



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

# Familjebildens betydelse för psykosomatiska symtom hos barn. En litteraturöversikt

Författare: Katrin Olausson

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180 hp  
Examensarbete i folkhälsovetenskap VT 2009

Omfattning: 15 hp

Handledare: Annette Sverker

Examinator: Carin Staland-Nyman

---

Sahlgrenska akademien  
Enheten för socialmedicin

Svensk titel: Familjebildens betydelse för psykosomatiska symtom hos barn. En litteraturöversikt.

Engelsk titel: The effect of the family situation on psychosomatic symptoms of children. A literary review.

Författare: Katrin Olausson

Program: Folkhälsovetenskapligt program 180hp

Omfattning: 15hp

Handledare: Annette Sverker

Examinator: Carin Staland-Nyman

---

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Den sociala situation familjen befinner sig i inverkar på de hälsorisker barnet utsätts för och har betydelse för psykisk hälsa under hela livet. Det är därför viktigt att kunna identifiera riskgrupper i ett tidigt skede för att kunna fånga upp och förebygga samt motverka ohälsa på kort och lång sikt. **Syfte:** Att beskriva familjebildens betydelse för psykosomatiska symtom hos barn. Då familjebilden är ett omfattande begrepp har avgränsningar gjorts med hjälp av tre frågeställningar. Frågeställningarna rör familjens ekonomi, struktur samt härkomst. **Metod:** Litteraturoversikt med deskriptiv design. Insamlade artiklar analyserades genom en manifest innehållsanalys för att svara mot ovanstående syfte. **Resultat:** Studierna visade motsägelsefulla resultat i fråga om föräldrars sysselsättning, barn till föräldrar födda i ett annat land samt barn i familjer med en förälder. Däremot visade det sig att den ekonomiska situationen och boende i en styvfamilj har betydelse för utvecklingen av psykosomatiska symtom hos barn. **Diskussion:** Utifrån förestående studie är det i vissa fall svårt att avgöra vilka barn som är utsatta för högre risk att utveckla psykosomatiska symtom. Detta för att studierna i analysen använt sig av varierande metoder för att granska de bakomliggande faktorerna.

**Sökord:** psykosomatiska symtom, familj, ekonomi, familjestruktur, härkomst, folkhälsa.

## ABSTRACT

**Introduction:** The social situation of the family influences the child's health hazards and has significance for mental health through life. Therefore it is of great importance to early identify groups of risk to be able to prevent illness on short and long time bases. **Aim:** Describe the effect of the family situation on psychosomatic symptoms of children. Since the family situation is a wide concept the field has been narrowed down by three questions of interest. These questions aim to describe the economy of the family, the family structure and origin. **Method:** Literature review with descriptive design. Collected articles were analysed through manifest content analysis to correspond to the aim above. **Results:** The studies showed contradicting results in question of parents' employment, children of parents born in another country and children in single parent-families. However, the economic situation of the family and living in a stepparent-family corresponded to psychosomatic symptoms in children. **Discussion:** The current study implies certain difficulties in determining groups of children at risk of developing psychosomatic symptoms. The said difficulty is to be found in the varying methods used to identify the predictors.

**KeyWords:** Psychosomatic symptoms, family, economy, origin, public health.

## Innehållsförteckning

1 INLEDNING.....	3
2 BAKGRUND .....	3
<b>2.1 Psykosomatiska symtom</b> .....	3
<b>2.2 Familjebild</b> .....	4
2.2.1 Ekonomiskt utsatta barn.....	4
2.2.2 Barn och familjestruktur .....	5
2.2.3 Barn med utländskt ursprung .....	6
<b>2.3 Teoretisk utgångspunkt</b> .....	7
2.3.1 Psykosomatiska symtom, en modell .....	7
3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR .....	9
4. METOD .....	10
<b>4.1 Begrepp</b> .....	10
4.1.1 Psykosomatiska symtom, en definition.....	10
4.1.2 Familjebild .....	10
4.1.3 Familjestruktur .....	10
<b>4.2 Studiedesign</b> .....	11
<b>4.3 Kriterier för urval</b> .....	11
4.3.1 Kriterier för inkludering av artiklar.....	11
4.3.2 Kriterier för exkludering av artiklar .....	11
<b>4.4 Datainsamlingsmetod samt bearbetning</b> .....	11
4.4.1 Sökningar i databaser .....	12
4.4.2 Sekundärsökningar .....	14
4.4.3 Kritisk granskning och bortfall .....	15
<b>4.5 Metod för analys</b> .....	15
5 RESULTAT .....	19
<b>5.1 Metoder som använts i studierna</b> .....	19
5.1.1 Kvalitativt tillvägagångssätt.....	20
5.1.2 Kvantitativt tillvägagångssätt.....	20
<b>5.2 Har familjens ekonomi någon betydelse för barns psykosomatiska symtom?</b> .....	20
5.2.1 Arbetslöshet .....	21

5.2.2 Faktisk ekonomisk situation.....	22
5.2.3 Materiellt välstånd.....	22
<b>5.3 Har familjestrukturen någon betydelse för barns psykosomatiska symtom?</b> .....	23
<b>5.4 Har det någon betydelse för psykosomatiska symtom hos barn huruvida dess föräldrar är födda i det land där de är bosatta?</b> .....	24
6 DISKUSSION .....	26
<b>6.1 Metoddiskussion</b> .....	26
<b>6.2 Resultatdiskussion</b> .....	27
6.2.1 Har familjens ekonomi någon betydelse för barns psykosomatiska symtom? .....	27
6.2.2 Har familjestrukturen någon betydelse för barns psykosomatiska symtom? .....	28
6.2.3 Har det någon betydelse för psykosomatiska symtom hos barn huruvida dess föräldrar är födda i det land där de är bosatta?.....	29
7 SLUTSATS .....	30
REFERENSER.....	32

# 1 INLEDNING

En mängd faktorer ligger till grund för folkhälsan vilken kan ses som ett samspel mellan individens livsstil och förutsättningar att fatta hälsoriktiga beslut samt grundläggande levnadsförhållanden. Folkhälsoarbete syftar till att utjämna ojämlikhet i hälsa och riktar sig till såväl samhälle som individ och befolkning. Folkhälsoproblem kan motarbetas på en rad olika sätt, exempelvis kan det innebära handlingsplaner för speciella målgrupper såsom barn och särskilda sociala grupper eller en koncentration på strukturella faktorer. Social ojämlikhet till grund för ojämlikhet i hälsa har varit ett intresseområde för mig under utbildningen. De sociala villkor människor lever under har stor betydelse för hälsan här och nu såväl som på lång sikt. Psykisk ohälsa är en av de största folkhälsosjukdomarna i Sverige och det har visat sig att psykosomatiska symtom i barndomen är förknippat med psykisk ohälsa även senare i livet. Barns hälsa grundas tidigt i deras liv och kan på många sätt reflektera de villkor föräldrarna lever under. Omgivningen inverkar på hur barn utvecklas vilket kan ha betydelse för hälsan, inte bara i barndomen utan även under hela vuxenlivet. I Sverige idag har nästan alla barn de grundläggande behoven tillgodosedda, dock har de strukturella uppväxtvillkoren fortfarande stor betydelse för hälsotillståndet och hälsa senare i livet. Det är därför viktigt att kunna identifiera riskgrupper i ett tidigt skede för att kunna fånga upp och förebygga samt motverka ohälsa på kort och lång sikt. Därför vill jag i denna uppsats beskriva familjebildens betydelse för psykosomatiska symtom hos barn. Då familjebilden är ett omfattande begrepp har avgränsningar gjorts med hjälp av tre frågeställningar. Frågeställningarna tar upp familjens ekonomi, struktur samt härkomst.

## 2 BAKGRUND

### 2.1 Psykosomatiska symtom

Svenska barn anser sig själva vara friska men psykiska symtom och depressionskänslor har ökat under de senaste årtiondena (Danielsson 2006). Psykiska påfrestningar kan i många fall ta sig uttryck i kroppsliga symtom och smärtstörningar, så kallade psykosomatiska symtom (Bernstein et al. 1997). Psykosomatiska symtom kan se ut på en mängd olika sätt och påminner ofta om andra sjukdomstillstånd (Alfvén 2006). Symtomen kan sägas reflektera två dimensioner där den ena är mer somatisk medan den andra är mer psykisk. I den somatiska dimensionen ses symtom som ont i magen, huvudvärk, ont i ryggen och yrsel. Medan den psykiska består av symtom som nedstämdhet, svårt att sova, irritation och nervositet (Haugland & Wold, 2001; Haugland et al. 2001). De psykosomatiska symtomen kan inte entydigt förklaras av biologiska eller psykoterapeutiska förhållningssätt utan även sociala och psykologiska faktorer måste beaktas (Bernstein et al. 1997).

Stressbegreppet är ofta centralt när man talar om psykosomatiska symtom. Om barn under en längre tid utsätts för höga påfrestningar i form av negativ stress utan tillfälle att återhämta sig kan den negativa stressen övergå i kronisk negativ stress. Kronisk negativ

stress påverkar kroppen på olika sätt och kan resultera i trötthet, sömnsvårigheter och smärtsymtom på olika ställen i kroppen. De vanligaste smärtsymtomen är kroniska magsmärtor och huvudvärk(Bernstein et al 1997; Alfvén 2003). Sårbarhet, exempelvis i form av bristande förmåga att hantera svårigheter, i kombination med yttre påfrestningar har visat sig kunna ligga till grund för psykosomatiska symtom. En mängd olika faktorer så som ekonomiska faktorer, stöd från samhället, föräldrars hälsa, föräldrars känsla av sammanhang, vänskapsrelationer, social kompetens, aktiviteter, kronisk sjukdom och hur väl barnet trivs i skolan är alla faktorer som har visat sig ha betydelse för psykosomatiska symtom hos barn(Berntsson & Köhler 2001; Berntsson, Köhler & Gustafsson 2001).

Psykosomatiska symtom är av stor betydelse för folkhälsan bland barn och ungdomar. Andelen svenska barn i skolåldern som rapporterar psykosomatiska symtom har ökat bland både flickor och pojkar under de senaste årtiondena och det är vanligt att samma individ uppvisar fler än ett symtom åt gången, symtomen uppträder i så kallade kluster. Symtomen ökar med åldern och flickor uppger att de har fler symtom än pojkar. I elvaårsåldern uppger 24procent av flickorna att de har minst ett symtom medan motsvarande siffra för pojkar är 15procent. När flickorna kommit upp i femtonårsåldern anger 48procent att de har symtom, dubbelt så många som i elvaårsåldern. Motsvarande siffra för pojkar är 28procent(Danielsson 2006).

## **2.2 Familjebild**

Familjesituationen är en betydelsefull bestämningsfaktor för problem som kan kopplas till välfärd, trygghet och hälsotillstånd(Vinnerljung 2006). För barn är familjen den primära källan till stöd(Socialstyrelsen 2006) och det har visat sig att relationer inom familjen kan ha stor betydelse för den psykosociala hälsan(Hagekull & Bohlin 2004) medan socialt stöd är av stor vikt för den självskattade hälsan(Pedersen, Granada Alcorn, & Moreno Rodriguez 2004). En stor del av våra beteenden och attityder grundläggs i barndomen(Currie 2000). Självkänsla under barn- och ungdomsåren påverkas också positivt av stöd från föräldrarna och trots att vänner spelar en allt större roll i barnets liv ju äldre det blir är stöd från föräldrarna fortfarande viktigt(Harter 1999). Livsstilsrelaterade vanor såväl som kommunikationsfärdigheter och social kompetens är viktiga färdigheter vilka tillhandhålls genom familjen. Familjen är därför en väsentlig faktor för barns hälsa både i barndomen och i deras vuxna liv(Currie 2000).

### **2.2.1 Ekonomiskt utsatta barn**

När vi i Sverige talar om fattigdom eller ekonomiskt utsatthet handlar det sällan om svält eller djup fattigdom. Ofta handlar det i stället om otillräckliga ekonomiska resurser och låg levnadsstandard. Vad som menas med detta är dock inte uppenbart, resurserna kan vara tillräckliga för att klara sitt uppehälle samtidigt som de i förhållande till andra familjers resurser kan vara knappa(Regeringen 2004; Salonen 2002; Salonen 2009). Familjens ekonomiska situation speglas inte alltid av den registrerade inkomsten,

familjens materiella standard kan vara relativt hög trots låg registrerad inkomst och vice versa (Regeringen 2004). När ekonomisk utsatthet diskuteras bör även tidsaspekten beaktas. Ekonomisk utsatthet under några få månader har visat sig vara mindre problematiskt än utsatthet under flera år (Regeringen 2004; Salonen 2002; Salonen 2009).

Definitionerna på ekonomisk utsatthet varierar vilket medför att uppgifter om hur många barn som lever i ekonomiskt utsatta familjer skiftar (Regeringen 2004; Salonen 2009). Till exempel visar Socialstyrelsen att då inkomsterna ställs i relation till utgifterna lever åtta procent av barn 0-17 år i ekonomiskt utsatta familjer 2001 (Socialstyrelsen 2004). Då låg ekonomisk standard definieras som 60 procent, eller mindre, av medianinkomsten visar Statistiska Centralbyrån att 12.9 procent av barn 0-17 år lever i ekonomiskt utsatta familjer 2001 (Statistiska Centralbyrån 2003). Då Rädda barnen använder sig av definitionen ekonomisk utsatthet som familjer med låg inkomststandard och/eller mottagare av ekonomiskt bistånd definieras 13.6 procent av barnen som ekonomiskt utsatta 2001 (Salonen 2003). Beroende på hur ekonomisk utsatthet definieras skiljer sig resultatet således med drygt fem procentenheter (Regeringen 2004). Resultat från tidigare studier visar att de olika måtten inte alltid mäter samma slags ekonomisk utsatthet, dessutom fångar de olika delar av befolkningen (2002; Salonen 2002).

Familjens ekonomiska resurser påverkar barns förutsättningar och att under lång tid leva med dålig ekonomi kan vara jobbigt för såväl barn som vuxna (Vinnerljung 2006). Familjens ekonomiska resurser inverkar på många områden i ett barns liv, både här och nu och på längre sikt. De ekonomiska resurserna styr bland annat i vilket bostadsområde familjen har råd att bo vilket kan ha betydelse för trygghetskänslan. Dessutom är ekonomiskt utsatta familjer oftare trångbodda och barnen saknar i större utsträckning eget rum i jämförelse med andra familjer. Barnen i dessa familjer deltar även mer sällan i organiserade aktiviteter i jämförelse med andra familjer. Både fysisk och psykisk hälsa hos barn kan påverkas av familjens ekonomiska resurser. Exempelvis är det i jämförelse med andra barn vanligare med psykosomatiska symtom såsom huvudvärk, magsmärtor samt svårigheter att somna hos dessa barn, dessutom känner de sig oftare ledsna, spända, sura eller irriterade (Regeringen 2004).

### 2.2.2 Barn och familjestruktur

År 2006 uppgick antal familjer med hemmaboende barn i åldrarna 0-17 år till nära 1.1 miljoner. Det är vanligast att hemmaboende barn bor med två föräldrar som är gifta eller sammanboende, dessa familjer utgör 76 procent av Sveriges barnfamiljer. Av dessa 76 procent utgörs ca 90 procent av den så kallade traditionella kärnfamiljen och ca 9 procent utgörs enligt statistiken av så kallade ombildade familjer, dock är dessa siffror missvisande då befolkningsregistren endast identifierar sambofamiljer med gemensamma barn. Antalet ombildade familjer underskattas därför och Statistiska Centralbyrån uppskattar antalet till ungefär det dubbla. Familjer med ensamstående föräldrar utgör 24 procent av Sveriges barnfamiljer, 80 procent av dessa är familjer med



en ensamstående mamma medan 20 procent utgörs av ensamstående pappor. Nära 16000 barn i Sverige är adopterade från ett annat land(Statistiska Centralbyrån 2007).

Barn till ensamstående föräldrar har visat sig vara utsatta för högre risk när det kommer till dödlighet, psykisk sjukdom, självmordsförsök, skador och missbruk i jämförelse med barn som bor med båda sina föräldrar(Ringbäck et al. 2003). En allmän förklaring till varför ensamföräldraskap kan ha en negativ effekt på barnets välbefinnande är frånvaron av den andra föräldern. Frånvaro av en förälder betyder ofta att det finns mindre tid över för barnet och dess behov då endast en förälder ska klara av såväl hushållsarbete som försörjning. Dessutom för det ofta med sig en försämrade ekonomi eftersom hushållet skall försörjas på endast en inkomst(Vinnerljung 2006). Ensamstående föräldrar lever generellt sett under mer ofördelaktiga förhållanden än andra föräldrar och under det senaste decenniet har situationen försämrats(Regeringen 2004).

Även barn i ombildade familjer har visat sig vara utsatta för högre risk då det kommer till psykisk ohälsa. Såväl psykosomatiska symtom som psykologiska problem såsom nedstämdhet, irritation och nervositet har visat sig vara vanligare i denna grupp av barn då jämförelse gjorts med barn i så kallade traditionella kärnfamiljer(Låftman & Östberg 2006).

### 2.2.3 Barn med utländskt ursprung

Personer med utländsk bakgrund har i flera avseenden visat större risk för ohälsa än genomsnittligt(Pellmer & Wramner), såväl den fysiska som den psykiska och den självskattade hälsan har visat sig vara lägre än genomsnittet i denna grupp(Karlsen & Nazroo 2002). Ungdomar med utländsk bakgrund löper ökad risk för att på grund av självskadebeteende eller självmordsförsök vårdas på sjukhus. Dessutom vårdas invandrare och barn till invandrare två till tre gånger så ofta som andra på sjukhus på grund av psykosjukdomar. (Socialstyrelsen 2009). Skillnader i hälsa mellan invandrare och infödda svenskar är komplexa. Invandrades orsaksbakgrund kan innefatta företeelser i det land till vilket de migrerat såväl som upplevelser före och under migrationen vilka kan ha betydelse för hälsan även på lång sikt(Statistiska Centralbyrån 2002).

En dryg fjärdedel av alla barn och ungdomar i Sverige har utländsk bakgrund. Gruppen är mycket heterogen men de har gemensamt att minst en av deras föräldrar är födda utanför landets gränser. En del av barnen har bott i Sverige i hela sitt liv medan andra precis kommit till Sverige som invandrare eller flyktingar. Barnens föräldrar kommer från en mängd olika sociala kontexter i olika samhällen i världen. (Statistiska Centralbyrån 2002; Vinnerljung 2006). Invandrare som flyttar till Sverige har beroende på var de kommer ifrån väldigt varierande upplevelser med sig i bagaget som på olika sätt kan påverka hälsan i olika riktningar. Ohälsa bland invandrare kan till viss del kopplas samman med de sociala livsvillkoren i Sverige, andra orsaker kan vara riskfaktorer kopplade till flyktingskap samt att vara ny i det svenska samhället(Statistiska Centralbyrån 2002; Socialstyrelsen 2009). Flyktingar har ofta andra förutsättningar än de som flyttar till Sverige för att bilda familj eller arbeta då de

ofta levt under stor stress i sitt hemland innan flykten. Många flyktingar har varit utsatta för politisk förföljelse eller krig (Statistiska Centralbyrån 2002; Socialstyrelsen 2009) och upplevt skrämmande och kränkande situationer vilket kan leda till att de drabbade utvecklar posttraumatiskt stressyndrom, ångestsyndrom eller depression (Socialstyrelsen 2009; Thabet et al. 2008). Då det kommer till krigsdrabbade barn har både deras egna traumatiska upplevelser och deras föräldrars traumatiska upplevelser visat sig kunna utgöra riskfaktorer med avseende på bland annat posttraumatiskt stressyndrom och ångestsyndrom (Thabet et al. 2008).

Att komma till ett land som invandrare kan innebära att språket såväl som samhällsstrukturen och kulturen i invandringslandet är främmande. Dessutom riskerar invandrare i varierande grad att på grund av sitt ursprung bli diskriminerade, det vill säga att bli bemötta och behandlade på ett annorlunda sätt än andra svenskar. Detta sammantaget kan påverka livsvillkoren i många olika avseenden (Statistiska Centralbyrån 2002; Vinnerljung 2006). Invandrare befinner sig oftare än infödda svenskar i en utsatt social position där arbetslöshet, dålig arbetsmiljö, boende i lågstatusområden och trånga bostäder är vanligare än genomsnittligt. Även här är skillnaden stor mellan olika invandrargrupper i Sverige. Invandrare med europeiskt ursprung har i genomsnitt bättre materiella resurser än utomeuropeiska invandrare och det har visat sig att hälsoproblem generellt sett ökar med utvandringslandets kulturella, ekonomiska och geografiska avstånd. (Statistiska Centralbyrån 2002). Barn med utländskt ursprung lämnar i större utsträckning skolan med ofullständiga betyg än infödda barn vilket för med sig att de är överrepresenterade bland de som inte är behöriga till vidarestudier. Skillnaderna blir större ju kortare tid barnet vistats i det land till vilket de migrerat. Språkliga svårigheter har visat sig kunna ha betydelse i sammanhanget. Barnen ska i många fall lära sig det nya språket samtidigt som de ska försöka tillägna sig kunskaper i de övriga ämnena, ofta på det språk som talas i det land dit de migrerat (OECD 2001; Skolverket 2004).

## **2.3 Teoretisk utgångspunkt**

### **2.3.1 Psykosomatiska symtom, en modell**

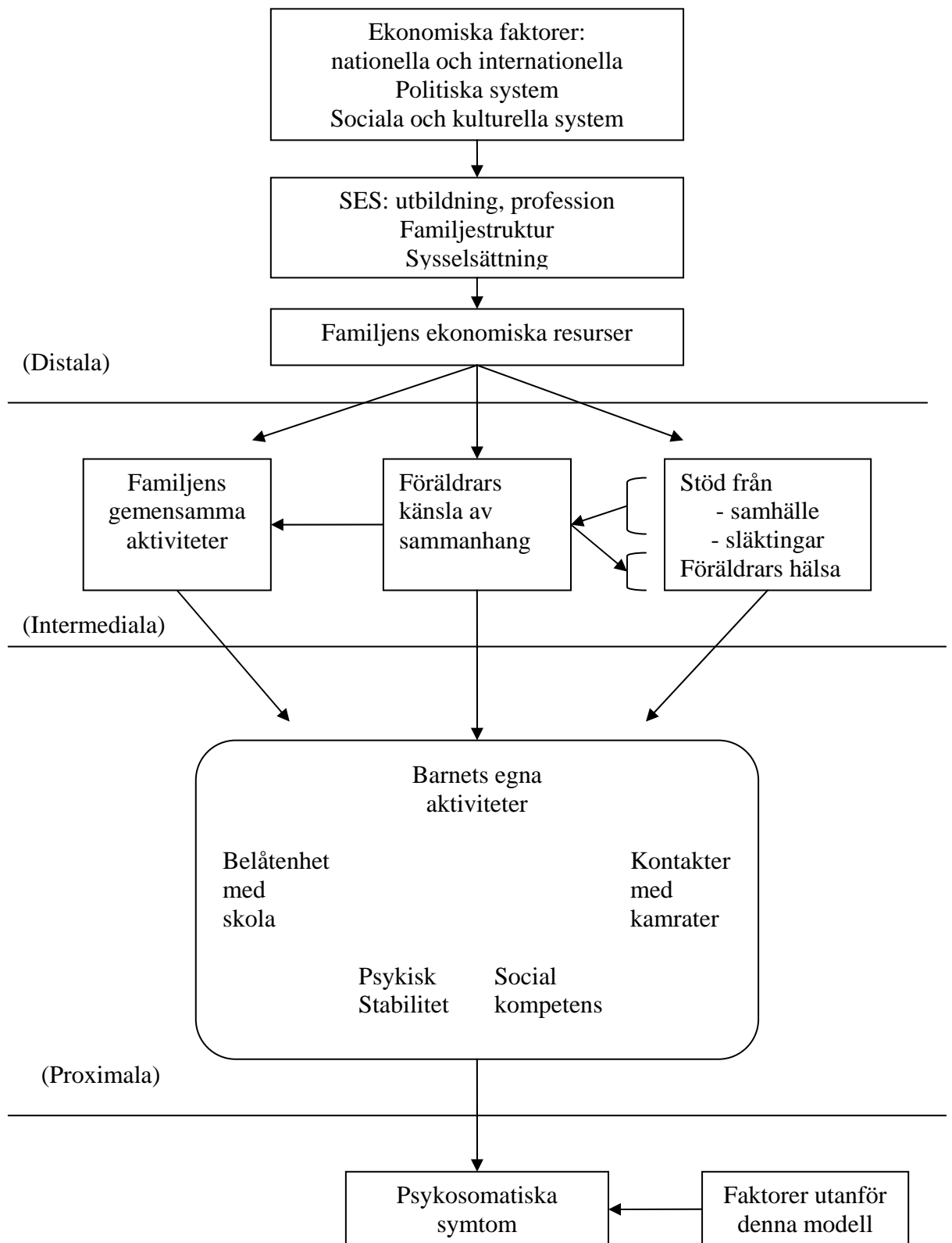
Millard (1994) tog fram en teoretisk modell med kausala samband för barnadödlighet vilken utgår ifrån forskning från epidemiologi, sociologi, pediatrik, psykologi, psykiatri och neurobiologi. Berntsson et al. (2001) har anpassat Millard's (1994) modell (se figur 1 nedan) så den kan användas i analys av psykosomatiska symtom. Modellens teoretiska utgångspunkt är stressteori samt de sätt på vilka barn och föräldrar hanterar sina sociala erfarenheter. Modellen tar hänsyn till variabler i en påverkanskedja på tre olika nivåer vilka alla har direkt eller indirekt inverkan på barns psykiska hälsa; distal nivå (samhället), intermedial nivå (familjen) samt proximal nivå (barnet).

Den distala nivån delas in i tre steg där det översta tar hänsyn till internationella och nationella ekonomiska faktorer, politiska system, samt sociala och kulturella system. Det översta steget påverkar det mellersta vilket behandlar socioekonomisk status med

hänsyn till utbildning och yrke, samt familjestruktur och sysselsättning. Det mellersta steget påverkar i sin tur det understa steget vilket behandlar familjens ekonomiska resurser. Vad som sker på den distala nivån påverkar det som sker på den intermediala nivån.

Den intermediala nivån delas in i tre delar där familjens gemensamma aktiviteter utgör en del, föräldrars känsla av sammanhang en andra och stöd från samhälle och släktingar samt föräldrars hälsa den tredje delen. Stöd från samhälle och släktingar påverkar föräldrars känsla av sammanhang som i sin tur påverkar föräldrars hälsa samt familjens gemensamma aktiviteter. Vad som sker på den intermediala nivån påverkar hur de individuella variablerna på den proximala nivån ter sig, det vill säga barns handlingsmönster.

På den proximala nivån behandlas fem individuella faktorer där barnets egna aktiviteter får utgöra en del, kontakt med kamrater en andra, social kompetens en tredje, psykisk stabilitet en fjärde och den femte och sista delen tar hänsyn till hur belåten barnet är med sin skolsituation. (Berntsson et al. 2001)



Figur 1. Modell för psykosomatiska symtom (Berntsson et al. 2001)

### 3. SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med detta arbete är att beskriva familjebildens betydelse för psykosomatiska symtom hos barn. Då familjebilden är ett omfattande begrepp har avgränsningar gjorts med hjälp av de tre frågeställningarna nedan.

- 1) Har familjens ekonomiska situation någon betydelse för barns psykosomatiska symtom?
- 2) Har familjestrukturen någon betydelse för barns psykosomatiska symtom?
- 3) Har det någon betydelse för psykosomatiska symtom hos barn huruvida dess föräldrar är födda i det land där de är bosatta?

## 4. METOD

I den här delen av uppsatsen presenteras arbetets metodologiska tillvägagångssätt. Först presenteras och förtydligas några av de begrepp som använts. Därefter följer en presentation av studiedesignen vilken efterföljs av ett avsnitt med kriterier för urval. Påföljande avsnitt innehåller en redogörelse för datainsamling samt bearbetning av data. Här beskrivs tillvägagångssätt för databassökningar, sekundärsökningar samt kritisk granskning och bortfall. Dessutom presenteras en tabell över artiklarna i analysen. Till sist redogörs för metoden för analys.

### 4.1 Begrepp

#### 4.1.1 Psykosomatiska symtom, en definition

Med *psykosomatiska symtom* avses psykiska påfrestningar vilka tar sig uttryck i kroppsliga symtom och smärtstörningar (Bernstein et al. 1997). Symtomen kan sägas reflektera två dimensioner där den ena är mer somatisk med symtom som ont i magen och huvudvärk medan den andra är mer psykisk och består av symtom som nedstämdhet, svårt att sova, irritation och nervositet (Haugland & Wold 2001; Haugland et al. 2001). I förestående studie ligger fokus på den somatiska dimensionen.

#### 4.1.2 Familjebild

Med *familjebild* avses den strukturella uppbyggnaden av familjen samt de sociala och ekonomiska förutsättningar familjen lever under.

#### 4.1.3 Familjestruktur

- *Traditionell kärnfamilj*- familj med sammanboende föräldrar där alla hemmaboende barn är gemensamma.
- *Styvfamilj*- familj med sammanboende föräldrar där minst ett barn är enbart mannens eller kvinnans, gemensamma barn kan förekomma.
- *Ensamstående familj*- ensamstående kvinna eller man med hemmaboende barn. (Statistiska Centralbyrån, 2007)

Hur studierna i analysen granskar familjestrukturen i förhållande till psykosomatiska symtom varierar, detta redogörs för i samband med resultaten.

## 4.2 Studiedesign

Studien är en litteraturöversikt med deskriptiv design vilken granskar vetenskapliga artiklar vilka behandlar familjebildens betydelse för psykosomatiska symtom hos barn. Detta görs utifrån tre frågeställningar: 1)Har familjens ekonomiska situation någon betydelse för barns psykosomatiska symtom? 2)Har familjestrukturen någon betydelse för barns psykosomatiska symtom? 3)Har det någon betydelse för psykosomatiska symtom hos barn huruvida dess föräldrar är födda i det land där de är bosatta? Enligt Friberg handlar litteraturöversikten om att ge en bild av kunskapsläget inom ett visst område. Det kan exempelvis handla om att utifrån ett specifikt kunskapsområde göra en översikt av forskningsresultat(Friberg 2006).

## 4.3 Kriterier för urval

### 4.3.1 Kriterier för inkludering av artiklar

- Ämne: psykosomatiska symtom i förhållande till familjebilden.
- Studier på barn och ungdomar.
- Artiklar publicerade i vetenskapliga tidskrifter.
- Artiklar publicerade på engelska.
- Kvalitativa och kvantitativa studier.

### 4.3.2 Kriterier för exkludering av artiklar

- Artiklar publicerade tidigare än 1998.
- Artiklar författade utanför Europa.
- Artiklar vilka handlar om barn med någon form av kronisk sjukdom så som exempelvis diabetes eller astma.

## 4.4 Datainsamlingsmetod samt bearbetning.

#### 4.4.1 Sökningar i databaser

Sökningar efter artiklar utfördes i databaserna SCOPUS, PsycINFO och PubMed/Medline. Sökorden psychosomatic symptoms, family och parent användes i kombination i de olika databaserna. De kombinationer vilka användes framgår av tabell 1 nedan där även antal sökträffar för respektive kombination kan utläsas. För psychosomatic symptoms användes ett antal synonymer vilka också framgår av tabellen. Intentionen från början var att göra en litteraturoversikt på artiklar författade i Sverige men snart insågs att underlaget var alldeles för klen. Sökningarna utökades då till att innefatta artiklar författade i hela Skandinavien. Inte heller denna sökning gav ett tillfredsställande underlag då åtta av de arton artiklar sökningarna resulterade i inte kunde användas. Således utökades sökningarna till artiklar författade i Europa. Författare, publiceringsår och titel på de artiklar som togs fram och lästes i fulltext går att utläsa av tabell 1 och tabell 2. De artiklar vilka sedan valdes ut till analysen är svartmarkerade i tabellerna.

**Tabell 1. Den systematiska litteratursökningen**

Datum sökning	Data bas	Sökord	Urval	Sök träffar	Antal granskade abstracts	Artiklar granskade i fulltext. Författare, publiceringsår och titel
2009-04-02	PubMed	“Psychosomatic complaints” AND (family OR parent*)	0-18år 1998-2009	20	10	<b>Östberg, 2006. Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren.</b> <i>Bertsson, 2006. Health, economy and social capital in Nordic children and their families: a comparison between 1984 and 1996.</i> <i>Brolin, 2006. The pros and cons of social relations: an analysis of adolescents' health complaints.</i> <i>Ghazinour, 2003. Do parental rearing and personality characteristics have a buffering effect against psychopathological manifestations among Iranian refugees in Sweden?</i> <i>Eisenberg, 2001. The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior.</i> <i>Bertsson, 2001. Psychosomatic complaints in schoolchildren: a Nordic comparison.</i> <i>Bertsson, 2001. Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2-17 years in the five Nordic countries. Comparison between 1984 and 1996.</i> <b>Bertsson, 2000. Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years.</b>
2009-04-02	PubMed	“Psychosomatic symptoms” AND	0-18år 1998-2009	30	7	<b>Santalahti, 2005. Have there been changes in children's</b>

		(family OR parent*)				<p><b>psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland.</b></p> <p><i>Reinhardt Pedersen, 2005. Does financial strain explain the association between children's morbidity and parental non-employment?</i></p> <p><i>Erginoz, 2004. Perceived health status in a Turkish adolescent sample: risk and protective factors.</i></p> <p><b>Reinhardt Pedersen, 2002. Parents' labour market participation as a predictor of children's health and wellbeing: a comparative study in five Nordic countries.</b></p>
2009-04-02	PubMed	Psychophysiological disorders AND (family OR parent*)	0-18år 1998-2009	118	15	<p><b>Olsson, 2008. Health behaviours, risk-taking and conceptual changes among schoolchildren aged 7 to 19 years in semi-rural Sweden.</b></p> <p><b>Fröjd, 2007. The association of parental monitoring and family structure with diverse maladjustment outcomes in middle adolescent boys and girls.</b></p> <p><i>Piko, 2007. Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors.</i></p> <p><i>Sourander, 2005. Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence. A prospective follow-up study from age 8 to 16.</i></p> <p><i>Gådin, 2000. School-related health--a cross-sectional study among young boys and girls.</i></p>
2009-04-02	PubMed	"Psychiatric complaints" AND physical symptoms	0-18år 1998-2009	6	3	<p><i>Piko, 2007. Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviours among Hungarian adolescents.</i></p> <p><i>Karvonen, 2005. The role of school context in the increase in young people's health complaints in Finland.</i></p> <p><b>Clausson, 2003. School nurses' view of schoolchildren's health and their attitudes to document it in the school health record--a pilot study.</b></p>
2009-04-02	PsycINFO	AB=Psychosomatic complaints AND AB=(family OR parent*)	0-17,år 1998-2009	8	1	
2009-04-02	PsycINFO	AB= Psychosomatic symptoms AND AB=(family OR parent*)	0-17år 1998-2009	21	6	<p><b>Sharma, 2007. Revisiting an era in Germany from the perspective of adolescents in mother-headed single-parent families.</b></p>



2009-04-02	PsycINFO	AB= Psychiatric complaints AND physical symptoms	0-17år 1998-2009	1	1	
2009-04-02	Scopus	TI+AB+KW="weekly health complaints" AND child*	1998-2009	2	1	<b>Koivusilta, 2006. Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position?</b>
2009-04-02	PsycINFO	AB=psychosocial health AND AB=family	0-17år 1998-2009	11	3	<b>Piko, 2007. Socioeconomic Status, Psychosocial Health and Health Behaviours among Hungarian Adolescents.</b>
2009-04-06	Scopus	KW= "psychosocial health" AND KW=family	1998-2009	6	2	
2009-04-06	Scopus	KW= Psychosomatic AND KW= family AND child*	1998-2009	84	14	<b>Ödegaard, 2003. Children who suffer from headaches – a narrative of insecurity in school and family</b>
			<b>Totalt</b>	<b>307</b>	<b>63</b>	<b>24</b>

Sökkombinationerna gav ett totalt antal träffar på n=307 artiklar, samtliga inkluderades för bedömning av titel (se figur 2.). De artiklar vilka vid granskning av titel inte bedömdes behandla ämnet valdes bort. Anledning till exkludering kunde exempelvis vara artiklar vilka handlade om barn med någon form av kronisk sjukdom såsom diabetes eller astma. Abstracts på övriga artiklar granskades och ännu ett urval gjordes där de artiklar vilka inte svarade mot inklusionskriterierna valdes bort. Även litteraturöversikter uteslöts vid denna granskning. Tjugofyra artiklar togs fram och lästes i fulltext, åtta av dessa motsvarade inte urvalskriterierna och sorterades bort. Det lämnade sexton artiklar vilka motsvarade kraven för inkludering i analysen.

#### 4.4.2 Sekundärsökningar

Sekundärsökningar från referenslistor och på upphovsuppgifterna utfördes. Enligt Östlundh (Friberg 2006) är detta en nödvändighet då allt inte går att hitta via elektronisk väg och det finns risk för att litteratur av stor vikt förbises. Sekundärsökningarna resulterade i ytterligare sju artiklar för granskning i fulltext (Se tabell 2).

**Tabell 2. Sekundärsökning efter artiklar till analys**

<b>Författare, publiceringsår och titel.</b>
<b>Harland, 2002. Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children.</b>
<b>Bakoula, 2006. Prevalence of recurrent pain among Greek schoolchildren and associated factors: A population-based study.</b>
<b>Due, 2003. Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations.</b>
<i>Groholt, 2003. Recurrent pain in children, socio-economic factors and accumulation in families.</i>
<i>Halldorsson, 2000. Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents. A comparative study of the five Nordic countries.</i>

*Halldórsson. 1999. Socioeconomic differences in health and well-being of children and adolescents in Iceland.*

**Mijnke. 2004. Comparison of self-reported emotional and behavioural problems in Turkish immigrant, Dutch and Turkish adolescents.**

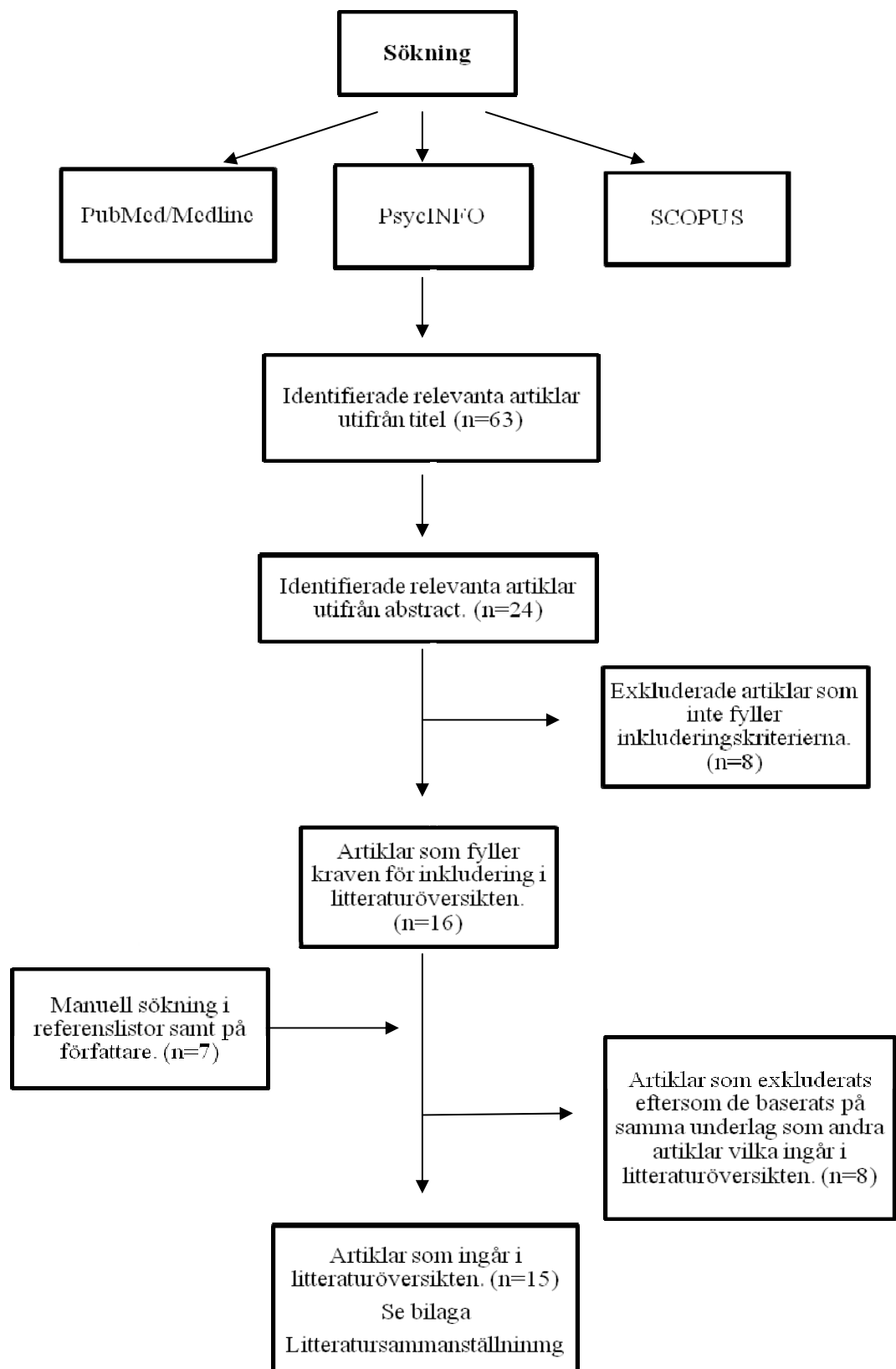
#### 4.4.3 Kritisk granskning och bortfall

Sammanlagt hittades tjugotre artiklar vilka motsvarar kraven för analys(se figur 2). Vetenskapligheten i dessa artiklar granskades utifrån Segestens(Friberg 2006) fyra kriterier, redovisar ny kunskap, är möjlig att granska, har varit utsatt för bedömning samt publicering på engelska.

Efter närmare granskning av artiklarna upptäcktes att åtta av artiklarna var baserade på samma underlag, dessutom var två av de andra artiklarna även de baserade på gemensamt underlag. Då en analys med samtliga av dessa artiklar skulle ge ett snett resultat valdes de artiklar ut vilka svarade bäst mot syfte och frågeställningar. De artiklar vilka inte tillförde något nytt till föreliggande studie uteslöts. Åtta av artiklarna valdes bort vilket lämnade femton artiklar till analysen. I tabell 3 nedan ges en sammanställning av artiklarna till analysen, här presenteras även de nummer vilka artiklarna erhållit och som sedan refereras till i resultat och diskussion när artikeln ifråga tas upp.

#### 4.5 Metod för analys

De femton artiklar vilka valdes ut till analysen lästes upprepade gånger för att uppnå en god förståelse för innehållet(Friberg 2006). För att svara på frågeställningarna gjordes en manifest innehållsanalys av resultaten. En manifest innehållsanalys innebär att analysen bygger på textens faktiska innehåll, tillgängligt på samma sätt för varje läsare(Rosengren & Arvidsson 1992). Det material i artiklarna vilket svarade mot någon av frågeställningarna identifierades och plockades ut. Därefter har materialet sorterats i tre olika områden under lämpliga rubriker. Var och en av de tre frågeställningarna utgör ett område under vilka resultat relevanta den specifika frågeställningen samlats. Området under den första frågeställningen, Har familjens ekonomiska situation någon betydelse för barns psykosomatiska symtom?, delades sedan in i tre teman med lämpliga underrubriker; (i) Arbetslöshet, (ii) Faktisk ekonomisk situation och (iii) Materiellt välstånd.



Figur 2. Flödesschema för urval av artiklar

**Tabell 3. Översikt av artiklar i analysen (n=15)**

<b>Nr. och Författare</b>	<b>Titel</b>	<b>Syfte</b>	<b>Design, Metod</b>	<b>Urval</b>	<b>Resultat</b>
<b>Nr.1 Due et.al</b>	Socioeconomic health inequalities among a nationally representable sample of Danish adolescents...	Undersöka vilken roll sociala relationer spelar i ungdomars ojämlikhet i hälsa.	Kvantitativ Standardiserat frågeformulär/ statistisk analys	5205 ungdomar 11-, 13- och 15år	Ungdomar från familjer med lägre SES rapporterade fler fysiska och psykologiska symtom
<b>Nr.2 Pedersen &amp; Madsen</b>	Parents' labour market participation as a predictor of children's health and ....	Studera sambandet mellan föräldrars sysselsättning och barns hälsa och välbefinnande.	Kvantitativ Frågeformulär/ statistisk analys	10317 barn, 2-17 år	Barn i familjer där inga föräldrar arbetat de senaste sex månaderna hade högre prevalens av psykosomatiska symtom, kronisk sjukdom och lågt välbefinnande.
<b>Nr.3 Santalahti et.al</b>	Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland.	Undersöka om prevalensen av somatiska symtom ändrades mellan -89 och -99 samt att studera föräldrars och barns rapporteringar av barns symtom.	Kvantitativ Standardiserat frågeformulär/ statistisk analys	985 barn, 8år samt 962 barn, 8år	Prevalensen ökade något mellan 1989 och 1999. Föräldrar undgick ofta att identifiera sina barns psykosomatiska symtom. Somatiska symtom rapporterade av barnen kunde sammankopplas med beteendemässiga symtom, hyperaktivitet och depression.
<b>Nr.4 Sharma &amp; Silbereisen</b>	Revisiting an era in Germany from the perspective of adolescents in mother-headed single-parent families.	Hypotes 1: Ungdomar vilka bor med endast sin mamma och de som bor med båda sina föräldrar har liknande sociala och familjerelaterade hälsoutfall Hypotes 2: Ungdomar i familjer med mamma och styvpappa visar fler sociala och familjerelaterade hälsoutfall	Kvantitativ Frågeformulär/ statistisk analys	1302 hemma-boende ungdomar	Ungdomar vilka bor i singelhushåll med sin mamma hade liknande utfall som de som bor med sina biologiska föräldrar utom i ett avseende, familjens levnadsförhållanden. Ungdomar boende i familjer med sin mamma och en styvpappa visade minst gynnsamma resultat.
<b>Nr.5 Harland et al.</b>	Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children.	Identifiera barn med ökad risk för beteendemässiga och emotionella problem grundat i familjens- samt sociodemografiska egenskaper, samt nyligen inträffade händelser	Kvantitativ Standardiserat frågeformulär/ statistisk analys	4171 barn 4-17 år	Familjens egenskaper och nyligen inträffade livshändelser visade det starkaste sambandet med beteendemässiga- och känslomässiga problem.
<b>Nr.6 Janssen et al.</b>	Comparison of self-reported emotional and behavioural problems in Turkish immigrant, Dutch and Turkish adolescents.	Jämföra självrapporterade emotionella och beteendemässiga symtom hos turkiska immigranter, infödda nederländare samt infödda turkiska ungdomar.	Kvantitativ Standardiserat frågeformulär/ statistisk analys	3569 ungdomar 11-18år	Turkiska ungdomar i Nederländerna visade ökad risk för oro/depression, tillbakadragenhet och inåtriktade klagomål jämfört med nederländska ungdomar. Nederländska ungdomar visade högre risk för somatiska klagomål och brottsligt beteende. Turkiska ungdomar boende i Nederländerna visade ökad risk för brottsligt beteende jämfört med turkiska ungdomar i Turkiet.

<b>Nr.7 Olsson et.al</b>	Health behaviours, risk-taking and conceptual changes among schoolchildren aged 7 to 19 years in....	Beskriva rollen av olika faktorer som kan ha betydelse för glädje och välbefinnande hos barn och ungdomar.	Kvantitativ Frågeformulär/ statistisk analys innehållsanalys av öppen fråga	2181 ungdomar 7-19år	Beteendeförändring störst mellan 11 och 14år. Flickor hade en snabbare förändringsprocess än pojkar. Barn upplevde stress i förhållande till kamrater, föräldrar och lärare. Eftersökte större utbud av fritidssysslor, en plats var de kan träffa vänner samt vuxna som bryr sig om.
<b>Nr.8 Piko &amp; Fitzpatrick</b>	Socioeconomic Status, Psychosocial Health and Health Behaviours among Hungarian Adolescents.	Försöka definiera SES-markörers generella roll gällande inflytandet på ungdomars psykosociala hälsa och hälsobeteenden.	Kvantitativ Frågeformulär/ statistisk analys	1114 ungdomar 14-21år	SES-självuppskattning och familjestruktur betydelsefulla markörer för ungdomars psykosociala hälsa. Föräldrars sysselsättning och utbildningsbakgrund begränsat inflytande på hälsoutfall.
<b>Nr.9 Fröjd et.al</b>	The association of parental monitoring and family structure with diverse maladjustment outcomes...	Studera sambandet mellan familjestruktur, föräldrakontroll och missanpassning	Kvantitativ Frågeformulär/ statistisk analys	17643 ungdomar 14-16år	Ju mindre föräldrar visste om vänner och barns tillhåll, desto vanligare var missanpassning. Icke-intakt familjestruktur associerades med missanpassning oavsett föräldrakontroll.
<b>Nr.10 Koivusilta et.al</b>	Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence or....	Studera tre grupper av indikatorer av social stratifiering och hur de inverkar på olika dimensioner av hälsa hos ungdomar	Kvantitativ Standardiserat frågeformulär/ statistisk analys	5394, 12-, 14- och 16-åriga ungdomar	Samband: ojämlikhet i hälsa och ungdomars sociala position samt familjens sociala position Familjens materiella välstånd visade bara svaga eller inga samband
<b>Nr.11 Östberg et.al</b>	Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren	Undersöka sambandet mellan psykosomatiska symtom och hushållets socioekonomiska tillstånd	Kvantitativ Standardiserat frågeformulär/ statistisk analys	5390 ungdomar 10-18-år	Flickor huvudvärk och ont i magen oftare än pojkar, skillnaderna ökade med åldern. Ekonomisk stress samband med huvudvärk och sömnsvårigheter. Barn i singelhushåll fler symtom än i familjer med två föräldrar.
<b>Nr.12 Berntsson &amp; Gustafsson</b>	Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years.	Undersöka bestämningsfaktorer för psykosomatiska symtom hos barn	Kvantitativ Frågeformulär/ statistisk analys	1163 barn 7-12år	Samband: mammans hälsa, barnets mentala stabilitet, kontakter med kamrater och sjukdom under lång tid eller invaliditet, nöjdhet med skola, social kompetens, aktiviteter, föräldrars KASAM och familjens ekonomi.
<b>Nr.13 Clausson et.al</b>	School nurses' view of schoolchildren's health and their attitudes to document it in the school health record...	Att belysa skolsköterskors syn på skolbarns hälsa samt deras attityder till att dokumentera densamma i skolans sjukjournal.	Kvalitativ Semistrukturerad intervju/ kvalitativ innehållsanalys	12st skol- sköterskor	Vanligaste anledningen för besök var psykosomatiska symtom. Enligt sköterskorna var detta relaterat till individen, skolan och familjen.
<b>Nr.14 Ödegaard et.al</b>	Children who suffer from headaches – a narrative of insecurity in school and family	Att analysera barns beskrivningar av deras huvudvärk och deras tankar runt symtomen.	Kvalitativ Intervjustudie/ deskriptiv innehållsanalys	14 barn 10-12år	Barnen associerade genomgående sin huvudvärk till förutsättningar i skola och osäkerhet eller konflikt i familjen.
<b>Nr.15 Bakoula et.al</b>	Prevalence of recurrent pain among Greek schoolchildren and associated factors....	Ta reda på prevalensen av RCP samt undersöka sambandet RCP och sociodemografiska- och psykosociala faktorer.	Kvantitativ Frågeformulär/ statistisk analys	8130 barn 7år	Prevalens: 7,2%. Samband: kroniska hälsoproblem, dåliga skolresultat, mycket TV-tittande och barn som sällan lekte med andra barn. Inga samband: SES och familjestruktur och

## 5 RESULTAT

I den här delen av uppsatsen presenteras de resultat i artiklarna vilka svarar mot syfte och frågeställningar. Först kommer en kort presentation av det metodologiska tillvägagångssättet i artiklarna. Därefter följer en presentation av resultaten kategoriserad efter de tre frågeställningarna. Här presenteras först resultaten till frågeställning ett; Har familjens ekonomiska situation någon betydelse för barns psykosomatiska symtom?, vilken har delats in i tre underrubriker. (i)Arbetslöshet, (ii)Faktisk ekonomisk situation och (iii)Materiellt välstånd. Därefter presenteras resultaten till den andra frågeställningen, Har familjestrukturen någon betydelse för barns psykosomatiska symtom?, Till sist presenteras frågeställning nummer tre; Har det någon betydelse för psykosomatiska symtom hos barn huruvida dess föräldrar är födda i det land där de är bosatta? Resultaten under varje frågeställning inleds med en tabell över de sätt på vilka de olika artiklarna undersöker de olika variablerna. Siffrorna inom parenteserna, både i tabellerna och i resultattexten, motsvarar de siffror artiklarna tilldelats i tabell 3.

### 5.1 Metoder som använts i studierna

Två olika metoder har i grunden använts i de olika studierna; kvalitativa(13, 14) och kvantitativa(1-12, 15). Inom de olika metoderna har sedan olika tillvägagångssätt för att samla in data tillämpats. Olika informanter har använts för att svar på frågor kring barnens symtom samt de faktorer de olika studierna undersöker i förhållande till symtomen. Fem av studierna i analysen använder sig av fler än en kategori informanter. I tabell 4 nedan presenteras en översikt över insamlingsmetod uppdelad efter informanterna. Under rubriken annan informant ingår lärare, skolsköterskor och hälso- och sjukvårdspersonal.

**Tabell 4** Insamlingsmetod uppdelat efter informanter

<i>Barn och ungdomar</i>			
<b>Insamlingsmetod</b>	<b>Kvantitativ</b>	<b>Kvalitativ</b>	<b>Totalt</b>
Frågeformulär	9		9
Enskild intervju		1	1
<i>Föräldrar</i>			
<b>Insamlingsmetod</b>	<b>Kvantitativ</b>	<b>Kvalitativ</b>	<b>Totalt</b>
Frågeformulär	6		6
Enskild intervju	1		1
<i>Annan informant</i>			
<b>Insamlingsmetod</b>	<b>Kvantitativ</b>	<b>Kvalitativ</b>	<b>Totalt</b>
Frågeformulär	3		3
Enskild intervju		1	1

### 5.1.1 Kvalitativt tillvägagångssätt

Två av studierna(13, 14) använde sig av kvalitativ metod. Den ena(13) av dessa använder sig av semistrukturerade intervjuer av tolv skolsköterskor vilka redogör för sin syn på skolbarns hälsa och ohälsa. Den andra(14) är en intervjustudie av fjorton barn vilka under de senaste tolv månaderna uppsökt skolsköterskan upprepade gånger på grund av huvudvärk. Barnen berättar här själva om de bakgrundsfaktorer vilka kan tänkas ligga bakom deras huvudvärk.

### 5.1.2 Kvantitativt tillvägagångssätt

Tretton(1-12, 15) av de femton studierna i analysen använder sig av kvantitativ metod, fem av dessa är registerstudier(1, 2, 4, 9, 11). Åtta studier använder frågeformulär som insamlingsmetod av data, två av dessa(5, 6) använder standardiserade frågeformulär. I två av studierna(2,12) används föräldrar som enda kategori informanter medan sex(1,4,7,8,9,10) studier använt sig av endast barn. Fem(3, 5, 6, 11, 15) studier använder sig av mer än en kategori informanter. En av dessa(3) använder sig av föräldrar, barn samt lärare som informanter, alla tre grupper frågades om psykiatriska symtom medan barnen och föräldrarna även frågades om somatiska symtom. Två studier(6, 11) använder sig av barn och föräldrar som informanter, i den ena(6) svarade både barn och föräldrar på frågor kring barnens symtom. I den andra(11) intervjuades föräldrarna i hemmet för att skapa en bild av levnadsförhållandena medan barnen själva fyllde i ett formulär kring sina symtom efter att genom en ljudslinga fått till sig frågorna. En Studie(15) använder sig av föräldrar och lärare som informanter. Föräldrarna svarade på frågor kring symtom samt om levnadsförhållanden. Lärarna svarade på frågor rörande barnens skolprestationer. I den sista studien(5) vilken använder sig av fler än en grupp informanter svarar föräldrar på frågor kring barnens symtom. Hälso- och sjukvårdspersonal utförde en fysisk undersökning av barnen samt tillhandahöll bakgrundsinformation om familjen och familjens demografi. Av de nio undersökningar där barn själva fyller i frågeformulär sker sex(1, 3, 4, 7, 8, 9) i samband med skolan medan tre(6, 10, 11) sker i hemmet.

## **5.2 Har familjens ekonomi någon betydelse för barns psykosomatiska symtom?**

Nio av artiklarna i analysen behandlar på något sätt betydelsen av familjens ekonomiska situation för barns psykosomatiska symtom. Tre av artiklarna använder sig av fler än en variabel för att undersöka samband. Se tabell 5 för detaljerad information.

**Tabell 5. Översikt över hur artiklarna undersöker ekonomins betydelse för utveckling av psykosomatiska symtom.**

	<b>Hur undersöker artiklarna ekonomins betydelse?</b>
<b>Arbetslöshet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minst en förälder i arbete de senaste sex månaderna</li> <li>• Ingen förälder i arbetat de senaste sex månaderna (2)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minst en förälder i arbete, ingen arbetssökande</li> <li>• En eller båda föräldrarna arbetssökande (i) mindre än tolv månader (ii) senaste tolv månaderna eller mer</li> <li>• Ingen förälder i arbete eller arbetssökande (5)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Båda föräldrarna i arbete</li> <li>• Minst en förälder arbetslös (11)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamman i familjen arbetslös eller inte de senaste fem månaderna</li> <li>• Pappan i familjen arbetslös eller inte de senaste fem månaderna (12)</li> </ul>
<b>Faktisk ekonomisk situation</b>	Kan familjen komma upp med en summa av 1200 SEK på en vecka? (11)
	Kan familjen komma upp med en summa av 1400 SEK på en vecka? (12)
	Disponibel inkomst (4)
	Disponibel inkomst (12)
	Svårigheter att betala stående kostnader under de senaste tolv månaderna (12)
	Enkätstudie i vilken respondenterna på slutet ges utrymme att med egna ord beskriva vad de själva anser problematiskt i förhållande till deras hälsa och välmående (7)
Intervjustudie där barns egna tankar om sin huvudvärk och vilka orsaker som kan tänkas ligga bakom lyfts fram (14)	
<b>Familjens materiella välstånd</b>	Familjens materiella välstånd mäts med hjälp av fem variabler; <ul style="list-style-type: none"> <li>• antal bilar i familjen (0,1,2 eller fler)</li> <li>• hur många resor familjen gjort tillsammans under det senaste året (0,1,2,3 eller fler)</li> <li>• antal datorer i hushållet(0,1,2,3 eller fler)</li> <li>• huruvida barnet i fråga har eget rum eller ej</li> <li>• hur mycket fickpengar barnet i fråga disponerar varje vecka (10)</li> </ul>
	Intervjustudie där skolsköterskor i ord ger uttryck för sin syn på skolbarns hälsa (13)

### 5.2.1 Arbetslöshet

Fyra av artiklarna undersöker möjliga samband mellan arbetslöshet i familjen och barns psykosomatiska symtom(se tabell 5 för detaljerad information).

I två av dessa studier(11, 12) sågs en ökad risk för psykosomatiska symtom hos barn till arbetslösa föräldrar då jämförelse gjordes med barn till föräldrar i arbete, dessa samband var dock ej statistiskt signifikanta. Däremot visade de andra två studierna på sådana samband. I familjer där ingen förälder varit i arbete under de senaste sex månaderna kunde man i den ena artikeln(2) se samband med psykosomatiska symtom då jämförelse



gjordes med barn där minst en av föräldrarna varit i arbete under de senaste sex månaderna, OR 1.67(95% CI 1.16–2.40),  $p < 0.01$ . I den andra studien(5) delades arbetssökande in i två grupper(se tabell). Inget samband kunde identifieras mellan symtomen och de barn vars föräldrar varit arbetslösa mindre än tolv månader. Däremot identifierades samband mellan psykosomatiska symtom och barn till föräldrar som varit arbetslösa tolv månader eller mer, OR 2.38(95% CI 1.02-5.55),  $p < 0.05$ . Barn till föräldrar där ingen av föräldrarna var i arbete och inte heller var arbetssökande visade också en ökad risk för psykosomatiska symtom OR 3.27(95% CI 1.47-7.26),  $p < 0.05$ .

### 5.2.2 Faktisk ekonomisk situation

Fem av artiklarna undersöker familjens faktiska ekonomiska situation i förhållande till psykosomatiska symtom. Artiklarna använder sig av olika sätt att granska den faktiska ekonomiska situationen vilka redogörs för i tabell 5.

När barn i en studie(14) själva får redogöra för sina tankar om sin huvudvärk och vad som kan tänkas ligga bakom, framkommer att bristande ekonomiska resurser är närvarande i deras vardag. I en(11) av de av de två artiklar vilka granskar ekonomisk buffert i förhållande till psykosomatiska symtom undersöker man separat de olika symtomen huvudvärk, ont i magen och svårigheter att somna. Samband sågs med samtliga symtom; huvudvärk OR 1.21,  $p < 0.05$ , ont i magen OR 1.46,  $p < 0.001$ , samt svårigheter att somna OR 1.33,  $p < 0.01$ . Dessutom sågs en ökad risk för klustrade symtom i denna grupp, två symtom OR 1.35,  $p < 0.01$ , och tre symtom OR 1.52,  $p < 0.01$ . Även den andra artikeln(12) som granskar ekonomisk buffert i förhållande till psykosomatiska symtom visar samband. 26.0 procent av barnen i familjer utan ekonomisk buffert visar psykosomatiska symtom jämfört med 17.3 procent i familjer utan dessa svårigheter,  $p < 0.01$ (12). Barn i elvaårsåldern relaterar i en av artiklarna(7) familjens ekonomiska svårigheter till stress, dessutom anger pojkar i trettonårsåldern ekonomiska resurser som en påverkande faktor för glädje och välmående. Sharma(4) hittar i sin studie inget samband mellan inkomst och psykosomatiska symtom, däremot visar en annan studie i analysen(12) på ett sådant samband. Här ser man att 16.4 procent av barnen i familjer med hög inkomst samt 23.1 procent av barnen i familjer med låg inkomst visar psykosomatiska symtom,  $p < 0.05$ . Artikeln(12) visar också att barn i familjer vilka under de senaste tolv månaderna haft svårigheter att betala stående kostnader, har större benägenhet att utveckla psykosomatiska symtom. 25.8 procent jämfört med 17.4 procent i familjer vilka inte har några problem att betala sina stående kostnader,  $p < 0.01$ (12).

### 5.2.3 Materiellt välstånd

Två av artiklarna behandlar familjens materiella välstånd i förhållande till barns psykosomatiska symtom(Se tabell 5 för detaljerad information).

I en svensk intervjustudie där skolsköterskor ger sin syn på skolbarns hälsa anger sköterskorna psykosomatiska symtom som den vanligaste anledningen till barns besök.

Levnadsförhållanden anges vara speciellt viktiga faktorer gällande den psykosociala hälsan. Dessutom anger sköterskorna att familjer vilka gör mycket saker tillsammans verkar ha en lindrande effekt och resultera i barn som mår bra och har stor självförtroende (13). Antal familjesor per år visar sig i en annan studie (10) vara den enda materiella faktorn som har betydelse för psykosomatiska symtom hos barn då hänsyn till kön tas. Jämfört barn som får uppleva minst två familjesor per år visar de barn som inte får uppleva några resor alls högre risk för psykosomatiska symtom OR 1.3(95% CI 1.1-1.5)  $p < 0.05$ . Bland pojkar ses inga andra statistiskt signifikanta samband mellan materiellt välstånd och psykosomatiska symtom. Hos flickor däremot ses samband mellan psykosomatiska symtom och avsaknad av eget rum samt lägre disponibel fickpeng. Dessutom ses samband mellan psykosomatiska symtom hos flickor och antal familjesor per år redan vid en resa jämfört med ingen alls,  $p < 0.05$  (10).

### 5.3 Har familjestrukturen någon betydelse för barns psykosomatiska symtom?

Elva (1, 2, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15) av de artiklar jag använder i analysen undersöker barns psykosomatiska symtom i förhållande till familjestrukturen. Artiklarna använder sig av olika sätt att granska familjestrukturen vilka redogörs för i tabell 6.

**Tabell 6 Översikt över de olika sätt artiklarna undersöker familjestrukturens betydelse för utveckling av psykosomatiska symtom.**

<b>Hur undersöker artiklarna familjestrukturens betydelse?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnet lever med två vuxna</li> <li>• Barnet lever med en vuxen (1)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnet lever med två föräldrar</li> <li>• Barnet lever med en förälder (11, 12)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnet lever med två biologiska föräldrar</li> <li>• Barnet lever i en familj annorlunda än med två biologiska föräldrar (3, 15)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnet lever i en intakt familj</li> <li>• Barnet lever i en icke intakt familj (8)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnet lever i en traditionell familj (två biologiska eller adoptivföräldrar)</li> <li>• Barnet lever i ett singelhushåll (en biologisk- eller adoptivförälder)</li> <li>• Barnet lever i en styvfamilj (en biologisk- eller styvförälder samt en styvförälder) (2)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnet lever i en traditionell familj (båda sina biologiska föräldrar)</li> <li>• Barnet bor i singelhushåll (med sin biologiska mamma)</li> <li>• Barnet lever i en styvfamilj (med sin biologiska mamma, omgift eller boende ihop med en annan man än barnets far) (4)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barnet lever i en traditionell familj (med två biologiska föräldrar)</li> <li>• Barnet lever i ett singelhushåll (en biologisk förälder)</li> <li>• Barnet lever i en styvfamilj (en biologisk samt en styvförälder)</li> <li>• Barnet lever åtskilt från sina föräldrar (annan vårdnadshavare) (9)</li> </ul>
Intervjustudie där skolsköterskor i ord ger uttryck för sin syn på skolbarns hälsa (13)
Intervjustudie där barns egna tankar om sin huvudvärk och vilka orsaker som kan tänkas ligga bakom lyfts fram. Barnen väljs ut efter upprepade besök hos skolsköterska på grund av huvudvärk (14)

I en artikel(13) där svenska skolsköterskor i en intervjustudie uttalar sig om skolbarns hälsa uttrycker sköterskorna att familjestrukturen är en speciellt viktig faktor att ta hänsyn till när det gäller den psykosociala hälsan hos barn. Uppbrott i familjen dominerade i sköterskornas berättelser och barn vilka flyttade fram och tillbaka mellan sina föräldrar sågs som speciellt utsatta. Östberg(11) visar i sin studie att barn i familjer med endast en förälder rapporterar fler symtom än barn i familjer med två föräldrar; ont i magen OR 1.27,  $p < 0.05$ , samt svårt att sova OR 1.20,  $p < 0.05$ . Skillnaderna blir tydligare i de grupper där fler symtom rapporteras; två symtom OR 1.26,  $p < 0.05$ , samt tre symtom OR 1.44,  $p < 0.05$ . Även i en annan artikel(8) visar resultaten samband mellan psykosomatiska symtom och att leva i en familj vilken ser annorlunda ut än en familj där barnet bor med båda föräldrarna OR 1.43(95% CI 1.10–1.89)  $p < 0.01$ . En av studierna(14) i analysen är en svensk intervjustudie där fjorton barn väljs ut efter upprepade besök hos skolsköterskan på grund av huvudvärk. Elva av dessa fjorton barn visade sig leva med endast en förälder. I artikeln(14) där barn själva får redogöra för vad de tror orsakar deras symtom var berättelser rörande familjestrukturen återkommande. Barnen upplevde bland annat svårigheter att anpassa sig till nya familjeförhållanden så som exempelvis uppbrott eller föräldrars nya partners. Fröjd(9) granskade i sin studie barn vilka levde i traditionell familj, singelförälderfamilj, styvfamilj samt ett fjärde alternativ där barnet inte lever med någon av sina föräldrar utan med en annan vårdnadshavare. Omåttliga psykosomatiska symtom mättes(tre eller fler dagliga symtom), dessutom granskas flickor och pojkar separat. Alla symtom är i denna studie vanligare hos de ungdomar vilka lever i en familj annorlunda än med båda föräldrarna. De resultat vilka är statistiskt signifikant relaterade till psykosomatiska symtom är; pojkar vilka inte lever med någon av sina föräldrar OR 3.3(95% CI 1.2-8.9),  $p < 0.05$ , flickor som endast lever med en förälder OR 1.4(95% CI 1.1-1.9),  $p < 0.05$  samt flickor i styvförälderfamiljer OR 1.4(95% CI 1.1-1.9),  $p < 0.05$ . Ännu en studie(2) finner ett samband med att bo i en styvfamilj och psykosomatiska symtom OR 1,73(95% CI 1.34-2.24),  $p < 0.01$ , jämfört med att bo i en traditionell familj. Fem av artiklarna(1, 3, 4, 12, 15) hittar inga statistiskt signifikanta samband mellan psykosomatiska symtom och familjens struktur över huvud taget.

#### **5.4 Har det någon betydelse för psykosomatiska symtom hos barn huruvida dess föräldrar är födda i det land där de är bosatta?**

Sex av artiklarna(2, 6, 11, 12, 13, 14) i analysen undersöker om det föreligger något samband mellan psykosomatiska symtom hos barn och utländsk härkomst. Studierna granskar detta på lite olika sätt. Se tabell 7 för detaljerad information.

**Tabell 7 Översikt över de olika sätt artiklarna undersöker härkomstens betydelse för utveckling av psykosomatiska symtom.**

<b>Hur undersöker artiklarna härkomstens betydelse?</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En eller båda föräldrarna födda i Sverige</li> <li>• En eller båda föräldrarna födda inom Europa/OECD men ej i Sverige</li> <li>• En singelförälder eller båda föräldrarna är född/a i länder utanför Europa/OECD (11)</li> <li>• Föräldrar födda i Sverige</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Föräldrar födda i ett annat nordiskt land</li> <li>• Föräldrar födda utanför de nordiska länderna</li> </ul> <p>Svaren utifrån om det är mamman eller pappan som är född i ett annat land (12)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En eller båda föräldrarna är född/a någonstans i Norden</li> <li>• Båda föräldrarna eller en singelförälder är född utanför de nordiska länderna (2)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ungdomar boende i Nederländerna vars föräldrar är födda i Nederländerna</li> <li>• Ungdomar bosatta i Nederländerna med minst en förälder född i Turkiet</li> <li>• Ungdomar bosatta i Turkiet vars föräldrar är födda i Turkiet (6)</li> </ul>
Intervjustudie där skolsköterskor i ord ger uttryck för sin syn på skolbarns hälsa (13)
Intervjustudie där barns egna tankar om sin huvudvärk och vilka orsaker som kan tänkas ligga bakom lyfts fram. Barnen väljs ut efter upprepade besök hos skolsköterska på grund av huvudvärk (14)

En av artiklarna är en svensk intervjustudie på skolsköterskor vilka menade att en annan kulturell bakgrund än den svenska kunde vara en bakomliggande orsak för psykosocial ohälsa, speciellt för flickor(13). En annan svensk artikel(12) visar inga statistiskt signifikanta samband alls mellan psykosomatiska symtom och föräldrars födelseland. En tredje svensk artikel väljer ut barn efter upprepade besök hos skolsköterska på grund av huvudvärk, sex av fjorton av dessa barn hade utländsk bakgrund(14). I en fjärde svensk artikeln hittas inga statistiska samband mellan psykosomatiska symtom och att vara barn till föräldrar födda utanför Europa/OECD jämfört med barn till föräldrar födda i Sverige. Barn till föräldrarna födda inom Europa/OECD rapporterade liknande siffror eller något lägre än de i familjer där båda föräldrarna var svenskfödda, de resultat som skilde sig var; ont i magen OR 0.70,  $p < 0.05$ , barn med två symtom OR 0.70,  $p < 0.05$ , samt barn med tre symtom OR 0.34,  $p < 0.05$ (11). I en dansk studie (2) visades samband mellan psykosomatiska symtom och barn till föräldrar födda utanför Norden då jämförelse gjordes med barn födda inom Norden, OR 1.76(95% CI 1.20-2.59),  $p < 0.01$ . En nederländsk studie visade att ungdomar bosatta i Nederländerna med minst en förälder född i Turkiet rapporterar något mindre symtom i förhållande till ungdomar bosatta i Nederländerna vars föräldrar är födda i Nederländerna. Artikeln visade även att ungdomar boende i Nederländerna med minst en förälder född i Turkiet rapporterar mer symtom än de ungdomar boende i Turkiet vars föräldrar är födda i Turkiet(6).

## 6 DISKUSSION

I den här delen av uppsatsen diskuteras studiens metod samt de resultat studien erhållit. Först presenteras metoddiskussionen vilken börjar med en diskussion kring studiens tillvägagångssätt, därefter följer en diskussion kring studiens begränsningar. Sist i metoddiskussionen diskuteras studiernas tillförlitlighet. Efter metoddiskussionen följer resultatdiskussionen vilken i tur och ordning diskuterar resultaten under respektive frågeställning.

### 6.1 Metoddiskussion

Studien bygger på en grundlig litteratursökning där artiklar från olika vetenskapliga tidskrifter ingår. De sökord vilka ingår i litteratursökningen valdes ut för att passa syftet och för att ge svar åt frågeställningarna. Testsökningar med olika sökord utfördes för att kontrollera vilka termer som gav bäst sökträffar i de olika databaserna. Utifrån dessa sökningar fastställdes de sökord som sedan användes i litteratursökningen. Artiklarna i analysen (n=15) är av hög kvalitet och granskade genom peer review. Även sekundärsökningar utfördes på upphovsuppgifter samt referenslistor. Enligt Östlundh (Friberg 2006) är detta en nödvändighet då det annars finns risk för att viktig litteratur förbises. Tillvägagångssättet för datainsamling, bearbetning och analys är väl beskrivet i metoddelen vilket gör att reliabiliteten, tillförlitligheten, är hög.

Dock finns det vissa begränsningar med studien. En faktor som kan ha påverkat är språket då samtliga artiklar var författade på engelska. Det är inte omöjligt att översättningen av dessa texter varit grund för feltolkningar. Jag har dock studerat engelska vid universitetet under en tid, dessutom har jag levt i engelskspråkiga länder under några år av mitt liv. Sammantaget har detta försett mig med mycket goda språkkunskaper inom det engelska språket. Det är svårt att säga om begränsningen till artiklar publicerade efter 1998 haft någon inverkan på resultaten. Dock valdes begränsningen för att lägga fokus på relativt ny forskning. Begränsningen av artiklar författade inom Europa har sannolikt påverkat resultatet. Avgränsningen gjordes dock för att få ett underlag där studiepopulationerna hade så lika bakgrund som möjligt i fråga om ekonomiska och sociala villkor. Intentionen från början var att endast inkludera artiklar författade i Sverige och sedermera i Skandinavien då de skandinaviska länderna har liknande sociala lagar och föreskrifter och alla medborgare har ett brett socialt skyddsnät (Berntsson et al. 2001). Detta var dock inte möjligt då underlaget visade sig alltför tunt varför en utökning till Europa var nödvändig.

Studierna i analysen använder sig av olika typer av informanter för att samla in data. De olika informanter vilka används i är barn, föräldrar, lärare, skolsköterskor samt hälso- och sjukvårdspersonal. Det är möjligt att detta har betydelse för studiernas resultat. När föräldrar rapporterar sina barns symtom kan detta kanske leda till underrapportering, vilket sågs exempel på i en av studierna (3) (se tabell 3), då barn av olika anledningar kanske inte alltid gör sina föräldrar uppmärksamma på sina symtom. Föräldrar vilka inte bott i landet speciellt länge kan ha svårt för språket vilket kan leda till att de inte riktigt

förstår frågorna eller att de helt struntar i formuläret. När det gäller skolsköterskor som informanter kan detta ligga till grund för felrapportering. Det kan tänkas att barn har olika beteenden då det kommer till vårdsökande, dessutom kan det tänkas att barn som är värst utsatta för symtomen ofta stannar hemma vilket då skulle betyda att de inte alls besöker skolsköterskan. Att barn stannar hemma från skolan på grund av psykosomatiska symtom skulle även kunna påverka resultaten i de studier vilka genomförs under skoltid. De skulle då riskera att inte alls vara delaktiga i studierna och resultatet skulle på så sätt kunna bli missvisande. Kanske kan det även ifrågasättas vilka barn det är som ofta stannar hemma från skolan, kan det tänkas var någon speciell grupp av barn?

## 6.2 Resultatdiskussion

### 6.2.1 Har familjens ekonomi någon betydelse för barns psykosomatiska symtom?

Ekonomiska resurser påverkas enligt Berntsson et al:s(2001) modell av sysselsättning vilket har betydelse för psykosomatiska symtom hos barn(Regeringen 2004) Detta står i motsats till resultatet i två av de fyra studier i analysen vilka undersöker sambandet mellan arbetslöshet och barns psykosomatiska symtom(11,12). Däremot går det helt i linje med de två andra artiklar vilka också granskar barns psykosomatiska symtom i förhållande till föräldrars sysselsättning(2,5). Dock granskar artiklarna arbetslöshet utifrån olika variabler vilket kan vara en del i de olika resultaten. Exempelvis kan en studie ha med ”familjer där endast en förälder arbetar” i referensgruppen ”familjer med minst en förälder i arbete” medan samma kategori i en annan artikel utgör en egen grupp(se tabell 5). Detta ger naturligtvis skilda resultat vilket gör det svårt att jämföra. Att vara utan arbete kan även bero på många saker, det behöver inte vara påtvingat eller relaterat till dålig ekonomi. Familjer kan exempelvis förfoga över så stora ekonomiska resurser att arbete inte är nödvändigt. I andra familjer väljer man kanske att endast leva av en lön så att en av föräldrarna kan stanna hemma och sköta hushållet. I artiklarna granskar man även olika tidsspänn för arbetslösheten vilket också kan förmodas bidra till de olika resultaten. Exempelvis visar en studie att barn i familjer där båda föräldrarna varit arbetsökande tolv månader eller mer löper ökad risk att utveckla psykosomatiska symtom medan barn i familjer där båda varit arbetsökande mindre än tolv månader inte visar någon sådan risk(5). Kanske är det så att det tar ett tag för symtomen att dyka upp eller så kan det vara så att många familjer har ett sparkapital som de kan leva på ett litet tag. En annan förklaring kan vara att de som tillhör gruppen som varit arbetslösa längre än tolv månader tillhör en socialgrupp som är speciellt utsatt vilket har visat sig ha betydelse för psykisk hälsa både på kort och lång sikt(Socialstyrelsen 2009).

I enighet med Vinnerljung(2006) samt utredningen Ds. Ekonomiskt utsatta barn(Regeringen 2004) visade analysen av studierna att ekonomisk stress i familjen i form av svårigheter att betala stående kostnader samt att komma upp med en summa pengar på kort tid utgör en riskfaktor för psykosomatiska symtom hos barn(11,12). Vilket även styrks av barns egna berättelser om orsaker till sina symtom(7,14) samt av

skolsköterskors förklaringsmodeller(13). Däremot är det utifrån min studie svårt att uttala sig om den disponibla inkomstens som en möjlig förutsägande faktor för psykosomatiska symtom. Två av studierna undersökte företeelsen, en av dessa(12) visade samband medan den andra(4) inte visade på något sådant samband. Svårigheter att betala stående kostnader samt ekonomisk buffert kanske är ett rättvisare mått än inkomst i fråga om att undersöka familjens ekonomi i relation till psykosomatiska symtom hos barn. Ekonomin inom familjen kan ju vara god trots att inkomsten är låg och tvärt om. Det hela beror på vilket liv familjen lever samt på vilka ekonomiska förutsättningar familjen har i grunden.

Koivusilta et al. undersöker i sin artikel(10) psykosomatiska symtom hos barn i relation till familjens materiella välstånd(se tabell 5). Den enda faktorn här vilken visade sig ha en koppling med psykosomatiska symtom hos både pojkar och flickor var antal resor i familjen under det senaste året. Enligt Berntsson et al:s(2001) modell påverkas familjens gemensamma aktiviteter(intermediära nivån) av den ekonomiska situationen(distala nivån). Det vill säga ekonomin styr vilka aktiviteter, hur många aktiviteter familjen har råd med samt hur ofta familjen utför aktiviteterna. Att spendera mycket tid tillsammans borde påverka familjeklimatet och relationen barn och föräldrar emellan. Kanske är det då så att det inte är det materiella i sig som ligger till grund för de psykosomatiska symtomen utan relationer inom familjen vilket enligt Hagekull och Bohlin(2004) har stor betydelse för den psykosociala hälsan. Även i skolsköterskornas berättelser i en av studierna i analysen(13) dyker liknande berättelser upp. Sköterskorna menar att göra mycket saker tillsammans i familjen verkar ha en lindrande effekt för ohälsa, dessutom menar sköterskorna att barn i dessa familjer mår bra och har stor självförlit. Regeringens rapport Ds. Ekonomiskt utsatta barn(2004) tar upp trångboddhet som en påverkansfaktor vid barn ohälsa, detta visade sig dock i studien(10) endast påverka flickor när det gällde samband med psykosomatiska symtom. Flickor visade sig också vara mer känsliga när det kom till hur mycket fickpeng de själva disponerade över per vecka. Detta kan kopplas till Berntsson et al:s(2001) modell och den proximala nivån med barns egna aktiviteter och kontakter med kamrater. Har barnet inte lika mycket pengar som sina kamrater att disponera över är risken att barnet inte kan följa med på alla aktiviteter. Det finns då kanske risk för att barnet känner sig utanför och kontakter med kamrater kan bli lidande.

## 6.2.2 Har familjestrukturen någon betydelse för barns psykosomatiska symtom?

Tre av studierna(3, 8, 15) i analysen granskar huruvida psykosomatiska symtom hos barn är vanligare i familjer annorlunda kärnfamiljen. Två av dessa studier(3, 15) visar inga samband medan en studie(8) styrker Vinnerljungs(2006) påstående att hälsotillståndet är beroende av familjesituationen.

Fyra(1, 2, 4, 12) av de åtta studier i analysen vilka berör singelfamiljen som en möjlig faktor till psykosomatiska symtom hos barn visar i motsats till Vinnerljung(2006) och Ringbäck et al.(2003) inga samband däremellan. Däremot visar fyra av studierna (9, 11, 13, 14) sådana samband. En av dessa(11) visar dessutom att sambandet blir tydligare i de grupper vilka upplever kluster av symtom. Studierna i analysen använder sig av

varierande metoder att granska familjestrukturen (se tabell 6). Allt mellan två och fyra variabler används och de grupperas på olika sätt (se tabell 6). I vissa studier granskas styvfamiljen för sig för att se om den ligger till grund för psykosomatiska symtom medan den i andra studier ingår under två föräldrar, det vill säga i referensgruppen. Då tre (2, 9, 14) av de fyra (2, 4, 9, 14) studier vilka tar upp samband mellan styvfamiljen och psykosomatiska symtom i enighet med Vinnerljung (2006) visar att hälsotillståndet är avhängigt familjesituationen, verkar det troligt att barn vilka lever i en styvfamilj är utsatta för ökad risk när det gäller psykosomatiska symtom. Dessutom angav barn själva i en av studierna (14) att de fann det svårt att anpassa sig till föräldrars nya partners vilket de menade kunde ligga till grund för deras symtom. När en grupp med barn vilka uppenbarligen är utsatta för ökad risk av psykosomatiska symtom då ingår i referensgruppen är det rimligt att anta att resultaten blir missvisande. Även om barn i singelfamiljer skulle ha ökad risk för psykosomatiska symtom skulle de i jämförelse med en referensgrupp där barn i styvfamiljer ingår möjligtvis inte alls visa några sådana samband. Skolsköterskor vilka intervjuades angående barns psykosociala hälsa tycks i alla fall vara övertygade om att familjestrukturen är en speciellt viktig faktor i frågan. De menade att uppbrott i familjen samt att flytta fram och tillbaka mellan föräldrar kunde tjäna som utlösande faktorer (13). Detta styrks även av barns egna berättelser där familjestrukturen sågs som en utlösande faktor till deras symtom, dessutom uttryckte de svårigheter att anpassa sig till uppbrott i familjen. Barnen i studien valdes ut efter upprepade besök hos skolsköterskan på grund av huvudvärk, elva av fjorton barn levde i en singelfamilj (14). Även Berntsson et al:s (2001) modell pekar åt samma håll då han i enighet med Vinnerljung (2006) trycker på familjestrukturens betydelse för ekonomiska resurser. Ekonomiska resurser har enligt Berntsson et al. (2001) (se figur 1) och Vinnerljung (2006) betydelse för bland annat familjens gemensamma aktiviteter vilket påverkar barnet på den proximala nivån.

### 6.2.3 Har det någon betydelse för psykosomatiska symtom hos barn huruvida dess föräldrar är födda i det land där de är bosatta?

En av artiklarna (14) i analysen är en intervjustudie där barn valts ut efter upprepade besök hos skolsköterska på grund av huvudvärk. Sex av fjorton av dessa barn hade utländsk bakgrund. Med tanke på att en fjärdedel av barnen i Sverige har minst en utlandsfödd förälder antyder detta att en stor del av barn med psykosomatiska symtom är av utländsk härkomst. Detta går i linje med Karlsen och Nazroos (2002) studie där det framkommer att utländsk härkomst kan förknippas med psykisk ohälsa. Karlsen och Nazroos (2002) studie stämmer även överens med de berättelser skolsköterskor (13) ger då de då de ombads redogöra för sin syn på barns psykosociala hälsa och ohälsa. Sköterskorna menade att en annan kulturell bakgrund kan ligga till grund för psykosocial ohälsa, speciellt för flickor. Övriga artiklar i förestående studie vilka undersöker barns psykosomatiska symtom i förhållande till härkomst visar dock väldigt varierade resultat. En studie (2) visar positivt samband mellan psykosomatiska symtom och föräldrars födelseland medan en annan (11) visar negativt samband, det vill säga att de barn med föräldrar födda i ett annat land än där de bor visar mindre symtom. En tredje studie (12) visar inga samband alls. Studierna undersöker variabeln på ett varierat sätt (se tabell 7) vilket säkerligen kan ligga till grund för de olika resultaten. Dock måste



även beaktas att gruppen är mycket heterogen, det enda de med säkerhet har gemensamt är att i alla fall en av deras föräldrar är född utanför landets eller Nordens gränser. En del av barnen har bott i landet eller Norden i hela sitt liv medan andra precis anlänt som invandrare eller flyktingar. Dessutom kommer barnens föräldrar från en mängd olika sociala kontexter i olika samhällen i världen (Statistiska Centralbyrån 2002; Vinnerljung 2006). Så på det stora hela har dessa barn inte så mycket gemensamt mer än just att de är av utländsk härkomst. Så för att identifiera riskgrupper kanske mer noggranna jämförelser måste göras. Ett exempel på detta är en nederländsk studie (6) vilken jämför psykosomatiska symtom hos turkiska och nederländska ungdomar boende i Nederländerna samt hos turkiska ungdomar boende i Turkiet. Den visar att förekomsten av psykosomatiska symtom är lägre hos ungdomar med turkisk härkomst boende i Nederländerna jämfört med de nederländska ungdomarna, däremot är förekomsten av symtomen högre än hos de turkiska ungdomar som är bosatta i Turkiet. Studien antyder att det föreligger ökad risk för psykosomatiska symtom om barnet lever i ett annat land än där föräldrarna växt upp, dock behöver risken inte vara större i jämförelse med de barn vars föräldrar är uppväxta i landet där de bor. Nu blir det en fråga om det är riskfaktor eller riskgrupp som ska identifieras. De turkiska barnen i Nederländerna utgör ingen riskgrupp i förhållande till andra barn i Nederländerna, däremot är det en riskfaktor att vara ett turkiskt barn boende i Nederländerna. Enligt Berntsson et al:s (2001) modell ligger kulturella system på den distala nivån och påverkar neråt i kedjan vilket då i det här fallet skulle kunna innebära att den turkiska kulturen har en skyddande effekt.

## 7 SLUTSATS

Denna litteraturöversikt syftade till att beskriva familjebildens betydelse för psykosomatiska symtom hos barn utifrån tre frågeställningar gällande familjens ekonomi, struktur samt härkomst. Samtliga tre faktorer jag ämnat beskriva i studien visade sig ha betydelse för barns psykosomatiska symtom men i varierande grad. Studien ger inga entydiga svar när det gäller förhållandet mellan föräldrars arbetslöshet och psykosomatiska symtom. Däremot visar den att familjens ekonomi faktiskt har betydelse för symtomen. Singelfamiljen kunde inte heller utifrån denna studie entydigt ses som en bakomliggande faktor för symtomen. Däremot verkade styvfamiljen ha en sådan effekt. Vad gäller härkomst visade studierna i analysen även här på skilda resultat men en övervägande del av studierna visade på samband mellan härkomst och psykosomatiska symtom hos barn. Utifrån förestående studie är det i vissa fall svårt att avgöra vilka barn som är utsatta för ökad risk för psykosomatiska symtom. Detta för att studierna i analysen använt sig av varierande metoder att granska de bakomliggande faktorerna. För att kunna identifiera riskgrupper i fråga om att kunna motverka och förebygga ohälsa är det viktigt att ha enhetliga urvalsgrupper. Detta för att kunna göra en rättvis jämförelse grupper emellan.

Med förestående studie hoppas jag kunna bidra med ökad kunskap och förståelse kring familjebildens betydelse för psykosomatiska symtom hos barn samt vikten av noggrannhet vid urval och mått av variabler för att få ett rättvist resultat. Det hade varit intressant att se studier där hänsyn tas till den heterogenitet som råder inom dessa

grupper. Exempelvis skulle man kunna dela upp migranter i olika grupper beroende på migrationsorsak, detta skulle dock kunna innebära vissa etiska ställningstaganden. Även ekonomiska faktorer och familjestrukturens variabler skulle kunna undersökas mer noggrant för att få förståelse för vilka fenomen som ligger till grund för symtomen. En studie på ämnet där mixed method används skulle vara intressant att se för att få både den bredd en kvantitativ undersökning kan erbjuda samt det djup som uppnås genom kvalitativ metod.

## REFERENSER

- Alfvén, G. (2006). *Barn och psykosomatik i teori och praktik*. Nordstedts Akademiska förlag.
- Alfvén, G. (1997). Psychosomatic pain in children: a psychomusculartension reaction? *Eur J Pain*. 1:5-14.
- Angelöw B, Jonsson T. (1990). *Introduktion till socialpsykologi*. Lund: Studentlitteratur
- Bakoula, C., Kapi, A., Veltsista, A., Kavadias, G. & Kolaitis, G. (2006). Prevalence of recurrent pain among Greek schoolchildren and associated factors: A population-based study. *Acta Paediatrica*. 95: 947-951
- Bernstein, G., Massie, E., Thuras, P., Perwien, A., Borchardt, C. & Crosby, R. (1997). Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 36: 661-668.
- Berntsson, LT. & Gustafsson, JE. (2000). Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years. *Scand J Public Health*. 28(4):283-293
- Berntsson, LT. & Köhler, L. (2001). Long-term illness and psychosomatic complaints in children aged 2-17 years in the five Nordic countries. Comparison between 1984 and 1996. *Eur J Public Health*. 11(1):35-42.
- Berntsson, LT., Köhler, L. & Gustafsson, JE. (2001). Psychosomatic complaints in schoolchildren: a Nordic comparison. *Scand J Public Health*. 29(1):44-54.
- Berntsson, L., Köhler, L. & Vuille JC. (2006). Health, economy and social capital in Nordic children and their families: a comparison between 1984 and 1996. *Child Care Health Dev*. 32(4):441-451.
- Brolin, SL. & Östberg, V. (2006). The pros and cons of social relations: an analysis of adolescents' health complaints. *Soc Sci Med*. 63(3):611-623.
- Clausson, E., Petersson, K. & Berg, A. (2003). School nurses' view of schoolchildren's health and their attitudes to document it in the school health record--a pilot study. *Scand J Caring Sci*. 17(4):392-398.
- Currie, C. (2000). *Health and health behaviour among young people: international report*. Hämtat 2008-04-03 från <http://www.who.dk/document/e67880.pdf>
- Danielsson, M. (2006). *Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006*. Hämtad 2008-04-03 från <http://www.fhi.se/sv/Statistik-uppfoljning/Skolbarns-halsovanor/>

- Due, P., Lynch, J., Holstein, B. & Modvig, J. (2003). Socioeconomic health inequalities among a nationally representative sample of Danish adolescents: the role of different types of social relations. *J. Epidemiol. Community Health*. 57;692-698
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, TL., Fabes, RA., Shepard, SA., Reiser, M. et al. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Dev*. 72(4):1112-1134.
- Erginoz, E., Alikasifoglu, M., Ercan, O., Uysal, O., Ercan, G., Albayrak Kaymak, D. et al. (2004). Perceived health status in a Turkish adolescent sample: risk and protective factors. *Eur J Pediatr*. 163(8):485-94.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur.
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R. & Rimpelä, M. (2007). The association of parental monitoring and family structure with diverse maladjustment outcomes in middle adolescent boys and girls. *Nord J Psychiatry*. 61(4):296-303.
- Ghazinour, M., Richter, J., Emami, H. & Eisemann, M. (2003). Do parental rearing and personality characteristics have a buffering effect against psychopathological manifestations among Iranian refugees in Sweden? *Nord J Psychiatry*. 57(6):419-428.
- Grøholt, EK., Stigum, H., Nordhagen, R. & Köhler, L. (2003) L Recurrent pain in children, socio-economic factors and accumulation in families. *Eur J Epidemiol*. 18(10):965-975
- Gådin, KG. & Hammarström, A. (2000). School-related health--a cross-sectional study among young boys and girls. *Int J Health Serv*. 30(4):797-820
- Hagekull, B. & Bohlin, G. (2004). Predictors of middle childhood psychosomatic problems: An Emotion Regulation Approach. *Infant and Child Development*. 13:389-405
- Halldórsson, M., Cavelaars, AEJM., Kunst, AE. & Mackenbach, JP. (1999). Socioeconomic differences in health and well-being of children and adolescents in Iceland. *Scand J Public Health* 1:43-47.
- Halldórsson, M., Kunst, AE., Köhler, L. & Machenbach, JP. (2000). Socioeconomic inequalities in the health of children and adolescents. A comparative study of the five Nordic countries. *European J Public Health*. 10(4):281-288.
- Harland, P., Reijneveld, SA., Brugman, E., Verloove-Vanhorick, SP. & Verhulst FC. (2002). Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 11:176-184

Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. New York: The Guildford Press.

Haugland, S. & Wold, B. (2001). Subjective health complaints in adolescence: Reliability and validity of survey methods. *J Adolescence*. 24(5):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 J Public Health*. 11(1):4–10.

Janssen, MMM., Verhulst, FC., Bengi-Arslan, L., Erol, N., Salter, CJ. & Crijnen AAM. (2004). Comparison of self-reported emotional and behavioural problems in Turkish immigrant, Dutch and Turkish adolescents. *Soc Psychiatry Epidemiol*. 39;133-140

Karlsen, S. & Nazroo, JY. (2002). Relation between racial discrimination, social class, and health among ethnic minority groups. *American Journal of Public Health*. 92;4:624-631

Karvonen, S., Vikat, A. & Rimpelä M. (2005). The role of school context in the increase in young people's health complaints in Finland. *J Adolesc*. 28(1):1-16

Koivusilta, LK., Rimpelä, AH. & Kautiainen, SM. (2006). Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? *BMC Public Health*. 6:110-122.

Låftman, SB. & Östberg, V. (2006). The pros and cons of social relations: An analysis of adolescents' health complaints. 63(3):611-623

Millard, AV. (1994). A causal model of high rates of child mortality. *Soc Sci Med*. 38:253-268

OECD (2001). *Knowledge and Skills for life - First Results from PISA-2000*. Hämtat 2009-06-27 från [http://www.pisa.oecd.org/document/4/0,3343,en\\_32252351\\_32236159\\_33668932\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.pisa.oecd.org/document/4/0,3343,en_32252351_32236159_33668932_1_1_1_1,00.html)

Olsson, A., Fahlén, I. & Janson, S. (2008). Health behaviours, risk-taking and conceptual changes among schoolchildren aged 7 to 19 years in semi-rural Sweden. *Child Care Health Dev*. 34(3):302-9

Pedersen, M., Granado Alco´ n, MC., & Moreno Rodriguez, C. (2004). Family and health. Ingår i WHO, (red.), *Young people's health in context* (s.173-177). Hämtad 2008-04-04 från [http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518\\_1](http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationssources/publications/catalogue/20040518_1)

Pellmer, K., & Wramner, B. (2003) *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber

Piko, BF. (2007). Self-perceived health among adolescents: the role of gender and psychosocial factors. *Eur J Pediatr*. 166(7):701-708.

Piko, BF. & Fitzpatrick, KM. (2007). Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviours among Hungarian adolescents. *Eur J Public Health*. 17(4):353-360.

Regeringen (2004). *Ds. Ekonomiskt utsatta barn*. Hämtad 2008-04-03 från <http://www.regeringen.se/sb/d/209/a/28419>

Reinhardt Pedersen, C. & Madsen, M. (2002). Parents' labour market participation as a predictor of children's health and wellbeing: a comparative study in five Nordic countries. *J Epidemiol Community Health*. 56(11):861-7.

Reinhardt Pedersen, C., Madsen, M. & Köhler, L. (2005). Does financial strain explain the association between children's morbidity and parental non-employment? *J Epidemiol Community Health*. 59(4):316-321

Ringbäck, WG., Hjern, A., Haglund B. & Rosén, M. (2003). Mortality, severe morbidity, and injury in children living with single parents in Sweden: A population-based study. *Lancet*. 361(9354):289-295

Rosengren, K-E & Arvidsson, P. (1992). *Sociologisk metodik*. Falköping: Almqvist&Wiksell

Rydén, O. & Stenström, U. (2008). *Hälsopsykologi, Psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonnier Utbildning

Salonen, T. (2002). *Barns ekonomiska utsatthet 2000*. Hämtat 2009-06-27 från <http://shop.rb.se/Product/Product.aspx?ItemId=2966211>

Salonen, T. (2003). *Barns ekonomiska utsatthet, årsrapport 2003*. Hämtat 2009-06-27 från <http://shop.rb.se/Product/Product.aspx?ItemId=2966273>

Salonen, T. (2009). *Barnfattigdomen i Sverige, årsrapport 2008*. Hämtat 2009-06-27 från <http://shop.rb.se/Product/Product.aspx?ItemId=5089593>

Santalahti, P., Aromaa, M., Sourander, A., Helenius, H. & Piha, J. (2005). Have there been changes in children's psychosomatic symptoms? A 10-year comparison from Finland. *Pediatrics*. 115(4):434-442.

Statistiska Centralbyrån (2002). *Integration till Svensk välfärd? – Om invandrares välfärd på 90-talet*. Hämtat 2009-06-27 från <http://www.scb.se/statistik/LE/LE0101/2000I02/LE96S%C3%850201.pdf>

Statistiska Centralbyrån (2003). *Inkomstfördelningsundersökningen 2001. Redovisning på riksnivå*. Hämtad 2009-06-27 från [www.scb.se/Pages/PublishingCalendarViewInfo\\_\\_\\_\\_\\_259923.aspx?...860](http://www.scb.se/Pages/PublishingCalendarViewInfo_____259923.aspx?...860)

Statistiska Centralbyrån (2007). *Barn och deras familjer 2006*. Hämtad 2008-04-05 från [http://www.scb.se/Pages/Standard\\_\\_\\_\\_\\_31479.aspx](http://www.scb.se/Pages/Standard_____31479.aspx)

Sharma, D. & Silbereisen, RK. (2007). Revisiting an era in Germany from the perspective of adolescents in mother-headed single-parent families. *International Journal of Psychology*. 42(1):46-5

Skolverket (2004). *Elever med utländskt ursprung, dnr 75*. Hämtad 2009-06-27 från <http://www.skolverket.se/sb/d/205/a/357>

Socialstyrelsen (2004). *Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapport 2003*. Hämtad 2009-06-27 från <http://hitta.siteseeker.se/?q=folk%20h%20sa+och+sociala+f%20rh%20llanden+l%20gesrapport+2003&x=Hitta%21&i=sv&s=1&so=1&ua=8972cb399280de3d4d373a53c93fb644&charset=ISO-8859-1&oenc=ISO-8859-1&origin=>

Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Hämtad 2009-04-23 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/2B5A6B25-2026-470C-A8BD-0E45AF95FAAA/13558/200912671.pdf>

Sourander, A. & Helstelä, L. (2005). Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence. A prospective follow-up study from age 8 to 16. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 14(8):415-427

Sourander, A. (2005). Childhood predictors of psychiatric disorders among boys: A prospective community-based follow-up study from age 8 years to early adulthood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 44:8. 756-767

Thabet, AA., Abu Tawahina, A., El Sarraij, E. & Vostanis, P. (2008). Exposure to war trauma and PTSD among parents and children in the Gaza strip. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 17(4):191-199

Vinnerljung, B. (2006). Utsatthet bland barn och unga. Ingår i Socialstyrelsen, (red), *Social rapport 2006*. Hämtad 2008-04-04 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/6BA28164-0E48-4F40-951B-181A84A2E74A/0/20061111.pdf>

Ödegaard, G., Lindblad, E. & Hovellius B. (2003). Children who suffer from headaches – a narrative of insecurity in school and family. *British Journal of General Practice*. 210-213

Östberg, V., Alfvén G. & Hjern, A. (2006). Living conditions and psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatr*. 95(8):929-934.

