

Mental sundhed blandt danske unge kvinder og mænd 1994-2010

Sociologi AAU

Speciale 10.semester

Cecilie B. Johnsen

Vejleder: Ruth Emerek

Antal ord: 32.698

Indhold

Forord	5
Mental sundhed på den sundhedspolitiske dagsorden	7
Måling af mental sundhed	8
Unge kvinder, en udsat gruppe i et mentalt sundhedsperspektiv	10
Afgrænsning af problemstilling og forskningsspørgsmål	11
Faktorer af betydning for mental sundhed	12
Teori.....	13
Mental sundhed i et anerkendelses teoretisk perspektiv	14
Mental sundhed i et salutogenetisk teoretisk perspektiv	16
Design	18
Analysestrategi	19
4 arbejdshypoteser:.....	20
Metodevalg og population	20
Datamaterialet.....	21
Dataindsamling og stikprøver.....	21
Datamaterialets repræsentativitet.....	23
Bortfald ved beregning af den mentale helbredsscore.....	23
Anvendt statistisk metode.....	25
Operationalisering.....	26
Den afhængige variabel, den mentale helbredsscore.....	27
Forklarende variable.....	28
Anerkendelse i privatsfæren	28
Anerkendelse i den solidariske sfære.....	30
Krænkelse af den kropslige integritet	30
Brud på stabilitet under opvæksten.....	30
Oplevelser med uhåndterbare problemer i barndom eller ungdom	31
Tro på egne evner til at håndtere tilværelsen.....	31
Udseendet, vægten og maden	32
Baggrundsvariable	33
Analyse	33

Udvikling i mental sundhed blandt unge kvinder og mænd 1994-2010	34
Udvikling i udvalgte indikatorer for 'mistrivsel' 1994-2010	37
Andre undersøgelser om unges trivsel og mistrivsel i perioden 1994-2010	42
Karakteristik af unge kvinder og mænd med dårlig mental sundhed 1994-2010	43
Anerkendelse i privatsfæren	43
Krænkelser af den kropslige integritet	46
Brud på stabilitet under opvæksten	49
Oplevelser med uhåndterbare problemer i barndom eller ungdom	50
Tro på egne evner til at håndtere tilværelsen	51
Økonomi	52
Udseendet, vægten og maden	53
Risikobetonet sundhedsadfærd	54
Fysisk aktivitet i fritid	57
Vægt	58
Sygdom	59
Anerkendelse i den solidariske sfære	60
Samlivsforhold	61
Børn	61
Hvilke faktorer betyder mest i forhold til dårlig mental sundhed blandt unge kvinder og mænd fra 1994 til 2010?	67
'Anerkendelse i privatsfæren' får stigende betydning for unge kvinders mentale sundhed	67
'Krænkelser' og 'ustabilitet under opvæksten' betyder mere end risikobetonet sundhedsadfærd	67
Konflikter i familien har stor betydning for de unge kvinders mentale sundhed	68
Krænkelser har stor betydning for de unge kvinders mentale sundhed	68
Forskelle og ligheder mellem mest betydningsfulde variable blandt unge kvinder og mænd	69
Konklusion angående stigningen i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed	74
Konklusion angående årsager til unge kvinders overrepræsentation i gruppen af unge med dårlig mental sundhed	74
Bidraget specialet med ny viden?	75
Perspektivering	76
Efterskrift	80
Oversigt over bilag på vedlagte data cd	83
Litteraturliste	84
Netsteder	88
Appendix	90

SF-12 version 1 og 2.....	90
Oversigt over anvendte variable fra SUSY undersøgelserne 1994-2010, rekodningen af disse, samt placering på SUSY skemaer.	91
Tabel 1a: Sandsynlighed for dårlig mental sundhed i forhold til psykiske/følelsesmæssige gener 1994-2010	98

Forord

Et speciale kan ses som en slags svendeprøve, samt den måske sidste mulighed for, at fordybe sig i et selvvalgt emne, indenfor det studie man har valgt. Som sociologi studerende har jeg i langt de fleste af de projekter jeg har skrevet, beskæftiget mig med enten unge eller køn, og nogen gange begge dele. På 2.semester skrev jeg om prostitution som kønsproblematik i et velfærds perspektiv, på 4.semester et kvalitativt projekt om unge og erhvervsarbejde, på 8.semesters specialisering i sundheds og sygdomssociologi skrev jeg om faktorer af betydning for mental sundhed blandt unge danske kvinder i 2005, og i specialet på 10. semester har jeg valgt at undersøge udviklingen i mental sundhed blandt unge danske kvinder og mænd fra 1994 til 2010.

Valget af specialisering indenfor sundheds- og sygdomssociologi skyldes, at jeg synes samspillet mellem samfundsmæssige strukturer, og de forskelle i sygdom og sundhed der knytter sig til disse, ganske enkelt er interessante at forsøge at forstå. Endvidere er det ud fra et normativt standpunkt om, at borgere bør have lige muligheder for, at leve 'gode liv' uanset deres forskellige socioøkonomiske og identitetsmæssige positioner i samfundet, et område, hvor der på trods af et omfattende velfærdssystem som det danske, stadig er en masse der kan blive bedre. Der er stadig store forskelle i levealder og sundhed imellem forskellige grupper i samfundet, hvor det blandt andet ses, at personer der klarer sig godt arbejdsmæssigt og uddannelsesmæssigt, også ofte er mindre syge og lever længere.

Sygdomme har også ofte forskellig hyppighed blandt mænd og kvinder. Nogle sygdomme rammer oftest kvinder og andre oftest mænd. I forhold til netop køn og helbred findes desuden mange 'sundheds paradokser'. Kvinder er ofte mere syge, tager mere medicin, og sidder oftere i lægens venteværelse, mens mænd omvendt er med til at trække danskernes middellevetid nedad. Kvinder får oftere diagnosticeret psykiske lidelser, tager mere nervemedicin, og forsøger oftere at tage deres liv, mens mænd langt oftere end kvinder afslutter livet på denne måde (White 2009: 132-139; SIF 2007:53,64; Danmarks statistik 2011:23). Da køn i høj grad er genstand for kulturel konstruktion, er det ud fra et sociologisk perspektiv interessant at undersøge, hvordan forskellige kulturelle forventninger til individet, kan manifestere sig som fysiske forskelle i sundhed og sygdom.

At beskæftige sig med sygdom og sundhed i et sociologisk perspektiv, giver endvidere mulighed for, at rette fokus på samspillet mellem krop, psyke og forskellige samfundsmæssige positioner. Kroppen påvirkes tilsyneladende både af de fysiske og sociale omgivelser den befinder sig i. Der ser altså ud til at være et samspil mellem krop og psyke, som påvirkes af sociale og samfundsmæssige faktorer. Dette er ganske enkelt interessant, og

ikke mindst kan en øget forståelse af dette, give mulighed for, at forebygge sygdomme og trivselsproblemer, samt de mange uligheder der stadig findes i hyppighed af sygdomme imellem forskellige grupper i samfundet.

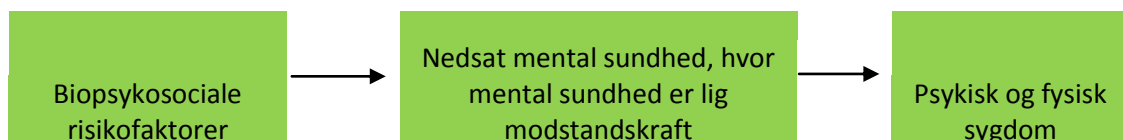
I specialet har jeg derfor valgt, at fordybe mig i betydningen af køn, indenfor en sundheds og sygdomssociologisk ramme, mere specifikt i mental sundhed blandt unge kvinder og mænd, der befinder sig i en livsfase, hvor der gøres nye erfaringer med en voksen, 'kønnet' identitet.

En række personer har på forskellig vis bidraget til, at gøre speciale skrivningen mulig. Statens Institut for Folkesundhed, har stillet datamaterialet til rådighed, her skal rettes en særlig tak til Ola Ekholm. Min sagsbehandler, har bevilget mig revalidering til at færdiggøre 8. til 10. semester, hvilket jeg er meget taknemmelig for. Forældre og ex - svigerforældre har trådt til når der var pressede situationer, tak for det. Mine naboer, og min søns far har under slutspurten sørget for, at jeg fik noget ordentlig mad, det har været en stor hjælp. Min veninde hjalp med korrektur kort før aflevering, og endelig har min søn på trods af flere ugers fraværende opførsel stadig gidet at give et ordentligt knus. Tak.

Mental sundhed på den sundhedspolitiske dagsorden

I et samfund, hvor sundhedsydelser skal være lige tilgængelige for alle, uanset indkomst, så er det staten der betaler, når samfundsborgere bliver syge og skal behandles. Folkesundheden har derfor været genstand, for adskillige tiltag, fra nationale vaccinationsprogrammer til skoletandlæge ordninger. En del sundhedsproblemer i den danske befolkning, er således i løbet af tiden blevet udryddet, mens nye er fremkommet. I de sidste årtier, har der været en del fokus på livsstilsrelaterede sygdomme, og der har været en del kampanjer med oplysninger om 'den sunde levevis'. I løbet af de sidste tyve år, har der i tillæg til opmærksomheden omkring rent fysiske sygdomme, også været en stigende opmærksomhed omkring, forebyggelse af psykiske lidelser, da der i vestlige samfund generelt, har været en vækst i psykiske lidelser, der ligesom fysiske sygdomme, også udgør en ikke ubetydelig udgiftspost på de offentlige budgetter. Både i form af udgifter til behandling, samt i form af tabt arbejdsevne. Den stigende interesse for mental sundhed, skyldes endvidere, at der er fundet sammenhænge mellem mental sundhed og udviklingen af både fysiske og psykiske sygdomme (Sundhedsstyrelsen 2008:16). Figur 1 nedenfor afbilder en model for denne sammenhæng.

Figur 1: Den funktionelle model for mental sundhed



Kilde: SST 2008:17 (Hosman 1997)

Siden 2001, har WHO derfor gennem forskellige initiativer forsøgt, at skabe et grundlag for, at arbejde forebyggende i forhold til mental sundhed på samfundsplan. Overordnet omfatter WHO's tilgang, at man forsøger, at identificere determinanter med positiv/negativ effekt på mental sundhed, hvorefter man kan arbejde forebyggende ved, at ændre på disse determinanter, enten på befolkningsplan, eller blandt særligt udsatte grupper. Baggrunden for dette er, at 27 % af alle europæere i løbet af et år, skønnes at have psykiske lidelser, der betyder en i væsentlig grad nedsat mental trivsel og arbejdsevne, samt at depressioner i 2020, skønnes at udgøre den største sygdomsbyrde i de industrialiserede lande. Dertil kommer, at antallet af døde, som følge af selvmord i løbet af et år, overstiger det samlede antal døde som følge af HIV/AIDS, trafikulykker og drab i løbet af et år. I Danmark er der også god grund til at arbejde forebyggende i forhold til mentale lidelser, da godt 45 % af alle tildelinger af førtidspension har baggrund i psykiske lidelser. I Januar 2005, blev der således underskrevet en deklaration og en handlingsplan, af samtlige 52 europæiske

sundhedsministre, på initiativ fra WHO, som dermed forpligtede de enkelte lande på, at iværksætte nationale initiativer på området: *Mental health declaration & action plan for europe – facing challenges, building solutions*. EU-kommissionen har siden fulgt op på dette initiativ med en grøn bog i oktober 2005: *Forbedring af befolkningens mentale sundhed: på vej mod en strategi for mental sundhed i den europæiske union*. I 2007 fulgte EU-kommissionen op på grønbogen med hvidbogen: *Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013*. Vigtigheden af initiativer i forhold til mental sundhed, placeres i denne på linje med sundhedsinitiativer i forhold til fysiske sygdomme (Sundhedsstyrelsen 2008:9-12).

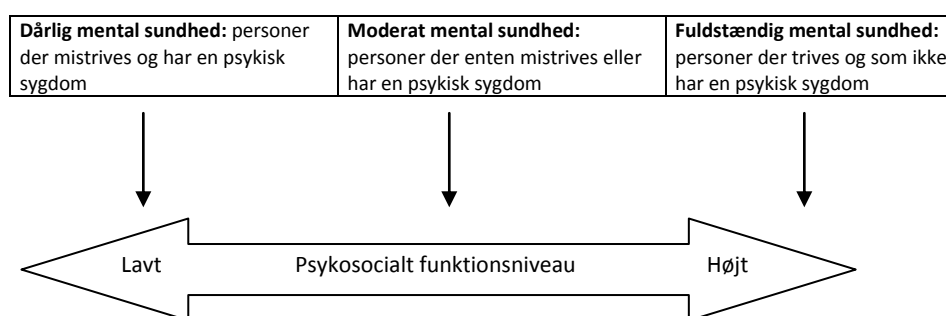
I en dansk kontekst, er der blandt andet fulgt op på denne opmærksomhed omkring mental sundhed, med en rapport fra Sundhedsstyrelsen i 2008: *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb, og determinanter*, med hvilken Sundhedsstyrelsen ønsker, at gøre opmærksom på, at mental sundhed er et vigtigt indsatsområde for folkesundheden, samt skabe grobund, for en øget konkretisering, i forhold til fremme af mental sundhed. Det understreges desuden i rapporten, at det næste initiativ på vejen i forebyggelsen af dårlig mental sundhed i Danmark, vil være, at afdække kommuners og regioners behov og erfaringer på området (sst 2008:3). I 2009 følges der op på dette med rapporten '*Fremme af mental sundhed i kommunerne – eksempler, muligheder og barrierer*' (sst 2009). I rapporten undersøges en lang række af initiativer i kommunernes sundhedsindsatser som reelt går ud på, at fremme mental sundhed, selvom de optræder under andre betegnelser, og ikke er samlet under en fælles målsætning omkring fremme af mental sundhed blandt borgerne. En del af formålet med rapporten er, at hjælpe kommuner med, at udvikle og forbedre deres indsatser, i forhold til mental sundhed (sst 2009:5). Med rapporten '*Mental sundhed blandt voksne danskere*' fra 2010, tager sundhedsstyrelsen endnu et skridt, i arbejdet med mental sundhed på befolkningsplan, idet de med rapporten ønsker, at identificere og prioritere målgrupper for forebyggelse og videre forskning, samt danne grundlag for en forbedret dokumentation og evaluering af forebyggende indsatser. Endnu en målsætning med rapporten var endvidere, at udvikle redskaber til målingen af mental sundhed, og dermed give mulighed for, at overvåge og følge udviklingen i mental sundhed i den danske befolkning (Sundhedsstyrelsen 2010:5).

Måling af mental sundhed

På baggrund af den stigende opmærksomhed, omkring mental sundhed, som et vigtigt sundhedspolitisk indsatsområde, er der udviklet et 'måle redskab' der kan anvendes til, at monitorere udviklingen i mental sundhed på befolkningsplan; en mental helbredsscore. Målingen af mental sundhed udspringer af WHO's definition af mental sundhed, hvilket derfor kræver en kort introduktion:

Begrebet 'mental sundhed' har baggrund i WHO's definition fra 1948 af sundhed som: *en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social trivsel og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse* (Sundhedsstyrelsen 2010:12-14). Mental sundhed bliver altså i denne definition set, som et af flere elementer i begrebet 'sundhed'. WHO beskriver endvidere mental sundhed som: *en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdagens udfordringer og stress, og på frugtbar vis kan arbejde produktivt samt er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet* (WHO 2001:5). I denne forståelse ligger altså, at man godt kan have en psykisk lidelse, uden nødvendigvis at have dårlig mental sundhed. Under forudsætning af, at personen på trods af den psykiske lidelse kan trives, udfolde sine evner, håndtere dagligdagens udfordringer og bidrage til fællesskabet. Omvendt betyder fraværet af en psykisk lidelse ikke at man er mentalt sund, idet personer på trods af fraværet af en egentlig psykisk lidelse, godt kan opleve væsentlig mental eller følelsesmæssig mistrivsel, samt begrænsninger i evne til at klare dagligdagens udfordringer. I begrebet mental sundhed er der altså fokus på et individs psykosociale funktionsniveau, hvilket kan ses som et kontinuum. Figur 2 nedenfor afbilder hvorledes forholdet mellem mental sundhed og psykisk sygdom kan ses som to adskilte men overlappende fænomener.

Figur 2: To dimensionel model for mental sundhed (Keyes 2005,2007)



Kilde: Sundhedsstyrelsen (2008: 16)

Det mentale helbredsmaal, der ligger til grund for monitoreringen af den danske befolknings mentale sundhed afspejler altså både personers psykosociale funktionsniveau og deres subjektive trivsel, da de items der indgår i beregningen af målet, både spørger til personers evne til at håndtere deres dagligdags udfordringer, samt deres subjektive velbefindende (se 'SF-12 items version 1 og 2' i appendix). Nedenfor i figur 3, afbildes diagrammatiske de to dimensioner i det mentale sundhedsmål.

Figur 3: Dimensioner i det mentale sundhedsbegreb

Mental sundhed	
En oplevelsesdimension	En funktionel dimension
en oplevelse af at have det godt (fra psykisk trivsel til mistrivsel)	hvordan man fungerer i forhold til sig selv og sine omgivelser

Kilde: SST 2011b:15

Unge kvinder, en udsat gruppe i et mentalt sundhedsperspektiv

På baggrund af Sundhedsstyrelsens anvendelse, af det mentale helbredsmaal til monitorering af mental sundhed i den voksne danske befolkning fra 1994 og frem, identificeres unge kvinder i en rapport fra sundhedsstyrelsen i 2010, som en særligt udsat gruppe i befolkningen for dårlig mental sundhed. Dette skyldes, at de 16-24 årige kvinder i 2005 er den gruppe i befolkningen, hvor den højeste andel med dårlig mental sundhed findes, samt at andelen med dårlig mental sundhed i gruppen af 16-24 årige kvinder har været stigende fra 1994 til 2005. I 2005 er der således knap 18 % af de unge kvinder der har dårligt mentalt helbred, altså næsten hver femte unge kvinde. Til sammenligning er andelen af kvinder med dårligt mentalt helbred i aldersgruppen 25-44 i 2005 på 12,6 %, mens andelen af unge mænd med dårligt mentalt helbred i alderen 16-24 år er på 7 %. Endvidere har resten af befolkningen i samme periode, generelt oplevet en bedring i mental sundhed. Udviklingen i mental trivsel i gruppen af 16-24 årige kvinder, går altså modsat udviklingen i resten af befolkningen generelt i perioden 1994-2005 (Sundhedsstyrelsen 2010:83). I 2010, er andelen af unge kvinder mellem 16-24 år med dårlig mental sundhed faldet en smule, til knap 16 %, ifølge Sundhedsstyrelsens opgørelse(sundhedsprofil2010.dk). Andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed, er altså stadig høj, men ser dog ud til at være faldet en smule fra i år 2005.

Der ses også kønsforskelle i mental sundhed i aldersgrupperne under 16 år. I en undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen i 2011, estimeres det således, at der er 37 % af pigerne mellem 11 og 15 år, der ingen indikatorer har på psykisk mistrivsel, mens det samme er tilfældet for 39,4 % af drengene. Endvidere estimeres det at 8,2 % af pigerne er meget trivselmæssigt belastede, mens det samme er tilfældet for 4,2 % af drengene. Herimellem befinder sig en 'mellemgruppe', der ikke har så mange indikatorer på psykisk mistrivsel, at de er alvorligt belastede, men heller ikke kan siges virkelig at trives. I Denne mellemgruppe befinder 23,3 % af pigerne sig, og 17,3 % af drengene (Sundhedsstyrelsen 2011b:8).

Andre undersøgelser peger ligeledes på forskellige udbredte trivselsproblemer blandt unge kvinder i samme periode.(Ottosen 2010, Zøllner 2009, Helweg-Larsen 2003, Nielsen et

al 2011). Det har dog ikke været muligt at finde undersøgelser der empirisk belyser mulige årsager til stigningen i andelen af unge kvinder med trivselsproblemer fra 1994 og frem.

Afgrænsning af problemstilling og forskningsspørgsmål

Da det på baggrund af målingen af mental sundhed konkluderes, at der er en betydelig forskel på andelen af unge kvinder og unge mænd med dårlig mental sundhed i perioden fra 1994 og frem, og samtidigt også findes undersøgelser, der beskriver de unge kvinders større hyppighed af forskellige mistrivselsproblematikker såsom selvskadende adfærd, spiseforstyrrelser, selvmordsforsøg og mere generelle følelsesmæssige gener (Ottosen 2010, Zøllner 2009, Helweg-Larsen 2003, CeFu 2011), så ser det ud som om, der kunne være sket 'noget' i perioden fra 1994 og frem der bevirker, at en stigende andel unge kvinder oplever forskellige former for mistrivsel.

Ungdommen kan beskrives som en fase der rummer en del særlige udfordringer. Kroppen forandrer sig, man skal sige endeligt farvel til barndommen, træffe selvstændige beslutninger omkring fremtiden, og gøre de første erfaringer med kærester og seksualitet. Med så mange omvæltninger indenfor relativt kort tid, skal ungdommen næsten være svær. Men mens en del af ungdommens 'udfordringer' således principielt set er de samme for unge mænd og kvinder, ser det ud som om denne fase i højere grad blandt de unge kvinder, end blandt unge mænd fører til forskellige former for 'selvrettet' mistrivsel, som fx cutting, selvmordsforsøg, og problemer med kroppen, vægten, samt dårlig mental sundhed (CeFu 2010:103-118;119-144).

Specialets undren er således afgrænset til et fokus på, hvilke årsager der kan være til stigningen i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed fra 1994 og frem, samt hvilke årsager der kan være, til den målte forskel i mental sundhed imellem unge kvinder og mænd i samme periode.

Kort formuleret er undersøgelsens forskningsspørgsmål: - *hvilke årsager kan der være til den negative udvikling i mental sundhed blandt unge kvinder fra 1994 og frem? Og hvilke årsager kan der være til at en større andel af de unge kvinder, end af de unge mænd har dårlig mental sundhed i samme periode?*

Faktorer af betydning for mental sundhed

I kølvandet på den øgede opmærksomhed på mental sundhed, som et sundhedspolitisk indsatsområde for forebyggelsestiltag, er der både foretaget en række undersøgelser omkring faktorer af betydning mental sundhed, samt opstillet en række modeller over disse faktorer. Generelt skelnes der i disse modeller mellem faktorer der henholdsvis virker fremmende eller hæmmende på god mental sundhed. Med udgangspunkt i en model over faktorer af betydning for mental sundhed, der også opererer med en inddeling af faktorer af betydning for mental sundhed, på henholdsvis et individuelt niveau, et socialt niveau og et strukturelt niveau, har jeg lavet en samlet fremstilling, af faktorer af betydning for mental sundhed, fra tre forskellige modeller. Når det er muligt, at fremstille de tre modeller over faktorer af betydning for mental sundhed i en samlet model, skyldes det, at der var en del lighedspunkter imellem de faktorer de tre modeller angav som havende betydning for mental sundhed. Der var dog også faktorer som fx kun var beskrevet i en enkelt af modellerne. Den samlede model nedenfor (se figur 4), opsummerer derfor et bredt spektrum af mulige faktorer af betydning for mental sundhed.

Figur 4: Faktorer af betydning for mental sundhed¹

Niveau	Beskyttende faktorer	Risikofaktorer
Individuelt niveau	Positiv selvopfattelse	Lavt selvværd
	Evne til håndtering af eget liv og udfordringer	Stress
	Evne til bearbejdning af følelser	Dårlig følelsesmæssig kontakt
	Selvværd	Følelsesmæssigt misbrug
	Evne til social interaktion	Psyisk aktivitetsbegrænsning
	God fysisk sundhed	Dårlig fysisk sundhed
	Måltæthed	Risikoadfærd
Socialt niveau	Social inklusion	Eksklusion
	Følelse af socialt tilhørsforhold	
	Omsorgsfulde forældre	Dårlige familiære relationer
	Støttende sociale relationer	Adskillelse og tab
	Positive erfaringer med uddannelse	
	Deltagelse i fællesskaber og grupper	
	Tilhørsforhold til omgivelser	Social udstødelse
	Frihed fra vold og diskrimination	Misbrug og vold
	Samfundsmæssigt engagement	
Strukturelt niveau	Anerkendelse/påskønnelse af forskellighed	
	Sikre og trygge rammer	Voldelige og kriminelle omgivelser
	Økonomisk sikkerhed	Fattigdom
	Beskæftigelse	Arbejdsløshed
	Adgang til uddannelse	Social og kulturel diskrimination
	Gode omgivelser	Dårlige omgivelser
	Adgang til sociale støttefunktioner	Manglende støttefunktioner
	Godt miljø og gode boligforhold	Hjemløshed

¹ Figur 4 er sammensat på baggrund af tre forskellige modeller over faktorer af betydning for mental sundhed ((McDonald & O'Hara (NICE, 2007),

Barry & Jenkins 2007, VicHealth 2005). I alle tre modeller er faktorer ordnet i tabellen som enten 'beskyttende faktorer' eller 'risiko øgende

faktorer'. De enkelte faktorer kan inddeles på tre niveauer; individ niveau, et socialt niveau og et strukturelt niveau.

I modellen beskrives det altså, at både individuelle, sociale og strukturelle forhold kan have betydning for mental sundhed, og denne anviser derfor, en række forhold der kunne have betydning for den stigende andel af unge kvinder med dårlig mental sundhed blandt unge kvinder fra 1994 og frem, samt forhold der kunne have betydning for de unge kvinders overrepræsentation af dårlig mental sundhed i forhold til resten af den danske befolkning.

Teori

De unge kvinders øgede risiko for dårlig mental sundhed, skal da projektet skrives indenfor en sundheds og sygdomssociologisk ramme, forstås ud fra en samfundsmæssig kontekst. I et sygdoms og sundhedsociologisk perspektiv, ses de forskelle der findes i forekomst af sundhed og sygdom, imellem forskellige grupper i samfundet, oftest knyttet til individers forskellige præferencer og muligheder i forhold til livsstilsvalg (White 2009). Livsstilsvalg og muligheder varierer ofte i forhold til individers socioøkonomiske status i samfundet, hvorfor det også ofte ses, at der er sammenhænge mellem sygdom og sundhed og fx indkomsts niveau. Personer med høj indkomst og uddannelsesniveau lever oftere længere og sundere liv, end personer med lav indkomst og lavt uddannelsesniveau (Sundhedsstyrelsen 2011C). Som det fremgår af figur 4 ovenfor, ser dette også ud til at være tilfældet i forhold til mental sundhed.

Grupper i samfundet der er mere udsatte for arbejdsløshed, fattigdom, dårlige boligforhold og/eller kriminelle omgivelser, og som diskrimineres, marginaliseres eller er udsatte for vold, er således også i større risiko for at have dårlig mental sundhed. På det individuelle niveau, ses dog også en række risikofaktorer, som måske i mindre grad behøver at være knyttet til social status (Koch 2010:25). Herunder lavt selvværd, stress og dårlig følelsesmæssig kontakt. Evne til at bearbejde følelser, kan ses som evnen til at 'mentalisere'. At 'mentalisere' vil sige, at man er i stand til at danne sig realistiske forestillinger om andres motiver, følelser og tanker. Personer der er gode til, at mentalisere er også oftere bedre til, at bearbejde og håndtere egne følelser på en hensigtsmæssig måde. Evnen til at mentalisere er noget der udvikles livet igennem, men især kvaliteten af empatisk samvær med de tidlige omsorgspersoner har stor betydning (Fonagy 2007). Umiddelbart burde evnen til, at mentalisere, ikke behøve at have, en social slagside, det kan dog tænkes, at meget belastede forældre, fx forældre med misbrugsproblemer eller psykiske lidelser, ikke magter samværet med deres børn, hvorfor disse er i større risiko end andre børn, for ikke at udvikle evnen til, at mentalisere i tilstrækkelig grad. Så selvom risikoen for dårlig mental sundhed, i høj grad i figur 4, kan ses som knyttet til individers sociale position i samfundet, så kan fx evnen til, at mentalisere ses, som noget der kan gå på tværs af individers sociale position i samfundet.

For at kunne anvendes, i forhold til, at sætte mental sundhed ind i en samfundsmæssig kontekst, skal den valgte teori opfylde to betingelser. For det første skal den tilbyde en teoretisk fortolkningsramme, der kan forklare, hvorfor mental sundhed ser ud til, at variere i forhold til individers forskellige positioner i samfundet. For det anden skal teorien kunne tilbyde en fortolkningsramme, der kan forklare, hvilke samfundsmæssige forhold der kan have indflydelse på individers evne til at bearbejde følelser, håndtere stress, og have god kontakt med egne følelser, altså 'mentalisere'. Begge betingelser er opfyldt i henholdsvis, Honneths anerkendelsesteori og Antonovskys salutogenetiske perspektiv.

Mental sundhed i et anerkendelses teoretisk perspektiv

Honneth er del af den kritiske sociologiske tradition. Den kritiske sociologiske tradition er som benævnelsen antyder kritisk overfor de konsekvenser det moderne samfund har for dets medlemmer. I den kritiske sociologi er der tradition for en emancipatorisk interesse. Mennesket bør frigøres fra de problematiske sider af det moderne samfunds påvirkning, herunder især det moderne menneskes fremmedgørelse fra sin egen etiske natur (Gimmler 2007, Willig 2009:11). Til forskel fra tidligere kritiske sociologer forankrer Honneth ikke sin kritik af det moderne samfunds problematiske sider i et idealistisk og forestillet ideal om menneskets mulige sande og uspolerede 'natur', men derimod i det som det aktuelle moderne menneske oplever som henholdsvis subjektivt godt eller skidt. Hans argument for dette skift er, at det ikke er muligt at tage udgangspunkt i et ideal der ikke er observeret i virkeligheden, da det ikke er muligt at sige om dette rent faktisk er en mulig tilstand (Honneth 2009a:25-29). Afsættet for Honneths teori, er derfor de negative følelser der opstår, når individer oplever, at deres 'forventninger' ikke indfries. 'Krænkelser' får her en central placering i teorien da dette ses, som en væsentlig begrænsning af individers evne, til at blive i stand til at realisere egne evner, og fungere på en måde i samfundet, der giver dem mulighed for, at leve gode subjektivt tilfredsstillende liv, mens anerkendelse omvendt ses som det der gør individer i stand til at realisere deres potentialer og leve 'gode liv'. Anerkendelse placeres endvidere centralt i Honneths teoretiske apparat på baggrund af inspiration fra Sterns udviklingspsykologiske perspektiv, samt et fænomenologisk perspektiv på marginaliserede individers oplevelse af 'usynlighed' (Honneth 2009b:98-110), da individer, hvis eksistens ikke anerkendes, ikke kommer til at opleve sig selv som 'virkelige', hvorfor de får problemer med at realisere sig selv.

Honneth opererer med tre teoretisk afgrænsede sfærer hvori henholdsvis anerkendelse og krænkelser kan erfares. De tre anerkendelsessfærer i anerkendelsesteorien udgøres af 1) Privatsfæren, som består af intime relationer til fx venner og familie, 2) den

retslige sfære, hvori individet kan anerkendes eller miskendes som borger der deler lige rettigheder med andre borgere, samt 3) den solidariske sfære, i hvilken et individ kan opnå anerkendelse eller miskendelse af egne individuelle evner og kundskaber, fx gennem arbejde (Willig 2009:14-19).

Anerkendelse må opnås i hver enkelt anerkendelsessfære for at individet kan opnå henholdsvis selvtillid, selvagtelse og selv værdsættelse, og dermed blive i stand til at realisere et 'godt liv'(Willig 2009:14-20). Oplevelser af henholdsvis anerkendelse og krænkelse har altså betydning i alle de tre differentierede anerkendelsessfærer, men af helt central betydning er dog anerkendelse i privatsfæren, da individets oplevelse af anerkendelse i denne sfære danner grundlag for overhovedet at indgå i intersubjektive relationer, og dermed blive i stand til at opnå anerkendelse i de øvrige to anerkendelsessfærer. Forholdet til især de tidlige omsorgspersoner har derfor særlig betydning i Honneths anerkendelsesteori, idet disse har særlig betydning i forhold til at give individet evnen til at indgå i intersubjektive relationer (Willig 2009:14-19). Krænkelser af særlig problematisk karakter er i anerkendelsesteorien endvidere forskellige former for overgreb, der retter sig mod individets krop, da dette gør skade på den kropslige integritet, og dermed på individets grundlæggende selvtillid (Honneth 2009c:83-89).

Ifølge Honneth må kritisk sociologisk forskning derfor tage udgangspunkt i en undersøgelse, af et samfunds evne til, at give individer anerkendelse i de tre forskellige anerkendelsessfærer. I forhold til specialets undren, er der derfor to mulige anerkendelsessfærer som det i forhold til de unge kvinders mentale sundhed kan være relevant at undersøge nærmere i et anerkendelsesteoretisk perspektiv. I det der nu i næsten hundrede år, har været formel ligestilling mellem kønnene, har en undersøgelse af anerkendelse i den retslige sfære lille relevans, i forhold til, at belyse mulige årsager til, at en del unge kvinder tilsyneladende ikke er i stand til at realisere 'gode liv'. Tilbage er så at sætte fokus på anerkendelse, i den 'private anerkendelsessfære', og den 'solidariske sfære'. Mulighederne for, at sætte fokus på anerkendelsesforhold for unge kvinder, i disse to sfærer i specialets statistiske analyse begrænset, af de tilgængelige variable i det anvendte datamateriale. Der er dog variable, som i en vis grad, kan afspejle anerkendelse eller miskendelse i den private sfære, herunder variable der måler, i hvilken grad interviewpersonerne oplever at være alene, om de forventer at kunne få hjælp fra andre, om de har nogen at tale med hvis de har problemer eller har brug for støtte, samt om de oplever at nogen i omgangskredsen kræver for meget af dem. I forhold til en undersøgelse af anerkendelsesforhold for unge kvinder i den solidariske sfære, findes der kun en variabel i datamaterialet, der har en vis affinitet til denne sfære, nemlig, hvorvidt man er henholdsvis studerende, i arbejde, eller udenfor arbejdsmarked og uddannelsessystem. Endelig er der

mulighed for, at undersøge betydningen af udsættelse for vold og overgreb, som i Honneths anerkendelsesteori, ses som en særlig betydningsfuld form for krænkelse, som beskrevet ovenfor.

Mental sundhed i et salutogenetisk teoretisk perspektiv

Som det ses ovenfor udgør Honneths anerkendelsesteori et udmærket teoretisk perspektiv for at forstå mental sundhed som et resultat af individers interaktioner i en samfundsmæssig kontekst. Jeg har dog valgt at inddrage endnu et teoretisk perspektiv i forståelsen af samspillet mellem samfundsmæssige forhold og individers mentale sundhed. I Honneths anerkendelsesteori bliver mental sundhed i høj grad et resultat af henholdsvis anerkendelse eller miskendelse i forskellige samfundsmæssige sfærer, og bliver derfor i høj grad et resultat, af den måde individer i samfundet interagerer med hinanden på, selvom strukturelle forhold, som borger rettigheder også kan ses, som spillende en rolle i forhold til mental sundhed i teorien. Ved at inddrage Antonovskys (2000) salutogenetiske perspektiv på sygdom og sundhed bliver endnu nogle samfundsmæssige aspekter relevante i forhold til forståelsen af mental sundhed i en samfundsmæssig ramme.

Traditionelt har sundheds og sygdoms sociologi beskæftiget sig med, hvad der gør mennesker syge, men Antonovsky vender problematikken på hovedet, og anlægger i stedet et salutogenetisk perspektiv, altså beskæftiger han sig i stedet med, hvad der holder mennesker raske, på trods af stress og andre udfordringer de møder (Antonovsky 2000:15). I Antonovskys teori, kan et individ befinde sig, et hvilket som helst sted, på et kontinuum mellem fuldstændig sundhed eller svære smerter og funktionsbegrænsninger. Da lav mental sundhed betyder, at et individs 'funktion' er begrænset, kan mental sundhed også ses, som sygdom i Antonovskys salutogenetiske teori om sygdom og sundhed. Antonovskys teori handler derfor ikke om specifikke sygdomme eller diagnosers specifikke årsager, men er en mere generel og holistisk teori om sygdom og sundhed. Et individs evne til, at holde sig sund ses som resultatet af individets generelle modstandsressourcer. Modstandsressourcer er de egenskaber et individ kan trække på, i forhold til, at modvirke eller bekæmpe stress samt kilder til stress.

Antonovsky har gennem studier af mennesker der på trods af udsættelse for voldsomme begivenheder, såsom ophold i koncentrationslejre, har formået at undgå alvorlige sygdomme, fundet frem til, at disse mennesker havde noget til fælles. Dette 'noget' de havde til fælles kan samlet benævnes 'oplevelse af sammenhæng'. 'Oplevelsen af sammenhæng' beskrives endvidere på følgende måde af Antonovsky:

Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer det er værd at engagere sig i. (Antonovsky 2000:37)

Oplevelse af sammenhæng beskrives af Antonovsky, som bestående af tre kernekomponenter: Disse kernekomponenter er; begribelighed, håndterbarhed, og meningsfuldhed. *Begribelighed* er forklaret som i hvilken udstrækning individer opfatter forskellige former for stimuli som forståelige og forudsigelige, i modsætning til en oplevelse af at indtryk og stimuli opleves som kaotiske og uforklarlige (Antonovsky 2000:34); *håndterbarhed* forklares som individers tro på at de hændelser de vil blive udsat for, gode som dårlige, vil kunne håndteres på en måde, så individet ikke lider alvorlig overlast (Antonovsky 2000:35); *meningsfuldhed* henviser til, i hvilken udstrækning individer finder mening i et eller flere områder af deres liv, ikke bare på et kognitivt men også på et følelsesmæssigt niveau, altså i hvilken udstrækning der er områder i individets liv der gør øvrige udfordringer i tilværelsen meningsfulde, samt værd at overkomme (Antonovsky 2000:35). De tre kernekomponenter udgør som nævnt tilsammen et individs niveau af 'oplevelse af sammenhæng'.

Et individs 'oplevelse af sammenhæng' beskrives af Antonovsky som noget der er under stadig udvikling livet igennem, dog har et individs tidligste oplevelser særlig stor betydning for, tilbøjeligheden til, at udvikle og vedligeholde en stærk 'oplevelse af sammenhæng'. Oplever et individ tidligt i livet, at det ikke bliver stillet overfor større udfordringer end det kan klare, at der er en vis forudsigelighed i hverdagens hændelser, og at det generelt er værdsat, så er chancen for en stærk 'oplevelse af sammenhæng' større. 'Oplevelsen af sammenhæng' er også påvirket af, i hvilken grad der er overensstemmelse mellem hvad der er acceptabelt/anerkendelsesværdigt i henholdsvis familien, skolen og blandt jævnaldrende venner. Mødes barnet eller den unge af flere indbyrdes uforenelige normer og værdier i forskellige sociale kontekster vil individet have mindre held til at udvikle en stærk 'oplevelse af sammenhæng' (Antonovsky 2000:116).

Oplevelser af uforklarlige brud på stabilitet, samt uløselige problemer, kan derfor i Antonovskys salutogenetiske perspektiv, på årsager af betydning for individers evne til, at holde sig raske, ses som 'trusler' mod et individs 'oplevelse af sammenhæng'. I det anvendte datamateriale findes spørgsmål omkring forskellige langvarige belastninger i barndom eller ungdom, samt spørgsmål der belyser, hvorvidt interviewpersonerne er opvokset i kernefamilier, brudte familier eller andre familietyper. Har et individ oplevet langvarige

belastninger som ikke umiddelbart kunne løses, kan det tænkes, at øge risikoen for en svækkelse af individets oplevelse af *håndterbarhed*, mens drastiske brud på stabilitet (fx skilsmisser) kan tænkes at udgøre en trussel mod individets oplevelse af tillid til tilværelsens *forudsigelighed*. I datamaterialet findes der endvidere spørgsmål der har en vis affinitet til Antonovskys beskrivelser af de enkelte komponenter i en stærk oplevelse af sammenhæng. Herunder hvorvidt interviewpersonerne mener 'livet altid vil være værd at leve' (*meningsfuldhed*), hvorvidt interviewpersoner mener 'problemer vil blive nemmere at tackle med alderen', samt hvorvidt interviewpersoner mener de 'kommer til at nå deres mål' (*håndterbarhed*).

I Antonovskys perspektiv kan der altså rettes fokus mod nogle samfundsmæssige forhold der kan ses som 'trusler' mod individers oplevelser af sammenhæng, for selvom anerkendelse af barnets evner og behov spiller en rolle for Antonovsky som for Honneth, så kan der også rettes fokus mod samfundsmæssige forhold der truer individers oplevelse af håndterbarhed og forudsigelighed, herunder fx den øgede kompleksitet internettets udbredelse kan repræsentere, samt den mangedobling af mulige værdisæt og levemåder der kan erfares herigennem. Antonovsky beskriver således, at det kan være et problem, hvis børn oplever et sæt normer i skolen, en andet derhjemme, et tredje blandt venner og så videre. På nettet er mulighederne for divergerende livsverdener mangedoblet, hvilket således teoretisk kan tænkes at udgøre, en udfordring i forhold til individers evne til at opretholde en stærk 'oplevelse af sammenhæng'.

Design

Da Specialets forskningsinteresse drejer sig om at finde mulige årsager til, de unge kvinders overrepræsentation i gruppen af unge med dårlig mental sundhed, samt den stigende tendens i gruppen fra 1994 og frem, er specialets design derfor først og fremmest *forklarende*. (De Vaus 2001:2).

Specialets forskningsdesign er dernæst *komparativt*, idet *forklaring* søges etableret på baggrund af sammenligning mellem forskellige grupper (De Vaus 2001:40-42). Da de unge kvinder og de unge mænd har signifikant forskellig risiko for dårlig mental sundhed, men deler det vilkår at være netop unge, med alle de udfordringer det rummer, så er udgangspunktet for sammenligningen at undersøge, om der er forskelle de to grupper imellem der kan knyttes til køn, og som kan forklare, hvorfor de unge kvinder er mere udsatte for dårlig mental sundhed end unge mænd. Endvidere laves der sammenligninger imellem forskellige grupper af unge kvinder over tid. Som det fremgår, er der en stigende andel unge kvinder fra 1994 og frem der har dårlig mental sundhed, hvorfor sammenligningen har til

hensigt at rette fokus mod eventuelle ændringer over tid blandt unge kvinder fra 1994 og frem. Disse eventuelle ændringer kan dernæst være med til at forklare, hvorfor unge kvinder i 1994 var mindre udsatte for dårlig mental sundhed end unge kvinder i 2005-2010.

Endelig er specialets undersøgelsesdesign *deduktivt*, idet der forud for analysen er opstillet 4 arbejdshypoteser som enten kan be- eller afkræftes, hvilket vil blive uddybet nedenfor.

Analysestrategi

I andre undersøgelser er det påvist at en række faktorer øger individers risiko for dårlig mental sundhed (jf. figur 4). En mulig hypotese omkring årsagen til stigningen i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed, kunne derfor være, at der fra 1994 og frem har været en stigning i andelen af unge kvinder der udsættes for faktorer der øger risikoen for dårlig mental sundhed.

Stigningen i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed fra 1994 og frem, kan dog også tænkes at skyldes, at ungdomslivet er blevet mere udfordrende i perioden. En del forhold kan for unge i dag som tidligere siges at være de samme. Ungdommen er en overgangsfase mellem barndom og voksenliv, og rummer derfor store identitetsmæssige forandringer. Identiteten udforskes og dannes i disse år både i forhold til kropslige forandringer, seksualitet, og det at skulle bevæge sig ud i verden på egne ben. I overgangen fra det traditionelle til det moderne samfund, har unge endvidere fået stadig større frihed til at træffe egne valg, med hensyn til deres fremtid og identitet. En del unge oplever dog nu, at de alene er ansvarlige for, at finde ud af, hvem de vil være, og hvilken retning deres liv skal tage. De mange valg opleves for nogle unge som en stor frihed, mens de for andre mere opleves som en byrde (Cefu 2010:13). Det at træffe selvstændige valg i forhold til fremtiden, er dog ikke noget der umiddelbart kan siges at have ændret sig drastisk fra 1994 og frem. Derimod kan det tænkes, at samfundet i denne periode er blevet stadig mere komplekst. En af de helt store og gennemgribende forandringer i denne periode er udviklingen i kommunikationsmedier, herunder især sociale netværk. Om de nye muligheder for selvscenesættelse og interaktionsformer, som internettet tilbyder, udgør et gode eller et onde i forhold til unges trivsel er svært at afgøre, men det tilføjer under alle omstændigheder tilværelsen yderligere. Da sociale netværk på internettet spiller en vigtig rolle i unges liv, så er der her åbnet et nyt rum af muligheder for social positionering på godt og ondt. Det kan altså tænkes, at de nye kommunikationsmediers indtog kan have øget ungdomslivets kompleksitet, hvilket for nogle unge kan tænkes, at repræsentere et gode, og for andre

muligvis en øget belastning. En arbejdshypotese i forhold til at forklare, stigningen i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed fra 1994 og frem, var derfor også, at der kunne være faktorer af betydning for mental sundhed, der havde fået en øget *betydning* blandt unge kvinder i perioden. På denne baggrund opstillede jeg derfor 4 arbejdshypoteser.

4 arbejdshypoteser:

1) Stigningen i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed fra 1994 og frem, skyldes at en stigende andel af unge kvinder i samme periode udsættes for faktorer der øger risikoen for dårlig mental sundhed.

2) Stigningen i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed fra 1994 og frem, skyldes at faktorer der øger risikoen for dårlig mental sundhed får en øget betydning blandt unge kvinder i perioden.

3) Den højere andel af unge kvinder end unge mænd med dårlig mental sundhed skyldes, at unge kvinder hyppigere udsættes for faktorer der øger risikoen for dårlig mental sundhed.

3) Den højere andel af unge kvinder end unge mænd med dårlig mental sundhed skyldes at, faktorer der øger risikoen for dårlig mental sundhed har større betydning blandt de unge kvinder end blandt de unge mænd.

Metodevalg og population

I undersøgelsen af årsager til stigningen i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed fra 1994 og frem, samt den højere andel af unge kvinder end unge mænd med dårlig mental sundhed i samme periode, har jeg valgt en kvantitativ tilgang. Ved hjælp af kvantitative metoder er det muligt at afgøre udbredelse, betydning og generaliserbarhed af undersøgelsens eventuelle resultater. Da populationen, som er genstand for specialets undren er en bred gruppe, spiller generaliserbarheden af undersøgelsens resultater en vigtig rolle i forhold til at besvare specialets forskningsspørgsmål.

Populationen, som er genstand for beskrivelse, udgøres i specialet af unge danske statsborgere mellem 16 og 24 år i henholdsvis 1994, 2000, 2005 og 2010. Valget af denne aldersgruppe skyldes, at det er i denne aldersgruppe, der blandt kvinderne er konstateret en negativ udvikling i mental sundhed fra 1994-2005 (Sundhedsstyrelsen 2010:82-83), samt, at andre undersøgelser (Helweg-Larsen et al 2003, CeFu 2011, Sundhedsstyrelsen 2010) også opererer med samme aldersgruppering. Da jeg ønsker, at øge sammenligneligheden med disse andre undersøgelser, har jeg derfor valgt at operere med samme aldersinddeling.

Datamaterialet

Det anvendte datamateriale, udgøres af et udsnit af variable fra SUSY undersøgelserne fra henholdsvis 1994, 2000, 2005 og 2010. SUSY undersøgelserne (Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne²) er udført løbende af statens institut for folkesundhed omtrent hvert femte år fra år 1987. Det mål, som anvendes til, at måle mental sundhed indgår for første gang i SUSY undersøgelserne i år 1994, og er herefter medtaget i både 2000, 2005 og 2010. I SUSY 2010 er der dog foretaget mindre ændringer i de spørgsmål der anvendes til, at udregne den mentale helbredsscore (se SF-12 items version 1 og 2 i appendix).

Valget af dette datamateriale skyldes dels, at SUSY undersøgelserne er de eneste danske gentagne kvantitative undersøgelser, hvori det mål for mental sundhed indgår, på hvilken baggrund den negative udvikling i mental sundhed fra 1994-2005 i gruppen af unge kvinder er konstateret. I SUSY undersøgelserne, er der desuden en række spørgsmål, som er gentaget i både 1994, 2000, 2005 og 2010, hvilket gør det muligt, at beskrive eventuelle sammenlignelige ændringer over tid fra 1994 til 2010 igennem dette datamateriale.

Dataindsamling og stikprøver

SUSY undersøgelserne udgør i alle fire anvendte undersøgelsesår repræsentative udsnit, af den voksne danske befolkning over 16 år, dog indgår der et stigende antal interviewede i undersøgelserne fra 1994 og frem.

Dataindsamlingen til SUSY undersøgelsen i 1994 omfattede i alt to spørgeskemaer. Det ene blev udfyldt ved et personligt interview i interviewpersonernes hjem, og det andet selvadministrerede spørgeskema blev udfyldt og indsendt med post af interviewpersonerne selv. I 1994 blev i alt 5982 inviteret til at deltage i undersøgelsen, heraf opnåedes der deltagelse i det personlige interview med i alt 4667 personer, eller 78 % af de inviterede. Det selvadministrerede spørgeskema blev herefter udfyldt og afsendt af i alt 4.084 svarpersoner, eller 68 % af den oprindelige stikprøve.

I SUSY 2000 omfattede dataindsamlingen ligeledes både et spørgeskema udfyldt ved et personligt interview i svarpersonernes eget hjem, samt et selvadministreret spørgeskema udfyldt og afsendt af interviewpersonerne selv. I 2000 blev i alt 22.484 personer inviteret til at deltage, og af disse opnåedes deltagelse af i alt 16.688 personer, eller 74 % af de inviterede. I alt 14.278 personer udfyldte og returnerede også det selvadministrerede spørgeskema, svarende til 63 % af samtlige inviterede. I SUSY 2000 var der endvidere to forskellige udgaver af det selvadministrerede spørgeskema, et der blevet givet til en gruppe

² <http://www.si-folkesundhed.dk/Forskning/Befolkningens%20sundhedstilstand/Sundhed%20og%20sygelighed%20SUSY.aspx>

af stikprøven som ikke tidligere havde været interviewet (skema 1), og et (skema 2) der blev givet til en del af stikprøven som tidligere havde været interviewet i SUSY 1994. Denne del af stikprøven i SUSY 2000 var endvidere suppleret med personer i de yngre aldersgrupper som ikke tidligere havde været interviewet.

I SUSY 2005 bestod dataindsamlingen ligeledes af i alt tre forskellige spørgeskemaer. Et blev udfyldt ved et personligt interview i samtlige svarpersonernes eget hjem, hvorefter alle svarpersoner fik udleveret et selvadministreret spørgeskema. I 2005 var der ligesom i SUSY 2000 to forskellige udgaver af det selvadministrerede spørgeskema (skema 1 og skema 2). Skema 2 blev udleveret til den del af stikprøven der bestod af tidligere interviewede fra 1994 og 2000, suppleret med ikke tidligere interviewede i de yngste aldersgrupper (i alt 5.787 personer³), og skema 1 blev udleveret til den del af stikprøven der ikke tidligere havde været interviewet (i alt 16.045 personer). Ud af de i alt 21.832 inviterede opnåedes der i 2005 deltagelse ved det personlige interview med 66 % af den oprindelige stikprøve, mens 51 % fra den oprindelige stikprøve også udfyldte og returnerede det selvadministrerede spørgeskema. I SUSY 2005 findes spørgsmål omkring forskellige former for overgreb samt adfærd og holdninger i forhold til mad og krop kun på skema 2, hvilket betyder at det kun er en mindre del af de interviewede der har svaret på disse spørgsmål.

I SUSY 2010 er dataindsamling for første gang udelukkende netbaseret. I alt 25.000 voksne danskere blev inviteret til at deltage, og ud af disse opnåedes der deltagelse fra i alt 15.165 personer eller 60 % af de inviterede. Dataindsamlingen bestod til i 2010 kun af et enkelt spørgeskema. Hvad den nye indsamlingsmetode i SUSY 2010 betyder for sammenligneligheden i forhold til de tidligere SUSY undersøgelser er ikke undersøgt nærmere i projektet, men det kan tænkes at have en betydning. Dog ses der i bortfaldsanalysen ikke nævneværdige forskelle i frafaldet ved beregningen af den mentale helbredsscore på SUSY undersøgelserne 1994 til 2005, og SUSY undersøgelsen i 2010.

Da der gennemgående ses, et større frafald på de selvadministrerede skemaer i SUSY undersøgelserne fra 1994, 2000 og 2005, vil der i analyserne være, et svingende antal deltagere, der har svaret på de enkelte spørgsmål, med færrest besvarelser på de spørgsmål der befinder sig på de selvadministrerede skemaer.

³ Denne del af stikprøven er endvidere suppleret med ikke tidligere interviewede i de yngste aldersgrupper, således at stikprøven også er repræsentativ for de yngste aldersgrupper (SUSY interviewskema 2005:1-3).

Datamaterialets repræsentativitet

Generelt svarer andelen af 16 til 24 årige unge kvinder og mænd for, hvem det har været muligt at udregne en mental helbredsscore, meget godt til andelen af 16-24 årige unge kvinder og mænd i befolkningen i henholdsvis 1994, 2000 og 2010. I 2005 udgør de unge kvinder for hvem det har været muligt, at udregne en mental helbredsscore dog omtrent 3 % færre end unge kvinder i befolkningen, mens det samme er tilfældet for omtrent 4 % af de unge mænd. Dette har ikke nogen betydning for den statistiske analyses resultater, men kunne have betydning i forhold til den målte stigning i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed i fra 2000 til 2005. Da unge kvinder både i 2000 og 2005 har en signifikant højere risiko for dårlig mental sundhed sammenlignet med resten af befolkningen, så kan det tænkes, at en mindre andel unge kvinder i stikprøven i 2005 kan trække den mentale helbredsscore relativt opad, og således resultere i, at flere unge kvinder havner i kategorien 'dårlig mental sundhed', hvilket færre af disse muligvis ville have gjort hvis andelen af unge kvinder i stikprøven havde været større. I 2005 indgår der ligeledes færre unge mænd som både i 2000 og 2005 har en signifikant lavere risiko for dårlig mental sundhed end resten af befolkningen. Den mindre andel af unge mænd i stikprøven i 2005 kan således betyde at den mentale helbredsscore er trukket relativt mindre op. Effekten af de mindre andele af både unge kvinder og mænd i 2005 kan således muligvis være med til at udligne hinanden i en eller anden grad.

Andelen af henholdsvis unge kvinder og mænd indenfor de enkelte alderstrin fra 16-24 år, afviger med enkelte undtagelser ikke i nævneværdig grad, fra den andel de udgør i befolkningen i de enkelte undersøgelsesår. I 1994 ses det dog, at de 16 og 17 årige unge mænd, slet ikke er repræsenteret i stikprøven efter beregningen af den mentale helbredsscore, og der altså i denne gruppe et frafald på 100 % ved beregning af den mentale helbredsscore. I 2005 ses det også, at de helt unge, henholdsvis 16 årige unge kvinder og mænd udgør en betydelig mindre andel i stikprøven både før og efter beregningen af den mentale helbredsscore, end de udgør i befolkningen (jf. tabel a3). De 16 årige unge kvinder og mænd er altså underrepræsenterede i stikprøven i 2005.

Bortfald ved beregning af den mentale helbredsscore

Ikke alle interviewpersoner har besvaret alle de spørgsmål der indgår i beregningen af det mentale helbredsmål (SF-12), hvorfor disse ikke kan inddrages i analysen. Da dette kan have betydning for analysens resultater, idet frafaldet kan betyde, at bestemte grupper bliver underrepræsenterede i analysen, har jeg foretaget en analyse af frafaldet ved beregningen af den mentale helbredsscore. Analysen af frafaldet er foretaget ved at undersøge risikoen for

'frafald' på beregningen af den mentale helbredsscore i forhold til 'ikke frafald' ved hjælp af logistisk regression.

Generelt ses det i SUSY undersøgelserne at personer der på forskellige områder trives, hyppigere besvarer alle sf-12 spørgsmålene på en måde, så der kan beregnes en mental helbredsscore for disse personer (sst 2010:30-31).

Frafaldet blandt de unge adskiller sig en smule fra dette billede, da der kun ses få signifikante faktorer af betydning for frafaldet på den mentale helbredsscore i disse grupper. I 1994 ses det således, at det blandt de unge overvægtige kvinder, signifikant sjældnere har været muligt at udregne en mental helbredsscore. Det samme er tilfældet i 1994, for unge kvinder der jævnligt ryger hash, og unge kvinder med børn. Unge overvægtige kvinder, unge kvinder med børn, samt unge kvinder der jævnligt ryger hash, er altså underrepræsenterede i analysen i 1994. I 1994 ses et (næsten) signifikant frafald blandt unge mænd der undervægtige, samt unge samlevende mænd, som således kan forventes at være underrepræsenterede i analysen.

I 2000 hvor det er også muligt at kontrollere, for familiebaggrundens og udsættelse for forskellige former for krænkelers betydning, ses det, at unge kvinder, der hverken har boet i kernefamilier, sammenbragte familier, eller med en enlig forælder har en (næsten) signifikant øget risiko, for ikke at have fået beregnet en mental helbredsscore. Unge kvinder der er dagligrygere har ligeledes en signifikant øget risiko for, ikke at have fået beregnet en mental helbredsscore. Når der til forskel fra frafaldsanalysen i 1994 kontrolleres for familiebaggrund ses det altså, at det jævnligt at ryge hash bortfalder, som signifikant faktor i forholdt til beregningen af den mentale helbredsscore, hvilket indikerer, at de unge kvinder der er underrepræsenterede i analysen, sandsynligvis er unge kvinder der både har et jævnligt forbrug af hash, samt ikke har boet, med hverken den ene eller den anden forælder igennem hele barndommen og ungdommen. Frafaldet ser altså gennemgående ud til, at være størst i den mest udsatte gruppe af unge kvinder både i 1994 og 2000. Blandt unge mænd ses ingen signifikante faktorer af betydning for frafaldet ved beregningen af den mentale helbredsscore, der ser dog ud til at være tendenser til at frafaldet er størst blandt unge ubeskæftigede mænd, mænd der ikke regner med hjælp fra andre, og mænd der drikker over 14 genstande ugentligt.

I 2005 er der et signifikant frafald ved beregningen af den mentale helbredsscore blandt unge kvinder uden beskæftigelse, og et (næsten) signifikant frafald blandt unge undervægtige kvinder, samt kvinder fra sammenbragte familier. Disse er altså underrepræsenterede i den statistiske analyse i 2005. Blandt de unge mænd ses der som i 2000 ingen signifikante (eller næsten signifikante) faktorer af betydning for frafaldet ved beregningen af den mentale

helbredsscore, der ses dog tendens til af det ikke altid at have nogen at tale med, det at have været udsat for vold indenfor seneste år, at have svært ved at betale regninger, at være dagligryger, at have taget stoffer indenfor seneste md., at være uden beskæftigelse, at være samboende i fast parforhold, samt have hjemmeboende børn kan have en betydning. generelt ses det altså at unge mænd der udviser en eller anden form for risikoadfærd, eller i en tidlig alder har fået børn, eller indgår i et fast parforhold kan være underrepræsenterede.

I 2010 ses et signifikant frafald ved beregning af den mentale helbredsscore blandt unge kvinder der ikke regner med hjælp fra andre, og et (næsten) signifikant frafald blandt unge kvinder der er stillesiddende i fritiden, og som har en eller anden form for langvarig eller kronisk lidelse. Igen ses det at de unge kvinder der på en eller anden måde kan siges at være udsatte er underrepræsenterede i analysen. Blandt de unge mænd ses der som i 2000 og 2005 at der ikke er nogen signifikante faktorer af betydning for frafaldet ved beregningen af den mentale helbredsscore, der ses dog igen tendens til et større frafald blandt unge mænd der ikke regner med hjælp fra andre.

Generelt ses det altså at der på tværs af de enkelte undersøgelsesår er en tendens til større frafald blandt grupper der på en eller anden måde kan siges at være udsatte. Disse grupper er derfor underrepræsenterede i undersøgelsen, og sammenhænge der kunne have betydning i disse grupper behæftes derfor sandsynligvis med større usikkerhed end sammenhænge af betydning i mindre udsatte grupper.

Anvendt statistisk metode

Da jeg i undersøgelsen ønsker at belyse, både hyppighed og betydning af de enkelte undersøgte faktorer af betydning for mental sundhed blandt unge kvinder og mænd, har jeg valgt at anvende procentudregninger til at beskrive hyppighed af de undersøgte faktorer, samt univariat og multipel logistisk regression til at undersøge styrken af de enkelte faktoreres betydning. Fordelen ved, at anvende multipel logistisk regression er, at det således bliver muligt at kontrollere for flere forskellige variables betydning på en gang, da der ikke er nogen øvre grænse for hvor mange variable det er muligt at teste i den multiple logistiske model (Agresti & Finlay 1997:383). Ligningen for den multiple regression er:

I den multiple logistiske regressionsmodel modelleres logaritmen til sandsynligheden for *succes* ('dårlig mental sundhed') i forhold til *fiasko* ('moderat til god mental sundhed'), som funktion af de uafhængige variable, og modellen er:

Antager odds værdier under 1 indikerer det at den uafhængige variabel har en negativ sammenhæng med sandsynligheden for 'succes' (dårlig mental sundhed). Odds for variable der har negativ sammenhæng med sandsynligheden for succes kan antage værdier mellem 1 og 0. Er oddsene for succes i forhold til en uafhængig variabel over 1 indikerer det, at den uafhængige variabel har en 'positiv' sammenhæng med sandsynligheden for succes ('dårlig mental sundhed').

I den multiple logistiske regression udregnes odds for succes for samtlige uafhængige variable i ligningen forhold til en referencegruppe. Referencegruppen vil i analysen være den gruppe der er karakteriseret ved at være 'normen', og altså den kategori, hvor de fleste personer befinder sig. Fx består referencegruppen i analysen af betydningen af familieforhold under opvæksten af personer der er opvokset i kernefamilier.

Rent teknisk er den logistiske regression foretaget i SPSS, hvor de uafhængige variable både er undersøgt univariat, og samlet ved en baglæns eliminering hvor de mest betydningsfulde variable trinvist bliver identificeret. Kodningen af variable til analysen er foretaget i SPSS Syntax. Både kodningen i syntax og output fra den logistiske regression i SPSS findes som bilag på vedlagte datacd (se evt. bilagsoversigt).

Operationalisering

Det der i specialet er genstand for forklaring er altså '*dårlig mental sundhed*', mens dette søges forklaret gennem hyppighed og betydning, af faktorer øger risikoen for dårlig mental sundhed, '*risikofaktorer*'. Kernebegreber der skal operationaliseres i specialet er altså '(dårlig) mental sundhed' og '*risikofaktorer*'. 'Mental sundhed' er endvidere den afhængige variabel i analysen, mens '*risikofaktorer*' udgør de uafhængige variable. Som det allerede er beskrevet, er mental sundhed et mål, der anvendes af Sundhedsstyrelsen i monitoreringen af mental sundhed i den danske befolkning, og som allerede er genereret i det anvendte datamateriale. Nedenfor beskrives dog alligevel, hvordan scoren er regnet ud, da det har betydning, for tolkningen af den udvikling i mental sundhed, der kan fremstilles på baggrund af denne. Herefter beskrives valg af uafhængige variable og baggrundsvariable til den statistiske analyse.

Den afhængige variabel, den mentale helbredsscore

Den mentale helbredsscore udregnes på baggrund af 12 items, kaldet SF-12 (se 'SF-12 items version 1 og 2 i appendix). SF-12 adresserer både fysiske og mentale trivsels aspekter, og på baggrund af disse 12 spørgsmål udregnes både en mental og en fysisk helbredsscore. De enkelte spørgsmål i SF-12 vægtes dog forskelligt i udregningen af de to forskellige scores. Hvordan de enkelte spørgsmål i SF-12 skal vægtes i udregningen af de to forskellige scores, udregnes ved hjælp af en faktoranalyse (se evt. udregning af henholdsvis den fysiske og mentale helbredsscore i bilag 12). Den mentale helbredsscore udregnes således, at den kan antage værdier mellem 0 og 100, hvor 0 repræsenterer det dårligst mulige mentale helbred, og 100 det bedst mulige mentale helbred. Scoren udregnes endvidere således, at gennemsnittet for hele befolkningen i hvert enkelt undersøgelsesår ligger på 50. I princippet vil man derfor ikke på baggrund af den mentale helbredsscore i de enkelte år kunne se, hvis befolkningens mentale helbred som sådan, er blevet værre eller bedre, gennemsnittet for den mentale helbredsscore vil stadig ligge på omtrent 50. Det mentale helbredsmål er således relativt i forhold til den mentale trivsel i befolkningen i de enkelte undersøgelsesår. Dårlig mental sundhed er af sundhedsstyrelsen defineret, som de 10 % af befolkningen der scorer lavest på den mentale helbredsscore i de enkelte år. Kategorien er således udregnet ved at køre en frekvenstabel på den mentale helbredsscore og derefter finde værdien for den score der skiller de 10 % dårligste fra de 90 % sundeste. Dette er gjort for hvert enkelt undersøgelsesår.

Validiteten af det mentale sundhedsmål har endvidere i forskellige undersøgelser vist sig at være god, idet det virker godt i forhold til at differentiere mellem personer med og uden psykiske lidelser (Sundhedsstyrelsen 2010:16-17). Dette ser også ud til at være tilfældet blandt de unge kvinder og mænd, idet sammenhængen (mellem mental sundhed og psykisk lidelse er meget stærk (se tabel 1 nedenfor).

Tabel 1: Sammenhæng mellem mental sundhed og psykisk lidelse

=0,932***		Dårlig mental sundhed	Moderat/god mental sundhed
Har en psykisk lidelse	Ja	87,2 %	19,2 %
	Nej	12,8 %	80,8 %
	Total	100 %	100 %

Kilde: Egne beregninger på baggrund af SUSY 2010. *** $p < 0,001$

Forklarende variable

Valget af forklarende variable til den statistiske analyse er foretaget dels på baggrund af, hvilke variable det var muligt, at undersøge i SUSY undersøgelserne, og dels på baggrund af, hvilke variable der ifølge det salutogenetiske og det anerkendelsesteoretiske perspektiv kunne have betydning i forhold mentale sundhed. Endelig er der inddraget variable, som kunne have særlig betydning for mental sundhed blandt unge kvinder, samt en række baggrundsvariable der på forskellige måder, også viste sig at kunne have relevans, hvilket vil blive uddybet nedenfor.

Med udgangspunkt i Honneth og Antonovsky kan der peges på nogle områder af mulig betydning for mental sundhed. Disse områder er 1) de nære relationer (anerkendelse i privatsfæren) 2) integration i samfundets formelle organisationer (anerkendelse i den solidariske sfære) 3) fysiske krænkelser (krænkelse af den kropslige integritet) 3) Brud på stabilitet under opvæksten (udgør en trussel mod individets oplevelse af sammenhæng) 4) oplevelser med u håndterlige og uforudsigelige hændelser i denne (udgør en trussel mod individets oplevelse af håndterbarhed og forudsigelighed), samt 4) Tro på egne evner til at håndtere tilværelsen på en tilfredsstillende måde (kan både afspejle at individet har en stærk 'oplevelse af sammenhæng', samt at individet føler sig anerkendt og herigennem har opnået en selvfølelse der gør det muligt at forfølge egne mål). For præcis formulering af anvendte spørgsmål fra SUSY undersøgelserne, samt kodning af disse se evt. 'Oversigt over anvendte variable fra SUSY undersøgelserne 1994-2010, rekodningen af disse, samt placering på SUSY skemaer' i appendix.

Anerkendelse i privatsfæren

Ifølge Honneths anerkendelsesteori kan anerkendelse i privatsfæren ses, som havende særlig betydning for et individs mentale sundhed. I samtlige SUSY undersøgelser fra 1994 til 2010, er der stillet et spørgsmål der kan afspejle interviewpersonernes mulighed, for at opnå anerkendelse i privatsfæren. Spørgsmålet lyder: *Sker det nogensinde at de er alene selvom de egentlig mest havde lyst til at være sammen med andre?* På baggrund af en rekodning af dette spørgsmål har jeg dannet en ny variabel med to mulige udfald. Enten angiver den at interviewpersonerne 1) *'af og til eller ofte er uønsket alene'* eller at disse 2) *'sjældent eller aldrig er uønsket alene'*. Selvom spørgsmålet ikke direkte spørger til, hvorvidt man oplever de sociale relationer man har, som anerkendende, mener jeg alligevel, det kan bruges som indikator for tilstedeværelse eller fravær af anerkendende sociale relationer. Personer der har tilstrækkeligt med anerkendende sociale relationer, vil givet sjældnere opleve at være

alene, når de ikke ønsker at være det. Spørgsmålet behøver dog ikke nødvendigvis at være et reelt udtryk for, hvor ofte interviewpersonen rent faktisk *er* alene, idet der ikke spørges til i hvilken grad interviewpersonen *er* alene, men kun til om interviewpersonen er alene når denne *ikke* ønsker det.

I alle fire SUSY undersøgelser findes der ligeledes et spørgsmål der kan afspejle i hvilken grad interviewpersonerne har støttende sociale relationer omkring sig. Spørgsmålet lyder: *Hvis du bliver syg og har brug for hjælp til praktiske problemer, kan du da regne med hjælp fra andre?* På baggrund af dette spørgsmål er der kodet en ny variabel der kan angive at man 1) *'helt sikkert regner med at kunne få hjælp fra andre'* eller at man 2) *'ikke helt sikkert regner med at kunne få hjælp fra andre'*. Har man relationer til mennesker man forventer at kunne få hjælp af, må disse ligeledes indikere tilstedeværelse af anerkendende relationer, i en eller anden grad. Hvis der er personer omkring interviewpersonen, som giver udtryk for at 'være der' når der er brug for hjælp, så kan det også ses, som et udtryk for, at interviewpersonen er 'værd' at hjælpe, hvilket dermed kan ses, som et udtryk for at interviewpersonen har 'værdi', og altså 'anerkendes'.

I SUSY 2005 findes yderligere to spørgsmål der indikerer fravær eller tilstedeværelse af anerkendende sociale relationer.

Det første spørgsmål lyder: *Har de nogen at tale med hvis de har problemer eller har brug for støtte?* På baggrund af dette spørgsmål er der dannet en ny variabel der kan angive at man 1) *'altid har nogen at tale med om problemer'*, eller at man 2) *'ikke altid har nogen at tale med om problemer'*. Spørgsmålet afspejler til forskel fra spørgsmålet omkring, hvorvidt *'regner med at kunne få hjælp fra andre'*, i højere grad tilstedeværelse af relationer, hvor man kan regne med støtte i forbindelse med mere personlige eller følelsesmæssige problemer. Altså relationer af mere 'intim' karakter. Spørgsmålet indikerer altså i højere grad, end spørgsmålet omkring, hvorvidt man *'oplever at være uønsket alene'*, samt hvorvidt man *'regner med at kunne få hjælp fra andre'*, mulighed for anerkendelse på et mere nært og intimt niveau.

Det andet spørgsmål lyder: *Er der nogen i deres familie eller blandt deres venner, der kræver for meget af dem i deres hverdag?* På baggrund af dette spørgsmål er der dannet en ny variabel der kan angive at man 1) *'ofte eller altid oplever at nogen kræver for meget'*, eller at man 2) *'sjældent eller aldrig oplever at nogen kræver for meget'*. Spørgsmålet kan bruges, som indikator for tilstedeværelse af en 'ikke anerkendende' relation. Personer der angiver der angiver at nogen kræver for meget af dem vil i hvert fald opleve det sådan.

Anerkendelse i den solidariske sfære

Ifølge Honneth er et individs '*selvagtelse*' afhængig af, hvorvidt individet oplever, at blive anerkendt for individuelle evner og potentialer. Er de unge, der er genstand for beskrivelse i specialet, ikke tilknyttet, hverken arbejdsmarked eller uddannelsessystem, kan man derfor forestille sig, at de vil have sværere ved, at opnå anerkendelse for individuelle evner og potentialer, hvorfor de kan være i risiko for, at miste deres '*selvagtelse*'. Da dette kan øge risikoen for dårlig mental sundhed i det anerkendelsesteoretiske perspektiv, indgår det, at være henholdsvis 1) '*beskæftiget*' (med studier eller arbejde) eller 2) '*uden beskæftigelse*' (arbejdsløs, førtidspension mm.) også, som en forklarende variabel i analysen.

Krænkelse af den kropslige integritet

I SUSY 2000 og 2005 findes der spørgsmål omkring udsættelse for forskellige former for krænkelse. Herunder, vold, trusler om vold, samt seksuelle overgreb og grænseoverskridelser. Da fysiske overgreb i Honneths perspektiv udgør en gruppe af særligt skadelige krænkelse mod individet, da disse krænker den kropslige integritet, og skader individets grundlæggende selvtillid, er disse også medtaget som forklarende variabel i analysen. I SUSY 2005, var der kun spurgt til, om interviewpersonerne havde oplevet henholdsvis at blive udsat for vold, truet med vold, samt udsat for seksuelle overgreb eller grænseoverskridelser indenfor det seneste år, mens der i SUSY 2000 også var spurgt, til hændelser der havde fundet sted tidligere end indenfor det seneste år. I Analysen har jeg valgt kun at undersøge, betydningen af det, at have været udsat for en form for krænkelse indenfor det seneste år, selvom det også kunne have en betydning, hvis krænkelsen havde fundet sted for længere tid siden.

Begrebet 'vold' dækker i analysen over alt fra at være blevet ruset, skubbet eller slået med flad hånd, eller angrebet med våben. 'Seksuelle overgreb' dækker ligeledes over en bred vifte af typer af seksuelle overgreb, fra voldtægt til voldtægtsforsøg og andre former for seksuelle overgreb. 'Seksuelle grænseoverskridelser' dækker over udsættelse for ubehagelig seksuel beføling, blotteri eller lignende.

Brud på stabilitet under opvæksten

Brud på stabiliteten under opvæksten, er i analysen målt, gennem hvilken type af familie interviewpersonerne boede i som fjortenårige. Som nævnt relaterer 'stabilitet' sig til et af kernebegreberne i et individs samlede oplevelser af sammenhæng, nemlig i forhold til begrebet *forudsigelighed*. Stabilitet under opvæksten giver individet en oplevelse af at tilværelsen overvejende er forudsigelig. Principielt set så burde personer, der som

fjortenårige bor i kernefamilier, have oplevet den højeste grad af stabilitet, mens interviewpersoner der som fjortenårige bor hos en enlig forælder, i sammenbragte familier, eller i andre boformer uden forældre, kan tænkes, at have oplevet flere skift og brud under opvæksten, selvom dette selvfølgelig ikke altid vil være tilfældet. Det kan fx tænkes at man altid har boet hos en enlig forælder, og der kan også tænkes, at have været forskellige typer af brud på stabilitet i kernefamilier. Generelt set så burde stabilitet under opvæksten dog forekommer hyppigere i kernefamilier, end i andre typer af familier.

Oplevelser med uhåndterbare problemer i barndom eller ungdom

Som nævnt udgør *håndterbarhed* et af kerneelementerne i et individs samlede oplevelse af sammenhæng i Antonovskys perspektiv, hvorfor oplevelser med uhåndterbare eller uløselige problemer kan tænkes at true et individs oplevelse af sammenhæng og derfor have betydning i forhold til mental sundhed.

I SUSY 2005 findes der forskellige former for spørgsmål omkring længerevarende belastende oplevelser i barndom eller ungdom. Spørgsmålene drejer sig om, hvorvidt man har oplevet '*langvarige familiekonflikter*', '*langvarige økonomiske problemer*', '*langvarig sygdom hos en forælder*', eller '*langvarig arbejdsløshed hos en forælder*', i barndom eller ungdom. Da Antonovsky beskriver at et individs 'oplevelse af sammenhæng' er noget der udvikles livet igennem, kan det tænkes at disse forskellige typer af hændelser vil have større betydning i forhold til mental sundhed, hvis de har fundet sted indenfor kort tid, i forhold til hvis det er længere tid siden de har fundet sted. Dette er det dog ikke muligt at tage højde for i analysen.

Tro på egne evner til at håndtere tilværelsen

Som nævnt findes der i SUSY 2005 fire spørgsmål der både kan afspejle, at individet har en henholdsvis stærk eller svag tro på egne evner til, at kunne håndtere tilværelsen, eller at individet har opnået tilstrækkelig '*anerkendelse*' til at have udviklet en tro på egne evner til, at kunne håndtere tilværelsen. Der spørges således i SUSY 2005 til om man 1) *Tror man kommer til at nå de mål man har sat sig?* Og om man 2) *Synes man lever op til egne forventninger?* Og endelig om man mener 3) *Det bliver nemmere at tackle problemer med alderen?* Samt om man kan tilslutte sig udsagnet 4) *Jeg vil altid synes mit liv er værd at leve.*

Mere præcist relaterer de fire spørgsmål sig til to af de tre kernekomponenter i et individs oplevelse af sammenhæng nemlig *håndterbarhed* ('hvorvidt man mener det bliver nemmere at tackle problemer med alderen', om man mener 'man kommer til at nå de mål man har sat sig', samt om man 'mener man er i stand til at leve op til sine egne

forventninger'), og *meningsfuldhed* (hvorvidt man regner med at ens liv altid vil være værd at leve).

Antonovsky måler et individs 'oplevelse af sammenhæng' gennem en skala med 29 spørgsmål, så det er givet at de fire spørgsmål i SUSY 2005 i langt mindre grad end denne skala afspejler alle vigtige aspekter af et individs samlede 'oplevelse af sammenhæng'. Dog indfanger de væsentlige aspekter af de to kerne elementer '*håndterbarhed*' og '*meningsfuldhed*', hvorfor de alligevel er medtaget som forklarende variable i analysen.

Som nævnt kan de fire spørgsmål også relateres til et individs 'selvfølelse', 'selvtillid', og selvagtelse, der i Honneths perspektiv kan ses som afgørende for et individs mentale sundhed, hvilket er endnu en årsag til at de er medtaget som forklarende variable.

Udseendet, vægten og maden

I en del undersøgelser peges der på, at en del unge kvinder oplever, at være utilfredse med deres krop, herunder især dens udseende og vægt (Winther-Jensen 2010, Frost 2001, Gordon 1990, Waaddegaard 2002, Lunn 2011:104, SFI 2010:84-85). Forholdet til kroppen, og det at spise udgør derfor også et område af mulig betydning for de unge kvinders mentale sundhed.

I SUSY 2005 findes en række spørgsmål omkring holdninger og adfærd i forhold til spisevaner og kroppen. Da man på baggrund af disse kan opstille et mål for 'risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse' valgte jeg at reducere kompleksiteten ved at inddrage alle de enkelte spørgsmål i analysen, ved at lave en faktorbaseret skal på baggrund af disse. Faktoranalysen viste, at det gav god mening at danne en skala på baggrund af disse, da de enkelte spørgsmål så ud til at indfange forskellige aspekter af en bagvedliggende faktor⁴. På baggrund af skalaen dannede jeg to kategorier; en til personer der udviste risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse, og en til personer der ikke udviste risiko for udvikling af spiseforstyrrelse. Herefter tjekkede jeg hvor godt disse to kategorier på skalaen virkede i forhold til at skelne mellem personer, der henholdsvis havde eller ikke havde problemer med udseendet, vægten og maden. Skalaen så ud til at virke godt i forhold til dette formål (se tabel 2 nedenfor), og blev derfor inddraget i analysen, som forklarende variabel, idet den afspejler de problemer, der i andre undersøgelser blev peget på, som betydningsfulde for unge kvinders trivsel (Waaddegaard 2002:20).

⁴ KMO værdi 0,766

Tabel 2, Holdninger og adfærd i forhold til mad, vægt og krop		
16-24 årige kvinder i 2005	Risiko for udvikling af spiseforstyrrelse	
	% Høj risikogruppe*	% Lav risiko gruppe
Meget ofte bange for ikke at kunne stoppe med at spise	65	19
Aldrig tilfreds med mig selv	76	6
Kaster meget ofte eller ofte op for at komme af med mad	8	0,3
Meget ofte eller ofte ubehageligt at spise med andre	28	10
Sjældent eller aldrig tilfreds med spisevaner	84	14
Sulter eller faster meget ofte for at tabe vægt	67	15
Meget ofte eller ofte på slankekur	76	10
Får dårlig samvittighed når jeg spiser slik	100	82

Baggrundsvariable

Udover de ovenfor beskrevne forklarende variabel har jeg også valgt at kontrollere for betydningen af en række baggrundsvariable i analysen, herunder 1) *økonomi* 2) *Risikobetonet sundhedsadfærd* 3) *Fysisk aktivitet* 4) *Vægt* 5) *Sygdom* 6) *Samlivsforhold* og, 7) *Børn*.

Økonomi er inddraget som en baggrundsvariabel, dels fordi 'fattigdom' indgår i den samlede model over faktorer af betydning for mental sundhed, og dels fordi det at have en god økonomi, også kan forestilles at øge et individs oplevelse af, at tilværelsen er *håndterbar*. *Risikobetonet sundhedsadfærd* er ligeledes dels inddraget, som baggrundsvariabel i analysen, fordi den indgår i den samlede model over faktorer af betydning for mental sundhed, samt fordi der generelt ses mange sammenhænge mellem brug og misbrug af legale og illegale stimulanser /rusmidler og mental sundhed blandt unge (Kolind et al 2010). *Fysisk aktivitet* er inddraget som baggrundsvariabel, da fysisk aktivitet i studier vist sig, at kunne have en positiv effekt på den mentale sundhed (Videbech 2012). Fysisk aktivitet kan endvidere tænkes, at øge muligheden for et godt helbred, hvilket også indgår i den samlede model over faktorer af betydning for mental sundhed. Da helbredet således også kan ses, som noget der kan have betydning for mental sundhed, kontrolleres der i analysen også for, om interviewpersoner 'har eller har haft en langvarig kronisk lidelse eller sygdom'. Endelig ses der ofte sammenhænge mellem *samlivsforhold* og mental sundhed (Sundhedsstyrelsen 2010), mens man kan forestille sig, at det at få *børn* tidligt også kan ses, som en særlig udfordring for unge i alderen 16-24 år.

Analyse

I analysen ønsker jeg i første omgang, at belyse udviklingen i mental sundhed blandt unge kvinder og mænd fra 1994 til 2010. Da et aspekt af det mentale helbredsmål er

subjektiv oplevet trivsel, fremstilles også udviklingen i de unge kvinders og mænds subjektiv oplevede mistrivsel fra 1994 til 2010. Subjektiv oplevet mistrivsel dækker her henholdsvis over nedtrykthed, ængstelse/uro, stress samt søvnproblemer. Endelig fremstilles også udviklingen i de unge mænds og kvinders selv vurderede helbred fra 1994 til 2010. Selvvurderet helbred kan ligeledes ses, som et udtryk for subjektiv oplevet trivsel og mistrivsel, idet der generelt ses sammenhæng mellem selvvurderet helbred og mental sundhed. Personer der har god mental sundhed, er således også mere tilbøjelige til, at vurdere deres helbred som godt (Sundhedsstyrelsen 2010:8). Udviklingen i selvvurderet helbred tilføjer derfor endnu en dimension til udvikling i mental sundhed fra 1994 til 2010.

Udvikling i mental sundhed blandt unge kvinder og mænd 1994-2010

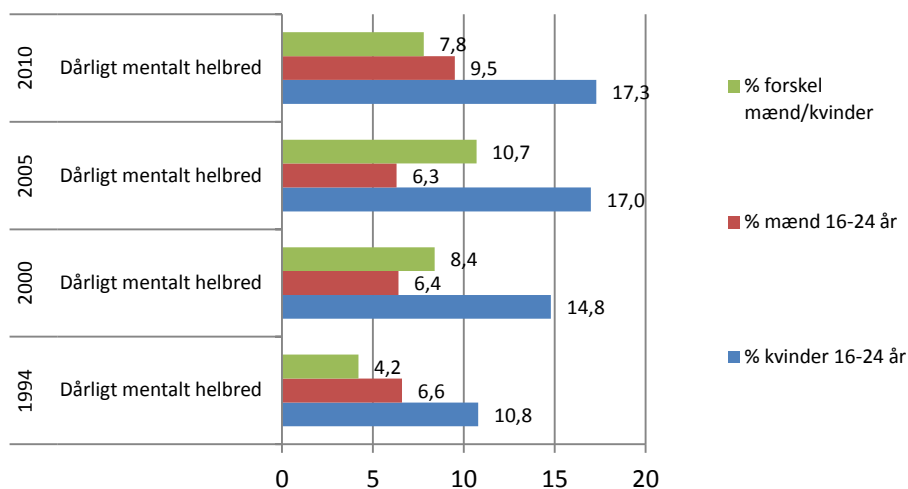
På baggrund af den mentale helbredsscore er det muligt at fremstille stigningen i andelen af unge kvinder med dårligt mentalt helbred fra 1994-2010. Den mentale helbredsscore udregnes fra år til år på baggrund af svarene fra alle de respondenter der har valide svar på samtlige SF-12 items. Dette betyder, at den mentale helbredsscore er relativ, og i princippet vil man derfor ikke på baggrund af de fire forskellige udregninger af scores, der er foretaget i de fire enkelte undersøgelses år, kunne sige noget om udviklingen i den samlede befolknings mentale helbredstilstand på tværs af de enkelte undersøgelsesår. Får hele befolkningen dårligere mental sundhed, vil den mentale helbredsscore stadig gå fra 0-100 og have et gennemsnit på 50. Dette betyder også, at fremstillingen af udviklingen i de unge kvinders og mænds mentale helbred, er en fremstilling der er relativ i forhold til det mentale helbred i resten af befolkningen. Hvis man forudsætter at de unge kvinder i særlig grad scorer lavt på den mentale helbredsscore, så vil udregningen af den mentale helbredsscore i de enkelte år være påvirket af hvor stor en del af stikprøven der udgøres af unge kvinder. Den fremstillede udvikling er altså en relativ betragtning af de unges mentale sundhed i forhold til resten af befolkningens mentale sundhedsniveau.

Udviklingen i mental sundhed i gruppen af unge kvinder og mænd kan beskrives på forskellige måder. I første omgang har jeg valgt at beskrive udviklingen i andelen af unge kvinder og mænd med dårligt mentalt helbred fra 1994-2010.

Som det fremgår af figur 5 nedenfor er der i gruppen af unge kvinder fra 1994-2010 en stødt stigende andel med dårligt mentalt helbred, selvom stigningen er mest markant fra 1994-2005. I gruppen af unge mænd er der fra 1994 til 2010 en markant lavere og rimelig konstant andel med dårligt mentalt helbred end i gruppen af unge kvinder, mens andelen med dårligt mentalt helbred i gruppen af unge mænd, stiger omtrent 3 % fra 2005 til 2010.

Udviklingen i andele med dårligt mentalt helbred i de to grupper er altså forskellig fra 1994-2010. Mens der i gruppen af unge kvinder ses en stigning i andelen med dårligt mentalt helbred fra 1994 til 2010, er det først fra 2005 til 2010 at der i gruppen af unge mænd ses en markant stigning.

Figur 5: Dårlig mental sundhed 1994-2010, unge mænd og kvinder



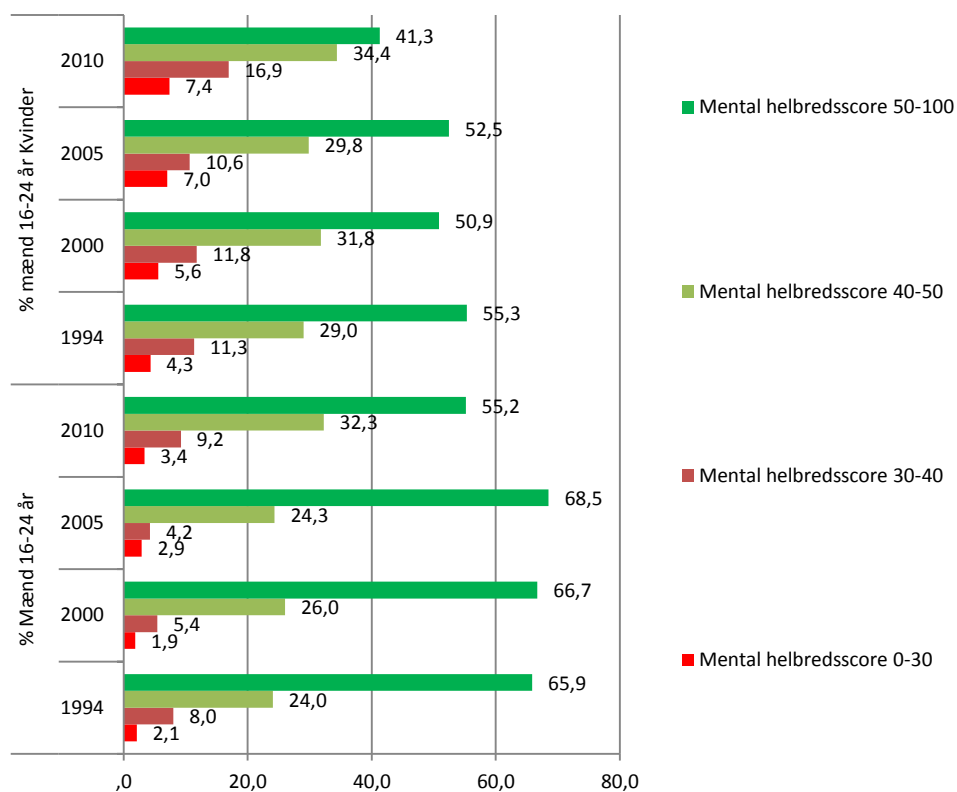
Kilde: egne beregninger på baggrund af SUSY 1994-2010

Figur 5 afbilder kun udviklingen i mental sundhed i de grupper af unge mænd og kvinder som i de enkelte år defineres som havende dårligt mentalt helbred, og siger fx ikke noget om, om der samtidigt har været et fald i andelen der scorer rigtig højt på den mentale helbredsscore.

Ved at inddele de unge kvinder i fire grupper hvor den mentale helbredsscore ligger henholdsvis under 30, mellem 30 og 40, mellem 40 og 50, og over 50, er det muligt at belyse udviklingen en smule mere detaljeret (se figur 6 nedenfor).

Som det fremgår af figur 6 nedenfor er der forskel på både den andel af de unge kvinder og de unge mænd som har henholdsvis et rigtigt godt mentalt helbred (over middel(50)), og de andele der har en mental helbredsscore på under 30 og mellem 30-40. I gruppen af unge mænd er der fra 1994 til 2010 en højere andel der scorer over middel på den mentale helbredsscore, mens der omvendt er færre der har en mental helbredsscore på under 30 og mellem 30-40.

Figur 6: Mental sundhed i fire niveauer, unge mænd og kvinder 1994-2010



Kilde: egne beregninger på baggrund af SUSY 1994-2010

Det ser altså ud som om at der både er færre unge kvinder end unge mænd fra 1994-2010 der har et rigtigt godt mentalt helbred, mens der også gennemgående er flere unge kvinder der scorer lavt på den mentale helbredsscore. Både i gruppen af unge mænd og unge kvinder ses der dog et ret markant fald i andelen med en mental helbredsscore på over 50 fra 2005 til 2010 (over befolkningens gennemsnitlige mentale helbredsscore). I 2010 er der brugt et lidt anderledes mål for mental sundhed (SF-12 version 2), hvorfor det er svært at

afgøre, i hvor høj grad dette fald i andelen af unge der scorer over 50 på det mentale helbredsmål, afspejler et reelt fald i andelen der har et mentalt sundhedsniveau over gennemsnittet, og i hvor høj grad dette fald skal tilskrives de ændringer i det spørgsmål på hvilken baggrund den mentale helbredsscore udregnes.

For at afgøre om de unge kvinder og de unge mænds risiko for dårligt mentalt helbred er signifikant forskellig fra resten af befolkningens kan man foretage en logistisk regression på betydningen af køn i aldersgruppen 16-24 år i forhold til resten af befolkningen.

Tabel 3: Sandsynlighed for dårligt mentalt helbred 1994-2010*

	År	Odds ratio*1
Kvinder 16-24 år	1994	1,136
	2000	1,482***
	2005	2,05***
	2010	2,015***
Mænd 16-24 år	1994	0,646*
	2000	0,593***
	2005	0,635*
	2010	0,938

*1 Baseline er resten af stikprøven i henholdsvis SUSY 1994, 2000, 2005 og 2010.

* p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001. Kilde: egne beregninger på baggrund af SUSY 1994-2010

Af tabel 3 fremgår det, at de unge kvinders risiko for dårligt mentalt helbred i forhold til resten af befolkningen er signifikant højere fra 2000 og frem, mens de unge mænds risiko er signifikant lavere end resten af befolkningens fra 1994 frem til 2005. De unge kvinders risiko for dårligt mentalt helbred ser endvidere ud til, at stige fra halvanden gang i forhold til resten af befolkningen, til at være to gange højere i både 2005 og 2010. Der er små udsving i de unge mænds omtrent halvt så store risiko for dårligt mentalt helbred fra 1994-2005, men i 2010 er de unge mænd ikke i signifikant lavere risiko for at have dårligt mentalt helbred end resten af befolkningen.

Selvom de unge kvinder og de unge mænd befinder sig i den samme livsfase, og kan tænkes at dele en del af denne livsfases specifikke udfordringer, ser denne livsfase ud til, at medføre en signifikant større risiko for dårlig mental sundhed for de unge kvinder end for de unge mænd fra år 2000 til 2010. De unge mænds risiko for dårlig mental sundhed ser endvidere ud til, at ligge på niveau med resten af befolkningens i 2010, og der er derfor også tendens til en negativ udvikling mht. risiko for dårlig mental sundhed blandt unge mænd fra 2005 til 2010.

Udvikling i udvalgte indikatorer for 'mistrivsel' 1994-2010

Generelt selv vurderet helbred, kan ses som et udtryk for trivselsniveau, idet personer der vurderer deres helbred som 'godt' i mindre grad er i risiko for dårlig mental sundhed og

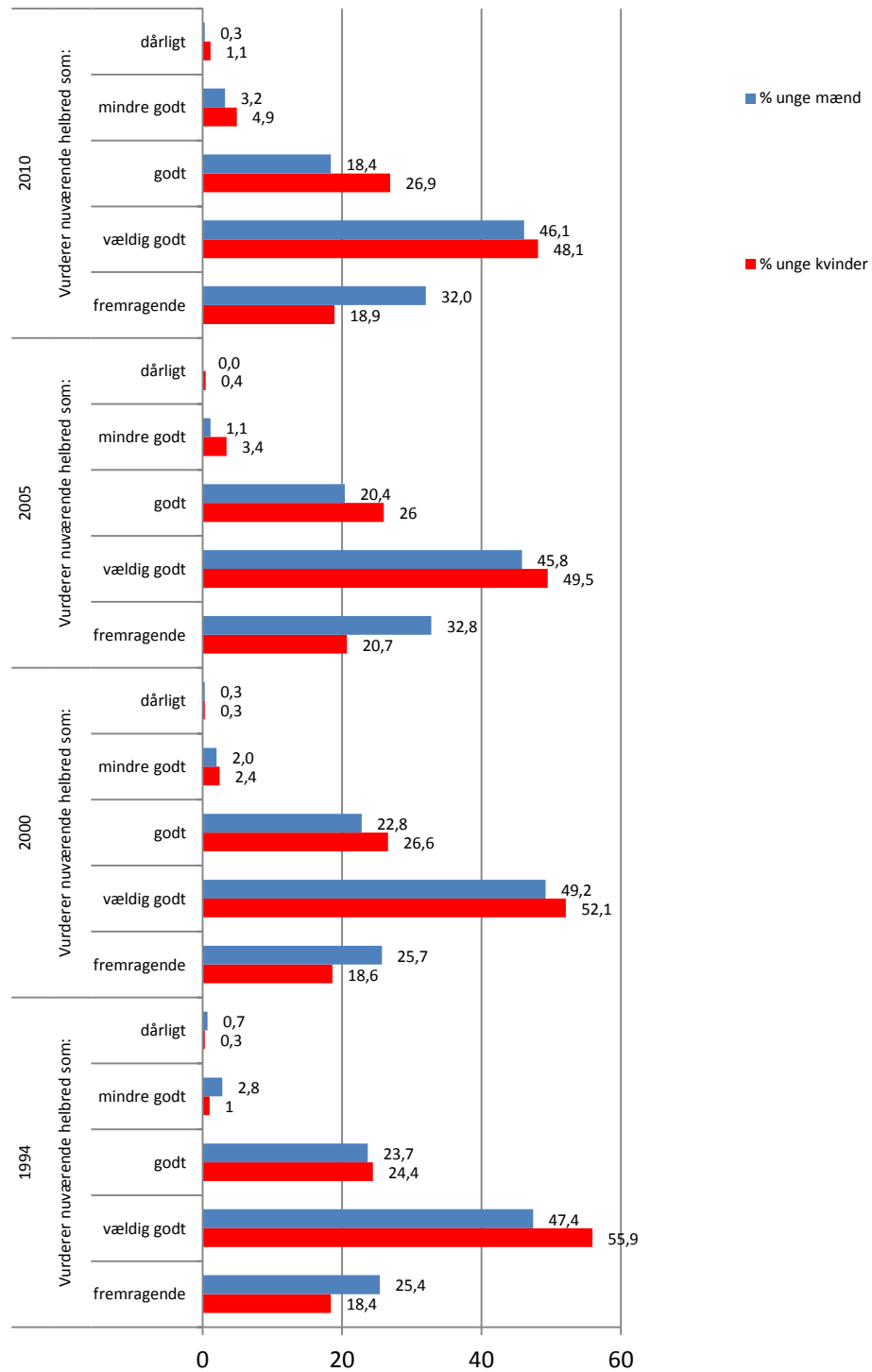
omvendt (sst 2010:40). Hvis man ser på udviklingen i selv vurderet helbred blandt unge kvinder ses det at der fra 1994-2010 er en konstant stigning i andelen af unge kvinder der vurderer deres helbred som 'dårligt' eller 'mindre godt', fra 1,3 % i 1994 til 6 % i 2010 (figur 7 nedenfor). Andelen af unge kvinder der vurderer deres helbred som 'fremragende' er til gengæld stort set konstant fra 1994-2010 på omtrent 19 %, ligesom andelen af unge kvinder der vurderer deres helbred som 'godt' ligger på omtrent 26 % fra 1994 til 2010. Hvis man ser på andelen af unge kvinder der vurderer deres helbred som 'vældig godt' ses der en jævn konstant faldende tendens fra knap 56 % i 1994 til 48 % i 2010. På baggrund af det selv vurderede helbred ser det altså ud som om der fra 1994 til 2010, ikke bliver færre af de unge kvinder der i en eller anden grad trives så godt, at de vurderer deres helbred som 'fremragende', mens der ses en vækst i andelen af unge kvinder der i en eller anden grad kan siges ikke at trives idet de vurderer deres helbred som 'mindre godt' eller 'dårligt'.

Blandt de unge mænd ses der ikke nogen entydig udvikling i andelen der vurderer deres helbred som 'dårligt' eller 'mindre godt'. Fra 1994-2010 ses der små udsving på omkring 1-4 % i andelen af unge mænd der vurderer deres helbred som 'dårligt' eller 'mindre godt'. Andelen af unge mænd der vurderer deres helbred som 'fremragende' er derimod stigende fra 25 % i 1994 til 32 % i 2010. Blandt de unge mænd ses et lille men konstant fald i andelen der vurderer deres helbred som 'godt', mens der ses en svagt faldende tendens i andelen af unge mænd der vurderer deres helbred som 'vældig godt'.

Generelt ses der en større andel unge kvinder end mænd der vurderer deres helbred som 'dårligt' eller 'mindre godt' fra 1994 til 2010, mens der generelt ses en større andel af unge mænd der vurderer deres helbred som 'fremragende'. Andelen af unge kvinder der vurderer deres helbred som 'vældig godt' er generelt større end andelen af unge mænd der vurderer deres helbred som 'vældig godt'.

Der er både mange ligheder og forskelle imellem udviklingen i mental sundhed og selv vurderet helbred blandt unge kvinder og mænd fra 1994 til 2010. Dels er der gennemgående en tendens til at unge kvinder er mindre tilbøjelige til at vurderer deres helbred som 'fremragende', ligesom de mindre hyppigt end de unge mænd har en mental helbredsscore over gennemsnittet. Omvendt, så er de unge kvinder lidt mere tilbøjelige end de unge mænd til at vurdere deres helbred som 'vældig godt', ligesom de hyppigere end de unge mænd har en mental helbredsscore på mellem 40 og 50.

Figur 7: Selvurderet helbred 1994-2010, unge mænd og kvinder



Kilde: Egne beregninger på baggrund af SUSY 1994-2010

Ligesom der fra 1994 til 2005 med hensyn til udviklingen i mental sundhed blandt de unge mænd, ses en svag stigning i andelen af unge mænd med en mental helbredsscore over gennemsnittet, så ses der også fra 1994 til 2005, en stigning i andelen af unge mænd der vurderer deres helbred som 'fremragende'. I 2010 er der dog et fald i andelen af unge mænd med en mental helbredsscore over gennemsnittet, mens der ikke ses et tilsvarende fald i andelen af unge mænd der vurderer deres helbred som 'fremragende'. Blandt unge kvinder er der fra 1994 til 2010 både en stigende andel der vurderer deres helbred som 'mindre godt' eller 'dårligt', og en stigende andel med en mental helbredsscore under 30.

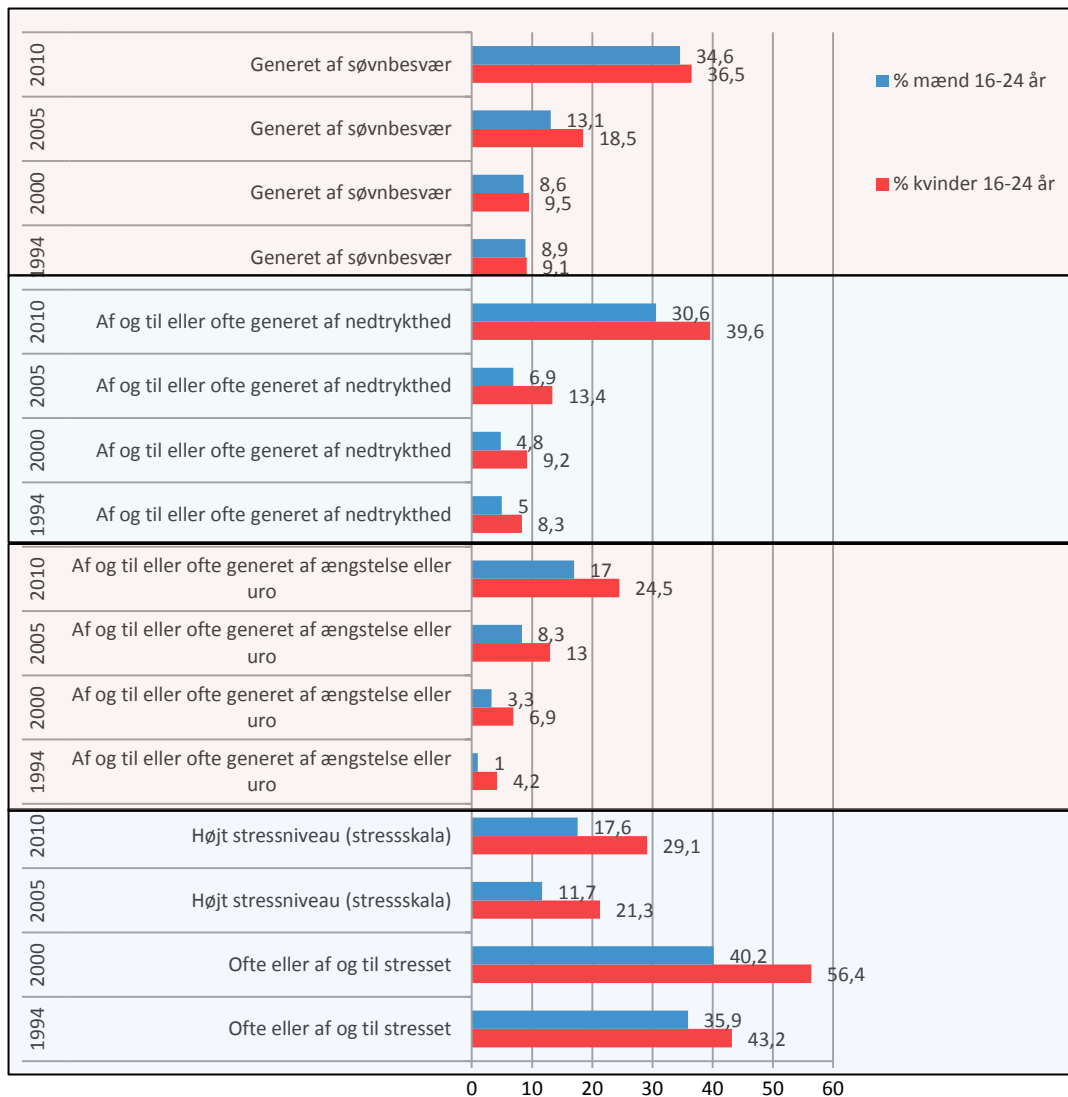
Udviklingen i henholdsvis mental sundhed og selv vurderet helbred ser altså ud til at følge samme spor i gruppen af unge kvinder. I Udviklingen i andelen af unge mænd der henholdsvis vurderer deres helbred som 'mindre godt' eller 'dårligt', og har en mental helbredsscore på under 50, er der også et fælles spor, dog ser det lidt anderledes ud end blandt de unge kvinder. Blandt de unge mænd, ser det nemlig ud som om der i 1994 og 2010, både er flere af de unge mænd der vurderer deres helbred som 'mindre godt' eller 'dårligt', samt har en mental helbredsscore på under 30, end der er i 2000 og 2005. Det kunne altså ses ud som om, udviklingen i mental sundhed og selv vurderet helbred, både blandt de unge kvinder og mænd følger et fælles spor, hvor det at vurdere sit helbred som 'fremragende', ser ud til at kunne afspejle en mental sundhed over gennemsnittet.

Hvis det at vurdere sit helbred som 'fremragende' i en eller anden grad derfor kan afspejle at man 'stortrives', så ser andelen af unge kvinder der stortrives, altså ud til at være rimelig uændret fra 1994 til 2010, mens der dog er blevet en del flere unge kvinder der *ikke* trives. Ifølge en del ungdomsforskning er der en tese om, at de mange valgmuligheder og de vide rammer unge har for at skabe deres egen identitet og tilværelse er noget som unge med mange ressourcer har stor glæde af, mens de mindre ressourcestærke oplever dette som en stor byrde og usikkerhed. Dette kan altså i nogen grad se ud til, at stemme overens med udviklingen i både mental sundhed og selv vurderet helbred, blandt unge kvinder. Andelen af dem der ser ud til at *trives* er rimelig konstant mens gruppen der *ikke* trives ser ud til at vokse. Udviklingen er ikke helt ligeså entydig blandt de unge mænd, hvor der er et fald i andelen der trives, målt ved den mentale helbredsscore, men ikke hvis man ser på andelen der vurderer deres helbred som 'fremragende'.

Ser man i stedet på udviklingen i trivsel blandt de unge mænd og kvinder udtrykt gennem andelen der oplever 'mistrivsel' (figur 8), så ser udviklingen blandt de unge mænd og kvinder dog i vid udstrækning ud til at følge samme spor. Generelt ses der signifikante sammenhænge mellem dårlig mental sundhed, og indikatorer på mental eller

følelsesmæssig mistrivsel i form af nedtrykthed, ængstelighed/uro, stress og søvnproblemer (se evt. tabel 1a i appendix).

Figur 8: Mistrivselns indikatorer, unge mænd og kvinder 1994-2010



Andelen af både unge kvinder og mænd der 'ofte eller af og til' er generet af disse former for tegn på mistrivsel, er generelt stigende fra 1994-2010, mens der generelt ses flere unge kvinder end unge mænd der er generet af disse gener. Sammenholdt med udviklingen i mental sundhed, og selv vurderet helbred, ser der altså igen ud til at være en voksende andel der *ikke* trives, både blandt unge mænd og kvinder fra 1994 til 2010.

I samme periode, hvor der ses en stigning i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed, ses der altså også en stigning i hyppighed af de ovenfor beskrevne oplevede følelsesmæssige gener i gruppen af unge kvinder. Samtidigt ses der dog også en stigende hyppighed af disse gener i gruppen af unge mænd, især fra 2005 til 2010. Der er altså også tegn på en udvikling der går på tværs af kønnene, selvom hyppigheden af disse gener er størst og stiger mest blandt de unge kvinder.

At unge kvinder i særlig grad oplever at være generet af nedtrykthed, uro/ængstelse og søvnproblemer stemmer endvidere godt overens med et billede der tegnes i en SFI undersøgelse fra 2010 af en særlig gruppe af udsatte 19-årige unge kvinder. Under overskriften *'de emotionelt sårbare unge kvinder'* i rapporten *'Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel'*, konkluderes det, at omtrent en tredjedel af de 19 årige unge kvinder falder udenfor det, der i rapporten rapporteres som, *'normalområde'* i forhold til emotionel trivsel for unge. Blandt de 19 årige unge mænd var det knap hver tiende der faldt udenfor normalområdet. I rapporten konkluderedes det således, at hyppigt forekommende problemer blandt de 19 årige unge kvinder var: *psyko-emotionelle problemstillinger, der ytrer sig ved indadvendte symptomer og tager form som blandt andet tristhed og selvskadende adfærd.'* (SFI 2010:85).

Andre undersøgelser om unges trivsel og mistrivsel i perioden 1994-2010

I perioden fra omkring 1990 til 2004, ses der også mht. til hyppighed af selvmordsforsøg blandt unge kvinder en negativ udvikling. I en undersøgelse af udviklingen i selvmord, og selvmordsforsøg blandt unge, konkluderes det således, at selvmordsforsøgsraten blandt de 15 til 19 årige unge kvinder har været kraftigt stigende siden 1990'erne, men også i gruppen af 20 til 29 årige kvinder, sås en stigning i samme periode (Zøllner 2009:22). I 2004 sås der således en stigning på 400 % i selvmordsforsøgsraten set i forhold til 1990 blandt de 15 til 19 årige unge kvinder. Fra 2004 sås der igen et lille fald i selvmordsforsøgsraten blandt de 15 til 19 årige unge kvinder. Også mht. til selvskadende adfærd ses det i enkelte undersøgelser, at unge kvinder er overrepræsenterede. En undersøgelse blandt unge i folkeskolens 8. og 9. klasse i Jylland og på Fyn viste således at 17,9 % af pigerne havde forsøgt at skade sig selv indenfor det seneste år, mens det samme var tilfældet for 13,3 % af drengene. 13,8 % af pigerne havde endvidere forsøgt at skade sig selv flere gange, mens det samme var tilfældet for 2 % af drengene. Endvidere sås der en lille stigning i andelen af unge der havde skadet sig selv fra 2001-07, stigningen var dog ikke signifikant (Zøllner 2009:27-28). Der ses således også i andre undersøgelser tegn på at der er en voksende gruppe af unge kvinder fra 1994 og frem der op

en eller anden måde mistrives. Der er endvidere en del ungdomsforskere der er enige om, at der generelt er en voksende gruppe af unge der oplever forskellige former for mistrivsel (Nielsen et al 2010:9)

Karakteristik af unge kvinder og mænd med dårlig mental sundhed 1994-2010

Der ser altså ud til, at være et stigende antal unge fra 1994 til 2010, der på en eller anden måde 'ikke trives', mens der generelt ses en større stigning i andelen af unge der 'ikke trives' blandt de unge kvinder. Der ser altså umiddelbart ud til at være 'noget' der gør at stadig flere unge oplever 'ikke at trives', mens der samtidigt er 'noget' der gør, at dette er tilfældet for langt flere af de unge kvinder, end af de unge mænd. Hvad dette 'noget' er, vil jeg forsøge at indkredse i det følgende, ved at sammenholde udviklingen i *hyppighed* af faktorer der øger risikoen for dårlig mental sundhed, med udviklingen i disses *betydning*, i forhold til risikoen for dårlig mental sundhed, blandt henholdsvis unge kvinder og mænd fra 1994 til 2010. Betydningen af de enkelte undersøgte faktorerers sammenhæng med dårlig mental sundhed er undersøgt ved univariate logistiske regressioner. Tabellerne der udgør grundlaget for fremstillingen findes på side 62-65 (tabel 6 til 9).

Anerkendelse i privatsfæren

Unge kvinder der oplever '*af og til eller ofte at være uønsket alene*' har fra 2000 til 2010 en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed, der er to til tre gange højere end unge kvinders der kun '*sjældent eller aldrig er uønsket alene*'. I 1994 ses der også tendens til en øget risiko for dårlig mental sundhed blandt unge kvinder der angiver '*af og til eller ofte at være uønsket alene*', i forhold til unge kvinder der kun '*sjældent eller aldrig er uønsket alene*', men sammenhængen er ikke signifikant.

Andelen af unge kvinder der oplever '*af og til eller ofte at være uønsket alene*' er stort set den samme fra 1994 til 2005, idet omtrent en fjerdel af de unge kvinder i disse undersøgelsesår oplever '*af og til eller ofte at være uønsket alene*'. I 2010 ses en markant stigning i andelen, idet over en tredjedel af de unge kvinder i 2010 angiver at de oplever '*af og til eller ofte at være uønsket alene*'.

Unge kvinder der '*ikke helt sikkert regner med at kunne få hjælp fra andre*' har i 2005 og 2010 ligeledes en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed, der er godt tre og en halv gang højere end unge kvinders der '*helt sikkert regner med at kunne få hjælp fra andre*'.

Andelen af unge kvinder der *'ikke helt sikkert regner med at kunne få hjælp fra andre'* er i 1994 og 2000 på 2 %. I 2005 er andelen af unge kvinder der *'ikke helt sikkert regner med at kunne få hjælp fra andre'* steget til 4 % og i 2010 til 14 %. Igen ses en markant stigning fra 2005 til 2010, som muligvis skal tilskrives den nye dataindsamlingsmetode i 2010, i hvilket omfang er dog uvist(forskningsprojekt??). Da der allerede i 2005 sås en let stigning i andelen af unge kvinder der *'ikke helt sikkert regner med hjælp fra andre'* kan der dog godt være tale om en reel stigning fra 2005 til 2010.

I SUSY 2005 var der yderligere to spørgsmål der kan belyse betydningen af sociale relationer i forhold til risikoen for dårlig mental sundhed. Nemlig om man oplever, *'ikke altid at have nogen at tale med når man har problemer eller har brug for støtte'*, og om man oplever at *'nogen i omgangskredsen kræver for meget i hverdagen'*.

Godt en ud af tyve unge kvinder oplever i 2005 *'ikke altid at have nogen at tale med når de har problemer eller har brug for støtter'*. Disse har godt 4 gange så stor risiko for dårlig mental sundhed som unge kvinder der *'altid har nogen at tale med når de har problemer eller har brug for støtte'*. Da spørgsmålet kun er med i SUSY 2005, er det ikke muligt at undersøge, om der har været en stigning i andelen der oplever dette fra 1994-2005, eller om betydningen af dette, i forhold til risikoen for dårlig mental sundhed, er steget i samme periode.

I gruppen af unge kvinder der *'ofte eller altid oplever at nogen kræver for meget'*, ses der også tendens til øget risiko for dårlig mental sundhed i forhold til unge kvinder der *'sjældent eller aldrig oplever at nogen kræver for meget'*. Sammenhængen er dog ikke signifikant.

I gruppen af unge mænd ses der ligeledes sammenhænge mellem risiko for mental sundhed og *'anerkendelse i privatsfæren'*. Unge mænd der oplever *'af og til eller ofte at være uønsket alene'* har i 1994, 2000 og 2010 en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed der er mellem tre en halv og fire en halv gang højere end andre unge mænd der angiver at de kun *'sjældent eller aldrig er uønsket alene'*. I 2005 spiller dette overraskende nok ingen signifikant rolle i forhold til mental sundhed i gruppen af unge mænd.

Andelen af unge mænd der oplever *'af og til eller ofte at være uønsket alene'* er jævnt stigende fra 1994 til 2010. I 2010 er andelen af unge mænd der oplever *'af og til eller ofte at være uønsket alene'* på niveau med andelen af unge kvinder der oplever dette. Hvor andelen af unge mænd der oplever *'af og til eller ofte at være uønsket alene'* er markant lavere end andelen af unge kvinder der oplever dette mellem 1994 og 2000, så ser denne forskel ud til at

blive udlignet frem mod 2010. At unge kvinder og mænds 'mistrivsel' i stigende grad ligner hinanden er også en konklusion en del ungdomsforskere når frem til (Nielsen et al 2010).

I alle fire undersøgelsesår ses der tendens til en let øget risiko for dårlig mental sundhed blandt unge mænd der *'ikke helt sikkert regner med at kunne få hjælp af andre'*, sammenhængen er dog kun signifikant i 2005 hvor unge mænd der *'ikke helt sikkert regner med at kunne få hjælp fra andre'*, har fire gange så stor risiko for dårlig mental sundhed i forhold til unge mænd der *'helt sikkert regner med at kunne få hjælp fra andre'*.

Andelen af unge mænd der *'ikke helt sikkert regner med at kunne få hjælp fra andre'* er ligesom blandt de unge kvinder stigende fra 1994 til 2010. I 2010 er der således 15 % af de unge mænd der angiver at de *'ikke helt sikkert regner med at kunne få hjælp fra andre'*.

Blandt de unge mænd ses der også en tendens til øget risiko for dårlig mental sundhed hvis man *'ikke altid har nogen at tale med om problemer'*. Sammenhængen er dog ikke signifikant. Andelen af unge mænd der oplever dette, er en smule højere end andelen af unge kvinder, idet knap hver tiende unge mand angiver *'ikke altid at have nogen at tale om problemer'*.

Unge mænd der *'ofte eller altid oplever at nogen kræver for meget'* har en markant og signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed, der er fem gange højere end unge mænd der *'sjældent eller aldrig oplever at nogen kræver for meget'*. Andelen af unge mænd der rent faktisk oplever dette er til gengæld er en smule lavere end andelen af unge kvinder.

Ensomhed kan ses som et aspekt af manglende 'anerkendelse i privatsfæren'. Men hvor udbredt er det blandt unge? Undersøgelser foretaget mellem 1996 og 2006 konkluderer at et sted mellem 4 og 14 % unge ofte eller meget ofte føler sig ensomme, mens en større gruppe på mellem 20 og 30 % indimellem oplever at være ensomme (Lasgaard 2007:45). Generelt ses der også ofte i undersøgelser ud til at være flere unge kvinder end mænd der oplever at være ensomme, ligesom det ser ud til at være tilfældet i specialets analyse fra 1994-2005. Der kan dog være grund til at tvivle på validiteten af denne forskel. Når hyppighed af ensomhed blandt unge undersøges, ved hjælp af værktøjer, der måler ensomhed på en anden måde, en ved direkte at spørge til, i hvilket omfang de unge føler sig ensomme, så er der nemlig ofte flere af de unge mænd der er ensomme end der er unge kvinder (Lasgaard 2007:46). Ifølge Lasgaard kan dette skyldes, at det er mere tabuiseret at være ensom som dreng end som pige. Der kan altså være grund til at tage forbehold for forskellen i andelen af unge kvinder og mænd der angiver at de *'af og til eller ofte er uønsket alene'*. Dog ser det også ud som om, at hvis forskellen i andelen af unge kvinder og mænd der angiver *'ofte eller af og til at være uønsket alene'*, skyldes, at det kan være mere tabuiseret,

at være 'uønsket alene' som dreng, så ser det ud som om, dette får mindre betydning frem mod år 2010, hvor der stort set ikke er forskel på de unge kvinder og mænd der angiver dette.

Generelt ses der også i andre undersøgelser, at unge der i en eller anden grad oplever at være 'ensomme' (og dermed mangle '*anerkendelse i privatsfæren*') også langt hyppigere udvikler psykiske lidelser, som depression og angst. Ensomme unge er endvidere i langt større risiko for at forsøge at begå selvmord en andre unge (Lasgaard 2007:51). En frivillig på et værested for unge ensomme 'Ventilen', har endvidere det indtryk, at stort set alle de ensomme unge der kommer på værestedet er blevet mobbet. Sammenfattet viser undersøgelser desuden at, familiekonflikter og fraværende forældre udgør en risiko i forhold til unges ensomhed (Lasgaard 2007:51). Da familiekonflikter og fraværende forældre kan knyttes til en øger risiko for at mestre 'tilknytning' til andre, samt almindelige sociale kompetencer i intime relationer til andre, kan det altså tænkes at unges ensomhed måske i første omgang skyldes dårlige relationer til forældre, og dernæst en udsat social position blandt jævnaldrende som en følge af dette. Udbredelse af ensomhed kan også knyttes til 'kultur'. Ensomhed er nemlig mere udbredt blandt unge i individualistiske end kollektivistiske kulturer. Især amerikanske unge er således udsatte for ensomhed (Lasgaard 2007:49). Der er også undersøgelser der undersøger sammenhængen mellem internetbrug og ensomhed blandt unge. Ensomme unge bruger internettet mere, men dette behøver selvsagt ikke så meget at være *årsagen* til deres ensomhed, det kan ligeså vel tænkes at være *konsekvensen*. Udbredelsen af ensomhed har endvidere vist sig at være langt større blandt unge der hverken arbejder eller er under uddannelse (Lasgaard 2010: 39).

Undersøgelsen '*Når det er svært at være unge*' tegner et mere nuanceret billede af unges ensomhed anno 2010. Blandt andet ses der som den frivillige påpeger sammenhæng mellem ensomhed og mobning. Unge der er blevet mobbet i deres skoletid er således langt mere tilbøjelige til at være ensomme end andre unge (CeFu 2010:76). I undersøgelsen ser det endvidere ud til, at kvinder er mere tilbøjelige til, at have en 'subjektivt' oplevet ensomhed, idet de oftere fx føler sig isolerede, mens der til gengæld er færre af de unge mænd der taler med nogen når de har problemer (CeFu 2010:66-72). Unge mænds og kvinders ensomhed ser altså lidt forskellig ud. Generelt er kvinder mere tilbøjelige til at *føle* sig ensomme, mens unge mænd er lidt mindre tilbøjelige til at *søge støtte* hos andre når de har problemer.

Krænkelser af den kropslige integritet

Unge kvinder der har været udsat for vold indenfor det seneste år, har både i 2000 og 2005 en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed, i forhold til unge kvinder ikke har været udsat for vold indenfor det seneste år. At have været udsat for vold indenfor det

seneste år, ser dog ud til at have lidt større betydning, i forhold til risikoen for dårlig mental sundhed blandt unge kvinder i 2005 end i 2000. Andelen af unge kvinder der har været udsat for en form for vold indenfor det seneste år ligger er endvidere rimeligt konstant på 12 % i både 2000 og 2005.

Unge kvinder der i 2000 er blevet truet med vold indenfor det seneste år har i 2000 en signifikant højere risiko for dårlig mental sundhed end kvinder der ikke har oplevet dette. I 2005 er dette ikke tilfældet. I 2000 spørges der dog ikke kun til om man er blevet truet med vold, men også om dette foregik på en måde så man blev bange, hvilket kan være årsagen til at der ses en signifikant sammenhæng i 2000 men ikke i 2005.

I både 2000 og 2005 ses det at unge kvinder der har været udsat for en form for seksuelt overgreb har en signifikant højere risiko for dårlig mental sundhed end kvinder der ikke har oplevet dette. I 2000 har unge kvinder der har været udsat for en form for seksuelt overgreb hele 6 gange større risiko for dårlig mental sundhed end kvinder der ikke har oplevet dette, mens unge kvinder der i 2005 har oplevet dette har godt tre en halv gang større risiko for dårlig mental sundhed end unge kvinder der ikke har oplevet dette.

Andelen af unge kvinder der har været udsat for en form for seksuelt overgreb er næsten konstant fra 2000 til 2005, idet godt 1 ud af 40 unge kvinder oplever dette.

Unge kvinder der har oplevet en form for seksuel grænseoverskridelse indenfor det seneste år har en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed, der er fire og en halv gang højere end de unge kvinders der ikke har været udsat for en seksuel grænseoverskridelse indenfor det seneste år. Omtrent 1 ud af 10 unge kvinde angiver at have oplevet en form for seksuel grænseoverskridelse indenfor det seneste år i 2005.

Både i 2000 og 2005 ses det at unge mænd der har været udsat for en form for vold indenfor det seneste år, har en risiko for dårlig mental der er signifikant højere end unge mænds der ikke har været udsat for en form for vold indenfor seneste år. I 2000 har unge mænd der har været udsat for en form for vold indenfor seneste år 2 gange større risiko for dårlig mental sundhed, end mænd der ikke har været udsat for en form for vold indenfor seneste år. I 2005 har unge mænd der indenfor det seneste år har været udsat for en form for vold hele 5 gange større risiko for dårlig mental sundhed, end unge mænd der ikke har oplevet dette indenfor det seneste år. Fra 2000 til 2005 ses der et fald i andelen af unge mænd der har været udsat for vold indenfor seneste år fra knap en tredjedel i 2000 til knap en fjerdedel i 2005.

Andelen af unge mænd der oplever at blive truet med vold er til gengæld stigende fra 2000 til 2005. I 2000 er der således godt 1 ud af 12 unge mænd der indenfor det seneste år har oplevet at blive truet med vold, mens det i 2005 er knap 1 ud af 4. Denne forskel skyldes dog muligvis ændringen spørgsmålsformuleringen fra 2000 til 2005 (se evt. oversigt over anvendte spørgsmål i appendiks). Betydningen af det at have oplevet at blive truet med vold, i forhold til risiko for dårlig mental sundhed blandt unge mænd ser ud til at øges i samme periode. I 2000 er der ingen signifikant forskel på risikoen for dårlig mental sundhed, imellem unge mænd der indenfor det seneste år har oplevet at blive truet med vold, og unge mænd der ikke har oplevet dette indenfor det seneste år, mens unge mænd der i 2005 er blevet truet med vold indenfor det seneste år har hele 4 gange større risiko for dårlig mental sundhed end unge mænd der ikke har oplevet dette indenfor det seneste år. Igen er det muligt at den ændrede spørgsmålsformulering spiller end rolle. I 2000 spørges der nemlig om man oplevede at blive truet med vold på en måde så man blev bange, mens der i 2005 blot spørges til om man er blevet truet med vold? Det ser altså ud som om de unge mænd er mindre tilbøjelige til at mene, de bliver bange i forbindelse med trusler om vold. Da væksten i andelen af unge mænd der angiver at have oplevet at blive truet med vold i 2005 er markant højere end i 2000, kunne det godt se ud som om det er tilfældet.

Andelen af unge mænd der har været udsat for en form for seksuelt overgreb er i 2000 markant lavere end andelen af unge kvinder, mens denne forskel ser ud til at være udlignet i 2005, hvor omtrent 1 ud af både blandt de unge mænd og kvinder 50 har oplevet dette. Dog ser det ikke ud som det at have været udsat for et seksuelt overgreb har en entydig sammenhæng med mental sundhed blandt de unge mænd i 2005, mens dette er tilfældet blandt de unge kvinder.

Andelen af unge mænd der har oplevet en eller anden form for seksuel grænseoverskridelse er i 2005 markant lavere end andelen af unge kvinder der har oplevet dette. Godt 1 ud af 50 unge mænd har i 2005 indenfor det seneste år oplevet en form for seksuel grænseoverskridelse. Der ses ikke nogen signifikant sammenhæng mellem mental sundhed og udsættelse for seksuelle grænseoverskridelser blandt unge mænd.

At flere unge kvinder end mænd udsættes for seksuelle overgreb belyses også i en anden undersøgelse af vold blandt 16-24 årige unge danskere fra 2008. Det konkluderes således at 7 % af unge kvinder angiver at have været udsat for forskellige former for seksuelle grænseoverskridelser, fra seksuel chikane til mere alvorlige seksuelle overgreb, mens det er 2 % af de unge mænd har oplevet dette. Det ser endvidere ud som om den vold unge kvinder udsættes for udspiller sig i nogle andre rammer end den vold unge mænd udsættes for, idet de unge kvinder oftere udsættes for vold indenfor hjemmets rammer, og udøvet af nogen

den unge kvinde har en relation til, mens de unge mænd oftere udsættes for vold udenfor hjemmets rammer, og som har en mere 'tilfældig' karakter. Ligesom i den voksne kvindelige befolkning er der også flere unge kvinder end unge mænd der oplever fysisk vold fra en nuværende eller tidligere kæreste, idet 6 % af de unge kvinder har oplevet dette indenfor det seneste år, mod 2 % af de unge mænd. Også flere unge kvinder (5 %) end unge mænd (2 %) angiver at have været udsat for 'psykisk vold' fra en tidligere eller nuværende kæreste indenfor det seneste år (Helweg-Larsen et al 2008:10). Mens der således er flere unge mænd der oplever at blive udsat for vold, så er rammerne hvori volden udøves forskellige for henholdsvis unge kvinder og mænd. I rapporten konkluderes det desuden, at både unge kvinder og mænd der har været udsat for vold fra en tidligere eller nuværende kæreste oftere end unge der er blevet udsat for vold fra andre får trivselsproblemer. Disse kan både være af fysisk og psykisk karakter, og de unge kvinder oplever desuden lidt flere af disse gener som følge af 'kærestevolden' end de unge mænd (Helweg-Larsen 2008:68-69).

At unge kvinder er mere udsatte for seksuelle grænseoverskridelser, belyses i endnu en undersøgelse fra 2010. Her var der 15 % af de 15-24 årige unge kvinder der angav at de havde oplevet at blive presset til noget seksuelt de ikke havde lyst til, mod 5 % af de unge mænd. Omvendt er der flere af de unge mænd (5 %) end af de unge kvinder (1 %) der har oplevet at presse nogen til noget seksuelt de ikke havde lyst til. I rapporten belyses også en række andre negative oplevelser i forbindelse med sex, herunder at have følt sig 'billig' dagen efter og have fortrudt sex. Disse negative oplevelser er generelt de hyppigst forekommende blandt unge, men der er lidt flere unge kvinder der har disse negative oplevelser end unge mænd. Blandt unge der har negative oplevelser med sex ses det generelt at disse hyppigere også har erfaringer med at skære i sig selv. 30 % af de unge der havde oplevet at blive presset til noget de ikke havde lyst til, havde også erfaringer med at skære i sig selv. Omvendt var der kun 10 % af dem der havde presset andre til noget de ikke havde lyst til der havde erfaringer med at skære i sig selv. Flere af de unge der havde negative oplevelser med sex var også oftere utilfredse med deres udseende, havde oftere prøvet at skære i sig selv, havde oftere oplevet at være blevet moppet, vurderede oftere deres helbred som værende dårligt, og havde også oftere svært ved at klare hverdagens problemer. (CeFu 2010:146-169). Negative oplevelser i forbindelse med sex, kan altså generelt set se ud til at være mere hyppigt forekommende blandt unge kvinder, mens dette også er forbundet med en række trivselsproblemer.

Brud på stabilitet under opvæksten

Brud på stabilitet under opvæksten, ser ud til at have betydning, for de unge kvinders mentale sundhed. I 2000 ses der således tendens til, at unge kvinder der i 14 års alderen

boede hos en enlig forsørger, havde lidt højere risiko for dårlig mental sundhed, end unge kvinder der i 14 års alderen boede i kernefamilier. I 2005 er denne sammenhæng signifikant, idet unge kvinder der i 2005 angav at have boet med en enlig forsørger i 14 års alderen, havde en øget risiko for dårlig mental sundhed der var godt 2 gange så stor, som unge kvinder der angav at have boet i kernefamilier i 14 års alderen. I både 2000 og 2005 var det 3 ud af tyve unge kvinder der havde boet med en enlig forsørger i 14 års alderen.

Blandt de unge mænd ses ingen signifikant sammenhæng mellem mental sundhed og brud på stabilitet under opvæksten. Til gengæld ses der et fald i andelen af unge mænd der i 14 års alderen boede med en enlig forsørger fra 14 % i 2000, til 10 % i 2005. I samme periode ses en lille vækst i andelen af unge mænd der boede i sammenbragte familier fra 6 % i 2000 til 8 % i 2005. Det omvendte er tilfældet blandt de unge kvinder hvor der ses et lille fald i andelen der boede i en sammenbragt familie fra 2000 til 2005.

I et tilknytningsteoretisk perspektiv, vil individer med tilknytningsproblemer have sværere ved at opretholde og skabe stabile relationer til andre (Bowlby 1988). I dette perspektiv kan det derfor give mening, at de unge kvinder, der har boet med en enlig forsørger, har en øget risiko for dårlig mental sundhed, idet enlige forældre kan tænkes, både at være mere pressede, end forældre i kernefamilier, samtidigt med, at de kan have større problemer med at have godt kontakt til deres børn. Det kan derfor tænkes at enlige forældre er 'dobbelt belastede' hvilket kan betyde at de kan have sværere ved at engagere sig i deres børn.

Oplevelser med uhåndterbare problemer i barndom eller ungdom

Generelt ser oplevelser med problemer der har været svære at løse ud til at øge de unge kvinders risiko for dårlig mental sundhed. Blandt de 5 indikator for oplevelser af denne karakter, er der tre med signifikant betydning. Omtrent en ud af tyve unge kvinder har oplevet at blive anbragt udenfor hjemmet i barndom eller ungdom, mens disse har en risiko for dårlig mental sundhed der er 6 gange højere i forhold til unge kvinder der ikke har oplevet dette. 1 ud af 4 unge kvinder angiver at de har oplevet langvarige familiekonflikter i barndom eller ungdom. Unge kvinder der angiver at have oplevet langvarige familie konflikter i barndom eller ungdom har en risiko for dårlig mental sundhed der signifikant øget, og godt tre gange større end unge kvinder der ikke angiver at have oplevet langvarige familiekonflikter i barndom eller ungdom. Endelig er der godt 1 ud af 10 unge kvinder der har oplevet langvarige økonomiske problemer i deres barndom eller ungdom. Unge kvinder er angiver at have oplevet langvarige økonomiske problemer i barndom eller ungdom har desuden en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed, der godt 2 gange højere end unge kvinders der ikke har oplevet dette.

Oplevelser med uhåndterbare problemer i barndom eller ungdom ser ud til at have mindre betydning for mental sundhed blandt de unge mænd. Der ses dog tendens til at disse oplevelser også øger de unge mænds risiko for dårlig mental sundhed, men der er ingen med signifikant betydning.

Både det at have været anbragt udenfor hjemmet, samt det at have oplevet langvarige familiekonflikter forbindes også i andre undersøgelser med trivselsproblemer. Ensomme unge der er i forhøjet risiko for at opleve en række trivselsproblemer, har således oftere oplevet langvarige familiekonflikter, mens unge der har været anbragt udenfor hjemmet kan tænkes oftere at have forældre med en begrænset omsorgsevne (Lasgaard 2007:50, Møhl 2010:66).

Tro på egne evner til at håndtere tilværelsen

Tro på egne evner til at håndtere tilværelsen har både blandt de unge kvinder og de unge mænd betydning i forhold til mental sundhed.

Det er således hver anden unge kvinde der ikke mener hun lever op til sine egne forventninger, mens det samme er tilfældet for lidt over hver tredje unge mand. Andelen af både de unge kvinder og unge mænd der ikke mener de lever op til egne forventninger, virker dog stor. Unge mænd der ikke mener de lever op til egne forventninger har hele 15 gange større risiko for dårlig mental sundhed end mænd der mener de lever op til egne forventninger, mens unge kvinder der ikke mener de lever op til egne forventninger har 8 gange større risiko for dårlig mental sundhed end unge kvinder der mener de lever op til egne forventninger.

Godt 3 ud af tyve unge kvinder er ikke sikre på at de altid vil synes deres liv vil være værd at leve, mens disse også har en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed der er godt fire gange større end unge kvinders der er mere sikre på at deres liv altid vil være værd at leve. Blandt de unge mænd er det godt hver tiende unge mand der ikke er sikker på at livet altid vil være værd at leve, mens disse også har en signifikant højere risiko for dårlig mental sundhed der er 10 gange større end unge mænd der mener deres liv altid vil være værd at leve.

Mens unge kvinders risiko for dårlig mental sundhed øges signifikant hvis de ikke mener problemer bliver nemmere at tackle med alderen, så er denne sammenhæng ikke signifikant blandt de unge mænd. Unge kvinder der ikke mener problemer bliver nemmere at tackle med alderen har en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed, godt 4 gange større end unge kvinders der mener problemer bliver nemmere at tackle med alderen. Godt 3

ud af 20 kvinder er ikke sikre på at problemer bliver nemmere at tackle med alderen, mens det samme er tilfældet for godt hver tiende unge man.

Mens de unge mænd på de ovenfor beskrevne indikatorer er lidt mere tilbøjelige til have vise tiltro til egne evner til at håndtere tilværelsen, så er der omvendt lidt flere af de unge kvinder der tror de kommer til at nå de mål de sætter sig (henholdsvis 18 og 21 %). De unge mænd der ikke er sikre på de kommer til at nå de mål de sætter sig har en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed der er 4 gange større end unge mænds der mener de kommer til at nå de mål de sætter sig. Sammenhængen er lidt svagere blandt de unge kvinder.

Det ser altså generelt ud som om, at mens tiltro til egne evner til at håndtere tilværelse, er lidt mere udbredt blandt de unge mænd, så har dette også større betydning i forhold til de unge mænds risiko for dårlig mental sundhed i gruppen.

At unge mænd i højere grad end unge kvinder tror på egne evner til at håndtere tilværelsen, stemmer overens med resultater fra en anden undersøgelse af 15-19 årige unge. Unge mænd angav i denne undersøgelse i højere grad end de unge kvinder at de havde stor indflydelse på deres tilværelse, samt at de havde selvtillid (Helweg-Larsen 2003). Også i en undersøgelse fra 2010 angiver unge mænd i højere grad end unge kvinder at have selvtillid (CeFu 2010:23).

Økonomi

Både i 2000 og 2005 har unge kvinder der har oplevet at have svært ved at betale regninger en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed, knap 2 gange højere i forhold til unge kvinder der ikke oplever at have svært ved at betale regninger. Både i 2000 og 2005 er det godt hver femte unge kvinder der oplever nogen gange at have svært ved at betale regninger.

Unge mænds risiko for dårlig mental sundhed øges ligeledes hvis de oplever at have svært ved at betale regninger. Dette ser endvidere ud til at få en øget betydning fra 2000 til 2005. I 2000 har unge mænd der oplever at have svært ved at betale regninger, således to og en halv gang så stor risiko for dårlig mental sundhed, som unge mænd der ikke oplever dette. I 2005 har unge mænd der oplever at have svært ved at betale regninger hele seks gange større risiko for dårlig mental sundhed end mænd der ikke oplever dette. Mens betydning af det at have svært ved at betale regninger ser ud til at øges fra 2000 til 2005, så ser det omvendt ud som om, flere unge mænd i 2005 end i 2000 har styr på økonomien. I 2000 er det således hver femte unge mand der oplever at have svært ved at betale regninger, mens det i 2005 er hver femte. Der har været meget fokus op unges manglende økonomiske sans i

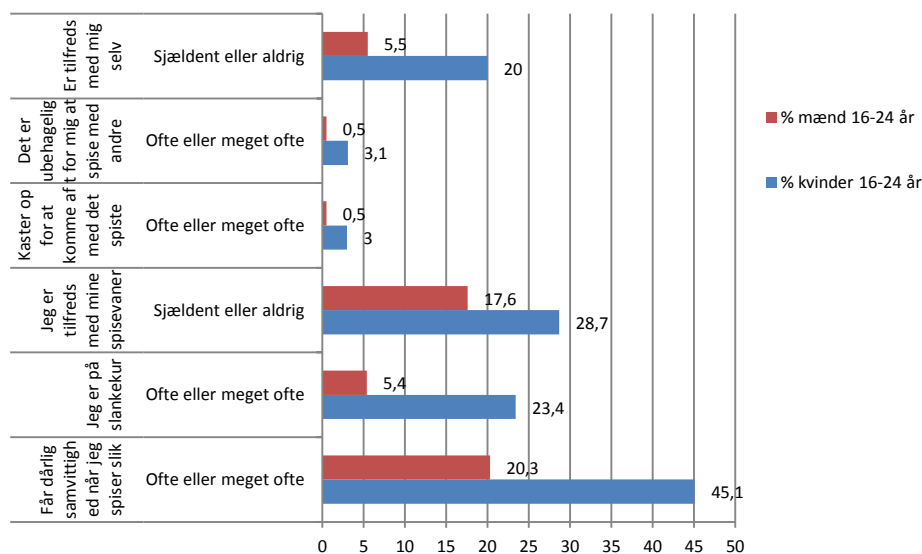
blandt andet nyhederne, hvilket stemmer meget godt overens med det billede der tegnes her. En del unge oplever at det er svært at få økonomien til at glide, dog ser det ud som om der er lidt større grund til bekymring blandt unge kvinder end blandt unge mænd.

Udseendet, vægten og maden

Unge kvinder der har problemer i forhold til udseendet, vægten og maden har i 2005 en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed, der er godt to og en halv gang højere end unge kvinders der ikke i samme grad har disse problemer. Hver femte unge kvinder har problemer med udseendet, kroppen og vægten⁵.

Også de unge mænd der har problemer med udseendet, vægten og maden har en højere risiko for dårlig mental sundhed end andre unge mænd. Unge mænd der har problemer med udseendet, vægten og maden har knap seks gange så stor risiko for dårlig mental sundhed som unge mænd der ikke har disse problemer.

Figur 9: Unges adfærd og holdninger i forhold til mad og krop 2005



Kilde: Egne beregninger på baggrund af SUSY 2005

⁵ Dette skyldes dog at 'højrisiko gruppen' for udvikling af en spiseforstyrrelse er defineret som de 20 % der havde flest problemer i forhold til udseendet, kroppen og maden.

Betydningen af problemer med udseendet, vægten og maden i forhold til mental sundhed, ser altså ud til at være større blandt de unge mænd, mens der omvendt er langt flere unge kvinder end mænd der oplever disse problemer. Mens hver femte unge kvinder oplever problemer i forhold til udseende, vægt og mad i 2005, er det samme tilfældet for hver tyvende unge mand. De unge kvinders og mænds besvarelser på de enkelte indikatorer der er anvendt i skalaen for problemer med udseende, vægt og mad, fremgår af figur 9.

Resultatet stemmer overens med resultater fra en anden undersøgelse, hvor det konkluderes at 19 årige kvinder ofte ikke har et realistisk billede af deres krop idet kun 49 % af de unge kvinder mener de er normalvægtige, mens der faktisk er 85 % der er det (Ottosen et al 2010:85). Der er altså ganske mange unge kvinder der har problemer med deres udseende, deres vægt og derfor også problemer i forhold til det at spise.

Risikobetonet sundhedsadfærd

Andelen af unge kvinder der ryger dagligt er stort set jævnt faldende fra 1994-2010. I 1994 var det knap hver tredje unge kvinde der røg dagligt og i 2010 er det under hver femte unge kvinder der ryger dagligt. Udviklingen i unge dagligt rygende kvinders risiko for dårlig mental sundhed er dog mindre entydig. Generelt ses der både i 1994, 2000, 2005 og 2010 en tendens til øget risiko for dårlig mental sundhed blandt de unge kvinder der ryger dagligt, men sammenhængen mellem daglig rygning og dårlig mental sundhed er kun signifikant i 2000 og 2005, hvor unge kvinder der ryger dagligt har en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed der er godt 2 gange højere end unge kvinders der ikke ryger dagligt.

Andelen af unge kvinder der har røget hash indenfor den seneste måned stiger fra 2 % i 1994 til 6 % i 2005, og falder herefter en smule til 5 % i 2010. Unge kvinder der har røget hash indenfor den seneste måned har gennemgående en højere risiko for dårlig mental sundhed end unge kvinder der ikke har røget hash indenfor den seneste måned. Det er dog kun i 2005 at unge kvinder der har røget hash indenfor den seneste måned har en signifikant højere risiko for dårlig mental sundhed. I 2005 har unge kvinder der har røget hash indenfor den seneste måned således 4 gange større risiko for dårlig mental sundhed end unge kvinder der ikke har røget hash indenfor den seneste måned.

Andelen af unge kvinder der har taget et andet illegalt stof end hash indenfor den seneste måned stiger fra 0 % i 1994 til 1 % i 2000, og er herefter konstant på 1 % i 2005 og 2010. I både 1994, 2000, 2005 og 2010 ses der tendens til øget risiko for dårlig mental sundhed blandt unge kvinder der har taget et andet illegalt stof end hash indenfor den seneste måned. Det er dog kun i

2010 at unge kvinder der har taget et andet illegalt stof end hash indenfor den seneste måned har en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed. I 2010 har unge kvinder der har taget et andet illegalt stof end hash indenfor den seneste måned således 5 gange større risiko for dårlig mental sundhed end unge kvinder der ikke har taget andet illegalt stof end hash indenfor seneste måned.

Sammenhængen mellem alkohol indtag og mental sundhed er ikke entydig blandt de unge kvinder fra 1994 til 2010. I 2000 ses der tendens til at unge kvinder der drikker over 7 genstande ugentlig har en lavere risiko for dårlig mental sundhed end kvinder der drikker under 7 genstande ugentligt, mens unge kvinder der i 2010 drikker over 7 genstande ugentligt har en let øget risiko for dårlig mental sundhed, i forhold til unge kvinder der drikker under syv genstande ugentligt. Ingen af disse sammenhænge er dog signifikante.

Blandt de unge mænd ses der ligeledes et fald i andelen der ryger dagligt fra 1994 til 2010. Andelen af unge mænd der ryger dagligt er i 1994 på 30 %, det samme er tilfældet i 2000, men i 2005 er det kun 23 % der ryger dagligt, og i 2010 ryger kun hver femte unge mand dagligt. I både 1994, 2000, 2005 og 2010 ses der en tendens til øget risiko for dårlig mental sundhed blandt unge mænd der ryger dagligt, men sammenhængen er ligesom i gruppen af unge kvinder ikke signifikant i 1994. I 2000, 2005 og 2010 ses en signifikant højere risiko for dårlig mental sundhed blandt unge mænd der ryger dagligt der er mellem to og fire gange højere end andre unge mænds. Ligesom i gruppen af unge kvinder ses den stærkeste sammenhæng mellem rygning og dårlig mental sundhed i 2005 (tabel 5 og 6).

Andelen af unge mænd der har røget hash indenfor den seneste måned er stigende ligesom andelen af unge kvinder der har røget hash indenfor seneste måned fra 1994 til 2010. Andelen af unge mænd der har røget hash indenfor seneste måned der derudover gennemgående højere end andelen af unge kvinder. Mens det i 1994 er omtrent hver tyvende unge mand der har røget hash indenfor den seneste måned, er det i 2010 hver tiende. Sammenhængen mellem mental sundhed, og det at have røget hash indenfor seneste måned er noget mere entydig blandt de unge mænd, end blandt de unge kvinder. Der ses således gennemgående en tendens til at unge mænd der har røget hash indenfor den seneste måned har en øget risiko for dårlig mental sundhed. Unge mænd der har røget hash indenfor den seneste måned har således fra 2000 til 2010 en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed der er mellem to en halv og seks gange større end unge mænds der ikke har røget hash indenfor den seneste måned.

Andelen af unge mænd der har taget et andet illegalt stof end hash indenfor den seneste måned stiger markant fra knap 1 % 1994 til 5 % i 2000. Herefter falder andelen af unge mænd der har taget et andet illegalt stof end hash indenfor den seneste måned til 3 % i 2005 og 2010. Der er ikke nogen entydig sammenhæng mellem det at have taget et andet illegalt stof end hash indenfor den seneste og mental sundhed blandt de unge mænd. Gennemgående ses der dog fra 2000 til 2010, en tendens til øget risiko for dårlig mental sundhed, blandt unge mænd der har taget et andet illegalt stof end hash indenfor den seneste måned. Sammenhængen er dog kun signifikant i 2000, hvor unge mænd der har taget et andet illegalt stof end hash, har en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed, der er 7 gange større end unge mænds, der ikke har taget et andet illegalt stof end hash indenfor den seneste måned.

Andelen af unge mænd der drikker over sundhedsstyrelsens anbefalede genstandsgrænse for mænd, 14 genstande ugentligt, er en lille smule lavere fra 2000 til 2010 end i 1994. I 1994 er der således 1 ud af 50 unge mænd der drikker over 14 genstande ugentligt, mens det fra 2000 til 2010 er 1 ud af 100. Generelt ses der en tendens til øget risiko for dårlig mental sundhed blandt unge mænd der drikker over 14 genstande ugentligt, men der er ingen signifikante sammenhænge.

Både blandt de unge mænd og de unge kvinder ses der altså fra 1994 til 2010 en tendens til et mindsket forbrug/misbrug af legale stimulanser og rusmidler som cigaretter og alkohol, mens der ses en øget tendens til et øget brug af illegale rusmidler. Generelt er brug af illegale rusmidler og daglig rygning forbundet med en øget risiko for dårlig mental sundhed, både blandt de unge mænd og kvinder, selvom sammenhængen er mest entydig blandt de unge mænd. Et alkohol forbrug der overstiger sundhedsstyrelsens genstandsgrænse kan også i en hvis grad både for unge kvinder og mænd forbindes med en øget risiko for dårlig mental sundhed, men tendensen er ikke entydig.

Andre undersøgelser, om udbredelsen af andre illegale stoffer end hash, blandt unge, viser, at der fra 2000 til 2006, ses et fald i andelen af både unge kvinder og mænd, der nogensinde har prøvet andre illegale stoffer end hash. Det estimeres at der i 2000 blandt de unge mænd er knap 17 % der nogensinde har prøvet et andet illegalt stof end hash, mens det i 2006 er 13 %. Blandt de unge kvinder er der i 2000 knap 10 % der nogensinde har prøvet et andet illegalt stof end hash, mens det i 2006 er knap 7 % (Kolind et al 2010:11-12).

Andre undersøgelser viser også tendens til et faldende alkoholforbrug blandt både unge kvinder og unge mænd fra 2000 til 2006. I en anden undersøgelse estimeres dog, et noget højere forbrug af alkohol, blandt danske unge fra 1994 til 2010, end det jeg har estimeret på baggrund af SUSY data (se tabel 4 nedenfor).

Tabel 4: Udvikling i andelen af unge (16-20 årige), hvis forbrug seneste uge oversteg genstandsgrænserne.

Drenge	2000	2001	2002	2003	2004	2006
Drukket mere end 21 genstande/uge	24,6	21,1	20,6	20,4	19,6	18,6
Piger						
Drukket mere end 14 genstande ugentligt	14,1	12,9	10,7	12,4	12,2	11,6

Kilde: Rheinländer & Nielsen 2007:18

I Rheinländer & Nielsens undersøgelse fra 2007 ses en stigning i andelen af både unge kvinder og unge mænd, der nogensinde har prøvet at ryge hash fra 2000 til 2004, hvorefter der ses et lille fald frem mod 2006. Omvendt er andelen af både unge kvinder og unge mænd der indenfor den seneste måned har røget hash, i samme undersøgelse rimeligt jævnt faldende fra 2000 til 2006 blandt de unge mænd, mens billedet er lidt mindre entydigt blandt de unge kvinder (se tabel 5 nedenfor).

Tabel 5: Udvikling i forbrug af hash, 2000-2006, fordelt på køn (i procent)

Drenge	2000	2001	2002	2003	2004	2006
Prøvet hash nogensinde	37,2	37,8	42,4	44,2	41,5	38,9
Prøvet hash i sidste måned	14	13,4	12,3	13,6	10,6	10,8
Piger						
Prøvet hash nogensinde	27,8	30	34,7	33,1	33,9	28
Prøvet hash i sidste måned	14,1	12,9	10,7	12,4	12,2	11,6

Kilde: Rheinländer & Nielsen 2007:18

Da der er et mere begrænset antal unge der danner baggrund for specialets beskrivelse af udvikling af forbrug af hash blandt unge, er det muligt at der er stor usikkerhed på disse tal.

Fysisk aktivitet i fritid

Generelt ses der sammenhæng mellem mental sundhed og fysisk aktivitetsniveau i fritiden både blandt de unge kvinder og de unge mænd. Der ses således overordnet tendens til en øget risiko for dårlig mental sundhed blandt unge kvinder og mænd der overvejende er 'stillesiddende i fritiden' i forhold til unge mænd og kvinder der dyrker 'let til moderat motion i fritiden'. Omvendt så ses der gennemgående tendens til at unge mænd og kvinder der dyrker 'hård motion i fritiden' har en lavere risiko for dårlig mental sundhed end unge mænd og kvinder der dyrker 'let til moderat motion i fritiden'. Det er dog ikke i alle undersøgelsesår at sammenhængen er signifikant. Blandt de unge mænd er det kun i 2010, at unge mænd der overvejende er 'stillesiddende i fritiden' har en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed, der er tre og en halv gang højere, end unge mænds der overvejende dyrker 'let til

moderat motion i fritiden'. I 2005 har unge kvinder der dyrker 'hård motion i fritiden' signifikant lavere risiko for dårlig mental sundhed, der under halvt så stor som unge kvinders der dyrker 'let til moderat motion i fritiden', mens unge kvinder der overvejende er 'stillesiddende i fritiden' har en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed der er dobbelt så stor som unge kvinders der dyrker 'let til moderat motion i fritiden'. Det kan altså generelt se ud som om der er en tendens til at fysisk aktivitets niveau i fritiden får en øget betydning i forhold til de unges mental sundhed fra 1994 og frem.

Andelen af henholdsvis unge kvinder og mænd der overvejende er '*stillesiddende i fritiden*' svinger lidt mellem 1994 og 2010, men overordnet set er det både blandt de unge mænd og de unge kvinder omtrent hver tiende der er '*stillesiddende i fritiden*' i perioden. Til gengæld ses der fra 1994 til 2010 en markant stigning i andelen af unge mænd der '*dyrker hård motion i fritiden*'. I 1994 er det således hver tiende unge mand der dyrker '*hård motion i fritiden*', mens det i 2010 er hver tredje. Blandt de unge kvinder ses der ikke nogen stigning i andelen der dyrker '*hård motion i fritiden*', idet lidt over hver tiende unge kvinder fra 1994 til 2010 angiver dette som hyppigste aktivitetsniveau i fritiden.

Vægt

Andelen af unge overvægtige kvinder stiger fra 1 % i 1994 til 6 % i 2005, hvorefter andelen af unge overvægtige unge kvinder falder til 4 % i 2010. Sammenhængen mellem overvægt og mental sundhed ikke entydig på tværs af de enkelte undersøgelsesår. I 2005 ser både overvægt og undervægt ud til at være forbundet med lavere risiko for dårlig mental sundhed blandt unge kvinder, sammenhængene er dog ikke signifikante. I 2010 er overvægt derimod forbundet med en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed, idet unge overvægtige kvinders risiko for dårlig mental sundhed er to og en halv gang højere end unge normalvægtiges risiko.

Blandt de unge mænd ses der ligeledes en stigning i andelen af overvægtige fra 1 % i 1994 til 4 % i 2010. Da andelen af unge overvægtige mænd er på hele 6 % i 2000, ses der dog et fald i andelen af unge overvægtige mænd fra 2000 til 2010. Betydningen af både undervægt og overvægt i forhold til mental sundhed er ikke entydig blandt de unge mænd fra 1994 til 2010. Overordnet set ser det dog ud som om både overvægt og undervægt er forbundet med en øget risiko for dårlig mental sundhed blandt de unge mænd, selvom der også ses undtagelser fra dette mønster fra 1994 til 2010. Kun i 2000 er der blandt de unge mænd en signifikant sammenhæng mellem overvægt og dårlig mental sundhed, idet unge overvægtige mænds risiko for dårlig mental sundhed er omtrent tre gange større end unge normalvægtige mænds.

Da der fra 1994 og frem mod 2010 har været et øget fokus på de sundhedsskadelige følger af overvægt kunne man forvente en øget 'stigmatisering' af unge overvægtige, hvilket kunne tænkes at øge disses risiko for dårlig mental sundhed. Hvis dette er tilfældet ser det dog ud til, at have større betydning blandt de unge kvinder end blandt de unge mænd.

Sygdom

Generelt ser det ud som om både unge mænd og kvinder der *'har eller har haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'* også har en øget risiko for dårlig mental sundhed. Det er dog kun i enkelte undersøgelses år at unge mænd og kvinder der *'har eller har haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'* har en signifikant højere risiko for dårlig mental sundhed end unge mænd og kvinder angiver *'har ikke haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'*. I 1994 har unge mænd der *'har eller har haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'* en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed der er godt fire gange større end unge mænds der angiver *'har ikke haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'*. I både 2000 og 2010 har unge kvinder der *'har eller har haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'* en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed der er godt halvanden gang større end unge kvinders der angiver *'har ikke haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'*.

Andelen af henholdsvis unge kvinder og mænd der *'har eller har haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'* er generelt faldende fra 1994 til 2010, mens der også generelt er flere af de unge kvinder end af de unge mænd der *'har eller har haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'* fra 1994 til 2010. I 1994 er der således 26 % af de unge kvinder der *'har eller har haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'*, mens det i 2010 er 19 % af de unge kvinder der *'har eller har haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'*. Blandt de unge mænd er der 23 % der i *'har eller haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'*, mens det i 2010 er 17 % der *'har eller har haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'*. Udviklingen i andelen af henholdsvis unge mand og kvinder der *'har eller har haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'* følger altså samme mønster, mens et gennemgående mønster også er, at flere kvinder end unge mænd *'har eller har haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'*.

Det er pudsigt at mens der i perioden fra 1994 til 2010 er en stigende andel af de unge kvinder der vurderer deres helbred som *'mindre godt'* eller *'dårligt'*, så ses der med hensyn til andelen af unge kvinder der i samme periode *'har eller har haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'* ud til at være en udvikling der går i modsat retning. Som udtryk for de unges kvinders generelle helbredstilstand, vil det selvvaluerede helbred altså føre til en konklusion om, at de unge kvinders generelle helbred er blevet værre, mens det omvendte er tilfældet hvis man i stedet, ser det at *'have eller have haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'* som udtryk for den generelle helbredstilstand blandt unge kvinder. Det selvvaluerede

helbred kan dog ses som et langt mere *subjektivt* mål for helbredsstilstanden, mens det at *'have eller have haft en langvarig kronisk sygdom eller lidelse'* er et lidt mere *'objektivt* mål for forekomst af sygdom. Man kan givet godt vurdere sit helbred som *'mindre godt'* eller *'dårligt'* uden rent faktisk at have en sygdom, hvis man generelt oplever at ens helbred og generelle velbefindende ikke er godt. På denne baggrund ser det altså ud som om at mens der er færre unge kvinder fra 1994 til 2010 der rent faktisk får alvorlige sygdomme eller lidelser, så ses der samtidigt en negativ udvikling i de unge kvinders subjektivt oplevede helbredstilstand.

Anerkendelse i den solidariske sfære

Sammenhængen mellem mental sundhed og *'anerkendelse i den solidariske sfære'* ser generelt ud til at øges frem mod 2010. Generelt ser der at være *'ubeskæftiget'* ud til at øge risikoen for dårlig mental sundhed, selvom der også ses enkelte undtagelser fra dette mønster blandt de unge kvinder og mænd fra 1994 til 2000. Fra 2005 ses der dog både blandt de unge kvinder og de unge mænd ud til at være en øget risiko for dårlig mental sundhed forbundet med at være *'ubeskæftiget'*. I 2005 og 2010 har unge kvinder således en signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed der er godt 2 gange større end unge kvinders der er *'beskæftigede'*, mens unge mænd der er 2010 er *'ubeskæftigede'* har en signifikant større risiko for dårlig mental sundhed der er godt 2 gange større end unge mænds der er *'beskæftigede'*.

Andelen af både unge kvinder og mænd der er *'ubeskæftigede'* er lavest i 2000 og 2005, og højest i 1994 og 2010. I 2010 er der således 10 % unge kvinder og unge mænd der er *'ubeskæftigede'*, mens det i 1994 er tilfældet for henholdsvis 13 % af de unge kvinder og 8 % af de unge mænd.

På grund af det noget begrænsede antal unge der indgår i specialets analyse er der sandsynligvis stor usikkerhed på de fremstillede andele af unge der er henholdsvis *'beskæftigede'* og *'ubeskæftigede'*. I en anden undersøgelse med et noget større datagrundlag, estimeres det at 62,7 % af de unge kvinder mellem 15 og 24 år er i gang med en uddannelse i 2010, mens det samme er tilfældet for lidt færre af de unge mænd, nemlig 60,6 %. Det estimeres endvidere at størstedelen af de unge der ikke er under uddannelse arbejder, omtrent lige mange unge kvinder og mænd er i arbejde. Forskellen mht. til ledighed er lidt større blandt de unge kvinder og mænd, idet 4,5 % af de unge kvinder hverken er under uddannelse eller arbejder, mens det samme er tilfældet for 6,8 % af de unge mænd (CeFu 2010:213-214). Andelen af unge der befinder sig udenfor både arbejdsmarked og uddannelsesinstitutioner der derfor sandsynligvis lavere, end det jeg estimerer på baggrund

af SUSY data, mens der også sandsynligvis også er flere af de unge mænd der er 'ubeskæftigede' end unge kvinder.

Samlivsforhold

Andelen af unge kvinder der er '*samlevende i fast parforhold*' er jævnt faldende fra 36 % i 1994 til 29 % i 2010. Fra 1994 til 2010 ses der tendens til, at unge kvinder der er '*samlevende i fast parforhold*' har lavere risiko end andre unge kvinder for dårlig mental sundhed. Betydningen af samlivsforhold i forhold til mental sundhed ser dog ud til at være stærkest i 1994, hvor unge kvinder der er '*samlevende i fast parforhold*' har en næsten signifikant ($p < 0,07$) lavere risiko for dårlig mental sundhed, der er omtrent halvt i forhold til unge kvinder der er '*ikke samlevende i fast parforhold*'.

Blandt de unge mænd er det omtrent hver femte der fra 1994 til 2010 er '*samlevende i fast parforhold*'. Blandt de unge mænd ses der fra 2000 til 2010 også tendens til en lidt lavere risiko for dårlig mental sundhed blandt unge mænd der er '*samlevende i fast parforhold*', mens der i 1994 ses tendens, til en let øget risiko i denne gruppe. Der ses dog ligesom blandt de unge kvinder ingen signifikante eller 'næsten' signifikante sammenhænge.

Analysen fra Danmarks statistik viser at der fra 1987 til 2011 er et lille fald i andelen af voksne der gifter sig, mens det bliver mere almindeligt at leve i faste parforhold uden at være gift. Danmarks statistik estimerer endvidere at 36 % af unge mellem 18 og 24 år, hverken bor med deres forældre eller i parforhold (Danmarks statistik 2011: 21).

Børn

Andelen af unge kvinder der har hjemmeboende børn er gennemgående lidt højere fra 1994 til 2005 end andelen af unge mænd der har hjemmeboende børn. Fra 1994 til 2005 er der således omtrent 1 ud af 20 unge kvinder der har hjemmeboende børn, mens det samme er tilfældet for omtrent 1 ud af 100 unge mænd i samme periode. Sammenhængen mellem mental sundhed og det at have hjemmeboende børn er hverken blandt de unge mænd eller blandt de unge kvinder entydig fra 1994 til 2010, og der ses ingen signifikant øget risiko for dårlig mental sundhed blandt unge kvinder og mænd der har hjemmeboende børn i forhold til unge kvinder og mænd der ikke har hjemmeboende børn. Dog ses der fra 2000 til 2005 ud til at kunne være en tendens til en let øget risiko for dårlig mental sundhed blandt unge mænd og kvinder der har hjemmeboende børn, mens der omvendt i 1994 blandt unge kvinder ses en tendens til en lidt lavere risiko for dårlig mental sundhed blandt unge kvinder med hjemmeboende børn. Da sammenhængene ikke er signifikante er disse dog behæftet med stor usikkerhed.

At der bliver stadig færre kvinder der får børn i alderen 16-24 år ser dog ud til at stemme overens med det billede der tegnes af Danmarks statistik i den seneste statistiske årbog, idet gennemsnitsalderen for førstegangsfødende i 2010 var 30,6 år, mens den i 1970 var 26,7 år (Danmarks statistik 2011:19)

Tabel 6: Sandsynlighed for dårlig mental sundhed 2000-2005.		Univar log. reg.			
16-24 årige kvinder		1994	2000	2005	2010
Anerkendelse i privatsfæren	Ofte eller af og til uønsket alene	1,8	2,2**	3,2**	2,8***
	Sjældent eller aldrig uønsket alene				
	Ikke sikker på at kunne få hjælp fra andre	0	3	3,9**	3,6***
	Sikker på at kunne få hjælp fra andre				
	Ikke altid nogen at tale med om problemer			4,0***	
	Altid nogen at tale med om problemer				
	Nogen i omgangskredsen kræver for meget			1,9	
Krænkelser	Ikke nogen i omgangskredsen der kræver for meget				
	Truet med vold indenfor 12 mdr		4,3***	2,6	
	Ikke truet med vold indenfor 12 mdr				
	Udsat for vold indenfor 12 mdr		2,3**	3,5**	
	Ikke udsat for vold indenfor 12 mdr				
	Udsat for seksuelt overgreb indenfor 12 mdr		6,1**	3,6*	
	Ikke udsat for seksuelt overgreb indenfor 12 mdr				
Stabilitet under opvækst	Udsat for seksuel grænseoverskridelse indenfor 12 mdr			4,6***	
	Ikke udsat for seksuel grænseoverskridelse indenfor 12 mdr				
	Kernefamilie				
	Enlig forsørger		1,7	1,9*	
Langvarige belastninger under opvækst	Sammenbragt familie		0,8	1,3	
	Anden boform		1,02	1,01	
Langvarige belastninger under opvækst	Har oplevet langvarige familiekonflikter			3,3***	
	Har ikke oplevet langvarige familiekonflikter				
	Forældre langvarigt arbejdsløse under opvækst			1,6	
	Forældre ikke langvarigt arbejdsløse under opvækst				
	Har oplevet langvarige økonomiske problemer under opvækst			2,6**	
	Har ikke oplevet langvarige økonomiske problemer under opvækst				
	Forældre langvarigt syge under opvækst			1,6	
	Forældre ikke langvarigt syge under opvækst				
	Anbragt udenfor hjemmet under opvækst			6,5***	
	Ikke anbragt udenfor hjemmet under opvækst				
Tro på egne evner til at håndtere tilværelsen	Usikker på om liv altid værd at leve			3,7***	
	Sikker på livet altid vil være værd at leve				
	Mener ikke problemer bliver nemmere at tackle med alder			3,7***	
	Mener problemer bliver nemmere at tackle med alder				
	Lever ikke op til egne forventninger			8,0***	
	Lever op til egne forventninger				
	Usikker på at komme til at nå egne mål			2,9***	
Økonomi	Sikker på at komme til at nå egne mål				
	Har svært ved at betale regninger		1,7*	1,8*	
Problemer med udseende, vægt og mad	Har ikke svært ved at betale regninger				
	Ja			2,4*	
Risikobetonet sundhedsadfærd	Nej				
	Ryger dagligt	1,4	1,9**	2,2**	1,3
	Ryger ikke dagligt				
	Har røget hash indenfor seneste md	1,3	1,9	3,9***	1,9
	Har ikke røget hash indenfor seneste md				
	Har taget andelt illegalt stof end hash seneste md	(-)	3,1	3,5	4,9*
	Har ikke taget andelt illegalt stof end hash seneste md				
	Drikker over 7 genstande ugentligt	0	0,5	0	4,8
Fysisk aktivitet i fritid	Drikker ikke over 7 genstande ugentligt				
	Stillesiddende i fritid	1,5	1,5	2,0*	1,8*
	Dyrker let/moderat motion i fritid				
vægt	Dyrker hård motion i fritid	1	1	0,3*	0,8
	Bmi>30 (Fedme)	0	0	0,6	2,4*
	Bmi<18 (Undervægt)	2,2	1,8	0,8	1,2
Sygdom	Normalvægtig				
	Har/har haft lang. sygdom el. lidelse	1	1,6*	1	1,6*
Beskæftigelse	Ingen lang. sygdom el. lidelse				
	Uden beskæftigelse	0,9	0,9	2,2*	1,9*
Samlivsforhold	Beskæftiget				
	Samlevende i fast parforhold	0,5	0,7	0,9	0,8
Hjemmeboende børn	Ikke samlevende i fast parforhold				
	Har hjemmeboende børn	0,5	1,3	1,7	
	Har ikke hjemmeboende børn				

Kilde: Egne beregninger på baggrund af SUSY 1994-2010

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, (*) p<0,1

Referencegruppe er markeret med blå.

Tabel 7: Kvinder 16-24 år, 1994-2010					
	%	1994	2000	2005	2010
Anerkendelse i privatsfæren	Ofte eller af og til uønsket alene Ikke sikker på at kunne få hjælp fra andre Ikke altid nogen at tale med om problemer Nogen i omgangskredsen kræver for meget	26 2	23 2	24 4 5 6	34 14
Krænkelser	Truet med vold indenfor 12 mdr Udsat for vold indenfor 12 mdr Udsat for seksuelt overgreb indenfor 12 mdr Udsat for seksuel grænseoverskridelse indenfor 12 mdr		5 12 2	6 12 3 9	
Ustabilitet under opvækst	Kernefamilie Enlig forsørger Sammenbragt familie Anden boform		75 15 9 1	77 15 6 2	
Langvarige belastninger under opvækst	Har oplevet langvarige familiekonflikter under opvækst Forældre langvarigt arbejdsløse under opvækst Har oplevet langvarige økonomiske problemer under opvækst Forældre langvarigt syge under opvækst Anbragt udenfor hjemmet under opvækst			25 12 10 21 5	
Tro på egne evner til at håndtere tilværelsen	Usikker på om liv altid værd at leve Mener ikke problemer bliver nemmere at tackle med alderen Lever ikke op til egne forventninger Usikker på at komme til at nå egne mål			14 14 51 18	
Økonomi	Har svært ved at betale regninger		23	22	
Problemer med udseende, vægt og mad	Ja			21	
Risikobetonet sundhedsadfærd	Ryger dagligt Har røget hash indenfor seneste md Taget andet illegalt stof end hash indenfor seneste md Drikker over 7 genstande ugentligt Drikker over 14 genstande ugentligt	31 2 0 0 2	26 4 1 0 2	29 6 1 0 0	17 5 1 0 0
Fysisk aktivitet i fritid	Stillesiddende i fritid Dyrker let/moderat motion i fritid Dyrker hård motion i fritid	8 80 12	11 77 12	10 79 11	9 79 12
vægt	Overvægt (Bmi>30) Undervægt (Bmi<18) Normalvægtig	1 6 93	3 4 92	6 4 90	4 6 90
Sygdom	Har/ har haft langvarig sygdom eller lidelse	26	30	27	19
Beskæftigelse	Uden beskæftigelse	13	7	6	10
Samlivsforhold	Samlevende i fast parforhold	36	32	31	29
Hjemmeboende børn	Har hjemmeboende børn	5	6	4	

Kilde: Egne beregninger på baggrund af SUSY 1994, 2000, 2005 og 2010.

Tabel 8: Sandsynlighed for dårlig mental sundhed 2000-2005.		Univar log. reg.			
16-24 årige mænd		1994	2000	2005	2010
Anerkendelse i privatsfæren	Ofte eller af og til uønsket alene	3,1*	3,5***	1,6	2,6***
	Sjældent eller aldrig uønsket alene				
	Ikke sikker på at kunne få hjælp fra andre	1,2	1,2	4,1*	1,4
	Sikker på at kunne få hjælp fra andre				
	Ikke altid nogen at tale med om problemer			2,6	
	Altid nogen at tale med om problemer				
	Nogen i omgangskredsen kræver for meget			5,0*	
Krænkelser	Ikke nogen i omgangskredsen der kræver for meget				
	Truet med vold indenfor 12 mdr		1,7	4,3*	
	Ikke truet med vold indenfor 12 mdr				
	Udsat for vold indenfor 12 mdr		2,0*	5,1*	
	Ikke udsat for vold indenfor 12 mdr				
	Udsat for seksuelt overgreb indenfor 12 mdr		2,5e10?	(-)	
	Ikke udsat for seksuelt overgreb indenfor 12 mdr				
Stabilitet under opvækst	Udsat for seksuel grænseoverskridelse indenfor 12 mdr			0	
	Ikke udsat for seksuel grænseoverskridelse indenfor 12 mdr				
	Kernefamilie				
	Enlig forsørger		1,5	0,5	
Langvarige belastninger under opvækst	Sammenbragt familie		1,9	1,3	
	Anden boform		0	0	
	Har oplevet langvarige familiekonflikter			2,3	
	Har ikke oplevet langvarige familiekonflikter				
	Forældre langvarigt arbejdsløse under opvækst			2,2	
	Forældre ikke langvarigt arbejdsløse under opvækst				
	Har oplevet langvarige økonomiske problemer under opvækst			2,5	
	Har ikke oplevet langvarige økonomiske problemer under opvækst				
	Forældre langvarigt syge under opvækst			1,2	
	Forældre ikke langvarigt syge under opvækst				
Tro på egne evner til at håndtere tilværelsen	Anbragt udenfor hjemmet under opvækst			3,1	
	Ikke anbragt udenfor hjemmet under opvækst				
	Usikker på om liv altid værd at leve			10,7***	
	Sikker på livet altid vil være værd at leve				
	Mener ikke problemer bliver nemmere at tackle med alder			10,5	
	Mener problemer bliver nemmere at tackle med alder				
	Lever ikke op til egne forventninger			15,9**	
Økonomi	Lever op til egne forventninger				
	Usikker på at komme til at nå egne mål			4,1**	
	Sikker på at komme til at nå egne mål				
Problemer med udseende, vægt og mad	Har svært ved at betale regninger		2,4*	6,3***	
	Har ikke svært ved at betale regninger				
Risikobetonet sundhedsadfærd	Ja			5,7*	
	Nej				
	Ryger dagligt	1,3	2,2*	3,9**	2,4**
	Ryger ikke dagligt				
	Har røget hash indenfor seneste md	3,1	2,4*	5,7***	2,7**
	Har ikke røget hash indenfor seneste md				
	Har taget andelt illegalt stof end hash seneste md	(-)	7,1***	3,6	2,4
Fysisk aktivitet i fritid	Har ikke taget andelt illegalt stof end hash seneste md				
	Drikker over 14 genstande ugentligt	2,8	0	10,3	2,4
	Drikker ikke over 14 genstande ugentligt				
vægt	Stillesiddende i fritid	1,2	0,6	1,1	3,6***
	Dyrker let/moderat motion i fritid				
Sygdom	Dyrker hård motion i fritid	0,4	0,5	0,6	0,8
	Bmi>30 (Fedme)	0	2,8*	0,7	1,2
	Bmi<18 (Undervægt)	0	1,8	3	2,6
Beskæftigelse	Normalvægtig				
	Har/har haft lang. sygdom el. lidelse	3,7***	1,9	1,8	1,5
Samlivsforhold	Ingen lang. sygdom el. lidelse				
	Uden beskæftigelse	1,3	0,3	4	2,2*
Hjemmeboende børn	Beskæftiget				
	Samlevende i fast parforhold	1,3	0,8	0,8	0,8
Observationer	Ikke samlevende i fast parforhold				
	Har hjemmeboende børn		2,5	0	
	Har ikke hjemmeboende børn				
Observationer		503		160	134

Kilde: Egne beregninger på baggrund af SUSY 1994-2010.

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, (*) p<0,1

Referencegruppe er markeret med blå.

Tabel 9: Mænd 16-24 år, 1994-2010					
	%	1994	2000	2005	2010
Anerkendelse i privatsfæren	Ofte eller af og til uønsket alene Ikke sikker på at kunne få hjælp fra andre Ikke altid nogen at tale med om problemer Nogen i omgangskredsen kræver for meget	7 5	16 4	18 6 8 3	33 15
Krænkelser	Truet med vold indenfor 12 mdr Udsat for vold indenfor 12 mdr Udsat for seksuelt overgreb indenfor 12 mdr Udsat for seksuel grænseoverskridelse indenfor 12 mdr		7 29 0 0	22 23 2 2	
Ustabilitet under opvækst	Kernefamilie Enlig forsøger Sammenbragt familie Anden boform		79 14 6 1	81 10 8 1	
Langvarige belastninger under opvækst	Har oplevet langvarige familiekonflikter under opvækst Forældre langvarigt arbejdsløse under opvækst Har oplevet langvarige økonomiske problemer under opvækst Forældre langvarigt syge under opvækst Anbragt udenfor hjemmet under opvækst			19 15 11 13 3	
Tro på egne evner til at håndtere tilværelsen	Usikker på om liv altid værd at leve Mener ikke problemer bliver nemmere at tackle med alderen Lever ikke op til egne forventninger Usikker på at komme til at nå egne mål			11 11 37 21	
Økonomi	Har svært ved at betale regninger		24	17	
Problemer med udseende, vægt og mad	Ja Nej			4 96	
Risikobetonet sundhedsadfærd	Ryger dagligt Har røget hash indenfor seneste md Taget andet illegalt stof end hash indenfor seneste md Drikker over 7 genstande ugentligt Drikker over 14 genstande ugentligt	30 4 0 2 3	30 11 5 1 4	23 8 3 1 3	20 10 3 1 2
Fysisk aktivitet i fritid	Stillesiddende i fritid Dyrker let/moderat motion i fritid Dyrker hård motion i fritid	11 78 11	12 64 24	7 66 27	11 57 32
vægt	Overvægt (Bmi>30) Undervægt (Bmi<18) Normalvægtig	1 1 98	6 2 93	5 1 94	4 3 93
Sygdom	Har/ har haft langvarig sygdom eller lidelse	23	29	24	17
Beskæftigelse	Uden beskæftigelse	8	3	3	10
Samlivsforhold	Samlevende i fast parforhold	20	20	18	20
Hjemmeboende børn	Har hjemmeboende børn	0,3	2	1	

Kilde: Egne beregninger på baggrund af SUSY 1994-2010.

Hvilke faktorer betyder mest i forhold til dårlig mental sundhed blandt unge kvinder og mænd fra 1994 til 2010?

I de foregående er der altså belyst en del faktorer der har betydning for henholdsvis de unge kvinder og de unge mænds risiko for dårlig mental sundhed, men hvilke betyder mest? I det følgende fremstilles hvilke faktorer der betyder mest, i forhold til henholdsvis de unge kvinders og de unge mænds risiko for dårlig mental sundhed fra 1994 til 2010. Dette er undersøgt gennem multiple logistiske regressioner, og resultaterne af disse er fremstillet i tabel 10-13 (side 70-72).

'Anerkendelse i privatsfæren' får stigende betydning for unge kvinders mental sundhed

På baggrund af den samlede logistiske regression, på variable der går igen i alle fire undersøgelses år (model A, tabel 10), tegner der sig et ret entydigt billede af, at *'anerkendelse i privatsfæren'* får en jævnt stigende betydning, for unge kvinders mentale sundhed, fra 1994 og frem. Unge kvinder der oplever *'af og til eller ofte at være uønsket alene'*, samt *'ikke helt sikkert at regne med hjælp fra andre'* er i stigende grad fra 1994 og frem også i øget risiko for at have dårlig mental sundhed.

Da der først fra 2005 til 2010, ses en markant stigning i andelen af unge kvinder, der oplever *'ofte eller af og til at være uønskede alene'* eller *'ikke helt sikkert regner med hjælp fra andre'*, ser det umiddelbart ud til, at stigningen i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed fra 1994 og frem, kun i mindre grad skyldes en stigende *hyppighed* af mangel på sociale tilstrækkelige og støttende relationer blandt de unge kvinder, og i højere grad *betydningen* af dette i forhold til mental sundhed.

'Krænkelser' og 'ustabilitet under opvæksten' betyder mere end risikobetonet sundhedsadfærd

Når der kontrolleres for betydningen af *'stabilitet under opvæksten'*, samt *'krænkelser'*, så ses det, at en del af de variable, der knytter sig til det, at have en risikobetonet sundhedsadfærd: at ryge dagligt, være stillesiddende i fritiden, samt det at have røget hash seneste md. elimineres som betydningsfulde variable i forhold til mental sundhed blandt de unge kvinder. Dette kan dels tyde på at *'risikobetonet sundhedsadfærd'* er hyppigere blandt unge kvinder, der har oplevet forskellige former for krænkelser, og som ikke er vokset op i kernefamilier, samt at risikobetonet sundhedsadfærd ikke i sig selv betydningsfuldt i forhold til unge kvinders risiko for dårlig mental sundhed, men hænger sammen med andre risikofaktorer, som har større betydning (Tabel 12, model B).

Konflikter i familien har stor betydning for de unge kvinders mentale sundhed

Overordnet set, tegner der sig i den multiple logistiske regression også et billede af, at konflikter i familien har stor betydning, for unge kvinders risiko får dårlig mental sundhed. I model B (tabel 12) ses det således, at det at være opvokset med en enlig forælder, udgør en betydningsfuld risikofaktor, i forhold til dårlig mental sundhed blandt de unge kvinder i 2005. Dog lader dette til at skyldes, at der er flere familiekonflikter forbundet med opvækst i denne familie type (model C 2005 tabel 12). Det ser altså ikke ud som om det i sig selv er det, at bo hos en enlig forælder der kan belaste de unge kvinder, men derimod, i hvilket omfang dette har været konfliktfyldt.

Krænkelser har stor betydning for de unge kvinders mentale sundhed

Udsættelse for forskellige former for krænkelser er også blandt de mest betydningsfulde faktorer i forhold til de unge kvinders risiko for dårlig mental sundhed i 2000 og 2005. Dog svinger det lidt om det er det, at have oplevet at blive truet med vold, eller det at have været udsat for en form for fysisk overgreb, der har størst betydning⁶. I model C hvor det er muligt at kontrollere for udsættelse for seksuelle grænseoverskridelser, ser det faktisk ud som det at have været udsat for en seksuel grænseoverskridelse, har større betydning end det at have været udsat for de øvrige undersøgte typer af krænkelser. Både unge kvinder og mænd er i forhold til ældre kvinder og mænd langt oftere udsat for forskellige typer af krænkelser (tabel 14 nedenfor).

Tabel 14: Mænds og kvinders risiko for 'krænkelser' i forhold til alder

		2000	2005
Risiko for truet med vold 12 mdr.	Kvinder 16-24 år	3,2***	3,2***
	Kvinder 25 år +		
Risiko for vold 12 mdr.	Kvinder 16-24 år	4,2***	4,2***
	Kvinder 25 år +		
Risiko for seksuelle overgreb 12 mdr.	Kvinder 16-24 år	7,6***	8,8***
	Kvinder 25 år +		
Risiko for seksuelle grænseoverskridelser 12 mdr.	Kvinder 16-24 år		16,0***
	Kvinder 25 år +		
Risiko for truet med vold 12 mdr.	Mænd 16-24 år	4,5***	7,4***
	Mænd 25 år +		
Risiko for vold 12 mdr.	Mænd 16-24 år	12,4***	12,0***
	Mænd 25 år +		
Risiko for seksuelle overgreb 12 mdr.	Mænd 16-24 år	2,3	0
	Mænd 25 år +		
Risiko for seksuelle grænseoverskridelser 12 mdr.	Mænd 16-24 år		13,0***
	Mænd 25 år +		

Kilde: Egne beregninger på baggrund af SUSY 2000-2005. Univariat logistisk regression

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001, Baseline er markeret med blå.

⁶ Der er forskel på hvordan der spørges til trusler om vold i 2000 og 2005, hvilket sandsynligvis er årsagen til at dette ser ud til at have større betydning i 2000 end i 2005.

Forskelle og ligheder mellem mest betydningsfulde variable blandt unge kvinder og mænd

Der ses både forskelle og ligheder i mest betydningsfulde faktorer i forhold til mental sundhed blandt unge kvinder og mænd. *'Anerkendelse i privatsfæren'* udgør for både unge kvinder og unge mænd, på trods af kontrol for øvrige risikofaktorer, betydningsfulde faktorer i forhold til risikoen for dårlig mental sundhed. Dog ser det ud som om *'anerkendelse i privatsfæren'* har lidt større betydning for de unge kvinders mentale sundhed, end de unge mænds.

Især et forhold ser ud til at have meget forskellig betydning i forhold til mental sundhed blandt unge kvinder og unge mænd. Blandt de unge mænd har det at opleve at *'nogen i omgangskredsen kræver for meget'* nemlig meget stor betydning i forhold til de unge mænds risiko for dårlig mental sundhed. Unge mænd der i 2005 oplever at *'nogen i omgangskredsen kræver for meget'*, har hele 11 gange større risiko end referencegruppen for dårlig mental sundhed (model C, tabel 13). Blandt de unge kvinder har det at opleve at *'nogen i omgangskredsen kræver for meget'* ikke nogen signifikant betydning i forhold til risikoen for dårlig mental sundhed (model C, tabel 12).

Unge mænd og kvinder beskrives tit som reagerende henholdsvis udadrettet og indadrettet op mistrivsel (Møhl 2010:68). Når der ses en høj grad af sammenhæng mellem det at opleve at *'nogen i omgangskredsen kræver for meget'*, og risikoen for dårlig mental sundhed, så kan det derfor være et udtryk for, at unge mænd retter deres mistrivsel udad, mens de unge kvinder er mere tilbøjelige til at rette mistrivsel indad.

Det at have hjemmeboende børn er også en af de mest betydningsfulde variable i forhold til de unge mænds risiko for dårlig mental sundhed i 2000, men ikke blandt de unge kvinder, ligesom brug af andet illegalt stof en hash indenfor seneste måned, også ser ud til, at have større betydning for dårlig mental sundhed, blandt de unge mænd end blandt de unge kvinder.

Det ikke at forvente at *'problemer bliver nemmere at tackle med alderen'* er både blandt de unge kvinder og mænd, en af de mest betydningsfulde faktorer i forhold til risikoen for dårlig mental sundhed, betydningen af dette ser dog ud til, at være en del større blandt de unge mænd, end blandt de unge kvinder (se tabel 12 og 13).

Blandt de unge mænd, men ikke blandt de unge kvinder, ser det ud som om, en eller anden grad af økonomiske problemer, har stor betydning i forhold til de unge mænds risiko for dårlig mental sundhed, idet dette har stor betydning både i 2000 og 2005 (se model B og C tabel 12 og 13).

Selvom udsættelse for forskellige former for krænkelser har betydning både for de unge kvinder og mænd, så ser det ud som om, dette er en mere betydningsfuld faktor blandt de unge kvinder (tabel 12 og 13). Når der kontrolleres for samtlige risikofaktorer i model B og C, så er det således kun i 2000, at udsættelse for vold indenfor det seneste år, er blandt de mest betydningsfulde faktorer blandt de unge mænd. Med hensyn til udsættelse for forskellige typer af krænkelser og risikoen for dårlig mental sundhed, ses der også flere signifikante sammenhænge blandt de unge kvinder i 2000 og 2005 end blandt de unge mænd i den univariate analyse (se evt. tabel 6,8 og tabel 12 og 13).

Unge kvinder ser altså ud til i højere grad end unge mænd, at være sårbare overfor mangel på tilstrækkelige og støttende sociale relationer, krænkelser, specielt af seksuel karakter, samt en opvækst der har været præget af ustabilitet og længerevarende konflikter i familien.

Tabel 10: Sandsynlighed for dårlig mental sundhed		Model A			
Kvinder 16-24 år		1994	2000	2005	2010
Anerkendelse i privatsfæren	Ofte eller af og til uønsket alene	1,8(*)	2,1**	2,6***	3,1***
	Sjældent eller aldrig uønsket alene				
	Ikke sikker på at kunne få hjælp fra andre	(-)	(-)	(-)	2,1**
	Sikker på at kunne få hjælp fra andre				
Sundhedsmæssig risikoadfærd	Ryger dagligt	(-)	2,0**	(-)	(-)
	Ryger ikke dagligt				
	Har røget hash seneste måned	(-)	(-)	2,6*	2,2(*)
	Har ikke røget hash seneste måned				
	Har taget illegalt stof seneste måned	(-)	(-)	(-)	(-)
	Har ikke taget illegalt stof seneste måned				
	Drikker over 7 genstande ugentligt	(-)	(-)	(-)	(-)
	Drikker under 7 genstande ugentligt				
Fysisk aktivitet i fritid	Stillesiddende i fritid	(-)	(-)	2,1*	(-)
	Dyrker let/moderat motion				
	Dyrker hård motion	(-)	(-)	0,3(*)	(-)
Vægt	Overvægt (Bmi>30)	(-)	(-)	(-)	(-)
	Undervægt (Bmi<18)	(-)	2,3(*)	(-)	(-)
	Normalvægt				
Sygdom	Har/har haft lang. sygdom el. lidelse	(-)	1,7*	(-)	1,6*
	Ingen lang. sygdom el. lidelse				
Beskæftigelse	Uden beskæftigelse	(-)	(-)	(-)	(-)
	Beskæftiget				
Samlivsforhold	Samlevende i fast parforhold	(-)	(-)	(-)	(-)
	Ikke samlevende i fast parforhold				
Familiestatus	Har hjemmeboende børn	(-)	(-)	(-)	
	Har ikke hjemmeboende børn				
Observationer		312	595	475	677

Kilde: Egne beregninger på baggrund af SUSY 1994-2010.

(-) markerer at variabelen er elimineret ved baglæns eliminering.

Baseline er markeret med blåt. *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; (*) p<0,1

Tabel 11: Sandsynlighed for dårlig mental sundhed		Model A			
Mænd 16-24 år		1994	2000	2005	2010
Anerkendelse i privatsfæren	Ofte eller af og til uønsket alene	(-)	5,5***	(-)	2,2*
	Sjældent eller aldrig uønsket alene				
	Ikke sikker på hjælp fra andre	(-)	(-)	5,5**	(-)
	Sikker på hjælp fra andre				
Sundhedsmæssig risikoadfærd	Ryger dagligt	(-)	2,1*1	4,0**	2,6**
	Ryger ikke dagligt				
	Har røget hash seneste måned	(-)	(-)	2,7(*)	2,8*
	Har ikke røget hash seneste måned				
	Har taget illegalt stof seneste måned	(-)	(-)	(-)	(-)
	Har ikke taget illegalt stof seneste måned				
	Drikker over 14 genstande ugentligt	(-)	(-)	(-)	(-)
	Drikker under 14 genstande ugentligt				
Fysisk aktivitet i fritid	Stillesiddende i fritid	(-)	(-)	(-)	1,9*
	Dyrker let/moderat motion				
	Dyrker hård motion	(-)	(-)	(-)	0,4(*)
Vægt	Overvægt (Bmi>30)	(-)	(-)	(-)	(-)
	Undervægt (Bmi<18)	(-)	(-)	(-)	(-)
	Normalvægt				
Sygdom	Har/har haft lang. sygdom el. lidelse	3,3*	(-)	(-)	(-)
	Ingen lang. sygdom el. lidelse				
Beskæftigelse	Uden beskæftigelse	(-)	(-)	5,6(*)	(-)
	Arbejder/studerer				
Samlivsforhold	Samlevende/gift	(-)	(-)	(-)	(-)
	Ugift/ikke samlevende				
Familiestatus	Hjemmeboende børn	(-)	(-)	(-)	
	Har ikke hjemmeboende børn				
Observationer		281	524	326	553

Kilde: Egne beregninger på baggrund af SUSY 1994-2010.

(-) markerer at variabelen er elimineret ved baglæns eliminering.

Baseline er markeret med blåt. *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 (*) p<0,1

Tabel 12: Sandsynlighed for dårlig mental sundhed 2000-2005.		Model B		Model C
16-24 årige kvinder		2000(B)	2005(B)	2005(C)
Anerkendelse i privatsfæren	Ofte eller af og til uønsket alene	2,4**	4,4***	3,8***
	Sjældent eller aldrig uønsket alene			
	Ikke sikker på at kunne få hjælp fra andre	(-)	(-)	21,2*
	Sikker på at kunne få hjælp fra andre			
	Ikke altid nogen at tale med om problemer		.	(-)
	Altid nogen at tale med om problemer			
	Nogen i omgangskredsen kræver for meget		.	(-)
Krænkelser	Ikke nogen i omgangskredsen der kræver for meget			
	Truet med vold indenfor 12 mdr	3,2*	(-)	(-)
	Ikke truet med vold indenfor 12 mdr			
	Udsat for vold indenfor 12 mdr	(-)	5,6***	(-)
	Ikke udsat for vold indenfor 12 mdr			
	Udsat for seksuelt overgreb indenfor 12 mdr	3,8*	(-)	(-)
	Ikke udsat for seksuelt overgreb indenfor 12 mdr			
Stabilitet under opvækst	Udsat for seksuel grænseoverskridelse indenfor 12 mdr			5,0**
	Ikke udsat for seksuel grænseoverskridelse indenfor 12 mdr			
	Ikke udsat for seksuel grænseoverskridelse indenfor 12 mdr			
Langvarige belastninger under opvækst	Kernefamilie			
	Enlig forsørger	(-)	3,0*	(-)
	Sammenbragt familie	(-)	(-)	(-)
	Anden boform	(-)	(-)	(-)
	Har oplevet langvarige familiekonflikter			3,5**
	Har ikke oplevet langvarige familiekonflikter			
	Forældre langvarigt arbejdsløse under opvækst			(-)
	Forældre ikke langvarigt arbejdsløse under opvækst			
	Har oplevet langvarige økonomiske problemer under opvækst			(-)
	Har ikke oplevet langvarige økonomiske problemer under opvækst			
Tro på egne evner til at håndtere tilværelsen	Forældre langvarigt syge under opvækst			(-)
	Forældre ikke langvarigt syge under opvækst			
	Anbragt udenfor hjemmet under opvækst			(-)
	Ikke anbragt udenfor hjemmet under opvækst			
	Usikker på om liv altid værd at leve			(-)
	Sikker på livet altid vil være værd at leve			
	Mener ikke problemer bliver nemmere at tackle med alder			2,6*
Økonomi	Mener problemer bliver nemmere at tackle med alder			
	Lever ikke op til egne forventninger			
	Lever op til egne forventninger			
	Usikker på at komme til at nå egne mål			(-)
	Sikker på at komme til at nå egne mål			
	Har svært ved at betale regninger	(-)	(-)	(-)
	Har ikke svært ved at betale regninger			
Problemer med udseende, vægt og mad	Ja			2,1(*)
	Nej			
Risikobetonet sundhedsadfærd	Ryger dagligt	1,6(*)	(-)	(-)
	Ryger ikke dagligt			
	Har røget hash indenfor seneste md	(-)	(-)	(-)
	Har ikke røget hash indenfor seneste md			
	Har taget andelt illegalt stof end hash seneste md	(-)	(-)	(-)
	Har ikke taget andelt illegalt stof end hash seneste md			
	Drikker over 14 genstande ugentligt	(-)	(-)	(-)
Fysisk aktivitet i fritid	Drikker ikke over 14 genstande ugentligt	(-)	(-)	(-)
	Stillesiddende i fritid	(-)	(-)	(-)
	Dyrker let/moderat motion i fritid		(-)	
vægt	Dyrker hård motion i fritid	(-)	(-)	(-)
	Bmi>30 (Fedme)	(-)		(-)
	Bmi<18 (Undervægt)	2,5(*)	(-)	(-)
Sygdom	Normalvægtig			
	Har/har haft lang. sygdom el. lidelse	1,8*		(-)
Beskæftigelse	Ingen lang. sygdom el. lidelse			
	Uden beskæftigelse	(-)	(-)	(-)
Samlivsforhold	Beskæftiget			
	Samlevende i fast parforhold	(-)	(-)	(-)
Hjemmeboende børn	Ikke samlevende i fast parforhold			
	Har hjemmeboende børn	(-)	(-)	(-)
Observationer	Har ikke hjemmeboende børn			
		573	234	200

Kilde: Egne beregninger på baggrund af SUSY 2000- 2005.

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, (*) p<0,1

Referencegruppe er markeret med blå. (-) variabel elimineret ved baglæns eliminering

Tabel 13: Sandsynlighed for dårlig mental sundhed 2000-2005.		Model B		Model C
16-24 årige mænd		2000	2005	2005
Anerkendelse i privatsfæren	Ofte eller af og til uønsket alene	6,5***	(-)	(-)
	Sjældent eller aldrig uønsket alene			
	Ikke sikker på at kunne få hjælp fra andre	(-)	5,2(*)	(-)
	Sikker på at kunne få hjælp fra andre			
	Ikke altid nogen at tale med om problemer			(-)
	Altid nogen at tale med om problemer			
	Nogen i omgangskredsen kræver for meget			11,2*
Krænkelser	Ikke nogen i omgangskredsen der kræver for meget			
	Truet med vold indenfor 12 mdr	(-)	(-)	(-)
	Ikke truet med vold indenfor 12 mdr			
	Udsat for vold indenfor 12 mdr	2,2(*)	(-)	(-)
	Ikke udsat for vold indenfor 12 mdr			
	Udsat for seksuelt overgreb indenfor 12 mdr	(-)	(-)	(-)
	Ikke udsat for seksuelt overgreb indenfor 12 mdr			
Stabilitet under opvækst	Udsat for seksuel grænseoverskridelse indenfor 12 mdr			(-)
	Ikke udsat for seksuel grænseoverskridelse indenfor 12 mdr			
	Kernefamilie			
	Enlig forsøger	(-)	(-)	(-)
Langvarige belastninger under opvækst	Sammenbragt familie	(-)	(-)	(-)
	Anden boform	(-)	(-)	(-)
	Har oplevet langvarige familiekonflikter			(-)
Tro på egne evner til at håndtere tilværelsen	Har ikke oplevet langvarige familiekonflikter			
	Forældre langvarigt arbejdsløse under opvækst			(-)
	Forældre ikke langvarigt arbejdsløse under opvækst			
	Har oplevet langvarige økonomiske problemer under opvækst			(-)
	Har ikke oplevet langvarige økonomiske problemer under opvækst			
	Forældre langvarigt syge under opvækst			(-)
	Forældre ikke langvarigt syge under opvækst			
	Anbragt udenfor hjemmet under opvækst			(-)
	Ikke anbragt udenfor hjemmet under opvækst			
	Usikker på om liv altid værd at leve			(-)
Økonomi	Sikker på livet altid vil være værd at leve			
	Mener ikke problemer bliver nemmere at tackle med alder			24,7***
	Mener problemer bliver nemmere at tackle med alder			
	Lever ikke op til egne forventninger			
	Lever op til egne forventninger			
	Usikker på at komme til at nå egne mål			(-)
	Sikker på at komme til at nå egne mål			
Problemer med udseende, vægt og mad	Har svært ved at betale regninger	(-)	6,6*	7,9**
	Har ikke svært ved at betale regninger			
Risikobetonet sundhedsadfærd	Ja			(-)
	Nej			
	Ryger dagligt	(-)	(-)	(-)
	Ryger ikke dagligt			
	Har røget hash indenfor seneste md	(-)	(-)	(-)
	Har ikke røget hash indenfor seneste md			
	Har taget andelt illegalt stof end hash seneste md	13,7***	(-)	(-)
Fysisk aktivitet i fritid	Har ikke taget andelt illegalt stof end hash seneste md			
	Drikker over 14 genstande ugentligt	(-)	(-)	(-)
	Drikker ikke over 14 genstande ugentligt			
vægt	Stillesiddende i fritid	(-)	(-)	(-)
	Dyrker let/moderat motion i fritid			
	Dyrker hård motion i fritid	(-)	(-)	(-)
Sygdom	Bmi>30 (Fedme)	(-)	(-)	(-)
	Bmi<18 (Undervægt)	(-)	(-)	(-)
	Normalvægtig			
Beskæftigelse	Har/har haft lang. sygdom el. lidelse	(-)	(-)	(-)
	Ingen lang. sygdom el. lidelse			
Samlivsforhold	Uden beskæftigelse	(-)	(-)	(-)
	Beskæftiget			
Hjemmeboende børn	Samlevende i fast parforhold	(-)	(-)	(-)
	Ikke samlevende i fast parforhold			
Observationer	Har hjemmeboende børn	7,1*	(-)	(-)
	Har ikke hjemmeboende børn			
		503	160	134

Kilde: Egne beregninger på baggrund af SUSY 2000- 2005.

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001, (*) p<0,1

Referencegruppe er markeret med blå. (-) variabel elimineret ved baglæns eliminering

Konklusion angående stigningen i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed

Stigningen i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed fra 1994 til 2010 kan i høj grad knyttes til en stigende *betydning*, af det at mangle '*anerkendelse i privatsfæren*', i forhold mental sundhed. Det ses således at unge kvinder, der i en eller anden grad mangler tilstrækkelige og støttende sociale relationer, i stigende grad er i risiko for at få dårlig mental sundhed fra 1994 og frem. Stigningen andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed, kan derimod ikke entydigt forklares ved, at en stigende andel af de unge kvinder oplever at mangle tilstrækkelige og støttende sociale relationer, selvom der fra 2005 til 2010, ses en stigning i andelen af unge kvinder, der oplever at mangle tilstrækkelige og støttende sociale relationer. Da det i det indledende afsnit af analysen, så ud som om, der var en voksende gruppe af unge kvinder, der *ikke trivedes*, mens der ikke sås en entydig tendens til, at der bliver færre unge kvinder der *trivedes*, så kunne det samlet set se ud som om, der fra 1994 til 2010, er tale om en udvikling, hvor det på en eller anden måde at være 'sårbar' i stadig højere grad, fører til udvikling af dårlig mental sundhed blandt de unge kvinder. Kort sagt, så ser det ud som om, der er en 'socialt betinget ulighed' i mental sundhed blandt unge kvinder, som får stigende betydning fra 1994 og frem.

Konklusion angående årsager til unge kvinders overrepræsentation i gruppen af unge med dårlig mental sundhed

Når flere unge kvinder end unge mænd har dårlig mental sundhed, så ser dette umiddelbart ud til, at kunne forklares ved, at nogle risikofaktorer både forekommer *hyppigere* blandt de unge kvinder, og har større *betydning* i forhold til risikoen for dårlig mental sundhed, blandt de unge kvinder end blandt de unge mænd. Mangel på tilstrækkelige og støttende sociale relationer, ser ud til, at have større betydning for de unge kvinder end for de unge mænd, ligesom unge kvinder også ser ud til, at være mere sårbare overfor ustabilitet og forskellige langvarige belastninger under opvæksten. At mangle tro på egne evner, til at kunne håndtere tilværelsen, på en god måde, har betydning både blandt de unge mænd og de unge kvinder, men de unge kvinder oplever hyppigere dette end de unge mænd. Selvom det at vise tegn på problemer i forhold til udseendet, vægten og maden ser ud til at have større betydning, i forhold til risikoen for dårlig mental sundhed, blandt de unge mænd, så er der langt flere af de unge kvinder der har disse problemer. Endelig ser det ud som om, det at have været udsat for en form for krænkelse, i højere grad belaster de unge kvinder end

de unge mænd. Unge mænd udsættes hyppigere for både trusler om vold og vold, mens unge kvinder hyppigere udsættes for krænkelser af seksuel karakter.

Dog ser det ud som om, at en del risikofaktorer, som fx det at opleve mangel på tilstrækkelige og støttende sociale relationer, har en større 'kønsmæssig slagside' i 1994-2005, end det er tilfældet i 2010. Det ses altså, at der i samme periode, hvor der er en stigning i andelen af unge kvinder med dårlig mental sundhed, også foregår en vis udligning af typiske kønsmæssige mønstre med hensyn til mistrivsel. I 2010 er der således en lige stor andel af de unge kvinder og unge mænd der *'ofte eller af og til oplever at være uønsket alene'*, samt *'ikke er sikre på at kunne få hjælp fra andre'*.

Endelig ser der i analysen grund til at være belæg for det som ungdomspsykologen Bo Møhl beskriver, nemlig at mænd der mistrives generelt er mere tilbøjelige til at reagere udadrettet, og dermed opleve at *'nogen i omgangskredsen kræver for meget'*, mens kvinder generelt er mere tilbøjelige til at rette deres mistrivsel indad (Møhl 2010:68). Denne generelle tendens kan derfor tænkes at de unge udsatte kvinder i højere grad end de unge udsatte mænd er 'dobbelt udsatte', idet de alt andet lige, vil have større risiko end de unge mænd, for at indgå i intime relationer, hvor de er i risiko for, at blive udsat for 'udadrettet mistrivsel'.

Generelt set, ser årsagen til den store forskel i andelen af unge kvinder og mænd med dårlig mental sundhed, altså ud til i højere grad at skyldes, at de unge kvinder er mere 'sårbare' overfor forskellige former for belastninger, men også i mindre grad, at nogle typer af belastninger forekommer hyppigere blandt de unge kvinder end blandt de unge mænd.

Der ser altså ud til, at være noget, der knytter sig til det, at være 'ung kvinde', som generelt øger disses risiko for forskellige former for mistrivsel. I en anden undersøgelse konkluderes det ligeledes, at der blandt unge i forskellige beskæftigelsesmæssige situationer (under uddannelse, i arbejde, ledig) på tværs af dette gennemgående ses, at flere unge kvinder end mænd er mere tilbøjelige til at have en negativ vurdering af deres liv, selvtillid, popularitet og evne til at mestre problemer (CeFu 2010:268).

Bidrager specialet med ny viden?

I specialet foretages en række analyser, som ikke er foretaget på baggrund af SUSY datamateriale før. Specialets bidrag til ny viden består derfor først og fremmest i, at 'udforske' uudforskede muligheder i SUSY datamaterialet fra 1994 til 2010. Specialets analyse adskiller sig først og fremmest fra størstedelen af anden forskning i unges trivsel og

mistrivsel, ved at anvende det mentale helbredsmål, som baggrund for belysningen af unge kvinders og mænds trivsel, samt ved at anvende logistiske regression som undersøgelsesmetode. Den logistiske regression gør det muligt at kontrollere for de enkelte risikofaktorer indbyrdes betydning. I forhold til anden forskning, der ligeledes peger på, at der på mange områder, er forskelle i trivsel blandt unge kvinder og mænd (CeFu 2010, Ottosen 2010, Hellweg-Larsen 2003, Zølner 2009), bliver det herigennem muligt, at belyse, at dette kan skyldes, at unge kvinders 'trivsel' hænger mere tæt sammen med udsættelse for forskellige former for belastninger under opvæksten, udsættelse for forskellige former for 'krænkelser', samt det at mangle tilstrækkelige og støttende relationer.

Perspektivering

Der er mange mulige perspektiver at anlægge både på årsager til den generelle stigning i andelen af unge der viser forskellige tegn på mistrivsel, samt den højere andel af unge kvinder end unge mænd blandt disse. I forhold til de to teoretiske rammer for specialet kan der endvidere både peges på både ligheder og forskelle i mulige fortolkninger.

I et anerkendelsesteoretisk perspektiv skal fokus rettes mod 'anerkendelsesforhold' når en gruppe i samfundet ikke er i stand til at 'leve gode liv'. Da et resultat af analysen er, at unge kvinder generelt, ser ud til at være mere sårbare end de unge mænd, overfor forskellige belastninger, kunne en mulig forklaring på dette være, de unge kvinders muligheder for henholdsvis 'anerkendelse' og 'miskendelse' i det kulturelle værdifællesskab, samt mulige ændringer i disse fra 1994 og frem.

I 1994 ville de fleste af mine veninder og jeg, i høj grad betragtede det, at få foretaget et unødvendigt kosmetisk operativt indgreb, som et sikkert tegn på en slags personlighedsmæssig brist. I kølvandet på rødstrømpebevægelse, ø-lejre og andre forsøg på at 'afseksualisere' den nøgne kvindekrop, tror jeg stadig der var nogle normer i omløb omkring kroppen der gik ud på, at man ikke fik det bedre af, at ændre på kroppen, men derimod af, at holde af kroppen som den nu var, selvom hår de forkerte steder dog ikke var en del af det man burde være i stand til at acceptere. Underforstået var, at man ikke kunne ændre på selvet ved at ændre på kroppen, og det var selvet den var gal med, hvis man var utilfreds med kroppen.

I dag ser det ud som om forholdet til kroppen og selvet blandt unge generelt er blevet mere 'plastisk' (CeFu 2011: 76, Johansson 2010:92), og en del unge (12 % unge kvinder, 4,4 % unge mænd) overvejer at få en kosmetisk operation (CeFu 2010: 132). I dag virker det i højere grad som om man ikke skal 'finde sig i' at have en krop man ikke er tilfreds med. Hvis

kroppens udtryk er en belastning, og man kan blive gladere og mere tilfreds med sig selv ved at ændre på den, så er det dumt at lade være. Hvilket det muligvis også er, hvis kroppen i højere grad end tidligere, spiller en vigtig rolle i muligheden for at opnå anerkendelse, hvilket ungdomsforskere blandt andet er tilbøjelig til at mene (CeFu 2010:120). Kosmetiske operationer ser dog ikke entydigt ud til, at være en farbar vej til øget tilfredshed med kroppen, idet andelen af de unge der er utilfredse med deres krop, kun er lidt mindre, blandt dem der har fået foretaget en kosmetisk operation (20, 6 %), end blandt dem der overvejer at få en (22,3 %) (CeFu 2010:133).

Stadigt flere unge er utilfredse med den måde deres kroppe ser ud på og bruger i stigende grad energi på at trimme kroppen i fitness centre, mens de er omgivet af billeder af 'perfekte' kroppe (Johansson 2010:94). Fra 1990'erne har der desuden været en teknologisk udvikling, der gradvist har gjort det muligt, at fremstille både billeder og videoer, med helt andre niveauer af 'kropslig perfektion' end tidligere, hvilket er et krops ideal det kan tænkes, at ikke alle unge er i stand til at afkode, som et urealistisk produkt af sofistikerede computer software. Individualisering kan endvidere ses, som en årsag til, at kroppen, ligesom selvet, ikke bare er noget man er blevet udstyret med på godt og ondt, men derimod noget man selv er ansvarlig for at forme og kontrollere (Johansson 2010:94). En mangelfuld krop, bliver dermed et udtryk for et mangelfuldt selv (Bauman 2005). Da unge som er ensomme, er i højere risiko end andre unge, for at udvikle forskellige problemer i forhold til deres krop og udseende (CeFu 2010:136-137), kan man også argumentere for, at i mangel af bedre, kan kroppen komme til at spille en større rolle, som en mulig vej til anerkendelse.

Kvindekroppen har traditionelt set i højere grad end mandekroppen været genstand for æstetiske og seksualiserede fremstillinger, mens det også er muligt at argumentere for, at det at 'performe' kvindelighed i højere grad end det at 'performe' maskulinitet er forbundet med en række ændringer af den måde kroppen ville se ud på hvis man 'lod stå til' (Butler 1990). Der skal fjernes hår i ansigt, på ben, under arme, der skal farves vipper, og måske også læber og negle. Som nybegynder ud i alle disse praksisser kan man nemt få den oplevelse at kroppen direkte modarbejder en, hvilket kan knyttes til den højere kropslige tilfredshed blandt de unge kvinder end blandt de unge mænd.

Der ses dog også tegn på, at kroppen i stigende grad også blandt unge mænd kræver en del arbejde, hvilket kan knyttes til, at mandekroppen også i stigende grad fremstilles på æstetiske og seksualiserede måder. Der er således en markant stigning i andelen af unge mænd der dyrker hård motion flere gange ugentligt fra 1994 til 2010 (jf. tabel 8), mens fitness kultur også er blevet stadigt mere udbredt i perioden. At 'performe' maskulinitet ser derfor ud til i højere grad at være forbundet med det at 'bygge' muskler på kroppen, hvilket unge

mænd i stigende grad er optaget af. Selvom der kan ses en positiv effekt af motion i forhold til psykiske lidelser (Videbech 2012), så ser den positive effekt blandt unge mænd der dyrker motion for udseendets skyld dog ikke ud til at være entydig. Unge mænd der dyrker motion for udseendets skyld har således en signifikant højere risiko for dårlig mental sundhed end mænd der dyrker motion af andre årsager (Tabel 15). Unge mænd der dyrker motion for udseendets skyld må også formodes at være utilfredse med deres udseende, hvilket kan ses som et udtryk for at de forsøger at leve op til æstetiserede billeder af den ideale mandekrop.

Tabel 15: Årsager til at dyrke motion, og risiko for mental sundhed

Univariat logistiske regression for sandsynlighed for dårlig mental sundhed frem for moderat/god mental sundhed i forhold til hvilken årsag man angiver til at dyrke motion		16-24 årige	
Årsager til at dyrke motion 2005		Mænd	Kvinder
For at være i form		(-)	0,6*
For udseendets skyld		4,7**	1,8*
For at være sammen med andre		(-)	0,4*
For at tabe vægt		(-)	1,7*
For at have det sjovt		(-)	0,4**
For at koble af		5,2***	(-)

Kilde: Egne beregninger på baggrund af SUSY 2005, *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; (-) ingen signifikant sammenhæng

Det kan altså samlet set, se ud som om, en ændring i anerkendelsesformer blandt unge generelt, og især blandt unge kvinder, kan knyttes til et øget fokus på kroppen, som en mulig vej til (selv)anerkendelse, fra 1994 og frem, hvilket desuden ser ud til, at kunne knyttes til forskellige former for mistrivsel blandt unge generelt, men især blandt unge kvinder.

Når kroppens ydre udtryk for en stigende betydning blandt unge, og endvidere kan knyttes til forskellige former for mistrivsel blandt de unge, så kan dette dog også ses som et udtryk for et glidende kvalitativt skift fra fokus på indre værdier og oplevelser, til kontrol med det ydre udtryk (Møhl 2010:66). Der kan således argumenteres for, at selvom der blandt unge findes en del forskellige former for mistrivsel, der retter sig mod kroppen, fra et ekstremt fokus på træning og kost, til det at kontrollere følelser ved at påføre kroppen smerte, så ser det ud som om fællesnævneren, for disse forskellige former for praksisser kan knyttes til, at unge i stigende grad oplever sig selv som ansvarlige både for de problemer de har, og de mulige løsninger der kunne være på disse (Nielsen et al 2010:167). Ungdomsforsker Ida Koch beskriver således at unge i stigende grad er 'diskrete problembærere', idet de oplever at de forventes at håndtere deres problemer alene (Koch 2010:19-28). De har med andre ord ikke en opfattelse af, at det for alvor nytter noget at søge hjælp eller støtte hos andre.

I et salutogenetisk perspektiv kan der rettes fokus på om der er sket noget fra 1994 og frem der i stigende grad kan betyde at det bliver sværere at opleve tilværelsen som *håndterbar, forudsigelig og meningsfuld*. En del unge har i hvert fald svært ved at overskue den mængde af valgmuligheder de har, og kan ikke finde ud af hvad de vil. De oplever de mange muligheder som uoverskuelige og retter derfor i stedet fokus på noget de kan

overskue og kontrollere, kroppen (Koch 2010:23-34, Skårderud 1999). Samfundets øgede kompleksitet kan altså udgøre en trussel mod udsatte unges evne til at finde en retning i livet, og derfor som noget der kan true specielt disse unges 'oplevelse af sammenhæng'. Der er også en del andre aspekter af unges liv der kan ses som problematisk i forhold til at opleve tilværelsen som 'sammenhængende'. Helt konkret så deles langt de fleste danske børns tilværelse fra de er helt små op i to kvalitativt forskellige 'verdener', hjemmet og vuggestuen.

Anbringelsen af børn i institutioner, i det omfang de er blevet det i løbet af de sidste 30-40 år udgør en ret gennemgribende ændring i den måde børn tidligere har vokset op på, og må alt andet lige ses som noget der udgør en udfordring for børn i forhold til at opfatte tilværelsen som 'sammenhængende'. Da der blandt andet peges på, at unge i stigende grad er 'diskrete problembærere', at unge der mistrives især har problemer med at 'mentalisere', så kunne det se ud som om den tidlige institutionalisering af børn har konsekvenser for nogle børns udvikling af tillid til at kunne blive hjulpet når de har problemer, samt disses evne til at bearbejde egne følelser. Da det rent faktisk *er* ret svært at 'fange' betydningen af helt små børns fagter og begyndende sprog, medmindre man er meget sammen med dem, kan den tidlige institutionalisering tænkes at øge risikoen for at små børn oplever ikke at blive forstået, og hjulpet når de har brug for det. Hvis man tidligt oplever ikke at blive forstået må det alt andet lige, også være sværere at opleve tilværelsen, herunder især kontakten til voksne, som meningsfuld. Her kan der knyttes tråde til det anerkendelsesteoretiske perspektiv, idet dette alt andet lige også må betyde at barnets mulighed for at føle sig anerkende er mindre.

I institutioner, hvor personalet ofte skiftes ud, især blandt pædagogmedhjælperne, og hvor ynglings legekammeraten også pludselig kan flytte til en anden børnehave, kan der desuden siges at være, en øget risiko for 'relations brud' i børns liv nu end der var tidligere. Børn lærer i en tidlig alder, at der kan ske pludselige betydningsfulde ændringer i deres tilværelse som de ikke er herre over, eller kan forudsige. At opleve tilværelsen som forudsigelig og håndterbar kan derfor også potentielt være sværere under disse vilkår. I det omfang unges oplevelse af tilværelsen som *forudsigelig, håndterbar og meningsfuld*, kan ses som truet, af den øgede professionalisering af omsorgen for små børn, kan den tidlige institutionalisering altså kobles til den voksende gruppe af unge med tegn op forskellige former for mistrivsel. Hvilket psykolog, Bo Møhl, der især arbejder med unge der skader sig selv, også er tilbøjelig til at gøre (Møhl 2010:71)

Både det anerkendelsesteoretiske og det salutogenetiske teoretiske perspektiv, kan altså bidrage med koblinger, mellem de fællestræk der kan ses i de unges forskellige former for mistrivsel og den måde samfundet har udviklet sig på i løbet af de sidste 30-40 år.

Efterskrift

For at give en mere 'kvalitativ' fornemmelse af de unge der viser forskellige tegn på mistrivsel, har jeg afslutningsvist valgt at citere nogle uddrag, fra de kvalitative interviews der er foretaget med disse, i forbindelse med undersøgelsen '*Når det er svært at være ung i DK*' (CeFu 2010).

'Selvrettede mestringsstrategier', såsom at kaste op, eller træne, kan ses som en måde at 'cope' med besværlige følelser, ved at rette fokus mod kroppen, og også bruge den som 'ventil'. I interviewet med en 17 årig unge kvinde, og en 20 årig ung mand, kommer dette til udtryk i samtalen med interviewerens på følgende måde:

Uddrag 1: Samtale mellem Stine 17 år (IP) og interviewer (I) (Cefu 2011:78-79)

IP: *Jeg ville gerne starte til boksning igen. Det var rigtig fedt.*

I: *Hvad var fedt ved det?*

IP: *Det var ikke sådan noget med at træne til kampe. Det var sådan noget med at løbe rundt i halvanden time og slå på alt muligt. Det var meget intens motion i så lang tid, og det var bare ret dejligt. Man kom ud med nogle aggressioner. Det var ret fedt at stå og slå på en pude og sådan: 'Kom nu lidt hårdere'. Man får virkelig 'argggghh!!!!', og sådan noget – det var jo fedt (griner). Og så musikken. Det var fedt. Det var også...altså jeg har en spiseforstyrrelse og sådan noget. Jeg har bulimi og sådan noget. Så det er også fordi at... ja.. så er det også fordi, at jeg tror, at hvis jeg dyrker motion, så behøver jeg ikke kaste op når jeg har spist.*

I: *Har du fortalt det til nogen?*

IP: *Jamen jeg har sagt det til min mor for ca. et halvt år siden... og det er heller ikke noget alvorligt. Jeg har sagt til hende, at hun ikke skal gøre noget ved det. Jeg skal nok selv få det ordnet. Men lige nu har jeg ikke overskud til at få det ordnet. Så lige nu må jeg bare gå ud og knække mig når jeg har spist.*

I: *Hvordan få det ordnet?*

IP: *Jamen, altså stoppe med det. Men det kan jeg først, når jeg har mere tid til at dyrke motion og er et sted, hvor jeg føler, at der ligesom er en lige linje i mit liv i stedet for sådan en rodet en..*

I: *Hvornår startede det?*

IP: *Det startede for et halvt års tid siden... jeg tror faktisk første gang jeg ligesom brækkede mig med vilje, det var en nytårsaften for to år siden, hvor jeg fandt ud af at jeg godt kunne. For jeg har haft en veninde før, der også havde bulimi. Og hun gjorde det engang foran mig, hvor jeg bare syntes det var så ulækkert, og det skulle jeg bare ikke nyde noget af, føj. Hvorfor gjorde hun det, det var da noget mærkeligt noget...ja.*

I: *Hvorfor gjorde hun det?*

IP: *Jamen hun følte sig jo bare tyk. Det er jo fordi, man synes man er for tyk, eller synes man har spist for meget eller et eller andet.*

I: Så det er fordi du føler du er for tyk?

IP: *Jah..eller føler, jeg har spist for meget og har dårlig samvittighed. Eller fordi man synes man har spist for meget selvom man måske ikke har. Jeg spiser enormt meget frugt og sådan noget.. jeg spiser ikke usundt på den måde, men fordi jeg ikke laver noget motion, så har jeg taget ti kilo på her i løbet af de sidste par år, så det er sådan lidt øv. Og når man så ikke kan motionere, så må man få det væk på en anden måde. Så går man ud og brækker sig ikke? Og når man så ikke kan motionere, så må man få det væk på en anden måde. Så går man ud og brækker sig ikke? Og jeg har lavet projekt og fremlagt to gange, hvor jeg har fået 10, om hvordan det er at have en spiseforstyrrelse, så jeg ved godt hvad det handler om ikke? Men jeg har det sådan, at jeg kan sgu ikke få det ordnet, før jeg har overskud til det. Jeg føler mig også sådan beskidt agtig, når jeg gør det...men...det er jo bare mad.*

Uddrag 2: Samtale mellem Rune 20 år (IP), og interviewer (I) (CeFu 2011:76-77)

I: Men i den periode, hvor du sagde du havde det dårligt på arbejde, og alt det der, kunne du så ringe hjem eller komme forbi og få en snak med dem om det?

IP: *Nej*

I: *Nej?*

IP: *Det holdt jeg for mig selv*

I: Okay. Men snakkede du med nogen om det?

IP: *Det ved jeg ikke*

I: Det var ikke noget du tænkte at..?

IP: *Nej. Jeg var, det ved jeg ikke. Jeg har altid været sådan lidt den, der ikke siger tingene, hvis der er problemer og holder tingene for mig selv, hvis jeg synes der er problemer.*

I: Hvad skete der så?

IP: *Lige pludselig så får man bare nok.*

I: Og hvad sker der så når du får nok?

IP: *Så bliver jeg tosset (griner)*

I: (Griner) Gør du det?

IP: *Var jeg ikke gået fra mit gamle arbejde, så havde jeg nok tævet min mester.*

I: Hvad havde du gjort?

IP: *Så havde jeg nok tævet ham*

I: Okay

IP: *Fordi han havde...mindst lige så stort temperament som mig, og han stod og skabte sig som en femtenårig. Og havde jeg fortsat meget længere derude, havde jeg tændt helt af. Det var dem, der havde brug for mig. Jeg kunne bare finde noget andet. Han havde mangel på*

arbejdskraft, så det er ikke noget problem for en lærling at finde arbejde. Det var det første sted jeg søgte. Og der fik jeg en læreplads.

I: Ja, men hvad var du frustreret over, og hvad gjorde du da du var frustreret?

IP: *Så går jeg ned og træner*

I: Ja okay. Så det er sådan ved at træne at du får det ud?

IP: *Ja, så kan man komme af med det, og slappe af. Så arbejder jeg med mig selv ikke?*

I: Er det stadig sådan?

IP: *Ja, det er det. Det er mit sted, hvor jeg har det godt.*

I: Hvad med kæresten? Snakker du med hende, hvis der er et eller andet der går dig på?

IP: *Der har jeg prøvet noget nyt. Tag tingene med det samme i stedet for at gå og være sur.*

I: Fungerer det så?

IP: *Ja. Det synes jeg faktisk det gør. Gider ikke og gå og..*

I: Nej, okay

IP: *Der har jeg fået det meget godt*

I: Ja. Men den der træning, kan du så mærke lige med det samme at det føles rart?

IP: *Ja*

I: Okay. Slår du så hjernen helt fra?

IP: *Ja*

I: Tænker du på noget?

IP: *Jamen, jeg tænker på de ting, der sker, får styr på nogen ting, som jeg ikke har styr på, og ting, som jeg ikke synes er i orden. På den måde får jeg ro. Hvis jeg ikke kommer ud og træne, så bliver jeg sindssyg af det.*

Oversigt over bilag på vedlagte data cd

Bilag 1: Output SPSS. Frekvenstabeller SUSY 1994, 2000, 2005, 2010

Bilag 2: Output SPSS. Univariate logistiske regressioner SUSY 1994

Bilag 3: Output SPSS. Univariate logistiske regressioner SUSY 2000

Bilag 4: Output SPSS. Univariate logistiske regressioner SUSY 2005

Bilag 5: Output SPSS. Univariate logistiske regressioner SUSY 2010

Bilag 6: Output SPSS. Multiple logistiske regressioner SUSY 1994, 2000, 2005, 2010, minimalmodel.

Bilag 7: Output SPSS. Multiple logistiske regressioner SUSY 2000, 2005. Udvidet model A og B.

Bilag 8: Output SPSS. Faktoranalyse, skala for risikoadfærd for spiseforstyrrelse

Bilag 9: Kodning i SPSS syntax

Bilag 11: Output SPSS. Logistisk regression til bortfaldsanalyse

Bilag 12: Eksempel på udregning af den mentale helbredsscore i SAS på baggrund af sf-12 version 1.

Bilag 13: Output SPSS. Unge mænds og kvinders risiko for dårlig mental sundhed i forhold til befolkning

Bilag 14: Output SPSS unge mænds og kvinders risiko for forskellige typer af overgreb i forhold til resten af befolkningen

Bilag 15: Tabel 2a: Stikprøvens repræsentativitet i forhold til andelen af unge mænd og kvinder i befolkningen 1994-2010.

Bilag 16: Figur 2a: Stikprøvens repræsentativitet i forhold til resten af befolkningen før og efter beregning af den mentale helbredsscore

Bilag 17: Tabel 3a og 4a: Logistisk regression på sandsynligheden for bortfald på den mentale helbredsscore i forhold til undersøgte risikofaktorer.

Bilag 18: SPSS output til tabel 1; sammenhæng mellem mental sundhed og psykisk sygdom

Bilag 19: SPSS output til tabel 15; sammenhæng mellem 'årsager til at dyrke motion' og mental sundhed.

Litteraturliste

A

Agresti & Finlay 1997: *Statistical methods for the social sciences*

Affleck, D. J. 2000: *Women's experiences of their bodies – understanding the connection between feminist consciousness, body image and eating disorders. 'Humanities and social sciences' Juli 2000, pp.94*

Antonovsky, A. 2000: *Helbredets mysterium – At tåle stress og forblive rask*

C

CeFu 2010: *Når det er svært at være ung - unges trivsel og mistrivsel i tal*. Red. Nielsen et al

CeFu 2011: *Når det er svært at være ung – unges beretninger om mistrivsel og ungdomsliv*. Red. Nielsen et al

B

Barry M. M. & Jenkins R. 2007: *Implementing Mental Health Promotion*

Bauman Z. 2005: *Liquid Life*

Bourdieu, P. 1998: *Den maskuline dominans*

Blankholm U. 2007: *Hvem er de ensomme unge?* Kapitel 6 i 'Der er bare ikke rigtig nogen - en antologi om unge og ensomhed. Red. Wiborg A.

Bowlby J. 1988: *En sikker base*

Butler J. 1990: *Gender Trouble*

D

Danmarks Statistik 2010: *Statistisk Årbog 2010*

De Vaus D. 2002: *Surveys In Social Research – 5th Edition*

Danmarks statistik 2011: *Statistisk årbog 2011*

E

Erikson M. et al 2005: *Antonovskys sense of coherence scale and the relation with health – a systematic review.*

Emborg, C. 2001 'Dødelighed og årsager til død hos patienter med spiseforstyrrelser i Danmark, 1970-1993'. *Ugeskrift for Læger* 2001;163(26):3459.

F

Filges, T. 2006: *Kroppen som monitor. I 'De bedste af de bedste' CeFu*

Frost, L. 2001: *Young Women and the Body- a feminist sociology*

Fonagy P. G. G. 2007: *Affektregulering, mentalisering og selvets udvikling*

G

Gordon, R. A. 1990: *Anorexia and Bulimia – anatomy of a social epidemic*

Giddens, A. 1996: *Modernitet og selvidentitet*

Gimmler, A. 2007 (forelæsningsnoter fra 7.semesters kursus i videregående sociologisk teori)

H

Honneth, A. 2009a: *Foragters sociale dynamik*. I 'Axel Honneth - behovet for anerkendelse'. Red. Willig R.

Honneth, A. 2009b: *Usynlighed*. I 'Axel Honneth - behovet for anerkendelse'. Red. Willig R.

Honneth, A. 2009c: *Krænkelser; den interne sammenhæng mellem moral og anerkendelse*. I 'Axel Honneth - behovet for anerkendelse'. Red. Willig R.

Hammershøj, L. G. 2005: *Anoreksi som afsindigt selvdannelsesprojekt – diagnose af en social epidemi*. I " Sociale patologier" red. Willig, R.; Østergaard, M.

Helweg-Larsen et al 2003: *Ung og køn - kønsperspektivet i unges trivsel og sundhedsadfærd i starten af det 21.århundrede*

Hosman CMH, 1997: *'The concept of mental health promotion'*. I Lorang E .(ed). Impact of family, school and media on the well-being of children and adolescents.

I

Ingholt, L. 2006: *Rygefællesskaber*. I 'de bedste af de bedste' CeFu

J

Jensen J. M.; Knudsen T. 2006: *Analyse af spørgeskemadata med SPSS*

Johnsen C. B. 2010: *En undersøgelse af faktorer knyttet til mentalt helbred blandt unge danske kvinder*

Johansson T. 2010: *Unge, krop og ydre*. I 'Den svære ungdom'. Red. Nielsen et al

K

Kolind T. et al 2010: *Unge rusmidler og sociale netværk*

Keyes CLM. 2005: *Mental illness and or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health.*
I 'J Consult Clin psychol, 73(3):539-48.

Koch I. 2010: *Unge og ungdomsproblemer – jeg er så flov.* I 'Den svære ungdom' red. Nielsen et al

L

Lazarus, R. S. 2009: *Stress og følelser – en ny syntese*

Lasgaard M. 2007: *Et ungdomsliv på egen hånd – introduktion til forskning i ensomhed blandt unge*

Lasgaard 2010: *Unge og ensomhed – den endeløse ensomhed*

M

Møhl B. 2010: *Unge og Cutting.* I 'Den svære ungdom' Red. Nielsen et al

N

National Institute of clinical excellence (NICE) 2007: *Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults.*

Nielsen et al 2010: *Den svære ungdom – 10 eksperter om unges trivsel og mistrivsel*

O

Ottosen et al 2010: *Børn og unge i Danmark – Velfærd og trivsel 2010 (SFI)*

S

Simonsen et al 2006: *Ungdom, kompetence og identitet. 'de bedste af de bedste' CeFu*

Skårderud, F. 2001: *Uro – en rejse i det moderne selv*

SIF 2008: *Unge og kærestevold i Danmark - en landsdækkende undersøgelse af omfang, karakter og følger af vold blandt 16-24 årige med fokus på vold i kæresteforhold*

SIF 2007: *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007*

Sundhedsstyrelsen 2007: *Stress i Danmark – hvad ved vi?*

Sundhedsstyrelsen 2008: *Fremme af mental sundhed, begreb og determinanter*

Sundhedsstyrelsen 2009: *Fremme af mental sundhed – eksempler, muligheder og barrierer*

Sundhedsstyrelsen 2010: *Mental sundhed blandt voksne danskere*

Sundhedsstyrelsen 2011a: *National sundhedsprofil unge 2011*

Sundhedsstyrelsen 2011b: *Psykisk mistrivsel blandt 11 til 15 årige – bidrag til belysning af skolebørns mentale sundhed*

Sundhedsstyrelsen 2011c: *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*

I

Nana, T. 2010: 'Generation Y – Kvalddygtige primadonnaer' i 'Ungdomsforskning – igennem 10 år'. CeFu

V

Ventilen 2007: *Der er bare ikke rigtig nogen – en antologi om unge og ensomhed*

VicHealth 2005: *A plan for action 2005 – 2007. Promoting Mental Health and wellbeing*

Videbech, P. 14.marts 2012: *Motion og depression* (<http://www.netdokter.dk/sygdomme/fakta/motiondepression.htm>)

W

Waadegaard, M. 2002: *Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser blandt danske kvinder*

WHO 2001: *The world report 2001. Mental Health. New Understanding, New Hope.*

WHO 2004a: *Promoting Mental Health.* Af: Hermann, H., Saxena, S. & Moodie, R. (eds.).

WHO 2004b: *Prevention of Mental Disorders. Effective interventions and policy options.*

WHO 2005a: *Mental Health Action Plan for Europe - Facing the Challenges, Building Solutions.*

Winther-Jensen, L. 2008: *Morgiane syndromet – om kvinders angst for at træde frem*

White, K.2009: *An introduction to the Sociology of health and illness. Second edition*

Willig R. 2009: *Honneths socialfilosofiske tradition.* I 'Axel Honneth – behovet for anerkendelse' red. Willig R.

Z

Zøllner L. 2002: *Unges (mis)trivsel*. Center for ungdomsforskning. Odense

Zøllner L. et al. 2009: *Unges selvmordstanker og selvmordsadfærd*

Zøllner, L. 2006: *Når sammenhængen brister. 'de bedste af de bedste' CeFu*

Netsteder

Videbech.dk

Sst.dk

Cefu.dk

Dst.dk

Sf36.org

Ungeshverdag.dk

Summary

Since 1994 there has been an increase in the number of young women with bad mental health in the Danish population. In 2005 18 % of young Danish women had bad mental health, whereas the proportion among the young men where 7 %. From 2005 to 2010 there have however also been an increasing number of young men with bad mental health. In my master thesis I therefore wanted to investigate the development from 1994 to 2010 in relations between a number of 'risk factors' and bad mental health among young Danish men and women. The 'risk factors' chosen for analysis included: 'lack of recognising and supportive relations', 'different kinds of experiences with violence and abuse during last 12 months', 'instability during upbringing', 'durable problems and strains during upbringing', 'lack of confidence in ability to manage existence', 'economic problems', 'problematic relationship to food and body image', 'level of physical activity during leisure time', 'weight', 'disease', 'occupation', 'cohabitation', 'and parenthood'. The data on which the analysis was performed included the Danish national health survey (SUSY) from 1994, 2000, 2005 and 2010. The investigated population consisted of men and women that where 16 to 24 years of age, in 1994, 2000, 2005 and 2010.

The theoretical framework applied for recognising changes of possible significance to the increasing number of young women (and young men from 2005-) with bad mental health, consisted mainly of Honneth A.'s 'theory of recognition' (2001) and Antonovsky A.'s theory of 'salutogenesis' (1987). However theory of individualization was also applied in the interpretation of results from the statistical analysis. Univariate and multiple logistic regressions were applied in analysis of data, and performed I SPSS.

Conclusions reached on this basis indicated that the increasing number of young Danish women with bad mental health can be linked to an increasing vulnerability among young Danish women who experience 'lack of recognising and supportive relations', 'instability during upbringing', 'durable problems and strains during upbringing', and 'different kinds of experiences with violence and abuse in last 12 months'. Conclusions also indicated that the higher proportion of young women than young men with bad mental health could be linked to a higher degree of vulnerability among women when exposes to a number of the investigated risk factors, including 'lack of recognising and supporting relations', 'instability during upbringing', 'durable family conflicts during upbringing', and 'different kinds of experiences with violence and abuse during last 12 months'.

However the investigation of data also indicated that from 2005 to 2010 young men seems to 'takeover' a number of typical 'girl problems', such as 'lack of recognising and supportive relations', 'anxiety', 'depressive symptoms', and 'stress', which can be linked to the increasing number of young men with bad mental health from 2005 to 2010.

Appendix

SF-12 version 1 og 2

1 Hvordan synes de deres helbred er alt i alt?

☐ Fremragende ☐ Vældig godt ☐ Godt ☐ Mindre godt ☐ Dårligt

De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er de på grund af deres helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget?

2 Lettere aktiviteter såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle:

☐ Ja, meget begrænset ☐ Ja, lidt begrænset ☐ Nej, slet ikke begrænset

3 At gå flere etager op ad trapper:

☐ Ja, meget begrænset ☐ Ja, lidt begrænset ☐ Nej, slet ikke begrænset

Har de indenfor de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med deres arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af deres fysiske helbred?

4 Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville:

☐ hele tiden ☐ det meste af tiden ☐ noget af tiden ☐ lidt af tiden ☐ på intet tidspunkt

5 Jeg har været begrænset i, hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre:

☐ hele tiden ☐ det meste af tiden ☐ noget af tiden ☐ lidt af tiden ☐ på intet tidspunkt

Har de indenfor de sidste 4 uger haft nogen af følgende problemer med deres arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?

6 Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville:

☐ hele tiden ☐ det meste af tiden ☐ noget af tiden ☐ lidt af tiden ☐ på intet tidspunkt

7 Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer:

☐ hele tiden ☐ det meste af tiden ☐ noget af tiden ☐ lidt af tiden ☐ på intet tidspunkt

8 Indenfor de sidste 4 uger hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort deres daglige arbejde (både arbejde udenfor hjemmet og husarbejde)?:

☐ Slet ikke ☐ Lidt ☐ Noget ☐ En hel del ☐ Virkelig meget

Disse spørgsmål handler om, hvordan de har haft det de sidste 4 uger. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger:

9 Har de følt dem rolig og afslappet?

☐ Hele tiden ☐ Det meste af tiden ☐ Noget af tiden ☐ Lidt af tiden ☐ På intet tidspunkt

10 Har de været fuld af energi?

☐ Hele tiden ☐ Det meste af tiden ☐ Noget af tiden ☐ Lidt af tiden ☐ På intet tidspunkt

11 Har de følt dem trist til mode?

☐ Hele tiden ☐ Det meste af tiden ☐ Noget af tiden ☐ Lidt af tiden ☐ På intet tidspunkt

12 Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har deres fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (fx besøge venner, slægtninge osv.)?:

☐ Hele tiden ☐ Det meste af tiden ☐ Noget af tiden ☐ Lidt af tiden ☐ På intet tidspunkt

Nyt i SF-12 version 2, som er anvendt første gang i 2010:

Sp. 4-7 har i stedet for svarmulighederne [ja] og [nej] svarmulighederne: [hele tiden] [det meste af tiden] [noget af tiden] [lidt af tiden] og [på intet tidspunkt].

Oversigt over anvendte variable fra SUSY undersøgelserne 1994-2010, rekodningen af disse, samt placering på SUSY skemaer.

Alder

Aldvintr=alder ved interview(16+) (beregnet ud fra angivet fødselsdata på interviewskema)

Køn

GENDER= (1=mand, 2=kvinde) (genereret ud fra cpr. Register)

Den mentale helbredsscore

D1030= Mental helbredsscore (0-100) (genereret af sundhedsstyrelsen baggrund af SF-12 items i de enkelte undersøgelsesår, i 2010 på baggrund af SF-12 v.2)

Anerkendelse i privatsfæren

Sker det nogensinde at de er alene selvom de egentlig mest havde lyst til at være sammen med andre?

☐ Ja, men sjældent(3) ☐ Ja, en gang imellem(2) ☐ Ja, ofte(1) ☐ nej(4)

Angivelse af spørgsmålets nummer, samt skema placering i de enkelte SUSY undersøgelser:

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema	65	60	58	61
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Rekodning: ((1+2=1; 3+4=0) 1=Ofte eller af og til uønsket alene; 0= Aldrig eller sjældent uønsket alene)

*Hvis de bliver syge og har brug for hjælp til praktiske problemer, kan de da regne med hjælp fra andre?*⁷

☐ Ja, helt sikkert(1) ☐ Ja, måske(2) ☐ nej(3) ☐ Ved ikke (8)

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema	64	59	57	64
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Rekodning: ((1+3=1; 1=0) 1=regner ikke helt sikkert med hjælp fra andre; 0=regner helt sikkert med hjælp fra andre)

Har de nogen at tale med, hvis de har problemer eller har brug for støtte(kun i SUSY 2005)?

☐ Ja, altid(1) ☐ Ja, for det meste(2) ☐ Ja, nogen gange(3) ☐ nej, aldrig eller næsten aldrig(4)

☐ Ved ikke (8)

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema			59	
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Rekodning: ((2+3+4=1; 1=0) 1=Har ikke altid nogen at tale med om problemer; 0= Har altid nogen at tale med om problemer).

Er der nogen i deres familie eller blandt deres venner, der kræver for meget af dem i deres hverdag(kun i SUSY 2005)?

☐ Ja, altid(1) ☐ Ja, for det meste(2) ☐ Ja, nogen gange(3) ☐ nej, aldrig eller næsten aldrig(4)

☐ Ved ikke (8)

⁷ i 2010 er der i parentes tilføjet: med andre menes der personer du ikke bor sammen med.

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema			60	
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Rekodning: ((1+2=1;3+4=0) 1=Oftentimes der kræver for meget; 0= kun sjældent eller aldrig nogen der kræver for meget)

Krænkelser af den kropslige integritet(SUSY 2000)

Indledende tekst: *De næste spørgsmål vedrører udsættelse for vold og seksuelle overgreb*

Er de som voksen nogensinde blevet udsat for en eller flere af følgende former for vold?

- a) Skubbet, rusket eller slået med let hånd
- b) Sparket, slået med knyttet hånd eller genstand
- c) Kastet ind i møbler, vægge, ned ad trappe el. lign.
- d) Kvælningsforsøg, angreb med kniv eller skydevåben
- e) anden form for vold

☐ Ja, indenfor sidste 12 mdr.(1) ☐ Ja, tidligere (2) ☐ nej(3) ☐ Ved ikke(8)

Hvis anden form for vold, skriv hvad:

Rekodes således at 1 indikerer udsættelse for en eller flere af ovenstående voldsformer indenfor seneste år, og 0 indikerer at man ikke har været udsat for en eller flere af ovenstående voldsformer indenfor seneste år.

Er de som voksen nogensinde blevet udsat for trusler om vold, der var så alvorlige, at de blev bange?

☐ Ja, indenfor sidste 12 mdr.(1) ☐ Ja, tidligere (2) ☐ nej(3) ☐ Ved ikke(8)

Rekodes således at 1 indikerer udsættelse for trusler om vold indenfor seneste år, og 0 indikerer at man ikke har været udsat for trusler om vold indenfor seneste år.

Er de nogensinde blevet tvunget eller forsøgt tvunget til nogen form for seksuel aktivitet?

- ☐ Ja, som barn (<13 år) (1=ja, 2=nej; 8=Ved ikke)
- ☐ Ja, som ung (13-17 år) (1=ja, 2=nej; 8=Ved ikke)
- ☐ Ja, som 18-årig eller ældre (1=ja, 2=nej; 8=Ved ikke)
- ☐ nej (1=ja, 2=nej; 8=Ved ikke)

Hvis ja til tvunget eller forsøgt tvunget til seksuel aktivitet som 18-årig eller derover:

Er det sket indenfor det seneste år?

☐ Ja(1) ☐ nej(2) ☐ Ved ikke (8)

Rekodes således at 1 indikerer udsættelse for tvang eller forsøg på tvang til form for seksuel aktivitet indenfor seneste år, og 0 indikerer at man ikke har været tvunget eller forsøgt tvunget til seksuel aktivitet indenfor seneste år.

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema				
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2			34,35,37,37a	

Krænkelser af den kropslige integritet(SUSY 2005)

Indledende tekst: *Er de indenfor det seneste år blevet udsat for en eller flere af følgende former for fysiske og seksuelle overgreb?*

Fysiske overgreb

1. Trusler om fysisk skade
2. Skubbet, revet, rusket, slået med flad hånd eller lignende
3. Sparket slået knyttet hånd eller genstand
4. Kastet ind i møbler, vægge, ned ad trappe eller lignende
5. Udsat for kvælningsforsøg, angrebet med kniv eller skydevåben

Seksuelle overgreb

6. Ubehagelig seksuel beføling, blotteri eller lignende
7. Forsøg på tvunget samleje

8. Gennemført tvunget samleje

9. Andre seksuelle overgreb

☐ Ja (hvis ja angiv antal gange) (1) ☐ nej(5)

Spm. 1-5 rekodes således at 1 indikerer udsættelse for en eller flere af ovenstående voldsformer indenfor seneste år, og 0 indikerer at man ikke har været udsat for en eller flere af ovenstående voldsformer indenfor seneste år.

Spm. 6 rekodes således at 1 indikerer udsættelse for ubehagelig seksuel beføling eller lign. indenfor seneste år, og 0 indikerer at man ikke har været udsat for ubehagelig seksuel beføling eller lign. indenfor seneste år.

Spm. 7-9 rekodes således at 1 indikerer udsættelse for tvang eller forsøg på tvang til form for seksuel aktivitet indenfor seneste år, og 0 indikerer at man ikke har været tvunget eller forsøgt tvunget til seksuel aktivitet indenfor seneste år.

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema				
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2			60	

Ustabilitet under opvækst (Kun i SUSY 2000 og 2005)

Hvem boede de sammen med da de var i 14-års alderen? (angiv flere kryds)

- ☐ a) Biologisk far (adoptivfar, plejefar) (1=ja, 2=nej, 8=ved ikke)
- ☐ a) Biologisk mor (adoptivmor, plejemor) (1=ja, 2=nej, 8=ved ikke)
- ☐ c) Fars nye ægtefælle, kæreste, samlever (1=ja, 2=nej, 8=ved ikke)
- ☐ d) Mors nye ægtefælle, kæreste, samlever (1=ja, 2=nej, 8=ved ikke)
- ☐ e) Søskende (1=ja, 2=nej, 8=ved ikke)
- ☐ f) Andre voksne (1=ja, 2=nej, 8=ved ikke)

På baggrund af ovenstående spm. rekodes således at 0 indikerer at man boede i en kernefamilie ved 14 år; 1 indikerer at man boede i en sammenbragt familie ved 14 år (biologisk far eller mor og en af disse nye samlevende) 2 indikerer at man boede med en biologisk far eller mor (enlig forælder); og 3 indikerer at man ikke boede med hverken biologisk far eller mor (anden boform).

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema		19	18	
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Langvarige belastninger under opvækst (Kun i SUSY 2005)

Har de i løbet af deres barndom og ungdom være udsat for nogle af følgende alvorlige begivenheder?

1. Langvarig sygdom hos en af deres forældre?
2. At være anbragt borte fra deres hjem?
3. Langvarige familiekonflikter?
4. Langvarig arbejdsløshed hos deres far eller mor?
5. Langvarige økonomiske problemer i familien?

☐ Ja (1) ☐ nej(5)

På baggrund af ovenstående spm. 1-5 kodes der for hver enkelt spørgsmål en indikator variabel med værdier 0 og 1, hvor 0 indikerer at man ikke har været udsat for begivenheden og 1 indikerer at man har været udsat for begivenheden.

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema				
Selvadministreret skema 1			21	
Selvadministreret skema 2			20	

Tro på egne evner til at håndtere tilværelsen 2005 (SUSY i 2005)

Synes de at de lever op til deres egne forventninger?

- ☐ I meget høj grad (1)
- ☐ I høj grad(2)

- ☐ I nogen grad(3)
☐ I ringe grad(4)
☐ I meget ringe grad(5)
☐ Ved ikke (8)

Rekodning: ((1+2=0; 3+4+5=1) 0=lever ikke i høj grad op til egne forventninger; 0 indikerer at man i høj grad lever op til egne forventninger).

Indledende tekst: Nedenfor er der en række udsagn og fremtiden. Angiv venligst hvor enig eller uenig de er i hvert udsagn:

5. Det bliver nemmere at tackle problemer med alderen

6. Jeg tror jeg kommer til at nå de mål jeg har sat mig

7. Jeg vil altid synes, mit liv er værd at leve

- ☐ Helt enig(1) ☐ Overvejende enig(2) ☐ Hverken enig eller uenig(3) ☐ Overvejende uenig(4) ☐ Helt uenig(5)

Rekodning spm. 5 ((1+2=0; 3+4+5=1) 1 indikerer at man ikke i høj grad mener problemer bliver nemmere at tackle med alderen, mens 0 indikerer at man i høj grad tror problemer bliver nemmere at tackle med alderen).

Rekodning spm. 6 ((1+2=0; 3+4+5=1) 1 indikerer at man ikke i høj grad mener man kommer til at nå mål, mens 0 indikerer at man i høj grad mener man kommer til at nå mål).

Rekodning spm. 7 ((1+2=0; 3+4+5=1) 1 indikerer at man ikke i høj grad mener ens liv altid vil være værd at leve, mens 0 indikerer at man i høj grad mener ens liv altid vil være værd at leve).

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema				
Selvadministreret skema 1			33,38	
Selvadministreret skema 2			38	

Økonomi (SUSY 2000,2005)

Hvor ofte er det sket, at de indenfor det sidste år har haft svært ved at betale deres regninger?

- ☐ Hver måned (1) ☐ ca. halvdelen af året måneder (2) ☐ Nogle få måneder (3) ☐ Aldrig (4) ☐ Ved ikke (8) ☐ Uoplyst (9)

Rekodning: ((1+2+3=1;4=0) 1=oplever at have svært ved at betale regninger; 0 har ikke svært ved at betale regninger).

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema		116	198	
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Risikoadfærd for spiseforstyrrelse(SUSY 2005)

Indledende tekst: De næste spørgsmål handler om deres holdning til deres krop, vægt og spisevaner. Sæt kryds ud for det, der passer bedst til, hvordan de har det, eller hvad de gør.

1. Jeg får dårlig samvittighed når jeg spiser slik

2. Jeg er på slankekur

3. Jeg er tilfreds med mine spisevaner

4. For at tabe mig eller undgå at tage på i vægt, bruger jeg slankepiller eller slankepulver

6. jeg kaster op for at komme af med det jeg har spist

7. Det er ubehageligt for mig at spise sammen med andre

8. Jeg er bange for, at jeg ikke kan holde op med at spise når jeg først er begyndt

9. Jeg er tilfreds med mig selv

- ☐ Meget ofte (1) ☐ Ofte (2) ☐ Sjældent (3) ☐ Aldrig (4)

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema				
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2			29	

På baggrund af spm. 1-3; og 5-9, er der konstrueret en faktor baseret skala med værdier 0 og 1, hvor 1 indikerer adfærd forbundet med risiko for spiseforstyrrelse, mens 0 indikerer at man ikke har risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelse)

Risikobetonet sundhedsadfærd

Ryging

RYGEADFR= Ryger ikke cigaretter (1), Ryger dagligt 1-4 cigaretter (2), Ryger dagligt 5-14 cigaretter(3), Ryger dagligt 15+ cigaretter (4), aldrig røget (5), tidligere ryger (6) (udregnet på baggrund af spørgsmål på interviewskema).

Rekodes således at 1 indikerer at man ryger dagligt, mens 0 indikerer at man ikke ryger.

Alkohol (SUSY 1994)

DRUKDAG (1994,2000)= antal genstande i gennemsnit pr. dag (0+) (genereret ud fra spm. på interviewskema)

På baggrund af denne kodes der to nye variable hvor 1 indikerer at man drikker over henholdsvis 7 og 14 genstande ugentligt, og 0 indikerer at man ikke drikker over henholdsvis 7 og 24 genstande ugentligt

Alkohol (SUSY 2000, 2005, 2010)

DRUKUGE2(2000) = antal genstande sidste uge (0+)

På baggrund af denne kodes der to nye variable hvor 1 indikerer at man drikker over henholdsvis 7 og 14 genstande ugentligt, og 0 indikerer at man ikke drikker over henholdsvis 7 og 24 genstande ugentligt

Hash(SUSY 1994)

Har de prøvet at ryge hash?

☐ Ja, seneste måned(2) ☐ Ja, indenfor seneste år(3) ☐ Ja, tidligere(4) ☐ nej, Aldrig(1) ☐ Ved ikke(8) ☐ Vil ikke svare(5)

☐ Uoplyst (9)

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema	93			
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Rekodes således at 1 indikerer at man har røget hash indenfor seneste md. mens 0 indikerer at man ikke har røget hash indenfor seneste måned.

Stoffer(SUSY 1994)

(1994)Har de prøvet at tage narkotiske stoffer (fx amfetamin, speed, kokain, crach, LSD, heroin)?

☐ Ja, seneste måned(2) ☐ Ja, indenfor seneste år(3) ☐ Ja, tidligere(4) ☐ nej, Aldrig(1) ☐ Ved ikke(8) ☐ Vil ikke svare(5)

☐ Uoplyst (9)

Rekodes således at 1 indikerer at man har taget et stof indenfor seneste md. mens 0 indikerer at man ikke har taget et stof indenfor seneste måned.

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema	95			
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Illegale rusmidler (SUSY 2000,2005,2010)

Har de nogensinde prøvet et eller flere af følgende stoffer? (hvis ja angives i 2005 også alder ved første gang et eventuelt stof blev prøvet)

☐ a. Hash

☐ b. Amfetamin (speed)

☐ c. Ecstasy

☐ d. Kokain

☐ e. LSD

☐ f. Heroin

☐ g. Svampe med euforiserende virkning (philocybin svampe)

☐ h. Andre stoffer (hvis andre angiv hvilke:_____)

☐ Ja, seneste md.(2) ☐ Ja, indenfor seneste år (men ikke seneste md)(3) ☐ Ja, tidligere (men ikke seneste år)(4) ☐ nej, Aldrig(1) ☐ Ved ikke (8,9)

Spm. a rekodes således at 1 indikerer at man har røget hash indenfor seneste md. mens 0 indikerer at man ikke har røget hash indenfor seneste måned.

Spm. b-h rekodes således at 1 indikerer at man har taget et stof indenfor seneste md. mens 0 indikerer at man ikke har taget et stof indenfor seneste måned.

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema				
Selvadministreret skema 1		6	22,22a	
Selvadministreret skema 2		23	21,21a	

Fysisk aktivitet i fritid

Hvis vi ser på det sidste år, hvad ville de så sige passer bedst som beskrivelse af deres aktivitet i fritiden?

- ☐ Træner hårdt og driver konkurrence idræt regelmæssigt og flere gange om ugen (1)
- ☐ Dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde mindst 4 timer om ugen(2)
- ☐ Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge (medregnet også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)(3)
- ☐ Læser, ser på fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse(4)
- ☐ Ved ikke(8)

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema	80	80	83	47
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Rekodes således at 1 indikerer at man overvejende er stillesiddende i fritiden, og 2 indikerer at man dyrker hård motion i fritiden. Øvrige dominerende aktivitetsformer i fritiden får værdien 0 da disse er de mest hyppige.

Vægt

BMI= Body Mass Index (string variable)

Rekodes således at 1 indikerer overvægt (bmi>30) 2 indikerer undervægt (bmi<18) og normalvægtige får værdien 0.

Sygdom

Har de nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse?

- ☐ Ja (1) ☐ Nej(2) ☐ ved ikke(8)

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema	21	24	23	13
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Rekodes således at 1 indikerer at man har en form for langvarig lidelse eller funktionsnedsættelse, mens 0 indikerer fravær af dette.

Anerkendelse i den solidariske sfære (SUSY 1994)

SOC8A= socioøkonomisk placering i 1994 (Selvstændig (1,2,3); Funktionær (4,5,6); Faglært arbejde (7); Ikke faglært arbejde (8); Lønmodtager uden nærmere angivelse (9); Under uddannelse (10); Alderspensionist (11); Førtidspension (12); Husmor (13); Arbejdsløs (14); Andet (15)) (Genereret på baggrund af spm. på interviewskema).

Rekodes således at 1 indikerer at man er uden beskæftigelse og 0 indikerer at man enten arbejder eller studerer.

Beskæftigelse (SUSY 2000, 2005, 2010)

SOCIO= socioøkonomiske placering i 2000 og 2005 (113,114=selvstændig; 120=medhjælpende ægtefælle; 131=topledere; 132,133,134,135=lønmodtagere; 200=arbejdsløs, 310=uddannelsessøgende; 321=førtidspension; 322=folkepension, 323=efterlønsmottager; 330=andre udenfor arbejdsmarkedet; 999=Uoplyst/ej placerbar).

Rekodes således at 1 indikerer at man er uden beskæftigelse og 0 indikerer at man enten arbejder eller studerer.

Samlivsforhold

SAMLIV1= Gift (1), Samlevende (2), Skilt (3), Enke (4), Ugift (5), registreret parforhold (6), uoplyst (8) (genereret ud fra spm. på interviewskema)

Rekodes således at 1 indikerer at man er gift eller samlevende og 0 indikerer at man hverken er gift eller samlevende.

Hjemmeboende børn (SUSY 1994)

(1994) **Allerførst vil jeg gerne have oplyst køn og alder for hvert af deres hjemmeboende børn på 15 år eller derunder (variabel navn=iv709).**

☐ Alder ældste barn ☐ Dreng ☐ Pige ☐ Uoplyst (99) ☐ Irrelevant (100)

☐ Alder næstældste barn ☐ Dreng ☐ Pige ☐ Uoplyst (99) ☐ Irrelevant (100)

☐ Alder 3.ældste barn ☐ Dreng ☐ Pige ☐ Uoplyst (99) ☐ Irrelevant (100)

☐ Alder 4.ældste barn ☐ Dreng ☐ Pige ☐ Uoplyst (99) ☐ Irrelevant (100)

Rekodes således at 1 indikerer at man har hjemmeboende børn og 0 indikerer at man ikke har hjemmeboende børn.

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema	96			
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Hjemmeboende børn (SUSY 2000)

Hvor mange børn på 15 år eller derunder bo der i denne husstand? (1=børn hjemme, 2=har ikke hjemmeboende børn, 9=uoplyst).

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema		4a		
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Rekodes således at 1 indikerer at man har hjemmeboende børn og 0 indikerer at man ikke har hjemmeboende børn.

Hjemmeboende børn (SUSY 2005)

Hvor mange hjemmeboende børn på 15 år eller derunder har de? Der er tale om deres egne eller deres ægtefælle/samlevers hjemmeboende børn på 15 år eller derunder.

(0+= hjemmeboende børn; 88=ved ikke).

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema			5a	
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Rekodes således at 1 indikerer at man har hjemmeboende børn og 0 indikerer at man ikke har hjemmeboende børn.

Mistrivsel indikatorer

Føler de dem stresset i deres dagligdag?

☐ ja, for det meste (1) ☐ Ja, af og til (2) ☐ nej (3) ☐ Ved ikke (8)

Tekst: Har de indenfor de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag.

f. ængstelse, nervøsitet, uro og angst

g. søvnbesvær, søvnproblemer

h. nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig

☐ ja, meget generet (1) ☐ Ja, lidt generet (2) ☐ Ja, gener uoplyst (3) ☐ Nej (4)

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema	20,32	23,31	22,34	12
Selvadministreret skema 1				
Selvadministreret skema 2				

Stressskala 'percieved stressscale' (SUSY 2000, 2005)

1. Hvor ofte er du blevet bragt ud af det over noget, der skete uventet?

2. Hvor ofte har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?

3. Hvor ofte har du følt dig nervøs eller stresset?

4. Hvor ofte har du følt dig sikker på, at du var i stand til at klare dine personlige problemer? a

5. Hvor ofte har du følt at tilværelsen formede sig efter dit hoved? a

6. Hvor ofte har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alt det du skulle?

7. Hvor ofte har du været i stand til at håndtere dagligdagens irritationsmomenter? a

8. Hvor ofte har du følt, du havde styr på tingene? a

9. Hvor ofte er du blevet vred over ting, du ikke var herre over?

10. Hvor ofte har du følt, at problemerne hobede sig op, så du ikke kunne magte dem?

☐ aldrig (1) ☐ næsten, aldrig (2) ☐ En gang imellem (3) ☐ Ofte (4) ☐ Meget ofte (5)

Kodning af stresskala: spm. nr. 4-5, 7-8 rekodes således ((1=5)(2=4)(3=3)(4=2)(5=1)). Herefter summeres samtlige svar værdier på alle ti stresskala items, som herefter kan antage værdier mellem 10 og 50. Herefter køres en frekvenstabel, og de 20 procent med højeste værdier defineres som havende 'højt stressniveau' og får kode værdien 1, mens de resterende 80 % defineres som havende 'lavt/moderat' stressniveau og får kode værdien 0. (Udregningsmetoden svarer til sundhedsstyrelsens, Sundhedsstyrelsen 2010:42)

SUSY skemaer 1994-2010	1994	2000	2005	2010
Interviewskema				11
Selvadministreret skema 1			19	
Selvadministreret skema 2			18	

Tabel 1a: Sandsynlighed for dårlig mental sundhed i forhold til psykiske/følelsesmæssige gener 1994-2010

Tabel 1a: Sandsynlighed for dårlig mental sundhed i forhold til psykiske/følelsesmæssige gener 1994-2010

16-24 årige kvinder		Univariat log reg			
		1994	2000	2005	2010
Psykiske/mentale gener*	Generet af nedtrykthed	14,3***	13,1***	15,2***	23,1***
	Generet af uro/ængstelse	8,3	4,2***	5,2***	6,5***
	Generet af søvnbesvær	5,4***	2,5**	2,5***	5,1***
	Oplever at være stresset	5,3***	3,8***	2,4***	
	Højt stressniveau			11,5***	18,3***
16-24 årige mænd					
Psykiske/mentale gener	Generet af nedtrykthed	8,5**	5,1**	10,1***	18,2***
	Generet af uro/ængstelse	(-)	4,9*	5,8**	6,0***
	Generet af søvnbesvær	3,5*	3,1*	6,3***	3,7***
	Oplever at være stresset	4,7**	2,7**	(-)	
	Højt stressniveau			24,8***	26,0***

Kilde: egne beregninger på baggrund af SUSY 1994, 2000, 2005 og 2010

De enkelte undersøgte variable har to mulige svarkategorier, man er enten generet af ex, nedtrykthed eller ej. Se evt. bilag 10 for kodning.

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 (*)