



Doktorsavhandling, Östersund 2012

BARNES SJÄLVRAPPORTERADE HÄLSA
Betydelsen av socialt kapital i skolan och närområdet

Ulrika Eriksson

Handledare:
Docent Eva Sellström
Professor Kenneth Asplund

Institutionen för Hälsovetenskap, Mittuniversitetet
SE-831 25 Östersund, Sweden

ISSN 1652-893X,
Mittuniversitetet, doktorsavhandling 121
ISBN 978-91-87103-04-9

Akademisk avhandling som med tillstånd av Mittuniversitetet i Östersund framläggs till offentlig granskning för avläggande av filosofie doktorsexamen fredag 16 mars 2012, klockan 10.30 i sal F234, Mittuniversitetet, Campus Östersund. Seminariet kommer att hållas på svenska.

BARNS SJÄLVRAPPORTERADE HÄLSA
Betydelsen av socialt kapital i skolan och närområdet

Ulrika Eriksson

© Ulrika Eriksson, 2012

Institutionen för Hälsovetenskap
Mittuniversitetet, SE-831 25 Östersund, Sweden
Telefon: +46 (0)771-975 000

Tryckt av Kopieringen Mittuniversitetet, Sundsvall, Sweden, 2012

SAMMANFATTNING

Eriksson, U. (2012). Barns självrapporterade hälsa – Betydelsen av socialt kapital i skolan och närområdet. Östersund, Sverige: Mittuniversitetet, Institutionen för Hälsovetenskap. ISBN: 978-91-87103-04-9

Avhandlingens övergripande syfte var att studera barns uppfattningar av socialt kapital i skolan och i närområdet och hur det relaterar till deras självrapporterade hälsa. Avhandlingen baserades på fyra studier (I-IV). Studie I-III var kvantitativa observationsstudier med tvärsnittsdesign. Datamaterialet utgjordes av enkätundersökningen Svenska skolbarns hälsovanor där barn i åldrarna 11-16 år deltog. Studie IV hade en kvalitativ, beskrivande design där barn i 11–12-årsåldern boende i glesbygdsområden intervjuades i fokusgrupper. Data analyserades med olika typer av multivariata regressionsanalyser (I-III) samt kvalitativ innehållsanalys (IV).

Studie I visade att uppfattningar av socialt kapital i familjen, skolan och närområdet hade ett samband med barns självrapporterade hälsa, och socialt kapital i de olika kontexterna hade en ackumulativ effekt på hälsoutfallen. I studie II framkom att oberoende av hur den enskilde individen uppfattade skolkraven var risken för att rapportera en hög grad av hälsobesvär högre för elever som går i skolklasser med höga skolkrav, jämfört med elever i skolklasser med låga skolkrav. Dessutom fanns en interaktion mellan kön och krav på skolklassnivå, som innebar att flickor i högre utsträckning påverkades av höga skolkrav i skolklassen jämfört med pojkar. Studie III visade att det var vanligare att barn i urbana områden rapporterade låg tillit och trygghet i närområdet jämfört med barn i rurala områden. Barn som uppfattade låg tillit och trygghet i närområdet rapporterade i högre utsträckning lågt välbefinnande i jämförelse med barn som uppfattade en hög tillit och trygghet i närområdet. Det framkom inga urbana – rurala skillnader i det sambandet. I den kvalitativa studien (IV) framkom att barn uppfattade glesbygds miljön som trygg och som ett bra ställe att växa upp på, samtidigt som den beskrevs som begränsande och isolerad. Glesbygds miljön skapade komplexa strukturer av sociala nätverk, sammanhållning och tillit, men kunde också utgöra en grogrund för utanförskap och social kontroll.

Avhandlingen bidrar till en ökad kunskap om hur uppfattningar av socialt kapital relaterar till barns självrapporterade hälsa och ger nya perspektiv med fokus på skola, närområde och urbana – rurala miljöer. Barns erfarenheter, åsikter och

värderingar är betydelsefulla att ta i beaktande i det hälsofrämjande arbetet avseende deras sociala miljöer. Det sociala kapitalet i skolan och närområdet är påverkbart och behöver belysas på den politiska agendan. Avhandlingens resultat kan ligga till grund för utformandet av hälsofrämjande interventioner med fokus på sociala relationer, tillit och normer i skolan och i närområdet.

Nyckelord: elever, normer, närområde, skola, social miljö, sociala relationer, subjektiva hälsobesvär, subjektivt välbefinnande, tillit, urban/rural hälsa

ABSTRACT IN ENGLISH

Eriksson, U. (2012). *Children's self-reported health – The importance of social capital in the school and in the community*. Östersund, Sweden: Mid Sweden University, Department of Health Sciences. ISBN: 978-91-87103-04-9

The overall aim of this thesis was to study children's perceptions of social capital in the school and in the community, and how this was related to their self-reported health. The thesis was based on four studies (I-IV). Studies I-III were quantitative observational studies with a cross-sectional design, using the Swedish survey Health Behaviour in School-aged Children among children aged 11-16 years. Study IV had a qualitative descriptive design, based on focus group interviews with children aged 11-12 years living in rural areas in the northern part of Sweden. The data were analyzed using different types of multivariate regression analyses (I-III) and qualitative content analysis (IV).

Study I showed that higher degrees of family, school, and community social capital corresponded to lower levels of health complaints and higher levels of well-being. Social capital in these three contexts had a cumulative effect on children's health outcomes. Study II revealed that, irrespective of the individual's perceptions of demands, the risk of reporting high levels of health complaints was higher among children in school classes with high school-related demands, compared with children in school classes with low demands. In addition, an interaction effect was found between gender and demands on the school class level, implying that girls were more affected than boys by high school-related demands. Study III showed that children in urban areas were more likely than those in rural areas to report low levels of trust and safety in the community. Children who perceived low trust and safety in the community reported low well-being to a higher extent than children who perceived a high trust and safety in the community. There were no urban/rural differences in the relationship. The qualitative study (IV) showed that children perceived the rural environment as safe and as a good place to grow up in, while at the same time it felt restricted and isolated. The rural context created complex structures of social networks, cohesion, and trust, but could also constitute a breeding ground for exclusion and social control.

This thesis contributes increased knowledge about how perceptions of social capital are related to children's self-reported health, and gives new perspectives with a focus on the school, community, and urban/rural contexts. Health

promotion work relating to the social environment should take children's experiences, perceptions, and views into consideration. Social capital in the school and community can be affected, and thus needs to be brought up on the political agenda. The results reported in this thesis could constitute a basis for developing health promoting interventions with a focus on social relations, trust, and norms in children's environments.

Keywords: community, norms, pupils, school, social environment, social relations, subjective health complaints, subjective well-being, trust, urban/rural health

INNEHÅLL

SAMMANFATTNING.....	II
ABSTRACT IN ENGLISH.....	IV
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
BARN SJÄLVRAPPORTERADE HÄLSA	1
TEORETISK REFERENS RAM	2
<i>Teorier om socialt kapital</i>	2
<i>Former av socialt kapital</i>	3
<i>Nivåer av socialt kapital</i>	4
SOCIALT KAPITAL SOM DETERMINANT FÖR BARN HÄLSA	5
<i>Familjens sociala kapital som determinant för barns hälsa</i>	6
<i>Skolans sociala kapital som determinant för barns hälsa</i>	7
<i>Närområdets sociala kapital som determinant för barns hälsa</i>	8
<i>Socialt kapital i urbana och rurala miljöer</i>	9
<i>Sammanfattande teoretisk diskussion</i>	10
MOTIV FÖR STUDIEN	12
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	12
METOD	13
DESIGN	13
DE KVANTITATIVA STUDIERNAS	13
<i>Material, datainsamling och deltagare</i>	13
<i>Variabler</i>	14
<i>Statistiska analyser</i>	17
<i>Etiska överväganden</i>	18
DEN KVALITATIVA STUDIEN	19
<i>Kontext, procedur och deltagare</i>	19
<i>Fokusgruppintervjuer</i>	19
<i>Innehållsanalys</i>	21
<i>Etiska överväganden</i>	21

RESULTAT	22
STUDIE I: HEALTH OUTCOMES AMONG SWEDISH CHILDREN: THE ROLE OF SOCIAL CAPITAL IN THE FAMILY, SCHOOL, AND NEIGHBOURHOOD	22
STUDIE II: SCHOOL DEMANDS AND SUBJECTIVE HEALTH COMPLAINTS AMONG SWEDISH SCHOOLCHILDREN – A MULTILEVEL STUDY	22
STUDIE III: PERCEPTIONS OF COMMUNITY TRUST AND SAFETY – CONSEQUENCES FOR CHILDREN’S WELL-BEING IN RURAL AND URBAN CONTEXTS	23
STUDIE IV: GROWING UP IN RURAL COMMUNITY – CHILDREN’S EXPERIENCES OF SOCIAL CAPITAL FROM PERSPECTIVES OF WELLBEING	23
DISKUSSION	26
METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN	26
<i>De kvantitativa studierna</i>	26
<i>Den kvalitativa studien</i>	29
RESULTATDISKUSSION	30
<i>Skolans sociala kapital och barns självrapporterade hälsa</i>	30
<i>Närområdets sociala kapital och barns självrapporterade hälsa</i>	32
<i>Socialt kapital och barns självrapporterade hälsa ur ett ruralt – urbant perspektiv</i> ...	33
IMPLIKATIONER OCH FORTSATT FORSKNING	35
SLUTSATSER	37
TACK	38
REFERENSER	40

ORIGINALARTIKLAR

Avhandlingen består av följande fyra studier, vilka hänvisas till i texten genom deras romerska numrering. Artiklarna har publicerats med tillstånd från respektive tidskrift.

- I. Eriksson, U., Hochwälder, J., Carlsund, Å. & Sellström, E. (2012). Health outcomes among Swedish children: the role of social capital in the family, school, and neighbourhood. *Accepted, Acta Paediatrica*.
- II. Eriksson, U. & Sellström, E. (2010). School demands and subjective health complaints among Swedish schoolchildren – A multilevel study. *Scandinavian Journal of Public Health, 38* (4), 344-350.
- III. Eriksson, U., Hochwälder, J. & Sellström, E. (2011). Perceptions of community trust and safety – consequences for children’s well-being in rural and urban contexts. *Acta Paediatrica, 100* (10), 1373-1378.
- IV. Eriksson, U., Asplund, K. & Sellström, E. (2010). Growing up in rural community – children’s experiences of social capital from perspectives of wellbeing. *Rural and Remote Health, 10* (3), 1322.

INLEDNING

Barns hälsa påverkas av de miljöer de befinner sig i. Det är inte enbart den fysiska miljön som är av betydelse; även sociala faktorer inverkar. Barn spenderar en stor del av sin aktiva tid i skolan och närområdet, och den sociala miljön dessa miljöer är viktig för hälsan och välbefinnandet. Ett sätt att förstå dessa sociala miljöer är genom teorier av socialt kapital. Begreppet är multidimensionellt och innefattar olika aspekter av sociala strukturer, med särskilt fokus på sociala relationer, tillit och normer. Denna avhandling studerar barns uppfattningar av socialt kapital i skolan och närområdet och hur det relaterar till deras självrapporterade hälsa.

BAKGRUND

Barns självrapporterade hälsa

Svenska barn har generellt sett en god hälsosituation med låg spädbarnsdödlighet, få barnolycksfall samt en hög andel som ammas och vaccineras. Det svenska välfärdssystemet har en utvecklad mödra- och barnhälsovård, föräldrautbildning, väl utbyggd föräldraförsäkring, kostnadsfri sjukvård för barn samt barnomsorg och förskolor med hög kvalitet. Detta skapar goda förutsättningar för att utveckla friska och tillfredställda medborgare. De allra flesta barn och ungdomar tycker också att de har en god hälsa och mår bra (Socialstyrelsen 2009). Under de senaste decennierna har emellertid flera rapporter visat att den självrapporterade hälsan bland svenska barn har försämrats. Sett över tid så har olika typer av hälsobesvär ökat bland 15-åriga pojkar och flickor (Hagquist 2010, Petersen *et al.* 2010, Statens Folkhälsoinstitut 2006), samtidigt som välbefinnandet försvagats (Petersen *et al.* 2010). Liknande tendenser ses även internationellt (Collishaw *et al.* 2004, Fombonne 1998, West & Sweeting 2003). Både i Sverige och i andra europeiska länder har det visat sig att äldre barn (15-åringar) och flickor rapporterar lågt välbefinnande och höga nivåer av hälsobesvär i högre utsträckning jämfört med 11–13-åringar och pojkar (Currie *et al.* 2008, Hagquist 2009, Levin *et al.* 2009, Petersen *et al.* 2010, Ravens-Sieberer *et al.* 2009, Socialstyrelsen 2009, SOU 2001:55, SOU 2006:77, Statens Folkhälsoinstitut 2006, Torsheim *et al.* 2006). Könskillnaderna tenderar dessutom att bli mer markanta med åldern (Ravens-Sieberer *et al.* 2009).

Självrapporterad hälsa utgörs av människors subjektiva upplevelser av sin hälsosituation. Till skillnad från konventionella hälsoindikatorer som morbiditet och mortalitet så omfattar mått för självrapporterad hälsa hela populationer och inte bara kliniska undergrupper. Självrapporterad ohälsa är således inte nödvändigtvis medicinskt diagnostiserad (Currie *et al.* 2004). Avhandlingen

belyser olika dimensioner av självrapporterad hälsa. Som mått används indikatorerna subjektiva hälsobesvär (I, II) och subjektivt välbefinnande (I, III, IV). Subjektiva hälsobesvär (*eng. subjective health complaints, SHC*) kan förklaras som självrapporterade psykiska och somatiska symtom där orsakerna till besvären kan vara fysiska och/eller psykologiska (Currie *et al.* 2004). Begreppet är brett i den meningen att det innefattar en rad symtom såsom huvudvärk, magont, ryggont, yrsel, nedstämdhet, irritabilitet, nervositet och sömnproblem (Hetland 2006). Subjektivt välbefinnande (*eng. subjective well-being, SWB*) syftar till individens upplevelse av sin livssituation, och kan ses som synonymt med livstillfredsställelse (Diener 2009).

Den svenska Barn-Levnadsnivåundersökningen visar att en stor andel barn mellan 10-18 år har någon typ av hälsobesvär. Nästan var fjärde uppger att de har huvudvärk, drygt fyra av tio känner sig stressade och var tredje har sömnsvårigheter varje vecka (SOU 2001:55). Undersökningen Svenska skolbarns hälsovanor (*eng. Health Behaviour in School-aged Children, HBSC*) visar att bland 15-åringar rapporterar 19% av flickorna och 8% av pojkarna att de har ont i magen mer än en gång i veckan. Motsvarande andel bland 11-åringar är 11% för flickor och 6% för pojkar. Trettiosju procent av 15-åriga flickor och 15% av pojkarna känner sig nedstämda minst en gång i veckan. För 11-åringarna är motsvarande siffror 10% för flickor och 6% för pojkar (Statens Folkhälsoinstitut 2006). Avseende barns välbefinnande rapporterar 92% av 11-åriga flickor och 94% av pojkarna att de har ett högt SWB. Vid 15 års ålder har siffrorna sjunkit till 79% för flickorna och 89% för pojkarna. Motsvarande siffror i 39 europeiska länder samt USA och Israel visar att 88% av 11-åringarna och 82% av 15-åringarna uppfattar att de har ett högt SWB (Currie *et al.* 2008).

Teoretisk referensram

Teorier om socialt kapital

Inom det hälsovetenskapliga forskningsfältet har det under de senaste årtiondena blivit populärt att använda socialt kapital som determinant för individers hälsa. Begreppet är multidimensionellt och har definierats på olika sätt inom flera discipliner. I definitionerna återkommer emellertid tre komponenter som kan anses vara begreppets hörnstenar; sociala relationer, tillit och normer (McKenzie & Harpman 2006). Avhandlingen utgår från de två beskrivningar som är de mest tillämpade inom hälsovetenskaperna. Statsvetaren Robert Putnam beskriver socialt kapital som "*band mellan individer – sociala nätverk och de normer för ömsesidighet och pålitlighet som uppstår ur dem*" (Putnam 2000 s. 18). Enligt Putnam produceras socialt kapital genom individers aktiva deltagande i formella och informella sociala nätverk. Socialt deltagande skapar tillit och gemensamma normer mellan

medlemmarna i nätverken. Tillit utgör en grundkomponent i Putnams analys. En betydelsefull norm som skapas i de sociala nätverken är ömsesidighet: jag gör det här för dig och förväntar mig att du (eller någon annan) gör något för mig. Socialt kapital utgör en resurs för individer och underlättar kollektiva handlingar. Enligt Putnam betraktas socialt kapital som en egenskap i samhället, som både har en kollektiv och en individuell aspekt. Med det menas att den vinst som görs vid en investering i det sociala kapitalet delvis går till omkringstående, medan en del går direkt tillbaka till den som gjort investeringen (Putnam 2000).

James Coleman är sociolog och inkluderar barn och ungdomar i sin teori om socialt kapital. Enligt Coleman är socialt kapital en individrelaterad företeelse och är en resurs med ursprung i människors relationer. Det är i strukturen av relationerna som det sociala kapitalet existerar. I likhet med Putnam tar även Coleman upp betydelsen av den tillit och de normer som uppstår i sociala relationer. Normgivande strukturer utgör en viktig form av socialt kapital. Coleman skiljer mellan socialt kapital inom och utom familjen. Socialt kapital inom familjen utgörs av relationer mellan barn och vuxna. Coleman menar att familjens sociala kapital är beroende av föräldrars fysiska närvaro, och den uppmärksamhet föräldrarna ger barnet. Föräldrars fysiska frånvaro, exempelvis i familjer med ensamstående föräldrar och familjer där båda lönearbetar, beskrivs som en brist på familjens sociala kapital. Även familjer med många syskon har ett bristande socialt kapital; ju fler barn, desto mindre uppmärksamhet till varje barn. Socialt kapital utom familjen existerar i närområdet och består av de sociala relationer som utvecklas mellan barnens föräldrar och föräldrars relationer med institutionerna i närområdet (Coleman 1988).

Former av socialt kapital

I försök att tydliggöra definitionerna av socialt kapital, har olika former av begreppet beskrivits och utvecklats. Vissa forskare anser att socialt kapital består av en strukturell och en kognitiv aspekt. Den strukturella aspekten är av kvantitativ natur, är objektivt verifierbar och inkluderar omfattningen och intensiteten av individers deltagande i formella nätverk som exempelvis föreningsliv, samt informella nätverk såsom familj och vänner. De kognitiva aspekterna är av kvalitativ, subjektiv natur och består av individers uppfattningar av tillit, ömsesidighet och solidaritet (Engström *et al.* 2008, McKenzie & Harpman 2006). Socialt kapital kan ses som överbryggande (*eng. bridging*) eller sammanbindande (*eng. bonding*). Sammanbindande socialt kapital består av nätverk med starka band vilka präglas av specifik ömsesidighet, solidaritet, och en stark lojalitet *inom* gruppen. Nätverken är i allmänhet något positivt för dess medlemmar, men kan också verka exkluderande för utomstående. De överbryggande nätverken präglas av bredare identiteter och generell ömsesidighet.

Nätverken kan sammanföra människor från olika kulturella, politiska eller sociala sammanhang. Banden mellan medlemmarna är svagare, men är viktiga för att få tillgång till externa resurser och information (McKenzie & Harpman 2006, Portes 1998, Putnam 2000). Det sammanbindande sociala kapitalet ses som ett socialt kitt, medan det överbryggande beskrivs som ett socialt smörjmedel (Putnam 2000). I dessa överbryggande och sammanbindande sociala nätverk skapas olika former av tillit. Den massiva tilliten (*eng. thick trust*) uppstår i nära, personliga relationer, dvs. i de sammanbindande sociala nätverken. Den tunna tilliten (*eng. thin trust*) skapas i överbryggande sociala nätverk och är generaliserad även till människor som man inte känner personligen (Putnam 2000).

Nivåer av socialt kapital

Ett av problemen med att definiera och mäta socialt kapital är att begreppet kan betraktas som en resurs som tillhör individen, samtidigt som det kan ses som en kollektiv tillhörighet. Indelningen i de individuella och kollektiva aspekterna är inte helt tydlig och klassifikationerna överlappar varandra till viss del (De Silva 2006). Ekologiska mätsätt, dvs. de som mäts med hjälp av objektiva variabler, som exempelvis antal föreningar per capita, ligger utanför den här avhandlingens fokus. I avhandlingen betraktas socialt kapital däremot som en tillhörighet på både individ- och gruppnivå. Ett vanligt sätt att mäta socialt kapital på en kollektiv nivå är att aggregera individers uppfattningar till gruppnivå, som exempelvis närområdesnivå eller som i den här avhandlingens fall; skolklassnivå (De Silva 2006). Både individuella och kollektiva aspekter av socialt kapital har visat sig ha ett samband med hälsoutfall, däremot skiljer sig de förklarande mekanismerna i sambandet mellan socialt kapital och hälsa till viss del beroende på vilken nivå socialt kapital mäts (De Silva 2006, Poortinga 2006).

De individrelaterade förklaringsmekanismerna är främst av psykologisk natur och utgår från föreställningen att individers egenskaper och aktiviteter bidrar till hur det sociala kapitalet uppfattas, vilket i sin tur är av betydelse för hälsa. Hälsorelaterade normer bland individers sociala nätverk kan influera beteenden som exempelvis alkohol- och tobakskonsumtion och fysisk aktivitet i både positiv och negativ riktning. Det sociala stöd som kan prägla relationer främjar välbefinnande genom att det skyddar mot isolering och understödjer känslor av tillhörighet. Dessutom kan socialt stöd ha en positiv inverkan på individens självförtroende och självkänsla (Berkman & Glass 2000). Hälsoeffekten av ovanstående mekanismer tros dessutom vara mer uttalad i nätverk som präglas av hög tillit (Rostila 2008). På en kollektiv nivå menar Kawachi och Berkman att socialt kapital påverkar hälsa genom processer som informell social kontroll, upprätthållande av hälsonormer samt tillgång till socialt stöd (Kawachi & Berkman

2000). För det första, inom kriminologin har man kunna visa att närområden som är rika på socialt kapital i hög utsträckning utövar informell kontroll över ungdomsbrottslingar, t.ex. att grannar övervakar och ingriper om ungdomar har något ofog för sig. Man kan tänka sig att sådana ingripanden även gäller för hälsorelaterade riskbeteenden såsom alkoholkonsumtion, rökning och narkotikaanvändning. För det andra, om närområdet präglas av hälsofrämjande normer är det troligare att lokala aktioner initieras, såsom att förhindra rökning på restauranger. För det tredje, socialt kapital ökar sannolikheten att det i närområdet skall finnas tillgång till socialt stöd om det skulle behövas. Det är troligare att få barnvakt eller låna pengar av sina grannar om närområdet genomsyras av en hög grad av tillit och ömsesidighet (Kawachi & Berkman 2000).

Socialt kapital som determinant för barns hälsa

Merparten av forskningen kring sambandet mellan socialt kapital och hälsa är utförd på en vuxenpopulation. Emellertid är även barn aktiva, sociala deltagare i de kontexter som de spenderar sina liv i, såsom hemmiljön, skolan eller närområdet. Hur barn uppfattar det sociala klimatet i dessa kontexter är av betydelse för flera väsentliga utfall, inklusive hälsa och välbefinnande (Kawachi & Berkman 2003, Morrow 1999). Att ha socialt kapital som teoretisk utgångspunkt kan vara ett sätt att operationalisera och förstå hur barn uppfattar sina sociala miljöer och på vilka sätt dessa miljöer inverkar på hälsa och välbefinnande. Emellertid, introduktionen av socialt kapital som en determinant för individers hälsa har kritiserats och ifrågasatts. Kritiken handlar om att den teoretiska förankringen kring begreppet är bristfällig, samt att avsaknaden av en enhetlig definition leder till att socialt kapital har operationaliserats på en rad olika sätt. De individrelaterade definitionerna har ifrågasatts om de i själva verket inte enbart syftar till individers tillgång till sociala nätverk och socialt stöd, och att socialt kapital därmed inte är ett nytt begrepp, utan snarare kan ses som "gammalt vin i nya flaskor" (De Silva 2006).

I två centrala arbeten gör Morrow (1999, 2002) en kritisk genomgång av teoretiska och metodologiska frågor när det gäller begreppet socialt kapital och dess användbarhet när man avser att studera barns hälsa. Putnams definition är enligt Morrow oanvändbar för att studera barn eftersom de är uteslutna från beslutsprocesser på makronivå. Hon pekar också på att forskningen om socialt kapital och barns hälsa har underskattat de sociala nätverkens och kamratgruppers betydelse. Både Coleman och Putnam kritiseras för att de genomgående är blinda för genus och etnicitet. Colemans syn på socialt kapital ignorerar genus utom för att åskådliggöra kvinnors lönearbete som negativt för samhällslig samhörighet och för barnen. Teorin bygger på kärnfamiljen som norm, och inskränker definitionen

av familj till att utesluta andra släktrationer. Dessutom tenderar Colemans teori att överskatta föräldrarnas betydelse och underskatta barnens egen förmåga att producera och investera i sitt eget sociala kapital (Morrow 1999, 2002).

Trots den kritik som riktats mot begreppet har det även sina fördelar. Socialt kapital tillför en multidimensionell beskrivning av, och en större förståelse för hur olika former och nivåer av sociala relationer skapas och är relaterade till varandra. Teorier om socialt kapital är dessutom användbara eftersom de utgör en länk mellan barn och deras omedelbara sociala sammanhang såsom hemmet, skolan och närområdet. Förutom sociala relationer inkluderar även begreppet de normer och den tillit som uppstår i dessa relationer. Företeelser som sedan tidigare är välstuderade, som exempelvis socialt stöd, saknar detta multidimensionella synsätt eftersom de fokuserar på specifika och enskilda aspekter av sociala relationer. Det går inte heller att bortse från att ett stort antal empiriska studier visar att olika dimensioner av socialt kapital är relaterade till utfall såsom hälsa och välbefinnande. Att överge begreppet kan leda till att vi förlorar viktig kunskap om hur människors hälsa kan förbättras.

Merparten av forskningen som studerat sambandet mellan socialt kapital och barns hälsa har fokuserat på en kontext, dvs. antingen hemmets, skolans eller närområdets sociala kapital. Emellertid är det av betydelse att få en samlad bild av barns kontexter, eftersom de befinner sig i och tillhör flera olika miljöer samtidigt (McKenzie & Harpman 2006, Morrow 1999). I nedanstående avsnitt presenteras resultat från empiriska undersökningar om sambandet mellan barns sociala kapital och hälsa utifrån olika kontexter och perspektiv. Avhandlingens primära fokus är att studera det sociala kapitalet i miljöer som ligger utanför hemmets sfär, vilka inkluderar skolan och närområdet. Emellertid, eftersom familjen och hemmet ofta utgör den primära och mest betydelsefulla kontexten för barns hälsa och välbefinnande, är det av vikt att presentera även sådana forskningsresultat. Ett avsnitt belyser hur socialt kapital förhåller sig i olika geografiska kontexter då avhandlingen delvis har en rural – urban utgångspunkt.

Familjens sociala kapital som determinant för barns hälsa

Det finns en mängd studier som undersökt hur kvaliteten på de sociala relationerna i familjen inverkar på barns hälsa och välbefinnande, men bara ett fåtal av dessa har använt socialt kapital som teoretisk utgångspunkt. Två litteraturöversikter har visat att familjens sociala kapital ofta mäts utifrån Colemans begreppsapparat med indikatorer som familjestruktur, kvalitet på barn – föräldrarelationer, föräldrars engagemang, uppmärksamhet och intresse av barnet samt stöd och hjälp från släkt och familj (Ferguson 2006, Parcel *et al.* 2010). Barns välbefinnande främjas i familjer med två föräldrar, i familjer där relationerna

mellan barn och föräldrar är goda, där föräldrarna är engagerade i barnens skolgång och där föräldrar känner barnens vänner och vännernas föräldrar. Välbefinnande främjas också om barnen har goda relationer med släkt och familj (Ferguson 2006). Morgan och Haglund operationaliserade familjens sociala kapital som känsla av tillhörighet till familjen samt autonomi och kontroll. De fann att barn som uppfattar att de umgås lite med sin familj och som tycker att föräldrarna kontrollerar dem för mycket har en ökad risk för låg självrapporterad hälsa (Morgan & Haglund 2009). Att ha lätt för att prata med sina föräldrar betraktas som en indikator för socialt stöd och känsla av tillhörighet till familjen (Currie *et al.* 2008), och har visat sig ha ett positivt samband med barns välbefinnande (Levin & Currie 2010). En longitudinell studie visade att högre nivåer av socialt kapital, mätt som goda relationer med föräldrar samt ett starkt föräldraengagemang leder till bättre mental hälsa hos barn (Rothon *et al.* 2011).

Skolans sociala kapital som determinant för barns hälsa

Skolan spelar en viktig roll för barn. Merparten av skolforskningen fokuserar på skolan som utbildande institution som utvecklar kunskap och färdigheter. Emellertid organiserar också skolan den sociala miljön i vilken barn spenderar en stor del av sin tid. Som en primär plats för social interaktion är därför även skolans sociala kapital av betydelse för barns hälsoutveckling (Morrow 1999). Studier har visat att elever som rapporterar höga nivåer av socialt kapital i skolan uppskattar sin hälsa som bättre jämfört med elever som rapporterar ett bristande socialt kapital (Bond *et al.* 2007, Morgan & Haglund 2009, Way *et al.* 2007). En tvärsnittsstudie visade att elever som hade en bristande känsla av tillhörighet till skolan hade en ökad risk att ha en låg självrapporterad hälsa och att känna sig låg, jämfört med de elever som hade en stark känsla av tillhörighet (Morgan & Haglund 2009). Liknande resultat har även longitudinella studier visat; ett gott skolklimat (mätt som socialt stöd från lärare och klasskamrater samt känsla av medbestämmande) eller att ha en stark känsla av tillhörighet till skolan leder till bättre välbefinnande och en mindre risk att drabbas av psykisk ohälsa (Bond *et al.* 2007, Way *et al.* 2007).

Sambandet mellan skolans sociala kapital och barns hälsoutfall är företrädesvis studerat på individnivå. Emellertid påverkas individer av de grupper som de tillhör, och det kan antas att elever som tillhör samma skola eller skolklass är mer homogena i sin sammansättning (Kawachi & Berkman 2003). Studier har visat att i skolor eller skolklasser med låga nivåer av socialt kapital (med utgångspunkt i begreppets hörnstenar sociala relationer, tillit och normer) tenderar eleverna rapportera en dålig hälsa i högre utsträckning i jämförelse med skolor eller skolklasser med höga nivåer av socialt kapital (Karvonen *et al.* 2005, Modin *et al.*

2011, Sellström & Bremberg 2006, Torsheim & Wold 2001, Virtanen *et al.* 2009). I skolor med låg tillit och låg möjlighet att delaktighet ökar risken att elever rapporterar multipla hälsobesvär och självrapporterad depression (Virtanen *et al.* 2009). Skolklassers nivå av socialt stöd från lärare har ett samband med elevers SHC, där lågt socialt stöd i skolklassen är relaterat till höga nivåer av SHC (Låftman & Modin 2011, Torsheim & Wold 2001). Skolans sociala kapital präglas också av rådande normer (Coleman 1988, Parcel *et al.* 2010). Skolrelaterade krav kan ses som en sådan norm, och är således en del av det sociala kapitalet i skolklassen. Det har också visat sig att normer som höga skolrelaterade krav i skolan eller skolklassen är relaterade till en högre grad av SHC (Karvonen *et al.* 2005, Modin *et al.* 2010, Torsheim & Wold 2001, Virtanen *et al.* 2009).

Närområdets sociala kapital som determinant för barns hälsa

Under senare år har närområdets sociala kapital fått en alltmer framträdande roll som en viktig determinant för barns hälsa. I avhandlingen definieras närområde som det rumsliga, geografiska område inom vilken en individ lever och bor. Dess invånare delar ofta de värderingar och normer som utvecklats i närområdet, vilket skapar en känsla av personlig och social identitet (World Health Organization 1998). I begreppet inkluderas även de sociala aktiviteter som sker i närområdet, som exempelvis föreningsverksamhet. Uppfattningen om storleken och avgränsningen av ett närområde kan variera från person till person. I avhandlingen är avgränsningen baserat på vad barnen själva uppfattar som sitt närområde. I studierna besvaras frågor om "området där du bor" (I, III) och "stället där du bor" (IV).

Forskningsresultat pekar mot att ett lågt socialt kapital i närområdet har ett samband med sämre hälsoutfall. Låga nivåer av socialt kapital i närområdet har visat sig inverka på riskbeteenden hos barn och unga, såsom rökning (Morgan & Haglund 2009) samt drog- och alkoholkonsumtion (Winstanley *et al.* 2008). En av få studier som genomförts i Norden påvisade ett negativt samband mellan 12–18-åringars uppfattningar av socialt kapital (mätt som socialt deltagande och tillit) och rökning och droganvändning (Lundborg 2005). Forskning om sambandet mellan socialt kapital i närområdet och barns självrapporterade hälsa, problembeteenden och mentala hälsa är relativt omfattande, och flera studier har påvisat ett samband mellan dessa faktorer (Almedom 2005, Boyce *et al.* 2008, Curtis *et al.* 2004, De Silva *et al.* 2005, Drukker *et al.* 2005, Drukker *et al.* 2003, Ferguson 2006, Leventhal & Brooks-Gunn 2000, Meltzer *et al.* 2007, O'Brien Caughy *et al.* 2003). Det har visat sig att uppfattningar av bristande trygghet, tillit och ömsesidighet i närområdet har ett samband med låg självrapporterad hälsa och känslomässiga problem bland barn

(Boyce *et al.* 2008, Meltzer *et al.* 2007). Dessutom; låg delaktighet i närområdet har ett samband med låg självrapporterad hälsa (Morgan & Haglund 2009).

Kvalitativ forskning kan skapa en djupare förståelse för hur barn uppfattar och förstår socialt kapital i de sammanhang de befinner sig i. Däremot har endast ett fåtal studier med en kvalitativ ansats identifierats. Barn boende i socialt utsatta stadsområden i England tillfrågades om hur de uppfattar socialt kapital och vilken betydelse det har för hälsa och välbefinnande. Resultatet visade att de sociala nätverken bestående av familj, släkt och vänner var betydelsefulla. Tilliten till och relationerna med grannar var generellt bristfällig, särskilt i områden med många flyttningar. Känslan av tillhörighet kunde främst höras ur de sociala nätverken, men skola, hem och ursprung var också viktiga. Barnen såg sig som aktiva deltagare i samhället och reflekterade kring hur sociala faktorer i deras miljöer inverkar på välbefinnandet (Morrow 2004). I en australiensisk studie intervjuades 9-12-åringar om deras uppfattningar av begreppen närområde och känslan för närområdet (*eng. sense of community*). Begreppen hade främst en interpersonell innebörd, där betydelsen tolkades utifrån relationer, dels till människor de kände väl, såsom familj, vänner och grannar, dels till vänliga, men okända människor. Begreppen relaterade också till plats, såsom bebyggelse och natur, men även till skolan och de fritidsaktiviteter som barnen utövade i närområdet (Pooley *et al.* 2002).

Socialt kapital i urbana och rurala miljöer

Avhandlingen har delvis fokus på olika geografiska kontexter, dvs. rurala och urbana miljöer. De begrepp som används är rural miljö eller glesbygd respektive urban miljö eller tätbygd. Det finns olika sätt att differentiera glesbygd från tätbygd. Skillnaden ligger dels i den fysiska miljön, där glesbygd kännetecknas av naturlandskap, medan tätbygd i högre utsträckning är bebyggt. Skillnaden ligger även i de glesa strukturer som rurala miljöer utgör, med långa avstånd och en annan tillgänglighet till sysselsättning och service i jämförelse med urbana områden (SOU 2003:29). Definitionerna av begreppen utgår ofta från strukturella faktorer såsom arbetsmarknad, geografi och demografi, men i avhandlingen utgår jag från att innebörden i begreppen urban och rural miljö innefattar både strukturella och kulturella dimensioner. Enligt Glesbygdsverkets definition (som baseras på avstånd till närmsta tätort) bor ungefär 77% av Sveriges befolkning i tätorter, medan ca 23% lever i lands- och glesbygder (Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser 2009).

Merparten av forskningen kring socialt kapital och hur det påverkar barns hälsa är genomförd i socialt utsatta, urbana miljöer. Få studier har undersökt hur barn i

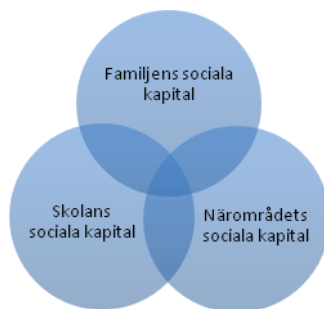
glesbygd uppfattar socialt kapital och vilken betydelse det har för deras hälsa och välbefinnande. Några kvalitativa studier som belyser barns och ungdomars upplevelser av att växa upp i glesbygd har identifierats, men dessa har inte socialt kapital som teoretisk utgångspunkt. I resultaten framkom att ungdomarna, som var i 15–16-årsåldern, uppfattade sitt närområde som tryggt, säkert och som ett bra ställe att växa upp på, men samtidigt beskrevs det som socialt begränsande, klaustrofobiskt och påträngande (Glendinning *et al.* 2003). I en annan studie framkom att unga uppfattade glesbygdskontexten som uttråkande och stigmatiserande, särskilt i situationer då det var svårt att leva upp till de sociala normerna (Shoveller *et al.* 2007). Inga studier som undersöker rurala – urbana skillnader i sambandet mellan socialt kapital och barns hälsa har identifierats. Däremot har man sett rurala – urbana skillnader i sambandet mellan socialt kapital och vuxnas hälsa. Efter kontroll av bakgrundsvariabler så kvarstod sambandet mellan högt socialt kapital och god självrapporterad hälsa endast i det urbana urvalet (Nummela *et al.* 2008). En australiensisk studie presenterade ett positivt samband mellan socialt kapital och mental hälsa oberoende av geografisk kontext (Ziersch *et al.* 2009).

Sammanfattande teoretisk diskussion

Som tidigare nämnts så saknas en enhetlig definition av begreppet socialt kapital. Avhandlingen utgår emellertid från de tre huvudkomponenterna som socialt kapital utgörs av; sociala relationer, tillit och normer. I begreppet sociala relationer ingår de formella, överbyggande sociala nätverken som barn deltar i. Häri inkluderas deltagande och engagemang i föreningsliv och i lokalsamhället. Som tidigare nämnts så präglas dessa nätverk av tunn, generaliserad tillit. Barns sociala nätverk består också av de nära, informella och sammanbindande relationerna. I dessa relationer utvecklas en specifik, massiv tillit. Som en del i begreppet avses också de normer som uppstår i de sociala nätverken. Både nätverkens kvantitet (de strukturella aspekterna) och kvalitet (de kognitiva aspekterna) är av betydelse för avhandlingen. Avhandlingen syftar inte till att vara teorigenererande. Istället är avsikten att det ramverk som socialt kapital utgör ska möjliggöra tolkningar och slutsatser som går bortom enskilda indikatorer, samt fungera som ett sätt att skapa en mer holistisk förståelse för hur barns sociala miljöer inverkar på deras hälsa och välbefinnande.

Slutligen är det nödvändigt att klargöra på vilka sätt man kan tänka sig att de olika sociala miljöerna; hemmet, skolan och närområdet förhåller sig till varandra. Bronfenbrenners ekologiska systemteori beskriver olika nivåer av barns sociala sammanhang och hur de inverkar på barns utveckling. De miljöer som är närmast barnet benämns mikrokontexter, och utgörs av exempelvis familjen, vänner, skolan

och närområdet, och kan ses som åtskiljda från varandra. Mellan dessa mikrokontexter utvecklas emellertid så kallade mesosystem, vilket innebär överlappande nätverk och relationer mellan exempelvis familjen och skolan. Detta synsätt utgår alltså från att de olika miljöerna är separata, men att det mellan dem uppstår nätverk som binder samman och överlappar (Bronfenbrenner 1979). Putnam ser skolan som en del av närområdet och att det sociala kapitalet i närområdet "smittar av sig" till skolans sfär (Putnam 1996). Coleman skiljer mellan socialt kapital inom och utom familjen, där det sociala kapitalet utom familjen utgörs av föräldrars sociala relationer med institutioner i närområdet. Någon närmare förklaring hur det sociala kapitalet inom och utom familjen förhåller sig till varandra ges inte (Coleman 1988). Som tidigare nämnts så finns det få empiriska studier som undersökt barns uppfattningar av socialt kapital och sambandet med hälsa och välbefinnande i flera kontexter samtidigt. Två arbeten fastslår emellertid att det sociala kapitalet i familjen utgör en starkare determinant för social anpassning i jämförelse med skolans sociala kapital. Närområdets sociala kapital inkluderades inte i studierna (Dufur *et al.* 2008, Parcel *et al.* 2010). I Morrors intervjuer framkom att barn uppfattar hemmet, skolan och närområdet som tre miljöer där socialt kapital skapas och produceras. Hemmet och familjen identifierades som något man kunde ha på flera ställen, exempelvis efter föräldrars skilsmässa eller migration. Skolan var betydelsefull för social interaktion, medan närområdet uppfattades som antingen tryggt och säkert eller fientligt (Morrow 2002). Sammanfattningsvis; i den teoretiska och empiriska litteraturen förefaller det som att det sociala kapitalet i de olika miljöerna dels är specifikt för varje kontext, men att det samtidigt är överlappande. I Figur 1 illustreras hur jag tänker mig att de olika kontexterna förhåller sig till varandra.



Figur 1: Illustration över barns sociala kontexter

Motiv för studien

Socialt kapital är ett användbart begrepp för att empiriskt studera olika kontexters sociala strukturer och sambandet med barns hälsa. För delar med att använda socialt kapital som teoretisk referensram är att det möjliggör tolkningar och slutsatser som sträcker sig bortom enskilda indikatorer. Studier har visat att miljöer med bristande socialt kapital har en negativ inverkan på barns självrapporterade hälsa. Emellertid tydliggjorde litteraturgenomgången kunskapsluckor som behöver studeras ytterligare. För det första, tidigare forskning har oftast studerat barns uppfattningar av socialt kapital i *ett* sammanhang, och det finns ett behov av att få en samlad bild av hur det sociala kapitalet förhåller sig till barns hälsa i olika kontexter (Morrow 1999). För det andra, få studier är utförda i de nordiska länderna. Den miljö barn i Sverige växer upp i skiljer sig jämfört med utomnordiska länder vad gäller socialt kapital (Dallago *et al.* 2009), och det kan därför vara problematiskt att överföra resultaten till svenska förhållanden. För det tredje, forskningen om socialt kapital har främst fokuserat på urbana, socialt utsatta närområden. Hur det sociala kapitalet är konstruerat i ett glesbygdssammanhang är föga studerat. Vi vet inte heller så mycket om huruvida det sociala kapitalet skiljer sig mellan urbana och rurala miljöer, eller hur sambandet ser ut.

Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med avhandlingen var att studera barns uppfattningar av socialt kapital i skolan och i närområdet och hur det relaterar till deras självrapporterade hälsa. De specifika frågeställningarna var:

- Hur relaterar barns uppfattningar av skolans sociala kapital till deras självrapporterade hälsa?
- Hur relaterar barns uppfattningar av närområdets sociala kapital till deras självrapporterade hälsa?
- Hur relaterar barns uppfattningar av socialt kapital till deras självrapporterade hälsa ur ett ruralt – urbant perspektiv?

Tabell 1 visar de kontexter och utfall som undersöktes i studierna.

Tabell 1. Översikt av studerade kontexter och utfall.

Kontext/Utfall	Studie I	Studie II	Studie III	Studie IV
Skola	X	X		X
Närområde	X		X	X
Geografisk kontext			X	X
SHC	X	X		
SWB	X		X	X

METOD

Design

Avhandlingen består av fyra delstudier som resulterat i fyra vetenskapliga artiklar. Studie I-III är kvantitativa observationsstudier med tvärsnittsdesign. Den kvantitativa ansatsen valdes för att studera hur olika fenomen fördelar sig mellan olika grupper, för att undersöka samband mellan olika fenomen och för att kunna generalisera resultaten till en större population. Studie IV har en kvalitativ beskrivande design som valdes för att få en djupare förståelse för hur socialt kapital uppfattas av barn i glesbygd. En översikt av studiernas syften, deltagare och metoder presenteras i Tabell 2.

Tabell 2. Översikt av avhandlingens studier.

Syfte	Deltagare	Design och metod	Analys
I) Att undersöka i vilken utsträckning barns uppfattningar av socialt kapital i familjen, skolan och närområdet predicerar SHC och SWB	Barn 11-16 år (n=3926)	Kvantitativ tvärsnittsdesign. Data från Svenska skolbarns hälsovanor, 2001/02. Svarsfrekvens: 87%.	Multipel linjär regressionsanalys med blockvis metod
II) Att fastställa vilken utsträckning krav i skolklasser är relaterat till SHC hos svenska skolbarn	Barn 11-16 år (n=8197)	Kvantitativ tvärsnittsdesign. Data från Svenska skolbarns hälsovanor, 2001/02 och 2005/06. Svarsfrekvens: 86%	Multivariat logistisk regressionsanalys med flernivåteknik
III) Att undersöka sambandet mellan uppfattningar av tillit och trygghet i närområdet och SWB hos barn i rurala och urbana miljöer	Barn 11-16 år (n=3852)	Kvantitativ tvärsnittsdesign. Data från Svenska skolbarns hälsovanor, 2001/02. Svarsfrekvens: 87%.	Multivariat logistisk regressionsanalys
IV) Att beskriva hur socialt kapital uppfattas av barn i glesbygd och belysa vilken betydelse det har för deras välbefinnande	Barn 11-12 år (n=28)	Kvalitativ beskrivande design. Sju fokusgruppintervjuer genomförda januari-mars 2006	Kvalitativ deduktiv innehållsanalys

De kvantitativa studierna

Material, datainsamling och deltagare

Studie I-III baserades på data från enkätundersökningen Svenska skolbarns hälsovanor. Undersökningen har en tvärsnittsdesign och ingår i Världshälsoorganisationens (WHO) samarbetsprojekt Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). År 1983/84 startade den internationella datainsamlingen. Två år senare; 1985/86 medverkade Sverige första gången och sedan dess har datainsamlingar skett regelbundet vart fjärde år (1985/86, 1989/90, 1993/94, 1997/98, 2001/02, 2005/06, 2009/10). Sedan 1993/94 ansvarar Statens Folkhälsoinstitut (FHI)

för den svenska undersökningen. Antalet medverkande länder har successivt ökat, och vid den senaste datainsamlingen 2009/10 deltog 43 länder/regioner i Europa och Nordamerika samt Israel och Armenien (Currie *et al.* 2008, Currie *et al.* 2004, HBSC Website 2012, Statens Folkhälsoinstitut 2003, 2006). I den svenska undersökningen deltar skolor från hela landet. Urvalet är nationellt representativt för elever som går i årskurs 5, 7 och 9 och är i åldrarna 11-16 år. Urvalsprocessen genomfördes i ett tvåstegs klusterurval. Först gjordes tre slumpmässiga urval av skolor i landet, ett per åldersgrupp, och därefter slumpades en klass per skola. Enkäten distribuerades i klassrummet under skoltid till alla närvarande elever i den utvalda klassen. Elever som var frånvarande på grund av sjukdom eller annan anledning följdes inte upp. Frågeformuläret administrerades främst av lärare men ibland av skolsköterska eller annan skolpersonal. Enkäten besvarades enskilt, därefter lade eleverna formuläret i varsitt kuvert de själva förslöt (Statens Folkhälsoinstitut 2003, 2006, Wennerholm & Danielson 2005).

Studie I och III baserades på 2001/02 års datainsamling. I studie I inkluderades 3926 elever. I studie III bestod det slutliga urvalet av de 3852 elever som svarat på frågan: "Hurdan plats bor du på?". Svartalternativen var: storstad/förort till storstad, stad, samhälle och landsbygd. Svaren kategoriserades till rurala områden (svartalternativet landsbygd, $n=708$, 18.4%), och urbana områden (svartalternativen storstad/förort till storstad, stad och samhälle, $n=3144$, 81.6%). Studie II baserades på datainsamlingarna från 2001/02 och 2005/06, där det slutliga urvalet bestod av 8197 elever i 396 skolklasser.

Variabler

Beroende variabler

Studie I och II; Subjektiva hälsobesvär

I studie I och II mättes subjektiva hälsobesvär (SHC) med HBSC Symptom Checklist (HBSC-SCL), som består av åtta frågor. Deltagarna svarade på hur ofta de under de senaste sex månaderna haft: huvudvärk, ont i magen, ont i ryggen, känt sig nere, varit irriterad eller på dåligt humör, känt sig nervös, haft svårt att somna, känt sig yr (Cronbachs α : 0.80 respektive 0.82). De fem svartalternativen varierade från I stort sett varje dag (=4) till Sällan eller aldrig (=0). Instrumentet varierade från 0-32. I studie I behandlades HBSC-SCL som en kontinuerlig variabel där höga värden indikerade hög grad av SHC. I studie II kategoriserades måttet till låg grad av SHC (=0) och hög grad av SHC (=1). Brytpunkten för kategoriseringen sattes, i likhet med tidigare forskning (Simonsson *et al.* 2008) till >1 standardavvikelse från medelvärdet (medelvärde: 9.02, standardavvikelse: 6.20), dvs. deltagare som fick ett värde på 15 eller högre tillhörde gruppen med hög grad av SHC.

Studie I och III; Subjektivt välbefinnande

I studie I och III mättes subjektivt välbefinnande (SWB) med hjälp av en modifierad version av Cantrils stege (Cantril 1965). Deltagarna uppskattade var de står i nuläget avseende sitt liv i största allmänhet genom att markera på en 11-gradig skala som sträcker sig från 0, som motsvarade sämsta tänkbara liv, till 10, som motsvarade bästa tänkbara liv. I studie I behandlades variabeln som kontinuerlig, där höga värden indikerade högt välbefinnande. I studie III dikotomiserades variabeln och brytpunkten sattes till ≤ 6 , vilket motsvarade lågt SWB, och ≥ 7 , vilket motsvarade högt SWB.

Oberoende variabler

Studie I

Uppfattningar av familjens sociala kapital mättes med ett kompositmått av två frågor om hur lätt barnen har att prata med pappa eller mamma (Cronbachs α : 0.65). Svartalternativen var: Mycket lätt (=4), Lätt (=3), Svårt (=2), Mycket svårt (=1), Har ingen/vi träffas inte (=exkluderad). Instrumentet varierade från 2-8, där höga värden indikerade ett högt socialt kapital i familjen. Uppfattningar av skolans sociala kapital mättes med påståendena: "Vår skola är ett trevligt ställe att vara på", "Jag känner att jag hör hemma på den här skolan", "Jag känner mig trygg på den här skolan" (Cronbachs α : 0.84). Svartalternativen var: Instämmer absolut (=5), Instämmer (=4), Tveksam (=3), Instämmer inte (=2), Instämmer absolut inte (=1). Det sammanslagna måttet varierade från 3-15, där höga värden indikerade ett högt socialt kapital i skolan. Uppfattningar av socialt kapital i närområdet mättes med fyra variabler: "Människor hälsar och stannar ofta för att prata med varandra", "Det är tryggt för små barn att leka utomhus på dagen", "Man kan lita på människor häromkring" och "Jag kan fråga mina grannar om jag behöver hjälp med något" (Cronbachs α : 0.71). De fem svartalternativen varierade från Instämmer absolut (=5) till Instämmer absolut inte (=1). I det sammanslagna instrumentet (range: 4-20) indikerade höga värden ett högt socialt kapital i närområdet. Bakgrundsvariablerna var kön, årskurs, familjestruktur (att leva med ingen/en förälder eller att leva med sammanboende förälder/föräldrar) och geografisk kontext (rurala områden eller urbana områden).

Studie II

Uppfattningar av skolrelaterade krav mättes med tre variabler: "Jag har för mycket skolarbete", "Jag tycker att skolarbetet är svårt" och "Jag blir trött av skolarbetet" (Cronbachs α : 0.79). De fem svartalternativen varierade från Instämmer absolut (=4) till Instämmer absolut inte (=0). Variablerna summerades (range: 0-12) och med tanke på flernivåanalyserna centrerades variabeln runt medelvärdet (6.61). Variabeln krav på skolklassnivå konstruerades genom att aggregera individernas

svar. Detta innebar att varje skolklass fick ett medelvärde för kraven i klassen. Variabeln delades in i kvartiler, där den första kvartilen indikerade låga krav i skolklassen och den fjärde kvartilen indikerade höga krav i skolklassen. Variabler för kön, årskurs, familjestruktur (att leva med ingen/en förälder eller att leva med sammanboende förälder/föräldrar) samt år för datainsamlingen (2001/02, 2005/06) inkluderades i analysen.

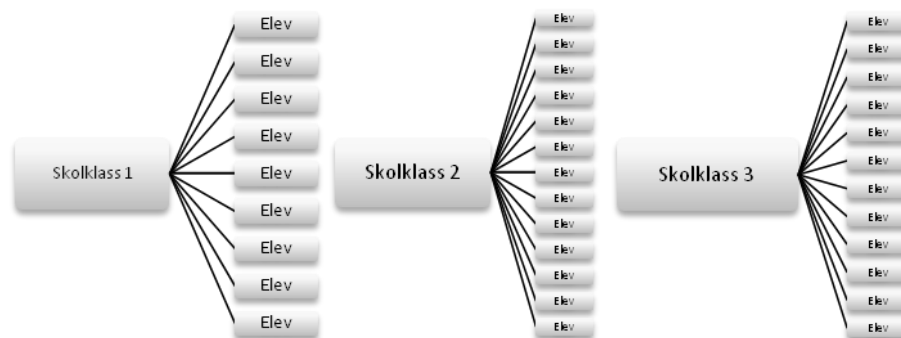
Studie III

Uppfattningar av tillit och trygghet i närområdet mättes med fyra påståenden: "Människor hälsar och stannar ofta för att prata med varandra", "Det är tryggt för små barn att leka utomhus på dagen", "Man kan lita på människor häromkring" och "Jag kan fråga mina grannar om jag behöver hjälp med något" (Cronbachs α : 0.71). De fem svarsalternativen varierade från Instämmer absolut (=4) till Instämmer absolut inte (=0). Svarsalternativen delades in i två kategorier, där Instämmer absolut/Instämmer kodades som 0 och svarsalternativen Tveksam, Instämmer inte samt Instämmer absolut inte kodades som 1. Instrumentet summerades och varierade från 0 (Instämmer absolut/Instämmer på alla fyra variabler) till 4 (Tveksam/Instämmer inte/Instämmer absolut inte på alla fyra variabler). Måttet delades in i tre kategorier: hög tillit och trygghet (Tveksam/Instämmer inte/Instämmer absolut inte på ett eller två av variablerna), måttlig tillit och trygghet (Tveksam/Instämmer inte/Instämmer absolut inte på 2 av variablerna), och låg tillit och trygghet (Tveksam/Instämmer inte/Instämmer absolut inte på 3 eller alla variabler). Modellerna kontrollerades för kön, årskurs, familjestruktur (att leva med ingen/en förälder eller att leva med sammanboende förälder/föräldrar), socialt stöd från föräldrar samt socialt stöd från klasskamrater. Socialt stöd från föräldrar mättes med ett sammanslaget mått bestående av två frågor om hur lätt barnen har att prata med pappa eller mamma (Cronbachs α : 0.65). Svarsalternativen var: Mycket lätt (=4), Lätt (=3), Svårt (=2), Mycket svårt (=1), Har ingen/vi träffas inte (=exkluderad). Variabeln kategoriserades till högt socialt stöd (lätt, mycket lätt att prata med båda föräldrarna), måttligt socialt stöd (lätt/mycket lätt att prata med en förälder) och lågt socialt stöd (svårt/mycket svårt att prata med båda föräldrarna). Socialt stöd från klasskamrater mättes med påståendena: "Eleverna i min klass trivs tillsammans", "De flesta av mina klasskamrater är snälla och hjälpsamma" och "De andra eleverna accepterar mig som jag är", med fem svarsalternativ som varierade från Instämmer absolut (=1) till Instämmer absolut inte (=5) (Cronbachs α : 0.76). Det summerade måttet varierade från 3 till 15, där låga värden indikerade högt socialt stöd. Instrumentet delades in i tre kategorier; högt socialt stöd (3-6), måttligt socialt stöd (7-10), och lågt socialt stöd (11-15).

Statistiska analyser

Samtliga statistiska analyser utfördes i programvaran Statistical Package for Social Sciences (SPSS, version 15 och 17) (I, II, III), förutom flernivåanalyserna (II) som utfördes i programvaran MLwiN (version 2.01). För de multivariata analyserna i studie I användes multipel linjär regressionsanalys med blockvis metod. Metoden valdes för att tydliggöra olika kontexters inverkan på barns SHC och SWB. Förutsättningen för den linjära regressionsanalysen är att den beroende variabeln är kontinuerlig. Oberoende variabler är antingen kontinuerliga eller kategoriska. Analysen anger korrelationen mellan beroende och oberoende variabler, samt hur stor del av variationen i den beroende variabeln som kan förklaras av de oberoende variablerna. Det blockvisa tillvägagångssättet innebär att de oberoende variablerna delas in i olika block. Därefter förs ett block in i modellen. Blockindelningen och i vilken ordning de inkluderas baseras på logiska och/eller teoretiska antaganden (Polit & Beck 2008). I studien inkluderades variablerna i fyra block. Utifrån resultat från tidigare forskning inkluderas de oberoende variablerna utifrån "närheten" till barnet. Resonemanget var att familjen är mest väsentlig, följt av skolan och slutligen närområdet. I det första blocket inkluderades kontrollvariablerna. I det andra blocket lades variabeln för familjens sociala kapital in. I block tre inkluderades variabeln för skolans sociala kapital och i det fjärde och sista blocket fördes variabeln för närområdets sociala kapital in i modellen.

De multivariata analyserna i studie II och III genomfördes med logistisk regressionsanalys. Analysmetoden förutsätter att den beroende variabeln är binär. I det här fallet var utfallsvariablerna kategoriserade till låga eller höga nivåer av SHC (II) och lågt eller högt SWB (III). De oberoende variablerna kan vara kategoriska eller kontinuerliga (Polit & Beck 2008). I studie II genomfördes analyserna med flernivåteknik. Flernivåanalyser drar nytta av hierarkiskt strukturerade data där antagandet är att människor inte bara påverkas av personliga karaktäristika, utan också av de grupper som de tillhör (se Figur 2). Flernivåteknik möjliggör simultana analyser av effekter av oberoende variabler på individ- och grupp nivå för beroende variabler på individnivå, samtidigt som man kontrollerar för confounders (Twisk 2006). I den här studien antog jag att i skolklasser (nivå 2) med en genomsnittligt hög nivå av skolrelaterade krav, rapporterar elever i högre utsträckning en hög nivå av SHC, även efter kontroll av skolrelaterade krav på individnivå (nivå 1) och confounders.



Figur 2. Illustration över hierarkiskt strukturerade data vid flernivådesign. Eleverna (nivå 1) är klustrade i skolklasser (nivå 2).

Etiska överväganden

Studierna har genomförts utifrån gängse forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet 1:2011). FHI medgav tillgång till datamaterialet Svenska skolbarns hälsovanor. Studie I (MIUN 2011/498 § 71.1), II och III (081010 § 22.4) bedömdes av Mittuniversitetets lokala forskningsetiska kommitté inte omfattas av etikprövningslagen. Någon etisk ansökan till forskningsetisk kommitté inför datainsamlingarna har varken gjorts nationellt (av FHI) eller internationellt (av WHO). Uppgifter om hälsa betraktas enligt personuppgiftslagen som känsliga (SFS 1998:204). I datamaterialet förekom emellertid enbart anonyma registeruppgifter, vilket därmed inte är att betrakta som personuppgifter. Men, även anonyma undersökningar kan innehålla centrala etiska problem, särskilt då det handlar om frågor av känslig natur och då undersökningen omfattar grupper som i flera hänseenden kan betraktas som sårbara (SFS 2003:460). Eleverna ska ha fått muntlig och skriftlig information om att medverka var frivillig och anonym. Frågorna i enkäten var delvis av känslig karaktär, och därmed kan det inte uteslutas att deltagandet i studien har medfört obehag för vissa enskilda individer. Beredskapen för att hantera eventuella obehag som uppkom i samband med ifyllandet av enkäten finns inte dokumenterat. Enligt FHI har skolorna rekommenderats att inhämta informerat samtycke från föräldrar, och de föräldrar som *inte* ville att barnet skulle delta i undersökningen ombads skicka tillbaka ett skriftligt nekande. Det har inte gjorts någon uppföljning i vilken utsträckning detta gjorts. Det är problematiskt att det kan saknas informerat samtycke från föräldrarna. Detta skall enligt lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460, § 18) finnas för barn under 15 år och även om det inte här avser personuppgifter så finns anledning att hantera även anonyma data etiskt korrekt.

Den kvalitativa studien

Kontext, procedur och deltagare

Studien har ett glesbygdsperspektiv. Databesamlingen genomfördes i två glesbygdskommuner i norra Sveriges inland. Kommunerna har ungefär 10 000 invånare vardera, och i genomsnitt cirka en invånare/km². Av kommunernas invånare är cirka 95% födda i Sverige. Samhällena där skolorna är belägna erbjuder service såsom vårdcentral, barnomsorg, livsmedelsbutik, bibliotek, bank och idrottsplan. Den genomsnittliga totala inkomsten för invånarna i kommunerna är lägre i jämförelse med övriga kommuner i Sverige. Andelen som högst har en treårig gymnasieutbildning motsvarar riksgenomsnittet (19%), medan en lägre andel har treårig högskole-/universitetsutbildning (riksgenomsnitt: 22%) (Statistiska Centralbyrån 2012).

Kommunerna valdes utifrån att de vid tiden för studiens genomförande per definition var glesbygdskommuner (Sveriges Kommuner och Landsting 2012). Utifrån ett lämplighetsurval valdes en skola i respektive kommun. Efter att projektet förankrats hos rektorerna och klasslärarna, besökte jag klasserna under skoltid och informerade närvarande barn i årskurs 6 muntligt och skriftligt om studien. Antalet barn i klasserna var 18 respektive 19. De barn som ville delta fick ett informationsbrev riktat till vårdnadshavare att ta med sig hem. Informationsbrevet innehöll en svarstalong där vårdnadshavaren undertecknade sitt informerade samtycke till barnets medverkan. Talongen samlades in av klasslärarna. Samtliga barn som ville delta, och som hade vårdnadshavarens skriftliga samtycke inkluderades i studien.

Inklusionskriterier var att deltagarna skulle bo i en glesbygdskommun och gå i årskurs 6. Deltagarna bestod av 18 flickor och 10 pojkar i åldrarna 11-12 år som bodde i mindre samhällen och byar med mellan ett och ungefär 100 hushåll. Merparten hade levt i området hela sitt liv, och vid tidpunkten för databesamlingen levde de flesta i en kärnfamilj och bodde i villa eller jordbruksfastighet. Vissa av deltagarna bodde på släktgårdar med tre generationer boende på samma gård. En del bodde i samhällena där skolan fanns, medan andra hade upp till 20 km till skolan.

Fokusgruppintervjuer

Data insamlades med hjälp av fokusgruppintervjuer. Vid fokusgruppintervjuer är gruppdynamiken väsentlig. Metoden är kostnadseffektiv och genererar data i en social kontext där människor har möjlighet att reflektera över sina och andras erfarenheter och uppfattningar (Patton 2002). Grupperna bildades av barnen

tillsammans med klasslärarna. Konstellationerna skulle helst vara homogena avseende kön, i övrigt fanns inga särskilda önskemål om sammansättningen. Grupperingarna formades skolvis, och totalt bildades sju fokusgrupper med 3-5 deltagare. Fyra grupper bestod av flickor och tre av pojkar. Inledningsvis genomfördes en pilotintervju med fyra flickor som syftade till att testa frågor, formuleringar och val av begrepp. Eftersom det enbart gjordes mindre ändringar i formuleringar av frågor så inkluderades pilotintervjun i det slutliga urvalet. I Tabell 3 beskrivs fokusgrupperna.

Tabell 3. Beskrivning av fokusgrupperna (n=7).

Fokusgrupp (n=7)	Kön	Längd på intervjun	Antal deltagare (n=28)	Skola (n=2)
1 ¹	Flickor	73 min.	4	A
2	Flickor	121	5	B
3	Pojkar	71+26=97 ²	4 (3)	B
4	Flickor	71	4	A
5	Pojkar	51	3	A
6	Pojkar	88	3	B
7	Flickor	86	5	B

¹ Pilotintervju

² Denna session genomfördes i två omgångar: den första sessionen med fyra deltagare avbröts efter 71 min (för att barnen skulle hinna med skolbussen), för att sedan fortsätta ytterligare 26 minuter en annan dag, då med tre deltagare.

Intervjuerna genomfördes utifrån en intervjuguide, som presenteras i tabell 4. Sessionerna leddes av en moderator samt en med-moderator. Som moderator hade jag det övergripande ansvaret för intervjuernas genomförande. Med-moderatorn förde anteckningar, ställde förtydligande frågor, skötte teknisk utrustning och gav en muntlig sammanfattning i slutet av intervjuerna. Intervjuerna ägde rum i skolan i ett avskilt rum under skoltid, och varade mellan 51-121 minuter. De spelades in och skrevs ut ordagrant av mig.

Tabell 4. Intervjuguide.

-	Berätta om stället där ni bor. Vad tycker ni om det stället? Var känner ni att ni hör hemma?
-	Vad brukar barn i er ålder göra efter skolan?
-	Vilka människor är viktiga för barn i er ålder? Varför är dessa människor viktiga?
-	Vad är en vän? Vad är vänner till för?
-	Kan man lita på människor i omgivningen? Vad betyder det att lita på någon?
-	Berätta vad skolan betyder för barn som går i 6:an. Vilka människor i skolan är viktiga?
-	Får barn i er ålder vara med och bestämma över saker som händer i skolan? Berätta...
-	Hur ser det ut på skolan (fysisk miljö)?
-	Hur är stämningen på skolan (psykosocial miljö)?

Innehållsanalys

Datamaterialet analyserades med en kvalitativ deduktiv innehållsanalys inspirerad av Elo och Kyngäs (2008) samt Hsieh och Shannon (2005). Initialt lästes texten för att få en helhetskänsla för innehållet. Ett kategorischema skapades med nyckelbegrepp som relaterade till teorier om socialt kapital. Dessa nyckelbegrepp var: anknytning till närområdet, deltagande i närområdet, sociala nätverk och tillit. Därefter markerades stycken och meningar (dvs. meningsenheter) som kunde sättas i relation till teorier om socialt kapital och välbefinnande. Meningsenheterna kodades, jämfördes och sorterades i kategorier och underkategorier utifrån skillnader och likheter i innehåll.

Etiska överväganden

Studien genomfördes utifrån gängse forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet 1:2011). Initialt skickades en ansökan till den regionala etikprövningsnämnden i Umeå (Dnr: 05-153 § 32/05), som bedömde att projektet inte omfattades av etikprövningslagen. Emellertid gavs ett rådgivande yttrande där nämnden identifierade ett antal etiska problem. Problemen avsåg formuleringar i informationsbrev, risk för identifierbarhet, intervjuform och utformningen av intervjuguide. Problemen beaktades och därefter skickades en reviderad ansökan till Mittuniversitetets forskningsetiska kommitté, som även de bedömde att projektet inte föll inom etikprövningslagens område (2005-12-01, § 6, nr 3). Kommittén hade inga etiska invändningar mot studien men gav några synpunkter som beaktades. Dessa synpunkter handlade om hantering av provintervju samt formuleringar i informationsbrev och intervjuguide. Samtliga deltagare gavs muntlig och skriftlig information om studiens syfte, hur resultatet skulle komma att användas och att materialet behandlades konfidentiellt. De fick mina kontaktuppgifter och information om att jag fanns tillgänglig för eventuella frågor och funderingar som uppkom senare. Lärare på skolorna var informerade om studien om något barn behövde prata med någon efter intervjun. Föräldrar till de barn som ville delta fick skriftlig information liknande den som barnen fick, och gav sitt informerade samtycke till barnets medverkan i studien.

RESULTAT

Studie I: Health outcomes among Swedish children: the role of social capital in the family, school, and neighbourhood

I analysens första block inkluderades bakgrundsvariablerna (kön, årskurs, familjestruktur och geografisk kontext). Modellen visar att flickor rapporterar högre nivåer av SHC och lägre nivåer av SWB i jämförelse med pojkar. Högre nivåer av SHC och lägre nivåer av SWB rapporteras av barn i årskurs 7 och 9 jämfört med barn i årskurs 5, samt av barn som lever med ingen eller en förälder i jämförelse med barn som lever med sammanboende förälder/föräldrar. Modellen visar att det inte finns något samband mellan geografisk kontext (rural – urban miljö) och något av hälsoutfallen. Bakgrundsvariablerna förklarar 6-8% av variationen i SHC och SWB. I det andra blocket inkluderades variabeln för familjens sociala kapital. Modellen visar att barn som uppfattar högre nivåer av socialt kapital i familjen rapporterar lägre nivåer av SHC och högre nivåer av SWB. Familjens sociala kapital förklarar utöver bakgrundsvariablerna 6-10% av variationen i utfallen. I det tredje blocket inkluderades variabeln för skolans sociala kapital, och modellen visar att barn som uppfattar högre nivåer av socialt kapital i skolan rapporterar lägre nivåer av SHC och högre nivåer av SWB. Socialt kapital i skolan förklarar utöver bakgrundsvariablerna och socialt kapital i familjen ytterligare 5-6% av variationen i SHC och SWB. I det fjärde och sista blocket lades variabeln för socialt kapital i närområdet till i modellen. Barn som uppfattar högre nivåer av närområdets sociala kapital rapporterar lägre nivåer av SHC och högre nivåer av SWB. Närområdets sociala kapital förklarar ytterligare 1% av variationen i SHC och SWB, utöver de variabler som inkluderats i de föregående blocken. I sin helhet förklarar modellerna 18-24% av variationen i SHC och SWB.

Studie II: School demands and subjective health complaints among Swedish schoolchildren – A multilevel study

Nästan en femtedel av eleverna rapporterar hög grad av SHC. De bivariata analyserna visar statistiskt signifikanta samband mellan kön, årskurs, familjestruktur och SHC. En hög grad av SHC rapporteras i högre utsträckning av flickor jämfört med pojkar, av elever i årskurs 9 i jämförelse med de i årskurs 5 och 7, samt av elever som lever med ingen eller en förälder jämfört med de som lever med sammanboende förälder/föräldrar. Analyserna visar också att det inte finns någon signifikant skillnad mellan pojkar och flickor i uppfattningar av skolkrav. I de multivariata logistiska regressionsanalyserna med flernivåteknik framkommer att andelen elever med hög grad av SHC varierar mellan skolklasser. Nio procent

av variationen är på skolklassnivå. I flernivåmodellen inkluderades bakgrundsvariabler (kön, årskurs, familjestruktur, år för datainsamling) samt variabler för skolkrav på individ- och skolklassnivå. Modellen visar att oddsen för att rapportera en hög grad av SHC är ungefär 50% högre för elever som går i skolklasser med höga skolkrav, oavsett hur den enskilde eleven uppfattar skolkraven (oddskvot: 1.53; konfidensintervall: 1.02–2.30). Eftersom tidigare forskning visat på ålders- och könsskillnader i skolrelaterade krav; där flickor och äldre elever uppfattar högre krav jämfört med pojkar och yngre elever (Currie *et al.* 2004) så testades även interaktionseffekter. Interaktionsmodellen visar att det finns en interaktion mellan kön och krav på skolklassnivå, som innebär att flickor påverkas i högre utsträckning av höga skolkrav i skolklassen jämfört med pojkar.

Studie III: Perceptions of community trust and safety – consequences for children’s well-being in rural and urban contexts

De bivariata analyserna visar att barn som uppfattar låg tillit och trygghet i närområdet rapporterar låg SWB i högre utsträckning jämfört med de som uppfattar att närområdet präglas av hög tillit och trygghet. Barn boende i urbana områden rapporterar låg tillit och trygghet i närområdet oftare jämfört med barn boende i rurala områden. Det framkommer inga skillnader i SWB mellan barn boende i urbana områden och glesbygdsområden. Multivariata analyser gjordes separat för det rurala och det urbana urvalet. Resultatet för det rurala urvalet visar efter inklusion av bakgrundsvariablerna (kön, årskurs, familjestruktur, socialt stöd från föräldrar samt socialt stöd från klasskamrater) att barn som uppfattar en låg tillit och trygghet rapporterar lågt välbefinnande ungefär dubbelt så ofta jämfört med barn som uppfattar en hög tillit och trygghet i närområdet (oddskvot: 1.96; konfidensintervall: 1.06–3.60). Resultatet för det urbana urvalet är likartat; oddsen för att rapportera lågt SWB är cirka dubbelt så högt bland barn som uppfattar låg tillit och trygghet i jämförelse med de barn som uppfattar en hög tillit och trygghet i närområdet (oddskvot: 2.18; konfidensintervall: 1.69–2.80).

Studie IV: Growing up in rural community – children’s experiences of social capital from perspectives of wellbeing

I fokusgruppintervjuerna uttrycks motstridiga känslor av att leva i ett tryggt och bra område som samtidigt uppfattas som begränsande och isolerat. Barnen hyser starka känslor av tillhörighet till närområdet, och glesbygds miljön beskrivs som trygg och lugn, vilket leder till känslor av frihet. Upplevelsen av sammanhållning och att alla i närområdet känner varandra skapar trygghet:

Anna: Ja, man känner så många här, det är inte precis som om man bor till exempel i en storstad, så kanske det finns någon läskig gubbe som man inte riktigt känner. Men här känner man ju alla, så man är ju inte rädd.

Julia: Jo, men det är väl så att man känner alla, och sen är det så litet så att man... (...)

Caroline: Nä, för att det skulle inte kunna hända nånting. Jag tror inte att någon kommer att skjuta någon på en öppen gata eftersom alla känner varandra här.

Samtidigt beskrivs "livet på landet" som tråkigt, öde och långt från allting. Att bo i ett område med få invånare och med långa avstånd till organiserade fritidsaktiviteter och vänner skapar tristess. Det beskrivs hur den sociala kontrollen i byarna gör så att barnen känner sig tvingade att umgås med barn som bor i närheten, oavsett om de gillar varandra eller inte. Det är inte alltid möjligt att själv välja sina vänner.

I skolan äger en stor del av den sociala interaktionen med vänner rum. Fördelarna med att gå i en glesbygdsskola är att alla känner varandra, vilket skapar tajta, sammanbindande sociala nätverk. Samtidigt beskrivs nackdelar med att gå i en liten skola. Det begränsade urvalet av vänner kan leda till att barnen tvingas umgås med dem de egentligen inte gillar. Dessutom beskrivs risker med att bli utesluten och exkluderad. Till exempel kan det som nykomling i klassen vara problematiskt att bli inkluderad och accepterad.

Deltagande i så kallade överbryggande sociala nätverk sker främst i föreningar, men mötesplatser såsom fritidsgårdar, badhus, bibliotek och kyrkans barnverksamhet beskrivs också som betydelsefulla för social interaktion. Barnen uppfattar emellertid att den geografiska isoleringen med långa avstånd kan inskränka i möjligheterna att delta i föreningsliv. Det framkommer att utbudet av fritidsaktiviteter i närområdet är begränsat och att vissa aktiviteter lagts ner på grund av sviktande deltagarantal.

Vänner är betydelsefulla för barnens välbefinnande. Emellertid beskrivs hinder till att utveckla och utöka sina sociala nätverk; dels på grund av det begränsade utbudet, men också på grund av långa avstånd. Att umgås med vänner utanför skoltiden kräver planering och att föräldrar kan ställa upp med transport. Alternativa sätt att hålla kontakten med vänner beskrivs, såsom chatt, mejl och webbkamera, men barnen föredrar personliga möten. Familjen är också viktig för barns välbefinnande då den erbjuder både emotionellt och praktiskt stöd. Det praktiska stödet är ömsesidigt; barnen beskriver hur föräldrarna exempelvis

ställer upp med transporter medan de hjälper föräldrarna genom att vara barnvakt åt yngre syskon, skotta snö på gården eller laga mat. Det emotionella stödet beskrivs som betydelsefullt, det är viktigt att ha någon i familjen att anförtro sig åt. Det finns en stark samhörighet mellan invånarna i byarna, och barnen beskriver att grannarna utgör en betydelsefull källa för emotionellt och praktiskt stöd och välbefinnande. Barnen uppfattar det som en trygghet att det alltid finns en möjlighet att vända sig till grannarna om de behöver hjälp med något. Emellertid ogillas den sociala kontrollen som utövas av grannar, exempelvis kunde de gnälla eller prata med föräldrarna om barnen haft något ofog för sig.

I intervjuerna diskuteras även uppfattningar av tillit. För barnen innebär massiv tillit att kunna lita på någon, kunna bevara en hemlighet, tala sanning och vara nära och förtroendefull med någon. Det finns en enighet om att tillit är något som man hyser till människor man känner väl, såsom vänner, familj och grannar. Den tunna tilliten; huruvida det är möjligt att lita på människor som man personligen inte känner är inte lika självklart. Vissa beskriver att det är möjligt att lita på människor man inte känner personligen, medan andra är mer tveksamma.

DISKUSSION

Det övergripande syftet med avhandlingen var att undersöka hur barns uppfattningar av socialt kapital i skolan och i närområdet relaterar till deras självrapporterade hälsa. För att besvara syftet användes en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder. Diskussionens inledande del tar upp metodologiska frågor som framkommit under arbetets gång. Den andra delen är en diskussion kring studiernas resultat och utgår från de specifika frågeställningarna. Den sista delen belyser implikationer och ger förslag på fortsatt forskning inom området.

Metodologiska överväganden

Avhandlingen kombinerade kvantitativa och kvalitativa metoder, vilket innebar att det studerade fenomenet belystes ur olika perspektiv. Alla vetenskapliga studier har oavsett ansats och design sina fördelar och brister som bör beaktas i tolkningen av resultatet. I avhandlingen användes socialt kapital som teoretisk referensram, vilket förefaller vara ett användbart ramverk för att skapa förståelse för hur socialt klimat i barns kontexter relaterar till hälsa och välbefinnande. Den kritik som riktats mot begreppet om att föräldrarnas påverkan på barns sociala miljöer överskattats (Morrow 1999) hanterades genom att enbart använda barns självrapporterade uppgifter, där de frågor som ställdes och de variabler som ingick hade tydligt fokus på barnens egna uppfattningar av sina sociala miljöer. Socialt kapital är ett multidimensionellt begrepp som består av strukturella och kognitiva aspekter. I de kvantitativa studierna inkluderades enbart indikatorer för de kognitiva aspekterna, vilket medförde att komplexiteten och flerdimensionaliteten i teorin till viss del gick förlorad. Emellertid utgjorde den kvalitativa studien en möjlighet att få en fördjupad och mer holistisk förståelse för hur barn uppfattar både strukturella och kognitiva aspekter av socialt kapital. Avhandlingen tydliggjorde att barn kan rapportera om och reflektera kring hur de uppfattar sina sociala miljöer, och på vilka sätt dessa miljöer kan verka främjande men också begränsande för hälsan och välbefinnandet. Avhandlingen är ett betydelsefullt bidrag till kunskapsutvecklingen inom området. Nedan belyses frågor som är designspecifika.

De kvantitativa studierna

De kvantitativa studierna beskrev prevalens, fördelning och samband mellan indikatorer för socialt kapital och barns hälsa, och skapade möjligheter för att generalisera resultaten till populationen. Genom att använda ett befintligt datamaterial var jag som forskare helt oberoende i förhållande till studiernas deltagare, men medförde att jag var begränsad till de frågor som ingick i

materialet. En fördel med HBSC är att frågeformuläret är utvecklat under många år, både internationellt och nationellt. Dessutom, Svenska skolbarns hälsovanor består av ett stort, nationellt representativt urval där bortfallsfrekvensen är relativt låg (Currie *et al.* 2008, Currie *et al.* 2004, Statens Folkhälsoinstitut 2003, 2006, Wennerholm & Danielson 2005). Mellan åren 1995-2001 var bortfallet i det svenska materialet i genomsnitt 10-15%. En bortfallsanalys genomförd av FHI visade att orsaker till bortfall på individnivå var frånvaro under datainsamlingen, högt internt bortfall eller att elever inte hade rätt ålder. Skolbortfall inkluderades inte i beräkningen, men det kan ändå ses som en typ av bortfall. Orsaker till bortfall på skolnivå var vanligtvis att det förekom många undersökningar på skolorna samt tidsbrist. På skolnivå visade bortfallsanalysen inga skillnader avseende geografi eller skoltyp (privatskola eller specialskola). Slutsatsen av bortfallsanalysen på skolnivå var därmed att det troligen inte fanns någon systematik i bortfallet och att det inte heller har påverkat resultatet (Wennerholm & Danielson 2005). Trots att bortfallet på individnivå var litet i omfattning är det ändå viktigt att vara medveten om att de faktorer som undersökts kan vara desamma som medverkat till bortfall. Orsakerna till elevers bortfall, exempelvis sjukfrånvaro och skolk kan rimligtvis hänga samman med elevers hälsa och välbefinnande och med aspekter av socialt kapital i olika avseenden.

Tvärsnittsdesignen i de tre kvantitativa studierna gjorde det osäkert att uttala sig om riktningen på de samband som studerats. Studiernas upplägg utgick dock från ett kausalt tankesätt, där resonemanget var att uppfattningar av socialt kapital påverkar hälsan. Det är inte orimligt att tänka sig att sambandet likväl skulle kunna vara omvänt, dvs. att barn som av olika anledningar uppfattade sin hälsa som dålig i högre utsträckning skattade sina sociala miljöer som bristfälliga. Emellertid har flera longitudinella studier påvisat ett kausalt samband där det sociala kapitalet i familjen (Rothon *et al.* 2011) och skolan (Bond *et al.* 2007, Way *et al.* 2007) påverkade olika hälsoutfall bland barn. Närområdets sociala kapital har på liknande sätt visat sig ha en effekt på äldre personers självrapporterade hälsa (Nummela *et al.* 2009).

Det finns en del metodologiska frågor relaterade till studiernas inkluderade variabler som behöver belysas. Både de beroende och oberoende variabler som studerades är validerade, pilottestade och/eller använda i tidigare studier. Instrumentet som mätte SHC (I, II), HBSC-SCL, har i tidigare analyser visat sig ha god face-validitet och tillfredsställande test-retest-reliabilitet (Haugland & Wold 2001). Instrumentet visade även på hög begreppsvaliditet gentemot begrepp som friskhet och hälsa (Wennerholm & Danielson 2005). Faktoranalyser har visat att HBSC-SCL reflekterar en somatisk och en psykologisk dimension (Haugland *et al.* 2001). Emellertid kan instrumentet även betraktas som endimensionellt, vilket

innebär att alla åtta symtom kan slås ihop till ett index som mäter subjektiva hälsobesvär (Haugland *et al.* 2001, Ravens-Sieberer *et al.* 2008). Cantrils stege, som mätte SWB (I, III), har visat på en god test-retest-reliabilitet (Muldoon *et al.* 2010) och hög begreppsvaliditet gentemot allmän tillfredsställelse med livet (Wennerholm & Danielson 2005). Frågorna som mätte familjens sociala kapital (I, III) har ingått i HBSC under många år, och är använt i flertalet länder i Europa och Nordamerika (Currie *et al.* 2004, Karademas *et al.* 2008, Levin & Currie 2010). Frågorna som mätte skolans sociala kapital i studie I har ingått i flera HBSC-undersökningar (Mullan *et al.* 2001) och är använda i tidigare studier (Karademas *et al.* 2008, Morgan & Haglund 2009). Skolrelaterade krav (II) mättes med de tre variabler som föreslagits av HBSC-teamet (Rasmussen *et al.* 2005, Samdal *et al.* 2001) och har ingått i tidigare empirisk forskning (Torsheim & Wold 2001). Frågorna som mätte närområdets sociala kapital är pilottestade (Mullan *et al.* 2001) och använda i tidigare studier som undersökt olika barnhälsoutfall (Boyce *et al.* 2008, Elgar *et al.* 2010, Morgan & Haglund 2009).

Familjers och föräldrars socioekonomiska resurser är en betydelsefull determinant för barns hälsa (Barrett & Turner 2005). I sambandet mellan socioekonomiska resurser och barns hälsoutfall har det visat sig att socialt kapital har en modererande (interaktions) effekt. Effekten av familjens socioekonomiska resurser för barns hälsa är större i närområden med lågt socialt kapital (Elgar *et al.* 2010). I studierna inkluderades familjestruktur som en indikator för familjens socioekonomiska situation (I, II, III). Det har visat sig att sambandet mellan familjestrukturer och barns psykiska hälsa kan förklaras utifrån mekanismer som stödjande familjerelationer, stressande livshändelser, och socioekonomiska resurser, där det tydligt framkom att familjer med en ensamstående förälder har sämre ekonomiska förutsättningar (Barrett & Turner 2005). Trots att effekten av olika familjestrukturer på barns hälsa även kan förklaras av andra mekanismer, förefaller ändå variabeln vara relevant och användbar.

Information om den geografiska kontext (urban – rural miljö) som barnen levde i var självrapporterad och kategoriseringen bred och till viss del oprecis (I, III). Den geografiska kontexten kan uppfattas olika av individer, vilket kan leda till felklassificering och mätfel för variabeln. En objektiv indelning hade gett en mer konsekvent indelning, men några sådana uppgifter fanns inte att tillgå. Emellertid så överensstämde andelen som uppgett att de bor i glesbygd (18%) på ett ungefär med den andel som enligt statistik bor i glesbygd (23%) (Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser 2009).

Slutligen, i studie II behandlades skolrelaterade krav i skolklassen som en indikator för socialt kapital i skolan, och som en determinant för barns SHC.

Skolrelaterade krav ingår vanligtvis inte i definitioner av socialt kapital. Däremot är skolklassers normer en del av skolans sociala kapital (Coleman 1988, Parcel *et al.* 2010). Skolrelaterade krav kan vara en sådan norm och betraktas således som en del av det sociala kapitalet i skolklassen.

Den kvalitativa studien

Styrkan med den kvalitativa studien var att den syftade till att beskriva hur det sociala kapitalet förhåller sig i ett urval (barn) och i en kontext (glesbygd) som sedan tidigare inte var studerat i någon större omfattning. Resultaten i den kvalitativa studien formades i en interaktiv process mellan forskare och deltagare, där jag hade möjlighet att själv välja utgångsfrågor, även om diskussionerna sedan skapades i samspelet mellan studiens deltagare. Studien skapade en djupare förståelse för de processer som sker i mellanmännsliga relationer, och det deduktiva arbetssättet där socialt kapital användes som en teoretisk referensram utgjorde en användbar bas för att strukturera, tolka och analysera resultaten. Emellertid uppkom en del frågor som är av betydelse att belysa.

En aspekt som är betydelsefull att ta hänsyn till vid forskning med barn är det maktförhållande som finns i relationen mellan forskare och barn. Fokusgrupper kan minska maktförhållandet då övriga deltagare i gruppen kan fungera som stöd och ge en känsla av trygghet (Hennessy & Heary 2005). Före intervjuerna var jag noga med att betona att det inte fanns några rätta eller felaktiga svar på de frågor jag ställde, och att det fanns möjlighet att avböja att svara. För att skapa förtrolighet och tillit inleddes varje intervju-session med småprat och fika. Gruppmedlemmarna i fokusgruppintervjuerna kände varandra. Att känna varandra kan främja diskussioner (Hennessy & Heary 2005, Kreuger & Casey 2000), emellertid kan dynamiken vara annorlunda och mer komplex i preexisterande grupper, och konfidentialitetsproblematiken vara mer uttalad (Kreuger & Casey 2000, Patton 2002). Före intervjuerna påmindes barnen om att det var okej att berätta generellt om intervjun för andra, men att de inte skulle berätta specifikt vad någon individ sagt. Deltagarna informerades emellertid om att det fanns risk för att sådana "avslöjanden" kunde förkomma. Antalet deltagare i grupperna var 3-5 elever, vilket är få utifrån de rekommendationer som finns i litteraturen (Hennessy & Heary 2005, Kreuger & Casey 2000). Avsikten var att gruppstorlekarna skulle vara något större, men i praktiken blev detta inte genomförbart eftersom grupperna var självvalda och skulle vara homogena avseende kön. Fokusgrupper med barn rekommenderas emellertid att bestå av mindre grupper eftersom de kan vara mer bekväma för studiedeltagarna (Hennessy & Heary 2005).

Intervjumaterialet analyserades med en deduktiv innehållsanalys. Under analysen användes begrepp som relaterar till teorier av socialt kapital och dessa begrepp

utgjorde fördefinierade kategorier under vilka intervjutexten sorterades. Det deduktiva angreppssättet kan ses som en fördel då teoriernas tillämpbarhet och relevans testas i en ny kontext (Hsieh & Shannon 2005). För att stärka studiens trovärdighet och för att minska risken för felkällor, involverades alla medförfattare (UE, KA, ES) i analysens olika steg. För att öka möjligheterna för läsaren att avgöra om resultaten är överförbara till andra grupper och sammanhang gavs beskrivningar hur urvalsprocessen skett samt beskrivningar av det sammanhang som studien utfördes i (Polit & Beck 2008). Studien har ett glesbygdsperspektiv och urvalet är begränsat till barn som växer upp i en glesbygd och som går i glesbygdsskolor.

Resultatdiskussion

Skolans sociala kapital och barns självrapporterade hälsa

Det sociala kapitalet i skolan var relaterat till barns hälsa och välbefinnande (I, II, IV). Studie I visade att lågt socialt kapital i skolan var korrelerat med låga nivåer av SWB och höga nivåer av SHC. Resultatet tydliggjorde att det sociala kapitalet i familjen, skolan och närområdet var för sig hade ett samband med SWB och SHC, samtidigt som socialt kapital i de olika kontexterna hade en ackumulativ effekt på hälsoutfallen. En nyligen publicerad litteraturöversikt om betydelsen av familjens och skolans sociala kapital för olika barnhälsoutfall visade på liknande resultat (Parcel *et al.* 2010). Trots en stor variation i hur socialt kapital operationaliserats i de inkluderade studierna (emellertid med en uppenbar koppling till Colemans begreppsapparat), tydliggjordes det att socialt kapital i hemmet och skolan kan mätas som två separata variabler, men att det kan finnas en interaktionseffekt och även en ackumulerande effekt mellan familjens och skolans sociala kapital i sambandet till hälsa. De inkluderade studierna använde sig i mycket liten utsträckning av barns självrapporterade uppfattningar av socialt kapital, utan använde objektiva mått eller andra informationskällor, såsom föräldrar eller lärare. Studie I bidrar till ny kunskap inom området då den för det första har en helhetssyn och inkluderade multipla kontexter, dvs. familjen, skolan och även närområdet. För det andra, genom att använda självrapporterade data tydliggjordes barns medvetenhet och förmåga till reflektion kring det sociala klimatet i de miljöer de befinner sig i.

I studie I mättes det sociala kapitalet med hjälp av frågor som rörde barns uppfattningar av tillhörighet till skolan. Känslan av tillhörighet till skolan och dess betydelse för välbefinnandet var också något som lyftes fram i studie IV. Morgan och Haglund använde det engelska HBSC-materialet när de bland annat undersökte barns uppfattningar av skolans sociala kapital och sambandet med självrapporterad hälsa och hälsobeteenden. Den logistiska regressionsanalysen

visade att barn som uppfattade en svag tillhörighet till skolan hade upp till dubbelt så hög risk att rapportera låg hälsa och välbefinnande, jämfört med de som hade en stark känsla av tillhörighet till skolan (Morgan & Haglund 2009). Liknande fynd presenterades även i en grekisk studie (Karademas *et al.* 2008), samt i en longitudinell undersökning från Australien med barn i åldrarna 14-16 år (Bond *et al.* 2007). Känslan av tillhörighet till skolan kan stärkas med hjälp av åtgärder som syftar till att öka elevers inflytande och deltagande i frågor som rör utvecklingen av skolmiljön (Wyn 2009).

I studie II utgjorde skolrelaterade krav på skolklassnivå en indikator för skolklassens sociala kapital. Resultatet visade att i skolklasser med höga skolrelaterade krav var oddsen högre för att eleverna skulle rapportera höga nivåer av SHC, i jämförelse med skolklasser med låga skolkrav (II). Även tidigare forskning som använt flernivåteknik har visat att skolans sociala kapital är av betydelse för individens SHC (Karvonen *et al.* 2005, Låftman & Modin 2011, Modin *et al.* 2010, Torsheim & Wold 2001, Virtanen *et al.* 2009). I en finsk flernivåstudie värderade elever (14-18 år) i vilken grad de uppfattade sig ha multipla fysiska och psykologiska symptom (SHC). Skolpersonal rapporterade hur de uppfattade skolans psykosociala klimat (bl. a. graden av tillit och möjlighet till delaktighet skolan). Resultatet visade att i skolor med låg tillit och möjlighet till delaktighet ökade risken för eleverna att ha multipla hälsobesvär och självrapporterad depression, jämfört med elever i skolor med hög grad av tillit och möjlighet till delaktighet (Virtanen *et al.* 2009). Resultaten i studie II tydliggjorde att hälsa och välbefinnande inte enbart påverkas av individuella faktorer. Rådande normer och värderingar i klassrummet förefaller vara en väsentlig del av skolklassens sociala kapital, och är således av betydelse för hur barn uppfattar sin hälsa. Lärare spelar en viktig roll i skapandet av ett positivt socialt klimat i skolklassen (Sellström & Bremberg 2006), och har möjlighet att tydliggöra vilka krav som ställs och hur eleverna förväntas uppfylla dessa krav. Skolrelaterade krav ska matcha elevers kapacitet och skapa känslor av framgång och utveckling snarare än misslyckande. Program som avser att stödja och uppmuntra lärare i deras arbete förefaller betydelsefullt för det hälsofrämjande arbetet i klassrummet.

I studie II framkom en genuskillnad i sambandet mellan skolkrav på skolklassnivå och SHC, där höga skolkrav i skolklassen inverkar mer på flickors SHC jämfört med pojkars. En svensk avhandling med individbaserade analyser visade dels att flickor upplevde högre arbetsbelastning och krav i skolan, men också att sambandet mellan skolrelaterade krav och olika utfall såsom självskadebeteende, stress och psykiska besvär var starkare bland flickor jämfört med pojkar (Landstedt 2010). Även West och Sweeting visade på liknande

genusskillnader i sambandet mellan skolrelaterade krav och psykisk ohälsa. De förväntningar och normer som finns för att vara pojke respektive flicka kan verka skyddande alternativt utgöra riskfaktorer för barns subjektiva hälsa. Författarna förklarar resultaten utifrån föreställningar om den "machokultur" som genomsyrar föreställningen om att vara pojke, och att detta kan verka skyddande för pojkars psykiska hälsa. Effekten av ett dåligt socialt klimat i skolan kan också ta sig andra uttryck för pojkar, exempelvis genom mer utåtagerande symtom, såsom beteendeproblem eller drogmisbruk (West & Sweeting 2003). Denna förklaring förefaller rimlig även utifrån de resultat som studie II visade, men ytterligare flernivåstudier med ett genusperspektiv behövs för att kartlägga eventuella genusskillnader i sambandet mellan skolans sociala kapital och hälsoutfall.

Närområdets sociala kapital och barns självrapporterade hälsa

Utöver det sociala klimatet i barns närmsta sfärer, dvs. familjen och skolan, var också närområdets sociala kapital av betydelse för den självrapporterade hälsan, även efter att hänsyn tagits till olika bakgrundsvariabler som exempelvis familjens socioekonomiska position. Studie I och III visade att kognitiva aspekter av socialt kapital i närområdet var relaterat till SWB och SHC. Barn som uppfattade att tilliten och tryggheten i närområdet var lågt rapporterade lägre nivåer av SWB och högre nivåer av SHC. Liknande resultat visade även tidigare forskning (Boyce *et al.* 2008, Drukker *et al.* 2005, Meltzer *et al.* 2007, Morgan & Haglund 2009). I Morgan och Haglunds arbete framkom det att barns uppfattningar av socialt kapital i närområdet föreföll minst lika viktigt för självrapporterad hälsa som hur barnen uppfattade familjens socioekonomiska position (Morgan & Haglund 2009). En studie utförd i England med 11–16-åringar visade att uppfattningar av tillit och trygghet i närområdet hade ett starkt samband med mental hälsa. Subjektiva uppfattningar av misstro och otrygghet visade sig vara mer betydelsefulla för emotionella problem jämfört med närområdets faktiska socioekonomiska situation (Meltzer *et al.* 2007). Att uppfatta att närområdet genomsyras av misstro och otrygghet leder troligtvis till ett beteende som präglas av socialt avståndstagande och isolering och därmed ökade hälsobesvär och sämre välbefinnande. Investeringar i barns sociala miljöer är fördelaktigt för alla oavsett social bakgrund, då socialt kapital har en skyddande effekt på hälsa och välbefinnande.

Studie IV belyste betydelsen av det strukturella sociala kapitalet för barns välbefinnande, där deltagande i föreningar och klubbar beskrevs som en möjlighet att umgås med och lära känna nya vänner. Putnam hävdade att människors engagemang och deltagande i lokalt förankrade föreningar och fritidsaktiviteter bygger socialt kapital (Putnam 2000), och kanske framför allt det så kallade överbyggande sociala kapitalet. Det kan därmed ses som betydelsefullt att skapa

förutsättningar för barns engagemang i sådana överbyggande sociala nätverk, och att exempelvis tillhandahålla ställen att utöva sport och kulturella aktiviteter, men också mötesplatser såsom lekplatser och fritidsgårdar. Att göra barn och ungdomar delaktiga i frågor som rör deras sociala liv är en förutsättning för att skapa relevanta aktiviteter och mötesplatser.

Socialt kapital och barns självrapporterade hälsa ur ett ruralt – urbant perspektiv

Barn i rurala områden uppfattade närområdet som mer tryggt och tillitsfullt jämfört med barn i urbana områden (III). Detta var något som även framkom under fokusgruppintervjuerna där tryggheten i glesbygd ställdes i kontrast till föreställningar om hur det är i storstäder (IV). Resultaten i studie IV tydliggjorde också att för barn i glesbygd är uppfattningar av tillit och trygghet kopplat till det familjära och känslan av att alla känner alla. En tolkning av resultaten är att de sociala strukturerna i glesbygd och tätbygd ser olika ut, och skillnaden skulle kunna förklaras utifrån termer av sammanbindande och överbyggande socialt kapital. I närområden med höga nivåer av sammanbindande socialt kapital främjas känslor av sammanhållning, tillhörighet och familjäritet, vilket i sin tur leder till att människor uppfattar sitt närområde som tryggt och tillitsfullt. Det är rimligt att tänka sig att detta fenomen i högre utsträckning präglar glest bebyggda områden. Detta var också något som framkom i en studie som jämfört hur det sociala kapitalet förhåller sig hos vuxna personer som bor i rurala respektive urbana miljöer. Författarna drog slutsatsen att glesbygdscontexter i större utsträckning genererar sammanbindande socialt kapital, som kännetecknas av starkt ömsesidigt stöd inom det egna närområdet och högt deltagande i samhällslivet. Sådant stöd var dock begränsat till dem inom gruppen. Urbana områden karaktäriserades å andra sidan av högre tolerans och individuella initiativ inom det sociala sammanhanget som gav svagare band och så kallat överbyggande socialt kapital (Onyx & Bullen 2000).

Sambandet mellan socialt kapital och självrapporterad hälsa verkade förhålla sig på liknande sätt i urbana och rurala miljöer. Barn som uppfattade låg tillit och trygghet i närområdet rapporterade lågt välbefinnande i högre utsträckning jämfört med de som uppfattade en hög tillit och trygghet i närområdet, oavsett den geografiska kontexten (III). Som tidigare nämnts så kunde inga studier som undersökt rurala – urbana skillnader i sambandet mellan socialt kapital och barns hälsa identifieras. En australiensisk studie med en vuxen population hade däremot ett liknande upplägg. Människor i rurala områden rapporterade högre nivåer av vissa dimensioner av socialt kapital, såsom frekvenser av deltagande i formella och informella sociala nätverk samt känsla av tillhörighet, jämfört med de i urbana

miljöer. Det fanns inga skillnader avseende tillit i de olika geografiska kontexterna. Inte heller fanns det rurala – urbana skillnader i sambandet mellan socialt kapital och självrapporterad mental hälsa (Ziersch *et al.* 2009). Det finns en efterfrågan på forskning som studerar betydelsen av socialt kapital för hälsa bland olika populationer och i olika geografiska kontexter, däribland glesbygdsområden (De Silva 2006). Studien är enligt min kännedom den första som studerat urbana – rurala skillnader i sambandet mellan uppfattningar av socialt kapital och barns hälsa och bidrar därmed till kunskapsutvecklingen inom området. Studiens huvudfynd var att trots att nivåer av trygghet och tillit skiljer sig mellan rurala och urbana områden, så ter sig sambandet till barns självrapporterade hälsa likartat. Emellertid finns det ett behov av ytterligare kvalitativa och kvantitativa studier inom området, som förslagsvis tar hänsyn till den multidimensionella strukturen som teorier av socialt kapital erbjuder.

För barn i glesbygd verkade det vara i skolan som merparten av den sociala interaktionen med vänner ägde rum, och de små skolorna skapade tajta, sammanbindande nätverk som beskrevs som betydelsefulla för välbefinnandet (IV). Resultaten skulle delvis kunna förklaras utifrån skolstorlek. En nyligen publicerad litteraturöversikt gjorde en sammanställning av faktorer som inverkar på elevers känsla av tillhörighet till skolan, som i sin tur påverkar elevers hälsa och välbefinnande. En reducerad klass- och skolstorlek nämndes som en faktor som främjade elevers känsla av tillhörighet och därmed välbefinnandet (Waters *et al.* 2009). Även Putnam resonerade på liknande sätt när han fastställde sin "*dagordning för alla som vill stärka det sociala kapitalet*" (Putnam 2000 s. 422). Att skapa mindre skolor skulle kunna leda till ett större engagemang och deltagande även i överbyggande sociala nätverk, vilket Putnam anser bör höja det sociala kapitalet. Resultaten skulle också kunna tolkas utifrån Colemans studie som visade att antalet avhopp från gymnasiet var färre och undervisningen bättre i katolska och privatägda skolor jämfört med de offentliga skolorna, vilket förklarades utifrån att den sociala strukturen skilde sig mellan skolorna. Föräldrar vars barn går i offentliga gymnasier har färre relationer med varandra, vilket leder till sämre resurser för barn som är i riskzonen, samt till färre påtryckningar avseende försämringar gällande kvaliteten på undervisningen (Coleman, refererad i Putnam 2000). Colemans studie hade skolavhopp och kvalitet på undervisningen som utfall, men det är inte orimligt att tänka sig ett liknande resonemang ur ett hälsoperspektiv. De sociala strukturerna som ofta föreligger i glesbygdsområden där "alla känner alla" och där det finns en hög grad av social kontroll och en närhet mellan föräldrar och mellan föräldrar – elever, kan ses som faktorer som främjar barns välbefinnande och hälsa. Skolans funktion som social mötesplats är

utöver dess utbildande uppgift betydelsefull att ta i beaktande i planeringen av hälsofrämjande skolinterventioner med syfte att skapa stödande miljöer för barn.

För barn som växer upp i glesbygd framkom även aspekter som kan tolkas som ett bristande socialt kapital och som hade en negativ inverkan på välbefinnandet. Små klasser med få elever begränsade urvalet av vänner och det beskrevs att det fanns risk att bli utesluten. Det var också ett begränsat urval av sociala nätverk i närområdet. Detta medförde en inskränkt frihet att själva välja sina vänner. Utbudet av fritidsaktiviteter var litet och barnen uppfattade att de var beroende av föräldrar som skjutsade dem till vänner och fritidsaktiviteter (IV). Det finns också annan forskning som studerat de negativa aspekterna av glesbygdslivet ur ett barn- och ungdomsperspektiv. Känslan av tristess och att det inte finns något att göra var något som framkom i en intervjustudie med kanadensiska ungdomar. För de som inte var intresserade av sportaktiviteter fanns inga alternativ och det beskrevs att konsekvenserna av tristessen kunde vara hälsorelaterade riskbeteenden såsom alkoholkonsumtion. Vidare gavs exempel på negativa konsekvenser av att alla känner alla; risken att bli exkluderad och "märkt" för lång tid framöver var stor om man gjorde ett misstag eller något som inte var socialt accepterat (Shoveller *et al.* 2007). På liknande sätt beskriver även 15–16-åriga barn i Skottland de negativa aspekterna av att växa upp i glesbygd. Det var svårt att vara sig själv och glesbygdslivet beskrevs som klaustrofobiskt och som att leva i en guldfiskskål där det inte fanns möjligheter att vara anonym. Långa avstånd till fritidsaktiviteter och vänner medförde att föräldrarna var tvungna att skjutsa (Glendinning *et al.* 2003). Sammanfattningsvis, den sociala strukturen i glesbygdsområden utgörs av en komplex dynamik mellan att inkluderas och att exkluderas. Studien tydliggör betydelsen av att ta hänsyn till distinktionen mellan de olika formerna av sammanbindande och överbyggande socialt kapital, i synnerhet vid studier av rurala populationer.

Implikationer och fortsatt forskning

Avhandlingen bidrar till en ökad kunskap om hur uppfattningar av socialt kapital relaterar till barns självrapporterade hälsa och ger nya perspektiv med fokus på skola, närområde och urbana – rurala miljöer. Barns erfarenheter och åsikter är betydelsefulla att ta i beaktande i det hälsofrämjande arbetet avseende deras sociala miljöer. Det sociala kapitalet i skolan och närområdet är påverkbart och behöver belysas på den politiska agendan. Avhandlingens resultat kan ligga till grund för utformandet av hälsofrämjande interventioner med fokus på sociala relationer, tillit och normer i skolan och i närområdet.

Utöver det som tidigare nämnts så finns det ytterligare områden som är i behov av fortsatt utveckling och forskning. För det första, begreppsramen kring socialt kapital och dess multidimensionella aspekter ur barns perspektiv behöver utvecklas ytterligare. För det andra, avhandlingen är en av de första som studerat hur barn uppfattar det sociala kapitalet i olika kontexter, och det finns ett behov av ytterligare studier med ett multikontextuellt angreppssätt. För det tredje skulle studier med longitudinell design kunna klargöra kausala riktningar i sambandet mellan uppfattningar av socialt kapital och självrapporterad hälsa.

SLUTSATSER

- Uppfattningar av socialt kapital i familjen, skolan och närområdet har ett samband med barns självrapporterade hälsa, och socialt kapital i de olika kontexterna har en ackumulativ effekt på hälsoutfallen.
- Risken för att rapportera en hög grad av hälsobesvär är högre i skolklasser med höga skolkraV, oavsett hur den enskilde eleven uppfattar skolkraven. Dessutom finns en interaktion mellan kön och krav på skolklassnivå, som innebär att flickor påverkas i högre utsträckning av höga skolkraV i skolklassen jämfört med pojkar.
- Barn i urbana miljöer rapporterar låg tillit och trygghet i närområdet oftare jämfört med barn i rurala områden. Barn som uppfattar låg tillit och trygghet i närområdet rapporterar i högre utsträckning lågt välbefinnande, men det finns inga urbana – rurala skillnader i det sambandet.
- Glesbygdsmiljön skapar komplexa sociala strukturer som både har positiva och negativa konsekvenser för barns välbefinnande. Uppfattningar av tillhörighet, sammanhållning och trygghet kontrasteras mot känslor av tristess, isolering och utanförskap.

TACK

Under mina sju år som forskarstuderande har jag många gånger frågat mig själv: "Är det verkligen värt det?" Vägen har varit lång och bitvis mycket slitsam. Tack vare det stöd och den fina hjälp jag fått från många personer kan jag såhär i efterhand säga: "Jo, det var värt det... och ibland var det faktiskt riktigt roligt!" Jag vill uttrycka min varma tacksamhet till de som har varit behjälpliga i genomförandet av detta arbete.

Först och främst vill jag tacka de barn som delade med sig av sin tid och sina upplevelser och som gjorde den här avhandlingen möjlig. Tack också till skolpersonalen för gott samarbete.

Eva Sellström, huvudhandledare: jag är dig evigt tacksam för att du delat med dig av din kunskap samt för det engagemang, stöd och alla de timmar av handledning som du gett mig. Kenneth Asplund, biträdande handledare: din erfarenhet, kunskap och ditt lugna och empatiska sätt har betytt mycket för mig. Tack båda för att ni har trott på mig! Jag vill tacka medförfattare Jacek Hochwälder som med stor skicklighet guidade mig genom statistiska funderingar och svårigheter.

Att goda sociala relationer är viktiga för välbefinnandet har inte bara min avhandling visat. Mina kollegor vid institutionen för Hälsovetenskap visar mig det varje dag – tack för vardagssamtalen vid fikabordet och för intressanta diskussioner om vetenskapliga frågor. Doktorandgruppen vid institutionen och seminarier under ledning av Marianne Svedlund har tillfört mig mycket kunskap och värdefulla diskussioner. Jag vill tacka Katja Gillander Gådin som under årens lopp och vid ett flertal tillfällen med stort kunnande och engagemang gett värdefulla synpunkter på mitt arbete. Tack också till Heidi Carlerby för alla HBSC-diskussioner och för att du granskat mitt arbete. Lena Junehag, i dig fann jag inte bara en fin kollega utan även en mycket god vän och resesällskap. LenJun Hjuledag - tack för att du delar både skratt och tårar med mig! Åsa Carlsund, jag är så glad över vårt samarbete och våra diskussioner om både forskning och vardag. Din energi smittar!

Tack till mina fina vänner, och särskilt till Veronica, min bästa vän sedan barnsben. Jag är så glad att vi följts åt under alla dessa år och för att du finns i mitt liv. Annica, även om vi bor långt ifrån varann och inte ses så ofta som jag skulle vilja så betyder din vänskap mycket för mig.

Slutligen vill jag tacka min familj. Mamma och pappa, och min bror med familj: tack för att ni alltid finns för mig. Min älskling Marcus, tack för att du vill dela ditt liv med mig och för all kärlek och glädje du ger mig. För att du alltid tror på mig och ger mig perspektiv på det mesta här i livet. Nu är det dags för nya äventyr! Och som min stora idol Lars Winnerbäck har sagt: "Ta min hand, jag följer dig – vi ska åt samma håll!"

Avhandlingen finansierades av institutionen för Hälsovetenskap, Mittuniversitetet. Ebba Danelius fond och Svensk Sjuksköterskeförening har gett finansiellt stöd.

REFERENSER

- Almedom AM (2005) Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science and Medicine* **61**, 943-964.
- Barrett AE & Turner RJ (2005) Family structure and mental health: the mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress. *Journal of Health and Social Behavior* **46**, 156-169.
- Berkman L & Glass T (2000) Social integration, social networks, social support, and health. In *Social epidemiology* (Berkman L & Kawachi I eds.). Oxford University Press, New York.
- Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G & Patton G (2007) Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescent Health* **40**, e9-e18.
- Boyce WF, Davies D, Gallupe O & Shelley D (2008) Adolescent risk taking, neighborhood social capital, and health. *Journal of Adolescent Health* **43**, 246-252.
- Bronfenbrenner U (1979) *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Cantril H (1965) *The pattern of human concerns*. Rutgers University Press, New Jersey.
- Coleman J (1988) Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology* **94**, 95-120.
- Collishaw S, Maughan B, Goodman R & Pickles A (2004) Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **8**, 1350-1362.
- Currie C, Nic G, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Picket W, Richter M, Morgan A & Barnekow V (2008) *Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey*. World Health Organization, Copenhagen.
- Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O & Barnekow Rasmussen V (2004) *Young people's health in context. HBSC study: international report from the 2001/02 survey*. World Health Organization, Copenhagen.
- Curtis LJ, Dooley MD & Phipps SA (2004) Child well-being and neighbourhood quality: evidence from the Canadian National Longitudinal Survey of Children and Youth. *Social Science and Medicine* **58**, 1917-1927.
- Dallago L, Perkins D, Santinello M, Boyce W, Molcho M & Morgan A (2009) Adolescent place attachment, social capital, and perceived safety: a comparison of 13 countries. *American Journal of Community Psychology* **44**, 148-160.

- De Silva M (2006) Systematic review of the methods used in studies of social capital and mental health. In *Social capital and mental health* (McKenzie K & Harpman T eds.). Jessica Kingsley Publishers, London.
- De Silva MJ, McKenzie K, Harpman T & Huttly S (2005) Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health* **59**, 619-627.
- Diener E (2009) Subjective well-being. In *The science of well-being: the collected work of Ed Diener. Social indicators research series* (Diener E ed.). Springer, New York, pp. 11-58.
- Drukker M, Buka SL, Kaplan C, McKenzie K & Van Os J (2005) Social capital and young adolescents' perceived health in different sociocultural settings. *Social Science and Medicine* **61**, 185-198.
- Drukker M, Kaplan C, Feron F & van Os J (2003) Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social Science and Medicine* **57**, 825-841.
- Dufur MJ, Parcel TL & McKune BA (2008) Capital and context: using social capital at home and at school to predict child social adjustment. *Journal of Health and Social Behavior* **49**, 146-161.
- Elgar FJ, Trites SJ & Boyce W (2010) Social capital reduces socio-economic differences in child health: evidence from the Canadian Health Behaviour in School-aged Children study. *Canadian Journal of Public Health* **101**, S23-S27.
- Elo S & Kyngäs H (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* **62**, 107-115.
- Engström K, Mattsson F, Järleborg A & Hallqvist J (2008) Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: a multilevel analysis. *Social Science and Medicine* **66**, 2268-2280.
- Ferguson KM (2006) Social capital and children's wellbeing: a critical synthesis of the international social capital literature. *International Journal of Social Welfare* **15**, 2-18.
- Fombonne E (1998) Increased rates of psychosocial disorders in youth. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* **248**, 14-21.
- Glendinning A, Nuttall M, Hendry L, Kloep M & Wood S (2003) Rural communities and well-being: a good place to grow up? *The Sociological Review* **51**, 129-156.
- Hagquist C (2009) Psychosomatic health problems among adolescents in Sweden - are the time trends gender related? *European Journal of Public Health* **19**, 331-336.
- Hagquist C (2010) Discrepant trends in mental health complaints among younger and older adolescents in Sweden: an analysis of WHO data 1985-2005. *Journal of Adolescent Health* **46**, 258-264.

- Haugland S & Wold B (2001) Subjective health complaints in adolescence - reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence* **24**, 611-624.
- Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE & Woynarowska B (2001) Subjective health complaints in adolescence: a cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *European Journal of Public Health* **11**, 4-10.
- HBSC Website (2012) Health Behaviour in School-aged Children. Available at: www.hbsc.org (accessed 30 January 2012).
- Hennessy E & Heary C (2005) Exploring children's views through focus groups. In *Researching children's experience. Approaches and methods* (Greene S & Hogan D eds.). Sage, London.
- Hetland J (2006) *The nature of subjective health complaints in adolescence: dimensionality, stability, and psychosocial predictors. Doctoral thesis.* Department of Education and Health Promotion, University of Bergen, Bergen.
- Hsieh HF & Shannon SE (2005) Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* **15**, 1277-1288.
- Karademas E, Peppas N, Fotiou A & Kokkevi A (2008) Family, school and health in children and adolescents: findings from the 2006 HBSC study in Greece. *Journal of Health Psychology* **13**, 1012-1020.
- Karvonen S, Vikat A & Rimpelä M (2005) The role of school context in the increase in young people's health complaints in Finland. *Journal of Adolescence* **28**, 1-16.
- Kawachi I & Berkman L (2000) Social cohesion, social capital, and health. In *Social epidemiology* (Berkman L & Kawachi I eds.). Oxford University Press, New York.
- Kawachi I & Berkman L (2003) Introduction. In *Neighborhoods and health* (Kawachi I & Berkman L eds.). Oxford University Press, New York.
- Kreuger RA & Casey MA (2000) *Focus groups. A practical guide for applied research*, 3rd edn. Sage Publications, Thousand Oaks, California.
- Landstedt E (2010) *Life circumstances and adolescent mental health: perceptions, associations and a gender analysis. Doctoral thesis.* Department of Health Sciences, Mid Sweden University, Sundsvall.
- Leventhal T & Brooks-Gunn J (2000) The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin* **126**, 309-337.
- Levin K & Currie C (2010) Family structure, mother-child communication, father-child communication, and adolescent life satisfaction: a cross-sectional multilevel analysis. *Health Education* **110**, 152-168.
- Levin KA, Currie C & Muldoon J (2009) Mental well-being and subjective health of 11- to 15-year-old boys and girls in Scotland, 1994-2006. *European Journal of Public Health* **19**, 605-610.

- Lundborg P (2005) Social capital and substance use among Swedish adolescents - an explorative study. *Social Science and Medicine* **61**, 1151-1158.
- Låftman SB & Modin B (2011) School-performance indicators and subjective health complaints: are there gender differences? *Sociology of Health and Illness*, Epub ahead of print.
- McKenzie K & Harpman T (2006) Meanings and uses of social capital in the mental health field. In *Social capital and mental health* (McKenzie K & Harpman T eds.). Jessica Kingsley Publishers, London.
- Meltzer H, Vostanis P, Goodman R & Ford T (2007) Children's perceptions of neighbourhood trustworthiness and safety and their mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **48**, 1208-1213.
- Modin B, Östberg V, Toivanen S & Sundell K (2010) Psychosocial working conditions, school sense of coherence and subjective health complaints: a multilevel analysis of ninth grade pupils in the Stockholm area. *Journal of Adolescence* **34**, 129-139.
- Modin B, Östberg V, Toivanen S & Sundell K (2011) Psychosocial working conditions, school sense of coherence and subjective health complaints: a multilevel analysis of ninth grade pupils in the Stockholm area. *Journal of Adolescence* **34**, 129-139.
- Morgan A & Haglund BJ (2009) Social capital does matter for adolescent health: evidence from the English HBSC study. *Health Promotion International* **24**, 363-372.
- Morrow V (1999) Conceptualising social capital in relation to the well-being of children and young people: a critical review. *Sociological Review* **47**, 744-765.
- Morrow V (2002) Children's experiences of "community": implications of social capital discourses. In *Social capital for health. Insights from qualitative research*. (Swann C & Morgan A eds.). Health Development Agency, London.
- Morrow V (2004) Children's "social capital": implications for health and well-being. *Health Education* **104**, 211-225.
- Muldoon J, Levin K, van der Sluijs W & Currie C (2010) *Validating mental well-being items of the Scottish Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Survey*. Child and Adolescent Health Research Unit, Edinburgh.
- Mullan E, Currie C, Boyce W, Morgan A, Kalnins I & Holstein B (2001) Social inequality. In *Health Behaviour in School-aged Children: a World Health Organization cross-national study. Research protocol for 2001/02 survey*. (Currie C, Samdal O, Boyce W & et al. eds.). University of Edinburgh, Edinburgh.
- Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser (2009) *Befolkning, service och företagande i Sveriges gles- och landsbygder*. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser, Östersund.

- Nummela O, Sulander T, Karisto A & Uutela A (2009) Self-rated health and social capital among ageing people across the urban-rural dimension. *International Journal of Behavioral Medicine* **16**, 189-194.
- Nummela O, Sulander T, Rahkonen O, Karisto A & Uutela A (2008) Social participation, trust and self-rated health: a study among ageing people in urban, semi-urban and rural settings. *Health and Place* **14**, 243-253.
- O'Brien Caughy M, O'Campo PJ & Muntaner C (2003) When being alone might be better: neighborhood poverty, social capital, and child mental health. *Social Science and Medicine* **57**, 227-237.
- Onyx J & Bullen P (2000) Measuring social capital in five communities. *Journal of Applied Behavioral Science* **36**, 23-42.
- Parcel T, Dufur M & Cornell Zito R (2010) Capital at home and at school: a review and synthesis. *Journal of Marriage and Family* **72**, 828-846.
- Patton MQ (2002) *Qualitative research and evaluation methods*, 3rd edn. Sage, Thousand Oaks, California.
- Petersen S, Bergström E, Cederblad M, Ivarsson A, Köhler L, Rydell A-M, Stenbeck M, Sundelin C & Hägglöf B (2010) *Barns och ungdomars psykiska hälsa i Sverige. En systematisk litteraturöversikt med tonvikt på förändringar över tid*. Hälsoutskottet, Stockholm.
- Polit D & Beck C (2008) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 8th edn. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Pooley JA, Pike LT, Drew NM & Breen L (2002) Inferring Australian children's sense of community: a critical exploration. *Community, Work & Family* **5**, 5-22.
- Poortinga W (2006) Social relations or social capital? Individual and community health effects of bonding social capital. *Social Science and Medicine* **63**, 255-270.
- Portes A (1998) Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology* **24**, 1-24.
- Putnam RD (1996) *Den fungerande demokratin. Medborgarandans rötter i Italien*. SNS Förlag, Stockholm.
- Putnam RD (2000) *Den ensamme bowlaren. Den amerikanska medborgarandans upplösning och förnyelse*. SNS Förlag, Stockholm.
- Rasmussen M, Samdal O, Wolfgang D & Freeman J (2005) School setting. In *Health Behaviour in School-aged Children.: a WHO cross-national study. Research protocol for the 2005/2006 survey* (Currie C & Samdal O, et al., eds.). University of Edinburgh, Edinburgh.
- Ravens-Sieberer U, Erhart M, Torsheim T, Hetland J, Freeman J, Danielson M & Thomas C (2008) An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health* **18**, 294-299.
- Ravens-Sieberer U, Torsheim T, Hetland J, Vollebergh W, Cavallo F, Jericek H, Alikasifoglu M, Valimaa R, Ottova V & Erhart M (2009) Subjective health,

- symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health* **54**, 151-159.
- Rostila M (2008) *Healthy bridges. Studies of social capital, welfare, and health. Doctoral thesis*. Department of Sociology, Stockholm University, Stockholm.
- Rothon C, Goodwin L & Stansfeld S (2011) Family social support, community "social capital" and adolescents' mental health and educational outcomes: a longitudinal study in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Epub ahead of print.
- Samdal O, Torsheim T, Danielson M, Dür W, Hetland J, Unkovska L & Välimaa R (2001) School setting. In *Health Behaviour in School-aged Children. A WHO cross-national study. Research protocol for the 2001/02 survey* (Currie C, Samdal O, Boyce W & Smith B eds.). University of Edinburgh, Edinburgh.
- Sellström E & Bremberg S (2006) Is there a "school effect" on pupil outcomes? A review of multilevel studies. *Journal of Epidemiology and Community Health* **60**, 149-155.
- SFS 1998:204 *Personuppgiftslag*.
- SFS 2003:460 *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*.
- Shoveller J, Johnson J, Prkachin K & Patrick D (2007) "Around here, they roll up the sidewalks at night": a qualitative study of youth living in a rural Canadian community. *Health and Place* **13**, 826-838.
- Simonsson B, Nilsson K, Leppert J & Diwan V (2008) Psychosomatic complaints and sense of coherence among adolescents in a county in Sweden: a cross-sectional school survey. *BioPsychoSocial Medicine (open access)* **2**.
- Socialstyrelsen (2009) *Folkhälsorapport 2009*. Socialstyrelsen, Stockholm.
- SOU 2001:55 *Barns och ungdomars välfärd*.
- SOU 2003:29 *Mot en ny landsbygdspolitik*.
- SOU 2006:77 *Ungdomar, stress och psykisk ohälsa. Analyser och förslag till åtgärder*.
- Statens Folkhälsoinstitut (2003) *Svenska skolbarns hälsovanor 2001/02. Grundrapport*. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm.
- Statens Folkhälsoinstitut (2006) *Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006. Grundrapport*. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm.
- Statistiska Centralbyrån (2012) Statistikdatabasen. Available at: www.scb.se (accessed 30 January 2012).
- Sveriges Kommuner och Landsting (2012) Kommungruppsindelning. Available at: www.skl.se (accessed 30 January 2012).
- Torsheim T, Ravens-Sieberer U, Hetland J, Välimaa R, Danielson M & Overpeck M (2006) Cross-national variation of gender differences in adolescent subjective health in Europe and North America. *Social Science and Medicine* **62**, 815-827.
- Torsheim T & Wold B (2001) School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence* **24**, 701-713.

- Twisk J (2006) *Applied multilevel analysis*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Waters SK, Cross DS & Runions K (2009) Social and ecological structures supporting adolescent connectedness to school: A theoretical model. *Journal of School Health* **79**, 516-524.
- Way N, Reddy R & Rhodes J (2007) Students' perceptions of school climate during the middle school years: associations with trajectories of psychological and behavioral adjustment. *American Journal of Community Psychology* **40**, 194-213.
- Wennerholm P & Danielson M (2005) *Skolbarns hälsa och välbefinnande 1985-2001: En reliabilitets- och validitetsrapport från Skolbarns hälsovanor*. Statens Folkhälsoinstitut, Stockholm.
- West P & Sweeting H (2003) Fifteen, female and stressed: changing patterns of psychological distress over time. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **44**, 399-411.
- Vetenskapsrådet (1:2011) *God forskningssed*. Vetenskapsrådet, Stockholm.
- Winstanley EL, Steinwachs DM, Ensminger ME, Latkin CA, Stitzer ML & Olsen Y (2008) The association of self-reported neighborhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treatment. *Drug and Alcohol Dependence* **92**, 173-182.
- Virtanen M, Kivimäki M, Luopa P, Vahtera J, Elovainio M, Jokela J & Pietikäinen M (2009) Staff reports of psychosocial climate at school and adolescents' health, truancy and health education in Finland. *European Journal of Public Health* **19**, 554-560.
- World Health Organization (1998) *Health promotion glossary*. World Health Organization, Geneva.
- Wyn J (2009) *Youth health and welfare. The cultural politics of education and wellbeing*. Oxford University Press, Melbourne.
- Ziersch A, Baum F, Darmawan I, Kavanagh A & Bentley R (2009) Social capital and health in rural and urban communities in South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* **33**, 7-16.