrollvariablerna visade resultaten att kön förutsade både känsla av ensamhet ($B = 0,38/0,53/0,38$, $p < 0,001$) och psykiska besvär ($B = 0,28/0,28/0,23$, $p < 0,01$) signifikant och positivt i alla modeller, vilket innebar att flickor oftare kände sig ensamma och upplevde mer psykiska besvär än pojkar. Årskurs förklarade inte känsla av ensamhet eller psykiska besvär signifikant i en enda modell ($p > 0,05$).

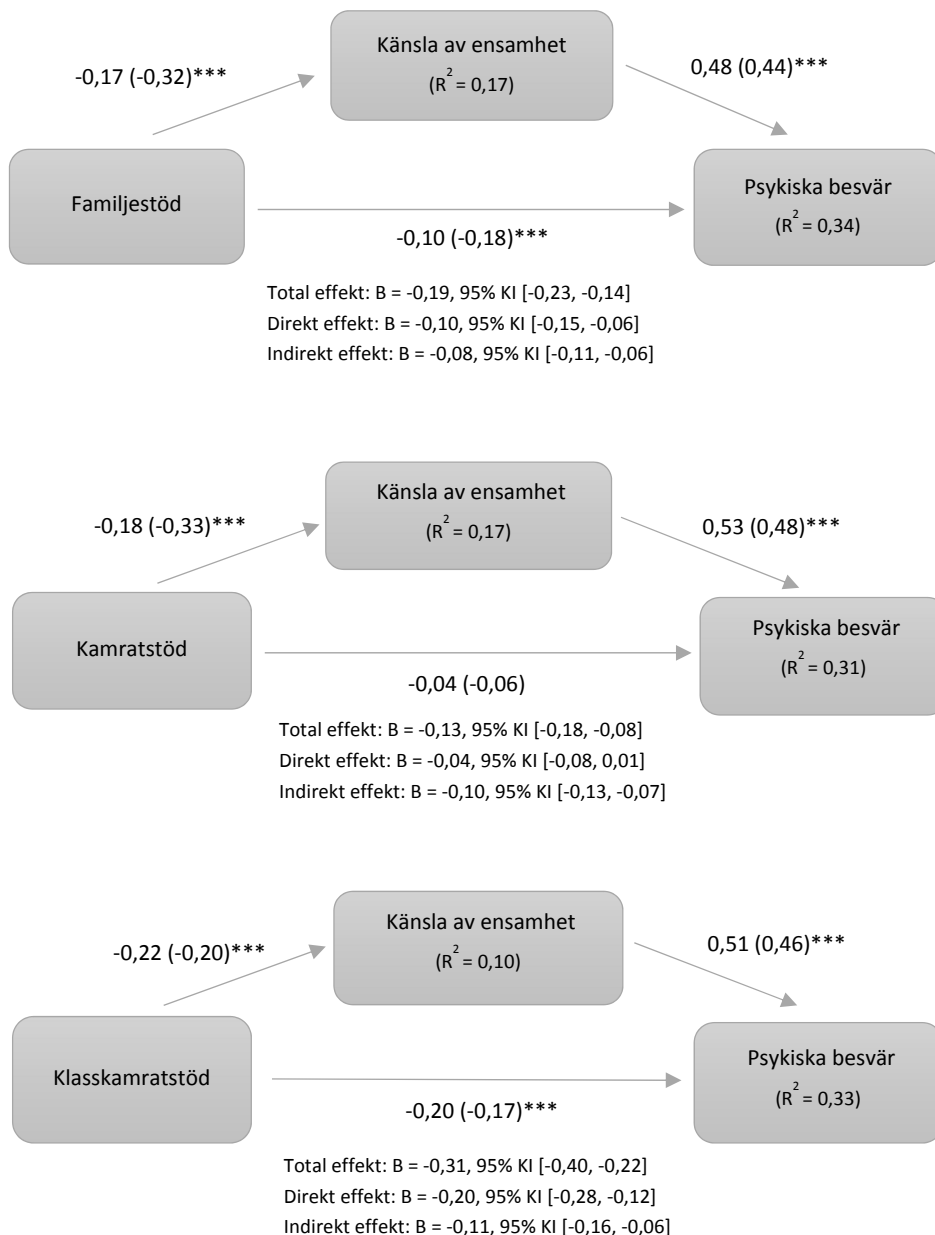
DISKUSSION

I den här studien undersöktes ifall det förekommer sociodemografiska skillnader i upplevelse av psykiska besvär, socialt stöd och känsla av ensamhet bland finlandssvenska grundskoleelever. Det utforskades även om upplevelse av psykiska besvär kan förklaras med familje-, kamrat- och klasskamratstöd samt känsla av ensamhet. Utöver det undersöktes ifall samband mellan socialt stöd och psykiska besvär kan förklaras med känsla av ensamhet. Fokuseringen på finlandssvenskar är särskilt intressant i och med att kunskapen om den här minoritetsgruppen i det här ämnesområdet hittills varit knapp eller saknats.

Resultaten indikerar att psykiska besvär och känsla av ensamhet upplevs i signifikant högre grad av flickor jämfört med pojkar och att graden av upplevt socialt stöd skiljer sig mellan kön och årskurs. Enligt resultaten förekommer inte signifikanta skillnader i fråga om psykiska besvär, socialt stöd eller känsla av ensamhet mellan finlandssvenska ungdomar som bor i städer och på landsbygden. Ungdomar som bor på landsbygden upplever dock irritabilitet eller dåligt humör i högre grad än de som bor i stadsort då endast

Figur 1

Medierande analyser av socialt stöd, känsla av ensamhet och psykiska besvär



Notera. Värdena invid pilarna står för regressionskoefficienter i form av ostandardiserade parameteruppskattningar med standardiserade parameteruppskattningar inom parentes.

*** signifikant då $p < 0,001$.

**signifikant då $p < 0,01$.

* signifikant då $p < 0,05$.

elever från årskurs 7 och 9 beaktas i analyserna. Lägre grad av familje- och klasskamrattstöd samt upplevd ensamhet associeras med högre grad av psykiska besvär, även vid kontroll av kön, årskurs, urbanitet och socioekonomisk status. Kamrattstöd förklarar inte ett enda psykiskt besvär. Enligt resultaten kan även samband mellan socialt stöd i form av familje-, kamrat- och klasskamrattstöd och psykiska besvär delvis förklaras med känsla av ensamhet, i form av att socialt stöd förutsäger känsla av ensamhet negativt och känsla av ensamhet förutsäger psykiska besvär positivt.

Resultaten överensstämmer med tidigare metaanalyser och översiktsartiklar där olika symptom på psykisk ohälsa associerats negativt med familje- och föräldrastöd (19, 22) och klasskamrattstöd (22) samt positivt med känsla av ensamhet (20, 36). I den här studien förutsade dock inte kamrattstöd direkt och negativt psykiska besvär, vilket avviker från flera tidigare undersökningar (43–44), även om de preliminära analyserna visade att ett svagt negativt samband mellan kamrattstöd och psykiska besvär som summavariabel förekom.

Resultaten från studien indikerar därmed att familjestöd kan inneha en viktigare roll än kamrattstöd i fråga om psykisk ohälsa bland unga, vilket överensstämmer med några tidigare utförda studier (45–46). Även i en metaanalys (22) kvarstod familjestödets betydelse för undersökningsdeltagarnas psykiska hälsa oberoende av hur gamla de var, medan kamrattstöd bidrog starkare och negativt till depressionssymptom bland barn och yngre ungdomar jämfört med äldre ungdomar. I en annan översiktsartikel (19) förekom fler signifikanta och negativa samband mellan familjestöd och depression jämfört med kamrattstöd och depression.

Å andra sidan visar resultaten att även kvaliteten på relationerna till klasskamrater, i form av klasskamrattstöd, kan ha en betydande funktion för ungas psykiska hälsa, vilket lyfter fram betydelsen av gemenskap i skolkontext. Det här överensstämmer även med resultaten från några tidigare empiriska studier där klasskamrattstöd relaterade negativt till bland annat symptom på depression och ångest trots att signifikanta samband mellan kamrattstöd och psykisk ohälsa inte förekom (24–25). Det här kan indikera att kvaliteten på ungdomars relationer till klasskamrater eventuellt har en mer betydande roll än

kvaliteten på andra vänskapsrelationer för deras psykiska hälsa, vilket är viktigt att beakta i skol-sammanhang.

Flera av studiens analyser visar även att flickor upplever psykiska besvär i högre grad än pojkar, vilket överensstämmer med tidigare forskning där flickor ofta upplevt symptom på psykisk ohälsa i högre grad jämfört med pojkar (47). Det är dock viktigt att inte överbetona skillnader mellan flickor och pojkar då könsstereotypa föreställningar ibland kan leda till överdiagnostisering eller negligering av psykiska hälsoproblem. Enligt den här studiens resultat upplever flickor även känsla av ensamhet i högre grad än pojkar, vilket avviker från en metaanalys (48), vars resultat visade att pojkar och män i högre grad upplevde känsla av ensamhet, även om effektstorleken var mycket liten. I finsk kontext har dock flickor också tidigare tenderat att uppleva känsla av ensamhet i högre grad än pojkar (10–11). I tidigare finsk forskning har ofta äldre elever från högre årskurser upplevt psykiska besvär i högre grad än yngre elever (10–11), vilket i den här studiens regressionsanalyser endast var fallet i en av analyserna, där elever i årskurs 7 och 9 upplevde nervositet i signifikant högre grad än elever i årskurs 5 vid kontroll av socialt stöd, upplevelse av ensamhet, kön och urbanitet. De med högre upplevd socioekonomisk status upplevde i lägre grad psykiska besvär, vilket överensstämmer med tidigare europeisk forskning (13). Av de enskilda besvären gällde det här även nedstämdhet och insomningssvårigheter. I den här studien förekom inte signifikanta skillnader i psykiska besvär mellan de ungdomar som bodde på landsbygden och i stadsort, vilket avviker från tidigare europeisk forskning (12) där högre grad av psykisk ohälsa påträffats bland individer som bott i stadsmiljö. Graden av socialt stöd och känsla av ensamhet skiljde sig inte heller åt mellan de som var bosatta på landet och i stadsmiljö. I framtida studier kunde man utforska närmare ifall det här är ett särskiljande drag hos unga finlandssvenskar.

Den här studien bidrar med ny kunskap om psykiska hälsobesvär och olika typer av socialt stöd och känsla av ensamhet bland finlandssvenska ungdomar i olika åldrar. I tidigare forskning har negativa samband mellan socialt stöd och ensamhet förekommit (49–50), och positiva samband mellan känsla av ensamhet och psykisk

ohälsa (20, 51), men resultaten från den här studien bidrar dessutom med ny kunskap om att samband mellan socialt stöd i form av familje-, kamrat- och klasskamrattstöd och psykiska besvär delvis medieras av känsla av ensamhet, och att det också finns direkta samband mellan socialt stöd i form av familje- och klasskamrattstöd och psykiska besvär. Resultaten tyder på att även kamrattstöd indirekt via känsla av ensamhet kan ha betydelse för ungas psykiska hälsa.

På ett samhälleligt plan är såväl psykisk hälsa som ensamhet aktuella diskussionsämnen. Den här studiens resultat kan vara betydelsefulla vid hälsofrämjande verksamhet. I skolor kunde det vara viktigt att erbjuda tillräckligt med tid för eleverna att interagera med klasskamraterna under skoldagarna, till exempel i form av arrangerade samarbetsövningar (25). En annan metod för att eventuellt minska graden av psykiska besvär och ensamhetskänslor bland unga kunde vara att erbjuda olika former av motions- och hobbyverksamhet med låg tröskel då det i tidigare finsk forskning visat sig att motionsaktivitet och aktivitet i idrottsföreningar associeras med lägre grad av psykiska besvär och känsla av ensamhet (52). Motionsrelaterade gruppaktiviteter kan i bästa fall fungera som en hälsostärkande miljö för den unga. Ett ytterligare förslag kunde vara att uppmuntra familjer till att stärka relationerna mellan barn och föräldrar genom att öka föräldrars förståelse för familjestödets betydelse.

Till den här studiens begränsningar hör att resultaten är baserade enbart på ungas självrapporter. Det finns dock tidigare forskning som indikerat att ungdomar redan i 11-års åldern kan förstå och besvara frågor om subjektiva hälsobesvär (53). En annan begränsning kan anses vara de något ytliga mätinstrumenten, till exempel i fråga om känsla av ensamhet som endast mätts med en fråga, även om tidigare forskning visat att känsla av ensamhet som mätts med mätinstrument bestående av en fråga och flera frågor relaterar till skolelevs hälsa på motsvarande sätt (54). Flera variabler som ingått i den här studien var även snedfördelade, vilket kan ha inverkat på de slutgiltiga resultaten. Frågor om stickprovets representativitet kan också väckas, speciellt gällande urbanitetsvariabeln, eftersom majoriteten (mer än 70 %) av deltagarna varit bosatta på landsbygden. Det bör även beaktas att stickprovet till stor del bestått av elever i årskurs

7 (49 %). Ett stort bortfall har även förekommit i stickprovet, där svarsprocenten för de svenskspråkiga ungdomarna varit endast 38 procent. I och med den låga svarsprocenten bör resultaten generaliseras med försiktighet. Den låga svarsprocenten antas delvis ha berott på tekniska problem då WHO:s skolelevsstudie för första gången besvarades elektroniskt år 2018. En annan möjlig orsak till bortfallet kunde vara att en stor andel elever inte varit närvarande den dagen då undersökningen genomförts, till exempel på grund av egna hälsobesvär. De frånvarande elevernas bortfall från studien kan eventuellt ha förvrängt resultaten och medföra att graden av psykiska besvär underskattats i den här studien.

På basen av den här tvärsnittsstudien kan inte heller slutsatser om kausalitet dras, det vill säga antaganden om att exempelvis upplevelse av mindre familje- och klasskamrattstöd skulle leda till att unga mår psykiskt sämre i längden, även om det i tidigare forskning med longitudinell studiedesign visat sig att mindre socialt stöd kan ge upphov till sämre psykisk hälsa på lång sikt (5, 46, 55–56). Det är också möjligt att riktningen är den motsatta, det vill säga att de som mår psykiskt sämre eventuellt bedömer kvaliteten på sina sociala relationer vara sämre, vilket är något som kunde utforskas närmare i framtida forskning. Det bör även poängteras att ungas psykiska hälsa förmodligen associeras med åtskilliga faktorer, varav bara ett fåtal behandlats i den här studien.

Till studiens styrkor hör att materialet är insamlat genom WHO:s skolelevsstudie, som är en nationellt representativ undersökning (57) där flera internationellt använda och valida mått ingår (58). En annan styrka i studien är ett stort deltagarantal på mer än 500 finlandssvenska ungdomar bosatta i olika delar av Finland, även om det bör poängteras att elevernas svarsprocent på 38 procent varit låg. Studien belyser frågor om psykisk ohälsa, ensamhet och upplevt socialt stöd bland elever i svenskspråkiga skolor i Finland. I framtiden kunde det vara intressant att utforska vidare ifall finlandssvenska ungdomar, som en kulturell grupp, skiljer sig i jämförelse med andra grupper i fråga om hälsa och upplevd kvalitet på sociala relationer. I jämförelse med tidigare forskningsresultat med fokus på finskspråkiga ungdomar (11, 59) upplevde en något högre andel av eleverna både psykiska besvär

och ensamhet ofta i den här studien, vilket väcker frågor om finlandssvenska ungdomar i nuläget eventuellt mår sämre än finsktalande ungdomar. Det är också möjligt att resultaten stöder trenden där psykisk ohälsa och ensamhet antas vara ökande problem i samhället.

För att få en djupare förståelse av ifall brister i socialt stöd samt känsla av ensamhet kan vara riskfaktorer för utveckling av psykisk ohälsa behövs mer forskning, speciellt i form av longitudinella studier. Det kunde även vara intressant att utforska ifall sambandens styrka varierar beroende på exempelvis kön och årskurs. Ett ytterligare förslag kunde vara att utforska ifall samband mellan socialt stöd och psykiska besvär medieras av känsla av ensamhet även i andra kontexter och inte endast bland finlandssvenska ungdomar. I framtida studier kunde man även jämföra ifall sambanden skiljer sig mellan olika språkgrupper. Finlandssvenskar har traditionellt uppskattats ha ett större socialt kapital än finskspråkiga finländare (39) och därmed kunde det vara intressant att utforska närmare huruvida svensk- och finsktalande ungdomars upplevelse av olika typer av socialt stöd och även sociala

nätverk skiljer sig åt. Ifall den här studiens resultat stöds av fler studier och framför allt longitudinell forskning kunde det eventuellt uppmuntra till utveckling av framtida interventioner för att öka ungas upplevelse av socialt stöd samt minska deras ensamhetskänslor och psykiska besvär.

TACK:

Vi tackar alla elever som deltog i studien samt Klaus Helkama för konstruktiv feedback.

FINANSIERING:

Studien finansierades inte via externa medel.

FÖRFATTARNAS KONTRIBUTION:

Gustafsson utvecklade idén till studien, analyserade och tolkade data samt skrev utkastet till artikeln. Lyyra och Välimaa bidrog till studiens utformning och reviderade utkastet kritiskt. Simonsen deltog i datainsamlingen, bidrog till studiens idé och utformning, deltog i val av statistiska analysmetoder, tolkade data samt reviderade utkastet kritiskt. Alla författare godkände den slutgiltiga versionen av manuskriptet.

Gustafsson, J., Lyyra, N., Välimaa, R., Simonsen, N. Social support, loneliness, and psychological complaints among Finnish-Swedish adolescents. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine* 2021; 58: 128–142.

The aim of this study was to examine sociodemographic differences in the prevalence of self-reported psychological health complaints, social support, and loneliness among Finnish-Swedish youth. It was also analyzed if the experience of psychological complaints among Finnish-Swedish adolescents can be explained by their experience of family support, peer support, classmate support and loneliness. Another aim of this study was to examine whether the relationship between social support and psychological complaints can be explained by feelings of loneliness.

A sample of 599 Finnish-Swedish youth from grades 5, 7 and 9 ($M_{age} = 11,9/14,0/15,9$) completed the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in 2018 (response rate 38%). Statistical analyses were carried out by Pearson's chi²-test, one-way anova, independent t-test, Spearman's rank correlation analysis, multiple linear regression analysis and mediation analysis.

The results showed that girls experienced psychological complaints and loneliness to a significantly greater extent than boys. Pupils in grade 7 and 9 experienced significantly higher levels of nervousness than pupils in grade 5. Higher perceived socioeconomic status was associated with less psychological complaints. There were no significant differences between Finnish-Swedish youth living in cities and those living in rural areas in terms of psychological complaints, social support, or loneliness. Family support and classmate support significantly and negatively explained psychological complaints, that is, lower levels of family and classmate support were associated with higher levels of psychological complaints. Loneliness explained psychological complaints significantly meaning that feeling lonely often was associated with higher levels of psychological complaints. Peer support did not significantly explain psychological complaints. According to the results, the relationship

between social support from family, peers and classmates, and psychological complaints could partly be explained by loneliness.

This study contributes to new knowledge about the well-being of Finnish-Swedish youth and could encourage development of health-promoting activities. Longitudinal research is needed in order to gain a deeper understanding of whether lower levels of social support and ex-

periences of loneliness among elementary school pupils may be risk factors for the development of mental health problems.

Keywords: Psychological complaints, social support, loneliness, adolescents, Finnish Swedes

Ankommit (18.06.2020)

Acceptorats (21.12.2020)

REFERENSER

- (1) World Health Organization. Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade. Geneva: Switzerland; 2014.
- (2) Hetland J, Torsheim T, Aarø LE. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scand J Public Health* 2002;30(3):223–230. <https://doi.org/10.1177/14034948023000309>
- (3) Gyllenberg D, Marttila M, Sund R, et al. Temporal changes in the incidence of treated psychiatric and neurodevelopmental disorders during adolescence: an analysis of two national Finnish birth cohorts. *Lancet Psychiatry* 2018;5(3):227–236. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30038-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30038-5)
- (4) Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, et al. (eds). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Hämtad 21.10.2020 från <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc/publications/2020/spotlight-on-adolescent-health-and-well-being.-findings-from-the-20172018-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-survey-in-europe-and-canada.-international-report.-volume-2.-key-data>
- (5) Kinnunen P, Laukkanen E, Kylmä J. Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. *Int J Nurs Pract* 2010;16(1):43–50. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01782.x>
- (6) Laursen B, Hartl AC. Understanding loneliness during adolescence: developmental changes that increase the risk of perceived social isolation. *J Adolesc* 2013;36(6):1261–1268. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.06.003>
- (7) Youngblade LM, Theokas C, Schulenberg J, et al. Risk and promotive factors in families, schools, and communities: a contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics* 2006;119(1):47–53. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2089H>
- (8) Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence--reliability and validity of survey methods. *J Adolesc* 2001;24(5):611–624. <https://doi.org/10.1006/jado.2000.0393>
- (9) Heinz A, Catunda C, van Duin C, et al. Suicide prevention: Using the number of health complaints as an indirect alternative for screening suicidal adolescents. *J Affect Disord* 2020;260:61–66. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.025>
- (10) Simonsen N, Roos E, Suominen S, et al. Hälsotrender bland elever i svensk- och finskspråkiga grundskolor 1994–2014: WHO:s skolelevsstudie (HBSC-Study). Folkhälsan & Jyväskyläns yliopisto, Terveystieteiden tutkimuskeskus. Jyväskylä; 2016.
- (11) Lyyra N, Välimaa R, Tynjälä J. Loneliness and subjective health complaints among school-aged children. *Scand J Public Health* 2018;46(20):87–93. <http://doi.org/10.1177/1403494817743901>
- (12) Peen J, Schoevers RA, Beekman AT, et al. The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121(2):84–93. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01438.x
- (13) Inchley J, Currie D, Budisavljevic S, et al. (eds). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Volume 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Hämtad 26.05.2020 från <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/spotlight-on-adolescent-health-and-well-being.-findings-from-the-20172018-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-survey-in-europe-and-canada.-international-report.-volume-1.-key-findings>.
- (14) House JS, Kahn RL, McLeod JD, et al. Measures and concepts of social support. I: Cohen S, Syme SL. (eds.) Social support and health. San Diego, CA, US: Academic Press; 1985, 83–108.
- (15) Bruwer B, Emsley R, Kidd M, et al. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Compr*

- Psychiatry 2008;49(2):195–201.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.09.002>
- (16) Hombrados-Mendieta MI, Gomez-Jacinto L, Dominguez-Fuentes JM, et al. Types of social support provided by parents, teachers, and classmates during adolescence. *J Community Psychol* 2012;40(6):645–664.
<https://doi.org/10.1002/jcop.20523>
 - (17) Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol* 1988;7(3):269–297.
<https://doi.org/10.1037/0278-6133.7.3.269>
 - (18) Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985;98(2):310–357.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
 - (19) Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry* 2016;209(4):284–293.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>
 - (20) Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, et al. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):156.
doi: 10.1186/s12888-018-1736-5
 - (21) Chu PS, Saucier DA, Hafner E. Meta-Analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *J Soc Clin Psychol* 2010;29(6):624–645.
<https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.6.624>
 - (22) Rueger SY, Malecki CK, Pyun Y, et al. A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychol Bull* 2016;142(10):1017–1067.
<https://doi.org/10.1037/bul0000058>
 - (23) Ritakallio M, Luukkaala T, Marttunen M, et al. Comorbidity between depression and antisocial behaviour in middle adolescence: The role of perceived social support. *Nord J Psychiatry* 2010;64(3): 164–171.
<https://doi.org/10.3109/08039480903264911>
 - (24) Auerbach RP, Bigda-Peyton JS, Eberhart NK, et al. Conceptualizing the prospective relationship between social support, stress, and depressive symptoms among adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2011;39(4):475–487.
doi: 10.1007/s10802-010-9479-x
 - (25) Demaray MK, Malecki CK, Davidson LM, et al. The Relationship Between Social Support and Student Adjustment: A Longitudinal Analysis. *Psychol Schools* 2005;42(7):691–706.
<https://doi.org/10.1002/pits.20120>
 - (26) Tsai KM, Dahl RE, Irwin MR, et al. The Roles of Parental Support and Family Stress in Adolescent Sleep. *Child Dev* 2018;89(5):1577–1588.
<https://doi.org/10.1111/cdev.12917>
 - (27) Maume DJ. Social ties and adolescent sleep disruption. *J Health Soc Behav* 2013;54(4):498–515.
<https://doi.org/10.1177/0022146513498512>
 - (28) Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. In: Gillmour R, Duck S. (eds.) *Personal relationships: Personal relationships in disorders*, Vol. 3. London, UK: Academic Press; 1981, 31–56.
 - (29) Andersson L. Loneliness. In: Kastenbaum R. (eds.) *The encyclopedia of adult development*. Phoenix: The Oryx Press; 1993, 282–285.
 - (30) Suomen virallinen tilasto (SVT). Ajankäyttö [verkkojulkaisu]. Yhdessäoloaika 2009, 2. Suomalaisten yksinolo on lisääntynyt. Helsinki: Tilastokeskus. Hämtad 22.04.2020 från http://www.stat.fi/til/akay/2009/06/akay_2009_06_2014-02-06_tie_001_fi.html
 - (31) Yang K, Victor C. Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society* 2011;31(8):1368–1388.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>
 - (32) Lyyra N, Junntila N, Tynjälä J, et al. Nuorten yksinäisyys on yhteydessä lisääntyneeseen oireiluun ja lääkkeiden käyttöön. *Lääkärilehti* 2019;74(32):1670–1675.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:juu-201909134149>
 - (33) Lasgaard M, Goossens L, Elklit A. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: cross-sectional and longitudinal analyses. *J Abnorm Child Psychol* 2011;39(1):137–150.
<https://doi.org/10.1007/s10802-010-9442-x>
 - (34) Lasgaard M, Goossens L, Bramsen RH, et al. Different sources of loneliness are associated with different forms of psychopathology in adolescence. *J Res Pers* 2011;45(2):233–237.
<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2010.12.005>
 - (35) Schinka KC, van Dulmen MH, Bossarte R, et al. Association between loneliness and suicidality during middle childhood and adolescence: longitudinal effects and the role of demographic characteristics. *J Psychol* 2012;146(1–2):105–118.
<https://doi.org/10.1080/00223980.2011.584084>
 - (36) Maes M, Nelemans SA, Danneel S, et al. Loneliness and social anxiety across childhood and adolescence: Multilevel meta-analyses of cross-sectional and longitudinal associations. *Dev Psychol* 2019;55(7):1548–1565.
<https://doi.org/10.1037/dev0000719>
 - (37) Tilastokeskus. Kieli iän ja sukupuolen mukaan maakunnittain 1990–2019. Hämtad 20.10.2020 från https://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/statfin_vaerak_pxt_11rl.px/
 - (38) Suominen SB, Valimaa RS, Tynjälä JA, et al. Minority status and perceived health: a comparative study of Finnish- and Swedish-speaking schoolchildren in Finland. *Scand J Public Health* 2000;28(3):179–187.
<https://doi.org/10.1177/14034948000280030601>
 - (39) Nyqvist F, Finnäs F, Jakobsson G, et al. The effect of social capital on health: The case of two language groups in Finland. *Health & Place* 2008;14:347–360.
doi: 10.1016/j.healthplace.2007.09.001
 - (40) Gariépy G, McKinnon B, Sentenac M, et al. Validity and Reliability of a Brief Symptom

- Checklist to Measure Psychological Health in School-Aged Children. *Child Indic Res* 2015;9:471–484.
doi: 10.1007/s12187-015-9326-2
- (41) Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess* 1988;52(1):30–41.
https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
- (42) Torsheim T, Wold B, Samdal O. The Teacher and Classmate Support scale: Factor structure, test–retest reliability and validity in samples of 13- and 15-year-old adolescents. *School Psychol Int* 2000;21(2):195–212. <https://doi.org/10.1177/0143034300212006>
- (43) Brausch AM, Decker KM. Self-esteem and social support as moderators of depression, body image, and disordered eating for suicidal ideation in adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2014;42(5):779–789.
doi: 10.1007/s10802-013-9822-0
- (44) Klineberg E, Clark C, Bhui KS, et al. Social support, ethnicity and mental health in adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41(9):755–760.
doi: 10.1007/s00127-006-0093-8dur
- (45) Helsen M, Vollebergh W, Meeus W. Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *J Youth Adolesc* 2000;29(3):319–335.
doi: 10.1023/A:1005147708827
- (46) Pössel P, Burton SM, Cauley B, et al. Associations between Social Support from Family, Friends, and Teachers and depressive Symptoms in Adolescents. *J Youth Adolesc* 2018;47(2):398–412.
doi: 10.1007/s10964-017-0712-6
- (47) Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol bulletin* 2017;143(8):783–822.
<https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- (48) Maes M, Qualter P, Vanhalst J, et al. Gender Differences in Loneliness Across the Lifespan: A Meta-Analysis. *Eur J Pers* 2019;33(6):642–654.
<https://doi.org/10.1002/per.2220>
- (49) Lee J, Hong J, Zhou Y, et al. The relationships between loneliness, social support, and resilience among latinx immigrants in the united states. *Clin Soc Work J* 2019;48:99–109.
<https://doi.org/10.1007/s10615-019-00728-w>
- (50) Welch JD, Ellis EM, Green PA, et al. Social support, loneliness, eating, and activity among parent-adolescent dyads. *J Behav Med* 2019;42(6):1015–1028.
<https://doi.org/10.1007/s10865-019-00041-4>
- (51) Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev* 2006;26(6):695–718.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- (52) Kokko S, Martin L. (eds). Lasten ja nuorten liikuntakäyttäytyminen Suomessa: LIITU-tutkimuksen tuloksia 2018. Hki: Valtion liikuntaneuvoston julkaisuja 1, 2019.
- (53) Haugland S, Wold B, Stevenson J, et al. Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health* 2001;11(1):4–10.
doi: 10.1093/eurpub/11.1.4
- (54) Eccles AM, Qualter P, Madsen KR, et al. Loneliness in the lives of Danish adolescents: Associations with health and sleep. *Scand J Public Health* 2020; 1403494819865429.
<https://doi.org/10.1177/1403494819865429>
- (55) van Harmelen AL, Gibson JL, St Clair MC, et al. Friendships and Family Support Reduce Subsequent Depressive Symptoms in At-Risk Adolescents. *PLoS One* 2016;11(5):e0153715.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153715>
- (56) Heponiemi T, Elovainio M, Kivimäki M, et al. The longitudinal effects of social support and hostility on depressive tendencies. *Soc Sci Med* 2006;63(5):1374–1382.
doi: 10.1016/j.socscimed.2006.03.036
- (57) Schnohr CW, Molcho M, Rasmussen M, et al. Trend analyses in the health behaviour in school-aged children study: methodological considerations and recommendations. *Eur J Public Health* 2015;25(2):7–12.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv010>
- (58) Inchley J, Currie D, Cosma A, et al. (eds). Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study protocol: background, methodology and mandatory items for the 2017/2018 survey. St Andrews: CAHRU; 2018.
- (59) Lyyra N, Välimaa R, Leskinen E, et al. Koululaisten yksinäisyys. Kasvatus 2016;47(1):34–47.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1776796>

JASMINE GUSTAFSSON

FM

Statsvetenskapliga fakulteten

Helsingfors universitet

Folkhälsans forskningscentrum, programmet för folkhälsoforskning

NELLI LYYRA

GyD, docent

Idrottsvetenskapliga fakulteten

Jyväskylän universitet

RAILI VÄLIMAA

HVD, docent

Idrottsvetenskapliga fakulteten

Jyväskylän universitet

NINA SIMONSEN

FD

Folkhälsans forskningscentrum, programmet för folkhälsoforskning

Helsingfors universitet, avdelningen för folkhälsovetenskap