

AALBORG UNIVERSITET

KANDIDATSPECIALE I SOCIOLOGI

# FRA FRIVILLIGHED TIL MENTAL SUNDHED

*En kvantitativ analyse af deltagelse i frivilligt arbejdes betydning for  
unges selvvaluerede helbred og forbrug af antidepressiv medicin*

Udarbejdet af **Alberte Frendrup**

10. semester 2024

Anslag: 140.161

Vejleder: Hans-Peter Y. Qvist

# FORORD

Dette speciale markerer afslutningen på min kandidatuddannelse i sociologi ved Aalborg Universitet. Arbejdet med specialet har været en lærerig og udfordrende proces, som har givet mig mulighed for at fordybe mig i et emne, der ligger mig meget på sinde.

Specialet er udarbejdet i samarbejde med CIVIC-projektet, og jeg vil derfor gerne rette en særlig tak til Lars Skov Henriksen og Hans-Peter Y. Qvist for deres uvurderlige støtte. Tak til Lars for at introducere mig for frivillighedsforskningens felt og for faglig sparring, uundværlig feedback og generelt for et værdifuldt samarbejde gennem min kandidatuddannelse. En stor tak går også til min specialevejleder, Hans-Peter, der gennem hele forløbet har været klar med indsigtsfuld og konstruktiv vejledning. Din ekspertise og tålmodighed er højt værdsat.

En særlig tak går til min familie og mine venner, som har udvist stor forståelse og tålmodighed i de perioder, hvor arbejdet med specialet har krævet min fulde opmærksomhed. Jeres opbakning har betydet mere, end ord kan beskrive.

Jeg håber, at dette speciale kan bidrage til en større interesse i, hvordan frivilligt arbejde, foreningslivet og sociale fællesskaber generelt kan spille en rolle i at forbedre unges mentale sundhed, og at det kan inspirere til yderligere forskning området.

God læselyst.

*Alberte Frendrup*

Aalborg Universitet, maj 2024

# Summary

This master's thesis investigates the relationship between volunteer work, self-rated health, and the use of antidepressant medication among young adults. The primary aim is to explore how different types of motivation for volunteering moderate these relationships. The study addresses a significant gap in existing research by incorporating a longitudinal aspect, specifically tracking antidepressant use over time to minimize selection bias inherent in cross-sectional studies.

The theoretical framework builds on several sociological theories and emphasizes the modern challenges faced by youth. These include the pressures from a performance-oriented society, perfection culture, social media, and other cultural changes, all of which impact mental health. Additionally, it utilizes Peggy Thoits' theory on social support as a mechanism for mitigating stress and enhancing mental health through emotional, informational, and instrumental support. The framework also differentiates between expressive and instrumental motivations to understand their impact on the mental health outcomes of volunteering.

Methodologically, the research employs pooled cross-sectional data from the Danish Volunteer Surveys of 2012, 2017, and 2020. The samples were randomly drawn from individuals aged 16-86 in 2012 and 2017, and 16-89 in 2020. This study focuses specifically on young adults aged 16-34. Data from all three waves were combined to create a comprehensive dataset, significantly increasing the sample size and enhancing the statistical power of the analysis. To add a longitudinal dimension, the study uses the use of antidepressant medication as a regressor variable, allowing for tracking changes over time.

The key findings indicate that while initial analyses showed a positive relationship between volunteering and self-rated health, this was largely explained by socioeconomic, social, and health factors such as student status, income, access to economic help through social networks, and social contact. Both expressive and instrumental motivations positively moderated the relationship between volunteering and self-rated health. A significant negative correlation was found between volunteering and subsequent use of antidepressant medication, even after controlling for previous use and other factors, suggesting potential mental health benefits of volunteering. Additionally, having a high degree of both expressive and instrumental motivation simultaneously was shown to further decrease the need for antidepressants. This suggests that the type of motivation may be less important than the level of motivation for the activity.

The thesis concludes that while volunteering itself may not directly enhance self-rated health, it can significantly reduce the need for antidepressant medication, indicating its potential protective mental health benefits. Notably, this study is the first of its kind to investigate the relationship between volunteering and subsequent use of antidepressant medication among young people. The findings indicate the importance of fostering volunteer opportunities and supportive communities as potential interventions for improving mental health.

# INDHOLDSFORTEGNELSE

|                                                                                                                                                  |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>KAPITEL 1 INTRODUKTION .....</b>                                                                                                              | <b>7</b>  |
| 1.1 MENTAL SUNDHED OG FORBRUG AF ANTIDEPRESSIV MEDICIN BLANDT UNGE .....                                                                         | 7         |
| 1.2 FRIVILLIGT ARBEJDE SOM PROSOCIAL AKTIVITET .....                                                                                             | 8         |
| 1.3 FRIVILLIGT ARBEJDES BETYDNING FOR MENTAL SUNDHED .....                                                                                       | 10        |
| 1.3.1 Hvilke dele af deltagelse i frivilligt arbejde har betydning for mental sundhed? .....                                                     | 12        |
| 1.4 SPECIALETS BIDRAG .....                                                                                                                      | 13        |
| 1.5 BEGREBSAFKLARING .....                                                                                                                       | 15        |
| 1.5.1 Hvad er mental sundhed? .....                                                                                                              | 15        |
| 1.5.2 Aktiv deltagelse i frivillige organisationer .....                                                                                         | 15        |
| <b>KAPITEL 2 VIDENSKABSTEORI .....</b>                                                                                                           | <b>17</b> |
| 2.1 KRITISK RATIONALISME .....                                                                                                                   | 17        |
| 2.2 HYPOTESER SOM BINDELED MELLEM TEORI OG DATA .....                                                                                            | 18        |
| <b>KAPITEL 3 TEORI OG HYPOTESER .....</b>                                                                                                        | <b>19</b> |
| 3.1 DET MODERNE UNGDOMSLIVS UDFORDRINGER .....                                                                                                   | 19        |
| 3.1.1 Præstationssamfundet og nye former for udsathed .....                                                                                      | 19        |
| 3.1.2 Forandringer i sociale relationer og deres indflydelse på social integration .....                                                         | 21        |
| 3.2 SOCIAL STØTTE SOM MEKANISME .....                                                                                                            | 24        |
| 3.2.1 Stress-buffering modellen .....                                                                                                            | 24        |
| 3.3 INSTRUMENTELLE VS EKSPRESSIVE MOTIVER .....                                                                                                  | 25        |
| 3.4 HYPOTESER .....                                                                                                                              | 27        |
| <b>KAPITEL 4 DESIGN OG METODE .....</b>                                                                                                          | <b>29</b> |
| 4.1 POOLED TVÆRSNITSDATA FRA FRIVILLIGHEDSUNDERSØGELSEN OG REGISTERDATA .....                                                                    | 29        |
| 4.2 VARIABLE .....                                                                                                                               | 30        |
| 4.2.1 Afhængige variable .....                                                                                                                   | 30        |
| 4.2.2 Forklarende variable .....                                                                                                                 | 31        |
| 4.2.3 Kontrolvariable .....                                                                                                                      | 32        |
| 4.3 DISKUSSION AF OPERATIONALISERING .....                                                                                                       | 34        |
| 4.4 ANALYSESTRATEGI .....                                                                                                                        | 38        |
| 4.4.1 Logistisk regression som statistisk model .....                                                                                            | 39        |
| 4.4.2 Overvejelser om kausalitet .....                                                                                                           | 41        |
| <b>KAPITEL 5 ANALYSE .....</b>                                                                                                                   | <b>43</b> |
| 5.1 DESKRIPTIV ANALYSE .....                                                                                                                     | 43        |
| 5.1.1 Hvordan adskiller frivillige sig fra ikke-frivillige? .....                                                                                | 47        |
| 5.2 FRIVILLIGT ARBEJDES BETYDNING FOR SELVVURDERET HELBRED .....                                                                                 | 50        |
| 5.2.1 Tidsforbrug på frivilligt arbejde og selvvurderet helbred .....                                                                            | 53        |
| 5.3 FRIVILLIGT ARBEJDES BETYDNING FOR FORBRUG AF ANTIDEPRESSIV MEDICIN .....                                                                     | 56        |
| 5.3.1 Månedligt tidsforbrug på frivilligt arbejde og antidepressiv medicin .....                                                                 | 60        |
| <b>KAPITEL 6 DISKUSSION OG KONKLUSION .....</b>                                                                                                  | <b>64</b> |
| 6.1 BETYDNINGEN AF SOCIOØKONOMISKE, SOCIALE OG HELBREDSMÆSSIGE FAKTORER FOR SAMMENHÆNGEN MELLEM FRIVILLIGT ARBEJDE OG SELVVURDERET HELBRED ..... | 64        |
| 6.2 FRIVILLIGT ARBEJDE KAN POTENTIET NEDSÆTTE BEHOVET FOR ANTIDEPRESSIV MEDICIN .....                                                            | 65        |
| 6.3 ER DET EN BESTEMT TYPE MOTIVATION ELLER GRADEN AF MOTIVATION, DER SPILLER DEN AFGØRENDE ROLLE? .....                                         | 65        |
| 6.4 UNDERSØGELSENS BEGRÆNSNINGER .....                                                                                                           | 67        |
| 6.5 PERSPEKTIVER TIL VIDERE FORSKNING .....                                                                                                      | 69        |
| <b>LITTERATURLISTE .....</b>                                                                                                                     | <b>71</b> |

## Tabeloversigt

|                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tabel 1</b> Oversigt over hypoteser. ....                                                                              | 27 |
| <b>Tabel 2</b> Oversigt over items brugt til at konstruere indeks for ekspressiv og instrumentel motivation.....          | 32 |
| <b>Tabel 3</b> Deskriptive statistikker over anvendte variable i analysen.....                                            | 44 |
| <b>Tabel 4</b> Sammenligning af frivillige og ikke-frivillige.....                                                        | 48 |
| <b>Tabel 5</b> Regression mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selvvurderet helbred.....                             | 51 |
| <b>Tabel 6</b> Regression mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selvvurderet helbred med interaktionsled.....         | 52 |
| <b>Tabel 7</b> Regression mellem tidsforbrug på frivilligt arbejde og selvvurderet helbred. ....                          | 54 |
| <b>Tabel 8</b> Regression mellem tidsforbrug på frivilligt arbejde og selvvurderet helbred med interaktionsled. ....      | 55 |
| <b>Tabel 9</b> Regression mellem deltagelse i frivilligt arbejde og antidepressiv medicin. ....                           | 57 |
| <b>Tabel 10</b> Regression mellem deltagelse i frivilligt arbejde og antidepressiv medicin med interaktionsled. ....      | 59 |
| <b>Tabel 11</b> Regression mellem tidsforbrug på frivilligt arbejde og antidepressiv medicin.....                         | 61 |
| <b>Tabel 12</b> Regression mellem tidsforbrug på frivilligt arbejde og antidepressiv medicin med interaktionsled<br>..... | 62 |

# KAPITEL 1

## INTRODUKTION

### 1.1 Mental sundhed og forbrug af antidepressiv medicin blandt unge

De seneste årtier har været vidne til en bekymrende stigning i forekomsten af mentale og psykosomatiske lidelser i den vestlige verden (World Health Organization 2024). Denne tendens afspejles også blandt unge i det danske samfund, hvor problemer relateret til mental sundhed, bliver stadig mere udbredte. Denne udvikling vækker bekymring, idet mental sundhed spiller en afgørende rolle i unges dagligdag, personlig udvikling og overordnede livskvalitet. Undersøgelser viser, at lav grad af mental sundhed i ungdomsårene øger risikoen for at ende i sårbare situationer senere i livet, herunder risikoen for at havne uden for uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet (Ladekjær et al. 2022; Diderichsen et al. 2011; Benjaminsen et al. 2015). Desuden er mentale helbredsproblemer ofte forbundet med fysisk helbred, og psykiske lidelser i ungdomsårene kan yderligere øge risikoen for psykisk sygdom i voksenlivet (Ottosen et al 2018:242; Sellers et al. 2019).

I Den Nationale Sundhedsprofil fra 2022 bekræftes denne bekymrende udvikling i mental sundhed blandt unge. Resultaterne viser blandt andet en forværring af trivslen blandt unge i alderen 16-24 år over de seneste 11 år (Sundhedsstyrelsen 2022a:32). Blandt andet rapporteres det, at andelen af personer i denne aldersgruppe, der scorer lavt på skalaen for mental sundhed, er markant højere sammenlignet med resten af befolkningen. Mere specifikt viser undersøgelsen, at det er mere end hver tredje kvinde og hver femte mand i alderen 16-24 år, der oplever lav mental sundhed. Endvidere viser resultaterne, at denne aldersgruppe scorer højere på målene for stress, ensomhed og angst sammenlignet med andre aldersgrupper (Sundhedsstyrelsen 2022a:32-47). Derudover er det værd at bemærke, at det især er i denne aldersgruppe, at der ses flest nye sygdomstilfælde af angst og depression (Sundhedsstyrelsen 2022b:196, 220).

På grund af stigningen i mentale helbredsproblemer blandt unge er der i flere tilfælde behov for behandling. For unge bliver disse problemer ofte behandlet medicinsk, hvilket har medført en stigning i anvendelsen af antidepressive lægemidler, som, trods deres klare fordele, ofte er begrænset effektive uden supplerende psykologisk eller psykiatrisk behandling (Noordam et

al. 2015; Hemels et al. 2002; Cuijpers et al. 2009; Brent et al. 2008). Selvom moderne antidepressiv medicin generelt er forbundet med færre bivirkninger end tidligere, kan afhængigheden af denne type medicin være problematisk (Jakobsen et al. 2017). I denne sammenhæng har effektiviteten og sikkerheden ved brug af antidepressiv medicin hos børn og unge, herunder selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI), været genstand for kontroverser og debat, da langvarig brug af SSRI'er er forbundet med risiko for selvmordsrelateret adfærd blandt unge (Hetrick et al. 2012; Christiansen et al. 2016). Dette understreger behovet for at identificere alternative veje til at reducere behovet for antidepressiv medicin. Derudover er det vigtigt at adressere de underliggende årsager til unges mentale udfordringer frem for udelukkende at fokusere på symptombehandling (Jenkinson et al. 2013).

I denne kontekst anbefaler Kubzansky, Epel og Davidson (2023) at integrere prosociale aktiviteter som interventioner i folkesundhedsstrategier. De argumenterer for, at prosocialitet, defineret som handlinger, der har til hensigt at gavne andre, er afgørende for forbedringen af mental og fysisk sundhed. De fremhæver i artiklen, at prosocial adfærd kan afbøde de negative virkninger af stress og modgang. De foreslår derfor, at fremme prosocialitet på befolkningsniveau kan være særligt gavnligt i håndteringen af store samfundsmæssige udfordringer, som for eksempel den stigende tendens til mistrivsel blandt unge. Denne interesse for ikke-medicinske interventioner afspejler en begyndende tendens inden for folkesundhedsforskning, hvor der er en stigende erkendelse af, at sundhedsstrategier bør omfatte mere end blot medicinsk behandling. I denne sammenhæng kan sociologisk forskning spille en afgørende rolle ved at levere dybdegående og værdifuld indsigt i de komplekse aspekter af prosocialitet. Kubzansky og kollegaer fremhæver blandt andet frivilligt arbejde som en form for prosocial aktivitet. I det følgende afsnit vil jeg diskutere, hvorvidt denne antagelse er holdbar i en dansk kontekst.

## 1.2 Frivilligt arbejde som prosocial aktivitet

Det er en udbredt kulturel antagelse, at frivilligt arbejde udgør en form for prosocial aktivitet. Denne opfattelse understøttes af en række internationale studier, der ofte beskriver frivilligt arbejde som en altruistisk handling (Anderson et al. 2014; Piliavin & Siegl 2007; Musick & Wilson 2003). Frivilligt arbejde bliver i denne litteratur, ofte beskrevet som et engagement i meningsfulde opgaver, der eksempelvis gavner lokalsamfund eller hjælper udsatte borgere (Piliavin & Siegl 2007). Selvom frivilligt arbejde traditionelt har været betragtet som et udtryk

for sådanne altruistiske handlinger, og i flere sammenhænge stadig kan opfattes sådan, er der også noget, der tyder på, at det frivillige arbejde i det moderne samfund er forandret (Fridberg & Henriksen 2014:17-18).

I en dansk kontekst ses det blandt andet, at frivilligt arbejde i stigende grad tjener individuelle interesser som personlig udvikling eller erhvervelse af praktisk erfaring, der kan være fordelagtige i karrieremæssige sammenhænge (Henriksen 2014:121). Denne tendens er særlig udtalt blandt unge, hvor motiver relateret til selvudvikling og karrierefremme bliver mere fremtrædende (Zhou & Muscente 2022; Henriksen 2014:127; Qvist 2015:111). Desuden er unge oftere frivillige inden for idrætsområdet, hvilket kan argumenteres for i mindre grad tjener et decideret prosocialt eller altruistisk formål sammenlignet med eksempelvis det sociale område (Hjære & Jørgensen 2018:9). Men selvom frivilligt arbejde i nyere tid ikke nødvendigvis er kendetegnet ved udelukkende altruistiske motiver og dermed ikke altid udgør den form for prosocialitet, som fremhæves i litteraturen, er der stadig aspekter af frivilligt arbejde, der er værd at undersøge nærmere med henblik på at fremme mental sundhed blandt den yngre del af befolkningen. Dette inkluderer blandt andet, at deltagelse i foreninger og frivilligt arbejde kan give adgang til sociale fællesskaber og fremme følelser af tilhørighed, hvilket forskning viser, har en positiv betydning for unges mentale sundhed (Kusier et al. 2023:29).

Der kan i denne sammenhæng være flere grunde til at fremhæve frivilligt arbejde fremfor andre typer af foreningsaktiviteter, som ligeledes kan give adgang til sociale fællesskaber. For det første sikrer frivilligt arbejde i højere grad, at individer er aktivt engagerede og fysisk til stede, i modsætning til almindeligt medlemskab i en forening, hvor aktiv deltagelse ikke er garanteret. På den anden side kan det tænkes, at frivilligt arbejde ofte kræver en mere markant indsats og engagement. Alle disse faktorer kan antages at være essentielle for at opbygge social kapital og netværk. Denne aktive deltagelse kan derfor antages at være central for at opnå de fordele, som forskningen peger på, spiller en nøglerolle i at forbedre mentalt helbred, og dermed potentielt kan reducere behovet for medicinske interventioner. Derfor finder jeg det centralt at undersøge, om frivilligt arbejde potentielt kan styrke unges mentale helbred. I dette speciale vil jeg derfor adressere følgende forskningsspørgsmål:

*Hvordan er sammenhængen mellem unges deltagelse i frivilligt arbejde og deres mentale helbred, målt som selvvurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin?*

### 1.3 Frivilligt arbejdes betydning for mental sundhed

For at forstå sammenhængen mellem frivilligt arbejde og mental sundhed i form af selvvurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin, er det essentielt at analysere den eksisterende forskning og identificere, hvor der mangler viden. Selvom forskningen til en vis grad har fokuseret på de sundhedsmæssige fordele ved frivilligt arbejde, både fysisk og mentalt, er fokus primært lagt på ældre voksne. Dette efterlader et klart videnshul, når det kommer til de specifikke effekter på yngre aldersgrupper. Dette afsnit vil redegøre for den nuværende forståelse inden for området og uddybe, hvordan dette speciale kan bidrage med væsentlig ny viden. På grund af den begrænsede mængde forskning, der specifikt fokuserer på unge, inkluderes også studier, der omhandler ældre befolkningsgrupper, da disse studier stadig kan tilbyde værdifulde indsigter, som kan være brugbare for at forstå dele af sammenhængen i yngre aldersgrupper.

Inden for frivillighedsforskningen har der været en stigende interesse for at udforske den individuelle betydning af frivilligt arbejde, herunder dets potentielle indvirkning på både den fysiske og mentale sundhed. Imidlertid er studier, der specifikt fokuserer på unge, stadig relativt få. Blandt de få tilgængelige studier inden for ungdomsforskningen, belyses forskellige aspekter af forholdet mellem civilt engagement og mental sundhed (Fenn et al. 2022; Chan et al. 2014; Ramey et al. 2010). Et nyligt litteraturreview fra 2022 viser blandede resultater omkring frivilligt arbejdes indvirkning på mental sundhed. Nogle studier finder en positiv sammenhæng, hvor deltagelse i frivilligt arbejde synes at fremme mental sundhed og reducere depressive symptomer, mens andre rapporterer, at frivilligt arbejde kan være en stressfaktor på grund af tidsmæssige forpligtelser og dermed have en negativ effekt på mentalt helbred (Fenn et al. 2022). Bemærkelsesværdigt er det, at kun fem ud af de 53 artikler i reviewet forsøger at undersøge en direkte årsagssammenhæng mellem civilt engagement og mental sundhed, hvilket understreger en mangel på dybdegående forskning inden for dette område.

Mange af de undersøgelser, der undersøger sammenhængen mellem frivilligt arbejde og mentalt helbred, er tværsnitsstudier, og det er derfor ikke muligt at undersøge kausale forhold eller kontrollere for selektionsbias (Haski-Leventhal 2009; Santini et al. 2019; Ibsen et al. 2021; Nichol et al. 2023). Til trods herfor understøtter flere longitudinelle studier inden for frivillighedsforskning alligevel ideen om, at frivilligt arbejde kan have en positiv indvirkning på frivilliges mentale helbred over tid (Moen et al. 1992; Wilson & Musick 1999; Thoits & Hewitt 2001; Hansen et al. 2018). Et litteraturreview fra 2023 viser potentielle sundhedsmæssige fordele ved frivilligt arbejde, såsom forbedringer i fysisk form og reduktioner i dødelighed, samt fremme af mental sundhed gennem øget livskvalitet og færre depressive symptomer (Nichol et al. 2023). Disse fund bekræfter tidligere observationer fra 2008, der også fremhævede fordelene ved frivilligt arbejde for de frivilliges selvrapporterede helbred og mestringsevner (Casiday et al. 2008).

Et af de få tilgængelige longitudinelle studier fra ungdomsforskningen er baseret på The Chicago Longitudinal Study, og giver et vigtigt, om end begrænset, indblik i langtidseffekterne af civilt engagement. Dette studie konstaterer, at civilt engagement i ungdomsårene er forbundet med højere livstilfredshed og lavere anholdelsesrater i tidlig voksenalder. Dog differentierer studiet ikke mellem forskellige former for civilt engagement, hvilket begrænser muligheden for at drage specifikke konklusioner om frivilligt arbejde alene (Chan et al. 2014). De få longitudinelle studier, der findes, er altså ikke tilstrækkelige til at kunne påstå en kausal effekt mellem frivilligt arbejde og mental helbred, især i forhold til forbruget af antidepressiv medicin, som endnu ikke har været fokus for tidligere undersøgelser (Anderson et al. 2014). Denne mangel på klarhed i årsagssammenhængen er problematisk, især da de eksisterende studier, der antyder en positiv sammenhæng, ikke tilstrækkeligt adresserer, hvordan disse potentielle effekter manifesterer sig blandt unge og unge voksne.

Forskningens fokus på ældre kan skyldes, at signifikante sammenhænge ofte kun er blevet fundet i denne aldersgruppe (Anderson et al. 2014). En forklaring, som forskningen tilbyder på, hvorfor ældre opnår større sundhedsmæssige fordele end yngre aldersgrupper, er, at frivilligt arbejde kan kompensere for eventuelle tab af andre sundhedsmæssige fordele forbundet med arbejdsmarkedet (Wilson & Musick 1999). Dog indikerer studier også, at de mentale sundhedsfordele ved frivilligt arbejde kan adskilles fra dem, der opnås gennem almindelig arbejdsmarkedsdeltagelse, idet faktorer som altruisme og selvrealisering kan spille en central rolle (Nichol et al. 2023; Casiday et al. 2008). Disse aspekter kan dog også være

relevante for at forstå en eventuel sammenhæng mellem frivilligt arbejde og mental sundhed hos unge i nutidens samfund, hvor der ses en høj prævalens af mentale sundhedsproblemer. Ud fra ovenstående perspektiver kan frivilligt arbejde potentielt fremme mental sundhed hos de unge, der står uden for uddannelsessystemet eller arbejdsmarkedet, ved at fremme følelser af eksempelvis tilhørsforhold og selvværd. I det følgende afsnit vil jeg udforske nærmere, hvilke specifikke aspekter af frivilligt arbejde, der ifølge den eksisterende forskning kan bidrage til bedre mental sundhed.

### *1.3.1 Hvilke dele af deltagelse i frivilligt arbejde har betydning for mental sundhed?*

For at forstå den indflydelse, frivilligt arbejde kan have på den frivilliges mentale sundhed, er det essentielt at undersøge, hvilke faktorer ved frivilligt arbejde der kan spille en væsentlig rolle. Blandt disse studier er der flere, der antyder, at sundhedsmæssige fordele ved frivilligt arbejde øges i takt med antallet af timer, der investeres, dog kun op til et vist punkt, hvorefter effekten aftager (Anderson et al. 2014:1519). På den anden side viser et andet studie, at det ikke nødvendigvis er frekvensen af frivilligt arbejde, men derimod den akkumulerede erfaring, der er knyttet til mental sundhed (Hansen et al. 2018). Der kan altså være flere aspekter af frivilligt arbejde, som potentielt kan gavne mentalt helbred, herunder intensiteten af engagementet eller det forhold, at der gennem længere tid opbygges eksempelvis selvtilid.

Selvom kun få undersøgelser adskiller mellem forskellige former for frivilligt arbejde, kan det overvejes, om det især er det frivillige arbejde, der fokuserer på sociale relationer og netværk, der har en positiv indvirkning på helbredet. Dette synspunkt støttes af forskning, der viser, at frivilligt arbejde i religiøse organisationer har en større positiv effekt på livskvaliteten end frivilligt arbejde i ikke-religiøse organisationer (Musick & Wilson 2003:446). Derudover kunne man spekulere i, om frivilligt arbejde har en større sundhedsmæssig gavn for personer, der oplever mangel på socialt netværk eller støtte, da nogle former for frivilligt arbejde på denne måde kan tilbyde adgang til netop dette (Piliavin & Siegl 2007).

Udover at unge ofte har bedre helbred end ældre, kan andre faktorer også være årsagen til, at flere studier finder en signifikant sammenhæng mellem frivilligt arbejde og helbred, især hos ældre og langvarigt ikke-beskæftigede personer (Hansen et al. 2018). I forlængelse heraf er det interessant at medtage den enkeltes motivation for at deltage i frivilligt arbejde. Et studie om aldrende voksnes motivationer for frivilligt arbejde viser, at følelsesmæssige og altruistiske

motiver er mere fremtrædende blandt ældre frivillige, der har mere fritid sammenlignet med yngre aldersgrupper, og som søger meningsfulde aktiviteter, især i forbindelse med pensionering (Russell et al. 2019). Det kan derfor overvejes, om denne type motivation er afgørende for, om frivilligt arbejde har en positiv effekt på det mentale helbred. Dette kan muligvis forklare, hvorfor der i højere grad findes en sammenhæng hos ældre.

Et longitudinelt studie af Konrath et al. (2012) har undersøgt betydningen af motivationsgrunde for frivilligt arbejde på deltagernes dødelighedsrisiko fire år senere hos voksne. De fandt, at deltagelse i frivilligt arbejde af selvorienterede årsager, som eksempelvis for at få praktisk erfaring, ikke havde nogen signifikant effekt på dødelighedsrisikoen. Derimod havde de, der deltog af andre-orienterede årsager, altså mere altruistiske motiver, en reduceret dødelighedsrisiko. Kim og Morgül (2017) har ligeledes undersøgt langtidseffekterne af deltagelse i frivilligt arbejde, men i dette tilfælde hos unge i USA. De finder, at frivilligt arbejde i ungdommen er forbundet med mental helbred i voksenalderen. De skelner mellem frivilligt arbejde udført af egen vilje versus ikke af egen vilje. Frivilligt arbejde af egen vilje henviser til aktiviteter, som udføres frivilligt, motiveret af personlig interesse eller altruisme. Frivilligt arbejde, der ikke udføres af egen vilje, henviser derimod til aktiviteter, som unge føler sig tvunget til at deltage i på grund af eksternt pres eller krav, såsom skolemæssige forpligtelser eller sociale forventninger. De konkluderer, at de helbredsmæssige fordele ved frivilligt arbejde kun gælder for de individer, der deltager i frivilligt arbejde af egen vilje. Dette kan indikere, at motivationen for at indgå i det frivillige arbejde spiller en vigtig rolle i sammenhængen mellem frivilligt arbejde og mental helbred.

## 1.4 Specialets bidrag

Specialets bidrag ligger i at kaste lys over den potentielle sammenhæng mellem frivilligt arbejde og mental helbred målt som selv vurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin, samt at undersøge eventuelle kausale forhold, hvilket tidligere forskning kun har formået at berøre overfladisk. Selvom eksisterende litteratur peger på en positiv forbindelse mellem frivilligt arbejde og mental sundhed, er spørgsmålet om kausalitet stadig uklart, da andre faktorer også kan spille ind. Eksempelvis kan de observerede sammenhænge i flere tilfælde være præget af selektionsbias, da individer med højere livstilfredshed og bedre helbred typisk er mere tilbøjelige til at deltage i frivilligt arbejde (Anderson et al. 2014).

Specifikt adresserer dette speciale manglen på forskning, der specifikt fokuserer på unge voksne, en gruppe hvor mentale sundhedsproblemer som depression og angst er stigende. Yderligere kan det antages, at der er andre mekanismer på spil end hos ældre, som forklarer sammenhængen mellem frivilligt arbejde og mental sundhed hos unge, hvor præstationskultur fylder mere og mere, og hvor unges netværk og sociale relationer har undergået en betydelig forandring. Derfor vil jeg undersøge sammenhængen med et teoretisk afsæt i, om frivilligt arbejde kan fungere som et potentielt frirum fra den udbredte præstationskultur i ungelivet, eller om præstationskulturens konsekvenser også har påvirket det frivillige arbejde. I denne kontekst vil det derfor undersøges, om frivilligt arbejde under visse omstændigheder kan bidrage til dårligere selvvurderet helbred samt øge forbruget af antidepressiv medicin.

Desuden vil specialet udforske forskellige motivationsgrundlag for deltagelse i frivilligt arbejde, hvilket kun få studier indtil nu har taget i betragtning. Mere specifikt vil jeg undersøge, om sammenhængen mellem frivilligt arbejde og selvvurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin varierer afhængigt af den unges motivationsgrundlag for deltagelse. Som jeg vil uddybe senere i rapporten, opererer jeg med den antagelse, at frivilligt arbejde motiveret af ekspressive faktorer, såsom social fællesskab og hjælpe andre, kan have en positiv effekt, mens deltagelse baseret på instrumentelle motiver, såsom praktisk erfaring og forbedring af CV, muligvis har en negativ indvirkning. Dette skyldes, at instrumentel motivation for at deltage i frivilligt arbejde kan være en konsekvens af den dominerende præstationskultur og dermed være et ekstra pres for unge, og derigennem medvirkende til at påvirke det mentale helbred negativt.

Ved at anvende et longitudinelt forskningsdesign søger jeg i dette speciale yderligere at minimere selektionsproblemer, som ofte opstår i tværsnitsstudier. Dette design vil også gøre det muligt at vurdere eventuelle langtidsvirkninger af frivilligt arbejde på forbrug af antidepressiv medicin. Endeligt repræsenterer dette speciale den første undersøgelse, der specifikt ser på, hvordan frivilligt arbejde påvirker forbruget af antidepressiv medicin blandt unge. Dette bidrag vil være væsentligt for både frivilligheds- og ungdomsforskningen, da det kan give indsigter i, hvordan frivilligt arbejde potentielt kan være en integreret del af strategier til forbedring af mental sundhed blandt unge.

## 1.5 Begrebsafklaring

Dette afsnit introducerer de nominelle definitioner af de centrale begreber i specialet: *mental sundhed* og *frivilligt arbejde*. Formålet med afsnittet er at etablere en klar forståelse af disse begreber inden for konteksten af dette speciales problemstilling. I kapitel 4 præsenteres de operationelle definitioner af disse begreber samt en diskussion af, hvordan de empirisk måles.

### 1.5.1 Hvad er mental sundhed?

I dette speciale tager jeg udgangspunkt i WHO og Sundhedsstyrelsens definition af mental sundhed som en tilstand af trivsel, hvor individet har mulighed for personlig udvikling, kan udfolde sine evner, håndtere dagligdagens udfordringer og stress, opretholde positive sociale relationer og indgå i fællesskaber med andre mennesker (World Health Organization 2022). Denne definition rummer både en oplevelses- og en funktionsdimension. At være mentalt sund indebærer derfor ikke kun en følelse af velvære og tilfredshed med ens eget liv, men også evnen til at fungere effektivt i hverdagen og i relation til andre mennesker. Mental sundhed er således mere end blot fraværet af psykisk sygdom (Sundhedsstyrelsen 2018). I dette projekt bruges begrebet 'mental helbred' synonymt med 'mental trivsel' og 'mental sundhed'. I overensstemmelse med specialets forskningsspørgsmål anvender jeg selvvrurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin som indikatorer på mental helbred i den senere analyse. Ifølge Sundhedsstyrelsen er selvvrurderet helbred en valid indikator for mental sundhed (Sundhedsstyrelsen 2018:6).

### 1.5.2 Aktiv deltagelse i frivillige organisationer

Frivilligt arbejde er en aktivitet, der ofte optræder i dagligdagen uden nærmere overvejelser om dens egentlige betydning. Det kan omfatte alt fra at hjælpe til ved et lokalarrangement, donere tid på et plejehjem eller være frivillig i en velgørenhedsorganisation. På mere formel vis defineres frivilligt arbejde inden for forskningen som en aktivitet, der:

- er ulønnet (men kompensation for udgifter er tilladt)
- er frivillig (det omfatter f.eks. ikke aktivering)
- udføres i en organisatorisk sammenhæng, som godt kan være offentlig eller privat
- er til gavn for andre end én selv og ens nærmeste familie
- er aktiv (mao. medlemskab af en organisation er ikke nok).

Det essentielle ved denne definition er, at den kræver aktiv deltagelse fra de involverede, og at aktiviteten foregår inden for organisatoriske rammer. Derfor inkluderes uformel hjælp ikke i denne definition. Yderligere er frivilligt arbejde en ulønnet indsats, udført af egen fri vilje, med det formål at gavne andre eller samfundet som helhed. Denne definition blev anvendt af det internationale "Johns Hopkins University Comparative Nonprofit Sector Project", som den første danske frivillighedsundersøgelse er baseret på (Fridberg & Henriksen 2014). For at lette kommunikationen i dette speciale vil begrebet "frivilligt arbejde" blive anvendt som synonym for aktiv deltagelse i frivillige organisationer. I de senere analyser fokuserer jeg på deltagelsen i frivilligt arbejde samt omfanget af denne deltagelse, målt som det månedlige tidsforbrug.

## KAPITEL 2

# VIDENSKABSTEORI

### 2.1 Kritisk rationalisme

Videnskabsteori udgør en grundlæggende ramme for forskning og former vores tilgang og forståelse af, hvilke præmisser og forudsætninger, forskningen hviler på. I dette speciale anvendes en kritisk rationalistisk tilgang.

Kritisk rationalisme opstod som en kritik mod den logiske positivismes begrænsninger og blev fremmet af filosofen Karl Popper. Popper argumenterede for, at menneskelig erkendelse aldrig kan være endelig og absolut sikker. Dermed afviste han idéen om videnskabelige sandheder og understregede i stedet vigtigheden af at betragte videnskabelige teorier som forsøgsvis gæt, der bør gøres til genstand for tests og rationel kritik (Gilje & Grimen 2002:74). Desuden lægger kritisk rationalisme særlig vægt på falsifikationsprincippet, der er en modifikation af den logiske positivismes verifikationsprincip. Falsifikation indebærer, at en teori eller påstand skal formuleres på en måde, så den kan underkastes empirisk testning og derigennem potentielt afvises. Kontrasten til den logiske positivismes princip om verifikation er, at målet ikke er at bekræfte en teori, men derimod at forsøge at modbevise den, da det er gennem falsifikationen af teorier, at virkeligheden tilnærmes. Hvis en teori ikke kan afvises under nogen omstændigheder, er det en indikation på, at dens påstande er legitime (Gilje & Grimen 2002:76-77). Dette princip giver en ramme til at udvikle og teste hypoteser om sammenhængen mellem frivilligt arbejde og selvvurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin på en objektiv og systematisk måde. Endelig bygger den kritisk rationalistisk tilgang på antagelsen om ontologisk realisme, hvilket indebærer antagelsen om, at der findes en objektiv virkelighed, selvom vores erkendelse heraf altid vil være behæftet med fejl. Vi kan dermed ikke fuldt ud forstå 'naturen' af verden, men vi kan forsøge at eliminere falske påstande. Dermed bliver det ifølge den kritiske rationalisme et videnskabeligt mål at modbevise påstande, da det fremmer viden om, hvilke teorier der er utilstrækkelige (Gilje & Grimen 2002:75-76).

## 2.2 Hypoteser som bindeled mellem teori og data

Praktisk set indebærer kritisk rationalisme, at hypoteserne skal formuleres på en måde, der muliggør empirisk testning og potentiel afvisning. Derfor vil jeg i dette speciale formulere testbare hypoteser baseret på forskellige teoretiske perspektiver og indsigt fra tidligere forskning. At formulere hypoteser indebærer at udlede konsekvenser fra teorier og skitsere visse aspekter af dem, der kan være relevante for, i konteksten af dette speciale, at forstå samspillet mellem frivilligt arbejde og selvvurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin. Disse konsekvenser udgør på denne måde forbindelsen mellem de udvalgte sociologiske teorier og den efterfølgende empiriske undersøgelse af disse (Gilje & Grimen 2002:25-26). Dertil kræver kritisk rationalisme klare og operationelle definitioner af begreber og variable i analysen, og dermed kan der argumenteres for, at denne videnskabsteoretiske retning tilskynder en kvantitativ tilgang, da dette muliggør en mere præcis og systematisk operationalisering af de koncepter, der i dette speciale skal undersøges.

Jeg erkender dog, at en formel sociologisk teori sjældent kan testes i al sin kompleksitet i én undersøgelse. Derfor vil jeg understrege, at mit mål ikke er at afsløre alle aspekter af de teorier, jeg medtager i min undersøgelse, men derimod skitserer visse aspekter, der kan være nyttige til at forstå samspillet mellem frivilligt arbejde og selvvurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin hos unge. Jeg vil i det næste kapitel præsentere de forskellige teoretiske perspektiver og relevant forskning, der danner grundlaget for de opstillede hypoteser.

# KAPITEL 3

## TEORI OG HYPOTESER

I dette kapitel udfoldes specialets teoretiske ramme, hvor jeg søger at forene teorier fra både frivillighedsforskning og ungdomsforskning. I denne forbindelse har jeg valgt at fremhæve flere perspektiver, der adresserer mulige forklaringer på den stigende tendens til dårligt mentalt helbred blandt unge. Dette med henblik på at illustrere, hvordan frivilligt arbejde potentielt kan fungere som en modvirkende faktor, der styrker unges mentale sundhed og reducerer forbruget af medicinsk behandling.

### 3.1 Det moderne ungdomslivs udfordringer

Unge i det moderne samfund står over for en række udfordringer, der kan påvirke deres mentale sundhed. Den offentlige debat fremhæver flere mulige årsager til denne problematik, som spænder fra det stigende pres i præstationssamfundet og et overdrevet fokus på at 'kigge indad' (Brinkmann 2014:18) til vanskeligheder med at danne og opretholde dybe sociale relationer i en digital tidsalder (Fynbo et al. 2022:28). Disse mulige årsager kan tænkes at påvirke unge forskelligt på tværs af socioøkonomiske grupper (Katznelson et al. 2021). I denne forbindelse har sociologien i længere tid haft fokus på de udfordringer, der er relateret til klassisk udsathed, som er kendetegnet ved udfordringer og barrierer primært for individer fra lavere socioøkonomiske klasser, hvilket ofte inkluderer begrænsede økonomiske ressourcer og reduceret social kapital (Katznelson et al. 2021:86). Disse faktorer er fundamentale for helbredet og kan medføre langsigtede konsekvenser for unge menneskers mentale helbred (ibid.). Nyere forskning viser dog, at de former for udsathed, som kan ramme unge i dag, er under forandring, og at også unge fra middelklassen i stigende grad påvirkes af nye former for udsathed (Katznelson et al. 2021:86). Inden for ungdomsforskning peges der på en række strukturelle og kulturelle udviklinger som mulige årsager til denne tendens, hvilket næste afsnit uddyber.

#### *3.1.1 Præstationssamfundet og nye former for udsathed*

I de senere år er der blevet lagt særlig vægt på perspektiver, der fremhæver en stigende præstationskultur i uddannelsessystemet og en udbredt perfektionskultur i ungdomslivet som

mulige bidragende faktorer til den negative udvikling i unges mentale helbred (Katznelson et al. 2022; Hansen et al. 2019; Schraml et al. 2011). Disse studier peger på, hvordan samfundsmæssige og institutionelle krav til præstation ikke kun har intensiveret kravene i skole og på arbejdspladsen, men også har udvidet disse forventninger til at omfatte fritid og sociale relationer (Görlich et al. 2019; Petersen 2016). Desuden indikerer forskningen, at ungdomskulturen i stigende grad præges af høje forventninger til udseende og krop, som forstærkes gennem sociale mediers præsentation af idealer og krav til selviscenesættelse (Bakken et al. 2019). Disse faktorer kan være medvirkende til, at unge ofte oplever et vedvarende pres for at præstere på alle livets arenaer, hvor de konstant står i konkurrence med både sig selv og andre (Katznelson et al. 2022:110-111).

Præstationskulturen har ifølge Petersen (2016:62) skabt grundlag for fremkomsten af et decideret præstationssamfund. Denne tankegang om præstationssamfundet som en samtidsdiagnose antyder en samfundsstruktur, der fremmer øget individualisering og stiller høje krav til individet om at være fleksibelt, omstillingsparat og konstant stræbe efter personlig udvikling mod en forbedret version af sig selv. Når individer ikke lever op til dette livsprojekt, lægges ansvaret hovedsageligt hos dem selv, hvilket resulterer i betydeligt pres, især for unge, der er midt i processen med at forme deres identitet. Hartmut Rosa (2014) fremsætter lignende antagelser om nutidens samfund, hvor han beskriver, hvordan det stigende tempo gør det sværere at finde et fast holdepunkt i tilværelsen. I en verden præget af hastige forandringer og konstant udvikling kræves det, at man kontinuerligt arbejder aktivt for at fastholde eller forbedre sin position (Petersen & Krogh 2021:16; Rosa 2014:24). Det øgede tempo og den stigende kompleksitet i samfundet synes at påvirke de unges liv på flere måder, især inden for uddannelse. Flere perspektiver peger på, at et accelereret uddannelsessystem kan medføre øgede krav om fremdrift og præstation, hvor præstation bliver en central forventning, som det enkelte individ skal opfylde (Katznelson 2022:111). At klare sig godt i denne konkurrence kan afhænge af, hvordan og i hvilket omfang man præsterer, samtidig med at ansvaret for succes ofte lægges på individets skuldre. Svend Brinkmann (2014) har blandt andet kritiseret denne del af præstationskulturen og dens ensidige fokus på selvudvikling og selvrealisering. Han påpeger, at det konstante indadrettede fokus ofte fører til øget selvbefejdelse og personlig mistrivsel. Han foreslår derfor en tilgang, hvor man 'kigger udad' og dermed fokuserer på det omkringliggende, såsom fællesskabet, som en måde at fremme mental trivsel. Flere andre perspektiver forbinder ligeledes dette individuelle ansvar med en stigning i psykisk mistrivsel,

herunder stress, depression og andre former for sårbarhed blandt unge (Petersen 2016:15; Petersen & Krogh 2021:52; Bakken et al. 2019; Schraml et al. 2011).

Der er en igangværende debat i forskningen om, hvorvidt den stigende præstationskultur og perfektionskultur er et bredere kulturelt og socialt fænomen, der påvirker unge på tværs af sociale klasser, eller om det primært er koncentreret blandt de højere sociale klasser, hvor forventninger om akademisk og professionel succes ofte er mere intens (Katznelson et al. 2021; Andersen et al. 2020; Görlich et al. 2019; Petersen 2016). Nogle perspektiver peger på, at presset fra præstationskulturen kan være særligt udfordrende for traditionelt udsatte grupper, da disse grupper kan stå over for betydelige udfordringer med at leve op til visse krav og forventninger, ofte med begrænsede ressourcer og støttesystemer til rådighed (Andersen et al. 2020:183-193). Det er vigtigt at anerkende, at forklaringen på unges mentale helbred er kompleks, da mange faktorer kan bidrage til det samlede billede. Samfundsudviklingen med en voksende digital kultur, højere krav til uddannelse og arbejde samt en stigende vægtning af individuel præstation kan potentielt ændre de socioøkonomiske faktorer, der traditionelt har været kilder til udsathed. Dette er et interessant perspektiv at medtage, når jeg i dette speciale har fokus på, hvordan frivilligt arbejde kan hænge sammen med mental helbred og forbruget af antidepressiv medicin hos unge.

### *3.1.2 Forandringer i sociale relationer og deres indflydelse på social integration*

I det forrige afsnit blev det diskuteret, hvordan præstationskultur kan påvirke forskellige unges mentale sundhed. Dette afsnit vil nu dykke dybere ned i, hvordan forandringer i sociale relationer yderligere påvirker ungdommens sociale integration. I takt med at traditionelle sociale strukturer forvandles af teknologiske fremskridt og kulturelle skift, ændres også de måder, hvorpå unge interagerer og danner relationer. Disse ændringer kan have potentielle konsekvenser for, hvordan unge føler sig integrerede i samfundet, hvilket kan påvirke deres mentale helbred.

Et eksempel på sådan en forandring er ensomheden, der er blevet særligt udbredt blandt unge (Sundhedsstyrelsen 2022a). Dertil oplever mange unge problemer med at etablere og vedligeholde meningsfulde fællesskaber, hvor de føler sig værdsatte og inkluderet, og ofte oplever de ikke at føle sig integrerede i sociale sammenhænge (Berger et al. 2023:83-85). Denne ensomhed har markante konsekvenser for unges mentale sundhed, herunder øget risiko

for depression (Sundhedsstyrelsen 2022a:32-47). En voksende erkendelse af ensomhedens negative effekter på både fysisk og mentalt helbred har ført til øget fokus på dette samfundsproblem. Om denne del af problemet relaterer sig til præstationssamfundet og den øgede konkurrence, eller om det er en konsekvens af digital teknologi og sociale mediers indflydelse, kan dog være vanskelig at afgøre. Uanset er der dog noget, der tyder på, at der er sket et skift i unges sociale integration, herunder måden unge indgår i fællesskaber samt danner og opretholder sociale relationer.

Problemstillinger vedrørende social integration er ikke opstået på ny. Allerede i det 19. århundrede beskrev Émile Durkheim vigtigheden af sociale relationer for individets velvære (Durkheim 1897/1951). Selvom samfundet i dag på mange måder er anderledes end dengang, er der stadig elementer i hans teori, der er relevante. Durkheims arbejde fokuserede på, hvordan svage tilknytninger til samfundsinstitutioner kan resultere i lavere psykosocialt velvære, mens stærke tilknytninger og delte værdier og mål blandt medlemmer af en social gruppe, kan fremme velvære (Durkheim 1897/1951; Thorlindsson & Bjarnason 1998). Han mente også, at sociale bånd til både familien og religion i særlig grad bidrager til social integration ved at fremme et intensivt kollektivt liv, hvilket er af stor betydning for individets velvære (Durkheim 1897/1951; Thorlindsson & Bjarnason 1998). Durkheim bemærkede yderligere, at hurtige sociale forandringer kan føre til anomi, en tilstand hvor normer og værdier bliver uklare eller svækkede, hvilket kan have en negativ indvirkning på social integration og individers velvære (Durkheim 1897/1951).

I nutidens samfund hvor tempoet i forandringer er højt, kan dette perspektiv være relevant for at forstå nogle af de udfordringer, der kan være i forbindelse med unges sociale integration og mentale sundhed. Blandt andet ses der ændringer i flyttemønstre, hvor unge oftere og tidligere flytter væk fra familie og etablerede netværk for at forfølge uddannelser eller karrieremuligheder end tidligere (Sørensen et al. 2020:39). Dette kan resultere i en følelse af social isolation og manglende social støtte, især hvis de ikke formår at skabe nye relationer (Sørensen et al. 2020:132). I relation hertil viser undersøgelser også, at ensomhed i høj grad er et problem blandt de mest sårbare unge voksne, der hverken er under uddannelse eller i beskæftigelse (Sundhedsstyrelsen 2022a; Møller et al. 2023). Stigningen i ensomhed kan forekomme paradoksalt, da vi lever i en tid, hvor teknologiske fremskridt som sociale medier skulle gøre det lettere at opretholde forbindelser på tværs af geografiske afstande. Fremgangen i sociale medier og andre digitale platforme har i høj grad medvirket til ændrede sociale

omgangsformer, hvor unge i mindre grad er fysisk sammen sammenlignet med ældre generationer. Det er væsentligt at forstå, at selvom de nye kommunikationsformer giver mulighed for global forbindelse, kan de også medføre en reduktion i dybe, meningsfulde personlige forbindelser, hvilket negativt kan påvirke individets psykosociale velvære (Fynbo et al. 2022:28).

Der er altså adskillige strukturelle og kulturelle faktorer, der kan medvirke til, at der ses en stigende grad af mistrivsel blandt unge. Set i lyset af disse teoretiske og samfundsmæssige observationer kan frivilligt arbejde være interessant at undersøge som en potentiel beskyttende og forebyggende faktor. Som nævnt tidligere kan frivilligt arbejde facilitere muligheden for at danne sociale relationer og skabe fysiske fællesskaber, hvilket forskningen viser, at mange unge mangler, og som Durkheim ligeledes betonedede var afgørende for individets velvære. Det er dog vigtigt at anerkende, at frivillighed og foreninger også påvirkes af de samme samfundsmæssige udviklingstræk, som skaber præstationskulturen og andre udfordringer for unge. Hustinx og Lammertyn (2003) beskriver blandt andet, hvordan frivillighedens karakter ændres som følge af et skift fra kollektive til reflektive typer frivillighed. Eksempelvis bliver frivilligt arbejde i stigende grad en del af et selvbiografisk projekt snarere end en kollektiv indsats, hvor solidaritet og engagement i lokalsamfundet traditionelt set har været i fokus. Denne tendens understøttes ved, at der ses en stigning i frivillige, der motiveres af selvudvikling og karrierefremme frem for mere traditionelle motiver som lokalsamfund og solidaritet (Henriksen 2014:127). Frivilligt arbejde kan og bør derfor ikke anses som en sektor adskilt fra resten af samfundet, men er tæt sammenvævet med de sociale og kulturelle dynamikker, herunder præstationskulturen, der påvirker hele samfundet (Hustinx & Lammertyn 2003). På trods af disse komplekse dynamikker er der stadig god grund til at undersøge frivilligt arbejdes sundhedsmæssige potentiale, da flere studier indikerer, at frivilligt arbejde kan fremme social støtte og samhørighed, hvilket kan have positive effekter på unges mentale sundhed (Casiday et al. 2008). I de følgende afsnit vil jeg derfor uddybe, hvilke teoretiske perspektiver, der kan forklare, hvordan frivilligt arbejde gennem opbygningen af social støtte potentielt kan fungere som en beskyttende og forebyggende faktor mod stressorer, og dermed bidrage til bedre selvvalueret helbred samt et reduceret behov for antidepressiv medicin blandt unge.

## 3.2 Social støtte som mekanisme

I den eksisterende forskning er social støtte blevet identificeret som en central mekanisme, hvorigennem frivilligt arbejde kan bidrage til forbedret mental sundhed. Samtidig understreger ungdomsforskningen vigtigheden af kvaliteten frem for kvantiteten af sociale relationer for mental sundhed (Berger et al. 2023). Derfor vil jeg i det følgende rette opmærksomheden mod det funktionelle aspekt af sociale relationer, særligt i form af social støtte, som en afgørende faktor i forståelsen af, hvordan frivilligt arbejde positivt kan påvirke det mentale helbred. Til dette vil jeg tage udgangspunkt i artiklen “Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health” af sociolog Peggy A. Thoits (2011).

Thoits beskriver sociale bånd som forbindelser og kontakt med andre mennesker gennem tilhørsforhold til primære og sekundære grupper. Primære grupper, såsom familiemedlemmer og venner, udgør betydningsfulde personer i individernes liv, hvor der er dybe emotionelle bånd og en følelse af væsentlighed og indflydelse. Sekundære grupper, såsom arbejdspladser og frivillige organisationer, er mere formelle og omfatter ofte mere overfladiske interaktioner. Forbindelser til både primære og sekundære grupper udgør individets sociale integration, hvilket, som tidligere nævnt, er afgørende for individets mentale helbred (Thoits 2011:146).

Social støtte henviser normalt til det funktionelle aspekt af sociale relationer og indebærer de funktioner, som signifikante andre udfører for individet, hovedsageligt i primære grupper. Ifølge Thoits kan social støtte imidlertid også komme fra medlemmer af sekundære grupper, såsom i forbindelse med deltagelse i frivilligt arbejde. De mest almindelige nævnte funktioner er følelsesmæssig, informativ og instrumentel støtte. Følelsesmæssig støtte henviser til udtryk for kærlighed og omsorg, anerkendelse af værdi, opmuntring og sympati. Informativ støtte består i at give fakta eller råd, der eksempelvis kan hjælpe en person med at løse et problem. Instrumentel støtte indebærer at tilbyde eller supplere adfærdsmæssig eller materiel hjælp til praktiske opgaver eller problemer. Adgang til denne form for støttefunktioner afhænger af at have et eller flere strukturelle bånd til andre personer (Thoits 2011:146-147).

### 3.2.1 Stress-buffering modellen

Thoits fremlægger i sin artikel en teoretisk forklaring på, hvordan sociale bånd og social støtte som mekanisme konkret påvirker opretholdelsen og forbedringen af helbredet. Udgangspunktet er stress-buffer modellen, som antager, at sociale relationer kan mindske de helbredsmæssige konsekvenser af stressorer ved enten at reducere de negative virkninger af

stress eller ved at forebygge, at stressede situationer eskalerer til alvorlige stressreaktioner (Thoits 2011:151-156). Dette perspektiv er ligeledes centralt i teorier om social kapital, hvor det argumenteres, at tilstedeværelsen af social støtte netop kan beskytte mod stress (Halpern 2005:85). Tankegangen bag disse forklaringer er, at social kapital gennem social støtte kan reducere den umiddelbare stressrespons ved at tilbyde følelsesmæssig og praktisk hjælp. Derudover kan det forbedre individers evne til at håndtere stress ved at give adgang til konkrete informationer og ressourcer samt fremme positive følelser og selvværd (Thoits 2001;Halpern 2005).

Denne forklaringsmekanisme er særligt relevant for at forstå, hvordan frivilligt arbejde kan tilbyde en beskyttende effekt mod præstationskulturens pres eller ved tab af social integration. Frivilligt arbejde er en af måderne, hvorpå unge kan få adgang til sociale netværk, som kan fremme en følelse af fællesskab og anerkendelse, hvilket kan være afgørende for at håndtere og reducere de negative konsekvenser af mulige stresspåvirkninger. På denne måde kan frivilligt arbejde potentiel have en beskyttende effekt på unges mentale helbred ved, at individet opnår umiddelbar støtte til at håndtere aktuelle stressfaktorer, men det kan også tænkes at have en forebyggende effekt ved at opbygge en øget modstandsdygtighed overfor fremtidige stresspåvirkninger (Thoits 2011:149). Det er dog vigtigt at understrege, at social støtte ikke er en mekanisme, der er afgrænset til frivilligt arbejde. Denne støtte kan opnås gennem mange former for sociale fællesskaber og aktiviteter, herunder deltagelse i foreningsliv, sportsgrupper og andre sociale netværk.

Som illustreret kan frivilligt arbejde være en af måderne hvorpå individet kan opnå social støtte, hvilken kan modvirke nogle af de stresspåvirkninger, der kan være i det moderne ungdomsliv. Dette understreger frivilligt arbejdes potentiale til at forbedre mental sundhed gennem styrkelse af social integration og fremme en følelse af tilhørighed og anerkendelse. Det er dog værd at overveje, om effekten af frivilligt arbejde på individets mentale helbred ikke kun afhænger af tilstedeværelsen af social støtte, men også af den underliggende motivation, som driver den enkeltes engagement i sådanne aktiviteter. Derfor vil jeg i teoriafsnittets sidste del udforske, hvordan instrumentelle og ekspressive motiver kan spille en rolle i denne sammenhæng.

### 3.3 Instrumentelle vs ekspressive motiver

Det vides fra forskningen i frivilliges motivation, at frivillige tenderer til at rangere bestemte typer begrundelser højere end andre. Traditionelt set har man skelnet mellem instrumentelle og

ekspressive grunde til frivilligt arbejde (Clary et al. 1998). Ekspressiv motivation indikerer grunde, hvor det frivillige arbejde betragtes som værdifuldt i sig selv. Omvendt betyder instrumentel motivation, at det frivillige arbejde betragtes som et middel til at opnå noget andet som eksempelvis erfaring eller sociale kontakter, der kan være gavnlige senere i arbejdslivet (Henriksen 2014:123). Forskningen viser, at motivationsfaktorer varierer i deres indflydelse på frivilliges adfærd. Eksempelvis har mere ekspressive motiver, herunder sociale motiver som fællesskab og relationer samt motiver relateret til personlig vækst, vist en positiv sammenhæng med tilfredshed og engagement i frivilligt arbejde. Forskningen viser også, at instrumentelle motiver, herunder karriereorienterede motiver, er en af de vigtigste drivkræfter for den yngre generation af frivillige (Zhou & Muscente 2022:3). Selvom disse forskningsresultater ikke direkte relaterer sig til mental sundhed, kan det tænkes, at de underliggende motivationsfaktorer påvirker frivilliges engagement, og dermed hvad den enkelte får ud af at arbejde frivilligt, hvilket potentielt kan have indflydelse på deres mentale helbred. På baggrund af dette vil der i det følgende blive præsenteret to overordnede antagelser om samspillet mellem frivilligt arbejde og motivationen for frivilligt arbejde, og hvordan dette relaterer sig til unges mentale helbred.

Den første antagelse er, at frivilligt arbejde, potentielt kan fungere som en modvirkende faktor til de negative konsekvenser af stresspåvirkninger på unges mentale helbred, når motivationen er ekspressiv. Tanken er, at når unge deltager i foreningsaktiviteter, såsom frivilligt arbejde, af ekspressive årsager, som eksempelvis personlig interesse eller ønsket om socialt fællesskab, kan det hjælpe med at flytte fokus væk fra eventuelle præstationspres og samtidig fremme social integration. Ved eksempelvis at engagere sig med det formål at blive en del af et fællesskab, så kan det tænkes, at individet i højere grad får skabt sociale bånd og derigennem får adgang til flere former for social støtte (Thoits 2011). Desuden kan frivilligt arbejde rette opmærksomheden mod selve aktiviteten eller andre eksterne faktorer, hvilket kan bidrage til en sund balance mellem indre og ydre fokus, hvilket kan være vigtig for den mentale sundhed, da den forhindrer overoptagethed af egne følelser og bekymringer (Brinkmann 2014).

På den anden side tyder analyser på, at motivationen for frivilligt arbejde i stigende grad bevæger sig mod mere instrumentelle motiver, især blandt unge (Zhou & Muscente 2022; Henriksen 2014:127; Qvist 2015:111). Dette kan indikere, at frivilligt arbejde i flere tilfælde bliver en del af den enkeltes præstationen og dermed potentielt forstærker præstationskulturens pres. Når frivilligt arbejde eksempelvis udføres med det formål at forbedre CV'et eller skabe kontakter til arbejdsmarkedet, kan det resultere i øget pres i forbindelse med at jonglere mellem

akademiske, professionelle og frivillige forpligtelser for at opretholde et højt niveau af præstation. Denne form for motivation kan derfor paradoksalt nok integrere de samme præstationspres, som frivilligt arbejde ellers potentielt kunne hjælpe med at undvige. Når frivilligt arbejde bliver endnu en arena for præstation, kan det potentielt underminere de positive effekter af frivilligt arbejde på det mentale helbred og forstærke de negative konsekvenser af et præstationsorienteret samfund. Dette kan muligvis også forklare, hvorfor flere studier finder, at sammenhængen mellem tidsforbrug på frivilligt arbejde og sundhedsmæssige fordele ikke nødvendigvis er lineær. Der kan derfor være et bestemt niveau af engagement i frivilligt arbejde, der skal nås, før der ses helbredsmæssige fordele, hvilket kaldes et dose-response forhold, hvor både for lidt og for meget engagement ikke har samme fordele (Nichol et al. 2023).

### 3.4 Hypoteser

På baggrund af den tidligere diskussion om sammenhængen mellem frivilligt arbejde og mental sundhed, samt de forventede indflydelser fra motivationsfaktorer, har jeg opstillet en række hypoteser. Disse hypoteser er udformet med henblik på at undersøge, hvordan ekspressive og instrumentelle motiver påvirker sammenhængen mellem frivilligt arbejde og mental sundhed. Hypoteserne vil tjene som grundlag for den senere analyse, der fokuserer på de forklarende variable: ‘deltagelse i frivilligt arbejde’ og ‘tidsforbrug på frivilligt arbejde’, samt de to afhængige variable: ‘selvvurderet helbred’ og ‘forbrug af antidepressiv medicin’. For overskuelighedens skyld præsenteres hypoteserne i to hovedkategorier baseret på typen af motivation:

***Tabel 1*** Oversigt over hypoteser.

| Motivation | Hypotese | Beskrivelse                                                                                                                         |
|------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ekspressiv | H1a      | <i>Deltagelse i frivilligt arbejde hænger positivt sammen med selvvurderet helbred, når motivationen er ekspressiv</i>              |
|            | H1b      | <i>Et moderat tidsforbrug på frivilligt arbejde hænger positivt sammen med selvvurderet helbred, når motivationen er ekspressiv</i> |

|              |     |                                                                                                                                                   |
|--------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | H2a | <i>Deltagelse i frivilligt arbejde hænger negativt sammen med forbruget af antidepressiv medicin, når motivationen er ekspressiv</i>              |
|              | H2b | <i>Et moderat tidsforbrug på frivilligt arbejde hænger negativt sammen med forbruget af antidepressiv medicin, når motivationen er ekspressiv</i> |
| Instrumentel | H3a | <i>Deltagelse i frivilligt arbejde hænger negativt sammen med selv vurderet helbred, når motivationen er instrumentel</i>                         |
|              | H3b | <i>Et højt tidsforbrug på frivilligt arbejde hænger negativt sammen med selv vurderet helbred, når motivationen er instrumentel</i>               |
|              | H4a | <i>Deltagelse i frivilligt arbejde hænger positivt sammen med forbruget af antidepressiv medicin, når motivationen er instrumentel</i>            |
|              | H4b | <i>Et højt tidsforbrug på frivilligt arbejde hænger positivt sammen med forbruget af antidepressiv medicin, når motivationen er instrumentel</i>  |

# KAPITEL 4

## DESIGN OG METODE

I dette kapitel præsenteres de metodiske tilgange og datakilder, der anvendes til at undersøge sammenhængen mellem frivilligt arbejde og selvvrurderet helbred samt forbruget af antidepressiv medicin blandt unge voksne. Kapitlet introducerer den danske Frivillighedsundersøgelse og de anvendte registerdata. Derudover beskrives og diskuteres de operationelle definitioner af de inkluderede variabler. Endelig præsenteres rationalet bag valget af logistisk regression til analysen, samt overvejelser om kausalitet.

### 4.1 Pooled tværsnitsdata fra Frivillighedsundersøgelsen og registerdata

I denne undersøgelse anvendes pooled tværsnitsdata fra den danske Frivillighedsundersøgelse fra årene 2012, 2017 og 2020. Stikprøverne er tilfældigt udtrukket blandt personer i aldersgruppen 16-86 år i 2012 og 2017 og 16-89 år i 2020<sup>1</sup>. I denne analyse har jeg valgt specifikt at fokusere på unge voksne i alderen 16-34 år. Data fra alle tre bølger er samlet til ét omfattende datasæt for at øge antallet af unge i den samlede stikprøve. Denne tilgang øger stikprøvens størrelse betydeligt og forbedrer dermed den statistiske styrke i analysen, hvilket er essentielt for at identificere og pålideligt evaluere de mulige sammenhænge mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selvvrurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin (Treiman 2009:399).

I 2012 blev dataindsamlingen gennemført ved hjælp af computerassisteret telefoninterviews (CATI) og efterfulgt af personlige interviews for de respondenter, som ikke var tilgængelige via telefon (Fridberg & Henriksen 2014:24). I 2017 og 2020 blev undersøgelsen gennemført som en selvadministreret internetbaseret spørgeskemaundersøgelse, suppleret med telefonisk opfølgning. Respondenter, der ikke var tilgængelige via internettet, modtog en fysisk invitation med posten (Espersen et al. 2021:17-18). Skiftet i dataindsamlingsmetoder over tid kunne potentielt påvirke sammenligneligheden af resultaterne. Da denne analyse dog ikke

---

<sup>1</sup> Jeg er opmærksom på at dataindsamlingen i 2020 blev gennemført i perioden 7. oktober til 30. november 2020, hvor Danmark var præget af restriktioner i forbindelse med COVID-19 pandemien, hvor nogle aktiviteter, herunder også frivillige aktiviteter, har været påvirket. Det er derfor forventeligt, at respondenternes svar kan være påvirket af dette.

sammenligner tværsnitdata over tid, men derimod bruger dataene til at konstruere et samlet billede af tendenser indenfor den valgte aldersgruppe, anses dette ikke for at være en betydelig bekymring. Derudover er surveydataene koblet med information fra danske registre, herunder lægemiddeldatabasen med oplysninger om udleverede recepter på antidepressiv medicin fra år 1995 til 2021, samt relevante socioøkonomiske oplysninger.

## 4.2 Variable

I de følgende afsnit vil jeg redegøre for de udvalgte variable, som indgår i analysen. Indledningsvist fokuseres specifikt på variablernes indhold og eventuelle rekodninger, hvorefter jeg i et selvstændigt afsnit diskuterer de valgte operationaliseringer af begreberne.

### 4.2.1 Afhængige variable

I overensstemmelse med specialets problemformulering anvender jeg to afhængige variable til brug i analysen som indikatorer på mental helbred. De afhængige variable er: selvvurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin.

*Selvvurderet helbred.* Denne variabel er afledt af respondenternes svar på survey spørgsmålet: “Hvordan er dit helbred generelt?” fra frivillighedsundersøgelsen. For at operationalisere denne variabel blev svarene dikotomiseret, hvor ‘1’ repræsenterer svarmulighederne ‘godt’ og ‘meget godt’, og ‘0’ ellers. Grunden til at konvertere den ordinale variabel for selvvurderet helbred til en dummy variabel skyldes den observerede ubalance i fordelingen af respondenternes svar på spørgsmålet. En større andel af respondenterne vurderede deres helbred som ‘godt’ eller ‘meget godt’ sammenlignet med de lavere kategorier. Denne ubalance gjorde det vanskeligt at antage en lineær sammenhæng mellem kategorierne og kunne have påvirket pålideligheden af en ordinal logistisk regressionsanalyse.

*Forbrug af antidepressiv medicin.* Den anden afhængige variabel er udledt fra lægemiddeldatabasen ved anvendelse af ATC-kode niveau 3 for antidepressive midler (N06A). Denne variabel er ligeledes dikotomiseret, hvor ‘1’ indikerer, at respondenterne har indløst mindst én recept på antidepressiv medicin året efter besvarelsen af frivillighedsundersøgelsen, og ‘0’ ellers. Dette betyder, at variablen måler, om respondenterne har indløst recept på antidepressiv medicin inden for et år efter at de i spørgeskemaundersøgelsen har rapporteret om de har deltaget i frivilligt arbejde.

#### 4.2.2 Forklarende variable

I analysen anvendes også to forklarende variable for frivilligt arbejde: Deltagelse i frivilligt arbejde og månedligt tidsforbrug på frivilligt arbejde. Derudover forventes motivationstypen at have en modererende effekt på sammenhængen.

*Deltagelse i frivilligt arbejde.* Denne variabel måles som en binær variabel, hvor '1' angiver aktiv deltagelse i frivillig organisation det seneste år, og eller '0'. Da den danske frivillighedsundersøgelse følger den Internationale Klassifikation af Nonprofit Organisationer (ICNPO), måles frivilligt arbejde inden for fjorten forskellige områder. Dette betyder, at hver respondent blev spurgt, om de havde deltaget i et eller flere af følgende områder af frivilligt arbejde inden for det sidste år: kultur, sport, fritid, uddannelse, sundhed, miljø, bolig, professionelt arbejde, rådgivning, politik, internationale aktiviteter og andre. Den afhængige variable angiver således, om respondenterne har deltaget inden for mindst ét af disse områder inden for det sidste år.

*Timer brugt den seneste måned.* Den anden forklarende variabel er det samlede antal timer, som respondenterne har rapporteret at have brugt den seneste måned på frivilligt arbejde. I spørgeskemaundersøgelsen bliver respondenterne bedt om at angive, hvor mange timer de cirka har udført frivilligt arbejde den seneste måned inden for de forskellige frivilligområder. Variablen er konstrueret ved at summere antallet af timer, som hver enkelt respondent har angivet at have brugt på hver af de forskellige områder. Denne variabel er blevet inddelt i følgende 3 kategorier: ingen timer (ingen tidsforbrug), 1 til 9 timer (lavt til moderat tidsforbrug), mere end 9 timer (højt tidsforbrug). De respondenter, som ikke har angivet at have arbejdet frivilligt det seneste år, er blevet tildelt kategorien 'ingen timer'.

*Motivationsfaktor.* Denne variabel er baseret på svar fra et spørgsmålsbatteri, hvor respondenterne blev bedt om at vurdere betydningen af en række forskellige grunde til at udføre frivilligt arbejde på en skala fra 1 til 7 i 2012 og 2020 og fra 1-5 i 2017. For at sikre sammenlignelighed mellem data indsamlet med forskellige skalaer, blev skalaerne fra 2012 og 2020, som oprindeligt var 7-punkts, tilpasset til formatet anvendt i 2017, som var en 5-punkts skala. Dette blev opnået ved at aggregere de to yderste kategorier i begge ender af skalaen. Således blev kategorierne '1' og '2' fra den oprindelige 7-punkts skala kombineret til en ny kategori '1', og tilsvarende blev kategorierne '6' og '7' kombineret til en ny kategori '5'. Efterfølgende blev der ud fra disse data konstrueret to indeks for henholdsvis ekspressiv og

instrumentel motivation ved at summere værdierne for relevante items (se tabel 2). Disse indeks blev derefter justeret til en skala fra 0 til 1 ved hjælp af min-max skalering.

**Tabel 2** Oversigt over items brugt til at konstruere indeks for ekspressiv og instrumentel motivation.

| Motivation   | Item                                                                             |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Ekspressiv   | <i>“At du har venner, som arbejder frivilligt”</i>                               |
|              | <i>“At du som frivillig bliver gladere for dig selv”</i>                         |
|              | <i>“At du som frivillig viser medfølelse for dem, som har det værre end dig”</i> |
|              | <i>“At du føler dig betydningsfuld, når du arbejder som frivillig”</i>           |
|              | <i>“At du som frivillig deltager i et social fællesskab, som du kan lide”</i>    |
|              | <i>“At du som frivillig kan gøre noget, som er vigtigt for lokalsamfundet”</i>   |
| Instrumentel | <i>“At du kan lære mere om det, du arbejder med”</i>                             |
|              | <i>“At du kan få kontakter, som kan hjælpe dig i arbejdslivet senere”</i>        |
|              | <i>“At du som frivillig lærer noget gennem praktisk erfaring”</i>                |
|              | <i>“At det er godt at have papir på, at man har arbejdet som frivillig”</i>      |

På baggrund af disse indeks konstruerede jeg en kategorisk variabel baseret på middelværdierne, hvor kategorierne blev defineret som: 1) Ikke-frivillige, 2) Frivillige med overvejende ekspressiv motivation, 3) Frivillige med overvejende instrumentel motivation, 4) Frivillige med høj grad af både ekspressiv og instrumentel motivation og 5) Frivillige med lav grad af både ekspressiv og instrumentel motivation.

#### 4.2.3 Kontrolvariable

*Tidligere forbrug af antidepressiv medicin* er en dummy variabel, hvor 1 indikerer at respondenter tidligere har indløst mindst én recept på antidepressiv medicin (N06A), ellers nul. Oplysningerne brugt til denne kontrol går fra år 1995 og frem til dataindsamling

tidspunktet for den pågældende respondent. Der skelnes mellem tidligere brug (< 5 år før dataindsamlingen) og mere fjern fortid (> 5 år før dataindsamlingen). Denne kontrolvariabel er blevet inkluderet for at korrigere for potentielt omvendt kausalitet.

*Beskæftigelsesstatus.* Denne variabel er baseret på survey spørgsmålet: “Hvad laver du til dagligt?”, hvor der oprindeligt var fjorten kategorier. På grund af stikprøvens aldersbegrænsning er denne variabel rekodet til følgende tre kategorier: ‘Uden for arbejdsmarkedet’, ‘I arbejde’ og ‘Studerende’. Kategorien ‘Uden for arbejdsmarkedet’ omfatter følgende underkategorier: Ansat i flex/skånejob (løntilskud til førtidspensionister), På barsels- eller forældreorlov, Langvarigt syg, Arbejdsløs på a-penge, Kontanthjælpsmodtager, Efterlønsmodtager og Hjemmegående husmor/far. ‘I arbejde’ inkluderer disse underkategorier: Selvstændig eller medhjælpende ægtefælle, Funktionær/tjenestemand, Faglært arbejder og Ufaglært arbejde/specialarbejder. Endelig består kategorien ‘Studerende’ af dem, der har angivet ”Studerende” som deres primære beskæftigelse, samt dem, der valgte underkategorien ”Andet”.

*Indkomst* inddrages for at kontrollere for respondentens socioøkonomiske ressourcer. Oplysninger herom har jeg hentet gennem registerdata og oplyser respondentens indkomst i samme periode som dataindsamlingstidspunktet for spørgeskemaet. Indkomstvariablen er inddelt i kvintiler.

*Forældres indkomstniveau.* Da analysen specifikt fokuserer på en yngre aldersgruppe fra 16-34 år, har jeg valgt at kontrollere for henholdsvis fars og mors indkomstniveau. Disse variable er ligeledes inddelt i kvintiler.

*Forældres socioøkonomiske status.* Denne er opdelt i variable for henholdsvis fars og mors socioøkonomiske status, og er baseret på registerdata. Variablene er opdelt i fem kategorier: ‘Lavere socioøkonomisk status’ (fx ufaglærte, ledige og lønmodtagere på grundniveau) , ‘Middel socioøkonomisk status’ (fx faglærte og mellemniveau lønmodtagere), ‘Højere socioøkonomisk status’ (fx funktionærer og ledere) , ‘Pension’ (fx alderspension, førtidspension og efterløn) og ‘Øvrige’.

*Social kontakt.* For at tage højde for individets sociale kontakter uden for det frivillige arbejde har jeg konstrueret et indeks ud fra spørgsmålet: “Hvor ofte har du kontakt til nogle af følgende

grupper”, hvor respondenten skulle vurdere dette for “Familie og slægt”, “Naboer og andre i det område du bor”, “Venner og bekendte uden for nærmiljøet” og “Tidligere eller nuværende kollegaer”. Spørgsmålets svarkategorier er som følgende: 1=“ingen kontakt”, 2=“1-2 gange om året”, 3=“1-2 gange om måneden”, 4=“1-2 gange om ugen” og 5=“hver dag”. Indekset er konstrueret ved at summere de individuelle scores for hver kategori, hvilket giver en samlet score mellem 0 og 18, der indikerer individets grad af social kontakt.

*Socialt netværk.* Der er i analysen tre forskellige variable, der handler om individets sociale netværk. Disse tager alle udgangspunkt i spørgsmålet: “Er der i din familie eller omgangskreds personer...”, hvor variablene er konstrueret ud fra følgende items: “Som vil kunne hjælpe dig med at finde et job, hvis det bliver nødvendigt?”, “Som vil kunne låne dig et større pengebeløb, hvis du skulle få brug for det (f.eks. 20.000kr.)” og “Som sidder i en høj stilling i erhvervslivet, i den offentlige administration (stat, region eller kommune), eller i det politiske liv?”. Variablene er binære, hvor 1 er dem, der har svaret ja til det pågældende item, og ellers 0.

*Alder* er en kontinuerlig variabel i intervallet 16-34 år og er beregnet ud fra respondentens rapporterede fødselsår.

*Køn* er kodet som en binær variabel, der indeholder værdien 0 hos dem, der har angivet, at de er mænd og 1 hos dem, der har angivet, at de er kvinder.

### 4.3 Diskussion af operationalisering

I dette afsnit diskuteres de operationelle definitioner af forbrug af antidepressiv medicin, selvvurderet helbred, deltagelse i frivilligt arbejde, tidsforbrug på frivilligt arbejde, motivation, social kontakt og netværk samt socioøkonomiske ressourcer. Derudover begrundes de valg og fravalg, jeg har foretaget i forbindelse med operationaliseringerne.

#### **Selvvurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin**

Selvvurderet helbred er en af analysens afhængige variable. Det er et subjektivt mål for en persons egen samlede vurdering af en række helbredsforhold og er bredt anerkendt som en robust indikator for en persons generelle sundhedstilstand (Sundhedsstyrelsen 2022a:20). Selvvurderet helbred integrerer biologiske, mentale, sociale og funktionelle aspekter af en persons helbredstilstand, herunder individuelle og kulturelle overbevisninger samt

sundhedsadfærd. Fordelen ved at anvende selvvrurderet helbred som indikator for mental helbred er, at det kan fange aspekter af sundhed, som ikke nødvendigvis registreres gennem mere objektive målinger såsom generel trivsel, oplevet stress og andre følelsesmæssige tilstande, der er relateret til mental helbred (Sundhedsstyrelsen 2022a:42). Selvom dette mål også omfatter aspekter af fysisk helbred, er det stadig værdifuldt, da det til en vis grad reflekterer individets egen opfattelse af deres mentale velbefindende. Desuden har studier vist, at der er en sammenhæng mellem depressive symptomer og selvvrurderet helbred, hvilket understøtter dets relevans som en indikator for mental sundhed (Ambresin et al. 2014. ).

Forbrug af antidepressiv medicin udgør analysens anden afhængige variabel, og er baseret på registeroplysninger om indløste recepter på antidepressiv medicin . Styrken ved denne variabel er, at forbruget kan følges over tid, hvilket muliggør måling af forbruget af antidepressiv medicin tidsmæssigt efter deltagelsen i frivilligt arbejde samt en tidligere kontrol for forbruget. Denne tidsmæssige opdeling giver mulighed for at undersøge forbruget af antidepressiv medicin både før og efter det frivillige engagement. En anden styrke ved denne variabel er, at den tilbyder en konkret indikator for at have modtaget medicinsk behandling for en klinisk anerkendt psykisk lidelse, hvilket styrker validiteten af resultaterne i forhold til at vurdere sammenhængen mellem frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin.

For at forenkle analysen og gøre resultaterne mere håndgribelige, er begge analysens afhængige variable dikotomiseret. Fordelen ved dette er, at det gør det nemmere at sammenligne to grupper, hvilket er særligt nyttigt, når man ønsker at identificere specifikke faktorer, der skiller personer med godt selvvrurderet helbred fra dem med dårligt selvvrurderet helbred samt dem, der får antidepressiv medicin, fra dem, der ikke gør. Desuden kan dikotomisering reducere støj i dataene og dermed fremhæve mere signifikante mønstre, særligt hvis der er en skæv fordeling i de forskellige kategorier, hvilket blandt andet var tilfældet med den ordinale kategorisering af selvvrurderet helbred i dataet. Selvom konverteringen af en ordinal variabel til en binær variabel kan medføre et vist tab af information og nuancer i respondenternes helbredsvurderinger, er denne tilgang valgt for at opnå klare og anvendelige resultater. Samtidig kan en binær variabel til at måle forbruget af antidepressiv medicin begrænse evnen til at fange den fulde kompleksitet i medicinforbruget, men det giver stadig en brugbar indikator for at om individet har et forbrug af antidepressiv medicin eller ej. Disse målinger giver derfor et solidt fundament for at undersøge specifikke og relevante indikatorer relateret til mental helbred, samt deres sammenhæng med frivilligt arbejde.

### **Deltagelse og antal timer brugt på frivilligt arbejde**

For at måle frivilligt arbejdes betydning for selvvurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin anvender jeg to forskellige indikatorer. Den første er en binær variabel, der angiver, om man deltager i frivilligt arbejde eller ej. Den anden er en variabel, der indikerer omfanget af deltagelsen ved at måle tidsforbruget på frivilligt arbejde den seneste måned.

Målet for ‘deltagelse i frivilligt arbejde’ er konstrueret på baggrund af besvarelser baseret på fjorten forskellige frivilligområder og er derfor en stærk indikator for, om respondenter har arbejdet frivilligt inden for det seneste år. Dette udgør et simpelt, men bredt og robust mål, der kan anvendes på tværs af forskellige frivillighedsområder uden at komplicere modellen unødigt. Ved at anvende dette mål, kan det medbringe en generel forståelse af frivilligt arbejdes betydning for selvvurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin. For at tilføje et mere nuanceret blik, inddrages også tidsforbruget på frivilligt arbejde som en forklarende variabel, hvilket er baseret på respondentens tidsforbrug på frivilligt arbejde den seneste måned. Dette mål reflekterer ikke blot deltagelse, men også omfanget af engagementet. Tidsforbruget på frivilligt arbejde kan give en dybere indsigt i, hvordan intensiteten af engagementet hænger sammen med selvvurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin. Selvom brugen af tidsforbrug som indikator kan medføre nogle udfordringer, især hvis respondentens aktiviteter den seneste måned ikke nødvendigvis afspejler det sædvanlige engagement, kan det alligevel antages at være et robust mål. At benytte tidsforbrug muliggør en kvantificering af graden af engagement samt kan være en rimelig indikator for respondentens sædvanlige engagement. Endvidere, ved at kombinere disse to indikatorer, kan der opnås både en bred og mere dybdegående forståelse af frivilligt arbejdes betydning for selvvurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin.

På grund af surveydata som den primære datakilde, er det ikke muligt at følge det frivillige engagement over tid. Dette kan gøre det vanskeligt at afgøre, om ændringer i målene for mental helbred skyldes frivilligt arbejde eller andre faktorer. Dog styrkes analysens robusthed ved, at det er muligt at følge forbruget af antidepressiv medicin over tid, hvilket hjælper med at analysere ændringer i dette forbrug over en længere periode. Dette opvejer nogle af de metodologiske udfordringer ved tværsnitsdataet, og kombinationen af tværsnitsdata og longitudinelle data øger dermed analysens validitet. Samtidig giver de valgte indikatorer

mulighed for at afdække både bredere tendenser og mere nuancerede aspekter af frivilligt arbejdes indvirkning på selvvurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin.

### **Motivation**

Som indikator for motivationsfaktorer har jeg valgt at fokusere på grunde til at udføre frivilligt arbejde, og variabelen er konstrueret ud fra flere forskellige motiver. For at skabe en mere håndterbar variabel har jeg kategoriseret motivationsfaktorerne som enten ekspressiv eller instrumentel motivation. Dette valg muliggør et mere overordnet indblik i, hvordan disse overordnede typer af motivation påvirker sammenhængen mellem frivilligt arbejde og selvvurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin, uden at komplicere modellen unødigt. Selvom der er interne nuancer inden for hvert motiv, som dette mål ikke indfanger, så medfører det en mere overskuelig analyse. Yderligere er der i dette mål også taget højde for, at de to motivationsfaktorer ikke er gensidigt udelukkende. Selvom dette har resulteret i at variabelen indeholder flere kategorier, muliggør det, at målet indfanger flere nuancer i motivationen.

### **Socioøkonomiske ressourcer**

Som indikatorer på socioøkonomiske ressourcer har jeg inkluderet respondentens hovedbeskæftigelse og indkomst samt forældrenes primære arbejdsstilling, inddelt efter socioøkonomisk status, og indkomst. Inklusionen af forældrenes socioøkonomiske ressourcer er motiveret af stikprøvens aldersmæssige afgrænsning, hvor de unge voksnes socioøkonomiske status ofte endnu er påvirket af deres forældres. Dette er særligt relevant i en ung aldersgruppe, hvor mange stadig er under uddannelse og ikke har etableret en fuldstændig uafhængig økonomisk eller professionel identitet. Derfor har jeg også valgt at differentiere respondenter baseret på deres nuværende hovedbeskæftigelse som studerende, i arbejde, eller uden for arbejdsmarkedet, frem for eksempelvis er differentiere på baggrund af eksempelvis uddannelsesniveau.

For at operationalisere indkomst har jeg anvendt en inddeling i kvintiler for både respondenterne og deres forældre. Jeg har valgt kvintiler for at undgå en skæv fordeling, grundet stikprøvens yngre aldersgruppe. Yderligere letter denne metode analyseprocessen og muliggør en mere intuitiv sammenligning på tværs af grupper. Selvom denne tilgang kan skjule nuancerede socioøkonomiske gradienter, hjælper den med at simplificere den statistiske behandling af data og forbedre klarheden i de overordnede resultater.

Selvom et sammensat mål for individets samlede socioøkonomiske ressourcer kunne have reduceret risikoen yderligere for multikollinearitet, valgte jeg at opretholde separate variable. Dette for at bevare evnen til at evaluere den individuelle betydning af forskellige socioøkonomiske faktorer, og dermed potentielt identificere specifikke sammenhænge og betydninger af hvert socioøkonomisk aspekt.

### **Sociale netværk og social kontakt**

For at justere for den sociale støtte, som individet oplever uden for sit frivillige engagement, anvender jeg målinger for social kontakt og socialt netværk som centrale indikatorer. Målet for social kontakt indikeres af omfanget af sociale interaktioner uden for frivilligt arbejde og giver et bredt billede af respondentens sociale kontakter ved at indfange hyppigheden af kontakt med en række sociale grupper. En væsentlig styrke ved dette indeks er, at det inkluderer flere typer sociale relationer, hvilket øger sandsynligheden for at fange den samlede mængde af social kontakt, som individet oplever. Dette mål tager dog ikke højde for kvaliteten af disse relationer, og derfor inddrages også mål for adgang til instrumentel støtte gennem socialt netværk. Disse målinger tilføjer en vigtig dimension til analysen ved at klargøre, om individet har mere praktisk orienterede støttemuligheder i sit netværk. Selvom disse målinger primært fanger økonomisk og professionel støtte og ikke inkluderer eksempelvis følelsesmæssig støtte, bidrager de med værdifuld indsigt i respondenternes adgang til ressourcer gennem deres sociale netværk.

## **4.4 Analysestrategi**

Specialets analyse er opdelt i to hoveddele. Første del består af en deskriptiv analyse, som har til formål at give indblik i de anvendte variable gennem univariate analyser af gennemsnit og standardafvigelser. Herudover sammenlignes enkelte tendenser med den øvrige befolkning for at vurdere stikprøvens repræsentativitet (se afsnit 5.1). Denne del af analysen undersøger også karakteristika ved gruppen af frivillige sammenlignet med gruppen af ikke-frivillige (se afsnit 5.1.1).

Anden del af analysen er en hypotesetestende analyse, hvor logistisk regression anvendes til at undersøge betydningen af deltagelse i frivilligt arbejde for henholdsvis selvvurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin. Først analyseres sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selvvurderet helbred (se afsnit 5.2). For at finde mulige forklaringer på en

eventuel sammenhæng inddrages motivation som interaktionsled. Derefter analyseres betydningen af tidsforbruget på frivilligt arbejdes for selv vurderet helbred, og interaktionseffekter med motivation undersøges (se afsnit 5.2.1). Dernæst analyseres sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin (se afsnit 5.3). I denne del af analysen inddrages ligeledes motivation som interaktionsled. Til sidst undersøges tidsforbrugets betydning for forbruget af antidepressiv medicin, ligeledes med fokus på mulige interaktionseffekter (se afsnit 5.3.1).

#### *4.4.1 Logistisk regression som statistisk model*

I den hypotesetestende del af analysen anvendes logistisk regression som den statistiske model til at undersøge sammenhængen mellem frivilligt arbejde og mental sundhed. Valget af logistisk regression er motiveret af flere vigtige statistiske og metodologiske overvejelser. Først og fremmest er logistisk regression særligt velegnet til at analysere binære udfaldsvariable, som det er tilfældet med de afhængige variable i denne undersøgelse (Agresti 2018:471). Yderligere er logistisk regression i dette tilfælde at foretrække frem for en lineær sandsynlighedsmodel af flere årsager. Lineære sandsynlighedsmodeller kan resultere i estimater, der falder uden for intervallet 0 til 1, hvilket er u hensigtsmæssigt, da sandsynligheder definitions mæssigt ikke kan overstige disse grænser. Dette problem undgås med logistisk regression, hvor sandsynlighederne altid vil være inden for det acceptable interval, uanset værdierne af de uafhængige variable. Desuden kan logistisk regression håndtere ikke-lineære sammenhænge mellem afhængige og uafhængige variable mere effektivt, hvilket giver en mere præcis og realistisk model, når man har med binære variable at gøre (Agresti 2018:472). For at konkretisere, hvordan logistisk regression anvender disse sammenhænge, introduceres logit-transformationen. Logit-funktionen transformerer sandsynligheden  $P(Y=1)$  til log-odds, hvilket er et mål for, hvor sandsynligt det er, at udfaldet Y indtræffer, givet et sæt af forklarende variable (ibid.). Den matematiske repræsentation for den grundlæggende model af denne transformation er som følger:

$$\text{logit}[P(Y = 1)] = \log\left(\frac{P(Y=1)}{1-P(Y=1)}\right) = \alpha + \beta_1 X_1 + \sum_{i=2}^k \beta_i X_i + \epsilon$$

Hvor Y er den afhængige variabel, der i denne analyse enten repræsenterer sandsynligheden for at have et godt selv vurderet helbred eller at have et forbrug af antidepressiv medicin.  $X_1$  er den uafhængige variabel, som i dette tilfælde enten er en indikator for deltagelse i frivillige

arbejde eller tidsforbruget på frivilligt arbejde.  $X_i$  (for  $i=2,3,\dots,k$ ) er kontrolvariable, der inkluderer andre relevante faktorer, som i dette tilfælde er socioøkonomiske ressourcer, alder, køn, social kontakt, socialt netværk og tidligere forbrug af antidepressiv medicin.  $\alpha$  er konstantleddet og repræsenterer log odds for udfaldet (Y) når alle andre variable er 0.  $\beta_1$  er koefficienten for  $X_1$  og indikerer hvor meget log-oddsene for udfaldet (Y) ændrer sig når  $X_1$  er lig med 1 sammenlignet med 0.  $\beta_i$  er koefficienterne for kontrolvariablene, og  $\epsilon$  er fejlleddet, som repræsenterer de uobserverede faktorer, der kan påvirke udfaldet. Ved at inkludere kontrolvariable i alle modeller, kan det sikres, at analysen tager højde for andre faktorer, der kan påvirke udfaldet. Det særlige ved denne analyse er, at det har været muligt at kontrollere for tidligere forbrug af antidepressiv medicin, som med rimelighed kan antages at være en stærk prædiktør for senere forbrug af antidepressiv medicin. Dette gør resultaterne mere pålidelige og kan dermed give en bedre forståelse af, hvordan deltagelse i frivilligt arbejde hænger sammen med selv vurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin.

Ud fra mine teoretiske forventninger om, at motivation potentielt kan moderere forholdet mellem frivilligt arbejde og mental sundhed, har jeg valgt at udvide den forrige regressionsmodel med interaktionsled for at teste for interaktionseffekt. En interaktionseffekt opstår, hvis forholdet mellem en uafhængig variabel,  $X_1$ , og udfaldsvariablen (Y), afhænger af værdien på en anden uafhængig variabel,  $X_2$  (Agresti 2018:337-338). Den grundlæggende model med interaktionsled er struktureret på følgende måde:

$$\text{logit}[P(Y = 1)] = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \gamma(X_1 \times X_2) + \sum_{i=3}^k \beta_i X_i + \epsilon$$

I dette tilfælde repræsenterer  $X_2$  motivation for at udføre frivilligt arbejde.  $X_1 \times X_2$  er selve interaktionsleddet, som indikerer, hvordan effekten af  $X_1$  på Y ændrer sig afhængigt af  $X_2$ .  $\gamma$  er koefficienten for interaktionsleddet. Hvis interaktionskoefficienten er statistisk signifikant indikerer dette, at sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selv vurderet helbred eller forbrug af antidepressiv medicin afhænger af motivationen for at deltage i frivilligt arbejde.

Der er forskel på, hvordan interaktionsleddet skal tolkes alt efter variablenes målniveau. I scenarier, hvor  $X_1$  er en dummy-variabel og  $X_2$  er kategorisk, repræsenterer interaktionsleddet mellem disse to variable effekten af  $X_2$ 's forskellige kategorier, når  $X_1$  er lig med 1. For

eksempel, hvis  $X_1$  er 'deltagelse i frivilligt arbejde' og  $X_2$  er 'motivation' med kategorierne: 1) Ikke-frivillige, 2) Frivillige med overvejende ekspressiv motivation, 3) Frivillige med overvejende instrumentel motivation, 4) Frivillige med høj grad af både ekspressiv og instrumentel motivation og 5) Frivillige med lav grad af både ekspressiv og instrumentel motivation, viser et interaktionsled mellem  $X_1$  og de forskellige kategorier af  $X_2$ , hvordan effekten af at deltage i frivilligt arbejde på udfaldet varierer afhængigt af, individets motivation for at udføre frivilligt arbejde, sammenlignet med referencegruppen, som i dette tilfælde er ikke-frivillige.

Når både  $X_1$  og  $X_2$  er kategoriske, involverer tolkningen af interaktionsleddet til gengæld en sammenligning mellem alle kombinationer af kategorier fra de to variable. Hver kombination af kategorier fra  $X_1$  og  $X_2$  danner et unikt interaktionsled, som indikerer, hvordan samspillet mellem disse specifikke kategorier påvirker udfaldet sammenlignet med en referencekategori. For eksempel, hvis  $X_1$  i dette tilfælde er 'tidsforbrug på frivilligt arbejde' med kategorierne: 1) ingen tidsforbrug, 2) lavt til moderat tidsforbrug og 3) højt tidsforbrug, og  $X_2$  forsat er 'motivation', vil interaktionsleddene vise, hvordan forskellige niveauer af tidsforbrug påvirker selvvurderet helbred eller forbrug af antidepressiv medicin forskellig afhængigt af motivation for at udføre frivilligt arbejde.

På denne måde bliver det muligt at teste de opstillede hypoteser omkring, om sammenhængen mellem frivilligt arbejde og mental helbred er betinget af individets motivation for at udføre det frivillige arbejde.

#### *4.4.2 Overvejelser om kausalitet*

Kausalitet refererer til forholdet mellem årsag og virkning, hvor en ændring i én variabel direkte påvirker en anden variabel (Morgan & Winship 2015:3). For at fastslå kausalitet er det nødvendigt at kunne påvise, at en bestemt intervention, såsom deltagelse i frivilligt arbejde, har en direkte indvirkning på et udfald, som eksempelvis selvvurderet helbred eller forbrug af antidepressiv medicin. Dette kræver streng kontrol af andre variable samt en grundig undersøgelse af de betingelser, under hvilke relationen opstår.

Kausal inferens indebærer at drage konklusioner om årsagssammenhænge mellem sociale fænomener. I dette speciale undersøges sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde

og selvvrurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin, med henblik på at komme tættere på at identificere en kausal effekt. Kausal inferens i observationsstudier hviler på antagelser om, hvilke faktorer der påvirker mekanismerne, der inddeler individer i behandlings- og kontrolgrupper (Morgan & Winship 2015:54). Derfor er det vigtigt at huske, at statistiske modeller er baseret på sandsynlighedsteori og kan aldrig fuldt ud afspejle den komplekse sociale virkelighed. Derudover er det ikke muligt at inkludere al information i en statistisk model, og derfor bliver en central udfordring risikoen for omitted variable bias. Dette opstår, når relevante faktorer, der i dette tilfælde påvirker både deltagelse i frivilligt arbejde og selvvrurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin, ikke inkluderes i modellen. Udeladelse af sådanne variable kan føre til skæve estimater af effekten af frivilligt arbejde. Dette problem er særligt udfordrende, når man arbejder med tværsnitsdata, da det er vanskeligt at kontrollere for effekterne af udeladte variabler, når data kun indsamles på ét tidspunkt.

For at håndtere nogle af disse udfordringer anvendes regressor variabel metoden i analysen, som tilføjer en longitudinel dimension. Ved at koble surveydata til forbrug af antidepressiv medicin bliver det muligt at tage højde for ændringer i medicinforbruget over tid. Dette er en betydelig styrke, da forbruget af antidepressiv medicin kan antages at være en stærk prædikator for senere mental sundhed. Denne tilgang forbedrer muligheden for at estimere en potentiel effekt af deltagelse i frivilligt arbejde på senere forbrug af antidepressiv medicin. Ved at kontrollere for tidligere forbrug af antidepressiv medicin reduceres risikoen for omitted variable bias, da der tages højde for en vigtig faktor, der kan påvirke både deltagelse i frivilligt arbejde og senere forbrug af antidepressiv medicin samt selvvrurderet helbred.

## KAPITEL 5

# ANALYSE

I dette kapitel præsenteres specialets analyse og resultater. Først vil den deskriptive analyse præsenteres og derefter den hypotesetestende del, der undersøger sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selvvrurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin.

### 5.1 Deskriptiv analyse

I dette afsnit præsenteres først de deskriptive statistikker for de variable, der anvendes i de efterfølgende regressionsanalyser. Herefter sammenlignes grupperne af frivillige og ikke-frivillige for at identificere karakteristika, der kendetegner de to grupper.

Formålet med den første del af analysen er at tilvejebringe en detaljeret forståelse af de centrale karakteristika ved datasættet. For at få indsigt i de centrale tendenser og spredning præsenteres der i tabel 3 gennemsnit og standardafvigelser for hver variabel. Derudover sammenlignes enkelte tendenser med den øvrige befolkning for at vurdere stikprøvens repræsentativitet. Dette er fundamentalt for at evaluere, hvordan hver variabel opfører sig i datasættet, og for at vurdere deres potentielle indvirkning i den senere regressionsanalyse. Denne forståelse er essentiel, da den hjælper med at sikre, at de anvendte variable er passende for den efterfølgende empiriske analyse og understøtter identifikationen af vigtige trends og mønstre, der kan have indflydelse på resultaterne.

**Tabel 3** Deskriptive statistikker over anvendte variable i analysen.

|                                             | Hele stikprøven (N=6623) |      |
|---------------------------------------------|--------------------------|------|
|                                             | Mean                     | SD   |
| <i>AFHÆNGIGE VARIABLE</i>                   |                          |      |
| <b>Selvvurderet helbred</b>                 | 0.85                     | 0.36 |
| <b>Antidepressiv medicin efter 1 år</b>     | 0.05                     | 0.22 |
| <i>FORKLARENDE VARIABLE</i>                 |                          |      |
| <b>Frivilligt arbejde</b>                   | 0.20                     | 0.40 |
| <b>Tidsforbrug seneste måned</b>            |                          |      |
| Ingen timer                                 | 0.88                     | 0.33 |
| Lavt/moderat tidsforbrug                    | 0.07                     | 0.25 |
| Højt tidsforbrug                            | 0.06                     | 0.23 |
| <b>Motivation</b>                           |                          |      |
| Ikke-frivillig                              | 0.79                     | 0.41 |
| Overvejende ekspressiv                      | 0.04                     | 0.21 |
| Overvejende instrumentel                    | 0.03                     | 0.18 |
| Både ekspressiv og instrumentel             | 0.05                     | 0.23 |
| Hverken ekspressiv eller instrumentel       | 0.07                     | 0.26 |
| <i>KONTROLVARIABLE</i>                      |                          |      |
| <b>Socioøkonomiske faktorer</b>             |                          |      |
| <b>Beskæftigelse</b>                        |                          |      |
| Ingen beskæftigelse                         | 0.17                     | 0.38 |
| I arbejde                                   | 0.40                     | 0.49 |
| Studerende                                  | 0.43                     | 0.49 |
| Indkomst (kvintiler)                        | 3.00                     | 1.41 |
| <b>Forældres socioøkonomiske ressourcer</b> |                          |      |
| Fars indkomst (kvintiler)                   | 3.00                     | 1.41 |
| Mors indkomst (kvintiler)                   | 3.00                     | 1.41 |
| Fars beskæftigelsesstatus (SES)             |                          |      |
| Lavere SES                                  | 0.34                     | 0.47 |
| Middel SES                                  | 0.12                     | 0.33 |
| Højere SES                                  | 0.28                     | 0.45 |
| Pension                                     | 0.07                     | 0.25 |
| Øvrige                                      | 0.19                     | 0.39 |
| Mors beskæftigelsesstatus (SES)             |                          |      |
| Lavere SES                                  | 0.41                     | 0.49 |
| Middel SES                                  | 0.22                     | 0.42 |
| Højere SES                                  | 0.17                     | 0.37 |
| Pension                                     | 0.07                     | 0.26 |
| Øvrige                                      | 0.13                     | 0.33 |
| <b>Social kontakt</b>                       | 6.08                     | 5.56 |
| <b>Social støtte netværk</b>                |                          |      |
| Netværk kan hjælpe med job                  | 0.76                     | 0.43 |
| Netværk kan hjælpe økonomisk                | 0.73                     | 0.44 |
| Netværk med høj stilling                    | 0.26                     | 0.44 |

**(FORTSÆTTELSE)**

|                                                   | Hele stikprøven<br>(N=6623) | Hele stikprøven<br>(N=6623) |
|---------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
|                                                   | Mean                        | Mean                        |
| <b>Baggrundsfaktorer</b>                          |                             |                             |
| Alder                                             | 24.86                       | 5.39                        |
| Køn                                               | 0.51                        | 0.50                        |
| Antidepressiv medicin op til 5 år tidligere       | 0.10                        | 0.29                        |
| Antidepressiv medicin mere end 5 år tidligere     | 0.06                        | 0.24                        |
| <b>Indsamlingsår (frivillighedsundersøgelsen)</b> |                             |                             |
| 2012                                              | 0.16                        | 0.36                        |
| 2017                                              | 0.58                        | 0.49                        |
| 2020                                              | 0.26                        | 0.44                        |

*Selvurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin*

Selvurderet helbred har et gennemsnit på 0.85 hvilket indikerer, at respondenterne generelt har et godt selvurderet helbred. Resultaterne viser yderligere at det er fem procent af stikprøven, der har indløst mindst en recept på antidepressiv medicin et år efter indsamlingen af frivillighedsundersøgelsen. Ifølge en opgørelse fra Danmarks Statistik for 2021 er andelen, til trods for en lidt anderledes aldersafgrænsning på 18-29 år, ligeledes fem procent (Møller 2023:3).

*Frivilligt arbejde*

I stikprøven angiver 20 procent af respondenterne, at de inden for det seneste år har deltaget i frivilligt arbejde. Yderligere viser dataene, at 88 procent af respondenterne ikke har brugt nogen timer på frivilligt arbejde den seneste måned. Det er dog vigtigt at påpege, at denne kategori både indeholder respondenter, der ikke har arbejdet frivilligt inden for det seneste år, og de respondenter, der har arbejdet frivilligt inden for det seneste år, men som ikke har brugt timer på frivilligt arbejde den seneste måned. Til sammenligning viser tal fra Danmarks Statistik (2024a), at andelen af 16-34 årige, der ikke har deltaget i frivilligt arbejde, har været forholdsvis stabil med et gennemsnit på cirka 72 procent mellem 2018 og 2022. Denne sammenligning indikerer, at andelen af frivillige i stikprøven er lavere end i den generelle befolkning, hvilket kan pege på en underrepræsentation af frivillige i stikprøven.

Derudover er der syv procent, der er kategoriseret til at have et lavt til moderat tidsforbrug på frivilligt arbejde og seks procenter, der har et højt tidsforbrug. Stikprøven består yderligere af fire procent, der arbejder frivilligt overvejende med ekspressiv motivation og tre procent der arbejder frivilligt overvejende med instrumentel motivation. Derudover er der fem procent der arbejder frivilligt med høj grad af både instrumentel og ekspressiv motivation samt syv procent, der er frivillige med lav grad af både instrumentel og ekspressiv motivation.

### *Socioøkonomiske faktorer*

Næsten lige store dele af stikprøven er i arbejde og studerende med henholdsvis 40 procent og 43 procent, med 17 procent, som ikke er kategoriseret som hverken i arbejde eller studerende. I forhold til respondenternes socioøkonomiske baggrund ses det, at 34 procent af fædre kan kategoriseres til at have lavere socioøkonomisk status, 12 procent middel socioøkonomisk status og 28 procent højere socioøkonomisk status. Desuden er syv procent af fædre pensionerede og 19 procent falder uden for disse kategorier. Blandt mødre er 41 procent kategoriseret til at have lavere socioøkonomisk status, 22 procent middel socioøkonomisk status, og 17 procent højere socioøkonomisk status. Yderligere er syv procent på pension og 13 procent falder uden for disse kategorier.

### *Sociale relationer*

Den gennemsnitlige score for social kontakt er 6,08 på en skala fra 0 til 18. I forhold til social støtte rapporterer 76 procent, at de har familie eller omgangskreds, der kan hjælpe med at finde respondenten job, 73 procent har nogen i netværket, som kan hjælpe økonomisk og 26 procent, der har nogen i deres netværk, som har en høj stilling på arbejdsmarkedet.

### *Baggrundskarakteristika*

Stikprøven har en nogenlunde lige kønsfordeling, hvor 51 procent er kvinder og 49 procent mænd. Den gennemsnitlige alder i stikprøven, som er afgrænset til 16-34 årige, er 24,86 år. Sammenlignet med data fra Danmarks Statistik (2024b) udgør mænd 51 procent og kvinder 49 procent af befolkningen inden for denne aldersgruppe. Desuden er gennemsnitsalderen i den generelle befolkning inden for aldersintervallet 16-34 år 25,31 år. Disse resultater viser, at kønsfordelingen i stikprøven næsten er identisk med den generelle befolkning, hvilket indikerer en høj grad af repræsentativitet med hensyn til køn. Gennemsnitsalderen i stikprøven afviger ligeledes kun marginalt fra den generelle befolkning, hvilket også indikerer, at stikprøven er repræsentativ med hensyn til aldersfordelingen. Desuden viser data, at ti procent af stikprøven har fået udskrevet antidepressiv medicin op til fem år før besvarelse af frivillighedsundersøgelsen, mens seks procent har fået udskrevet medicin mere end fem år før.

Data fra 2012 udgør 16 procent af den afgrænsede stikprøve, 2017 udgør 58 procent og 2020 udgør 26 procent.

### *5.1.1 Hvordan adskiller frivillige sig fra ikke-frivillige?*

I dette afsnit præsenteres en sammenligning mellem frivillige og ikke-frivillige for at identificere, hvordan de to grupper adskiller sig med hensyn til centrale variable, der indgår i den efterfølgende regressionsanalyse. Tabel 4 viser gennemsnittene for forskellige variable, herunder helbredsmæssige, socioøkonomiske, sociale og demografiske faktorer for begge grupper. Det er essentielt at undersøge, hvordan frivillige adskiller sig fra ikke-frivillige, da disse forskelle kan have implikationer for analysens resultater. Ved at identificere og forstå disse forskelle bliver det i højere grad muligt at kontrollere for potentielle confoundere og sikre, at de observerede sammenhænge mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selv vurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin ikke skyldes underliggende forskelle mellem grupperne. Denne sammenligning bidrager dermed til at styrke validiteten af den empiriske analyse og understøtter en mere præcis fortolkning af resultaterne.

**Tabel 4 Sammenligning af frivillige og ikke-frivillige.**

|                                                         | Ikke-frivillige<br>(N=5292) | Frivillige<br>(N=1331) |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
|                                                         | Mean                        | Mean                   |
| <b>Selvvurderet helbred (y<sub>1</sub>)</b>             | 0.84                        | 0.87                   |
| <b>Antidepressiv medicin efter 1 år (y<sub>2</sub>)</b> | 0.05                        | 0.04                   |
| Antidepressiv medicin op til 5 år tidligere             | 0.10                        | 0.08                   |
| Antidepressiv medicin mere end 5 år tidligere           | 0.06                        | 0.05                   |
| <b>Socioøkonomiske faktorer</b>                         |                             |                        |
| Beskæftigelse                                           |                             |                        |
| Ingen beskæftigelse                                     | 0.19                        | 0.14                   |
| I arbejde                                               | 0.40                        | 0.40                   |
| Studerende                                              | 0.41                        | 0.46                   |
| Indkomst (kvintiler)                                    | 2.97                        | 3.12                   |
| <b>Forældres socioøkonomiske ressourcer</b>             |                             |                        |
| Fars indkomst (kvintiler)                               | 2.98                        | 3.06                   |
| Mors indkomst (kvintiler)                               | 2.96                        | 3.14                   |
| Fars beskæftigelsesstatus (SES)                         |                             |                        |
| Lavere SES                                              | 0.35                        | 0.32                   |
| Middel SES                                              | 0.12                        | 0.11                   |
| Højere SES                                              | 0.26                        | 0.34                   |
| Pension                                                 | 0.07                        | 0.05                   |
| Øvrige                                                  | 0.19                        | 0.17                   |
| Mors beskæftigelsesstatus (SES)                         |                             |                        |
| Lavere SES                                              | 0.42                        | 0.35                   |
| Middel SES                                              | 0.22                        | 0.25                   |
| Højere SES                                              | 0.15                        | 0.22                   |
| Pension                                                 | 0.08                        | 0.05                   |
| Øvrige                                                  | 0.13                        | 0.14                   |
| <b>Social kontakt</b>                                   | 5.21 (5.51)                 | 9.54 (4.22)            |
| <b>Social støtte netværk</b>                            |                             |                        |
| Netværk kan hjælpe med job                              | 0.76                        | 0.76                   |
| Netværk kan hjælpe økonomisk                            | 0.72                        | 0.77                   |
| Netværk med høj stilling                                | 0.23                        | 0.31                   |
| <b>Baggrundsfaktorer</b>                                |                             |                        |
| Alder                                                   | 24.79 (5.36)                | 25.12 (5.52)           |
| Køn                                                     | 0.49                        | 0.56                   |

Note: For kontinuierlige variable er standardafvigelsen angivet i parentes.

Resultaterne af den deskriptive analyse viser, at der er forskelle mellem frivillige og ikke-frivillige på flere centrale variable. Først og fremmest vurderer en større andel af frivillige deres helbred som godt (87%) sammenlignet med ikke-frivillige (84%). Derudover fremgår det også af resultaterne, at en større andel af ikke-frivillige har fået antidepressiv medicin et år efter deltagelse i undersøgelsen (5%), mens denne andel er en smule lavere for de frivillige (4%). Lignende tendenser ses ved tidligere forbrug af antidepressiv medicin, hvor andelen for ikke-

frivillige er højere. Dette indikerer en mulig sammenhæng mellem deltagelse i frivilligt arbejde og mentalt helbred, målt som selv vurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin.

Analysen af beskæftigelsesstatus viser, at en større andel af de ikke-frivillige er ikke-beskæftigede (19 %) sammenlignet med de frivillige (14 %). Andelen af studerende er højere blandt ikke-frivillige (46 %) end blandt frivillige (41 %), mens andelen i arbejde er ens for begge grupper (40 %). Frivillige har i gennemsnit en højere indkomst (3,12) end ikke-frivillige (2,97), og det samme mønster ses for deres forældres indkomst. Dette kan være relateret til, at frivillige oftere har forældre med middel (25%) eller høj socioøkonomisk status (22%) sammenlignet med de ikke-frivillige. Analysen af de socioøkonomiske ressourcer indikerer således en sammenhæng mellem deltagelse i frivilligt arbejde og socioøkonomiske ressourcer, hvor frivillige i gennemsnit har højere indkomst og har højere socioøkonomisk baggrund end ikke-frivillige.

Resultaterne viser også, at frivillige i gennemsnit har mere social kontakt (9,54) end ikke-frivillige (5,21). Derudover har flere frivillige adgang til et socialt netværk, der kan yde økonomisk hjælp (77% mod 72%) eller kender nogen med en høj stilling i erhvervslivet (31% mod 23%). Andelen, der gennem deres netværk kan få jobmæssige hjælp, er lige høj i begge grupper (76%). Disse resultater kan indikere, at frivillige generelt er bedre integreret i sociale netværk og i højere grad har social kontakt med andre individer.

Gennemsnitsalderen blandt de frivillige i denne stikprøve er 25,12 år, mens den er 24,79 blandt de ikke-frivillige. Yderligere er der en større andel af kvinder blandt de frivillige (56%) sammenlignet med de ikke-frivillige (49%).

Resultaterne fra denne deskriptive analyse indikerer, at der er en mulig sammenhæng mellem frivilligt arbejde og en række helbredsmæssige, socioøkonomiske, sociale og demografiske faktorer. Det er dog vigtigt at nævne, at disse sammenhænge kan være påvirket af selektionseffekter, hvor individer, der vælger at deltage i frivilligt arbejde, allerede har karakteristika, der eksempelvis er forbundet med bedre helbred og flere socioøkonomiske ressourcer. For at adressere dette, vil de efterfølgende regressioner inkludere kontrolvariable relateret til køn, alder, beskæftigelsesstatus, indkomst, socioøkonomisk baggrund og social kontakt. Dette vil hjælpe med at sikre, at de observerede sammenhænge ikke blot er et resultat af selektion, men også af den egentlige effekt af deltagelse i frivilligt arbejde.

## 5.2 Frivilligt arbejdes betydning for selv vurderet helbred

I dette afsnit præsenteres regressionsanalyserne, der undersøger sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selv vurderet helbred. Tabel 5 indeholder en række modeller: den bivariate sammenhæng (model 1), den multivariate sammenhæng med inddragelse af socioøkonomiske, demografiske og sociale kontrolvariable (model 2), samt en udvidet model, der også inkluderer tidligere forbrug af antidepressiv medicin (model 3). I tabel 6 præsenteres resultaterne, hvor interaktionsledet mellem deltagelse i frivilligt arbejde og motivationstype inddrages for at undersøge, om motivation modererer sammenhængen (model 4).

I nedenstående tabel 5, viser den bivariate analyse uden kontrolvariable i model 1 en signifikant positiv sammenhæng mellem deltagelse i frivilligt arbejde og godt selv vurderet helbred. Resultaterne viser, at deltagelse i frivilligt arbejde øger log odds for et godt selv vurderet helbred med 0.27. Når der kontrolleres for socioøkonomiske, demografiske og sociale faktorer i model 2, falder denne sammenhæng til 0.10 og bliver statistisk insignifikant. Dette indikerer, at den direkte sammenhæng mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selv vurderet helbred forsvinder, når der tages højde for disse faktorer. Når der yderligere kontrolleres for tidligere forbrug af antidepressiv medicin i model 3, bliver sammenhængen endnu mindre og forbliver statistisk insignifikant. Dette tyder på, at den observerede sammenhæng mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selv vurderet helbred i høj grad kan tilskrives en række andre faktorer.

Dette indikerer, at mens der kan være en umiddelbar observerbar sammenhæng mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selv vurderet helbred, kan denne sammenhæng i stor udstrækning tilskrives de socioøkonomiske, sociale og helbredsmæssige baggrunde for de, der vælger at engagere sig i frivilligt arbejde. Yderligere fremgår det af resultaterne, at det at være studerende samt have materielle ressourcer i form af indkomst, adgang til økonomisk hjælp gennem sociale netværk og social kontakt har en positiv sammenhæng med selv vurderet helbred. Derudover viser resultaterne, at et tidligere forbrug af antidepressiv medicin er negativt associeret med godt selv vurderet helbred.

**Tabel 5** Regression mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selvvurderet helbred.

|                                                                         | <b>Model 1</b> | <b>Model 2</b>  | <b>Model 3</b>  |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|
|                                                                         | Uden kontrol   | Med kontrol     | Med kontrol     |
| Frivilligt arbejde                                                      | 0.27 (0.10)*** | 0.10 (0.12)     | 0.06 (0.12)     |
| Beskæftigelsesstatus (ref: <i>ingen beskæftigelse</i> )                 |                |                 |                 |
| <i>I arbejde</i>                                                        |                | 0.30 (0.17)*    | 0.26 (0.18)     |
| <i>Studerende</i>                                                       |                | 0.76 (0.15)***  | 0.67 (0.15)***  |
| Indkomst (kvintiler)                                                    |                | 0.43 (0.05)***  | 0.35 (0.05)***  |
| Fars indkomst (kvintiler)                                               |                | 0.00 (0.04)     | 0.03 (0.04)     |
| Mors indkomst (kvintiler)                                               |                | -0.04 (0.05)    | -0.02 (0.05)    |
| Fars socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                |                 |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     |                | 0.24 (0.20)     | 0.23 (0.20)     |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     |                | 0.11 (0.14)     | 0.15 (0.15)     |
| <i>Pension</i>                                                          |                | 0.05 (0.23)     | 0.04 (0.24)     |
| <i>Øvrige</i>                                                           |                | -0.17 (0.15)    | -0.18 (0.15)    |
| Mors socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                |                 |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     |                | 0.16 (0.16)     | 0.09 (0.16)     |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     |                | -0.01 (0.17)    | -0.04 (0.17)    |
| <i>Pension</i>                                                          |                | -0.05 (0.23)    | -0.07 (0.23)    |
| <i>Øvrige</i>                                                           |                | 0.03 (0.17)     | -0.02 (0.18)    |
| Social kontakt                                                          |                | 0.11 (0.02)***  | 0.11 (0.02)***  |
| Netværk kan hjælpe med job                                              |                | 0.11 (0.13)     | 0.12 (0.13)     |
| Netværk kan hjælpe økonomisk                                            |                | 0.47 (0.12)***  | 0.35 (0.13)***  |
| Netværk med høj stilling                                                |                | 0.21 (0.13)     | 0.23 (0.14)*    |
| Alder                                                                   |                | -0.03 (0.01)*** | -0.01 (0.01)    |
| Køn (ref: <i>mand</i> )                                                 |                | -0.20 (0.11)*   | -0.05 (0.11)    |
| Mere end 1 recept <5 år tidligere                                       |                |                 | -1.10 (0.16)*** |
| Mere end 1 recept > 5 år tidligere                                      |                |                 | -0.60 (0.20)*** |
| Konstant                                                                | 1.64***        | -0.58           | -0.81*          |
| Antal observationer                                                     | 3854           | 3237            | 3237            |

Note: Standardfejl angivet i parentes. \*p < 0.1, \*\*, p < 0.05, \*\*\*p < 0.01

**Tabel 6** Regression mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selv vurderet helbred med interaktionsled.

|                                                                         | <b>Model 4</b>  |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                         | Med interaktion |
| Frivilligt arbejde                                                      | -0.54 (0.35)    |
| Beskæftigelsesstatus (ref: <i>ingen beskæftigelse</i> )                 |                 |
| <i>I arbejde</i>                                                        | 0.25 (0.18)     |
| <i>Studerende</i>                                                       | 0.68 (0.15)***  |
| Indkomst (kvintiler)                                                    | 0.36 (0.06)***  |
| Fars indkomst (kvintiler)                                               | 0.02 (0.05)     |
| Mors indkomst (kvintiler)                                               | -0.03 (0.05)    |
| Fars socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     | 0.26 (0.21)     |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     | 0.11 (0.15)     |
| <i>Pension</i>                                                          | 0.03 (0.24)     |
| <i>Øvrige</i>                                                           | -0.19 (0.15)    |
| Mors socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     | 0.14 (0.16)     |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     | 0.02 (0.18)     |
| <i>Pension</i>                                                          | -0.06 (0.24)    |
| <i>Øvrige</i>                                                           | -0.04 (0.18)    |
| Social kontakt                                                          | 0.12 (0.02)***  |
| Netværk kan hjælpe med job                                              | 0.07 (0.13)     |
| Netværk kan hjælpe økonomisk                                            | 0.38 (0.13)***  |
| Netværk med høj stilling                                                | 0.22 (0.14)     |
| Alder                                                                   | -0.01 (0.01)    |
| Køn (ref: <i>mand</i> )                                                 | -0.09 (0.11)    |
| Mere end 1 recept <5 år tidligere                                       | -1.14 (0.16)*** |
| Mere end 1 recept > 5 år tidligere                                      | -0.63 (0.20)*** |
| Motivation × Frivillig (ref: <i>ikke-frivillig</i> )                    |                 |
| <i>Overvejende ekspressiv</i>                                           | 0.92 (0.54)*    |
| <i>Overvejende instrumentel</i>                                         | 1.92 (0.64)***  |
| <i>Både ekspressiv og instrumentel</i>                                  | 0.16 (0.61)     |
| <i>Hverken ekspressiv eller instrumentel</i>                            | 0.98 (0.48)**   |
| Konstant                                                                | -0.72*          |
| Antal observationer                                                     | 3171            |

Note: Standardfejl angivet i parentes. \*p < 0.1, \*\*, p < 0.05, \*\*\*p < 0.01

Ovenstående tabel 6 viser resultaterne for test af interaktionseffekterne mellem forskellige motivationstyper og deltagelse i frivilligt arbejde på selvvurderet helbred. Resultaterne indikerer, at frivillige med primært ekspressiv motivation har højere log odds for at rapportere godt selvvurderet helbred sammenlignet med ikke-frivillige. Desuden viser resultaterne, at frivillige, der er primært drevet af instrumentel motivation, også har højere log odds for et godt selvvurderet helbred end ikke-frivillige, og at denne interaktionseffekt er større end den for frivillige med ekspressiv motivation. Dette resultat er i kontrast til min oprindelige hypotese, der antog en negativ sammenhæng mellem instrumentel motivation og godt selvvurderet helbred (H3a). Dog understøtter resultaterne fortsat idéen om, at ekspressivt motiveret frivilligt arbejde har en positiv sammenhæng med selvvurderet helbred (H1a).

Analysen viser yderligere, at frivillige med lav grad af både ekspressiv og instrumentel motivation stadig oplever højere log odds for at rapportere godt selvvurderet helbred i forhold til ikke-frivillige. Dette kan tyde på, at selvom der ikke observeres en signifikant direkte sammenhæng mellem frivilligt arbejde og selvvurderet helbred, kan der være andre fordelagtige aspekter ved at være frivillig, som ikke er afspejlet i modellen, og som kan bidrage til bedre selvvurderet helbred uafhængigt af den specifikke motivation.

### *5.2.1 Tidsforbrug på frivilligt arbejde og selvvurderet helbred*

I dette afsnit præsenteres regressionsanalyserne for sammenhængen mellem månedligt tidsforbrug på frivilligt arbejde og selvvurderet helbred. I tabel 7 præsenteres en række modeller, som tester både den bivariante og de multivariate sammenhænge efter samme princip som tabel 5. I tabel 8 præsenteres resultaterne for test af interaktionseffekt.

Nedenstående tabel 7 viser en positiv bivariat sammenhæng, hvor frivillige, der har et lavt til moderat tidsforbrug på frivilligt arbejde om måneden, har 0.39 højere log odds for godt selvvurderet helbred sammenlignet med ikke-frivillige. Når modellen justeres for socioøkonomiske, demografiske og sociale faktorer i model 2 og 3, svækkes denne positive sammenhæng og er ikke længere statistisk signifikant. Ligesom den tidligere analyse (se tabel 5), kan det tyde på, at den bivariante sammenhæng mellem tidsforbruget på frivilligt arbejde og selvvurderet helbred i høj grad kan tilskrives faktorer relateret til materielle ressourcer, social kontakt, tidligere forbrug af antidepressiv medicin samt positionen som studerende.

**Tabel 7** Regression mellem tidsforbrug på frivilligt arbejde og selvvurderet helbred.

|                                                                         | <b>Model 1</b> | <b>Model 2</b>  | <b>Model 3</b>  |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|
|                                                                         | Uden kontrol   | Med kontrol     | Med kontrol     |
| Tidsforbrug (ref: <i>ingen timer</i> )                                  |                |                 |                 |
| Lav/moderat                                                             | 0.39 (0.16)**  | 0.23 (0.19)     | 0.21 (0.19)     |
| Højt                                                                    | 0.20 (0.17)    | 0.13 (0.20)     | 0.11 (0.20)     |
| Beskæftigelsesstatus (ref: <i>ingen beskæftigelse</i> )                 |                |                 |                 |
| <i>I arbejde</i>                                                        |                | 0.30 (0.17)*    | 0.26 (0.18)     |
| <i>Studerende</i>                                                       |                | 0.76 (0.15)***  | 0.66 (0.15)***  |
| Indkomst (kvintiler)                                                    |                | 0.43 (0.05)***  | 0.35 (0.05)***  |
| Fars indkomst (kvintiler)                                               |                | 0.00 (0.04)     | 0.03 (0.04)     |
| Mors indkomst (kvintiler)                                               |                | -0.04 (0.05)    | -0.02 (0.05)    |
| Fars socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                |                 |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     |                | 0.23 (0.20)     | 0.23 (0.20)     |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     |                | 0.11 (0.14)     | 0.14 (0.15)     |
| <i>Pension</i>                                                          |                | 0.05 (0.23)     | 0.04 (0.24)     |
| <i>Øvrige</i>                                                           |                | -0.17 (0.15)    | -0.18 (0.15)    |
| Mors socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                |                 |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     |                | 0.16 (0.16)     | 0.09 (0.16)     |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     |                | -0.02 (0.17)    | -0.05 (0.17)    |
| <i>Pension</i>                                                          |                | -0.05 (0.23)    | -0.07 (0.23)    |
| <i>Øvrige</i>                                                           |                | 0.02 (0.17)     | -0.04 (0.18)    |
| Social kontakt                                                          |                | 0.11 (0.02)***  | 0.11 (0.02)***  |
| Netværk kan hjælpe med job                                              |                | 0.11 (0.13)     | 0.12 (0.13)     |
| Netværk kan hjælpe økonomisk                                            |                | 0.47 (0.12)***  | 0.35 (0.13)***  |
| Netværk med høj stilling                                                |                | 0.21 (0.13)     | 0.23 (0.14)     |
| Alder                                                                   |                | -0.03 (0.01)*** | -0.01 (0.01)    |
| Køn (ref: <i>mand</i> )                                                 |                | -0.20 (0.11)*   | -0.05 (0.11)    |
| Mere end 1 recept <5 år tidligere                                       |                |                 | -1.10 (0.16)*** |
| Mere end 1 recept > 5 år tidligere                                      |                |                 | -0.61 (0.20)*** |
| Konstant                                                                | 1.67***        | -0.56           | -0.78*          |
| Antal observationer                                                     | 3854           | 3237            | 3237            |

Note: Standardfejl angivet i parentes. \*p < 0.1, \*\*, p < 0.05, \*\*\*p < 0.01

**Tabel 8** Regression mellem tidsforbrug på frivilligt arbejde og selv vurderet helbred med interaktionsled.

|                                                                         | <b>Model 4</b><br>Med interaktion |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Tidsforbrug (ref: <i>ingen timer</i> )                                  |                                   |
| Lav/moderat                                                             | -0.67 (0.51)                      |
| Højt                                                                    | 0.24 (1.07)                       |
| Beskæftigelsesstatus (ref: <i>ingen beskæftigelse</i> )                 |                                   |
| <i>I arbejde</i>                                                        | 0.23 (0.18)                       |
| <i>Studerende</i>                                                       | 0.66 (0.15)***                    |
| Indkomst (kvintiler)                                                    | 0.36 (0.06)***                    |
| Fars indkomst (kvintiler)                                               | 0.02 (0.05)                       |
| Mors indkomst (kvintiler)                                               | -0.03 (0.05)                      |
| Fars socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                                   |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     | 0.26 (0.20)                       |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     | 0.11 (0.15)                       |
| <i>Pension</i>                                                          | 0.03 (0.24)                       |
| <i>Øvrige</i>                                                           | -0.20 (0.15)                      |
| Mors socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                                   |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     | 0.11 (0.16)                       |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     | 0.01 (0.18)                       |
| <i>Pension</i>                                                          | -0.04 (0.24)                      |
| <i>Øvrige</i>                                                           | -0.05 (0.18)                      |
| Social kontakt                                                          | 0.11 (0.02)***                    |
| Netværk kan hjælpe med job                                              | 0.05 (0.13)                       |
| Netværk kan hjælpe økonomisk                                            | 0.38 (0.13)***                    |
| Netværk med høj stilling                                                | 0.21 (0.14)                       |
| Alder                                                                   | -0.01 (0.01)                      |
| Køn (ref: <i>mand</i> )                                                 | -0.08 (0.11)                      |
| Mere end 1 recept <5 år tidligere                                       | -1.12 (0.16)***                   |
| Mere end 1 recept > 5 år tidligere                                      | -0.65 (0.20)***                   |
| Motivation × Lavt tidsforbrug (ref: <i>ingen tidsforbrug</i> )          |                                   |
| <i>Overvejende ekspressiv</i>                                           | 1.56 (0.80)*                      |
| <i>Overvejende instrumentel</i>                                         | 0.90 (0.82)                       |
| <i>Både ekspressiv og instrumentel</i>                                  | 0.77 (0.68)                       |
| <i>Hverken ekspressiv eller instrumentel</i>                            | 1.26 (0.62)**                     |
| Motivation × Højt tidsforbrug (ref: <i>ingen tidsforbrug</i> )          |                                   |
| <i>Overvejende ekspressiv</i>                                           | -0.43 (1.16)                      |
| <i>Overvejende instrumentel</i>                                         | 0.12 (1.20)                       |
| <i>Både ekspressiv og instrumentel</i>                                  | -0.38 (1.17)                      |
| <i>Hverken ekspressiv eller instrumentel</i>                            | 0.42 (1.18)                       |
| Konstant                                                                | -0.65 (0.42)                      |
| Antal observationer                                                     | 3171                              |

Note: Standardfejl angivet i parentes. \*p < 0.1, \*\*, p < 0.05, \*\*\*p < 0.01

Ovenstående tabel 8 viser resultaterne for test af interaktionseffekterne mellem tidsforbrug og forskellige motivationstyper på selvvurderet helbred. Analysen indikerer, at frivillige, der har lavt til moderat tidsforbrug på frivilligt arbejde og har overvejende ekspressiv motivation, har 1.56 højere log odds end ikke-frivillige for at have et godt selvvurderet helbred. Ligeledes har de frivillige, der har et lavt tidsforbrug, men hverken har høj ekspressiv eller instrumentel motivation højere log odds for at have et godt selvvurderet helbred sammenlignet med ikke-frivillige. Der ses dog den største positive interaktionseffekt for dem, der er frivillige med overvejende ekspressiv motivation, hvilket indikerer, at dem, der arbejder frivillige med ekspressiv motivation, har et bedre selvvurderet helbred end dem, der har anden motivation, hvilket er i overensstemmelse med den tidligere opstillet hypotese (H1b).

### 5.3 Frivilligt arbejdes betydning for forbrug af antidepressiv medicin

I dette afsnit præsenteres regressionsanalyserne, der undersøger sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin. Tabel 9 indeholder en række modeller: den bivariate sammenhæng (model 1), den multivariate sammenhæng med inddragelse af socioøkonomiske, demografiske og sociale kontrolvariable (model 2), en udvidet model, der også inkluderer tidligere forbrug af antidepressiv medicin (model 3) samt endnu en model, der yderligere tager højde for selvvurderet helbred (model 4). I tabel 10 inddrages et interaktionsled mellem deltagelse i frivilligt arbejde og motivationstype for at undersøge, om motivationen modererer den undersøgte sammenhæng (model 5).

**Tabel 9** Regression mellem deltagelse i frivilligt arbejde og antidepressiv medicin.

|                                                                         | <b>Model 1</b> | <b>Model 2</b>  | <b>Model 3</b> | <b>Model 4</b>  |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|
|                                                                         | Uden kontrol   | Med kontrol     | Med kontrol    | Med kontrol     |
| Frivilligt arbejde                                                      | -0.35 (0.16)** | -0.45 (0.19)**  | -0.41 (0.23)*  | -0.38 (0.23)*   |
| Beskæftigelsesstatus (ref: <i>ingen beskæftigelse</i> )                 |                |                 |                |                 |
| <i>I arbejde</i>                                                        |                | -0.04 (0.26)    | 0.18 (0.33)    | 0.24 (0.34)     |
| <i>Studerende</i>                                                       |                | -0.33 (0.22)    | 0.15 (0.27)    | 0.33 (0.28)     |
| Indkomst (kvintiler)                                                    |                | -0.41 (0.08)*** | -0.12 (0.10)   | -0.02 (0.10)    |
| Fars indkomst (kvintiler)                                               |                | 0.05 (0.06)     | -0.02 (0.08)   | -0.01 (0.08)    |
| Mors indkomst (kvintiler)                                               |                | 0.23 (0.07)***  | 0.26 (0.09)*** | 0.26 (0.09)***  |
| Fars socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                |                 |                |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     |                | -0.21 (0.28)    | -0.13 (0.33)   | -0.09 (0.34)    |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     |                | -0.11 (0.21)    | -0.29 (0.25)   | -0.28 (0.26)    |
| <i>Pension</i>                                                          |                | -0.51 (0.39)    | -0.60 (0.46)   | -0.67 (0.48)    |
| <i>Øvrige</i>                                                           |                | -0.04 (0.23)    | 0.15 (0.28)    | 0.12 (0.28)     |
| Mors socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                |                 |                |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     |                | -0.10 (0.23)    | 0.35 (0.28)    | 0.35 (0.29)     |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     |                | -0.06 (0.25)    | 0.14 (0.31)    | 0.10 (0.32)     |
| <i>Pension</i>                                                          |                | 0.56 (0.33)*    | 0.91 (0.41)**  | 0.86 (0.41)**   |
| <i>Øvrige</i>                                                           |                | 0.04 (0.26)     | 0.33 (0.32)    | 0.36 (0.32)     |
| Social kontakt                                                          |                | -0.07 (0.03)**  | -0.06 (0.04)   | -0.04 (0.04)    |
| Netværk kan hjælpe med job                                              |                | 0.05 (0.19)     | 0.01 (0.23)    | 0.04 (0.23)     |
| Netværk kan hjælpe økonomisk                                            |                | -0.74 (0.18)*** | -0.41 (0.22)*  | -0.40 (0.23)*   |
| Netværk med høj stilling                                                |                | 0.16 (0.19)     | 0.10 (0.23)    | 0.13 (0.23)     |
| Alder                                                                   |                | 0.07 (0.02)***  | -0.01 (0.02)   | -0.01 (0.02)    |
| Køn (ref: <i>mand</i> )                                                 |                | 0.92 (0.18)***  | 0.45 (0.21)**  | 0.47 (0.21)**   |
| Mere end 1 recept <5 år tidligere                                       |                |                 | 3.85 (0.22)*** | 3.68 (0.22)***  |
| Mere end 1 recept > 5 år tidligere                                      |                |                 | 0.37 (0.25)    | 0.37 (0.26)     |
| Selv vurderet helbred                                                   |                |                 |                | -1.08 (0.22)*** |
| Konstant                                                                | -2.90***       | -3.45***        | -3.89***       | -3.76***        |
| Antal observationer                                                     | 6623           | 3237            | 3237           | 3237            |

Note: Standardfejl angivet i parentes. \*p < 0.1, \*\*, p < 0.05, \*\*\*p < 0.01

Model 1 indikerer en signifikant negativ sammenhæng mellem deltagelse i frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin, når der ikke kontrolleres for andre variable. Resultaterne viser, at log odds for at bruge antidepressiv medicin er 0.35 lavere for individer, der deltager i frivilligt arbejde, sammenlignet med dem, der ikke gør. Når der i model 2 kontrolleres for socioøkonomiske, demografiske og sociale faktorer øges sammenhængen fra -0.35 til -0.45, hvilket tyder på en endnu stærkere negativ sammenhæng mellem frivilligt arbejde og brugen af antidepressiv medicin, når der justeres for disse faktorer. Når der kontrolleres for tidligere forbrug af antidepressiv medicin og selv vurderet helbred, ses der kun en lidt mindre negativ sammenhæng på -0.38 log odds, som fortsat er signifikant. Dette indikerer, at der er en negativ sammenhæng mellem at deltage i frivillige arbejde og forbrug af antidepressiv medicin et år senere, også når der justeres for tidligere forbrug af antidepressiv medicin og selv vurderet helbred.

Resultaterne viser også, at både mors indkomst og det at have en mor, der er på pension, hænger positivt sammen med forbrug af antidepressiv medicin. Desuden har kvinder højere log odds for at modtage antidepressiv medicin sammenlignet med mænd. Ligesom i regressionen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selv vurderet helbred, ses det, at adgang til økonomisk hjælp i ens netværk giver lavere log odds for et forbrug af antidepressiv medicin. Et godt selv vurderet helbred er forbundet med lavere log odds for at modtage antidepressiv medicin. Endelig viser resultaterne, at den største prædiktør for forbrug af antidepressiv medicin er tidligere forbrug op til fem år før.

**Tabel 10** Regression mellem deltagelse i frivilligt arbejde og antidepressiv medicin med interaktionsled.

|                                                                         | <b>Model 5</b>  |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                         | Med interaktion |
| Frivilligt arbejde                                                      | 0.44 (0.77)     |
| Beskæftigelsesstatus (ref: <i>ingen beskæftigelse</i> )                 |                 |
| <i>I arbejde</i>                                                        | 0.24 (0.35)     |
| <i>Studerende</i>                                                       | 0.37 (0.29)     |
| Indkomst (kvintiler)                                                    | -0.01 (0.11)    |
| Fars indkomst (kvintiler)                                               | -0.02 (0.08)    |
| Mors indkomst (kvintiler)                                               | 0.27 (0.09)***  |
| Fars socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     | -0.05 (0.34)    |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     | -0.29 (0.26)    |
| <i>Pension</i>                                                          | -0.74 (0.49)    |
| <i>Øvrige</i>                                                           | -0.02 (0.29)    |
| Mors socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     | 0.30 (0.29)     |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     | 0.13 (0.32)     |
| <i>Pension</i>                                                          | 0.79 (0.43)*    |
| <i>Øvrige</i>                                                           | 0.26 (0.34)     |
| Social kontakt                                                          | -0.05 (0.04)    |
| Netværk kan hjælpe med job                                              | 0.05 (0.24)     |
| Netværk kan hjælpe økonomisk                                            | -0.39 (0.23)    |
| Netværk med høj stilling                                                | 0.14 (0.24)     |
| Alder                                                                   | 0.00 (0.02)     |
| Køn (ref: <i>mand</i> )                                                 | 0.44 (0.22)**   |
| Mere end 1 recept <5 år tidligere                                       | 3.73 (0.23)***  |
| Mere end 1 recept > 5 år tidligere                                      | 0.46 (0.26)*    |
| Selv vurderet helbred                                                   | -1.15 (0.22)*** |
| Motivation × Frivillig (ref: <i>ikke-frivillig</i> )                    |                 |
| <i>Overvejende ekspressiv</i>                                           | -0.79 (1.12)    |
| <i>Overvejende instrumentel</i>                                         | 0.06 (1.62)     |
| <i>Både ekspressiv og instrumentel</i>                                  | -2.55 (1.04)**  |
| <i>Hverken ekspressiv eller instrumentel</i>                            | -1.14 (1.04)    |
| Konstant                                                                | -3.99***        |
| Antal observationer                                                     | 3171            |

Note: Standardfejl angivet i parentes. \*p < 0.1, \*\*, p < 0.05, \*\*\*p < 0.01

Ovenstående tabel 10 viser resultaterne for test af interaktionseffekterne mellem forskellige motivationstyper og deltagelse i frivilligt arbejde på forbruget af antidepressiv medicin. Resultaterne indikerer, at når der inddrages motivationsfaktorer i regressionsmodellen er den direkte sammenhæng mellem deltagelse i frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin ikke længere statistisk signifikant. Til gengæld observeres der en signifikant interaktionseffekt, der viser, at frivillige med høj grad af både ekspressiv og instrumentel motivation har 2.55 lavere log odds for at få antidepressiv medicin sammenlignet med ikke-frivillige. Disse resultater antyder, at mens frivilligt arbejde generelt er forbundet med lavere brug af antidepressiv medicin, kan specifikke motivationsmønstre, især når de er intense på både ekspressive og instrumentelle niveauer, potentielt forstærke denne tendens yderligere. Dette resultat understøtter derfor ikke hypotesen om, at overvejende instrumentel motivation skulle have en positiv sammenhæng (H4a), da en høj grad af begge motivationsformer simultant synes at nedsætte risikoen for et forbrug af antidepressiv medicin.

#### *5.3.1 Månedligt tidsforbrug på frivilligt arbejde og antidepressiv medicin*

I dette afsnit præsenteres regressionsanalyserne for sammenhængen mellem månedligt tidsforbrug på frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin. I tabel 11 præsenteres en række modeller, som tester både den bivariate og de multivariate sammenhænge efter samme princip som tabel 10. I tabel 12 præsenteres resultaterne for test af interaktionseffekt.

Nedenstående tabel 11 viser analysen af sammenhængen mellem tidsforbrug på frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin. Analysen viser ingen signifikante resultater for den direkte sammenhæng. I model 1, som er den bivariate model, samt i model 2 og model 3, hvor der kontrolleres for henholdsvis socioøkonomiske og demografiske faktorer samt tidligere medicinforbrug og selv vurderet helbred, fremkommer der ingen statistisk signifikant sammenhæng mellem tidsforbruget og forbrug af antidepressiv medicin. Dette indikerer, at der ikke generelt ses en direkte sammenhæng mellem tidsforbruget på frivilligt arbejde og forbruget af antidepressiv medicin.

Ligesom resultaterne for regressionsmodellerne, der undersøger sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin, viser denne model, at mors indkomst, position som pensionist, det at være kvinde og tidligere forbrug af antidepressiv medicin øger log odds for at få antidepressiv medicin. Selv vurderet helbred hænger i denne model også negativt sammen med forbrug af antidepressiv medicin.

**Tabel 11** Regression mellem tidsforbrug på frivilligt arbejde og antidepressiv medicin.

|                                                                         | <b>Model 1</b> | <b>Model 2</b>  | <b>Model 3</b> | <b>Model 4</b>  |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|
|                                                                         | Uden kontrol   | Med kontrol     | Med kontrol    | Med kontrol     |
| Tidsforbrug (ref: <i>ingen timer</i> )                                  |                |                 |                |                 |
| Lav/moderat                                                             | -0.27 (0.25)   | -0.24 (0.27)    | -0.12 (0.33)   | -0.07 (0.34)    |
| Højt                                                                    | -0.08 (0.26)   | -0.27 (0.31)    | -0.13 (0.37)   | 0.00 (0.36)     |
| Beskæftigelsesstatus (ref: <i>ingen beskæftigelse</i> )                 |                |                 |                |                 |
| <i>I arbejde</i>                                                        |                | -0.04 (0.26)    | 0.19 (0.33)    | 0.25 (0.34)     |
| <i>Studerende</i>                                                       |                | -0.36 (0.22)    | 0.12 (0.26)    | 0.29 (0.28)     |
| Indkomst (kvintiler)                                                    |                | -0.41 (0.08)*** | -0.13 (0.10)   | -0.04 (0.10)    |
| Fars indkomst (kvintiler)                                               |                | 0.05 (0.07)     | -0.02 (0.08)   | -0.01 (0.08)    |
| Mors indkomst (kvintiler)                                               |                | 0.23 (0.07)***  | 0.25 (0.09)*** | 0.25 (0.09)***  |
| Fars socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                |                 |                |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     |                | -0.20 (0.28)    | -0.15 (0.34)   | -0.10 (0.34)    |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     |                | -0.11 (0.21)    | -0.31 (0.25)   | -0.30 (0.26)    |
| <i>Pension</i>                                                          |                | -0.49 (0.39)    | -0.58 (0.46)   | -0.65 (0.48)    |
| <i>Øvrige</i>                                                           |                | -0.04 (0.23)    | 0.12 (0.28)    | 0.09 (0.28)     |
| Mors socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                |                 |                |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     |                | -0.12 (0.23)    | 0.33 (0.28)    | 0.33 (0.29)     |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     |                | -0.07 (0.25)    | 0.11 (0.31)    | 0.07 (0.31)     |
| <i>Pension</i>                                                          |                | 0.55 (0.33)*    | 0.90 (0.41)**  | 0.85 (0.42)**   |
| <i>Øvrige</i>                                                           |                | 0.03 (0.26)     | 0.30 (0.32)    | 0.32 (0.32)     |
| Social kontakt                                                          |                | -0.07 (0.03)**  | -0.06 (0.04)*  | -0.04 (0.04)    |
| Netværk kan hjælpe med job                                              |                | 0.06 (0.19)     | 0.04 (0.23)    | 0.07 (0.23)     |
| Netværk kan hjælpe økonomisk                                            |                | -0.74 (0.18)*** | -0.38 (0.22)*  | -0.37 (0.23)    |
| Netværk med høj stilling                                                |                | 0.14 (0.19)     | 0.08 (0.23)    | 0.11 (0.23)     |
| Alder                                                                   |                | 0.07 (0.02)***  | -0.01 (0.02)   | -0.01 (0.02)    |
| Køn (ref: <i>mand</i> )                                                 |                | 0.91 (0.18)***  | 0.41 (0.21)**  | 0.44 (0.21)**   |
| Mere end 1 recept <5 år tidligere                                       |                |                 | 3.86 (0.22)*** | 3.69 (0.23)***  |
| Mere end 1 recept > 5 år tidligere                                      |                |                 | 0.36 (0.25)    | 0.35 (0.26)     |
| Selv vurderet helbred                                                   |                |                 |                | -1.09 (0.21)*** |
| Konstant                                                                | -2.94***       | -3.44***        | -3.81***       | -3.70***        |
| Antal observationer                                                     | 6623           | 3237            | 3237           | 3237            |

Note: Standardfejl angivet i parentes. \*p < 0.1, \*\*, p < 0.05, \*\*\*p < 0.01

**Tabel 12** Regression mellem tidsforbrug på frivilligt arbejde og antidepressiv medicin med interaktionsled

|                                                                         | <b>Model 5</b>  |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                         | Med interaktion |
| Tidsforbrug (ref: <i>ingen timer</i> )                                  |                 |
| Lav/moderat                                                             | -0.05 (1.32)    |
| Højt                                                                    | 1.96 (1.08)*    |
| Beskæftigelsesstatus (ref: <i>ingen beskæftigelse</i> )                 |                 |
| <i>I arbejde</i>                                                        | 0.29 (0.35)     |
| <i>Studerende</i>                                                       | 0.35 (0.28)     |
| Indkomst (kvintiler)                                                    | -0.04 (0.11)    |
| Fars indkomst (kvintiler)                                               | -0.04 (0.08)    |
| Mors indkomst (kvintiler)                                               | 0.28 (0.09)***  |
| Fars socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     | -0.01 (0.34)    |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     | -0.29 (0.26)    |
| <i>Pension</i>                                                          | -0.71 (0.49)    |
| <i>Øvrige</i>                                                           | -0.00 (0.29)    |
| Mors socioøkonomiske status (ref: <i>lavere socioøkonomisk status</i> ) |                 |
| <i>Middel socioøkonomisk status</i>                                     | 0.22 (0.30)     |
| <i>Højere socioøkonomisk status</i>                                     | 0.04 (0.32)     |
| <i>Pension</i>                                                          | 0.88 (0.42)**   |
| <i>Øvrige</i>                                                           | 0.20 (0.34)     |
| Social kontakt                                                          | -0.04 (0.04)    |
| Netværk kan hjælpe med job                                              | 0.02 (0.24)     |
| Netværk kan hjælpe økonomisk                                            | -0.35 (0.23)    |
| Netværk med høj stilling                                                | 0.13 (0.24)     |
| Alder                                                                   | -0.01 (0.02)    |
| Køn (ref: <i>mand</i> )                                                 | 0.39 (0.22)*    |
| Mere end 1 recept <5 år tidligere                                       | 3.77 (0.23)***  |
| Mere end 1 recept > 5 år tidligere                                      | 0.45 (0.26)*    |
| Selvvurderet helbred                                                    | -1.12 (0.22)*** |
| Motivation × Lavt tidsforbrug (ref: <i>ingen tidsforbrug</i> )          |                 |
| <i>Overvejende ekspressiv</i>                                           | 0.36 (1.61)     |
| <i>Overvejende instrumentel</i>                                         | 1.53 (1.61)     |
| <i>Både ekspressiv og instrumentel</i>                                  | -0.61 (1.53)    |
| <i>Hverken ekspressiv eller instrumentel</i>                            | -0.19 (1.52)    |

**(FORTSÆTTELSE)****Model 5**

Med interaktion

|                                                                |                 |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|
| Motivation × Højt tidsforbrug (ref: <i>ingen tidsforbrug</i> ) |                 |
| <i>Overvejende ekspressiv</i>                                  | -1.55 (1.38)    |
| <i>Overvejende instrumentel</i>                                | -1.72 (1.41)    |
| <i>Både ekspressiv og instrumentel</i>                         | -2.30 (1.37)*   |
| <i>Hverken ekspressiv eller instrumentel</i>                   | -2.17 (1.58)    |
| Konstant                                                       | -3.81 (0.83)*** |
| Antal observationer                                            | 3171            |

Note: Standardfejl angivet i parentes. \*p < 0.1, \*\*, p < 0.05, \*\*\*p < 0.01

Ovenstående tabel 12 viser, at når der i modellen tages højde for motivation, er der en signifikant positiv sammenhæng mellem frivillige med et højt tidsforbrug og forbrug af antidepressiv medicin. Resultaterne indikerer, at frivillige med et højt tidsforbrug har 1.96 højere log odds for at få antidepressiv medicin sammenlignet med ikke-frivillige. Analysen af interaktionseffekter viser desuden at frivillige, med et højt tidsforbrug og høj grad af både ekspressiv og instrumentel motivation har 2.30 lavere log odds for at bruge antidepressiv medicin sammenlignet med dem, der ingen tid bruger på frivilligt arbejde. Dette indikerer, at en kombination af stærk ekspressiv og instrumentel motivation kan moderere eller endda modvirke de potentielt negative virkninger af et meget højt tidsforbrug på senere forbrug af antidepressiv medicin.

Dette resultat understøtter ikke hypoteserne om, at et lavt til moderat tidsforbrug i kombination med overvejende ekspressiv motivation skulle hænge negativt sammen med forbruget af antidepressiv medicin (H2b), eller antagelsen om, at et højt tidsforbrug i kombination med instrumentel motivation skulle have en positiv sammenhæng (H4b).

## KAPITEL 6

# DISKUSSION OG KONKLUSION

Formålet med dette projekt har været at undersøge sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selvvurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin hos unge voksne. Særligt har jeg fokuseret på motivationens rolle for at forstå om, og hvordan, denne modererer sammenhængen. Tidligere forskning har kun overfladisk berørt potentielle kausale forhold, hvorfor jeg har forsøgt at undersøge disse forhold mere grundigt ved at inkludere et longitudinelt element i form af data om forbrug af antidepressiv medicin over tid. Denne tilgang har sigtet mod at minimere selektionsbias, som ofte er et problem i tværsnitsstudier, og har givet et stærkere udgangspunkt for at undersøge potentielle effekter af frivilligt arbejde på både selvvurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin.

I dette afsluttende kapitel vil jeg først diskutere analysens resultater i lyset af eksisterende forskning og de teoretiske rammer, som projektet bygger på. Herefter vil jeg kommentere på undersøgelsens begrænsninger og til sidst perspektivere til, hvordan resultaterne kan anvendes i en bredere sammenhæng samt foreslå retninger for fremtidig forskning.

### 6.1 Betydningen af socioøkonomiske, sociale og helbredsmæssige faktorer for sammenhængen mellem frivilligt arbejde og selvvurderet helbred

Analysen viste, at den positive sammenhæng mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selvvurderet helbred i høj grad kan tilskrives socioøkonomiske, sociale og helbredsmæssige faktorer. Lignende resultater blev fundet i analysen af tidsforbruget på frivilligt arbejde. Her var lavt til moderat tidsforbrug positivt korreleret med godt selvvurderet helbred i en bivariat model, mens højt tidsforbrug ikke viste en signifikant sammenhæng. De centrale faktorer, der kan være med til at forklare disse sammenhænge, inkluderer positionen som studerende, materielle ressourcer i form af indkomst og adgang til økonomisk hjælp gennem sociale netværk samt graden af social kontakt. Alle disse faktorer var korreleret med et godt selvvurderet helbred. Derudover er tidligere forbrug af antidepressiv medicin negativt korreleret med godt selvvurderet helbred. De socioøkonomiske faktors betydning for selvvurderet helbred, er i overensstemmelse med eksisterende litteratur. Wilson og Musick

(1999) samt Thoits og Hewitt (2001) fremhæver blandt andet, at socioøkonomiske ressourcer spiller en central rolle i, hvem der deltager i frivilligt arbejde, og at dette selektionsbias kan medføre, at der observeres en positiv sammenhæng mellem frivilligt arbejde og indikatorer på mental helbred. Analysens positive resultater for de bivariate sammenhænge kan derfor skyldes en selektionseffekt.

## 6.2 Frivilligt arbejde kan potentielt nedsætte behovet for antidepressiv medicin

Analysen af sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin viste en negativ sammenhæng, selv når der blev kontrolleret for andre faktorer, herunder tidligere forbrug af antidepressiv medicin samt faktorer relateret til socioøkonomiske, sociale og helbredsmæssige faktorer. Dette indikerer, at deltagelse i frivilligt arbejde mindsker risikoen for at få antidepressiv medicin et år senere. Resultaterne antyder derfor, at frivilligt arbejde kan have gavnlige effekter i forhold til at reducere behovet for antidepressiv medicin. Selvom denne undersøgelse er den første til direkte at undersøge sammenhængen mellem frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin hos unge voksne, findes der relevant støtte i eksisterende forskning om frivilligt arbejde og mentale sundhedseffekter. Studier som Kim og Morgül (2017) og Ramey et al. (2009) har undersøgt sammenhænge mellem frivilligt arbejde og depressive symptomer blandt unge. Kim og Morgül fandt blandt andet, at unge, der deltager i frivilligt arbejde, har lavere niveauer af depressive symptomer. Tilsvarende fandt Ramey og kollegaer at engagement i meningsfulde aktiviteter som frivilligt arbejde kan reducere risikoen for depression og forbedre generelt psykisk velvære. Disse fund understøtter til en vis grad resultaterne fra denne undersøgelse og antyder, at deltagelse i frivilligt arbejde potentielt kan nedsætte behovet for senere forbrug af antidepressiv medicin. Resultaterne i nærværende undersøgelse understøtter den teoretiske antagelse om, at frivilligt arbejde potentielt kan bidrage til opbygning af social kapital og derigennem social støtte. Dette kan fungere som en buffer mod eventuelle stressorer og dermed beskytte mod dårlig mental sundhed (Thoits 2011).

## 6.3 Er det en bestemt type motivation eller graden af motivation, der spiller den afgørende rolle?

Motivationens rolle viste sig at være en væsentlig faktor i at forklare sammenhængen mellem frivilligt arbejde og selv vurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin. Selvom de

opstillede hypoteser postulerede, at henholdsvis ekspressiv og instrumentel motivation ville have modsatrettede virkninger på helbredsudfaldet, afspejlede resultaterne fra analysen en anden sammenhæng.

Først og fremmest viste analysen, at ekspressiv motivation havde den største positive modererede sammenhæng mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selvvrurderet helbred. Det samme gjorde sig gældende for sammenhængen mellem et lavt til moderat tidsforbrug og selvvrurderet helbred. Endvidere viste høj grad af instrumentel motivation også en positiv modererende effekt på sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og selvvrurderet helbred. Analysen viste desuden, at frivillige uden en høj grad af ekspressiv eller instrumentel motivation ligeledes havde højere sandsynlighed for godt selvvrurderet helbred end ikke-frivillige. Dette var tilfældet både for analysen af deltagelse i frivilligt arbejde såvel som analysen for tidsforbruget.

Analysen viste yderligere en signifikant positiv sammenhæng mellem højt tidsforbrug på frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin, når motivation inddrages i modellen. Resultaterne viser, at et højt tidsforbrug på frivilligt arbejde øger sandsynligheden for at få antidepressiv medicin. Dog viste analysen af interaktionseffekter, at frivillige med et højt tidsforbrug i kombination med både høj grad af ekspressiv og instrumentel motivation har lavere risiko for at bruge antidepressiv medicin sammenlignet med dem, der ingen tid bruger på frivilligt arbejde. Dette indikerer, at en kombination af stærk ekspressiv og instrumentel motivation kan moderere eller endda modvirke de potentielt negative virkninger af et meget højt tidsforbrug på forbrug af antidepressiv medicin. Samme interaktionseffekt blev fundet i analysen af sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin. Disse resultater antyder, at frivilligt arbejde generelt er forbundet med lavere brug af antidepressiv medicin, og specifikke motivationsmønstre, især når de er intense på både ekspressive og instrumentelle niveauer, potentielt kan forstærke denne tendens yderligere.

Disse resultater kan ikke direkte sammenlignes med eksisterende forskning, da lignende studier ikke findes. Dog fandt Konrath et al. (2012), at individer, der deltog i frivilligt arbejde af selvorienterede årsager, havde en dødelighedsrisiko svarende til ikke-frivilliges. Omvendt havde de, der deltog af andre-orienterede årsager, en nedsat dødelighedsrisiko, selv i justerede modeller. Selvorienterede årsager inkluderer personlig udvikling eller karriereførdele, mens andre-orienterede årsager handler om ønsket om at hjælpe andre. Mine resultater viste dog, at

motivationsfaktorer, uanset om de er ekspressive eller instrumentelle, havde en positiv effekt på helbredsudfaldet, hvilket ikke stemmer komplet overens med mine oprindelige hypoteser. Set i lyset af specialets teoretiske ramme kan dette potentielt forklares ved, at uanset motivationen for at deltage i frivilligt arbejde, kan individet drage fordel af øget social kapital og social støtte gennem frivilligt arbejde (Thoits 2001; Halpern 2005). Det kan også være en mulig forklaring på, hvorfor selv frivillige med lav grad af begge motivationstyper oplever helbredsmæssige fordele. Derudover er der intet i analysen, der tyder på, at frivillige med instrumentel motivation oplever dette som en potentiel stressfaktor (Fenn et al. 2022). Tværtimod kan det tænkes, at opnåelse af erfaring og etablering af sociale kontakter gennem det frivillige arbejde potentielt kan føre til en stærkere position på arbejdsmarkedet og dermed styrke det mentale helbred (Katznelson et al. 2021).

Samlet set viser resultaterne, at mens frivilligt arbejde i sig selv ikke nødvendigvis har en direkte positiv effekt på selvvurderet helbred, kan forskellige motivationsfaktorer spille en central rolle i at forstærke den positive sammenhæng. Forbrug af antidepressiv medicin er dog reduceret blandt dem, der deltager i frivilligt arbejde året forinden, hvilket tyder på, at frivilligt arbejde kan have beskyttende effekt, især når individet har høj grad af ekspressiv og instrumentel motivation. Det er dog værd at overveje, om de anvendte motivationsvariable i højere grad indfanger graden af motivation snarere end specifikke motivationstyper. Dette kunne betyde, at det at have noget meningsfuldt at engagere sig i, uanset om det er ekspressivt eller instrumentelt motiveret, er det, der har en positiv effekt på mental sundhed. Dette kan antyde, at jo mere motiveret individet er, desto bedre effekt har aktiviteten på individets mentale helbred.

## 6.4 Undersøgelsens begrænsninger

De ovenstående konklusioner er baseret på analysens resultater. Selvom denne undersøgelse har tilvejebragt værdifuld indsigt i sammenhængen mellem frivilligt arbejde og selvvurderet helbred samt forbrug af antidepressiv medicin, er det dog vigtigt at bemærke, at undersøgelsen har en række begrænsninger, hvilke vil blive diskuteret i det følgende afsnit.

Undersøgelsen anvender primært tværsnitsdata, hvilket betyder, at data om selvvurderet helbred, frivilligt arbejde og sociale relationer er indsamlet samtidig og kun på ét tidspunkt. Dette begrænser muligheden for at fastslå kausaliteten mellem variable. Selvom brugen af

forbrug af antidepressiv medicin som en regressor variabel tilføjer en vigtig longitudinel dimension, kræver en fuldstændig forståelse af de kausale mekanismer længere tidsseriedata. Det er derfor udfordrende at fastslå, om ændringer i selvvurderet helbred og forbrug af antidepressiv medicin skyldes det frivillige engagement eller andre samtidige faktorer. På trods af disse begrænsninger giver analysen værdifuld indsigt, særligt når det kommer til sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin. At finde en negativ sammenhæng mellem frivilligt arbejde og senere forbrug af antidepressiv medicin er et vigtigt resultat, der indikerer potentielle sundhedsmæssige fordele ved frivilligt arbejde. Dette fund styrkes ved kombinationen af tværsnitsdata og longitudinelle aspekter, hvilket forbedrer pålideligheden af konklusionerne hertil. Dog bør man være opmærksom på, at yderligere forskning er nødvendig for at bekræfte og uddybe disse relationer, da dette studie er den første af slagsen.

En anden væsentlig begrænsning er risikoen for omitted variable bias, som opstår, når relevante variabler, der påvirker både den afhængige og en eller flere uafhængige variabler, ikke inkluderes i modellen. Der vil dog stort set altid være en grad af omitted variable bias i sociologiske studier, da der er mange faktorer, der kan være svære at indfange i en måling (Agresti 2018:311). Selvom undersøgelsen kontrollerer for en række relevante socioøkonomiske og helbredsmæssige faktorer, kan der stadig være uobserverede faktorer, der påvirker sammenhængen mellem frivilligt arbejde og mental sundhed. En variabel, jeg ikke har haft mulighed for at tage højde for, er emotionel støtte uden for det frivillige engagement. Når jeg arbejder med en teoretisk ramme, der fokuserer på, at det er den sociale støtte i det frivillige arbejde, der er mekanismen bag effekten på mentalt helbred, ville det have været fordelagtigt at kunne tage højde for den sociale støtte uden for det frivillige arbejde. Jeg har dog i stedet kontrolleret for mere instrumentelt og materiel orienteret støtte, som til en vis grad kan antages også at korrelere med andre former for social støtte. Derudover har jeg også kontrolleret for mængden af social kontakt. Det kan dog diskuteres, om det kan antages, at den mere emotionelle form for social støtte kan indfanges gennem mængden af social kontakt. Dog er jeg også opmærksom på, at der kan være forskel i kvaliteten af de sociale kontakter, og at hyppig kontakt ikke nødvendigvis hænger sammen med mere støtte. Manglen på data om sådanne faktorer kan derfor potentielt føre til skæve estimater af effekterne grundet et selektionsbias.

Undersøgelsen er hovedsageligt baseret på surveydata og dermed afhængig af selvrapporterede data for flere af de centrale variabler, herunder selvrapporteret tidsforbrug, social kontakt og motivation for frivilligt arbejde. Selvrapporterede data kan være tilbøjelige til forskellige former for bias, såsom social desirability eller recall bias. Dette kan potentielt have medført bias, for eksempel i målingen af social kontakt eller tidsforbrug. Det er dog vigtigt at bemærke, at væsentlige oplysninger relateret til indkomst, forældres socioøkonomiske status og forbrug af antidepressiv medicin i denne undersøgelse er hentet gennem registerdata, hvilket afhjælper nogle af de udfordringer, som selvrapporterede data kan medføre.

## 6.5 Perspektiver til videre forskning

Dette perspektiverende afsnit vil afslutningsvis fokusere på de potentielle retninger og muligheder, som specialet peger på. Det fremhæver eventuelle fremtidige forskningsperspektiver og hvordan resultaterne potentielt kan overføres til andre sammenhænge.

Trods de ovennævnte begrænsninger bidrager undersøgelsen væsentligt til forståelsen af sammenhængen mellem frivilligt arbejde og del af mental sundhed hos unge. Undersøgelsen har belyst den potentielt beskyttende rolle, som frivilligt arbejde kan spille for unges mentale helbred ved at være forbundet med en lavere risiko for forbrug af antidepressiv medicin, hvilket er et essentielt og nyt fund. Dette studie kan dermed ligge til grund for yderligere forskning, der undersøger frivilligt arbejde, samt andre former for foreningsdeltagelse som potentielle interventioner til at modarbejde den stigende tendens til mistrivsel blandt unge.

I denne undersøgelse har jeg arbejdet ud fra en teoretisk ramme, hvor social støtte anses som en centrale mekanisme for frivilligt arbejdes betydning for mental sundhed. Det er dog vanskeligt at konkludere, om det netop er denne mekanisme, der forårsager sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og et senere forbrug af antidepressiv medicin, eller om der er andre mekanismer, der bidrager til resultatet. Resultaterne kan dog potentielt indikere, at sociale fællesskaber og foreningsaktiviteter er en vigtig del af at styrke unges mentale helbred. Baseret på denne antagelse kan dette potentielt reducere forekomsten af mentale sundhedsproblemer blandt denne aldersgruppe

Undersøgelsen understreger også vigtigheden af motivationen i frivilligt arbejde. Det kan dog diskuteres, om det er visse typer af motivation eller blot graden af motivation, der er afgørende for, hvordan frivilligt arbejde hænger sammen med målene for mental sundhed.

Særligt resultaterne for sammenhængen mellem deltagelse i frivilligt arbejde og forbrug af antidepressiv medicin kan indikere, at det nærmere er det, at være meget motiveret uanset motivationstype, der har betydning for et senere forbrug af antidepressiv medicin. Med andre ord, at have en aktivitet at gå op i, kan være det, der bidrager til en beskyttende faktor mod dårlig mental helbred hos unge.

Der er altså stadig mange ubesvarede spørgsmål inden for rammerne af dette projekt. Da denne undersøgelse forhåbentlig kun er startskuddet til en stigende interesse for at undersøge frivilligt arbejdes og andre typer sociale fællesskabers betydning for unges mentale helbred, har jeg i dette speciale kun berørt sammenhængen overfladisk. Forbrug af antidepressiv medicin er kun en lille del af, hvad der udgør mental sundhed, og der kan derfor ligge et væsentligt bidrag i at undersøge andre faktorer relateret til mentalt helbred. Derudover kan der også være værdi i at undersøge, hvordan forskellige typer af foreningsaktiviteter og sociale fællesskaber samt de forskellige kontekster, hvori disse foregår, påvirker forskellige aspekter af mental sundhed. Dette kan inkludere en nærmere undersøgelse af, hvordan specifikke aktiviteter, organisatoriske strukturer og sociale miljøer bidrager til unges mentale sundhed. På baggrund af disse overvejelser kan fremtidig forskning derfor bygge videre på den viden, der i projektet er opnået, for at få bedre forståelse for mulighederne for at forbedre unges mentale sundhed gennem engagerende og støttende fællesskaber. Sammenfattende viser denne undersøgelse, at frivilligt arbejde har potentialet til at reducere behovet for antidepressiv medicin. At fokusere på at opbygge social kapital gennem forskellige former for sociale fællesskaber kan derfor tænkes at skabe bedre betingelser for unges mentale helbred ved at tilbyde en potentiel beskyttende effekt mod blandt andet præstationskulturens pres eller ved tab af social integration. Dette er væsentlig viden, der kan bidrage til en mere holistisk tilgang til sundhedsfremme.

# LITTERATURLISTE

**Agresti, A.** 2018: *Statistical methods for the social sciences*. Fifth edition. Global edition. Pearson.

**Ambresin, G., Chondros, P., Dowrick, C., Herrman, H., & Gunn, J. M.** 2014: "Self-Rated Health and Long-Term Prognosis of Depression". *Annals of Family Medicine*, 12(1), 57–65.

**Andersen, S.H., Ladenburg, J. & Dyssegaard, P. S.** 2020: *Danskernes mentale sundhed - Udvikling, baggrund og konsekvenser*. Rockwool Fonden.

**Anderson, N.D., Damianakis, T., Kröger, E., Wagner, L.M., Dawson, D.R., Binns, M.A., Bernstein, S., Caspi, E. & Cook, S.L** 2014: "The benefits associated with volunteering among seniors: A critical review and recommendations for future research". *Psychological Bulletin*, 140: 1505-1533.

**Bakken, A., Sletten, M.A. & Eriksen, I.M.** 2019: "Generasjon prestasjon? Ungdoms opplevelse av stress og press". *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 18(2), 45–75.

**Benjaminsen, L., Andrade, S. B., Andersen, D., Enemark, M. H., & Birkelund, J. F.** 2015: *Familiebaggrund og social marginalisering i Danmark: En registerbaseret kortlægning*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

**Berger, N. P., Jensen, A. N., Morville, T., Østergaard, J. & Andrade, S. B.** 2023: *Ensomhed blandt unge: en kvalitativ undersøgelse af unges oplevelser med ensomhed*. VIVE.

**Brent, D.A., Emslie, G.J., Clarke, G.N., Asarnow, J., Spirito, A., Ritz, L., Vitiello, B., Iyengar, S., Birmaher, B., Ryan, N.D., Zelazny, J., Onorato, M., Kennard, B., Mayes, T.L., Debar, L.L., McCracken, J.T., Strober, M., Suddath, R., Leonard, H., Porta, G. & Keller, M.B.** 2009: "Predictors of spontaneous and systematically assessed suicidal adverse events in the Treatment of SSRI-Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) study". *The Journal of the American Medical Association*, 299(8), 901–913..

**Brinkmann, S.** 2014: *Stå fast : et opgør med tidens udviklingstvang*. Gyldendal Business.

**Casiday, R., Kinsman, E. & C. Fisher** 2008: *Volunteering and Health: What Impact Does It Really Have*. University of Wales Lampeter.

**Chan, W. Y., Ou, S.-R., & Reynolds, A. J.** 2014: “Adolescent Civic Engagement and Adult Outcomes: An Examination Among Urban Racial Minorities”. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(11), 1829–1843.

**Clary, E. G., Snyder, M., Ridge, R. D., Copeland, J., Stukas, A. A., Haugen, J., & Miene, P.** 1998: “Understanding and Assessing the Motivations of Volunteers: A Functional Approach”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(6), 1516–1530.

**Christiansen, E., Agerbo, E., Bilenberg, N., & Stenager, E.** 2016: “SSRIs and risk of suicide attempts in young people – a Danish observational register-based historical cohort study, using propensity score”. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(3).

**Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S. D., & Andersson, G.** 2009: “Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: A meta-analysis”. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(9), 1219–1229.

**Danmarks Statistisk** 2024a: *KVUARFR4: Frivilligt arbejde (år) efter tid, område og alder*. Lokaliseret d. 29. maj 2024 fra: <https://www.statistikbanken.dk/KVUARFR4>.

**Danmarks Statistik** 2024b: *BEFOLK1: Befolkningen 1. januar efter køn, alder og civilstand*. Lokaliseret d. 29. maj 2024 fra: <https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=BEFOLK1&PLanguage=0&PXSIId=0&wsid=cftree>.

**Diderichsen, F., Andersen, I. & Manuel, C.** 2011: *Ulighed i Sundhed. Årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen.

**Durkheim, E.** 1897/1951: *Suicide: A study in sociology*. New York: The Free Press.

**Espersen, H.H., Fridberg, T., Andreasen, A.G. & Brændgaard N.W.** 2021: *Frivillighedsundersøgelsen 2020 - En repræsentativ befolkningsundersøgelse af udviklingen i danskernes frivillige arbejde*. VIVE.

**Fenn, N., Sacco, A., Monahan, K., Robbins, M., & Pearson-Merkowitz, S.** 2022: “Examining the relationship between civic engagement and mental health in young adults: a systematic review of the literature”. *Journal of Youth Studies*, 1–30.

**Fridberg, T. & Henriksen, L.S.** 2014: *Udviklingen i frivilligt arbejde 2004-2012*. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

**Fynbo, L., Rayce, S. B., Hoffmann, S. H., Thøstesen, A., Linander, C., Dam, A. & Tønnesen, S.** 2022: *Digitalt mediebrugs betydning for sociale relationer, fællesskaber og stress blandt unge - Et systematisk litteraturreview*. VIVE.

**Gilje, N. & Grimen, H.** 2002: *Samfundsvidenskabernes forudsætninger: indføring i samfundsvidenskabernes videnskabsfilosofi*. Reitzel Forlag.

**Görlich, A., Pless, M., Katznelson, N. & Graversen, L.** 2019: *Ny udsathed i ungdomslivet*. København: Hans Reitzels Forlag.

**Halpern, D.** 2005: *Social Capital*. Polity press.

**Hansen, L.A., Pedersen, B.S. & Harrits, G.S.** 2019: *Præstationskultur, feedback og mindset*. VIA University College.

**Hansen, T., Aartsen, M., Slagsvold, B., & Deindl, C.** 2018: “Dynamics of volunteering and life satisfaction in midlife and old age: Findings from 12 European Countries”. *Social Sciences (Basel)*, 7(5), 78-.

**Haski-Leventhal, D.** 2009: “Elderly volunteering and well-being: A cross-European comparison based on SHARE data”. *Voluntas (Manchester, England)*, 20(4), 388–404.

**Hemels, M., Koren, G., & Einarson, T.** 2002: “Increased use of antidepressants in Canada:

1981-2000". *The Annals of Pharmacotherapy*, 36(9), 1375–1379.

**Henriksen, L. S.** 2014: "Anledninger, sociale netværk og begrundelser for frivilligt arbejde". I T. Fridberg & L. S. Henriksen (red.). *Udviklingen i frivilligt arbejde - 2004-2012*. pp. 105-128. København: SFI - Det nationale forskningscenter for velfærd.

**Hetrick, S. E., McKenzie, J. E., Cox, G. R., Simmons, M. B., & Merry, S. N.** 2012: "Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(9), CD004851–CD004851.

**Hjære, M. & Jørgensen, H.E.D.** 2018: *Tal om unge og frivillighed – tendensrapport om 16-29 åriges frivillige arbejde*. Center for Frivilligt Socialt arbejde

**Hustinx, L., & Lammertyn, F.** 2003: "Collective and Reflexive Styles of Volunteering: A Sociological Modernization Perspective". *Voluntas (Manchester, England)*, 14(2), 167–187.

**Ibsen, B., Elmoose-Østerlund, K., Iversen, E. B., Høyer-Kruse, J., & Pedersen, M. R. L.** 2021: "Civil society's impact on quality of life". *Journal of Civil Society*, 17(3–4), 345–363.

**Jakobsen, J. C., Katakam, K. K., Schou, A., Hellmuth, S. G., Stallknecht, S. E., Leth-Møller, K., Iversen, M., Banke, M. B., Petersen, I. J., Klingenberg, S. L., Krogh, J., Ebert, S. E., Timm, A., Lindschou, J., & Gluud, C.** 2017: "Selective serotonin reuptake inhibitors versus placebo in patients with major depressive disorder. A systematic review with meta-analysis and Trial Sequential Analysis". *BMC Psychiatry*, 17.

**Jenkinson, C. E., Dickens, A. P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R. S., Rogers, M., Bamba, C. L., Lang, I., & Richards, S. H.** 2013: "Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers". *BMC Public Health*, 13(1), 773–773.

**Katznelson, N., Pless, M., & Görlich, A.** 2022: *Mistrivsel i lyset af tempo, præstation og psykologisering : om ny udsathed i ungdomslivet* (1. udgave.). Aalborg.

**Katznelson, N., Pless, M., Görlich, A., Graversen, L., & Sørensen, N.B.** 2021: "Ny udsathed: nuancer i forståelser af psykisk mistrivsel". *Nordisk Tidsskrift for Ungdomsforskning*, 2(2), 83–103.

**Kim, J. & Morgül, K.** 2017: "Long-term consequences of youth volunteering: Voluntary versus involuntary service". *Social Science Research*, 67, 160–175.

**Konrath, S., Fuhrel-Forbis, A., Lou, A., & Brown, S.** 2012: "Motives for volunteering are associated with mortality risk in older adults". *Health Psychology*, 31(1), 87–96.

**Kubzansky, L. D., Epel, E. S., & Davidson, R. J.** 2023: "Prosociality should be a public health priority". *Nature Human Behaviour*, 7(12), 2051–2053.

**Kusier, A.O., Ubbesen, T.R. & Folker, A.P.** 2023: *Karakteristika af det mentalt sundhedsfremmende fritidsfælleskab for unge – et litteraturreview*. Sundhedsstyrelsen.

**Ladekjær, E., Andreassen, A.G. & Papke, F.L.** 2022: *Unge på vej på arbejdsmarkedet – Betydningen af fysisk og mental sundhed*. VIVE.

**Moen, P., Dempster-McClain, D., & Williams, R. M.** 1992: "Successful Aging: A Life-Course Perspective on Women's Multiple Roles and Health". *The American Journal of Sociology*, 97(6), 1612–1638.

**Morgan, Stephen L. & Winship, Christopher.** 2015: *Counterfactuals and Causal Inference: Methods and Principles for Social Research* (2. udg.). Cambridge: Cambridge University Press.

**Musick, M. A., & Wilson, J.** 2003: "Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups". *Social Science & Medicine* (1982), 56(2), 259–269.

**Møller, Fenja Søndergaard** 2023: *Brugere af antidepressive lægemidler fra 2011-2021*. Danmarks Statistik.

**Møller**, S.P., Lassen, T.H., Davidsen, M. & Jørgensen, M.B. 2023: *Karakteristik af unge med dårlig mental sundhed og højt stressniveau. Status og udvikling fra 2010 til 2017*. Statens Institut for Folkesundhed. SDU.

**Nichol**, B., Wilson, R., Rodrigues, A., & Haighton, C. 2023: "Exploring the Effects of Volunteering on the Social, Mental, and Physical Health and Well-being of Volunteers: An Umbrella Review". *Voluntas* (Manchester, England), 1–32.

**Noordam**, R., Aarts, N., Verhamme, K. M., Sturkenboom, M. C. M., Stricker, B. H., & Visser, L. E. 2015: "Prescription and indication trends of antidepressant drugs in the Netherlands between 1996 and 2012: a dynamic population-based study". *European Journal of Clinical Pharmacology*, 71(3), 369–375.

**Ottosen**, M.H., Andreasen, A.G., Dahl, K.M., Hestbæk, A., Lausten, M. & Rayce, S.B. 2018: *Børn og unge I Danmark: Velfærd og trivsel 2018*. VIVE.

**Petersen**, A. 2016: *Præstationssamfundet*. (1. udgave.). Hans Reitzel.

**Petersen**, A., & Krogh, S. C.. 2021: *Præstationskultur*. Aarhus Universitetsforlag.

**Piliavin**, J. A., & Siegl, E. 2007: "Health Benefits of Volunteering in the Wisconsin Longitudinal Study". *Journal of Health and Social Behavior*, 48(4), 450–464.

**Qvist**, H. P. Y. 2015: "Anledninger, motiver og barrierer i frivilligt arbejde". I B. Ibsen, K. Østerlund & H.-P. Qvist (red.). *Folkeoplysning og frivilligt arbejdes betydning for demokratisk deltagelse*. (pp.103-140). Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet.

**Ramey**, H. L., Busseri, M. A., Khanna, N., Youth Net Hamilton, Réseau Ado Ottawa, & Rose-Krasnor, L. 2010: "Youth Engagement and Suicide Risk: Testing a Mediated Model in a Canadian Community Sample". *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 243–258.

**Rosa**, H. 2023: *Fremmedgørelse og acceleration* (1. udgave). Hans Reitzel.

**Russell**, A.R., Nyame-Mensah, A., de Wit, A. & F. Handy 2019: "Volunteering and wellbeing

among ageing adults: A longitudinal analysis”. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 30(1): 115- 128.

**Santini, Z. I., Meilstrup, C. B., Hinrichsen, C., Nielsen, L., Koyanagi, A., Krokstad, S., Keyes, C. L. M., & Koushede, V.** 2019: “Formal Volunteer Activity and Psychological Flourishing in Scandinavia: Findings from Two Cross-sectional Rounds of the European Social Survey”. *Social Currents*, 6(3), 255-269.

**Schraml, K., Perski, A., Grossi, G., & Simonsson-Sarnecki, M.** 2011: “Stress symptoms among adolescents: The role of subjective psychosocial conditions, lifestyle, and self-esteem”. *Journal of Adolescence (London, England.)*, 34(5), 987–996.

**Sellers, R., Warne, N., Pickles, A., Maughan, B., Thapar, A., & Collishaw, S.** 2019: “Cross-cohort change in adolescent outcomes for children with mental health problems”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(7), 813–821

**Sundhedsstyrelsen** 2022a: *Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021*. Sundhedsstyrelsen.

**Sundhedsstyrelsen** 2022b: *Sygdomsbyrden i Danmark*. Sundhedsstyrelsen.

**Sundhedsstyrelsen** 2018: *Forebyggelsespakke – Mental sundhed*. Sundhedsstyrelsen.

**Sørensen, N. U., Nielsen, M. L., Ørngreen, R., Henningsen, B. S., Gundersen, P. B., Nielsen, L. M., Toft Rønberg, M., Sørensen, S. A., & Knudsen, S. P.** 2020: *Når unge flytter hjemmefra: Om bevægelser, udfordringer og muligheder i unges overgange til voksenlivet*. (Print 2020, OA 2022 udg.) Aalborg Universitetsforlag. Ungdomsliv Bind 8.

**Thoits, P. A., & Hewitt, L. N.** 2001: “Volunteer work and well-being”. *Journal of Health and Social Behavior*. 115-131.

**Thoits, P. A.** 2011: “Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health”. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161.

**Thorlindsson, T., & Bjarnason, T.** 1998: “Modeling Durkheim on the Micro Level: A Study of Youth Suicidality”. *American Sociological Review*, 63(1), 94–110.

**Treiman, D. J.** 2009: *Quantitative data analysis : doing social research to test ideas* (1st ed.). Jossey-Bass.

**World Health Organization** 2024: *Mental health*. Lokaliseret den 17. maj 2024 på: <https://www.who.int/europe/health-topics/mental-health>.

**World Health Organization** 2022: *Mental health – Key facts*. Lokaliseret den 23. maj 2024 på: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

**Wilson, J. & Musick, M.** 1999: “The Effects of Volunteering on the Volunteer”. *Law and Contemporary Problems*, 62(4), 141–168.

**Zhou, S. & Kodama Muscente, K.** 2023: “Meta-analysis of Volunteer Motives Using the Volunteer Functions Inventory to Predict Volunteer Satisfaction, Commitment, and Behavior”. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 52(5), 1331–1356.