

Suzanne Duus

## **Barndomsforhold og helse i voksen alder.**

En kvantitativ analyse om barns oppvekstsvilkår  
og helsetilstand i senere livsløp.

Masteroppgave i Sosiologi

Trondheim, juni 2015



## Sammendrag

Masteroppgavens forskningsspørsmål er: *Barndomsforhold og helse i senere livsløp. Er det en sammenheng?* Studiens fokus er om oppvekstvilkår har betydning for helsetilstanden i voksen alder. De tre valgte barndomsforholdene er den økonomiske situasjonen under oppveksten, hvorvidt det har vært et konfliktnivå i familien under oppveksten, samt om man har vokst opp med begge foreldrene. I tillegg til ulike oppvekstvilkår vil det i studien bli spurt om personene har hatt sykdommene hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes. Årsaken til at de tre sykdommene er valgt, skyldes at de i flere tilfeller er påvist som unngåelig, gjennom en mer helsefremmende livsstil. I tillegg er de svært utbredt i Europa, og resten av verden. Å utforske årsakene til ulikheter i helse er av stor samfunnsmessig nytte, da man på denne måten kan få mer kunnskap, og dermed iverksette tiltak for utjevning av ulikheter i helse. Dette kan videre redusere tilfeller av dødstilfeller og sykdommer.

Oppgaven er basert på en kvantitativ tilnærming, der jeg har anvendt fire logistiske regresjonsanalyser, samt utført statistiske tester for å gjøre studien mer pålitelig. Det anvendte datamaterialet er en pilotundersøkelse fra European Social Survey, som skal brukes i runde 7 og gjennomføres i 2015. Utvalget er fra Portugal og England, og består av 786 gyldige respondenter. Dataprogrammet som er brukt som verktøy til analysene, er Stata. Avhengig variabel er både den generelle, selvopplevde helsetilstanden, samt en modell med en sammenslått variabel av hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes.

Resultatet viser at det er statistisk signifikant sammenheng mellom den økonomiske situasjonen, konfliktnivået i familien under oppveksten og den generelle helsetilstanden i senere livsløp. Om foreldrene bodde sammen eller ei under oppveksten, var ikke statistisk signifikant. Dette er når det er kontrollert for alder, utdanning, kjønn, land, og de ulike sykdomsforholdene. I analysen der spesifikke sykdomsforhold er brukt er det kun alder som er signifikant. Derfor anses spørsmålet om den generelle helsetilstanden som mer dekkende i denne analysen. Konklusjonen er at oppvekstvilkårene økonomisk situasjon og konflikt i familien, har sammenheng med helsetilstanden i senere livsløp.



## **Forord**

Denne masteroppgaven er en betydningsfull markering av fullført femårig lektorutdannelse i Samfunnsfag ved NTNU. I løpet av de fem studieårene har jeg hatt et ønske om å få studere de fagene jeg synes er mest interessant, og jeg har vært så heldig å fått fordypet meg i sosiologi og det temaet jeg synes er mest engasjerende, oppslukende, aktuelt og nærværende: helse og sosiale ulikheter. Jeg har hele tiden vært klar over at dette er temaet jeg ønsker å fordype meg i. Skrivningen er følgelig gjort med begeistring!

Jeg vil med dette rette en stor takk til veileder og professor Terje Andreas Eikemo som har lest oppgaven gjentatte ganger, og kommet med presise, konkrete tilbakemeldinger. Takk for at du tidlig viste meg tillit og sendte meg både bøker, artikler og datamaterialet. Videre vil jeg rette en stor takk til ”gulljentene” i Trondheim, for alle disse årene i Trondheim, der utallige gode minner er blitt til. Den største takken går til min familie og Erik, som alltid har støttet mitt prosjekt om å være i Bergen å jobbe med siste innspurten av lektorprogrammet.

Trondheim 04.06.2015

Suzanne Duus



## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>iii</b>
<b>Forord</b> .....	<b>v</b>
<b>Liste over figurer og tabeller</b> .....	<b>ix</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>11</b>
1.1 Tema.....	11
1.2 Problemstilling .....	14
1.3 Disposisjon av oppgaven.....	15
<b>2. Begrepsavklaring</b> .....	<b>17</b>
2.1 Helse.....	17
2.2 Barndomsforhold .....	18
2.2.1 Vanskelig økonomisk situasjon.....	18
2.2.2 Konflikt i familien.....	20
2.2.3 Boforhold mellom foreldrene .....	20
<b>3. Teori</b> .....	<b>23</b>
3.1 Livsløpsperspektiv.....	23
3.1.1 Fundamental årsaksteori.....	24
3.1.2 Kontekstualismen .....	25
3.1.3 Bourdieu: kapital og habitus .....	26
3.2 Oppsummering.....	27
<b>4. Tidligere forskning og hypoteser</b> .....	<b>29</b>
4.1 Helse og økonomisk situasjon.....	29
4.2 Helse og konflikt i familien.....	30
4.3 Helse og foreldrenes bosituasjon .....	31
4.4 Alternative hypoteser .....	31
4.5 Oppvekstvilkår og sykdomsforhold .....	33
4.6 Oppsummering.....	34
<b>5. Data og metode</b> .....	<b>35</b>
5.1 Datasett og utvalget.....	35
5.1.1 Avhengig variabel .....	37
5.1.2 Uavhengige variabler.....	37

5.2 Analyseplan.....	39
5.2.1 Den logistiske regresjonsmodellen .....	39
5.2.2 Hypoteseprøving i logistisk regresjon .....	40
5.3 Feilkilder, reliabilitet og validitet.....	42
5.3.1 Helsebegrepet.....	42
5.3.2 Barndomsforhold .....	43
5.3.3 Bakgrunnsvariabler: demografiske variabler.....	44
5.3.4 Kontrollvariabler: sykdomsforhold .....	45
5.4 Oppsummering.....	45
<b>6. Logistisk regresjonsanalyse.....</b>	<b>47</b>
6.1 Reliabilitet og validitet: statistiske tester .....	47
6.2 Helse og barndomsforhold.....	48
6.3 Helse,barndomsforhold og sykdomsforhold .....	50
6.4 Helse, økonomisk vanskelig situasjon og konflikter i familien.....	51
6.5 Diagnostiserte sykdommer og barndomsforhold .....	53
6.6 Hypoteser.....	54
6.7 Oppsummering.....	55
<b>7. Diskusjon: Helse og oppvekstvilkår .....</b>	<b>57</b>
7.1 Oppvekstvilkår og helse .....	57
7.1.1 Økonomisk situasjon og helse .....	57
7.1.2 Helse og konflikt i familien .....	63
7.1.3 Helse og boforhold mellom foreldrene.....	65
7.2 Sykdommer og barndomsforhold .....	66
<b>8. Avslutning .....</b>	<b>69</b>
<b>Referanseliste.....</b>	<b>71</b>



## Liste over figurer og tabeller

Tabell 1. Deskriptiv statistikk.....	36
Modell 1. Logistisk regresjonsmodell av helse og oppvekstvilkår .....	49
Modell 2. Logistisk regresjonsmodell av helse, oppvekstvilkår og sykdomsforhold.....	50
Modell 3. Logistisk regresjonsmodell med samspill.....	52
Modell 4. Logistisk regresjonsmodell av diagnostiserte sykdommer og oppvekstvilkår .....	54



# 1. Innledning

## 1.1 Tema

Barns utvikling gjennom barndommen kan anses som et samspill mellom barnet og miljøet (Kvaran 2008). Barnet preger miljøet ved å skape sine egne omgivelser og ved å konstruere sin hverdag, samtidig som miljøet preger barnet (Ibid.). Miljø og forhold som man vokser opp under kan sette rammer for hvilken muligheter og begrensninger man har i livet, og hvor stor tilgang man har på ressurser, som eksempelvis penger og kunnskap (Martinussen 2008). Tilgang et barn har på ulike ressurser går ofte igjen i flere generasjoner, og det kan tyde på at det er i barndommen skjevhetene mellom ulike grupper blir dannet, og at dette forsterkes senere i livsløpet (Veenstra, Lima og Daatland 2009). Et livsløp kan sees på som faser i livet, og der forhold i de ulike fasene kan, ifølge et livsløpsperspektiv, gi følger i senere livsløp. Hvis man i de ulike fasene har enten flere goder i livet, eller flere byrder, vil dette dermed kunne følge deg senere i livet (Ibid.).

Det er i tidligere forskning vist en systematisk skjev fordeling der et gode gir flere goder, mens en byrde gir flere byrder (Veenstra, Lima og Daatland 2009). Har man vokst opp med gode sosiale og økonomiske forhold, vil dette derfor oftere gå videre til neste generasjon. På samme måte vil byrdene og belastningene kunne hope seg opp hos familier med tilgang på færre ressurser (Elstad og Barstad 2008). Noe av det som spesielt ser ut til å være systematisk skjevt fordelt, er helsetilstanden for barn, unge og voksne (Næss, Rognerud og Strand 2007). Når helsetilstanden er grunnet i ulikheter blant sosiale grupper, kalles dette for ulikheter i helse.

*Ulikheter i helse* innebærer forskjeller i helsetilstand knyttet til sosioøkonomisk status, eller utdanning, yrke, inntekt (Dahl, Bergsli og van der Wel 2014). Tidligere forskning viser at de med høyere sosioøkonomisk status, det være seg høyere utdanning, yrke og inntekt, har generelt bedre helsetilstand, enn de med lavere sosioøkonomisk status (Næss, Rognerud og Strand 2007). I en rapport om ”barn og unge i familier med langvarig økonomisk sosialhjelp”, beskrives risikoen for nedsatt helse hos barn i økonomisk vanskeligstilte familier, som høyst reell (Hjelmtveit 2004).

Dette kan blant annet forklares med at barnet både har en livsstil som er preget av et høyere nivå av risikoatferd, samt mindre beskyttende atferd (Torsheim, Leversen og Samdal 2007).

Psykiske og fysiske plager og lidelser hos barn og unge er ofte sammenkoblet med familiebelastninger og liten tilgang på ressurser (Næss, Rognerud og Strand 2007). Et eksempel på hvordan oppvekstvilkår kan ha betydning for helsetilstanden i senere livsløp, er at personer med lav inntekt og sosial status, spiser mer hurtigmat enn de med høy inntekt og høy sosial status, noe som kan påvirke helsetilstanden negativt (Espnes og Smedslund 2001). Et høyt inntak av hurtigmat kan føre videre til fedme. Fedme er blitt et av de største folkehelseutfordringene i det 21. århundre, og dette gjelder i flere europeiske land (Regjeringen 2011). Overvekt og usunn livsstil kan videre føre til flere sykdommer, som diabetes, høyt blodtrykk og hjerte- og kar - problemer (Tell og Klepp 2013).

I denne studien vil fokuset være hvordan forhold under oppveksten påvirker helsen i senere livsløp. Utgangspunktet vil være oppvekstvilkår som økonomisk situasjon og konfliktnivå i familien under oppveksten, samt om foreldrene bodde sammen under oppveksten. Det vil også bli tatt utgangspunkt i de tre sykdommene hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes, og se hvorvidt den generelle helsetilstanden blir preget av disse sykdomstilfellene, og om oppvekstvilkårene har hatt sammenheng med hyppigere forekomst av dette.

De tre oppvekstvilkårene er både valgt på bakgrunn av tilgjengelighet på data, og ikke minst fordi det er tre oppvekstvilkår som kan ses i sammenheng med hverandre. Det kan tenkes at familier med vanskelig økonomisk råd, oftere opplever konflikter innad i familien, og videre kan dette påvirke om foreldrene velger å bo med hverandre eller ikke. De utvalgte sykdommene er valgt på bakgrunn av at de både kan tenkes å knyttes opp mot oppvekstforhold, samt sykdommer som kan ramme samtlige sosiale grupper. De er også valgt på grunn av utbredelsen i flere ulike europeiske land. I tillegg kan de valgte sykdommene betraktes som unngåelige, da man i flere tilfeller kan bruke sine

ressurser til å unngå sykdommene ved å opprettholde en sunn livsstil. De som mangler ressurser vil på den andre siden ha færre muligheter til å unngå sykdommene.

Ressurser er noe som skapes i barndommen, der familiens tilgang til ressurser vil kunne påvirke barnet på ulike måter. Ved å studere flere unngåelige helseutfall forventes dermed sammenhenger fordi man kan bruke sine ressurser for å gjøre en forskjell for sin helse. Det skal derimot påpekes at ikke alle sykdomstilfeller av sykdomsforholdene er unngåelig, og at flere tilfeller ikke kan forklares i sosiale, økonomiske, fysiske og psykososiale forhold. På samme måte som det kan være en sammenheng mellom de tre oppvekstvilkårene, kan det også være en sammenheng mellom oppvekstvilkårene og sykdommene, der de med vanskeligere forhold kan tenkes å oftere ha fått påvist sykdommene. Dette vil diskuteres i oppgaven.

Å utforske årsakene til ulikheter i helse er av stor samfunnsmessig nytte, da man på denne måten kan få mer kunnskap, og dermed iverksette tiltak for å bedre folkehelsen. Statistisk sentralbyrå (Bore 2007) illustrerer hvordan utjevning av ulikheter i helse, basert på sosioøkonomisk status, kan forbedre betydelig tilfeller av dødstilfeller og sykdommer. Dette illustreres ved å vise til hvordan 8 400 av 16 400 menn i 1990-1997, ville hatt større sannsynlighet for å ikke dø, hvis de hadde samme dødelighetsrate som de med forskerutdanning (Ibid.) Ved å skape en større utjevning ser det ut til å være nødvendig med tiltak på samfunnsnivå, slik som røykelov, reklameforbud mot tobakk- og rusprodukter, og andre helsefremmende tiltak (Ibid.).

Temaet om hva konsekvenser av barndomsforhold som økonomisk situasjon, konfliktnivå og boforhold blant foreldrene kan føre til, er stadig aktuelt og viktig å se på. Det er også et felt som er forsket lite på (Veenstra, Lima og Daatland 2009). Frode Thuen (2002) har tidligere påpekt hvordan det er behov for mer kunnskap om samværsforeldre, altså foreldre som ikke bor fast med sine barn, samt hvordan konflikt mellom foreldre påvirker den psykiske helsen. Hvordan den økonomiske situasjonen i oppveksten er, kan også påvirke om hvorvidt foreldre bor sammen, eller om hvordan konfliktnivået er, og spørsmålet om økonomisk situasjon, anses derfor som minst like viktig som de to andre oppvekstvilkårene som Thuen (2004) peker på. Følgelig

ønsker jeg å se på sammenhengen mellom oppvekstvilkår i og helse i senere livsløp i denne masteroppgaven.

## **1.2 Problemstilling**

*Barndomsforhold og helse i voksen alder. Er det en sammenheng?*

Utgangspunktet for studien er om barndommen har noe å si for den senere helsetilstanden, og hvilke mekanismer som kan spille inn på helseutfallet. De ulike barndomsforholdene er både den økonomiske situasjonen under oppveksten og hvorvidt det har vært et konfliktnivå i familien under oppveksten, samt om man har vokst opp med begge foreldrene. Det anses å være av betydning om man har vokst opp i en aleneforelderfamilie eller i toforelderfamilie, da tidligere forskning påpeker hvor store økonomiske forskjeller det kan være å vokse opp med en eller to foreldre, som videre kan ha effekt på helsetilstanden (se for eksempel Næss, Rognerud og Strand 2007). I en aleneforelderfamilie kan også skilsmisse vært tilstede, et barndomsforhold som igjen kan tenkes å påvirke helsetilstanden, for eksempel hvis skilsmissen har vært preget av konflikter mellom foreldrene. Tidligere er det også vist en sammenheng mellom vanskeligere økonomi og konflikt i familien (Lippe, Voorpostel og Hewitt 2014). Dette kan igjen påvirke om foreldrene velger å bo sammen eller ikke.

I tillegg til ulike oppvekstvilkår vil det i studien bli spurt om personene har hatt hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes. Årsaken til at de tre sykdommene er valgt, skyldes at de i flere tilfeller er blitt påvist som unngåelig, med en mer helsefremmende livsstil (Eikemo, Mackenbach, Bambra, Lundberg, Huijts 2012). I tillegg er de svært utbredt i Europa, og resten av verden. Hjertesykdommer, høyt blodtrykk, diabetes, samt kreft, er årsak til omtrent to tredjedeler av dødsfall i hele verden (Tell og Klepp 2013). Over 80 prosent av dødsfallene skjer i land der det er lave inntektsnivåer (Ibid.), og dette tyder på at i hvert fall økonomisk situasjon kan ha stor betydning for helsetilstanden.

I denne studien er utvalget fra Portugal og England. Hvis det er sammenhenger mellom barndomsforhold og helsetilstand senere i livet i begge landene, som er både

ulik med tanke på velferdssystem og helsesystem (Chang, Peysakhovich, Wang og Zhu ukjent dato, Barros, Machado og Simões 2011), så kan vi anta at resultatet er av universell art. Det vil derimot antas at sammenhengen er av ulik styrke i de to landene.

### **1.3 Disposisjon av oppgaven**

Før analysen begynner, vil begrepene *helse, vanskelig økonomisk situasjon, konflikt i familien og boforhold mellom foreldene* bli definert og diskutert i teoridelen. Deretter vil det presenteres teori som kan forklare hvilke mekaniser som er tilstede ved eventuelle sammenhenger mellom oppvekstvilkår og helsetilstand senere i livet. Den første og mest sentrale teorien som blir redegjort for er livsløpsperspektivet, som de andre teoriene vil bli sett i lys av. Dette perspektivet vektlegger hvordan ulike løp i livet, eller faser, gir følger i senere livsløp. Den andre teorien som ses i lys av livsløpsperspektivet, og som skal brukes til å forklare sammenhengen mellom helse og oppvekstvilkår, er fundamental årsaksteori. Denne handler om hvordan ulik tilgang til ressurser, som penger og kunnskap, vil kunne påvirke hvilken livsstil man har. Jo flere ressurser man har tilgang på, jo mer positivt vil dette virke på helsetilstanden, da det er flere muligheter til å velge helsefremmende alternativer (Chang og Lauderdale 2009). Den tredje forklaringen er kontekstualismen, som ser på hvordan konteksten til mennesket, slik som familiesammensetning og den økonomiske situasjon i husstanden, setter rammer og åpner opp for muligheter til ulike handlingsvalg (Martinussen 2008). De ulike handlingsvalgene kan både være helsefremmende, som deltagelse på treningssenter, og helseskadelige, som røyking og større inntak av hurtigmat. Den siste forklaringen som er valgt, er fra den franske sosiologen Pierre Bourdieu. Han hevder at mennesker har ulik tilgang på det han kaller for kapital. Dette vil igjen ha innvirkning på levestil, levekår og smak. Siden mennesker har ulik tilgang til kapital og forskjellige oppvekstvilkår, vil man også ha ulike vaner, eller habitus. Dette kan gi helsemessige konsekvenser for barn og voksne.

Videre vil tidligere forskning rundt helse, oppvekstvilkår og sykdomsforhold bli presentert. Først vil tidligere forskning rundt helse og de valgte barndomsforholdene bli fremlagt, før temaet om ulikheter i sykdomsforhold blant forskjellige sosiale grupper blir presentert. Deretter vil metodene, det valgte datasettet, utvalget og

variablene gjennomgås. I denne studien er det brukt kvantitativ metode, med logistiske regresjonsanalyser. Verktøyet som er brukt til å analysere studiens data, er Stata. Etter metodekapitlet vil analysenes resultater bli fremlagt. Disse vil så bli diskutert, før det vil bli trukket en konklusjon rundt studien.



## 2. Begrepsavklaring

### 2.1 Helse

Helse er et komplekst begrep (Mæland 2009). Det er vanskelig å definere, selv om det er et ord som stadig vekk er med oss i dagliglivet (Ibid.). Verdens helseorganisasjon definerer helse som ”en tilstand av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte” (Nylenna og Braut 2014). Lyte er et eldre norsk ord som betyr at man har en svekket fysisk eller mental funksjon (Mæland 2009).

Definisjonen fra Verdens helseorganisasjon har mottatt mye kritikk, blant annet for å bruke ord som ”komplett fravær”, og for dermed å være ”utopisk og naiv” (Ibid.: 43). Til tross for dette har den fordelen med at den fastslår at helse handler både om fysisk, psykisk og sosial helse.

Forskere så opprinnelig på helse som noe biologisk eller genetisk, men etter hvert ble det større indikasjoner på at dette ikke var nok til å kunne forklare store ulikheter i helse blant mennesker (Huijts 2011). I løpet av det andre halvdel av det 20. århundre ble sosiale faktorer i større grad vektlagt, da man så at det var store forskjeller i helsetilstanden blant ulike sosiale grupper. Den sosiale og økonomiske konteksten fikk derfor økt betydning når man skulle finne årsaker til ulike helsetilstander. Ut fra tankegangen om at konteksten påvirker helsen, ble det formulert definisjoner om helse som tok utgangspunkt i personers posisjon i det sosiale systemet, basert på faktorer som kjønn, alder, sosial klasse og lignende (Mæland 2009). Talcott Parsons var en av dem som hadde et slikt sosialt perspektiv på helse, og definerte det som ”en tilstand av optimal kapasitet for individet til effektiv utførelse av de roller og oppgaver man er blitt sosialisert til” (Ibid.: 35). Det kan late til at Parsons var inspirert av Verdens helseorganisasjonens helsedefinisjon når han snakket om helse som en ”*optimal kapasitet*” (Ibid.:35).

I denne studien vil helsen bli sett på fra et sosiologisk perspektiv, der forhold rundt oppveksten, samt sosiale forhold som alder og utdanning, vil være utgangspunkt for undersøkelsen. Ulike medisinske sykdomsforhold vil også inkluderes, og fører samtidig til at studien blir mer pålitelig, da dette er mer objektivt, enn det spørsmålet

om den generelle selvopplevde helsetilstanden er. Sykdommene som inkluderes i studien er sykdomsforhold som kan tenkes å ramme alle sosiale grupper, men som ofte rammer gruppene i ulik grad. Ulikheter i helse viser nettopp til at forskjeller i helse ofte er knyttet til ulike sosiale grupper basert på sosioøkonomisk status. I tillegg kan sykdommene både handle om den fysiske, psykiske og sosiale helsen. Ved å omhandle fysisk, psykisk og sosial helse, dekker det både Verdens helseorganisasjonens og Parsons sine definisjoner om helse, som fokuserer på dette som en helhetlig velvære.

## **2.2 Barndomsforhold**

### **2.2.1 Vanskelig økonomisk situasjon**

En vanskelig økonomisk situasjon kan blant annet defineres av begrepet ”lavinntekt”. Lavinntekt defineres her som en *relativ* lav inntekt og en lav formue. Det betyr at man har lavere inntekt enn det som er det typiske i samfunnet, utfra avstanden til medianinntekten i befolkningen (Epland og Kirkeberg 2014). Inntekt innbefatter all inntekt etter skatt, også trygd og stønader, renteinntekter og lignende (Kirkeberg, Epland og Normann 2012). I 2013 lå medianinntekten, som er mindre følsom for ekstremverdier enn gjennomsnittet, på 210 640 kroner i England (OECD 2015). Dette er med valutakurs fra april 2015, når den ikke er kontrollert for kjønn (Ibid.). Med samme kriterier for Portugal som England, var medianinntekten for portugiserne på 84 160 i 2011 (Ibid.) I begge tilfeller er det tatt medianinntekt fra den yrkesaktive aldersgruppen, mellom 16 og 65 år (Ibid.). Til sammenligning var den norske medianinntekten i 2012 på 404 000 kroner, når den ikke er kontrollert for kjønn (Statistisk sentralbyrå 2013).

Den nøyaktige lavinntektsgrensen varierer, der OECD definerer lavinntekt som 50 prosent fra medianinntekt, mens EU har 60 prosent fra medianinntekt (Kirkeberg et al. 2012). Følgelig blir antall med lavinntekt varierende utfra den definisjonen man velger. I Portugal var lavinntekten på 30 prosent i 2013 med EU sin lavinntektsgrense (Pordata 2015), mens England hadde 20 prosent, med samme lavinntektsgrense, da i 2010 (Poverty 2010). Med EUs lavinnteksdefinisjon kunne 4,5 prosent av Norges befolkning regnes som å ha lavinntekt i 2009 (Sandvik 2015). I 2012 var denne noe

høyere, blant annet på grunn av økning i innvandrerfamilier med lavinntekt (Epland og Kirkeberg 2014).

Det har vært en vekst i inntektsnivået det siste tiåret, men ikke for alle. Barnefamilier er et eksempel der de ikke klarer å følge inntekstveksten med resten av samfunnet (Epland og Kirkeberg 2014). Det har parallelt med dette vært flere barnefamilier som opplever en lengre periode med lave inntekter, et fenomen som kan kalles en vedvarende lavinntekt. Bruker man OECDs lavinnteksdefinisjon, med dens lavere lavinntekstgrense, er nærmere 57 prosent av alle med vedvarende lavinntekt enten par med barn, eller enslige forsørgere i Norge (Kirkeberg et al. 2012). Ser man også på årlig lavinntekt, og ikke bare vedvarende, er også enslige forsørgere høyere representert enn for par med barn. Enslige forsørgere hadde mer enn tre ganger så høy vedvarende lavinntekt fra 2007 til 2009, med sine 16 prosent, mot 5 prosent av alle par med barn under 18 år (Ibid.). Denne tendensen med at aleneforeldre har en vanskeligere økonomisk situasjon vil også antas å gjelde i andre europeiske land, slik som Portugal og England.

I stedet for å ta utgangspunkt i personers inntekt, vil det i denne studien heller spørres om ”seriøse vanskeligheter knyttet til økonomi under oppveksten” (Eikemo, Mackenbach, Bamba, Lundberg, Huijts 2012). Årsaken til dette skyldes at fokuset i studien er å se på om økonomien i barndommen har hatt følger for helsen i senere livsløp. Spørsmålet om ”seriøse vanskeligheter knyttet til økonomi under oppveksten” anses derfor som det mest relevante, i stedet for å spørre om inntekten i familien under barndommen, og i senere livsløp. I tillegg er personers inntekt ofte sensitiv informasjon, som kan utelate mange svar. Derfor kan det gi mer pålitelig informasjon å spørre om personer har hatt økonomiske vanskeligheter under oppveksten, enn å spørre om hvordan inntekten er og har vært. Dette henger også sammen med at ”vanskelig økonomisk situasjon” kan være svært relativt, der noen som har mer penger enn andre, likevel kan ha en selvopplevd følelse av å ha en dårlig økonomi, og på denne måten blir dette ansett som en vanskelig økonomi. Det relative målet på vanskelig økonomisk situasjon, betraktes i denne studien som like viktig, som det å ha en ”lavinntekt” utfra medianen til resten av befolkningen. I denne studien anses derfor

”vanskelig økonomisk situasjon” det tilsvarende som at personer har en selvopplevd følelse av vanskelig situasjon, og at de har mindre økonomisk frihet i hverdagen.

### **2.2.2 Konflikt i familien**

I denne studien blir konflikt ansett som negative ”spenninger” mellom familiemedlemmer, der det er benyttet former for psykisk eller fysisk vold (European Social Survey 2014). Begrepet skal derfor dekke alle former for konflikter i familien, uavhengig av hvilke konflikter det er.

Konflikt i familien kan føre til alvorlige konsekvenser for barn (Nilsen, Skipstein og Gustavson 2012). Det er påvist at barn og unge kan blant annet utvikle utagerende atferd, angst, depresjoner og dårlig selvbilde. Det er også påvist høyere forekomst av frafall i videregående skole og større sjanse for å selv skille seg. De negative konsekvensene fra familiekonflikt, gjelder både når foreldrene skiller seg, og når de fortsetter å bo sammen (Ibid.). Ettersom familiestrukturen har endret seg de siste tiårene, og det er flere tilfeller av samlivsbrudd enn før, fører dette sannsynligvis til at flere barn utsettes for konflikter i familien i dag (Ibid.).

### **2.2.3 Boforhold mellom foreldene**

Statistisk sentralbyrå (2014) kan melde om at 41 prosent av alle inngåtte ekteskap i Norge i 2013 ble oppløst, og følgelig vil mange barn bli påvirket av dette. Det er derimot ingen lignende statistikk over samboerbrudd. Siden det i dag er flere samlivsformer enn det som før var vanlig, og mange velger å leve i samboerforhold istedenfor å gifte seg, kan tallene over oppløste ekteskap derfor være villedende for hvordan antallet med samlivsbrudd, og boforhold mellom foreldrene, egentlig er (Clarke og Joshi 2003). I de fleste tilfeller vil samlivsbrudd, uavhengig av ekteskap eller samboerforhold, føre til at eventuelle barn i familien må bo med én av foreldrene om gangen. Dette kan være vanskelig for barnet, og påvirke barndommen på ulike måter. I tillegg kan et samlivsbrudd i flere tilfeller innebære konflikter, noe som igjen kan tenkes å påvirke barnet negativt. Det er også flere barn som er født utenfor et forhold, og dette fører ofte til at barnet kun lever med én av foreldrene.

Om barnet er vokst opp i en aleneforelderfamilie eller ikke, kan tenkes å ha innvirkning på økonomien i familien, da aleneforelderfamilier oftere har en vanskelig økonomisk situasjon (Kirkeberg et al. 2012). Om en har vokst opp med begge foreldre eller ikke, vil derfor være et sentralt spørsmål i studien.



### **3. Teori**

Den grunnleggende teoretiske bakgrunnen for oppgaven er livsløpsperspektivet. De andre valgte teoriene, fundamental årsaksteori, kontekstualismen og Bourdieus teorier om kapital og habitus vil bli sett i lys av denne, da livsløp er så sentralt i disse teoriene, og i denne studien.

#### **3.1 Livsløpsperspektiv**

At barndom har en sammenheng med helsetilstanden i voksen alder, er et svært sentralt tema i et livsløpsperspektiv (Veenstra, Lima og Daatland 2009). Livsløpet kan sees på som et ”løp” der man går fra primærfamilien, til skole, til arbeid og til egen familiedannelse (Elstad og Barstad 2008). I løpet av disse fasene kan både belastninger og muligheter, samle seg opp (Ibid.). Et slikt perspektiv ser på hvordan faser og overganger i livet relaterer seg til hverandre, og hvordan forhold under oppveksten kan gi følger til forhold i voksen alder (Tretteteig og Thorsen 2011).

Et livsløpsperspektiv gir oss kunnskap om hvordan fortiden former den livssituasjonen og de mulighetene vi har i senere livsløp (Tretteteig og Thorsen 2011). På denne måten kan man se hvordan ulike barndomsforhold gir konsekvenser som har innvirkning på helsen når personen er blitt eldre. Om en person hadde vanskelige oppvekstvilkår, vil det kunne gi flere belastninger på ulike områder gjennom hele livsløpet (Veenstra, Lima og Daatland 2009). Ut fra et slikt perspektiv vil det være nødvendig å ha kunnskap om menneskers livserfaringer, for å forstå hans livssituasjon i dag (Ibid.).

Det skilles mellom enkelthendelser som preger livsløpet, slik som dødsfall, og mer langvarige hendelser, eller flere uheldige omstendigheter. Sistnevnte kalles for akkumulerte byrder, og et eksempel kan være en vanskelig økonomisk situasjon på grunn av mangel på eksempelvis utdanning (Veenstra, Lima og Daatland 2009). Både vedvarende hendelser som sosioøkonomisk status eller konflikter i familier, samt enkelthendelser som at én av foreldrene flytter ut, kan ifølge et livsløpsperspektiv, gi følger i senere livsløp.

### 3.1.1 Fundamental årsaksteori

I 1995 kom amerikanerne Jo C. Link og Bruce G. Phelan opp med teorien om fundamentale årsaker som forklarer hvorfor sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helse er så stor (Chang og Lauderdale 2009). Sosioøkonomisk status er samlebetegnelse på yrke, utdanning og inntekt (Næss, Rognerud og Strand 2007). Teorien forklarer sammenhengen ved å peke på ulik tilgang til ressurser som penger, kunnskap og makt, i tillegg til sosiale nettverk, hos ulike sosiale grupper. Jo høyere sosioøkonomisk status, dess flere ressurser har de til å skaffe seg og opprettholde en god helsetilstand (Chang og Lauderdale 2009). De ressursene man har vokst opp med vil også kunne følge videre i voksenlivet. Den sosioøkonomiske statusen og ulik tilgang på ressurser går ofte i arv hos eventuelle barn, og dermed vil ulikheter i helse reproduseres. Den sosioøkonomiske statusen foreldrene har, og som man har hatt tidligere i livsløpet, følger ofte med videre i senere livsløp, og jo flere ressurser man har i tidligere livet, dess bedre vil dette kunne slå ut for helsen senere i livet (Ibid.).

Ifølge fundamental årsaksteori er penger en viktig ressurs, som kan brukes til å leve en helsefremmende livsstil. Penger kan brukes til blant annet å kjøpe medlemskap på treningssenter og sunn mat, som begge er positivt for helsetilstanden. Man har også råd til å kjøpe gode medisiner eller medisinske behandlinger som ikke dekkes av det offentlige, men som gjør deg fortere frisk. I tillegg kan penger på et større plan føre til at man kan flytte til et bedre nabolag, eller gjøre endringer i arbeidsmiljøet, slik som å skifte jobb. Hvis arbeidsplassen er preget av dårlige arbeidskår, som eksempelvis forurensning og lav sikkerhet, kan dette virke negativt på helsetilstanden. Flere økonomiske ressurser skaper derfor flere muligheter til å gjøre endringer som kan gi positivt utslag på helsetilstanden. Færre økonomiske ressurser gjør det derimot vanskeligere å gjøre noe med sin egen tilværelse.

Den andre ressursen fra barndommen som kan ha innvirkning på helsetilstanden i senere tid er kunnskap. Dette kan knyttes til det å ha tilgang til informasjon om helse, for eksempel gjennom internett, bøker og nyheter. Bedre kunnskap om hvordan å opprettholde en helsefremmende livsstil øker sjansene for å leve en sunnere livsstil, ifølge teorien (Chang og Lauderdale 2009). En tredje ressurs teorien fremhever som



betydningsfull, er tilgang til sosiale tilhørigheter (Ibid.). Tidligere forskning viser at sosiale nettverk virker positivt på helsen (Dalgard 2006). Ofte gir høyere sosioøkonomisk status større sosiale nettverk, og følgelig har de høyere sosiale gruppene, bedre sjanser for god helsetilstand (Ibid.).

Ifølge teorien vil de med lavere sosioøkonomisk status uansett ha mindre ressurser, slik som penger, kunnskap og sosiale nettverk, for å beskytte og forbedre helsen (Chang og Lauderdale 2009). Penger, kunnskap og sosiale nettverk går ofte i generasjoner (Martinussen 2008). Hvis det er en sammenheng mellom barndomsforhold og helsetilstand i senere livsløp, vil dette derfor kunne forklares med tilgang på få eller mange ressurser. En person som har opplevd vanskelig økonomisk situasjon, mye konflikter, og generelt hatt mindre ressurser i oppveksten, vil med andre ord kunne oppleve en dårligere helsetilstand, enn de som har hatt god tilgang på ressurser.

### **3.1.2 Kontekstualismen**

Kontekstualismen brukes i denne oppgaven til å forklare hvordan den økonomiske og sosiale situasjonen som mennesket befinner seg i, påvirker helsen. Forklaringen har mange likheter med Link og Phelan sin teori om ressurser, der menneskets tilgang på penger, gode bo- og arbeidsforhold og sosiale nettverk vil påvirke hvilken valgmuligheter man har, og dermed hvordan helsetilstanden er.

Sosiolog Willy Martinussen (2008) forklarer kontekstualismen som en synsvinkel som ser på hvordan situasjonen aktører er i, legger føringer på individuelle valg og handlinger. ”Føringer” kan defineres som ”fysiske, tekniske, økonomiske, juridiske, politiske og andre faktorer som gir folk bestemte muligheter til handlinger og stenger ute andre muligheter” (Ibid.: 182). Eksempelvis kan de med lavere inntekt og formue ha begrensede muligheter til å velge de sunnere og helsefremmende alternativene. Familier kan møte begrensninger som familiemedlemmene ofte ikke kan gjøre noe med (Ibid.). Kontekstualismen kan på denne måten brukes til å se hvordan nettopp inntekt, konflikter og foreldrenes bosituasjon, kan påvirke faktorer som helsetilstanden, og hvordan personers sosioøkonomiske situasjon setter begrensninger,

og åpner opp for muligheter til å ta ulike handlingsvalg. Foreldrenes muligheter og begrensninger vil kunne innvirke på barnet, og på denne måten kan livssituasjonen til barnet gi både positive og negative følger for helsen i senere livsløp.

### **3.1.3 Bourdieu: kapital og habitus**

Martinussen (2008) plasserer den franske sosiologen og antropologen Pierre Bourdieu, under kontekstualismen. Både kontekstualismen og Bourdieus begreper om kapital og habitus kan vise hvordan livssituasjonen til personer kan sette rammer og begrensninger, samt gi muligheter til å opprettholde en helsefremmende livsstil, både under oppveksten og senere i livet. Bourdieu bruker ulike former for kapital som forklaring på sosiale ulikheter, som videre kan brukes til å se på sammenhengen mellom barndomsforhold og ulikheter i helse. Kapital kan betraktes som ressurser, eller innflytelse over ulike områder i samfunnet (Aakvaag 2009).

Den viktigste kapitalformen er ifølge Bourdieu, økonomisk kapital som gir økonomisk makt (Ibid.). En innehaver av god økonomisk kapital vil kunne bruke denne til å oppnå en helsefremmende livsstil, ved å eksempelvis handle sunn mat og ha medlemskap på treningssenter. Den andre kapitalen er kulturell kapital, som blant annet gir innflytelse i utdanningssystemet og bedre tilgang til informasjon og kunnskap om for eksempel politikk, vitenskap og kunst. Mer kulturell kapital kan dermed gi bedre tilgang på informasjon og kunnskap, som igjen kan brukes til å følge en helsefremmende livsstil. Den siste kapitalformen kalles sosial kapital som gir tilgang til sosiale nettverk (Ibid.). Sosiale nettverk er som tidligere nevnt positivt for helsen, der tilhørighet og fellesskap har vist seg å være betydningsfulle for helsetilstanden (Dalgard 2006). På denne måten vil en større besittelse av økonomisk, kulturell og sosial kapital, skape flere situasjoner som kan gi bedre helsetilstand for mennesket.

Ulik tilgang på kapital er i følge Bourdieu, det som skaper klasseforskjeller i levekår, livsstil og smak (Martinussen 2008). Siden livsstil, levekår og smak ofte har betydning for helsetilstanden, vil ulike sosiale grupper, avhengig av mengde kapital en besitter, også ha ulik helsetilstand. Dette er systematisk skjevt fordelt mellom ulike lag i samfunnet, der de med mye kapital oftere har en sunnere livsstil, som igjen gir flere

helsefremmende goder, enn de med mindre kapital i de lavere sosioøkonomiske gruppene. Ulikhetene i mengde kapital viser seg også å reproduseres gjennom generasjoner (Ibid.). Ifølge livsløpsperspektivet vil den mengde kapital en har vokst opp med, følge deg senere, og dette vil videre gi følger for det senere livsløp. Bourdieu forklarer dette med at foreldrenes situasjon og posisjon overføres til barnet, og at det dermed vil få det samme utgangspunktet med økonomisk, sosial og kulturell kapital som foreldrene hadde (Ibid.).

*Habitus* er en generell teori som handler om hvordan en person er disponert for å handle på bestemte måter (Ibid.). På grunn av ulike sosiale og økonomiske bakgrunner vil mennesker i ulike sosiale klasser ha forskjellige habituser (Ibid.). Vi har instinkter som sier hva slags forventninger og regler som befinner seg i det sosiale miljøet vi er i, og som vi blir kjent med for å kunne delta i de ulike miljøene, eller sosiale gruppene. Teorien forklarer hvordan forskjeller og ulikheter mellom sosiale klasser og samfunnsgrupper skapes i oppveksten og gjennom sosialiseringen (Ibid.). Det som er betydningsfullt med begrepet *habitus* er at det har *sosialt opphav* (Aakvaag 2009). Verdier fra foreldre blir overført fra foreldre til barn, og på denne måten opprettholdes ulikhetene, som videre kan gi negative, eller positive, følger for helsetilstanden. Jo mer helsefremmende *habitus* en har, jo bedre helsetilstand vil man videre kunne få. Om foreldre har liten helsefremmende *habitus*, for eksempel på grunn av liten mengde av kapital, vil dette kunne ha innvirkning på barnets helse. Sosiale og økonomiske forskjeller kan altså føre til ulikheter i helse, på grunn av ulik *habitus* og mengde av kapital.

### **3.2 Oppsummering**

Livsløpsperspektivet er det grunnleggende teoretiske ståstedet for studien, og den brukes til å se hvordan ulike faser i livet gir ringvirkninger i senere livsløp. Denne kan både brukes alene, eller sammen med de andre teoriene om fundamental årsaksteori, kontekstualismen og Bourdieu sine teorier om kapital og *habitus*, ved at de sammen gir forklaringer på hvordan det kan være en sammenheng mellom oppvekstsvilkår og helsetilstand i senere livsløp.

Fundamental årsaksteori er spesifikk mot studiens tema om helse, mens kontekstualismen er en bredere forklaringstype som kan brukes til flere sosiologiske temaer. Den sistnevnte teorien vurderes likevel som et godt teoretisk verktøy for å belyse problemstillingen, da studiens tema nettopp er stort og sammensatt. Teoriene om kapital og habitus er som kontekstualismen, også generelle, sosiologiske teorier. Samtlige teorier kan derimot brukes eksplisitt som forklaring til studiens tema om oppvekstvilkår og helsetilstand i senere livsløp.

Det antydes et skille mellom teoretiske forklaringer på makro og mikronivå. Fundamental årsaksteori, og kapital- og habitusbegrepet er mer mikrobasert, da de ser på individets tilgang til ressurser og kapital, og hvordan individer kan bruke det de har hatt i oppveksten som noe positivt for helsen. Kontekstualismen kan både sees på individ- og samfunnsnivå, der samfunnets kontekster, samt individets egne egenskaper, kan sette helsemessige begrensinger eller åpne for muligheter. Livsløpsteorien kan også sees på som mikro- og makrobasert teori, der både individuelle og samfunnsmessige forhold kan gi følger i senere livsløp. Det jeg vil si at teoriene har til felles, er at de alle forklarer hvordan menneskets ståsted i livet, og deres utgangspunkt og forutsetninger, kan være med på å påvirke helsen i senere livsløp.

I tillegg til de valgte sosiologiske teoriene, vil begrepet helse og begrepene rundt oppvekstvilkårene bli brukt, og være en gjennomgående teoretisk bakgrunn for studien. Det vil i hovedsak handle om selvopplevd helse, men spesifikke sykdomsforhold som hjerteproblemer, blodtrykk og diabetes vil i tillegg bli inkludert, for å se om disse forholdene har stor betydning for sammenhengen mellom helsetilstand og oppvekstvilkår.

## 4. Tidligere forskning og hypoteser

Det vil i det følgende kapitlet bli presentert tidligere forskning knyttet til temaet rundt helse og de ulike barndomsforholdene, økonomisk situasjon, konflikt i familien og boforhold mellom foreldrene. Deretter vil tidligere forskning om ulike sykdommer bli presentert. Basert på den tidligere forskningen og forventningene rundt studiens resultater, vil det bli formulert hypoteser av de mest sentrale forklaringsvariablene, som er de tre barndomsforholdene.

### 4.1 Helse og økonomisk situasjon

”Sosioøkonomisk status og helse har en sammenheng” skriver Folkehelseinstituttet (2014), der de som har høyere status generelt sett har bedre helse, enn de som har lavere sosioøkonomisk status. De sosioøkonomiske faktorene er både inntekt, utdanning og yrke (Ibid.). De skriver videre at sammenhengen er dokumentert i alle vestlige land (Ibid.). De nevner eksplisitt at sykdom i hjerte og lunger er det som fører til de største helseforskjellene, mest sannsynlig på grunn av ulike røykevaner i de ulike sosioøkonomiske gruppene, der de i lavere sosioøkonomiske grupper røyker mer, sammenlignet med de i høyere grupper. Levekår har stor betydning for hvorvidt man opprettholder helsefremmende levevaner, som fysisk aktivitet, sunt kosthold og begrenset, eller ingen bruk av tobakk og andre rusmidler (Ibid.). Folkehelseinstituttet (2014) rapporterer videre at de fleste i det norske samfunnet har fått bedre helse i løpet av de siste 30 årene. Den økte helsegevinsten har derimot vært størst for de som allerede ble sett på å ha god helse, det vil si de med lang utdanning og inntekt, og de som levde i et parforhold. Forskjellene i helse har derfor økt, spesielt i de siste ti årene (Ibid.). Den økonomiske situasjonen en befinner seg i ser derfor ut til å ha betydning for helsetilstanden.

Tormod Bøe har med flere, utført en omfattende studie i Bergen, der de fant at økonomisk situasjon i familien, samt utdanningsnivå hos foreldre, har sammenheng med barn og unges psykiske helse (Bøe, Øverland, Lundervold, Hysing 2012). De fant at det oftere blir påvist atferdsvansker og andre psykiske vansker som hyperaktivitet og emosjonelle problemer, i de tilfellene der familien har en selvopplevd vanskelig

økonomi, og foreldrene har lavere utdanning (Ibid.). Jo lavere sosioøkonomisk status foreldrene har, jo verre psykisk helse ble det påvist hos barna (Ibid.).

I en rapport om ”barn og unge i familier med langvarig økonomisk sosialhjelp”, beskrives den høye risikoen for nedsatt helse hos barn i økonomisk vanskeligstilte familier (Hjelmtveit 2004). Mer enn halvparten av barn og unge som befant seg i familier som mottok langvarig økonomisk sosialhjelp, hadde ifølge rapporten en egen sykdomshistorie (ibid.). Dette indikerer at foreldrenes økonomiske situasjon kan innvirke på barnets helsetilstand. Basert på den tidligere forskningen vil dermed den første hypotesen være *1a) Jo vanskeligere økonomisk situasjon man har vokst opp i, dess dårligere helse har man i voksen alder.*

#### **4.2 Helse og konflikt i familien**

Konfliktnivå i familien ser ut til å være av stor betydning for helsen til barnet. Tidligere forskning viser at et konfliktfylt familieforhold, eller eventuelt et konfliktfylt samlivsbrudd, kan føre til at barnet har det vanskelig i flere år i etterkant, og dette kan gå utover både den psykiske og fysiske helsen (Rød, Ekeland og Thuen 2008). Eksempelvis kan konfliktene ved et samlivsbrudd typisk handle om hvor barnet skal bo, hvor mye samvær foreldrene skal ha med barnet, og diskusjoner rundt størrelsen på barnebidraget (Ibid.). Uavhengig av om det er konflikter knyttet til samlivsbrudd, eller om det generelt er et høyt konfliktnivå i familien, er det påvist at det kan gi negative konsekvenser knyttet til helsetilstanden til de involverte (Ibid.). Barn som lever i et konfliktfylt hjem eller med voldelige foreldre, blir oftere rammet av psykiske plager (Ibid.). Helseplagene kan vare fra barne- og ungdomsårene til voksenlivet (Ibid.).

Folkehelseinstituttet viser i en faktarapport hvilke konsekvenser familiekonflikt har for barnet (Nilsen, Skipstein og Gustavson 2012). Både norske og nordiske rapporter om foreldrekonflikt gjennomgår nøye i rapporten. Det kommer frem at de barna og ungdommene som stadig opplever foreldrekonflikt har større risiko for å få psykiske helseplager (Ibid.). Foreldres konflikt kan altså tære på barnets helse (Ibid.). Den andre hypotesen vil derfor være *2a) Et konfliktfylt familieforhold under oppveksten vil være negativt for helsen i senere livsløp.*

### **4.3 Helse og foreldrenes bosituasjon**

Sviggum (2001) påpeker at omsorg og tilhørighet er viktige faktorer i utvikling av god helse for barn. Dette er også knyttet til ulike familiestrukturer, der det i større grad er knyttet vanskeligheter med å finne en tilhørighet for barnet i en aleneforelderfamilie, sammenlignet med toforelderfamilier (Ibid.). Der barn vokser opp med bare én omsorgsperson er det i tillegg til mindre grad av tilhørighet, høyere forekomst av sykdomsforhold som overvekt, astma, allergi og eksem (Næss, Rognerud og Strand 2007). Det å vokse opp med kun moren eller faren har vist seg å gi hyppigere forekomster av selvmord, og viser at risikoen for psykiske helseplager øker ved å kun bo med én forelder (Rød, Ekeland og Thuen 2008).

Psykiske og fysiske plager og lidelser hos barn og unge er ofte sammenkoblet med familiebelastninger og liten tilgang på ressurser (Næss, Rognerud og Strand 2007). Enslige foreldre har større risiko for å være fattig, sammenlignet med samboende, en familiebelastning som igjen kan påvirke barnet (Ibid.). Den økte sannsynligheten for å være fattig når man er enslig, skyldes at det ofte gir en bedre økonomisk situasjon å være i et parforhold. Har man færre ressurser og en vanskeligere privatøkonomi kan det som tidligere forskning påpeker, være vanskeligere å opprettholde en sunnere livsstil (Ibid.). På bakgrunn av dette vil hypotesen være *3a) De som bodde med begge foreldre under oppveksten, har bedre helse enn de som ikke har bodd med begge sine foreldre.*

### **4.4 Alternative hypoteser**

I tillegg til hypotesene om oppvekstvilkår og helse som ovenfor er presentert, vil det bli formulert alternative hypoteser. Dette forklares i at det motsatte utfallet av det som er beskrevet, også er mulige utfall. Det kan i motsetning til første hypotese tenkes at privatøkonomien i familien under oppveksten ikke har gitt helsemessige konsekvenser for barnet. Det kan tenkes at det er de valgene som man tar i voksen alder, som kan påvirke helsen, og ikke hvordan barndommen har vært. I tillegg er det ifølge Kvaran (2008) ikke bare miljøet som preger barnet, men barnet kan også selv skape sine egne "livsbetingelser" og situasjoner. Dermed trenger ikke miljøet og forholdene man har

opplevd under barndommen å ha noe å si for hvordan helsetilstanden blir senere i livet. Den første alternative hypotesen er derfor:

*1b) Vanskelig økonomisk situasjon under oppveksten vil ikke ha en sammenheng med helsetilstanden i voksen alder.*

Det er høyst tenkelig at de forholdene som er under barndommen ikke gir helsemessige følger i senere livsløp. Et konfliktfylt familieforhold kan tenkes å prege andre aspekter ved en person, slik som egen væremåte, men ikke nødvendigvis generell helsetilstand, eller om man senere får diabetes, hjerteproblemer eller høyt blodtrykk. På samme måte som at økonomisk situasjon i barndommen ikke vil gi helsemessige konsekvenser, trenger derfor ikke konfliktnivået i familien å ha store betydninger for helsetilstanden i senere livsløp. Alternativ hypotese om helsetilstand og konfliktnivå i familier blir derfor:

*2b) Et konfliktfylt familieforhold under oppveksten vil ikke virke negativt på helsen i senere livsløp.*

Barn som ikke bor med begge foreldrene, kan muligens ha opplevd mindre konflikter i familien, enn de som har bodd med begge foreldre der man oftere kan havne i konflikt da man lever i et parforhold. Hvis mer konflikt vil gi kunne gi helsemessige konsekvenser (slik som hypotese 2a påstår), vil det derfor kunne tenkes at de som kun bor med én forelder opplever mindre av dette, og at dette videre vil virke positivt på barnet. En annen forklaring for hvorfor det å bo med én forelder under oppveksten ikke trenger å ha sammenheng med helsetilstanden i senere livsløp, er at det like stor mulighet at det å bo med én forelder ikke har en negativ helsemessig følge på barnet, som det å bo med to foreldre. Den siste alternative hypotesen er følgende:

*3b) De som ikke bodde med begge foreldre under oppveksten, har bedre helse i senere livsløp, enn de som har bodd med begge sine foreldre.*



#### 4.5 Oppvekstvilkår og sykdomsforhold

Ulikheter i helse baserer seg på forskjeller i sosioøkonomisk status, og tilgang på ulike ressurser man har som både barn og voksen. Sammenhengen mellom den sosioøkonomiske statusen og helsetilstanden, er påvist uavhengig av hvilke helseindikatorer man ser på, slik som død, sykdomstyper og egen helseoppfatning (Stortingsmelding Nr. 6 (2002-2003)). Helsedirektoratet (Tell og Klepp 2013) melder også om flere tilfeller av sykdommer hos individer med lavere sosioøkonomisk status. De vektlegger behovet for forebyggende tiltak som er effektive for de med lavere inntekt, utdanning og yrke, for å redusere sykkelighet og dødelighet (Ibid.). De påpeker hvordan ulikhetene er påvist i både ulike befolkninger og tidsperioder (Ibid.). Dermed vil tendensene kunne finnes i de fleste europeiske land, også i England og Portugal.

Lege Anders Forsdahl (1977), har sett eksplisitt på, og vist sammenhengen, mellom hjerte- og karsykdommer og oppvekstvilkår. Dette kan blant annet forklares i at røyking, som oftere er knyttet til de lavere sosiale lagene, kan føre til hjerte- og karsykdommer. Andre årsaker til denne form for sykdom, er fysisk inaktivitet og usunt kosthold, som oftere knyttes til de lavere sosioøkonomiske gruppene. Dette kan videre føre til høyt blodtrykk og høye kolesterolverdier, som igjen er knyttet til de lavere sosiale gruppene. På denne måten påpeker han hvordan det er en klar korrelasjon mellom en lav levestandard og sykdommer og dødelighet (Ibid.).

I familier med høyere inntekt er det påvist at barna er i mye større grad fysisk aktive og har et sunnere kosthold, og blir i mindre grad rammet av ulike sykdomsforhold som diabetes og overvekt (Næss, Rognerud og Strand 2007). Diabetes type 2 er særlig en sykdom som ofte er sterkt skjevfordelt mellom sosiale grupper (Ibid.). Dette skyldes at sykdommen ofte er knyttet til risikofaktorer som røyking, inaktivitet og overvekt (Diabetes 2014). Type 1 har mindre kjente årsaker for at kroppen ikke produserer insulin, men det antas at det er en kombinasjon av arv og ukjente miljøfaktorer. Slike miljøfaktorer kan blant annet være livsstil, kosthold eller virusinfeksjoner enten i fosterstadiet eller i tidlig barndom (Ibid.). I denne studien vil det ikke skilles mellom diabetes type 1 og 2.

## 4.6 Oppsummering

Problemstillingen er som tidligere nevnt: *Barndomsforhold og helse i voksen alder. Er det en sammenheng?* Den tidligere forskningen viser hvordan oppvekstvilkår og barndomsforhold vil kunne innvirke på ulike forhold, også helsetilstanden, i hovedsak på bakgrunn av forskjeller i ressurser, livsstil og levekår. Den tidligere forskningen viser at jo bedre sosiale og økonomiske vilkår og forhold en har vokst opp under, dess høyere sannsynlighet er det å ha bedre helsetilstand i senere tid.

På bakgrunn av tidligere forskning er det formulert hypoteser basert på forventningene til resultatene. I tillegg er det formulert alternative hypoteser, der man også kan tenkes at det motsatte utfallet er en mulighet. Hypotesene og de alternative hypotesene er:

*1a) Jo vanskeligere økonomisk situasjon man har vokst opp i, dess dårligere helse har man i voksen alder.*

*1b) Vanskelig økonomisk situasjon under oppveksten vil ikke ha en sammenheng med helsetilstanden i voksen alder.*

*2a) Et konfliktfylt familieforhold under oppveksten vil være negativt for helsen i senere livsløp.*

*2b) Et konfliktfylt familieforhold under oppveksten vil ikke virke negativt på helsen i senere livsløp.*

*3a) De som bodde med begge foreldre under oppveksten, har bedre helse senere i livet enn de som ikke har bodd med begge sine foreldre.*

*3b) De som ikke bodde med begge foreldre under oppveksten, har bedre helse senere i livet enn de som har bodd med begge sine foreldre.*

Resultatene vil presenteres i kapittel 6: Resultater, mens det vil diskuteres mer utdypende i kapittel 7: Diskusjon: Helse og oppvekstvilkår.

## **5. Data og metode**

Oppgaven er basert på en kvantitativ tilnærming, der jeg har anvendt en pilotundersøkelse fra European Social Survey, som skal brukes i runde 7 og gjennomføres i 2015. Utvalget er fra Portugal og England. Dataprogrammet som er brukt som verktøy til analysene, er Stata. I det følgende vil jeg redegjøre for datasettet og utvalget, før jeg vil presentere de valgte variablene.

### **5.1 Datasett og utvalget**

Datasettet som brukes i denne oppgaven er fra European Social Survey (ESS), og er en pilotundersøkelse for undersøkelsen som skal gjennomføres i 2015. ESS gjentas hvert andre år, med respondenter fra flere ulike europeiske land (Ringdal 2009). Dette er ESS sin 7. runde. ESS sitt hovedformål er å kartlegge de sosiale og politiske holdningene og verdiene i Europa (Ibid.), der spørsmål rundt politisk interesse, holdning til innvandring og om velvære og helse, er eksempler på temaer som blir tatt opp. I denne studien vil temaet som nevnt omhandle helse, med uavhengige variabler som økonomisk situasjon, konflikt og bosituasjon blant foreldrene, samt kjønn, alder, utdanning, land og sykdomsforholdene hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes. Respondentene er fra Portugal og England, der det er svært interessant å se om det i begge land kan sees en sammenheng mellom oppvekstvilkår og helsetilstand i senere livsløp.

Denne utgaven av datasettet er enda ikke publisert, da det er en pilotundersøkelse som den endelige undersøkelsen baseres på. De endelige data vil publiseres i desember 2015. Publiserte datasett fra ESS i tidligere runder er derimot tilgjengelig gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det presiseres at ESS ikke står ansvarlig for de analysene og tolkningene som gjøres her. All data er anonymisert, og ingen sensitive personopplysninger behandles i denne oppgaven.

At datasettet er en pilotundersøkelse innebærer at den kun har 809 observasjoner, men dette regnes likevel som representativt i denne studien. Av disse observasjonene har samtlige besvart på spørsmålet om egen generell helsetilstand, som er den avhengige variabelen. Det er noen spørsmål som ikke alle respondenter har svart på. De enhetene

som har én eller flere manglende verdier er blitt fjernet fra studien. Dette innebærer at utvalget har gått fra 809 observasjoner til 786. Med 23 personer som er falt ut, utgjør dette en andel på 2,84 prosent av utvalget. Denne skjevheten vurderer jeg som lite problematisk. En oversikt over samtlige av variablene fremlegges i tabell over deskriptiv statistikk, før jeg går nærmere inn på beskrivelsen av variablene.

**Tabell 1. Deskriptiv statistikk<sup>1</sup>**

Variabler	N (antall)	Gjennomsnitt	Standardavvik	Minimum	Maksimum
Helse	786	0,58	0,49	0	1
Økonomisk vanskelighet	786	2,65	1,25	1	5
Konflikter	786	2,00	1,09	1	5
Foreldre	786	0,15	0,36	0	1
Kvinne	786	0,53	0,50	0	1
Alder	786	49,74	19,19	15	93
Utdanning	786	11,47	5,00	0	30
England	786	0,51	0,50	0	1
Hjerte	786	0,05	0,21	0	1
Blodtrykk	786	0,10	0,31	0	1
Diabetes	786	0,03	0,18	0	1
N Total	786				

<sup>1</sup> Deskriptiv statistikk av den avhengige variabelen helse og de uavhengige variablene økonomisk vanskelig situasjon, konflikter i familien, foreldrenes bosituasjon, kjønn med kvinne som referansekategori, alder, utdanning, land med England som referansekategori, hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes.

I denne studien er dataprogrammet Stata brukt for å kunne belyse problemstillingen om det er en sammenheng mellom barndomsforhold og helsetilstand i senere livsløp. Det er benyttet logistisk regresjonsanalyse, noe som innebærer at det kun er to svaralternativer på helsebegrepet, der man enten har (1) god helse, eller (0) ikke god helse.

### 5.1.1 Avhengig variabel

I undersøkelsen er den avhengige variabelen formulert følgende: ”Hvordan er helsen din stort sett? Vil du si at den er...” (Eikemo, Mackenbach, Bambra, Lundberg, Huijts 2012). Her går svaralternativene fra 1 som er svært god, til 5 som er svært dårlig. De resterende alternativene er god, middels og dårlig. Jeg har omkodet helsevariabelen, da den i logistisk regresjonsmodell, skal være en dummyvariabel. Dette betyr at de opprinnelige svaralternativene ”svært dårlig”, ”dårlig” og ”middels” helse blir til (0) ”ikke god helse”, og ”god” og ”svært god” helse blir (1) ”god helse”. Antall respondenter som nå har god helse er 454 av samlet antall på 786 respondenter.

### 5.1.2 Uavhengige variabler

Variabelen ”vanskelig økonomisk situasjon under oppveksten”, er som den avhengige variabelen, også omkodet. Etter omkodingen går verdiene fra (1) aldri, (2) nesten aldri, (3) av og til, (4) ofte og (5) alltid, istedenfor i motsatt rekkefølge. Dermed kan man enkelt tolke hvordan en økonomisk vanskelig situasjon påvirker helsen. Hvis hypotesen om at vanskelig privatøkonomi vil virke negativt på helsen er riktig, vil analysene vise det samme negative fortegnet i modellen. I undersøkelsen ble det spurt om ”hvor ofte opplevde din familie økonomiske vanskeligheter når du vokste opp” (Eikemo, Mackenbach, Bambra, Lundberg, Huijts 2012). Det ble presisert at det er snakk om *alvorlige økonomiske vanskeligheter* (Ibid.). Etter å ha fjernet respondentene som hadde manglende verdier på ett eller flere spørsmål, viste det seg at 196 personer har svart at de aldri har opplevd det, mens 63 har svart at de alltid var i en slik situasjon. Flest har svart at de ”av og til” opplevde å være i en økonomisk vanskelig situasjon, med 232 respondenter.

De to resterende uavhengige variablene rundt oppvekstsvilkårene, er konflikt i familien og om man har bodd med begge foreldrene under størstedelen av oppveksten. Spørsmålet om konflikt er følgende: ”hvor ofte var det seriøs konflikt hjemme, når du vokste opp?” (Eikemo, Mackenbach, Bambra, Lundberg, Huijts 2012). Det er presisert at seriøs konflikt omhandler negative ”spenninger” mellom familiemedlemmer, der det er brukt former for enten psykisk eller fysisk vold

(European Social Survey 2014). Verdiene er omkodet, og svaralternativene er dermed (1) aldri, (2) nesten aldri, (3) av og til, (4) nesten alltid, og (5) alltid. Gjennomsnittssvaret var ”nesten aldri”. Spørsmålet om respondenten bodde med begge foreldrene gjennom størstedelen av oppveksten, inneholdt to svaralternativer. Her svarte 668 respondenter ”ja” på at de hadde bodd med begge foreldrene sine, mens 118 skrev at de ikke hadde bodd med begge foreldrene. Denne variabelen ble dummykodet der verdien (1) var ”ja, jeg har bodd med begge foreldrene under oppveksten”, og (0) var ”nei, jeg har ikke bodd med begge foreldrene” (Ibid.).

Kjønn, alder, utdanning og land er tatt med som bakgrunnsvariabler i analysen. I utvalget er det 371 menn, og 415 kvinner. Den dikotome variabelen kjønn, er blitt omkodet til en dummyvariabel, der kvinner har fått verdien 1, mens menn har fått verdi 0. Den andre bakgrunnsvariabelen er alder. De yngste respondentene er 15 år gamle, mens den eldste har rapportert alderen til 93 år gammel. Det er til sammen 16 respondenter, eller under 2 prosent, som er 15, 16 og 17 år. Ettersom man vil se på hvordan oppveksten kan ha påvirket helsetilstanden i dag, er det mest aktuelt å se på hvordan de over 18 år rapporterer sin helse, og sine barndomsforhold. Det vil derimot ikke skilles mellom de som er under oppvekst, og de eldre, annet enn å kontrollere for om helsen blir verre eller bedre med alderen. Det er til sammen fire 15-åringene som også har svart på spørsmålene rundt sykdomsforholdene som begynner med om de ”noen gang siden 16 år har opplevd...” De er ikke fjernet, og det antas heller at de svarer på om de ”noen gang har opplevd” de ulike sykdommene. Dette regnes som lite problematisk, siden det gjelder en så liten andel som 0,51 prosent av hele utvalget. Gjennomsnittsalderen for utvalget er 49 år.

Den tredje bakgrunnsvariabelen er utdanning, der respondentene blir spurt om antall år med utdanning de har fullført. Det var 10 personer som meldte om laveste utdanningsnivået som var på 0 fullført utdanningsår, mens det høyeste utdanningsnivået ble meldt til hele 30 år. Dette er det én respondent som har svart. I spørreundersøkelsen presiseres det at obligatorisk skolegang skal inkluderes (Eikemo, Mackenbach, Bamba, Lundberg, Huijts 2012). Gjennomsnittet på antall år med utdanning er mellom 11 og 12 år. Land er den fjerde bakgrunnsvariabelen. Her

er det 398 respondenter fra England, og 388 fra Portugal. Variabelen er dummykodet der England har fått verdi (1), og Portugal har fått verdi (0).

De videre uavhengige variablene handler om sykdomsforholdene hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes. Verdiene ble dummykodet der (1) betydde at de har opplevd sykdommen det gjaldt etter de fylte 16 år, og (0) betydde at de ikke hadde opplevd dette. 38 har opplevd hjerteproblemer, 82 har hatt høyt blodtrykk, mens 27 svarte at de har opplevd diabetes. Her skilles det ikke mellom diabetes type 1 og 2. Disse variablene er også samlet i en additiv indeks, for å sammenligne regresjonsanalysen med ”generell helsetilstand” som avhengig variabel, med en regresjonsanalyse med ”diagnostiserte sykdommer” som avhengig variabel. I den sistnevnte analysen, er variablene slått sammen der man (1) har hatt én eller flere sykdommer siden man fylte 16 år, eller (0) ikke har hatt noen av sykdommene. Det vil antas at den generelle helsetilstanden vil innebære flere statistiske signifikante sammenhenger med de andre variablene, da den handler om *generell helsetilstand* og dermed innbefatter flere sykdommer, samt andre faktorer som fysisk, psykisk og sosialt velvære. Som innledningsvis nevnt kan helse defineres som ”komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyte (Nylenna og Braut 2014), og en generell helsetilstand vil derfor dekke mer enn kun de fysiske sykdommene som indeksen ” diagnostiserte sykdommer” vil gjøre.

## **5.2 Analyseplan**

Når man skal undersøke om en egenskap er tilstede eller ikke, er logistisk regresjonsanalyse den hensiktsmessige metoden å benytte. For å undersøke om respondentene enten har god helse, eller ikke, benyttes derfor denne analysemetoden.

### **5.2.1 Den logistiske regresjonsmodellen**

Den avhengige variabelen i logistisk regresjonsanalyse kalles for en dikotom variabel, da den har kun to verdier (Ringdal 2009). I dette tilfellet er den dikotome variabelen om man har god helse eller ikke. At det er en logistisk regresjonsanalyse påvirker også hvordan man tolker parameterne. Istedenfor å tolke konstantleddet som en verdi referansegruppen har, vil konstantleddet i den logistiske regresjonen vise

hva *oddsen* er for at de i referansegruppen har egenskapen (Skog 2013). Oddsene forteller oss hvor mye større, eller mindre sannsynlighet, det er for at et bestemt utfall skal inntreffe (Ibid.). Når sannsynligheten er større enn 50 prosent vil oddsene være større enn 1, mens når den er mindre enn 50 prosent vil den være mindre enn 1. En annen måte å tolke parameterne på er å se på logitskalaen, der man ser om det er negativt eller positivt fortegn til B-koeffisienten (Ibid.). I denne undersøkelsen vil det i tillegg til tolkningen av oddsene, og logitskalaen bli predikert sannsynligheter, gjennom sannsynlighetsskala. Ved å se på gjennomsnittsverdien på variablene vil man kunne predikere sannsynligheten om en person med visse egenskaper svarer at man enten har god eller ikke god helse.

Estimeringsmetoden som brukes i denne logistiske regresjonsanalysen, kalles ”Maximum likelihood”, eller sannsynlighetsmaksimering. Den viser de verdiene fra datasettet som er mest sannsynlig for datasettet (Skog 2013). Metoden viser også en svak kurvelineær sammenheng mellom variablene, i motsetning til en lineær sammenheng i en lineær regresjonsanalyse (Ringdal 2009). Ved at analysemetoden fanger opp en kurvelineær sammenheng mellom oppvekstvilkår og helse, er den oftere mer realistisk i forhold til andre metoder, som ordinary least squares, som er brukt i lineær regresjonsanalyse (Skog 2013).

### **5.2.2 Hypoteseprøving i logistisk regresjon**

Den logistiske regresjonsanalysen bygger på noen forutsetninger (Skog 2013). Det første er kravet om at de enkelte observasjonene skal være uavhengige av hverandre, som man automatisk oppfyller når vi har sannsynlighetsutvalg, slik som i dette tilfellet. Det andre er at det ikke skal være noe spuriøs sammenheng mellom den uavhengige og avhengige variabelen. Dette betyr at det ikke skal være en tredje variabel som man ikke undersøker, som faktisk er det som forårsaker sammenhengen (Ringdal 2009). Den tredje og siste forutsetningen, er at den logistiske kurven skal gi en riktig beskrivelse, slik den fremkommer i virkeligheten. Dette har det blitt testet for, ved å se på kjikvadratet gjennom en Goodnes- of-fit test. Denne undersøker om ”en observert utvalgsfordeling stemmer overens med en teoretisk forventet fordeling” (Skog 2013: 193). Her er Hosmer og Lemeshow brukt, da denne ikke



krever like stort utvalg som andre kjikvadrattester, for å se om kurven er logistisk (Tuft 2000). Testens utførelse utdypes nærmere i kapittel 6.4: Reliabilitet og validitet: statistiske tester.

For å videre få testet om resultatene fra logistisk regresjonsanalyse er signifikante, vil verdien på signifikansnivået bli studert. Signifikansnivået er satt til 0,05, og det vil dermed bli kontrollert om p-verdien er over eller under dette nivået. Om den er under 0,05 vil resultatene være statistisk signifikant, og vi kan forkaste nullhypotesen, om at det ikke er noen sammenheng mellom den avhengige og den aktuelle uavhengige variabelen (Skog 2013). I denne oppgaven er de alternative hypotesene 1b) og 2b), nullhypoteser, da hypotesen er at det ikke er noe sammenheng mellom det gjeldende barndomsforholdet og helsetilstanden i senere livsløp. Den alternative hypotesen 3b) sier derimot at det er en sammenheng, men mellom det andre tenkelige utfallet, nemlig at de som ikke bor med foreldrene sine har bedre helse enn de som har bodd med foreldrene sine under oppveksten. Om det ikke er en sammenheng i samsvar med hypotese 3a eller 3b, vil begge hypoteser måtte forkastes, og da det er nullhypotesen som er riktig.

En annen måte som brukes for å kontrollere om resultatene er statistisk signifikant eller ikke, er gjennom en vurdering av "log-likelihood ratio". En likelihood ratio blir sammenlignet med en "tom modell" som kun inneholder konstanten fra modellen som inneholder alle de inkluderte, uavhengige variablene (Ibid.). Dermed kan man se på hva forskjellen mellom den tomme og den fullverdige modellen er, og så få et estimat på den fulle modellens forklaringskraft, sammenlignet med den tomme modellen. Denne verdien blir mer verdifull når modellen blir utvidet, for å se om forklaringskraften blir bedre, eller dårligere. Ved å ha flere modeller vil man derfor kunne undersøke om modellen er blitt forbedret, eller ikke. I denne undersøkelsen er det følgelig laget fire logistiske regresjonsmodeller.

I den første modellen er den avhengige variabelen helse og de tre variablene rundt barndomsforholdene inkludert. I tillegg er de demografiske bakgrunnsvariablene kjønn, alder, antall år med utdanning og hvilket land respondenten er fra, tatt med. Den andre modellen blir utvidet med sykdomsforholdene hjerteproblemer, høyt

blodtrykk og diabetes. I den tredje modellen er også samspillsledd mellom økonomisk vanskelig situasjon og konflikt i familien inkludert. I den siste regresjonsmodellen er den avhengige variabelen om generell helsetilstand byttet ut med den additive indeksen ”diagnostiserte sykdommer”, som inneholder de tre valgte sykdomsforholdene. Samtlige forklarings- og bakgrunnsvariabler er her inkludert, ekskludert samspillet. Årsaken til denne oppdelingen av modellene er at man stegvis utvider modellen, fra kun barndomsforhold og demografiske variabler, til sykdomsforhold, og deretter samspill, for å få en god innsikt i hvordan modellen og den avhengige variabelen helse, blir endret. De sentrale forklaringsvariablene økonomisk vanskelig situasjon under oppveksten, konflikt i familien og om foreldrene bodde sammen under oppveksten, er med i alle modeller, da det er ønskelig å se hvordan disse blir påvirket ved å inkludere de andre variablene.

### **5.3 Feilkilder, reliabilitet og validitet**

*Reliabilitet* handler om hvorvidt det er stabilitet i de målingene som gjøres (Svartdal 2014). Hvis man spør en respondent om hvordan den generelle helsetilstanden er, er svaret reliabelt hvis det er det samme svaret om man stiller spørsmålet igjen, rett etter man har spurt første gang. Varieres målingene, eller svarene, etter hver gang under samme forhold som sist gang, er målet lite reliabelt. *Validitet* betyr gyldighet og handler om hvorvidt operasjonaliseringen av begrepene og mer generelt om undersøkelsens prosess, er gyldig og nøyaktig, i forhold til det man skal undersøke (Ibid.). Har man spørsmål som er lite tydelige, kan dette gå utover begrepsvaliditeten. Validitet handler om ulike aspekter ved det generelle spørsmålet ”har forskningen gitt et korrekt svar på spørsmålet?” (Skog 2013: 89). Hvis det ikke har gitt korrekte svar, er validiteten lav, og det blir da feilkilder i undersøkelsen.

#### **5.3.1 Helsebegrepet**

Den avhengige variabelen helse, handler om *selvopplevd generell helsetilstand*. Dermed kan definisjonen av begrepet være annerledes for de ulike respondentene. Det kan på denne måten være usikkerhet om man måler det teoretiske begrepet som ønskes, og dette kan påvirke validiteten (Ringdal 2009). Hvis begrepsvaliditeten er lav kan også reliabiliteten bli påvirket, der en test- retest, kunne gitt andre svar enn

det man først fikk (Ibid.). Dette kan eksemplifiseres gjennom et eksempel. Hvis noen intervjuobjekter har influensa den dagen de svarer, kan svaret på spørsmålet om helsetilstanden påvirkes, selv om det spørres om den *generelle* helsetilstanden. Noen kan svare på spørsmålet ut fra dagsformen istedenfor, og dermed legger de en annen betydning til helsebegrepet enn det som er ment. Til tross for at begrepsvaliditeten på begrepet ”helse” kan være lav, anses likevel de subjektive meningene om selvpoplevd helsen som svært sentral og viktig i denne oppgaven. I tillegg dekker det teoretiske begrepet ”helse” ifølge definisjonen fra Verdens helseorganisasjon både den psykiske, fysiske og sosiale velværet, og derfor vil respondentenes tolkninger av definisjonen betraktes som valide. Jeg vurderer derfor begrepsvaliditeten, at man faktisk måler den generelle helsetilstanden til respondentene, som god (Ibid.). I tillegg sjekkes det også for andre sykdomstilfeller slik som hjerteproblemer, blodtrykk og diabetes. Dermed får man et bedre bilde over sykdomssituasjonen, og studien blir mer reliabel.

### **5.3.2 Barndomsforhold**

Istedenfor å spørre om hva inntekten var under oppveksten, og hvordan den er i dag, blir det ansett som et bedre mål og spørsmål å heller spørre om hvordan den økonomiske situasjonen var under oppveksten. På denne måten vil man kunne fange den relative selvpoplevde økonomiske situasjonen, og gjerne få flere pålitelige svar, enn om man spør om inntektsnivået. Ved at det påpekes i spørreskjemaet at det er snakk om ”*alvorlig* vanskelig økonomisk situasjon”, vil dette gjøre spørsmålet mer reliabelt og valid. Det samme gjelder konflikt i familien, da det også her påpekes at det handler om ”*seriøse* konflikter” der enten psykisk eller fysisk vold er brukt (European Social Survey 2014). Målet er å få fremhevet at begrepet skal dekke alle former for konflikter i familien. Ved å forklare grundig hva som menes med spørsmålet i studien, vil respondentene være mer bevisst på hva de svarer på, og studien blir mer reliabel og valid.

Det blir i spørsmålet om man har bodd med begge foreldre, antatt at det handler om de biologiske foreldrene, da det spørres om man enten har bodd med ”begge foreldrene” eller ikke. Det skal påpekes at noen respondenter kan betrakte en

steforelder og en biologisk forelder som ”begge foreldre”. På denne måten kan det være at begrepsvaliditeten rundt begrepet ”forelder”, blir påvirket. Det betraktes derimot som lite problematisk at det ikke er utdypet i spørreundersøkelsen, om det gjelder biologiske foreldre, eller steforeldre, da spørsmålet sikter mer på om man har vokst opp med to foreldreroller, eller ikke, og på denne måten skal ikke spørsmålet være et problem. Det vil også tenkes at andelen som inkluderer steforeldre under begrepet ”begge foreldre”, gjelder en mindre del av utvalget, og ikke vil ha stor påvirkningskraft på resultatene. Når man har med de andre variablene rundt oppvekstvilkårene vil dette gjøre studien mer valid.

Spørsmålene om barndomsforholdene har et retrospektiv design, da det spørres om forhold som har skjedd før i tiden (Christensen 2008). Dette kan føre til større sjanser for at intervjuobjektene husker feil (Ringdal 2009). Det er vanskeligere å huske på forhold som er langt tilbake i tid, men spørsmålene er viktig for å øke kunnskapen om eventuelle sammenhenger mellom oppvekst og helse. Det blir antatt at flertallet av respondentene svarer korrekt utfra det de husker. Å stille spørsmål rundt flere barndomsforhold vil øke reliabiliteten og validiteten til analysen, og spørsmålene anses som gode indikatorer på hvordan forholdene rundt oppveksten har vært.

### **5.3.3 Bakgrunnsvariabler: demografiske variabler**

Både kjønn, alder, utdanning og hvilket land man bor i, er egenskaper som er direkte målbart, og begrepsvaliditeten betraktes derfor som god. Videre anses reliabiliteten på disse fire variablene som høy. At det er et såpass likt forhold mellom antall observasjoner i Portugal og England, gjør også undersøkelsen mer valid. Da kan man undersøke om det er sammenhenger mellom helse og oppvekstvilkår på like premisser.

Derimot kan målefeil alltid oppstå i en kvantitativ undersøkelse, for eksempel fordi den som noterer kan notere feil, og det kan oppstå feil under dataregistreringen (Ringdal 2009). Et eksempel er ved omkodingen av de dikotome variablene, som kjønn og land, til dummykoding. For å unngå dette er det blitt kontrollert og sammenlignet gamle kodinger med de nye kodingene. Er det mange tilfeldige

målefeil kan dette gå utover reliabiliteten altså om ”gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat” (Ibid.: 86). Med systematiske målefeil vil dette kunne gå utover validiteten, altså om man faktisk måler det man skal måle (Ibid.). Det kan for eksempel tenkes at noen respondenter ikke svarer på den generelle helsetilstanden sin, men heller om hvordan helsen er på det tidspunktet spørreundersøkelsen tar sted. Er personen syk vil dette som nevnt kunne påvirke svaret, og en test- retest av samme utvalgt, vil kunne gi forskjellig svar enn den første undersøkelsen.

#### **5.3.4 Kontrollvariabler: sykdomsforhold**

De uavhengige variablene om ulike sykdomsforhold anses å ha høy validitet, da det er lettere for respondentene å huske om sykdommene er blitt påvist eller ikke. Spørsmål rundt hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes, vil være med på å gjøre studien mer reliabel, der en test- retest av samme utvalg kort tid etterpå, hadde stort sett gitt samme svar som ved første spørreundersøkelse (Ringdal 2009). Derimot kan det være noen pasienter som lider av disse sykdommene, men som ikke har fått stilt en diagnose. Her vil det derfor være fare for målefeil. Antall respondenter dette gjelder anses derimot som begrenset, og behandles derfor som lite problematisk.

For å unngå metodeproblemer og for å få testet og kontrollert at det blir samme resultatet, er regresjonsanalysene utført flere ganger. Flere gjennomførte statistiske tester, slik som korrelasjonstester og Cooks D- test, er også med på å gjøre studien mer valid og reliabel. Testene er utdypet i kapittelet 6.5: Reliabilitet og validitet: statistiske tester.

#### **5.4 Oppsummering**

Med pilotundersøkelsen fra European Social Survey (Eikemo, Mackenbach, Bambra, Lundberg, Huijts 2012), kan denne føre til innblikk i hvordan ulike oppvekstvilkår kan ha sammenheng med helsetilstanden når man har blitt voksen. Gjennom bruk av logistisk regresjon vil det bli undersøkt om hvor sterk sammenhengen mellom oppvekstvilkår og helsetilstanden i senere livsløp er.

Selv om definisjonen av begrepet helse kan variere hos noen respondenter, antas det at de fleste respondentene svarer på spørsmålet om hvordan deres generelle helsetilstand er, og ikke kun på dagsformen. Derfor antas spørsmålet som valid og reliabel. Spørsmålene om konflikt i familien og om man har bodd med begge foreldrene under oppveksten, som begge har et retrospektivt design, kan påvirke resultatene hvis respondentene husker feil. Men det er konkrete spørsmål, og flertallet av respondentene vil sannsynligvis huske svaret, og derfor betraktes spørsmålene også her som reliable og valide. Det samme gjelder de fire bakgrunnsvariablene kjønn, alder, utdanning og land. Det antas derfor at det vil være minimal påvirkning av eventuelle feilkilder, selv om det er tatt i bruk retrospektivt design. Det som kan tenkes å påvirke resultatet med tanke på sykdomsforhold, er om respondentene ikke har fått diagnosen, men samtidig har sykdommen. Dette vil dermed gi feilaktige svar. Dette tenkes derimot å gjelde såpass få respondenter, at det vil ha lite å si for undersøkelsen. De metodiske utfordringene som ovenfor nevnt vil derfor anses som lite problematisk i denne studien.

## 6. Logistisk regresjonsanalyse

I den første modellen er oppvekstvilkårene økonomisk situasjon, konflikt i familien og om boforholdene mellom foreldrene under oppveksten inkludert, samt bakgrunnsvariablene kjønn, alder, antall år med utdanning og land. I andre modell er det i tillegg til barndomsforholdene og demografiske variabler, tatt med de tre sykdomsforholdene. I den tredje modellen vil samtlige variabler, med samspillsledd, bli inkludert. Samspillsleddet gjelder samspill mellom økonomisk situasjon og konflikt. I den fjerde modellen vil alle variabler fra den andre modellen være med, men den avhengige variabelen ”generell helsetilstand” byttes ut med en additiv indeks, der de tre sykdomsforholdene hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes, er slått sammen til én variabel. Før analysene ble utført ble det gjort mange statistiske tester for å få testet om variablene og modellene kunne brukes i de logistiske regresjonsanalysene. Jeg vil derfor først gjøre rede for de statistiske testene som er utført, for deretter å presentere modellene og resultatene fra analysene.

### 6.1 Reliabilitet og validitet: statistiske tester

For å få testet om den logistiske kurven gir en riktig beskrivelse, slik den fremkommer i virkeligheten, ble kjikvadratet sett på, gjennom en Goodnes- of- fit test. Denne undersøker om ”en observert utvalgsfordeling stemmer overens med en teoretisk forventet fordeling” (Skog 2013: 193). Kjikvadrattester krever ofte store utvalg (Tuft 2000). Her er Hosmer og Lemeshow brukt, da denne ikke krever like stort utvalg som andre kjikvadrattester, for å se om kurven er logistisk (Ibid.). Først ble sammenhengen mellom helse og de tre barndomsforholdene testet for, som viste at kurven kan kalles for logistisk, ettersom signifikansnivå var på 0,253 og nullhypotesen om at regresjonskurven er logistisk, ikke trengs å forkastes. Med kjikvadrat på 8,99 blir modellen også vurdert som god. Etter den første testen, ble resten av variablene inkludert, som viste samme tendens om at kurven er logistisk. Her er kjikvadratet på 6,71 og signifikansnivået på 0,569. Hele modellen, med samtlige variabler, er også blitt testet for innflytelsesrike enheter gjennom Cooks D. Ved å kjøre en analyse uten de som har høyest Cooks D, viste dette seg å svekke noe av forklaringskraften til modellen. Samtlige enheter er derfor inkludert i modellen. Enkeltvariabler har også blitt testet gjennom DFBeta, for å heller se på

enkeltvariablers påvirkning, i motsetning til hele modellen som i Cooks D. DFBeta ”vurderer hvordan en helningskoeffisient endrer seg når en enhet blir utelatt” (Midtbø 2012: 118). Samtlige av variablene holdt seg under tommelfingerregelen på at det ikke skal være større enn 1 (Ibid.), og derfor er samtlige enheter beholdt.

Det er også utført korrelasjonstest, ved å bruke Pearsons R. Denne kalles også for korrelasjonskoeffisienten, og kan brukes til å studere korrelasjonene mellom variablene (Midtbø 2012). Regelen er at jo nærmere Pearsons R ligger  $-1$  eller  $+1$ , dess sterkere er korrelasjonen. Ved å se på Pearsons R for samtlige av variablene, viste denne at variablene økonomisk vanskelighet, kvinne, alder, konflikter, foreldre, hjerteproblemer, blodtrykk og diabetes korrelerer negativt med helsetilstand, mens utdanning og England har positiv korrelasjon. Den statistiske signifikansen er også kontrollert for, der samtlige er signifikante, og det er dermed en statistisk sammenheng mellom de uavhengige variablene og den avhengige variabelen (Ringdal 2008).

## **6.2 Helse og barndomsforhold**

I logistisk regresjonsanalyse er det dikotom variabel som brukes som avhengig variabel. Derfor er helsevariabelen omkodet til en dummyvariabel, der svaralternativene 1, 2 og 3 er ”ikke god helse” (0), og 4 og 5 er ”god helse” (1). Det er til sammen 454 respondenter som har svart at de har god helse, mens 332 har svart at de ikke har god helse. Før omkodingen til dummyvariabel viser en oversikt over svarandelen at det var 316 personer som hadde svart god helse (2), og 138 personer som svarte at de hadde svært god helse (1). Kategori 1, 2 og 3 har naturligvis de resterende på 332 respondenter.

De uavhengige variablene er i den første modellen økonomisk vanskelig situasjon, konflikt i familien, boforhold mellom foreldrene, kjønn med kvinne som referansekategori, alder, utdanning og land med England som referansekategori. Signifikansnivået er satt til 0,05-nivå, som vil si at det skal være mindre enn 5 prosent sjanse for at vi ikke forkaster riktig nullhypotese (Skog 2013)



### Modell 1. Logistisk regresjonsmodell av helse og oppvekstvilkår<sup>2</sup>

Variabel	B	SE <sub>B</sub>	OR	Sig.
Økonomisk vanskelig (1=aldri,5=alltid)	-0,20	0,07	0,82	< 0,008
Konflikter (1=aldri, 5=alltid)	-0,18	0,08	0,83	< 0,028
Foreldre (1=ja, 0=nei)	-0,24	0,24	0,79	0,316
Kvinne (1=kvinne, 0=mann)	-0,53	0,17	0,59	< 0,001
Alder (antall år)	-0,04	0,01	0,96	< 0,001
Utdanning (antall år)	0,07	0,02	1,07	< 0,003
England (1=England,0=Portugal)	0,70	0,22	2,02	< 0,001
(Konstantledd)	2,58	0,45	13,18	< 0,001
Pseudo R <sup>2</sup>	0,187			
- 2LL	-435,42			
N=	786			

<sup>2</sup> Avhengig variabel er helse og de uavhengige variablene er økonomisk situasjon, konfliktnivå i familien og om foreldrene bodde sammen, kjønn, der kvinne er referansekategorien, alder talt i antall år, antall år med utdanning og land, der England er referansekategorien.

Verdien på Pseudo R<sup>2</sup> er på 0,187, mens -2LL er på - 435,42. Fortegnet på B-koeffisienten til økonomisk vanskelig situasjon under oppveksten, konflikter i familien, foreldre som bodde sammen under oppveksten, samt kvinne og alder har negative fortegn. Samtlige er statistisk signifikante, bortsett fra variabelen om begge foreldrene har bodd sammen. De koeffisientene som har positivt fortegn er utdanning og England. Dette er også signifikant.

Oddsratioen for økonomisk vanskelighet er 0,82. Oddsene blir derfor – 18 (100(0,82-1)). For konflikt i familien er oddsene - 17. Om foreldrene bodde sammen var ikke statistisk signifikant. Gjennom margins vises det at en gjennomsnittsperson fra utvalget vil ha en predikert sannsynlighet til å svare ”god helse”, til 59,3 prosent. Om den derimot ”alltid” har opplevd økonomiske vanskeligheter under oppveksten, vil den predikerte sannsynligheten på at personen svarer at den har god helse, være på 47,9 prosent. Om den ”aldri” hadde opplevd økonomiske vanskeligheter, ville

respondenten hatt en predikert verdi på å svare at den hadde god helse på 66,8 prosent. Om personen i tillegg ”alltid” har opplevd konflikter under oppveksten er margins på 34,7, mot 70,7 prosent om de verken har opplevd vanskelig økonomisk situasjon eller konflikter.

### 6.3 Helse, barndomsforhold og sykdomsforhold

I tillegg til de ulike barndomsforhold og demografiske variablene fra første modell, vil de ulike sykdomsforholdene hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes bli inkludert i den andre modellen.

#### Modell 2. Logistisk regresjonsmodell av helse, oppvekstvilkår og sykdomsforhold<sup>3</sup>

Variabel	B	SE <sub>B</sub>	OR	Sig.
Økonomisk vanskelig (1=aldri, 5=alltid)	-0,19	0,08	0,83	< 0,012
Konflikter (1=aldri, 5=alltid)	-0,19	0,08	0,83	< 0,026
Foreldre (1=ja, 0=nei)	-0,21	0,25	0,81	0,396
Kvinne (1=kvinne, 0=mann)	-0,56	0,17	0,57	< 0,001
Alder (antall år)	-0,04	0,01	0,96	< 0,001
Utdanning (antall år)	0,07	0,02	1,07	< 0,003
England (1=England,0=Portugal)	0,71	0,22	2,04	< 0,001
Hjerte (1=ja,0=nei)	-0,61	0,41	0,54	0,137
Blodtrykk (1=ja,0=nei)	-0,83	0,30	0,44	< 0,005
Diabetes (1=ja,0=nei)	-0,96	0,53	0,38	0,069
(Konstantledd)	2,54	0,45	12,73	< 0,001
Pseudo R <sup>2</sup>	0,204			
- 2LL	-425,99			
N=	786			

<sup>3</sup> Avhengig variabel er helse og de uavhengige variablene er økonomisk vanskelig situasjon, opplevd konflikter i familien under oppveksten, om man har vokst opp med at begge foreldre bodde sammen, kjønn, der kvinne er referanse kategorien, alder talt i antall år, antall år med utdanning og land, der England er referanse kategorien. Variablene rundt sykdomsforholdene er om man har hatt hjerteproblemer, høyt blodtrykk eller diabetes siden man fylte 16 år.

Verdien på Pseudo  $R^2$  er gått fra 0,187 i første modell til 0,204. I den andre modellen er også verdien på -2LL mindre, fra - 435,42 i første modell til -425,99. Økonomisk vanskelig situasjon, konflikter i familien, kvinne og alder har fortsatt negative fortegn, og dette er statistisk signifikant. Høyt blodtrykk har også negativt fortegn, og er samtidig signifikant. Videre har variablene om foreldre bodde sammen, hjerteproblemer og diabetes negative fortegn, men dette er derimot ikke signifikant. De koeffisientene som har positivt fortegn er utdanning og England. Dette er også signifikant slik som i første modell.

Oddsratio på den økonomiske vanskelige situasjonen er 0,83, og oddsen blir dermed - 17 ( $100(0,83-1)$ ). Det er den samme oddsen om man har opplevd mye konflikt blant foreldrene i oppveksten. Tolkningen av sannsynlighetsskalaen viser det samme som i første modell, der en person som ”alltid” har opplevd konflikt i familien, og ”alltid” opplevd økonomisk vanskelig situasjon har en predikert sannsynlighet på at den svarer god helse på 34,7 prosent. Om en aldri har opplevd dette, vil den derimot ha en predikert sannsynlighet på 70 prosent. En gjennomsnittsperson vil ha 59 prosent predikert sannsynlighet for å svare at han eller hun har god helse.

#### **6.4 Helse, økonomisk vanskelig situasjon og konflikter i familien**

De uavhengige variablene er i den tredje modellen de samme som den andre modellen, men med samspillseffekt av økonomisk vanskelighet og konflikt i familien. Modellen er å finne på neste side.

**Modell 3. Logistisk regresjonsmodell med samspill <sup>4</sup>**

Variabel	B	SE <sub>B</sub>	OR	Sig.
Økonomisk vanskelig (1=aldri,5=alltid)	-0,11	0,14	0,89	0,414
Konflikter (1=aldri, 5=alltid)	-0,07	0,19	0,93	0,711
Foreldre (1=ja, 0=nei)	-0,21	0,25	0,81	0,396
Kvinne (1=kvinne, 0=mann)	-0,54	0,17	0,58	< 0,001
Alder (antall år)	-0,04	0,01	0,96	< 0,001
Utdanning (antall år)	0,07	0,02	1,07	< 0,003
England (1=England,0=Portugal)	0,71	0,22	2,03	< 0,001
Hjerte (1=ja, 0=nei)	-0,63	0,41	0,53	0,127
Blodtrykk (1=ja, 0=nei)	-0,83	0,30	0,43	< 0,005
Diabetes (1=ja, 0=nei)	-0,94	0,53	0,39	0,075
Økonomisk vanskelig*Konflikter	-0,04	0,06	0,96	0,508
(Konstantledd)	2,32	0,57	10,15	< 0,001
Pseudo R <sup>2</sup>	0,205			
- 2LL	-425,77			
N=	786			

<sup>4</sup> Avhengig variabel er helse og de uavhengige variablene er økonomisk vanskelig situasjon, opplevd konflikter i familien under oppveksten, om man har vokst opp med at begge foreldre bodde sammen, kjønn, der kvinne er referanse kategorien, alder talt i antall år, antall år med utdanning og land, der England er referanse kategorien. Variablene rundt sykdomsforholdene er om man har hatt hjerteproblemer, høyt blodtrykk eller diabetes siden man fylte 16 år. I tillegg er det samspillsledd mellom konflikt i familien og økonomisk vanskelig situasjon under oppveksten.

Den utvidete modellen har endret seg minimalt. -2LL har gått fra - 425,99 til - 425,77, og Pseudo R<sup>2</sup> har gått fra 0,204 til 0,205. I den tredje modellen er samtlige av fortegnene de samme som foregående modeller, men det statistiske signifikansnivået er endret. Ingen av de barndomsforholdene som tidligere var statistisk signifikante, er det lenger. Dette forandret seg da samspillsleddet mellom økonomisk vanskelig situasjon og konflikt i familien ble inkludert i modellen.

Ellers er det de samme resultatene fra andre modellen, der kvinne, alder, høyt blodtrykk, hjerteproblemer og diabetes har negative fortegn, mens det kun er de tre første variablene som er statistisk signifikant. Utdanning og England er fortsatt positiv og signifikant.

### **6.5 Diagnostiserte sykdommer og barndomsforhold**

I den fjerde modellen er den avhengige variabelen byttet ut med en additiv indeks, der man istedenfor å spørre om den generelle helsetilstanden, spør om de konkrete sykdomsforholdene hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes. Den additive indeksen samler de tre variablene, og det ble laget en dummyvariabel, der man (1) enten har eller har hatt en eller flere av de nevnte sykdommene, eller (0) ikke har eller har hatt disse sykdommene. Det var 118 personer som har hatt én eller flere av sykdommene, mens 668 har aldri fått påvist dette.

Ved å både se på den generelle helsetilstanden, og på konkrete sykdomshistorier, med tre spesifikke sykdommer som utgangspunkt vil studien bli mer reliabel, da man også får testet om hvorvidt det er en sammenheng mellom tre spesifikke sykdomstilfeller og oppvekstvilkår. Den nye variabelen kalles ”diagnostiserte sykdommer”. De andre variablene er som i første modell, økonomisk situasjon, konflikt i familien, boforhold mellom foreldrene, kjønn, alder, utdanning og land. Modellen er å finne på neste side.

**Modell 4. Logistisk regresjonsmodell av diagnostiserte sykdommer og oppvekstvilkår<sup>5</sup>**

Variabel	B	SE <sub>B</sub>	OR	Sig.
Økonomisk vanskelig (1=aldri,5=alltid)	-0,01	0,09	1,00	0,998
Konflikter (1=aldri, 5=alltid)	0,03	0,10	1,03	0,733
Foreldre (1=ja, 0=nei)	-0,26	0,27	1,30	0,337
Kvinne (1=kvinne, 0=mann)	-0,23	0,21	0,80	0,272
Alder (antall år)	0,03	0,01	1,03	< 0,001
Utdanning (antall år)	-0,01	0,03	0,99	0,753
England (1=England,0=Portugal)	-0,02	0,28	0,98	0,946
(Konstantledd)	-3,38	0,57	0,03	< 0,001
Pseudo R <sup>2</sup>	0,06			
- 2LL	-312,28			
N=	786			

<sup>5</sup>Avhengig variabel er diagnostiserte sykdommer og de uavhengige variablene er økonomisk situasjon, konfliktnivå i familien og om foreldrene bodde sammen, kjønn, der kvinne er referanse kategorien, alder talt i antall år, antall år med utdanning og land, der England er referanse kategorien.

Pseudo R<sup>2</sup> er på 0,06, mens -2LL er på -312,28, der sistnevnte verdi ikke er sammenlignbart med de andre modellene, da den avhengige variabelen er ny. Modellen viser at det kun er variabelen alder som er statistisk signifikant.

**6.6 Hypoteser**

I studien er det både formulert hypoteser basert på tidligere forskning, samt alternative hypoteser basert på andre tenkelige utfall. Ut fra de foregående resultatene vil det derfor pekes på hvilken hypoteser som er riktige. Utgangspunktet er den andre modellen, da denne modellen anses å være best, basert på flest variabler som var statistisk signifikant. I tillegg hadde den relativt høy forklaringskraft basert på Pseudo R<sup>2</sup> og -2LL. Resultatene og hypotesenes utfall vil drøftes mer inngående i kapittel 7. Diskusjon: helse og oppvekstvilkår.

Ifølge den andre modellen er hypotese 1a) om økonomisk vanskelig situasjon riktig, og den alternative hypotesen blir derfor forkastet.

*1a) Jo vanskeligere økonomisk situasjon man har vokst opp i, dess dårligere helse har man i voksen alder.*

Angående hypotesen om konflikter i familien, er hypotese 2a) den som kan bekreftes som den riktige.

*2a) Et konfliktfylt familieforhold under oppveksten vil være negativt for helsen i senere livsløp.*

Det så ut til at den alternative hypotesen 3b) *De som ikke bodde med begge foreldre under oppveksten, har bedre helse enn de som har bodd med begge sine foreldre*, var riktig, men dette var ikke statistisk signifikant, og påstanden kan derfor ikke generaliseres.

## **6.7 Oppsummering**

Gjennom logistiske regresjonsanalyser har det vist seg at økonomisk vanskelig situasjon under oppveksten og konflikt i familien har en sammenheng med en forverret helsetilstand i senere livsløp. I den første og andre modellen kom det frem at det kun er rundt 35 prosent sjanse for at en respondent som alltid har opplevd en økonomisk vanskelig situasjon og alltid opplevd seriøse konflikter i familien, vil svare at han eller hun har god helse. En som aldri har opplevd dette vil derimot ha en odds på å svare at helsen er god på nærmere 70 prosent. Det er derfor store forskjeller i predikert helsetilstand på de som alltid har opplevd økonomisk vanskelig situasjon og konflikter i familien, sammenlignet med de som ikke har det.

Den andre modellen betraktes som den beste modellen, da den har bedre forklaringskraft enn den første modellen, og har flest variabler som er statistisk signifikant. Den tredje modellen, med samspillsledd, gjorde minimale endringer med

forklaringskraften, og viste derimot at flere variabler ble ikke- statistisk signifikante. Blant annet var samspillsleddet mellom konflikt i familien og økonomisk vanskelighet, ikke statistisk signifikant, så de to variablene må tolkes hver for seg. Heller ikke konfliktnivået blant foreldrene, eller om foreldrene bodde sammen under oppvekst, ga statistisk signifikante verdier i den tredje modellen. I den andre modellen er derimot sammenhengen mellom helsetilstand, økonomisk vanskelig situasjon og konfliktnivået i familien, signifikant. Dette viser at det er noen sammenhenger mellom barndomsforhold og helsen senere i livet, slik som konfliktnivå og økonomisk situasjon, mens andre barndomsforhold, som om foreldrene bodde sammen eller ei, ikke nødvendigvis har betydning for helsetilstanden.



## 7. Diskusjon: Helse og oppvekstvilkår

### 7.1 Oppvekstvilkår og helse

Utgangspunktet i denne studien har vært å se på hvordan ulike forhold i oppveksten kan ha en sammenheng med helsen i senere livsløp. Hva gjelder oppvekstvilkårene har fokuset vært på økonomisk vanskelig situasjon, konflikt i familien og boforhold mellom foreldrene under oppveksten. De tre barndomsforholdene kan tenkes å ha en sammenheng med hverandre, der eksempelvis en vanskelig økonomisk situasjon kan føre til høyere forekomst av konflikt i familien, som igjen kan føre til at foreldrene velger å ikke bo sammen. Samtlige av barndomsforholdene anses dermed som svært sentrale i studien. Problemstillingen er følgende:

*Barndomsforhold og helse i voksen alder. Er det en sammenheng?*

#### 7.1.1 Økonomisk situasjon og helse

Spørsmålet som respondentene skulle besvare var om de noen gang hadde opplevd seriøse økonomiske vanskeligheter under oppveksten eller ikke. Den første modellen som kun inneholdt demografiske variabler, sammen med barndomsforholdene, viste at økonomisk vanskelig situasjon under oppveksten, konflikter i familien, foreldre som bodde sammen under oppveksten, samt det å være kvinne og ha høyere alder, hadde negative fortegn på B-koeffisienten. Dette betyr at de har en negativ tilknytning med helsetilstanden. Samtlige av variablene var statistisk signifikante, bortsett fra variabelen om begge foreldrene har bodd sammen. På sistnevnte variabel kan man derfor ikke generalisere påstanden om at man får mindre sannsynlighet for å ha god helse i senere livsløp om foreldrene *ikke* har bodd under samme tak under oppveksten. De koeffisientene som har positivt fortegn er utdanning og land. Dette er også signifikant, og man kan derfor generalisere påstanden om at flere år med utdanning, og om man kommer fra England, vil virke positivt på helsetilstanden. Dette var det samme som den andre og tredje modellen viste.

Pseudo  $R^2$  er et estimat på hvor mye som forklares i modellen, og denne bygger på log-likelihood (-2LL) (Skog 2013). Størrelsen på -2LL kan sees på som et mål på

hvor godt regresjonsmodellen beskriver datasettet (Ibid.). Jo nærmere null verdien er, dess bedre er modellen. Verdien forklarer mer når den sammenlignes med  $-2LL$  i den utvidete modellen. Siden  $-2LL$  er noe nærmere null enn den første modellen, regnes den andre modellen som bedre enn den første. Endringen i verdien på  $-2LL$  gikk fra  $-435,42$  i første modell til  $-425,99$  i andre modellen, mens endringen i Pseudo  $R^2$  gikk fra  $0,187$  i første modell, til  $0,204$ . Når den andre modellen også sammenlignes med de andre modellene, anses den som den beste, da forklaringskraften er god og den har flest statistisk signifikante variabler. Videre viste den andre modellen at oddsen for økonomisk vanskelighet var på 17 prosent, noe som vil si at for hvert nivå ned man går på den økonomiske vanskelige situasjonen, vil det være 17 prosent lavere odds for å svare at man har god helse.

Gjennom tolkning av sannsynlighetsskalaen viste den første modellen at gjennomsnittsperson fra utvalget vil ha en predikert sannsynlighet på at den svarer god helse, til 59 prosent. Om en derimot "alltid" har opplevd økonomiske vanskeligheter under oppveksten, vil den predikerte sannsynligheten på at personen svarer at den har god helse i dag, være på 47,9 prosent. Om den "aldri" hadde opplevd økonomiske vanskeligheter, ville respondenten hatt en predikert verdi på å svare at den hadde god helse på 66,8 prosent. Med en differanse på 18,9 prosent, viser dette at de som har opplevd økonomisk vanskelig situasjon under oppveksten, har betydelig større sannsynlighet for å ha verre helse i senere livsløp, sammenlignet med de som ikke har opplevd dette. Disse resultatene underbygges også av tidligere forskning.

Tidligere forskning har som resultatene i denne studien, vist en sammenheng mellom den økonomiske situasjon man befinner seg i og betydning for den helsetilstanden man har. Eksempelvis skriver Folkehelseinstituttet (2014) at "Sosioøkonomisk status og helse har en sammenheng". De med høyere status har generelt sett bedre helse, enn de som har lavere sosioøkonomisk status. Dette er i tillegg dokumentert i alle vestlige land (Ibid.). Forsker og psykolog Tormod Bøe med flere, fant videre at denne sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og helsetilstanden også kunne finnes hos barn og unge. Jo lavere økonomi og utdanning foreldrene hadde, dess

verre var den psykiske helsetilstanden for barnet. Det ble oftere påvist atferdsvansker og andre psykiske vansker som hyperaktivitet og følelsesmessige problemer, i de tilfellene der familien har en selvopplevd vanskelig økonomi, og foreldrene har lavere utdanning (Ibid.). Atferdsproblemer og emosjonelle problemer kan videre tenkes å gå utover både den fysiske, psykiske og sosiale aspektet ved helsebegrepet.

Det er påvist i rapporten ”barn og unge i familier med langvarig økonomisk sosialhjelp”, hvordan foreldrenes økonomiske situasjon gir følger til barnet, som for eksempel for helsetilstanden til barnet (Hjelmtveit 2004). Mer enn halvparten av barn og unge som befant seg i gruppen som var i familier som mottok langvarig økonomisk sosialhjelp, hadde ifølge rapporten en egen sykdomshistorie. Dette indikerer at foreldrenes økonomiske situasjon kan innvirke på barnets helsetilstand. Dette kan blant annet forklares med at barnet både har en livsstil som er preget av et høyere nivå av risikoatferd, samt mindre beskyttende atferd (Torsheim, Leversen og Samdal 2007). Dette underbygger de resultatene som viste seg i analysen om at den økonomiske situasjonen under oppveksten også har betydning for helsetilstanden senere livsløp, og at den livsstilen barnet vokser opp i, kan gi helsemessige følger når barnet er eldre.

At det er en sammenheng mellom den økonomiske konteksten i barndommen og helsetilstanden i senere livsløp, kan også tolkes gjennom den endringen som er gjort gjennom tidene av definisjonen av helsebegrepet. Forskere så opprinnelig på helse som noe biologisk eller genetisk, men etter hvert ble det større indikasjoner på at dette ikke var nok til å kunne forklare store ulikheter i helse blant mennesker (Huijts 2011). I løpet av den andre halvdel av det 20. århundre ble derfor sosiale faktorer i større grad vektlagt, da man så at det var store forskjeller i helsetilstanden blant ulike sosiale grupper. I denne studien er det nettopp undersøkt om det er en sammenheng mellom sosiale faktorer og helsetilstanden i senere livsløp, og resultatene bekrefter hvordan den sosiale og økonomiske konteksten har betydning for helsetilstanden, og at forholdene i barndommen kan gi helsemessige følger senere i livet.

Ifølge livsløpsperspektivet vil oppvekstvilkår gi følger til senere i livet, der man i ulike faser vil kunne få både belastninger og muligheter som hoper seg opp (Elstad og Barstad 2008). Et slikt perspektiv ser på hvordan faser og overganger i livet relaterer seg til hverandre, og hvordan forhold under oppveksten kan gi følger til forhold i voksen alder (Tretteteig og Thorsen 2011). Resultatene fra de logistiske regresjonsmodellene viser en slik sammenheng, der de som har opplevd økonomisk vanskelig situasjon under oppveksten vil ha mindre sannsynligheter for å svare at de har god helse, enn de som ikke har opplevd dette. I forbindelse med økonomisk situasjon og helsetilstand i senere livsløp, blir dette i hovedsak sett på som akkumulerte byrder, altså langvarige eller flere uheldige omstendigheter, som gir følger i senere livsløp (Veenstra, Lima og Daatland 2009). Det er som livsløpsperspektivet vektlegger: enten vil belastningene eller mulighetene samle seg opp, avhengig av mengden på ressurser man har tilgang på.

Kontekstualismen kan også brukes til å forklare hvordan den økonomiske og sosiale situasjonen som mennesket befinner seg i, påvirker helsen. Forklaringen har mange likheter med Link og Phelan sin teori om ressurser, der menneskets tilgang på penger, gode bo- og arbeidsforhold og sosiale nettverk vil påvirke hvilken valgmuligheter man har, og dermed hvordan helsetilstanden er. Den situasjonen som aktører er i, legger føringer på individuelle valg og handlinger, som enten gir gode muligheter, eller begrenser disse. De med stram økonomi vil ha føringer som strammer inn mulighetene til ulike valgalternativer. Ofte kan medlemmer i en familie gjøre lite med de begrensningene som en familie har. Foreldrenes muligheter og begrensninger vil innvirke på barnet, og på denne måten kan livssituasjonen til barnet gi både positive og negative følger for helsen senere i livet. At den økonomiske konteksten i oppveksten vil kunne ha en betydning i senere livsløp, understrekes ved resultatene fra analysen, der en som alltid har opplevd vanskelig økonomisk situasjon under oppveksten hadde nærmere 19 prosent mindre sannsynlighet for å svare at han eller hun har god helse i dag, enn de som aldri opplevde dette.

Pierre Bourdieu forklarte de helsemessige forskjellene med hvor stor tilgang på kapital man har, og hvilken habitus man er vokst opp med (Martinussen 2008). Jo mindre kapital, dess mindre ressurser har man, og dette kan videre føre til færre muligheter til å leve en helsefremmende livsstil. På den andre siden vil besittelse av høy kapital kunne virke positivt på en helsefremmende livsstil, da mulighetene for å opprettholde dette er høyere enn om man har lite kapital og ressurser. På grunn av forskjellige sosiale og økonomiske bakgrunner vil mennesker i ulike sosiale klasser ha ulik habitus, eller vaner, og tilgang til kapital (Martinussen 2008). Jo mer kapital en har, jo sunnere og mer helsefremmende ser habitusen ut til å være (Martinussen 2008). Om man har hatt en helsefremmende habitus i oppveksten, er sannsynligheten større for å videreføre dette i senere livsløp. Det anses nemlig som at habitus har et *sosialt opphav* (Aakvaag 2009). Verdier fra foreldre blir overført fra foreldre til barn, og på denne måten opprettholdes ulikhetene, noe som forklarer hvorfor barnet til de foreldrene som er fattige, også har sin egen sykdomshistorie, i følge tidligere forskning (Hjelmtveit 2004).

Som Bourdieu påpeker er økonomisk kapital en svært viktig kapitalform som et menneske kan ha tilgang på (Martinussen 2008). Denne formen for kapital under oppveksten ser også ut til å ha stor betydning for helsetilstanden. En vanskeligere økonomisk situasjon kan føre til en usunn livsstil, som igjen kan virke inn på helsetilstanden og spesifikke sykdommer, som hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes (Tell og Klepp 2013). Personer med lav inntekt og sosial status, spiser mer hurtigmat enn de med høy inntekt og høy sosial status, noe som kan påvirke helsetilstanden negativt (Espnes og Smedslund 2001). I tillegg er det ulike røykevaner i de ulike sosioøkonomiske gruppene, der personer i lavere sosioøkonomiske grupper oftere røyker, sammenlignet med dem i de høyere gruppene (Folkehelseinstituttet 2014). Levekår, og hvordan de sosioøkonomiske forholdene under oppveksten er, har stor betydning for hvorvidt man opprettholder helsefremmende levevaner som fysisk aktivitet, sunt kosthold og begrenset, eller ingen bruk av tobakk og andre rusmidler (Folkehelseinstituttet 2014).

Folkehelseinstituttet (2014) rapporterer at mange har fått bedre helse i løpet av de siste 30 årene. Den økte helsegevinsten har derimot vært størst for de som allerede ble sett på å ha god helse, det vil si de med lang utdanning og inntekt. Dette betyr at det til tross for bedre folkehelse, fortsatt er ulikheter i helse på grunn av sosioøkonomiske forskjeller (Dahl, Bergsli og van der Wel 2014).

Fundamental årsaksteori forklarer sammenhengen mellom økonomisk situasjon under oppveksten og helsetilstand i senere livsløp, ved å peke på ulik tilgang hos ulike grupper til ressurser slik som penger, kunnskap, makt og sosiale nettverk (Chang og Lauderdale 2009). Som denne studien har vist, og som fundamental årsaksteori vektlegger, er penger en viktig ressurs, som kan brukes til å leve en helsefremmende livsstil, slik som medlemskap på treningssenter og sunn mat. I tillegg kan penger på et større plan føre til at man eksempelvis kan flytte til et bedre nabolag eller eventuelt skifte til en jobb som sliter mindre på helsen. Flere økonomiske ressurser skaper derfor flere muligheter til å gjøre endringer som gir positivt utslag på helsetilstanden. Færre økonomiske ressurser gjør det derimot vanskeligere å gjøre noe med sin egen tilværelse. Fundamental årsaksteori hevder at de med lavere sosioøkonomisk status uansett har mindre ressurser, slik som penger, kunnskap og sosiale nettverk, for å beskytte og forbedre helsen (Chang og Lauderdale 2009). De ressursene man har vokst opp med vil også kunne følge videre i voksenlivet, og på denne måten har fasene i livsløpet stor betydning for hvordan helsetilstanden vil være i voksen alder. Penger, kunnskap og sosiale nettverk går ofte i generasjoner (Martinussen 2008). Ofte gir høyere sosioøkonomisk status større sosiale nettverk, og derfor har de i sosiale grupper med høy sosioøkonomisk status og større sosiale nettverk, bedre sjanser for god helsetilstand. På denne måten vil ulikheter i helse reproduseres.

Ressurser er noe som blir til i barndommen, der den tilgangen familien har til ressurser vil påvirke barnet på ulike måter, både positivt og negativt. En høyere sosioøkonomisk status, gir flere ressurser til å skaffe og opprettholde en god helsetilstand. Ved å ta i bruk sine ressurser, slik som økonomisk kapital, kan man leve en helsefremmende livsstil og unngå sykdommer som hjerteproblemer, høyt

blodtrykk og diabetes. De som mangler ressurser vil derimot ha færre muligheter til å unngå sykdommene. Ifølge livsløpsperspektivet vil de ressursene en har i en tidlig fase, også prege deg i senere livsløp, noe som underbygges i denne studien og i tidligere forskning, da det var en sammenheng mellom økonomisk situasjon i oppveksten og helsetilstand i senere livsløp. Ifølge både teori, tidligere forskning og resultatene fra denne studien ser penger og en relativ god, selvopplevd økonomisk situasjon, ut til å være en svært sentral og betydningsfull ressurs for helsetilstanden, der de som har denne ressursen i større grad har rapportert om bedre helsetilstand.

### **7.1.2 Helse og konflikt i familien**

Livsløpsperspektivet ser det som en nødvendighet å ha kunnskap om menneskers livserfaringer, for å forstå ens livssituasjon i dag (Tretteteig og Thorsen 2011). Om noen derfor har dårlig helsetilstand, bør man se på fasene fra tidligere i livet, for å få forståelse for hvorfor helsen er som den er. Et av de forholdene som kan gi helsemessige konsekvenser, er konflikt i oppveksten. Folkehelseinstituttet viser i en rapport at de barna og ungdommene som opplever foreldrekonflikt har større risiko for å få psykiske helseplager, enn de som ikke har opplevd dette (Nilsen, Skipstein og Gustavson 2012). Foreldres konflikt kan altså tære på barnets helse. Et konfliktfylt familieforhold, eller eventuelt et konfliktfylt samlivsbrudd, kan føre til at barnet har det vanskelig, også i flere år i etterkant, og dette kan gå utover både den psykiske og fysiske helsen (Rød, Ekeland og Thuen 2008). Videre kan dette naturligvis gå ut over den sosiale velvære, som også er en del av helsebegrepet i følge Verdens helseorganisasjon (Nylenna og Braut 2014).

Resultatene fra den første analysen underbygger den tidligere forskningen om sammenhengen mellom konflikt og helsetilstanden, og viser at både en økonomisk vanskelig situasjon under oppveksten og konflikter i familien, virker negativt på helsetilstanden. Analysene viste negative fortegn på B- koeffisientene, som betyr at jo vanskeligere økonomisk situasjon en befinner seg i, og jo flere konflikter i familien en har, vil det være mindre sannsynlighet for å ha god helse enn om man hadde den motsatte tenkelige situasjonen.

Den andre modellen viste at det var 17 prosent lavere odds for å svare at man har god helse, for hvert nivå nærmere man kommer at det ”alltid” var konflikter i familien under oppveksten. Videre viste analysen gjennom tolkning av sannsynlighetsskalaen, at en person som alltid har opplevd konflikt i familien under oppveksten, og alltid opplevd økonomisk vanskelig situasjon, har en predikert sannsynlighet på å svare at den har god helse på kun 35 prosent. Om en aldri har opplevd dette, vil den derimot ha en predikert sannsynlighet på hele 70 prosent. Dette viser at det er en sammenheng mellom oppvekstvilkårene økonomisk situasjon og konflikt i familien, og helsen i senere livsløp.

Ifølge kontekstualismen, fundamental årsaksteori og livsløpsperspektivet vil en person kunne oppleve flere belastninger på ulike områder gjennom hele livsløpet, om en person har vanskelige oppvekstvilkår (Veenstra, Lima og Daatland 2009). Et eksempel på vanskelig oppvekstvilkår som kan gi belastninger til barnet, er nettopp konflikt hos foreldre. Tidligere forskning viser at belastningene kan vedvare gjennom hele livsløpet (Rød, Ekeland og Thuen 2008). Den viser at både barn av enslige foreldre og barn som lever i et konfliktfylt hjem eller med voldelige foreldre, får oftere psykiske plager, enn de som ikke lever i et slikt hjem (Rød, Ekeland og Thuen 2008).

Samspillet mellom konflikt og økonomisk situasjon var ikke statistisk signifikant, og dette betyr at de to forholdene skal forklares hver for seg (Ringdal 2009). Selv om det derfor antas at en vanskelig økonomi kan føre til flere konflikter, kan det også bety at om man kun opplever ett av forholdene, enten vanskelig økonomi, eller konflikt, vil dette uansett kunne ha en betydning for helsen senere i livet. For å bruke kontekstualismens begrep om ”føringer”, vil kun ett av barndomsforholdene være en stor nok føring på hvilke valg og handlinger en person tar. Det ser ut til at både økonomisk situasjon og konflikt i familien kan prege den fysiske, psykiske og sosiale aspektet av helsebegrepet.



### **7.1.3 Helse og boforhold mellom foreldrene**

Det er tidligere påvist en høyere forekomst av sykdomsforhold som overvekt, astma, allergi og eksem der barn vokser opp med bare én omsorgsperson (Næss, Rognerud og Strand 2007). Det er også bekreftet hyppigere forekomst av selvmord, som viser at risikoen for psykiske helseplager øker ved å kun bo ved én forelder (Rød, Ekeland og Thuen 2008). En forklaring på hvorfor det er høyere sykdomsforhold blant barn i aleneforelderfamilier, er at det kan være store økonomiske forskjeller mellom det å vokse opp med en eller to foreldre, da det ofte er en bedre økonomisk situasjon å være i et parforhold (Næss, Rognerud og Strand 2007). I en aleneforelderfamilie kan også en skilsmisse vært tilstede, et barndomsforhold som igjen kan tenkes å påvirke helsetilstanden, for eksempel hvis skilsmissen har vært preget av konflikter mellom foreldrene, sammenlignet med toforelderfamilier (Ibid.). En tredje forklaring kan være det Sviggum peker på (2001) om omsorg og tilhørighet, og at disse er så betydningsfulle faktorer i utvikling av god helse for barn. Dette er knyttet til ulike familiestrukturer, der det i større grad er knyttet vanskeligheter med å finne en tilhørighet for barnet i en aleneforelderfamilie.

Resultatene av analysene viste i motsetning til tidligere forskning at det er 20 prosent lavere odds for å svare at man hadde god helse, om foreldrene faktisk bodde sammen under oppveksten. Det innebærer at den alternative hypotesen 3b ville vært den korrekte. Dette var derimot ikke statistisk signifikant, og man kan ikke generalisere denne påstanden. At det ikke var statistisk sammenheng i denne analysen, kan forklares i at utvalget i studien var for lite til å få det verifisert.

Om sammenhengen mellom forverret helsetilstand og det at foreldrene bor sammen hadde vært statistisk signifikant i analysen, kunne dette tenkes å forklares med konflikter i familien. De i parforhold har mulighet til å havne i konflikter med partneren sin, i motsetning til de som er alene, og dette kan påvirke barnet negativt. Som vist tidligere i resultatene av analysene og i diskusjonsdelen er det en sammenheng mellom konflikter i familien og dårligere generell helsetilstand. Konflikter kan gå utover både det sosiale velværet, samt psykiske og fysiske helsen (Rød, Ekeland og Thuen 2008).

På den andre siden er det vist i tidligere forskning at hvis foreldrene bor sammen, vil dette ofte gi en bedre økonomisk situasjon (Næss, Rognerud og Strand 2007), noe som kan virke positivt på helsetilstanden. Det er tidligere påvist at enslige foreldre har større risiko for å være fattig, sammenlignet med samboende, en familiebelastning som igjen kan påvirke barnet (Ibid.). Færre økonomiske ressurser gjør det vanskeligere å gjøre noe med sin egen tilværelse. I tillegg vil det å leve i et parforhold også gi tilgang til sosiale tilhørigheter, en ressurs som fundamental årsaksteori vektlegger som betydningsfull for helsetilstanden. Tidligere forskning har også påpekt hvor viktig sosiale nettverk er for bedre helse (Dalgard 2006).

På bakgrunn av resultatene kan det ikke sies å være en sammenheng mellom oppvekstvilkåret om foreldrene bodde sammen eller ikke, under oppveksten. Det vises derimot en sammenheng mellom den selvopplevde økonomiske situasjonen og konflikt i hjemmet, og helsetilstanden i senere livsløp. Med utgangspunkt i livsløpsperspektivet kan denne og de andre teoriene fundamental årsaksteori, kontekstualismen, kapital og ulike habituser, brukes til å se hvordan nettopp økonomisk situasjon og konflikter kan påvirke faktorer som helsen, og hvordan personers sosioøkonomiske situasjon setter begrensninger, og åpner for muligheter, for ulike handlingsvalg. Foreldrenes tilgang, eller eventuell mangel på tilgang på kapital og ressurser, vil innvirke på barnet og på denne måten kan livssituasjonen til barnet gi både positive og negative følger for helsen i senere livsløp.

## **7.2 Sykdommer og barndomsforhold**

Det kan tenkes at dårlig helsetilstand, med utgangspunkt i spesifikke sykdomsforhold, og ulike oppvekstvilkår har en sammenheng med hverandre, der de med lavere sosioøkonomisk status kan tenkes å ha fått påvist flere sykdomstilfeller enn de med høyere status. Dette kan for eksempel eksemplifiseres med diabetes type 2, en sykdom som særlig ofte er sterkt skjevfordelt mellom sosiale grupper (Næss, Rognerud og Strand 2007), da den ofte er knyttet til risikoforhold som røyking, inaktivitet og overvekt (Diabetes 2014). Type 1 har mindre kjente årsaker for at kroppen ikke produserer insulin, men det antas at det er en kombinasjon av arv og ukjente miljøfaktorer, som livsstil, kosthold eller

virusinfeksjoner enten i fosterstadiet eller i tidlig barndom (Ibid.). Diabetes 2 blir sett på som en unngåelig sykdom, der man kan ta i bruk ressursene sine for å i større grad redusere sannsynlighetene for å få sykdommen. Det samme gjelder hjerteproblemer som ofte er knyttet til usunn livsstil, og høyt blodtrykk. Personer med lav inntekt og sosial status, spiser mer hurtigmat og er mindre fysisk aktive enn de med høy inntekt og høy sosial status, noe som videre kan virke negativt på helsetilstanden (Espnes og Smedslund 2001).

Fedme er i dag en enorm folkehelseutfordring, og dette gjelder i flere europeiske land (Regjeringen 2011). Overvekt og usunn livsstil kan føre til flere sykdommer, slik som de tre valgte sykdomsforholdene diabetes, høyt blodtrykk og hjerte- og kar - problemer (Tell og Klepp 2013). Derfor kalles de også for unngåelige sykdommer. Forsdahl (1977) som så spesifikt på hjerte- og karsykdommer, påpekte også på hvordan det er en sammenheng mellom livsstil og helse i løpet av livsløpet, der lav levestandard i barndommen oftere innebar sykdommer senere i livet.

På bakgrunn av tidligere forskning, ble det derfor undersøkt om det er en sammenheng mellom utvalgte sykdommer og oppvekstvilkår, ved å slå sammen de tre sykdommene til én variabel. Det viste seg derimot at det kun var én variabel, nemlig alder, som ble signifikant i den fjerde modellen. Det kan være flere grunner for at ingen av barndomsforholdene ble signifikante. For det første kan det være at det er for få sykdomstilfeller inkludert i indeksen. Hadde man inkludert andre sykdommer som for eksempel kreft kunne man muligens fått noe mer informasjon fra analysene. For det andre kan det ha vært for lite utvalg i datamaterialet. Det var 118 personer som hadde én eller flere sykdommer, noe som utgjør 15 prosent av hele utvalget, som anses som en liten andel i denne studien. En tredje forklaring er at den generelle helsetilstanden innbefatter mer enn kun de tre valgte sykdommene, da den også handler om psykisk helse og sosialt velvære, slik Verdens helseorganisasjon og Parsons definerer helse som (Nylenna og Braut 2014, Mæland 2009). På denne måten vil de tre konkrete sykdomstilfellene være ett for snevert mål, i forhold til den ”generelle helsetilstanden” som fanger betydelig mer opp. Dermed får man en

klarere sammenheng mellom oppvekstvilkår og generell helsetilstand, i motsetning til oppvekstvilkår og de tre valgte sykdommene.

Sykdommene kan til tross for den siste modellens resultater tenkes å ha en forankring i oppvekstvilkårene. En usunn livsstil i barndommen, kan opprettholdes i senere livsløp, som igjen kan føre til ulike sykdommer. Det er ofte vanskelig å forandre handlingsmønstre i løpet av et livsløp (Elstad og Barstad 2008). Faser og overganger i livet relaterer seg til hverandre, og på denne måten vil de begrensningene man møter i barndommen påvirke livsstilen både da og senere, som igjen kan påvirke helsetilstanden og om man blir diagnostisert med unngåelige sykdommer (Tretteteig og Thorsen 2011).

Habitus kan brukes som forklaring på hvorfor personer fra lavere sosioøkonomiske grupper er mer utsatt for å utvikle slike sykdommer som hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes (Martinussen 2008.). Dette skapes under oppveksten, og denne er ulik i de forskjellige sosiale klasser og samfunnsgruppene. De mulighetene og begrensningene man har vokst opp under, har ifølge teorien om habitus sosialt opphav, og verdier fra foreldre blir overført fra foreldre til barn (Aakvaag 2009). De fra lavere sosioøkonomiske grupper har som tidligere forskning har påvist, oftere en mindre helsefremmende habitus, og på denne måten opprettholdes ulikhetene (Ibid.).

Som tidligere forskning og resultatene har vist, kan de sosiale og økonomiske forskjellene mellom sosiale grupper, videre føre til ulikheter i helse. Tilgang på flere ressurser, mer kapital og en habitus der en sunnere livsstil blir opprettholdt, kan derfor ha en viktig betydning for en bedre generell, selvopplevd helse i senere tid. Dette skapes ofte under oppveksten, og derfor vil det være vesentlig hvilken kontekst man har vokst opp under. Ofte overføres kapital, habitus og ressurser fra foreldre til barn (Aakvaag 2009). Når det gjelder hvorvidt de valgte oppvekstvilkårene fører til de spesifikke sykdommene hjerteproblemer, høyt blodtrykk og diabetes, trengs det større utvalg og helst flere sykdomstilfeller for å kunne konkludere om hvordan barndomsforhold virker på konkrete sykdommer.

## 8. Avslutning

Resultatene i studien viste at det er en sammenheng mellom den økonomiske situasjonen og om barnet har opplevd mye konflikt under oppveksten, med den generelle selvopplevde helsetilstanden i senere livsløp. De ser ut til å være betydningsfulle oppvekstsvilkår for å forklare helsetilstanden i voksen alder. Selv om resultatet viste en negativ og ikke-signifikant sammenheng angående boforholdet mellom foreldrene, har sammenhengen vært sentral i tidligere forskning. Det kan tenkes at resultatene hadde vært annerledes om utvalget hadde vært større. Faktorer som alder, utdanning, kjønn, og land har også betydning for helsetilstanden, der høyere alder og om man er kvinne, virker negativ på helsetilstanden, mens utdanning og om man er vokst opp i England er positivt for helsetilstanden. Konklusjonen for masteroppgaven er at det er en sammenheng mellom de to oppvekstsvilkårene økonomisk situasjon og konflikt i familien og helsetilstand i voksen alder.

Studien har vist hvordan det til tross for generell, bedret folkehelse i store deler av verden, fortsatt er betydelige ulikheter i helse (Folkehelseinstituttet 2014). For å unngå dette må det iverksettes tiltak som kan bedre folkehelsen. Det ser ut til å være nødvendig med tiltak på samfunnsnivå, slik som røykelov og reklameforbud mot tobakk- og rusprodukter. Andre helsefremmende tiltak kan være rimeligere priser på mat som er sunn, og mer fokus i skolen på en helsefremmende livsstil, som kunnskap om helse og tilbud om aktiviteter. I tillegg er det viktig med sosial og økonomisk utjevning, der det gis stønader og tilbud til de som trenger dette. Det er således viktig å utforme et skattesystem i hvert land, som tar høyde for å kunne gi slike økonomiske stønader. Eventuelt kan det være rimeligere tilbud på fritidsaktiviteter som flere barn kan delta i, slik at de unngår i større grad den selvopplevde vanskelige økonomien. På denne måten kan familier ha større sjanser for å opparbeide seg ressurser, kapital og tilegne seg en habitus som er helsefremmende.

Andre tiltak for store ulikheter i helse kan eksempelvis handle om et økt fokus rundt forebygging av konflikter i hjemmet. Megling og samtaler med barn og voksne er noe som bør bli inkludert mer i håndteringen av konflikter i familier, der politikere, kommunene, skoler og foreldre har et ansvar for å ta initiativ. Det kan dog være

statens ansvar å utarbeide et godt nok tilbud til familiene. Internasjonal forskning på oppvekstsvilkår og helse i senere livsløp, kan gi positive virkninger og føre til flere tiltak som kan virke helsefremmende for barn og voksne i mange land.

Som statistisk sentralbyrå (Bore 2007) viste, ville over halvparten av menn i 1990-1997 hatt større sannsynlighet for å ikke dø, hvis de hadde samme dødelighetsrate som de med forskerutdanning (Ibid.). Dette kan ifølge livsløpsperspektivet, fundamental årsaksteorien, kontekstualismen og Bourdieu forklares med at personen med forskerutdanning har hatt henholdsvis bedre rammeforhold gjennom de ulike fasene i livet, flere ressurser, en bedre livskontekst og mer kapital, enn de som ikke har hatt en akademisk utdanning. Det har generelt vært flere muligheter i løpet av livsløpet, som har gjort det mulig for personen å ta en forskerutdanning, og som dermed gir større sannsynlighet for å ha en bedre helsetilstand.

Det vil være av stor betydning å forske på temaet ytterligere, med flere respondenter, og fra andre land. Temaet er omfattende, svært interessant og videre forskning kan gi mer betydningsfull kunnskap. I videre forskning kunne det vært interessant og sett mer på andre og flere konkrete sykdomstilfeller, og sett om barndomsforhold påvirker dette. Siden det helt klart er en sammenheng mellom de to barndomsforholdene og generell selvopplevd helse, vil det tenkes at med flere respondenter og flere eller andre sykdommer, også vil gjøre utslag på sammenhengen mellom konkrete sykdommer og oppvekstsvilkår.

## Referanseliste

- Aakvaag, G. C. (2009). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Backe- Hansen, E. (2004). *Barn og unges håndtering av vanskelige livsvilkår. Kunnskapsbidrag fra 36 studier av barnefattigdom*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport 12/04. Hentet 14.01.15 fra [http://www.hioa.no/asset/472/1/472\\_1.pdf](http://www.hioa.no/asset/472/1/472_1.pdf)
- Barros, P.P., S.R. Machado & J.A. Simões (2011). Portugal. Health system review. *Volume 13, nr. 4*. Hentet 20.02.15 fra [http://www.ecoi.net/file\\_upload/1930\\_1421316433\\_e95712.pdf](http://www.ecoi.net/file_upload/1930_1421316433_e95712.pdf)
- Bore, R.R. (2007). *På liv og død. Helsestatistikk i 150 år. Statistisk sentralbyrå*. Hentet 12.01.15 fra <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa94/sa94.pdf#page=74>
- Braut, G. S. (2009). *Validitet*. Hentet 13.03.15 fra <https://sml.snl.no/validitet>
- Bøe, T., S. Øverland, A.J. Lundervold, M. Hysing (2012). Socioeconomic status and children's mental health: results from the Bergen Child Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Volume 47. Utgave 10*.
- Chang, J., F. Peysakhovich, W. Wang & J. Zhu (ukjent dato). *The UK Health Care System*. Hentet 20.02.15 fra <http://assets.ce.columbia.edu/pdf/actu/actu-uk.pdf>
- Chang, V. W. & D. S. Lauderdale (2009). *Journal of Health and Social Behavior. Fundamental Cause Theory, Technological Innovation, and Health Disparities: The Case of Cholesterol in the Era of Statins*. Hentet 07.10.15 fra <http://hsb.sagepub.com/content/50/3/245.full.pdf+html>
- Christensen, V. L. (2008). *Kvinnens erfaringer med preoperativ informasjon før hjerteoperasjon*. Institutt for sykepleievitenskap og helsefag. Hentet 10.03.15 fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28373/essayxchristensen.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Clarke, L. & H. Joshi (2003). Childrens changing families and family change. I A.M. Jensen & L.McKees (red.) *Children and the changing family. Between transformation and negotiation*. New York: Routledge.

- Dahl, E., H. Bergsli & K. A. Van der Wel (2014). *Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt. Sammendragsrapport*. Hentet 25.01.15 fra <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-samfunnsfag/Sosialforsk/Sosiale-ulikheter-i-helse/Hovedrapport>
- Dalgard, O.S. (2006). *Diabetes (2014). Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid*. Rapport 2006: 2. Hentet 5.03.15 fra <http://www.fhi.no/dav/8af0e9b952.pdf>
- Diabetes (2014). *Årsaker til Diabetes*. Hentet 19.01.2015 fra <http://www.diabetes.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=1303>
- Eikemo, T. A., J. Mackenbach, C. Bambra, O. Lundberg, & T. Huijts (2012). ESS7 Rotating modules. Social inequalities in health and their determinants. Hentet 05.03.15 fra [http://www.europeansocialsurvey.org/methodology/questionnaire/ESS7\\_rotating\\_module\\_health\\_inequality.html](http://www.europeansocialsurvey.org/methodology/questionnaire/ESS7_rotating_module_health_inequality.html)
- Elstad, J.I. & A. Balstad (2008). Sosiologiske perspektiver på psykiske plager. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 03.2008. Hentet 15.04.15 fra [http://www.idunn.no/tph/2008/03/sosiologiske\\_perspektiver\\_pa\\_psykiske\\_plager](http://www.idunn.no/tph/2008/03/sosiologiske_perspektiver_pa_psykiske_plager)
- Epland, J. & M. I. Kirkeberg (2014). *Flere innvandrerbarnfamilier med lavinntekt*. Hentet den 19.01.15 fra <http://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-innvandrerbarnfamilier-med-lavinntekt>
- Espnes, G. A. & G. Smedslund (2001). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- European Social Survey (2014). *ESS Round 7 Source Questionnaire*. London: ESS Centre for Comparative Social Surveys. Hentet 29.04.15 fra [http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round7/questionnaire/ESS7\\_source\\_main\\_questionnaire\\_final\\_alert\\_03.pdf](http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round7/questionnaire/ESS7_source_main_questionnaire_final_alert_03.pdf)
- Folkehelseinstituttet (2014). *Inntekt og helse- faktaark med helsestatistikk*. Hentet 13.01.15 fra [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List\\_6212&Main\\_6157=6263:0:25,6603&MainContent\\_6263=6464:0:25,6614&List\\_6212=6218:0:25,6615:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6603&MainContent_6263=6464:0:25,6614&List_6212=6218:0:25,6615:1:0:0:::0:0)



- Forsdahl, A. (1977). Are poor living conditions in childhood and adolescence an important risk factor for arteriosclerotic heart disease? *British Journal of Preventive and Social Medicine*. Hentet 12.01.15 fra <http://jech.bmj.com/content/31/2/91.full.pdf+html>
- Hjelmtveit, V. (2004). *Barn og unge i familier med langvarig økonomisk sosialhjelp. Sammendragsrapport*. Hentet 18.03.15 fra [http://www.fami.no/hjelmtveit\\_2004.pdf](http://www.fami.no/hjelmtveit_2004.pdf)
- Huijts, T. (2011). *Social Ties and Health in Europe. Individual Associations, Cross-National Variations and Contextual Explanations*. Nederland: Dissertation Radboud University Nijmegen.
- Kirkeberg, M. I., J. Epland & T. M. Normann (2012). *Økonomi og levekår for ulike lavinntektsgrupper 2011*. Hentet 19.01.15 fra [http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp\\_201208/rapp\\_201208.pdf](http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201208/rapp_201208.pdf)
- Kvaran, I. (2008) *Teoretisk perspektiver for å forstå barns utvikling og oppvekst*. Hentet 15.04.15 fra <https://www.fo.no/getfile.php/06%20Profesjonene/Barnevernpedagogene/Artikkelsamling%202010/Inge%20Kvaran.pdf>
- Lau, B., T. Moum, T. Sørensen & K. Tambs (2002). Sivilstand og mental helse. *Norsk Epidemiologi 2002: 12*. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Lippe, T., M. Voorpostel & B. Hewitt (2014). Disagreement among cohabiting and married couples in 22 European countries. *Volume 31, Artikkel 10*. Hentet 20.02.15 fra <http://www.demographic-research.org/volumes/vol31/10/31-10.pdf>
- Lunde, E. S. (2001). *God helse- langt mer enn fravær av sykdom*. Hentet 23.01.15 fra <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa41/helseogsyk.pdf>
- Lyngstad, J., R. Kjeldstad & E. Nymoene (2005). *Foreldreøkonomi etter brudd: omsorgsforeldres samværsforeldres økonomiske situasjon 2002*. Hentet 19.02.15 fra <http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/181305>
- Nilsen, W., A. Skipstein & K. Gustavson (2012). *Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og mekling: konsekvenser for barn og unge*. Hentet den 29.04.15 fra <http://www.fhi.no/dokumenter/d930b9d404.pdf>
- Nylenna, M. & G. S. Braut (2014). *Verdens helseorganisasjon*. Hentet den 12.01.15 fra [https://sml.snl.no/Verdens\\_helseorganisasjon](https://sml.snl.no/Verdens_helseorganisasjon)

- Næss, Ø., M. Rognerud, B. H. Strand (2007). *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Rapport 2007:1*. Nasjonal folkehelseinstitutt. Hentet den 12.01.15 fra <http://www.fhi.no/dav/1AE74B1D58.pdf>
- Martinussen, W. (2008). *Samfunnsliv. Innføring i sosiologiske tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Midtbø, T. (2012). *Stata. En entusiastisk innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- OECD (2015). *OECD StatExtracts. Income Distribution and Poverty*. Hentet 10.04.15 fra <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=IDD>
- Rød, A.R., T.J. Ekeland & F. Thuen (2008). Barns erfaringer med konfliktfylte samlivsbrudd: Problemsforståelser og følelsesmessige reaksjoner. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 45, nummer 5*. Hentet 12.01.15 fra [http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=45050&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=45050&a=2)
- Pordata (2015). *Relative median at risk of poverty gap*. Hentet 10.04.15 fra <http://www.pordata.pt/en/Portugal/Search+Environment/Table>
- Poverty (2010). *Numbers in low income*. Hentet 10.04.15 fra <http://www.poverty.org.uk/01/index.shtml>
- Regjeringen (2011). *Til felles kamp mot overvekt. Regjeringen Stoltenberg II*. Hentet 22.01.15 fra <https://www.regjeringen.no/nb/aktuelt/til-felles-kamp-mot-overvekt-2/id693592/>
- Ringdal, K. (2009). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandvik, L. (2015). *Risiko for fattigdom eller sosial eksklusjon- EU- SILC. Fortsatt få fattige og sosialt ekskluderte i Norge*. Hentet 10.04.15 fra <http://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/fortsatt-fa-fattige-og-sosialt-ekskluderte-i-norge>
- Skog, O. J. (2013). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Statistisk sentralbyrå (2013). *Tabell. Formueskatt og bruttoinntekt etter alder. Antall, sum, gjennomsnitt og median. 2012*. Hentet 22.01.15 fra <http://www.ssb.no/201443/formuesskatt-og-bruttoinntekt-etter-alder.antall-sum-gjennomsnitt-og-median.2012>

- Statistisk sentralbyrå (2014). *Ekteskap og skilsmisser, 2013*. Hentet 26.01.15 fra <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/ekteskap/aar/2014-08-21#content>
- Stortingsmelding nr. 6 (2002-2003). *Tiltaksplan mot fattigdom. Arbeids- og sosialdepartementet*. Hentet 12.01.15 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/asd/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-6-2002-2003/3/4.html?id=328145>
- Stortingsmelding nr. 8 (2008- 2009). *Om menn, mannsroller og likestilling. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet*. Hentet 26.01.15 fra <http://www.regjeringen.no/nn/dep/bld/Dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/2008-2009/stmeld-nr-8-2008-2009-/6.html?id=539201>
- Svartdal, F. (2014). *Reliabilitet*. Hentet 13.03.15 fra <https://snl.no/reliabilitet>
- Sviggum, G. (2001). *Barn med to hjem*. Hentet 12.01.15 fra <https://www.ntnu.no/documents/10458/19069666/sviggumrevidert2.pdf>
- Tell og Klepp (2013). *Reduksjon i ikke- smittsomme sykdommer- nasjonal oppfølging av WHO's mål*. Helsedirektoratet. Hentet 15.01.15 fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/reduksjon-i-ikke-smittsomme-sykdommer-nasjonalt-oppfolging-av-whos-mal/Publikasjoner/reduksjon-i-ikke-smittsomme-sykdommer-nasjonalt-oppfolging-av-whos-mal.pdf>
- Thorsheim, T., I. Leversen & O. Samdal (2007). Sosial ulikhet i ungdoms helse: Er helseatferd viktig?. *Norsk Epidemiologi 2007: 17*. (s. 79-86). Institutt for utdanning og helse. Bergen: Universitetet i Bergen
- Thuen, F. (2002). *Samlivsbrudd og psykisk helse: Psykiske virkninger*. Hentet 12.01.15 fra [http://www.familieudvikling.dk/fileadmin/filer/forskningsrapporter/Frode\\_Thuen\\_-\\_samlivsbrudd\\_og\\_psykisk\\_helse\\_-\\_psykiske\\_virkninger.pdf](http://www.familieudvikling.dk/fileadmin/filer/forskningsrapporter/Frode_Thuen_-_samlivsbrudd_og_psykisk_helse_-_psykiske_virkninger.pdf)
- Tretteteig, S. & K. Thorsen (2011). Livskvalitet for personer med demenssykdomsett i et livsløpsperspektiv- en narrativ tilnærming basert på pårørendes fortellinger. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning, nr. 2- 2011, 7. Årgang*. Hentet 14.04.15 fra <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2226/2072>

- Tufte, P. A. (2000). *En intuitiv innføring i logistisk regresjon. Arbeidsnotat nr. 8-2000*. Hentet 02.02.15 fra  
[http://www.sifo.no/files/file48351\\_arbeidsnotat08-2000web.pdf](http://www.sifo.no/files/file48351_arbeidsnotat08-2000web.pdf)
- Veenstra, M., I. A. Lima, S. O. Daatland (2009). *Helse, helseatferd og livsløp. Resultater fra LOGG og NorLag. Rapport 3-2009*. Hentet 15.04.15 fra  
[http://www.nova.no/asset/3700/1/3700\\_1.pdf](http://www.nova.no/asset/3700/1/3700_1.pdf)