



JÖNKÖPING UNIVERSITY

School of Health and Welfare

Kroppsuppfattning hos ungdomar i årskurs 8 och 9

EXAMENSARBETE

HUVUDOMRÅDE: *Socialt arbete*

FÖRFATTARE: *Sara Berggren & Maria Stenered*

JÖNKÖPING 2020 januari

Abstract

Title: Body image amongst adolescents in grade 8 and 9

Previous research show that there are distortions in young people's body image in relation to BMI. Therefore, the purpose of the present study was to investigate how factors such as gender, mental illness and relationships with parents and friends interact with body image. The following questions were investigated: (a) What are common youth groups based on their BMI and body image?; (b) Are there gender differences among the youth groups?; (c) How do these youth groups interact with mental illness as well as relationships with parents and friends? The current study has received its material from the research program Longitudinal Research on Development in Adolescence (LoRDIA). The research from LoRDIA has been funded by FORTE, the Swedish Research Council, FORMAS, VINNOVA, the Sunnerdals Disability Foundation and the Sävstaholm Foundation. The quantitative data was collected from 1324 children currently attending grade 8 and 9. To investigate how adolescents body image interacts with the above factors, the data were analysed with cluster analysis, one-way ANOVA test, Chi²-test, Bonferroni's Post-hoc test and mean plot. The results of this study revealed that there are distortions in adolescents body image and we also discovered that there were gender differences between the various youth groups. It also emerged that mental illness as well as relationships with parents and friends varied among the youth groups.

Key words: body image, adolescents, gender, mental illness, parents, friends

Sammanfattning

Titel: Kroppsuppfattning hos ungdomar i årskurs 8 och 9

Tidigare forskning visar att det finns skevheter i ungdomars kroppsuppfattning i förhållande till BMI. Syftet med föreliggande studie var därför att undersöka hur faktorer som kön, psykisk ohälsa samt relationer till föräldrar och vänner samspelar med kroppsuppfattningen. Följande frågeställningar formulerades: (a) Vilka är vanliga ungdomsgrupper som baseras på ungdomars BMI och kroppsuppfattning?; (b) Finns det könsskillnader bland ungdomsgrupperna?; (c) Hur samspelar dessa ungdomsgrupper med psykisk ohälsa samt relationer till föräldrar och vänner? Aktuell studie har fått sitt material från forskningsprogrammet Longitudinal Research on Development in Adolescence (LoRDIA). Forskningen från LoRDIA har finansierats av FORTE, Vetenskapsrådet, FORMAS, VINNOVA, Stiftelsen Sunnerdals handikappfond och Stiftelsen Sävstaholm. Det kvantitativa datamaterialet har samlats in från 1324 skolungdomar som går i årskurs 8 och 9. För att undersöka hur ungdomars kroppsuppfattning samspelar med ovanstående faktorer analyserades datamaterialet med klusteranalys, envägs ANOVA-test, Chi^2 -test, Bonferronis post-hoc-test och medelvärdesdiagram. Resultaten visade att det föreligger skevheter i ungdomars kroppsuppfattning. Det fanns även könsskillnader mellan de olika ungdomsgrupperna. Vidare framkom att den psykiska ohälsan samt relation till föräldrar och vänner varierade mellan ungdomsgrupperna.

Nyckelord: kroppsuppfattning, ungdomar, kön, psykisk ohälsa, föräldrar, vänner

Innehållsförteckning

Abstract	ii
Sammanfattning.....	iii
1 Inledning	1
1.1 Syfte och frågeställningar.....	2
2 Bakgrund.....	3
2.1 Begreppsdefinitioner	3
2.1.1 Kroppsuppfattning.....	3
2.1.2 Body Mass Index	3
2.1.3 Psykisk hälsa och psykisk ohälsa	4
2.2 Tidigare forskning	4
2.2.1 Kroppsuppfattning i förhållande till BMI	4
2.2.2 Kroppsuppfattning och psykisk ohälsa.....	5
2.2.3 Kroppsuppfattning och könsskillnader.....	6
2.2.4 Kroppsuppfattning och sociala faktorer	7
2.3 Teoretiskt ramverk.....	9
2.3.1 Socialpsykologiskt perspektiv	9
2.3.2 Feministiskt perspektiv	10
2.3.3 Salutogent perspektiv	12
3 Metod	13
3.1 LoRDIA	13
3.2 Urval.....	14
3.3 Etiska överväganden	15
3.4 Mätinstrument	16
3.4.1 Oberoende variabler.....	16
3.4.2 Beroende variabler.....	16
3.5 Dataanalys	19
4 Resultat	20
5 Diskussion.....	24
5.1 Metoddiskussion.....	29
6 Slutsats	31
Litteraturförteckning	33
Bilaga	40

1 Inledning

Ungdomars kroppsuppfattning är ett ständigt aktuellt ämne. Att uppleva missnöje med kroppen kan få konsekvenser för ungdomars psykiska hälsa. Enligt Folkhälsomyndigheten (2019) kan dessa konsekvenser vara ett högre BMI senare i livet, psykisk ohälsa, psykosomatiska besvär och ätstörningar. Andelen ungdomar som upplever psykosomatiska besvär har ökat sedan 1980-talet. Vidare framkommer att allt fler ungdomar har försökt att gå ned i vikt sedan 2000-talet.

Ungdomen är en tid då det sker mycket förändringar i kroppen. Här läggs grunden för utvecklandet av en identitet och en resa mot vuxenlivet påbörjas. Positiva erfarenheter från denna tid ökar möjligheterna för att utvecklas i rätt riktning (WHO, 2018b). En negativ utveckling kan istället leda till att ungdomar upplever missnöje med sig själva (Karlsson, 2015). Ungdomar är dessutom påverkade av samhällets ideal gällande kroppens utseende (Murnen, 2011). För att uppnå idealen kan ungdomar försöka kontrollera vikten genom bantning. Detta kan i sin tur leda till näringsbrist, minskad tillväxt, menstruationsstörningar hos flickor och i värsta fall självmordsförsök (Folkhälsomyndigheten, 2019).

Enligt Folkhälsomyndigheten (2019) finns det könsskillnader gällande kroppsuppfattningen. Flickor är i högre utsträckning missnöjda med kroppen och anser att de väger för mycket. Det är vanligare att pojkar upplever att de väger lagom mycket eller att de är för smala. Det är dessutom fler flickor än pojkar som försöker gå ned i vikt. Frisé och Holmqvist (2010) menar att flickor har en mer negativ syn på kroppens utseende än pojkar. Det kan bero på att flickor i högre utsträckning påverkas av samhällets kroppsideal. Vidare visar studier att flickor i högre utsträckning uppvisar depressiva symtom i relation till kroppsuppfattning. Detta gäller trots att flickor ofta har ett lägre BMI (Holsen, Kraft & Røysamb, 2001; Eidsdottir, Kristjansson, Sigfusdottir, Garber & Allegrante, 2013). En skyddsfaktor gällande ungdomars kroppsuppfattning kan vara relationer till föräldrar och vänner. En god relation kan leda till en positiv kroppsuppfattning. Bristande relationer kan istället utgöra en risk för att utveckla en negativ kroppsuppfattning (Holsen, Carlson Jones & Skogbrott Birkeland, 2012).

Ambitionen med denna studie är att utreda vilka ungdomsgrupper som finns baserat på kroppsuppfattning. Utifrån dessa ungdomsgrupper undersöks huruvida faktorer som kön,

psykisk ohälsa samt relationer till föräldrar och vänner samspelar med kroppsuppfattningen. Tanken med studien är att den ska fungera som underlag för framtida forskning samt som material för professioner som arbetar med ungdomar.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att identifiera hur faktorer som kön, psykisk ohälsa samt relationer till föräldrar och vänner samspelar med kroppsuppfattning och BMI hos ungdomar.

- Vilka är vanliga ungdomsgrupper baserat på BMI och kroppsuppfattning?
- Finns det könsskillnader bland ungdomsgrupperna?
- Finns det skillnader gällande psykisk ohälsa samt relationer till föräldrar och vänner bland ungdomsgrupperna?

2 Bakgrund

I följande avsnitt presenteras inledningsvis de begrepp som används genom studien. Därefter redogörs för tidigare forskning på området. Slutligen presenteras det teoretiska ramverk som studien analyseras utifrån.

2.1 Begreppsdefinitioner

2.1.1 Kroppsuppfattning

Kroppsuppfattning är den bild och de känslor individer har kring kroppens storlek och form. Det handlar även om hur väl individers kroppsuppfattning stämmer överens med kroppens storlek. (Slade, 1988). Tylka och Wood-Barcalow (2015) skiljer positiv kroppsuppfattning från negativ kroppsuppfattning men menar att begreppen inte ska ses som varandras motpoler. Individer utan en negativ kroppsuppfattning har inte automatiskt en positiv kroppsuppfattning. Forskning visar att en positiv kroppsuppfattning är komplex och har flera dimensioner. Dessa är bland annat att uppskatta kroppen, acceptera och älska kroppen samt att ha en inre positivitet. En positiv kroppsuppfattning behöver inte betyda att vara nöjd med alla aspekter av utseendet. Individer med en positiv kroppsuppfattning tenderar att uppskatta kroppens funktioner och inte enbart kroppens utseende. Dessutom visar forskning att ungdomar med en positiv kroppsuppfattning fokuserar mer på kroppens tillgångar snarare än brister (Tylka & Wood-Barcalow, 2015).

2.1.2 Body Mass Index

Body Mass Index, BMI, är ett mått för att bedöma eventuell undervikt, normalvikt, övervikt och fetma. Uträkning av BMI för vuxna görs genom att dividera kroppsvikten med kvadraten av längden i meter. BMI utvecklades ursprungligen för att identifiera risker kopplade till övervikt. Ett högre BMI ökar risken för vissa sjukdomar som exempelvis hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och diabetes. BMI är det vanligaste verktyget för att räkna ut risken för hälsoproblem hos en befolkning. Kritik mot verktyget är att hänsyn inte tas till orsakerna bakom ett högt BMI. Några av dessa kan vara fysisk aktivitet, kön och ålder. Detta kan leda till att fetma i vissa fall överskattas och i andra fall underskattas (World Health Organization, WHO, 2019).

2.1.3 Psykisk hälsa och psykisk ohälsa

Psykisk hälsa är en del av den allmänna hälsan. WHO (2018a) redogör för att psykisk hälsa är mer än enbart frånvaro av psykisk sjukdom. Psykisk hälsa handlar om individens välbefinnande, tilltro till egna förmågor och att kunna hantera påfrestningar i livet. Den psykiska hälsan påverkas av sociala, psykologiska och biologiska faktorer. Sociala påverkansfaktorer är exempelvis social exkludering och könsdiskriminering. Psykologiska faktorer handlar om individens inre egenskaper och personlighet. Biologiska faktorer rör individens medfödda genetik (WHO, 2018a). Psykisk ohälsa innefattar istället olika tillstånd. Dessa kan vara lindriga psykiska besvär som exempelvis självrapporterad nedstämdhet eller oro. Psykisk ohälsa kan även vara allvarliga psykiska sjukdomar eller funktionsnedsättningar som depression eller schizofreni. Psykisk ohälsa behöver inte alltid behandlas men kan utgöra en påfrestning i vardagen (Socialstyrelsen, 2013). För barn och ungdomar är den psykiska hälsan av särskild vikt. Erfarenheter från denna tid kommer att påverka det psykiska måendet livet ut. Positiva erfarenheter ökar möjligheterna för barn och ungdomar att utvecklas i rätt riktning. Negativa erfarenheter, som exempelvis mobbning, riskerar istället att skada utvecklingen av emotionella och kognitiva förmågor (WHO, 2018b).

2.2 Tidigare forskning

2.2.1 Kroppsuppfattning i förhållande till BMI

Ungdomars kroppsuppfattning kan skilja från BMI. Almeida, Severo, Araújo, Lopes och Ramos (2012) har undersökt ungdomar vid 13 års ålder. Studien visar att ungdomar med högt BMI ofta önskar en smalare kroppsform. Bland de som enligt BMI är normalviktiga upplever 26 % av flickorna och 14 % av pojkarna att de vill ha en smalare kropp (Almeida, Severo, Araújo, Lopes & Ramos, 2012). Även You, Shin och Kim (2017) menar att ett stort antal ungdomar upplever sig vara större än vad BMI visar. Den grupp som enligt BMI är underviktiga har högre självkänsla och är mer nöjda med sitt utseende i jämförelse med övriga grupper. Deras studie har även undersökt ungdomars kroppsuppfattning i jämförelse med deras ideal. Den största skillnaden mellan önskvärd kropp och upplevd kropp finns bland de som är normalviktiga. Den normalviktiga gruppen lägger dessutom mest vikt vid utseendet (You, Shin & Kim, 2017). Ungdomar som har ett BMI lägre än normalt för deras kön och ålder är mer nöjda med vikten. Vidare eftersträvar ungdomar

en smalare kropp för att efterlikna idealet (Ivarsson, Svalander, Litlere & Nevenon, 2006). Kostanski och Gullone (1998) redogör i sin studie för att 80 % av flickorna och 40 % av pojkarna inte tycker att kroppens storlek stämmer överens med önskvärd kropp. Bland flickorna är det vanligast att de anser sig vara för stora medan pojkars kroppsuppfattning ofta stämmer överens med deras faktiska BMI. Ungdomars kroppsmisnöje och strävan om att bli smalare ökar i takt med att BMI ökar (Kostanski & Gullone, 1998). Forskning bekräftar alltså att det kan finnas bristande överensstämmelse gällande ungdomars kroppsuppfattning och BMI.

2.2.2 Kroppsuppfattning och psykisk ohälsa

Ungdomars kroppsuppfattning kan ha en inverkan på den psykiska hälsan. Studier visar att en negativ kroppsuppfattning där ungdomar upplever missnöje med kroppen kan leda till depressiva symtom (Holsen, Kraft & Røysamb, 2001). Ungdomars kroppsuppfattning har en mer betydande roll än deras vikt vid utvecklandet av depressiva symtom (Almeida, Severo, Araújo, Lopes & Ramos, 2012). Gillen (2015) redogör för att ungdomar som har en positiv kroppsuppfattning mår bättre oavsett kroppsstorlek. Att kroppsuppfattningen har stor betydelse är tydligt då ungdomar som enligt BMI är underviktiga eller överviktiga men upplever sig vara i god form inte uppvisar en sämre psykisk hälsa än ungdomar som är normalviktiga och upplever sig vara normalviktiga. De ungdomar som har en upplevelse av att vara för smala men framförallt för tjocka mår ofta sämre. Dessa ungdomar uppvisar i högre utsträckning uppmärksamhetsproblem och ångest (ter Bogt, van Dorselaer, Monshouwer, Verdurmen, Engels & Vollebergh, 2006). Även Kostanski och Gullone (1998) menar att psykisk ohälsa inte är relaterat till BMI. Ungdomar med över- eller undervikt uppvisar inte nödvändigtvis högre nivåer av ångest och depression. Istället är det ungdomar som upplever sig vara över- eller underviktiga oberoende av BMI som i högre utsträckning upplever depression och ångest. Detta är vanligast bland flickor. Vannuci och McCauley Ohannessian (2017) bekräftar att kroppsmisnöje hos ungdomar kan leda till ångestsymtom. I deras studie rapporterar ungdomar som är missnöjda med kroppen om fler begynnande symtom av generaliserat ångestsyndrom, panikångest och social fobi (Vannuci & McCauley Ohannessian, 2017).

Eidsdottir, Kristjansson, Sigfusdottir, Garber & Allegrante (2013) redogör istället för att det finns en korrelation mellan högt BMI, kroppsuppfattning och depressivitet. Ett högt BMI leder till ett missnöje med kroppen vilket påverkar det psykiska måendet i en negativ

riktning. En annan studie visar på ett samband mellan kroppsmissnöje, psykisk ohälsa och självmordsförsök. Personer som uppfattar sig vara överviktiga tenderar att ha sämre psykisk hälsa och rapporterar dessutom i högre utsträckning om självmordsförsök (Jansen, van de Looij-Jansen, de Wilde & Brug, 2007). Utöver psykisk ohälsa kan kroppsuppfattningen påverka ungdomars självkänsla (Williams & Currie, 2000). Williams och Currie (2000) har undersökt ungdomar i åldrarna 11 och 13 år. I båda dessa åldersgrupper har de som uppfattar sig som ”alldeles för tjocka” eller ”alldeles för smala” lägre självkänsla än övriga ungdomar. Även Davison och McCabe (2010) menar att det finns ett samband mellan kroppsmissnöje och låg självkänsla bland ungdomar. Flickors låga självkänsla beror enligt studien på en oro över hur andra bedömer deras kropp. Bland pojkar är orsaken till låg självkänsla deras egen uppfattning om hur attraktiva de är. Samtliga studier bekräftar att missnöje med kroppen är kopplat till olika aspekter av psykisk ohälsa.

2.2.3 Kroppsuppfattning och könsskillnader

Studier visar att det finns stora skillnader mellan flickor och pojkar gällande hur de uppfattar sina kroppar. Flickor med lågt BMI är mer nöjda med sina kroppar än vad pojkar med lågt BMI är. Omvänt uppskattar pojkar med högt BMI sina kroppar mer än vad flickor med högt BMI gör (Fenton, Brooks, Spencer & Morgan, 2010). Canpolat Orsel, Akdemir & Ozbay (2005) redogör för könsskillnader där 43 % av flickorna och 18 % av pojkarna i deras studie har en önskan om att vara smalare (Canpolat Orsel, Akdemir & Ozbay, 2005). Pojkar har en mer positiv kroppsuppfattning och blir mer nöjda med kroppen från 13 års ålder fram till 18 års ålder. Flickor däremot visar på en försämrade kroppsuppfattning från 13 års ålder fram till 15 års ålder. Flickors kroppsuppfattning förbättras sedan mellan 15 till 18 års ålder (Holsen, Carlson Jones, Skogbrott & Birkeland, 2012). Det finns även ungdomar som eftersträvar en större kroppsform än vad de har, trots normalt BMI. Detta är tydligast bland pojkar. Almeida, Severo, Araújo, Lopes och Ramos (2012) redogör för att 47 % av pojkarna och cirka 20% av flickorna i deras studie önskar en större kroppsform. I en annan studie utförd av Furnham, Badmin och Sneade (2002) framkommer att 36 % av pojkarna och 8 % av flickorna har en önskan om att gå upp i vikt. Pojkar med lågt BMI är mer oroade över att inte ha tillräckligt med muskler än vad pojkar med högre BMI är. Pojkar med lågt BMI tycker i högre utsträckning att deras kroppar är för smala (Jones & Crawford, 2004). Det har utförts flera svenska studier gällande pojkars och flickors kroppsuppfattning. Ivarsson, Svalander, Litlere och Nevonen (2006) redogör för att pojkar

har en mer positiv attityd till den egna vikten än flickor. Flickors syn på vikt och kroppens utseende är istället mer negativ (Frisén och Holmqvist, 2010). Detta kommer enligt deras studie till uttryck genom att 58 % av flickorna och 18% av pojkarna någon gång har försökt att gå ned i vikt. Det finns även ett samband mellan kroppsideal och kroppsuppfattning. Flickor och pojkar som har internaliserat det rådande kroppsidealet är mer benägna att ha en negativ kroppsuppfattning. Det innebär att dessa ungdomar påverkas av vad som enligt samhällets uppfattning är attraktivt. Flickor tenderar att internalisera kroppsidealet i högre utsträckning än pojkar (Frisén & Holmqvist, 2010). Enligt Bergström, Stenlund och Svedjehäll (2000) överskattar både flickor och pojkar kroppsstorleken även om flickor gör det i högre utsträckning.

Studier visar även på könsskillnader gällande kroppsuppfattning relaterat till psykisk ohälsa. Holsen, Kraft och Røysamb (2001) har genomfört en studie gällande kroppsuppfattning i relation till depressivitet. Resultatet visar att vid 15 års ålder finns en könsskillnad där flickor uppvisar fler depressiva symtom i relation till kroppsuppfattningen. Enligt Eidsdottir, Kristjansson, Sigfusdottir, Garber och Allegrante (2013) har flickor ofta lägre BMI än pojkar men är samtidigt mer missnöjda med kroppen. Flickor upplever alltså psykisk ohälsa främst baserat på deras kroppsuppfattning och inte på grund av BMI. Sammanfattningsvis kan sägas att både flickor och pojkar strävar efter att förändra kroppens utseende. Det finns dock skillnader gällande vad denna förändring består i. Flickor önskar i högre utsträckning en smalare kroppsform medan pojkar har en strävan efter en muskulösare kropp

2.2.4 Kroppsuppfattning och sociala faktorer

Relationen till föräldrar och vänner är en faktor som kan samspela med kroppsuppfattningen. Holsen, Carlson Jones och Skogbrott Birkeland (2012) redogör för att ungdomar som har en god relation till föräldrar och vänner är mer nöjda med kroppen. Detsamma gäller det omvända där ungdomar som har en bristande relation till föräldrar och vänner rapporterar ett missnöje med kroppen. Bristande relationer i ungdomsåren kan påverka kroppsbilden flera år in i vuxen ålder (Holsen, Carlson Jones & Skogbrott Birkeland, 2012). En annan studie har undersökt sociala riskfaktorer som leder till kroppsmisnöje. För att mäta socialt stöd användes faktorer som kamratskap, vägledning, intimitet, tillgivenhet, beundran och en pålitlig allians från föräldrar och vänner. I studien framkommer att bristande socialt stöd från föräldrar och vänner kan leda till

kroppsmissnöje. Bristande stöd från föräldrar utgör dock en högre risk än bristande stöd från vänner (Bearman, Presnell, Martinez & Stice, 2006).

Relationen mellan ungdomar och föräldrar kan påverkas av den insyn som föräldrar har i ungdomens liv. Kakihara, Tilton-Weaver, Kerr och Stattin (2009) menar att ungdomar som känner sig överkontrollerade av sina föräldrar har sämre självkänsla. Det kan bero på att ungdomar har behov av stöd från föräldrar för att utvecklas på egen hand (Eccles, Midgley, Wigfield, Buchanan, Reuman, Flanagan & Douglas, 1993). Ungdomar som istället får möjligheten att vara delaktiga i beslut som rör deras liv upplever högre självkänsla och färre depressiva symtom (Smetana, Metzger, Gettman, & Campione-Barr, 2004). Den kontroll föräldrar har över sina barn påverkar även kommunikationen dem emellan. Ungdomar som upplever sig vara överkontrollerade av föräldrarna riskerar att bli mer tillbakadragna och undanhålla information (Kerr & Stattin, 2000). Enligt Kerr, Stattin och Burk (2010) är det viktigt att föräldrarna är inlyssnande och anpassar kontrollen efter ungdomarnas vilja för att främja en god kommunikation.

En studie har undersökt föräldrars sätt att kommunicera med deras barn. I familjer där pappa och dotter inte har ett öppet samtalsklimat uppvisar dottern mer missnöje med kroppen. Dottern påverkas däremot inte negativt av samtalsklimatet med mamman. För söner ser förhållandena annorlunda ut. Mammor som inte har ett öppet samtalsklimat riskerar att påverka sönerns kroppsuppfattning negativt. Pappors kommunikation med söner påverkar inte kroppsuppfattningen alls. Dessa resultat kan bero på att söner och döttrar är mer knutna till föräldern av motsatt kön (Sheldon, 2013). Även May, Kim, McHale och Crouter (2006) menar att det finns samband mellan flickors kroppsmissnöje och relationen mellan mamma och dotter. Då mammans närhet till dottern minskar och konflikterna dem emellan ökar är detta relaterat till kroppsmissnöje hos flickor. I deras har även föräldrars insyn i deras barns vardagsliv undersökts. Resultatet visar att det finns samband mellan mammans insyn och dotterns kroppsuppfattning. Söners kroppsuppfattning påverkas inte alls av den insynen varken eller mamma eller pappa har. Ju mer mamman vet om dotterns vardagsliv desto mindre oro över vikten upplever dottern. Anledningen till att relationen mellan mamma och dotter har stor betydelse är enligt studien att de spenderar mer tid med varandra. Dottern påverkas därför av mammans egna tankar kring kropp och vikt. Dessutom är oro gällande vikten stereotyp för det kvinnliga könet (May, Kim, McHale & Crouter, 2006).

Studier har påvisat samband mellan socialt umgänge och kroppsuppfattning. Caccavale, Farhat och Iannotti (2012) mäter socialt umgänge genom att ungdomarna får uppge om de har vänner att prata med samt hur ofta de träffar dessa vänner. Det framkommer att överviktiga ungdomar upplever mer kroppsmisnöje och har mindre socialt umgänge i jämförelse med normal- och underviktiga. Överviktiga flickor som har mindre socialt umgänge upplever mer kroppsmisnöje än överviktiga flickor som har ett rikare socialt umgänge. Gällande pojkar leder socialt umgänge till lägre kroppsmisnöje oavsett om de är under-, normal- eller överviktiga (Caccavale, Farhat & Iannotti, 2012). Även Lunde och Frisé (2011) menar att det finns ett samband mellan relationen till vänner och kroppsuppfattning. De har undersökt förhållandet mellan mobbning och kroppsmisnöje hos ungdomar. Ungdomar med högt BMI är mer utsatta för mobbning. Detta gäller både flickor och pojkar men främst överviktiga flickor. Ungdomar som har varit mobbade i de tidiga ungdomsåren löper större risk att utveckla kroppsmisnöje senare i ungdomsåren. Detta gäller främst flickor. Lunner et al (2000) redogör för liknande samband. Ungdomar som har varit retade riskerar att uppleva kroppsmisnöje. Dessutom kan negativa glåpor leda till att ungdomar utvecklar ätstörningar. Waldrip, Malcolm och Jensen-Campbell (2008) redogör för att ungdomar som har minst en nära vänskapsrelation uppvisar färre anpassningssvårigheter, som exempelvis depression eller ångest. Att ha vänskapsrelationer som kännetecknas av intimitet och stöttning är viktigare än antalet vänner som ungdomen har. Stödet från en nära vän kan alltså utgöra en skyddsfaktor mot anpassningssvårigheter (Waldrip, Malcolm & Jensen-Campbell, 2008). Studier visar därför att stöd från föräldrar och vänner kan ha en inverkan på ungdomars psykiska hälsa och därmed påverka kroppsuppfattningen.

2.3 Teoretiskt ramverk

Studiens teoretiska utgångspunkter är det socialpsykologiska perspektivet, det feministiska perspektivet och det salutogena perspektivet.

2.3.1 *Socialpsykologiskt perspektiv*

Det socialpsykologiska perspektivet betonar gruppens betydelse i skapandet av en social identitet. Individens beteende inom och mellan grupper har betydelse för deras handlande. Kommunikation är en viktig del inom socialpsykologin. Genom kommunikation beskriver individen uppfattningen om världen. En teori inom socialpsykologin är

socialkonstruktionism. Socialkonstruktionism utgår från att individer tillsammans skapar en social verklighet. Idéer som skapats i samhället blir en allmän uppfattning hos invånarna. Enligt denna teori skapas sociala problem genom individers sätt att tala om dem (Payne, 2008). Den sociala verklighet som reproduceras i ett samhälle skiljer sig ofta åt mellan kulturer. Det kan även skilja sig åt mellan grupper inom samma kultur (Giddens & Sutton, 2014). Den sociala strukturen i ett samhälle påverkar enligt vissa sociologer individens handlingar. Det innebär att samhällets normer står utanför individens kontroll. Andra sociologer menar att individer aktivt skapar samhället genom sina handlingar. Individer är kapabla att ta egna beslut och betraktas därför som mer aktiva. De sociologer som betonar strukturens inverkan anser att samhället är mer än summan av individens enskilda handlingar. Individer föds in i ett samhälle och måste i vissa avseenden anpassa sig till systemet. Detta bidrar i sin tur till att de sociala strukturer som finns i samhället reproduceras på nytt (Giddens & Sutton, 2014). Inom socialkonstruktionismen menar vissa att genus är ett exempel på en social konstruktion. Detta till skillnad från kön som är biologiskt givet. Genusbegreppet kan vara ett sätt att befria män och kvinnor från de föreställningar som finns baserat på könstillhörighet (Carlson, 2001).

2.3.2 Feministiskt perspektiv

Hannam (2012) definierar feminism som “ett erkännande av att det råder en maktobalans mellan könen med kvinnan i en underordnad roll och en övertygelse om att kvinnors villkor är socialt konstruerade och därför kan förändras. Tonvikten läggs på kvinnlig autonomi” (s. 21). Kön ses enligt feministisk teori inte som något biologiskt och bestämt i kroppen utan som något föränderligt och påverkbart. Beroende av uppväxt och socialt samspel påverkas synen på hur män och kvinnor ska vara. Även den sociala, historiska och kulturella kontext som människan befinner sig i styr hur kön tolkas. Den könsmaktsordning som råder i samhället överordnar det som definieras som manligt och underordnar det som definieras som kvinnligt. En förklaring till ojämlikheten kan vara att män och kvinnor inte bara konstrueras som olika utan ges även olika värde. Mannen konstrueras som norm som kvinnan får förhålla sig till (Mattson, 2016).

Feministisk teori ser kroppsmisshälsa hos kvinnor som ett systematiskt socialt fenomen. Det är alltså sociala faktorer som orsakar kroppsmisshälsa och inget individuellt inom individen. I det västerländska samhället står kroppen i motsatsförhållande till sinnet. Kvinnor förknippas med kroppen och män med sinnet, där kvinnor och kroppen är

underordnade män och sinnet. Vidare menar feministisk teori att det västerländska samhället ser den manliga kroppen som standard i relation till den kvinnliga kroppen som blir avvikande. Kvinnors kroppar blir objekt och bedöms utifrån hur väl de passar in i samhällets ideal. Detta börjar redan i tidig ålder där flickor uppmuntras att se efter sina utseenden genom att exempelvis tänka på vad de har på sig och hur deras hår ser ut. Flickor lär sig att betrakta kroppen med ett utifrånperspektiv och blir beroende av andras godkännande. McKinley (2011) använder begreppet "objektifierad kroppsmedvetenhet" för att beskriva hur kvinnor ser sina kroppar. Begreppet innefattar tre aspekter. Den första är att värde läggs i hur omgivningen uppfattar ens kropp. Upplever kvinnan inte att hon lever upp till omgivningens standard riskerar hon att må dåligt och uppleva skamkänslor. Den andra aspekten handlar om internalisering av kulturellt betingade kroppsideal. Kvinnans syn på sitt eget värde är sammankopplat till hur väl hon upplever att dessa ideal uppnås. Den tredje aspekten är hur kvinnan uppfattar att hon kan påverka sitt utseende för att uppnå kroppsidealet. För att det ska vara legitimt att bedöma kvinnor utifrån deras kroppar behöver det vara möjligt att nå upp till idealet. Oavsett i vilken utsträckning kvinnor försöker påverka utseendet kan övertygelsen om att utseendet går att förändra gynna vissa kvinnor. Det kan generera i en känsla av att ha kontroll över sin egen kropp.

Idealkroppen för kvinnor och män skiljer sig åt. Murnen (2011) exemplifierar detta genom att jämföra Bratzdockor riktade mot flickor med actiondockor riktade mot pojkar. Bratzdockorna är smala med plutande läppar och smink och ger uttryck för en sexualiserad syn på kroppen. I media gestaltas idealkvinnan vanligen som en kvinna med smal midja, långa ben, rund rumpa och stora bröst. Bilden av den kvinnliga idealkroppen har förändrats över tid. Under 1950-talet var idealkroppen större med mer fett på höfterna. Under 1960-, 1970-, 1980- och 1990-talet blev idealet allt smalare. Idag ska den ideala kvinnan ha stora bröst men samtidigt en smal midja och smala höfter. Actiondockorna som är riktade mot pojkar har mycket muskler och ger uttryck för en funktionell syn på kroppen. För män är kroppsidealet en "V-form" med breda axlar, smal midja och definierade magmuskler. Kroppsmissnöje bland pojkar och män kan handla om en önskan att bli smalare, men ofta rör det sig om en längtan efter mer muskler. Stora muskler ger i sin tur uttryck för maskulinitet. Både män och kvinnor är alltså utsatta för orealistiska kroppsideal som riskerar att äventyra det psykiska måendet (Murnen, 2011).

2.3.3 Salutogent perspektiv

Det salutogena perspektivet utvecklades av en sociolog vid namn Aaron Antonovsky. Detta perspektiv har en hälsofrämjande ansats. Istället för att fokusera på vad som orsakar sjukdom försöker det salutogena perspektivet upptäcka friskfaktorer (Antonovsky, 1985). Människan ses inom perspektivet som resursstark, erfaren och kapabel. Perspektivet har en inriktning mot hälsa, ett gott liv och social hållbarhet. Motsatsen till det salutogena perspektivet är det patogena perspektivet. Det patogena perspektivet är mer riskorienterat och fokuserar på hur sjukdomar kan förebyggas och behandlas. Perspektivets inriktning går mot sjukdom, risk och död (Eriksson & Winroth, 2015).

Ett begrepp inom det salutogena perspektivet är känsla av sammanhang, KASAM. KASAM är ett förhållningssätt som handlar om hur individer hanterar svårigheter som kan uppstå genom livet. I begreppet KASAM finns tre faktorer som påverkar detta. En av dessa faktorer är begriplighet som innebär att individen förstår det som händer. Hanterbarhet är en annan faktor som handlar om att individen har resurser att tillgå för att klara av situationen. Den tredje faktorn är meningsfullhet som innebär att den situation som uppstår känns värd att hantera. Individer som saknar någon eller några av dessa faktorer kan ha svårare att hantera motgångar (Lindqvist & Nygren, 2016). KASAM är inte situationsbundet. En individ med stark KASAM kan påverkas vid svåra situationer men förblir ändå relativt stabil. De flesta individer har inte en fulländad KASAM då detta kräver en mycket stabil inre och yttre omgivning (Antonovsky, 1985). Fram till 30 års ålder finns det en möjlighet att påverka och förändra KASAM hos en individ. I vuxen ålder är KASAM mer oföränderligt. KASAM kan användas för att upptäcka individer som riskerar att drabbas av sociala problem (Lindqvist & Nygren, 2016). KASAM är även relaterat till kroppsuppfattning. Dumčienė, Gedvilienė & Mickevičius (2015) redovisar i sin studie att det finns ett samband mellan KASAM och kroppsmisnöje. Starkast samband finns mellan kroppsmisnöje och begriplighet samt kroppsmisnöje och hanterbarhet. Även Latzer, Weinberger-Litman, Spivak-Lavi och Tzischinsky (2019) menar att det finns ett samband mellan KASAM och kroppsmisnöje. Det kan bero på att en hög nivå av KASAM främjar individens copingstrategier och förbättrar självkänslan. Detta kan vara en skyddsfaktor från de sociala påtryckningar som ungdomar kan uppleva gällande kroppsideal.

Ungdomar är en grupp som är utsatta för mycket stress. De har krav på sig att prestera i skolan samtidigt som de ska ha en meningsfull fritid och många vänner. Det finns även ett

stort fokus på utseende i dagens samhälle som utgör ytterligare en stressfaktor för ungdomar. Att ha en stark KASAM kan utgöra en skyddsfaktor hos ungdomar som är utsatta för olika stressorer (Eriksson, 2015). Modin, Östberg, Toivanen och Sundell (2011) redogör i sin studie för att elever som upplever höga krav tillsammans med låg kontroll uppvisar mer psykisk ohälsa än elever som lyckas skapa en balans mellan krav och kontroll. En annan studie utförd av Myrin och Lagerström (2008) visar att en svag KASAM hos ungdomar är relaterat till att uppleva missnöje med livet, nedstämdhet och oro för sin familj. Eriksson (2015) redogör för familjens betydelse under barnets uppväxt. För att barn ska kunna utveckla en stark KASAM behöver de få vara delaktiga i vad som händer inom familjen. Med hjälp av familjen kan barnet tolka sådant som händer omkring det och därigenom skapa *begriplighet*. Det som blir begripligt för barnet blir enklare att hantera vilket bidrar till en stärkt *hanterbarhet*. Delaktighet i familjen leder även till att barnet upplever *meningsfullhet* (Eriksson, 2015).

3 Metod

I aktuell studie har insamlad data från forskningsprojektet LoRDIA använts. Detta för att besvara de forskningsfrågor som formulerats i studien. Studien har en kvantitativ ansats med en tvärsnittsdesign. En tvärsnittsdesign innebär att data samlas in vid en specifik tidpunkt. Datan vid en tvärsnittsdesign innehåller två eller fler variabler för att mäta variationen mellan dessa. Syftet är alltså inte att jämföra olika tidpunkter som vid retrospektiva eller prospektiva studier (Bryman, 2011). I detta avsnitt beskrivs hur studien har genomförts samt vilka etiska överväganden som har gjorts.

3.1 LoRDIA

Datamaterialet som har använts kommer från forskningsprojektet LoRDIA. Det är en longitudinell studie som följer 1860 ungdomar genom deras utveckling till vuxna. Fokus är på sociala nätverk, skolanpassning, trivsel, psykisk hälsa samt bruk av alkohol och droger. LoRDIA kan beskrivas som en kohortstudie då den följer en grupp individer, i detta fall ungdomar inom en viss tidsperiod (Bryman, 2011). De ungdomar som deltar bor i kommunerna Gnosjö, Härryda, Vårgårda och Värnamo. Första mättillfället ägde rum år 2013 då ungdomarna gick i årskurs 6 respektive 7. De var då ungefär 12 respektive 13 år. Det femte och sista mättillfället skedde 2018 respektive 2019. Ungdomarna gick då i årskurs 2 på gymnasiet och var omkring 18 år gamla. Sammanlagt blev det 4 vågor av

insamlade data. Forskningsprojektet kommer eventuellt fortsätta att genomföra mätningar. Forskare inom LoRDIA har besökt skolklasserna för att informera om projektet innan undersökningarna har genomförts. Datan har inhämtats genom enkäter innefattande ett stort antal frågor. Enkäterna fick besvaras i anslutning till skolan. Det tog ungefär 60–90 minuter att genomföra enkätundersökningen. Individer med intellektuella funktionsnedsättningar eller individer med annat modersmål fick ytterligare 30 minuter. De med intellektuella funktionsnedsättningar fick även möjlighet att fylla i enkäten hemifrån. Föräldrar till de ungdomar som var under 15 år fick en förfrågan via post om samtycke och information gällande studien. Det krävdes inget aktivt godkännande utan föräldrar som motsatte sig ungdomarnas deltagande fick höra av sig. Informationsbrevens översattes till 25 språk för att samtliga ska kunna ta del av informationen. Föräldrarna fick även besvara en postenkät i samband med ungdomarnas första mättillfälle. Lärarna utförde skattningar gällande ungdomarnas skolbeteende. Ytterligare information gällande skolbetyg och närvaro inhämtades från skolregistret. När ungdomarna gick i årskurs 2 på gymnasiet genomfördes en individuell intervju rörande frågor om psykisk hälsa samt alkohol- och narkotikabruk (LoRDIA, 2016).

3.2 Urval

Vid första, andra och tredje datainsamlingen skickades förfrågningar om deltagande till samtliga elever tillhörande någon av de 4 aktuella kommunerna. Totalt var det 2127 elever. I aktuell studie används datamaterial från våg 3. Ungdomarna går då i årskurs 8 och 9. Mätningarna för våg 3 ägde rum i oktober och november 2015. Totalt deltog 1324 ungdomar från våg 3 vilket innebär ett bortfall på 803 ungdomar från den ursprungliga studiepopulationen. Detta betraktas som ett externt bortfall då det beror på frånvaro från skolan vid aktuellt mättillfälle eller avsaknad av samtycke från eleven eller föräldrar. I aktuell studie finns även ett internt bortfall som beror på att eleverna har undvikit att besvara specifika frågor. Aktuell studiepopulation består av 662 tjejer, 648 pojkar, 6 personer som definierar sig som hen, queer eller trans samt 8 personer som inte svarat på frågan gällande könstillhörighet. Genomsnittsåldern för populationen är 14,32 år med en standardavvikelse på .64.

3.3 Etiska överväganden

Forskningsprojektet LoRDIA har genomförts enligt Etikprövningslagen samt Vetenskapsrådets rekommendationer för samhällsvetenskaplig forskning. Detta krävs då forskningsprojektet hanterar känsliga personuppgifter (LoRDIA, 2016). Etiknämnden i Göteborg har godkänt etikprövningen för LoRDIA våg 3 (No. 362–13; 2015-09-02).

Bryman (2011) redogör för fyra forskningsetiska principer. Det första är informationskravet. Det innebär att deltagarna ska få information om syftet med studien och att deltagandet är frivilligt. Deltagarna har även rätt att avbryta medverkan när som helst under studien. Det andra är samtyckeskravet. Det handlar om att deltagandet är frivilligt. Vårdnadshavare behöver dessutom godkänna deltagandet om deras barn är minderårigt. Konfidentialitetskravet är den tredje principen. Det innebär att deltagarnas personuppgifter inte får lämnas till utomstående. Personuppgifterna ska även vara förvarade så att enbart forskarna kan komma åt dem. Den sista principen är nyttjandekravet. Datamaterialet som samlas in får bara användas i forskningssyfte. Ovanstående forskningsetiska principer har beaktats i LoRDIA på följande sätt. Ungdomarna har fått information om studiens syfte och att deras deltagande är frivilligt. De har även rätt att avbryta eller avstå från att svara på vissa frågor. Andra forskningsetiska principer som beaktats i LoRDIA är konfidentialitetskravet. Detta innebär att datamaterialet hanteras utan att obehöriga får tillträde. Vid presentation av datamaterialet garanteras deltagarna anonymitet genom att deras personuppgifter inte går att identifiera. Varken elever, lärare eller föräldrar får ta del av de andras svar. I studien har hänsyn tagits till ungdomarnas ålder. Ungdomarna har endast fått besvara de frågor som bedömts lämpliga för deras ålder. För ungdomar under 15 år krävs samtycke från föräldrar. Detta sker genom förfrågan via post där ett passivt godkännande tillämpas. Informationsbrevens översattes till 25 språk för att samtliga föräldrar ska ges möjlighet att förstå innebörden av studien (LoRDIA, 2016).

3.4 Mätinstrument

3.4.1 Oberoende variabler

Nedan presenteras de oberoende variablerna BMI och kroppsuppfattning. I aktuell studie tolkas en negativ kroppsuppfattning som att ungdomens BMI inte stämmer överens med kroppsuppfattningen. Utifrån det västerländska idealet ses det som positivt att vara smal. Därför görs antagandet att ungdomar som upplever sig vara för smala har en mer positiv kroppsuppfattning än ungdomar som upplever sig vara för tjocka.

BMI

Variabeln BMI skapades genom beräkning av vikt/(längd)*(längd). Utifrån BMI delades ungdomarna in i tre olika grupper. De med ett BMI lägre än 18,5 klassas som underviktiga, ett BMI på 18,5–24,9 som normalviktiga och de med ett BMI över 24,9 som överviktiga (WHO, 2019).

Kroppsuppfattning

Variabeln kroppsuppfattning skapades utifrån frågan “Vad tycker du om din vikt?”. Till denna fråga fanns fem svarsalternativ. Dessa var 1 “alldeles för mager”, 2 ”lite för mager”, 3 ”lagom”, 4 ”lite för tjock” och 5 “alldeles för tjock”. I aktuell studie har svarsalternativ 1 och 2 grupperats till uppfattningen “underviktig”, 3 som “normalviktig” samt 4 och 5 som “överviktig”.

3.4.2 Beroende variabler

I detta avsnitt presenteras de variabler som använts vid analysen. Samtliga beskrivningar av variabler och Cronbachs alfa återfinns i tabell 1. Cronbachs alfa är ett instrument för att mäta den interna reliabiliteten i ett index. Reliabiliteten bedöms vara acceptabel vid ett värde på .80 men vissa forskare menar att .70 och .60 är godtagbart (Bryman, 2011).

Psykosomatiska problem

Vid mätning av indexet psykosomatiska problem används en skala vid namn “The psychosomatic problems scale”, PSP. Detta instrument innehåller 8 frågor. Exempel på frågor är “har du besvärats av magont” och “har du känt att du haft svårt att koncentrera dig?”. Svaren rangordnas på en skala där 1 står för “aldrig” och 5 för “alltid” (Hagquist, 2013). Cronbachs alfa för detta index är .91.

Emotionella symtom

Indexet emotionella symtom mäts genom ett instrument vid namn "strength and difficulties", SDQ. SDQ innehåller de 5 delskalorna emotionella symtom, grupproblemlösning, hyperaktivitet, uppförandeproblem samt prosocial (Smedje, Broman, Hetta & von Knorring, 1998). I denna studie har endast delskalan emotionella symtom använts. Detta beror på att studien vill undersöka psykisk ohälsa och inte utåtagerande beteende. Exempel på påståenden är "jag oroar mig mycket" och "jag är ofta ledsen, nedstämd eller gråtfärdig". Svartalternativen mäts på en skala mellan 0–10 baserat på grad av problem. Svaren kodas sedan om i databasen så att svartalternativet 1 står för "stämmer inte", 2 för "stämmer delvis" samt 3 för "stämmer helt". Cronbachs alfa för indexet är .75.

Psykiskt välmående

Psykiskt välmående mäts genom 3 frågor. Exempel på frågor är "hur trivs du i stort sett med livet just nu?" och "hur frisk tycker du att du är". Svaren rangordnas på en skala där 1 står för "jag trivs mycket bra" och 4 för "jag trivs inte alls bra". Indexet psykiskt välmående utgår från frågor som använts i en nationell undersökning vid namn Grodan. Denna undersökning utfördes år 2009 av statistiska centralbyrån. Cronbachs alfa för detta index är .76 (Gustavsson, Hjern, Modin, Bergström & Berlin, 2012).

Kamratrelationer

Indexet kamratrelationer innehåller ursprungligen en konfliktskala samt en stöd- och tillitsskala. I denna studie används endast stödskalan innehållande 6 påståenden. Samtliga påståenden handlar om stödet från en viktig vän. Exempel på påståenden är "min mycket viktiga person ställer upp för mig när andra talar bakom min rygg" och "min mycket viktiga person skulle tycka om mig även om ingen annan gjorde det". Svartalternativen är 1 som står för "nej", 2 för "ibland" samt 3 för "ja". Cronbachs alfa för detta index är .65.

Barnets berättande

Hur föräldrar och barn samtalar om saker hemma är ett index som utvecklats av Kerr och Stattin (2000). I det ingår barnets berättande, uppmaning från föräldrar och föräldrakunskap. I denna studie används endast barnets berättande som innehåller 5 frågor. Exempel på frågor är "brukar du tala om hur det var i skolan?" och "håller du hemligt sånt som händer på din fritid?". Svartalternativen är 1 som står för "ofta", 2 för "ibland" och 3 för "sällan eller aldrig". Cronbachs alfa för detta index är .71.

Överkontrollerad av föräldrar

Indexet föräldrakontroll har också utvecklats av Kerr och Stattin (2000). Ursprungligen består det av två delskalor. Dessa är känsla av att vara överkontrollerad av föräldrar samt föräldrakontroll. I denna studie används endast den första delskalan, det vill säga överkontrollerad av föräldrar, där 4 frågor ingår. Exempel på frågor är “tycker du att dina föräldrar bestämmer allt i ditt liv?” och “känns det som att dina föräldrar kräver att få veta allt?” Svartalternativen är 1 som står för “ja, oftast”, 2 för “ja, ibland” samt 3 för “nej, sällan”. Cronbachs alfa för detta index är .80.

Kön

I våg 3 som denna studie utgår ifrån fick ungdomarna själva fylla i kön. Det skapades sedan 3 värden som var “tjej”, “kille”, “hen, queer, trans”.

Tabell 1

Beskrivning av studiens variabler och Cronbachs alfa (a.)

Variabel	Beskrivning	Exempel på fråga/påstående	α
Psykosomatiska problem	Kroppsliga symtom till följd av psykiska svårigheter	Har du besvärats av magont?	.91
Emotionella symtom	Känslomässiga svårigheter	Jag oroar mig mycket	.75
Psykiskt välmående	Positiv hälsa	Hur trivs du i stort sett med livet just nu?	.76
Kamratrelationer	Stöd av “mycket viktig person” (vän)	Min MVP ställer upp för mig när andra talar bakom min rygg	.65
Barnets berättande	Vad barnet själv berättar för föräldrarna	Brukar du tala om hur det var i skolan?	.71
Överkontrollerad av föräldrar	Barnets känsla av att vara överkontrollerad av föräldrarna	Tycker du att dina föräldrar bestämmer allt i ditt liv?	.80

3.5 Dataanalys

I denna studie genomfördes en klusteranalys utifrån variablerna BMI och kroppsuppfattning. Klusteranalys används för att skapa homogena grupper, även kallat kluster. Dessa kluster klassificeras och hypoteser kan utvecklas och testas. Den primära orsaken till att genomföra en klusteranalys är för att visa på likheter mellan flera kluster i ett visst urval. I en klusteranalys ingår kluster som klassificeras samt variabler som mäter likheter mellan dessa grupper. Det är viktigt vid genomförandet att välja variabler som kan förklara likheter mellan kluster. Variablerna ska även passa inom ramen för den teori som valts (Aldenderfer & Blashfield, 1984). Klusteranalys valdes för att undersöka mönster i ungdomars kroppsuppfattning. Detta för att upptäcka vilka mönster som var vanligare än andra men också vilka mönster som var mer problematiska än andra. Vid en klusteranalys är grupperna som skapas centrala. Grupperna jämförs mot variabler. Skillnaden vid en variabelbaserad design är istället att de variabler som undersökts är centrala. Dessa variabler analyseras i förhållande till varandra (Bergman & Andersson, 2010). En tvåstegs-klusteranalys genomfördes i SPSS. Tvåstegs-klusteranalys identifierar samtliga möjliga lösningar. Inledningsvis fanns nio möjliga kluster. Ett av dessa kluster föll bort till följd av att det bestod av för få ungdomar. Det gick därför inte att göra en rimlig analys av detta kluster. Klustret som föll bort bestod av ungdomar som är överviktiga men upplever sig vara underviktiga. De åtta kluster som återstod innehöll tillräckligt många ungdomar för att genomföra en analys. Då studien ämnar jämföra alla möjliga BMI-grupper med alla möjliga kroppsuppfattningsgrupper användes de åtta rimliga klustergrupper som skapades.

Efter att klustergrupperna skapades utfördes ett envägs-ANOVA-test i SPSS. Det är en variansanalys som jämför variationen mellan två eller fler grupper. Envägs-ANOVA-test används för att kontrollera en oberoende variabel mot en kontinuerlig beroende variabel (Ejlertsson, 2012). Den oberoende variabeln i denna studie är klustergrupperna som innehåller variablerna kroppsuppfattning och BMI. De beroende variablerna är kön, psykosomatiska problem, emotionella symtom, psykiskt välmående, kamratrelationer, barnets berättande och överkontrollerad av föräldrar. Vid ett envägs-ANOVA-test jämförs variansen mellan grupperna samt variansen inom grupperna. För att påvisa en signifikant skillnad krävs en hög varians mellan grupperna (Ejlertsson, 2012). Då variabeln kön är på nominalskala genomfördes ett χ^2 -test för att undersöka om det föreligger könsskillnader mellan grupperna. Övriga variabler är på ordinalskala. Utifrån resultatet av envägs-ANOVA-testet genomfördes ett post-hoc-test för att undersöka i vilka grupper

skillnaderna föreligger. Post-hoc-test utförs efter envägs-ANOVA-test för att undersöka vilka grupper medelvärden som skiljer sig från varandra (Corty, 2016). Det post-hoc test som används är Bonferroni. Det är en typ av multipelt jämförelsetest som används vid statistiska analyser.

4 Resultat

De kluster som skapades genom tvåstegs-klusteranalys presenteras i tabell 2. Totalt skapades åtta kluster där samtliga ges en siffra från 1–8.

Tabell 2

Beskrivning av de olika klustergrupperna samt köns- och frekvensfördelning

	BMI	Kroppsuppfattning	Flicka	Pojke	Antal	% av total
1	Normalviktig	Överviktig	184	72	261	19.7 %
2	Överviktig	Överviktig	34	24	58	4.4 %
3	Normalviktig	Normalviktig	207	261	470	35.5 %
4	Överviktig	Normalviktig	6	18	24	1.8 %
5	Normalviktig	Underviktig	9	46	55	4.2 %
6	Underviktig	Normalviktig	100	79	180	13.6 %
7	Underviktig	Underviktig	38	52	92	6.9 %
8	Underviktig	Överviktig	26	7	33	2.5 %
Exkluderade data					151	11.4 %
Totalt					1324	100 %

Det första klustret utgörs av ungdomar med ett normalt BMI som upplever sig vara överviktiga. Detta var den näst största gruppen med 19,7 % av urvalet. Klustergrupp två består av ungdomar med ett BMI som visar på övervikt och upplever sig vara överviktiga. Denna grupp utgörs av 4,4 % av ungdomarna. Den tredje och största gruppen utgörs av de med ett normalt BMI och som upplever sig vara normalviktiga. Dessa var 35,5 %. Till grupp fyra hör de ungdomar med ett BMI som visar på övervikt men upplever sig vara normalviktiga. Denna grupp var minst med 1,8 % av urvalet. Den femte gruppen består av ungdomar med ett normalt BMI som upplever sig vara underviktiga. Gruppen utgörs av 4,2 % av urvalet. Grupp sex innefattar de med ett BMI som visar på undervikt men upplever sig vara normalviktiga. Dessa var 13,6 %. Den sjunde gruppen utgörs av de med

ett BMI som visar på undervikt och som upplever sig vara underviktiga. Denna grupp består av 6,9 %. Grupp åtta består av de med ett BMI som visar på undervikt men som upplever sig vara överviktiga. Denna grupp var den näst minsta med 2,5 %. Av de totalt 1324 ungdomar som ingick i urvalet vid klusteranalysen föll 151 ungdomar bort (11,4 %). Detta för att de inte har besvarat någon av frågorna rörande vikt och längd eller vad de tycker om sin vikt.

ANOVA

För att undersöka om det föreligger skillnader mellan de olika klustergrupperna utifrån variablerna görs ett envägs-ANOVA-test. Resultatet presenteras i tabell 3. Resultatet visar att det finns en signifikant skillnad mellan grupperna bland samtliga variabler förutom *Överkontrollerad av föräldrar*. Av F-värdet framkommer att störst variation mellan grupperna, och minst variation inom grupperna, finns inom variabeln *Emotionella symtom*.

Tabell 3

Resultat från envägs-ANOVA-test som redogör för skillnader mellan klustergrupperna

Variabel	Skillnader	F	P
Kön	Mellan grupperna	14.75	.000***
Psykosomatiska problem	Mellan grupperna	14.72	.000***
Emotionella symtom	Mellan grupperna	16.63	.000***
Psykiskt välmående	Mellan grupperna	14.34	.000***
Kamratrelationer	Mellan grupperna	2.78	.007**
Barnets berättande	Mellan grupperna	3.38	.001***
Överkontrollerad av föräldrar	Mellan grupperna	1.87	.072

*Not. *** $p \leq .001$ ** $p \leq .010$ * $p \leq .050$*

Chi2

Ett Chi²-test genomförs för att undersöka om det föreligger signifikanta könsskillnader mellan de olika klustergrupperna. Resultatet visar att det finns en signifikant könsskillnad mellan grupperna, $x^2 = 108.74$, $df=14$, $p < .001$.

Bonferroni

Utifrån de variabler där det finns signifikanta skillnader mellan klustergrupperna görs ett post-hoc-test för att undersöka vilka grupper som skiljer sig åt. Det post-hoc-test som används är Bonferroni. Se fullständiga resultat av Bonferroni-test i bilaga 1. Nedan följer en redogörelse för de grupper som skiljer sig mest från varandra utifrån respektive variabel.

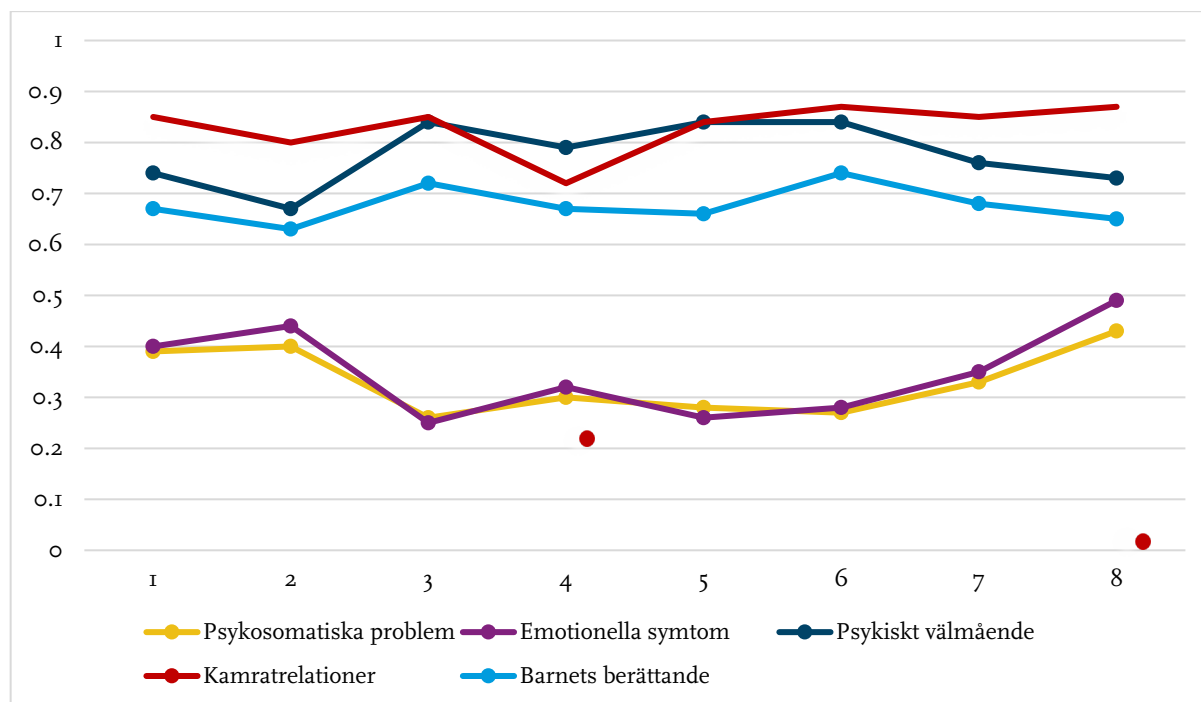
Utifrån variabeln psykosomatiska problem föreligger den största gruppskillnaden mellan grupp tre (BMI normalvikt och kroppsuppfattning normalvikt) och grupp åtta (BMI undervikt och kroppsuppfattning övervikt). Näst största skillnaden finns mellan grupp sex (BMI undervikt och kroppsuppfattning normalvikt) och grupp åtta. Gällande variabeln emotionella symtom finns den största gruppskillnaden mellan grupp tre och grupp åtta. Den näst största skillnaden finns mellan grupp fem (BMI normalvikt och kroppsuppfattning undervikt) och grupp åtta. Utifrån variabeln psykiskt välmående finns den största gruppskillnaden mellan grupp två (BMI övervikt och kroppsuppfattning övervikt) och grupp sex. Näst största skillnaden finns mellan grupp två och grupp fem. I variabeln kamratrelationer finns den största gruppskillnaden mellan grupp fyra (BMI övervikt och kroppsuppfattning normalvikt) och grupp sex. Näst största skillnaden finns mellan grupp ett (BMI normal och kroppsuppfattning övervikt) och grupp fyra. Gällande variabeln barnets berättande finns det enbart två signifikanta gruppskillnader. Dessa skillnader finns mellan grupp ett och sex samt mellan grupp två och sex.

Medelvärdesdiagram

För att analysera hur medelvärdet skiljer sig mellan olika grupper används ett medelvärdesdiagram där varje variabel representeras av en färg. Den vertikala axeln i diagrammet redovisar medelvärdet och den horisontella axeln redovisar de åtta klustergrupperna. Variablernas värden är standardiserade för att jämförelser ska kunna göras mellan grupperna. Resultatet av medelvärdena presenteras i figur 1.

Figur 1

Diagram som redovisar hur medelhärdet av variablerna skiljer sig i klustergrupperna. Medelhärdet presenteras på y-axeln och klustergrupperna presenteras på x-axeln.



Klustergrupperna i Figur 1 redovisas enligt nedanstående text i ordning där de mest utmärkande grupperna presenteras först.

Det framkommer att klustergrupp åtta som består av ungdomar som är underviktiga men upplever sig vara överviktiga har högst nivå av psykosomatiska problem och emotionella symtom bland samtliga grupper. Gruppen har näst lägst nivå av psykiskt välmående och berättande. Gruppen har högst nivå av kamratrelationer. Klustergrupp ett består av ungdomar som är normalviktiga men upplever sig vara överviktiga. Det är en av de grupper som uppvisar högst värden av psykosomatiska problem och emotionella symtom samt låg nivå av psykiskt välmående. I jämförelse med övriga grupper är denna grupp på en medelnivå gällande barnets berättande och hög nivå av kamratrelationer. Klustergrupp fem består av de som är normalviktiga men uppfattar sig vara underviktiga. Gruppen har näst lägst nivåer av psykosomatiska problem och emotionella symtom samt näst högst nivå av psykiskt välmående. Denna grupp har en låg nivå av barnets berättande och hög nivå av kamratrelationer. Klustergrupp fyra utgörs av de som är överviktiga men upplever sig vara normalviktiga. I jämförelse med övriga grupper är denna grupp på en medelnivå gällande psykosomatiska problem, emotionella symtom, psykiskt välmående och barnets berättande. Gruppen har lägst nivå av kamratrelationer. Klustergrupp sex är den grupp

som är underviktiga men upplever sig vara normalviktiga. De har låga nivåer av psykosomatiska problem och emotionella symtom samt hög nivå av psykiskt välmående. Denna grupp berättar mest för sina föräldrar och har näst högst nivå av kamratrelationer. Klustergrupp två är den grupp som är överviktiga och upplever sig vara överviktiga. Denna grupp har lägst nivå av psykiskt välmående. De har näst högst nivå av emotionella symtom och psykosomatiska problem. Denna grupp berättar minst för sina föräldrar. Gruppen har näst lägst nivå av kamratrelationer. Klustergrupp sju består av de som är underviktiga och upplever sig vara underviktiga. I jämförelse med övriga grupper är denna grupp på en medelnivå gällande psykosomatiska problem, emotionella symtom, psykiskt välmående samt barnets berättande. Gruppen har en hög nivå av kamratrelationer. Klustergrupp tre består av de som är normalviktiga och upplever sig vara normalviktiga. Detta är den grupp som mår bäst. De har lägst nivå av psykosomatiska problem och emotionella symtom samt högst nivå av psykiskt välmående. De berättar näst mest för sina föräldrar och har en hög nivå av kamratrelationer.

5 Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att identifiera hur faktorer som kön, psykisk ohälsa samt relationer till föräldrar och vänner relaterar till kroppsuppfattning och BMI hos ungdomar. Utgångspunkten har legat i frågeställningar som berör samband mellan dessa förhållanden. Resultatet från dataanalysen har visat att det finns skevheter gällande ungdomars kroppsuppfattning i relation till deras BMI. Ett stort antal ungdomar upplever sig vara större än vad deras BMI visar. Detta var mer förekommande hos flickor än hos pojkar. De ungdomsgrupper som upplever sig vara större uppvisar dessutom psykisk ohälsa i högre utsträckning. Resultatet visar även att det finns flera ungdomar som upplever sig vara mindre än vad deras BMI visar. Dessa grupper består främst av pojkar.

Samband mellan kroppsuppfattning och kön

De normer som finns i det västerländska samhället kan vara en förklaring till ungdomars skeva kroppsuppfattning. Enligt det socialpsykologiska perspektivet skapas dessa normer genom idéer som blir till en allmän uppfattning i ett samhälle (Giddens & Sutton, 2014). I denna studie finns det flera grupper som kan vara påverkade av dessa normer. En grupp som utmärker sig är grupp åtta. Denna grupp har ett BMI som visar på undervikt men

upplever sig vara överviktig. Det är en liten grupp som utgörs av 2,5% av ungdomarna. Gruppen är intressant på grund av deras skeva kroppsuppfattning. Gruppen består till största del av flickor. Grupp ett är en annan intressant grupp som består av 19,7 % av ungdomarna. Gruppen utgörs av ungdomar som är normalviktiga men upplever sig vara överviktiga. Även denna grupp består av majoriteten flickor. Enligt feministisk teori är kroppsmisshälsa hos kvinnor ett systematiskt socialt fenomen. Deras kroppar blir till objekt som måste passa in i samhällets ideal. Objektiveringen bland flickor börjar i tidig ålder (McKinley, 2011). Detta går att se i studien där ungdomarna är i genomsnitt 14 år och redan har en medvetenhet om kroppens utseende. Resultatet i studien stämmer även överens med forskning som visar att flickor strävar efter en smalare kroppsform än vad pojkar gör (Canpolat Orsel, Akdemir & Ozbay, 2005). En orsak kan vara det som Frisén och Holmqvist (2010) tar upp. De menar att ungdomar som har internaliserat det rådande kroppsidealet har en mer negativ kroppsuppfattning. Dessutom tenderar flickor att internalisera det rådande kroppsidealet i högre utsträckning (Frisén & Holmqvist, 2010). Flickorna i denna studie kan alltså vara påverkade av det kroppsideal som råder i samhället. Detta kan vara ett resultat av den objektivering som kvinnor utsätts för enligt feministisk teori.

Två grupper som utmärker sig på grund av att de upplever sig vara mindre än vad BMI visar är grupp fyra och grupp fem. Grupp fyra består av ungdomar som är överviktiga men upplever sig vara normalviktiga och utgörs av 1,8%. Grupp fem består av ungdomar som är normalviktiga men upplever sig vara underviktiga och utgörs av 4,2%. Dessa grupper består av majoriteten pojkar. Resultatet kan kopplas till forskning som visar att kroppsidealet för pojkar är att ha en mer muskulös kropp vilket ger uttryck för maskulinitet (Murnen, 2011). Under ungdomsåren genomgår pojkar och flickor en förändring mot en vuxen kropp. Pojkar kan då uppleva att de vill utvecklas och få en mer manlig kropp. Utifrån detta ideal kan pojkar anse att de är för smala. Pojkar har i högre utsträckning en önskan om att gå upp i vikt i jämförelse med flickor (Furnham, Badmin och Sneade, 2002). Samtidigt påverkas inte pojkar av samhällets kroppsideal i samma utsträckning som flickor (Frisén & Holmqvist, 2010). Resultatet kan bero på att pojkar är mindre medvetna om kroppsstorleken. Att de upplever sig vara mindre än vad BMI visar behöver därför inte betyda att de strävar efter att gå upp i vikt.

Samband mellan kroppsuppfattning och psykisk ohälsa

En negativ kroppsuppfattning kan leda till olika former av psykisk ohälsa (Holsen, Kraft & Røysamb, 2001; Almeida, Severo, Araújo, Lopes & Ramos, 2012; Vannuci & McCauley Ohannessian, 2017). De grupper som upplever högst nivå av psykisk ohälsa är grupp åtta och ett. Dessa grupper har en negativ kroppsuppfattning och består främst av flickor. Att det främst är flickor i grupperna som mår psykiskt dåligt stämmer överens med forskning som visar att kvinnor som inte lever upp till idealet riskerar att må psykiskt dåligt. Att avvika från idealet kan dessutom leda till skamkänslor (McKinley, 2011). Grupp åtta som är underviktiga men upplever sig vara överviktiga uppvisar stora skevheter gällande kroppsuppfattningen. Detta stämmer överens med forskning som visar att kroppsuppfattningen har en mer betydande roll än BMI vid utveckling av depressiva symtom (Almeida, Severo, Araújo, Lopes & Ramos, 2012). Det är alltså upplevelsen av att vara överviktig hos denna grupp som kan vara orsaken till den psykiska ohälsan. En teori som kan förklara psykisk ohälsa i relation till kroppsuppfattning är KASAM. KASAM är ett förhållningssätt som handlar om hur individer hanterar svårigheter som kan uppstå genom livet. Detta sker genom att individen utvecklar copingstrategier som ett skydd mot yttre omständigheter. Individer med svag KASAM har svårare att hantera motgångar i livet (Lindqvist & Nygren, 2016). Ungdomar som utstår höga krav tillsammans med låg kontroll upplever mer psykisk ohälsa. Ett av dessa krav kan vara den utseendefixering som ungdomar utsätts för (Modin, Östberg, Toivanen och Sundell, 2011). Detta gäller framförallt flickor och kan leda till en upplevelse av att inte ha kontroll över situationen. Krav gällande utseende är svåra att påverka då det kan ligga utanför individens kontroll. Den höga nivån av psykisk ohälsa som grupp åtta och grupp ett upplever kan vara ett resultat av detta krav gällande utseende. Kraven kan upplevas vara så höga att ungdomen inte har kontroll över dem. En stärkt KASAM kan leda till att grupperna utvecklar copingstrategier som ett skydd mot samhällets normer (Latzer, Weinberger-Litman, Spivak-Lavi & Tzischinsky, 2019).

Grupp fyra och fem upplever sig vara mindre än vad BMI visar. De har även en relativt låg nivå av psykisk ohälsa trots en skev kroppsuppfattning. Dessa grupper består främst av pojkar. Att grupperna främst består av pojkar stämmer överens med forskning som visar att män inte utsätts för samma utseendekrav som kvinnor. Kvinnor förknippas med kroppen och män med sinnet. Kvinnor och kroppen är dessutom underordnade män och sinnet (McKinley, 2011). Trots pojkars skeva kroppsuppfattning påverkas därför inte deras

psykiska mående negativt. Det kan bero på att de inte upplever att de värderas efter utseende. Då mäns kroppar inte är i fokus kan andra aspekter av individen antas vara viktigare. Annan forskning visar att det västerländska samhället premierar en smalare kroppsform (Murnen, 2011). Det kan leda till att ungdomar som upplever sig vara underviktiga eller normalviktiga har en mer positiv kroppsuppfattning än ungdomar som upplever sig vara överviktiga. En positiv kroppsuppfattning kan påverka den psykiska hälsan i en gynnsam riktning. Detta gäller oberoende av vikt (Gillen, 2015). Grupp fyra och fem kan utifrån denna forskning ha en positiv kroppsuppfattning. Det kan vara orsaken till deras goda psykiska hälsa trots vikt. Då det främst är pojkar i dessa grupper är det dessutom viktigt att belysa det manliga idealet. Detta ideal handlar om att ha en mer muskulös kropp (Murnen, 2011). Pojkarna i studien kan ha en önskan om att ha en större kropp med mer muskler. Att de uppfattar sig vara smalare än vad de är skulle därför kunna innebära att de har en negativ kroppsuppfattning utifrån det manliga idealet. Oavsett vilket ideal dessa grupper eftersträvar påverkas inte deras psykiska mående i en negativ riktning. Orsaken till det kan vara att pojkar inte fokuserar lika mycket på kroppen och utseendet.

Samband mellan kroppsuppfattning och relationen till föräldrar och vänner

Barnets berättande kopplas i denna studie till familjrelationen. I utvecklandet av KASAM är familjen en viktig del. Genom delaktighet i familjen utvecklar barnet begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet som är viktiga faktorer inom KASAM (Eriksson, 2015). Delaktighet i familjen kan handla om kommunikation mellan föräldrar och barn. Detta kan i studien kopplas till variabeln som mäter barnets berättande. Utifrån teorin om delaktighet inom KASAM kan en låg nivå av barnets berättande relatera till en svag KASAM. Det innebär att ungdomar som har en bristande kommunikation med föräldrar riskerar att uppleva en lägre grad av delaktighet i familjen. Bristande relationer mellan föräldrar och barn relaterar till en negativ kroppsuppfattning (Holsen, Carlson Jones & Skogbrott Birkeland, 2012). Grupp åtta är den grupp som är underviktig men upplever sig vara överviktig. Gruppen innehåller främst flickor. Denna grupp rapporterar låga nivåer av kommunikation med föräldrar, det vill säga lågt berättande. En annan grupp som uppvisar låga nivåer av berättande är grupp ett som består av ungdomar som är normalviktiga men upplever sig vara överviktiga. Även denna grupp innehåller främst flickor. Enligt May, Kim, McHale och Crouter (2006) kan flickors kroppsuppfattning påverkas av den inblick som mamman har gällande dotterns vardagsliv. En annan studie visar att även pappans relation till dottern har en inverkan på kroppsuppfattningen. I familjer där pappa och

dotter inte har en öppen kommunikation med varandra riskerar dotterns kroppsuppfattning att påverkas negativt (Sheldon, 2013). Flickors kroppsuppfattning påverkas mer av kommunikation till föräldrar än pojkars kroppsuppfattning (May, Kim, McHale & Crouter, 2006). Detta stämmer överens med resultatet som visar att grupperna med en negativ kroppsuppfattning innehållandes majoriteten flickor har ett lågt berättande. Det låga berättandet kan alltså ha ett samband med kroppsuppfattningen. En grupp som har en hög nivå av berättande är grupp tre. Denna grupp är normalviktig och upplever sig vara normalviktig. Att deras kommunikation med föräldrar är starkare kan ha ett samband med deras positiva kroppsuppfattning. I denna studie framkommer att grupp sex som är underviktiga men upplever sig vara normalviktiga berättar mer för föräldrarna än övriga grupper. Trots en något skev kroppsuppfattning upplever de en god psykisk hälsa. En hög nivå av berättande kan leda till en positiv kroppsuppfattning. En positiv kroppsuppfattning kan i sin tur leda till en god psykisk hälsa (Almeida, Severo, Araújo, Lopes & Ramos, 2012). Detta kan kopplas till teorin om KASAM där delaktighet inom familjen leder till en stärkt KASAM där ungdomarna får lättare att hantera motgångar (Lindqvist & Nygren, 2016). Ungdomar som har en hög nivå av berättande, och därför upplever delaktighet i familjen, kan ha enklare att hantera motgångar som exempelvis en negativ kroppsuppfattning. God kommunikation mellan föräldrar och barn kan utgöra en skyddsfaktor för det psykiska måendet.

Bristande relationer till vänner är en annan faktor som kan leda till en negativ kroppsuppfattning (Holsen, Carlson Jones & Skogbrott Birkeland, 2012). Bearman, Presnell, Martinez och Stice (2006) redogör för stödjande relationer som en skyddsfaktor för att inte uppleva kroppsmisnöje. En annan skyddsfaktor är en stark KASAM. Med en stark KASAM kan ungdomar som saknar stödjande relationer ändå hantera yttre krav gällande exempelvis kroppens utseende (Eriksson, 2015). I denna studie har kamratrelationer mätts genom huruvida ungdomen har en vän att anförtro sig åt. Grupperna har en relativt jämn nivå gällande kamratrelationer med undantag från grupp fyra som har en låg nivå. Grupp fyra utgörs av ungdomar som är överviktiga men upplever sig vara normalviktiga. Utifrån smalhetsidealet har denna grupp en positiv kroppsuppfattning trots en låg nivå av kamratrelationer. Grupp ett och åtta har istället en hög nivå av kamratrelationer men har ändå en negativ kroppsuppfattning. Dessa resultat går därför inte i linje med den forskning som redovisas ovan. Kroppsuppfattning och kamratrelationer visar i denna studie inte på några samband. Att resultatet i studien inte

stämmer överens med forskning kan bero på att det enbart är relationen till en vän som har undersökts. Det hade kunnat se annorlunda ut om studien mätte relationen till flera vänner.

5.1 Metoddiskussion

I detta avsnitt diskuteras val av metod vid genomförandet av studien. Studien diskuteras även utifrån begreppen reliabilitet och validitet.

Enkätundersökning

Aktuell studie har en enkätbaserad metod då datamaterial från en enkätundersökning har använts. Metoden har valts då det tillåter ett större urval av populationen vilket leder till en ökad generaliserbarhet. En annan fördel med enkätundersökningar är att det inte finns någon risk för intervjuareffekt. Intervjuareffekt innebär att faktorer som etnicitet, kön och social bakgrund hos intervjuaren kan påverka svaren som respondenterna ger. Andra studier visar att det dessutom finns en risk att respondenterna försöker framställa sig själva mer positivt vid en intervjusituation (Bryman, 2011). I aktuell studie är det av stor vikt att respondenternas svar inte påverkas av yttre faktorer då frågorna berör känsliga ämnen som exempelvis psykiskt mående. En nackdel med enkätundersökningar är att det begränsar möjligheten att ställa uppföljningsfrågor till respondenterna. Detta leder till att studien går miste om mer fördjupat material där exempelvis orsaken bakom vissa svar framkommer. Enkätundersökningar ökar även risken för bortfall. Bortfall kan leda till skevhet i datamaterialet då de individer som inte besvarar enkäten kan skilja sig från individer som besvarar enkäten. Internt bortfall innebär att respondenter undviker att besvara specifika frågor vilket återfinns i denna studie. Externt bortfall står de individer för som avböjer att besvara enkäten överhuvudtaget (Bryman, 2011). Då det i aktuell studie krävdes passivt samtycke från föräldrar kan det externa bortfallet bero på avsaknad av samtycke från föräldrar. Det kan även bero på frånvaro från skolan. En risk med passivt samtycke kan vara att föräldrarna missar informationen och därmed förlorar sin chans att avböja ungdomarnas medverkan. Det kan leda till att ungdomarna deltar i studien trots att föräldrarna inte önskar detta. I studien har hänsyn tagits till ungdomarnas ålder. Ungdomarna har endast fått besvara de frågor som bedömts vara lämpliga för deras ålder. Samtidigt kan det anses vara problematiskt att ungdomar besvarar känsliga frågor som

kommer bevaras och användas under lång tid framöver. Det finns en risk att ungdomarna ångrar sin medverkan längre fram.

Reliabilitet och validitet

Reliabilitet handlar om mätinstrumentets pålitlighet. För att kontrollera om ett mått har hög reliabilitet kan man undersöka stabiliteten. Detta görs genom ett test-retest vilket innebär att samma undersökningsgrupp får genomgå en undersökning minst 2 gånger. Finns det ett starkt samband mellan två undersökningstillfällena kan måttet anses vara stabilt (Bryman, 2011). I aktuell studie har ett test-retest inte genomförts. Det skulle vara möjligt att genomföra då LoRDIA tillhandahåller datamaterial från samma undersökningsgrupp vid flera tillfällen. På grund av begränsad tidsomfattning har studien dock fokuserat på datamaterial från endast ett mättillfälle. Ytterligare ett sätt att kontrollera studiens reliabilitet är genom att undersöka den interna reliabiliteten. Det innebär att ett index som innehåller flera indikatorer behöver ha en samstämmighet. I annat fall finns en risk att vissa indikatorer mäter något helt annat. Ett vanligt instrument för att kontrollera detta är Cronbachs alfa vilket även har använts i aktuell studie. Siffran .8 anses ofta vara en acceptabel nivå men vissa forskare menar att .7 och .6 är godtagbart (Bryman, 2011). Samtliga index har genomgått ett test med Cronbachs alfa med varierat resultat. Inget index är dock under .65. En annan viktig faktor att ta hänsyn till är interbedömarreliabilitet. Det innebär att forskarna har samstämmighet i de bedömningar som görs. Ett exempel på detta är att forskarna använder samma klassifikationer vid en enkätundersökning som innehåller öppna frågor (Bryman, 2011). Detta är inte aktuellt i LoRDIA då datamaterialet som används innehåller skalfrågor.

Validitet innebär huruvida studien mäter det som avses mätas. Inom begreppet validitet finns flera faktorer att ta hänsyn till. En av dessa är mätningvaliditet som handlar om innebörden av ett begrepp verkligen står för det som ska mätas eller om det står för något helt annat. Ett exempel enligt Bryman (2011) är om intelligenstest verkligen mäter skillnader i intelligens. I denna studie går det att kopplas till begreppet kroppsuppfattning. Den fråga som används för att mäta ungdomars kroppsuppfattning är "*vad tycker du om din vikt?*". Högst troligt beskriver ungdomars upplevelse om deras vikt synen på kroppen men det behöver inte vara det enda måttet på detta. En annan faktor inom begreppet validitet är intern validitet. Den interna validiteten står för kausalitet mellan de variabler som ska mätas. Det kan ofta vara otydligt vilken variabel som påverkar den andra. I vissa fall finns

det en bakomliggande variabel som inte upptäcks vilket leder till en skenbar kausalitet. I aktuell studie undersöks om de oberoende variablerna kroppsuppfattning och BMI påverkar de beroende variablerna kön, psykisk ohälsa samt relationer till föräldrar och vänner. Extern validitet handlar om huruvida resultatet av en studie är generaliserbar även utanför den kontext där undersökningen sker. För att en studie ska ha hög extern validitet krävs ett representativt urval av befolkningen. LORDIAs våg 3 som används i denna studie har genomfört undersökningar på 1324 ungdomar från 4 kommuner i Sverige. Genom det höga antalet ungdomar och spridning på kommunerna kan urvalet bedömas vara representativt. Ekologisk validitet innefattas också inom begreppet validitet och står för tillämpbarhet. Det finns en risk inom samhällsvetenskaplig forskning att resultaten är svåra att tillämpa i människors vardagsliv. Ett exempel är enkätundersökningar som ofta har hög mättningsvaliditet, intern validitet samt extern validitet. Det kan dock brista vid den ekologiska validiteten då enkätundersökningar inte motsvarar den naturliga miljö som människor befinner sig i (Bryman, 2011).

6 Slutsats

Denna studie har tillsammans med tidigare forskning och teorier påvisat att det är av vikt att belysa ungdomars kroppsuppfattning i relation till deras psykiska mående, normer och föräldrar.

Vid arbetet med ungdomar som har en negativ kroppsuppfattning kan det vara viktigt att ta hänsyn till flera aspekter. En av dessa kan vara rådande normer som leder till att framförallt flickor uppvisar kroppsmisshälsa. Det kan därför vara värdefullt att synliggöra och sprida kunskap om de föreställningar som finns gällande både flickor och pojkar. Denna kunskapsspridning bör påbörjas i skolåldern då barn tidigt blir påverkade av samhällets ideal. Ett sätt att göra ungdomar mindre känsliga för ideal kan vara att fokusera mer på kroppens funktion snarare än utseende. Det kan ske genom att uppmuntra det ungdomar kan åstadkomma med kroppen under exempelvis idrottslektioner. En annan aspekt vid arbetet med dessa ungdomar är hur insatser för att stärka deras psykiska mående ska se ut. Det är viktigt att vara medveten om att ungdomar som mår psykiskt dåligt kan vara påverkade av en negativ kroppsuppfattning. Insatser kan därför anpassas för att stärka deras kroppsuppfattning. Detta arbete kan exempelvis ske med hjälp av kuratorer på skola

eller vårdcentral. Relationen mellan föräldrar och ungdomar är ytterligare en aspekt att ta hänsyn till. Socialarbetare inom individ- och familjeomsorgen kan behöva arbeta för att främja en god kommunikation dem emellan.

För framtida studier kan det vara intressant att undersöka hur relationen till flera vänner samspelar med kroppsuppfattning och inte enbart en vän. Det kan även vara av betydelse att undersöka vilken förälder som har störst inverkan på ungdomars kroppsuppfattning. Detta undersöks inte i studien och forskning visar på olika resultat.

Litteraturförteckning

Aldenderfer, M.S., Blashfield, R.K. (1984). Cluster analysis. Iowa, USA: SAGE publications.

Almeida, S., Severo, M., Araújo, J., Lopes, C., & Ramos, E. (2012). Body image in depressive symptoms in 13-year-old adolescents. *Journal of paediatrics and child health*, 48, <https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.2012.02576.x>

Antonovsky, A. (1985). *Health, stress and coping*. San Francisco, USA: Jossey-Bass Publishers.

Bearman, S.K., Presnell, K., Martinez, E., Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of youth and adolescence*, 35(2), 217–229. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9010-9>

Bergman, L.R., & Andersson, H. (2010). The person and the variable in developmental psychology. *Journal of Psychology*, 218(3), 155-165. <https://doi.org/10.1027/0044-3409/a000025>

Bergström, E., Stenlund, H., & Svedjehäll, B. (2000). Assessment of body perception among swedish adolescents and young adults. *Journal of adolescent health*, 26(1), 70-75. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(99\)00058-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(99)00058-0)

Bryman, A. (2011). *Sambällsvetenskapliga metoder*. Stockholm, Sverige: Liber.

Caccavale, L., Farhat, T., & Iannotti, R. (2012). Social engagement in adolescence moderates the association between weight status and body image. *Body image*, 9(2), 221-226. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.001>

Canpolat, B.I., Orsel, S., Akdemir, A., & Ozbay, M.H. (2005). The relationship between dieting and body image, body-ideal, self-perception, and body mass index in turkish adolescents. *International journal of eating disorders*, 37(2), 150–155.

Carlson, Å. (2001). *Kön, kropp och konstruktion*. Stockholm, Sverige: Brutus Östlings bokförlag symposion.

Corty, E.W. (2016). *Using and interpreting statistics*. New York, USA: Worth Publisher.

- Davison, T.E., & McCabe, M.P. (2010). Adolescent body image and psychosocial functioning. *The journal of social psychology, 146*(1) 15-30.
<https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.15-30>
- Dumčienė, A., Gedvilienė, J., & Mickevičiū, V. (2015). Relationship between women's body dissatisfaction, sense of coherence and physical activity. *Baltic journal of sports & health sciences, 1*(96), 9-15. DOI: 10.33607/bjshs.v1i96.73
- Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M., Reuman, D., Flanagan, C., & Douglas, M.I. (1993). Development during adolescence: The impact of stage-environment fit on young adolescents' experiences in schools and in families. *American Psychologist, 48*(2), 90–101. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.2.90>
- Eidsdóttir, S.T., Kristjánsson, A.L., Sigfusdóttir, I.D., Garber, C.E., & Allegrante, J.P. (2013). Association between higher BMI and depressive symptoms in Icelandic adolescents: the mediational function of body image. *European journal of public health, 24*(6), 888–892. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt180>
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Eriksson, M. (2015). Samband mellan SOC och hälsa - en kunskapsinventering. I M. Eriksson (Red.), *Salutogenes - om hälsans ursprung* (s. 47–70). Stockholm, Sverige: Liber.
- Eriksson, M., & Winroth, J. (2015). Hälsa och hälsofrämjande. I M. Eriksson (Red.), *Salutogenes - om hälsans ursprung* (s. 1–11). Stockholm, Sverige: Liber.
- Fenton, C., Brooks, F., Spender, N.H., & Morgan, A. (2010). Sustaining a positive body image in adolescence: an assets-based analysis. *Health and Social Care in the community, 18*(2). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2009.00888.x>
- Folkhälsomyndigheten. (2019). Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/8 - grundrapport. Hämtad från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/skolbarns-halsovanor-i-sverige-201718---grundrapport/>

Frisén, A., & Holmqvist, K. (2010). Physical, sociocultural, and behavioral factors associated with body-esteem in 16-year-old Swedish boys and girls. *A journal of research*, 63(5-6), 373-385. <https://doi.org/10.1007/s11199-010-9806-2>

Furnham, A., Badman, N., & Sneade, I. (2002). Body image dissatisfaction: gender differences in eating attitudes, self-esteem, and reasons for exercise. *The journal of psychology*, 136(6), 581-596. <https://doi.org/10.1080/00223980209604820>

Giddens, A., Sutton, W.P. (2014). *Sociologi*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.

Gillen, M.M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body image*, 13, 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.01.002>

Gustavsson, P.A., Hjertqvist, A., Modin, B., Bergström, M., & Berlin, M. (2012). *Skolans betydelse för barns och ungas psykiska hälsa - en studie baserad på den nationella totalundersökningen i årskurs 6 och 9 hösten 2009*. Socialstyrelsen.

Hagquist, C. (2013). Ungas psykiska hälsa i Sverige - komplexa trender och stora kunskapsluckor. *Socialmedicinsk tidskrift*, (5), 671-683.

Hannam, J. (2012). *Feminism*. London, England: Pearson Education Limited.

Holsen, I., Carlsson Jones, D., & Skogbrott Birkeland, M. (2012). Body image satisfaction among Norwegian adolescents and young adults: A longitudinal study of the influence of interpersonal relationships and BMI. *Body image*, 9(2), 201-218. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.006>

Holsen, I., Kraft, P., & Røysamb, E. (2001). The relationship between body image and depressed mood in adolescence: A 5-year longitudinal panel study. *Journal of health psychology*, 6(6), 613-627. <https://doi.org/10.1177/135910530100600601>

- Ivarsson, T., Svalander, P., Litlere, O., & Nevenon, L. (2006). Weight concerns, body image, depression and anxiety in swedish adolescents. *Eating behaviors*, 7(2), 161–175. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2005.08.005>
- Jansen, W., van de Looij-Jansen., de Wilde, E.J., & Brug, J. (2007). Feeling fat rather than being fat may be associated with psychological well-being in young Dutch adolescents. *Journal of adolescent health*, 42(2), 128-136. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.07.015>
- Jones, D.C., & Crawford, J.K. (2004). Adolescent boys and body image: Weight and muscularity concerns as dual pathways to body dissatisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(6), 629-636. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-8951-3>
- Kakihara, F., Tilton-Weaver, L., Kerr, M., & Stattin, H. (2009). The relationship of parental control to youth adjustment: Do youth's feelings about their parents play a role? *Journal of youth and adolescence*, 39(12), 1442-1456. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9479-8>
- Karlsson, L. (2017). *Psykologins grunder*. Lund, Sverige: Studentlitteratur.
- Kerr, M., & Stattin, H. (2000). What Parents Know, How They Know It, and Several Forms of Adolescent Adjustment: Further Support for a Reinterpretation of Monitoring. *Developmental Psychology*, 36(3), 366-80. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.3.366>
- Kerr, M., Stattin, H., & Burk, W. J. (2010). A reinterpretation of parental monitoring in longitudinal perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 39-64. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-7795.2009.00623.x>
- Kostanski, M., & Gullone, E. (1998). Adolescent Body Image Dissatisfaction: Relationships with Self-esteem, Anxiety, and Depression Controlling for Body Mass. *The journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 39(2), 255-262. <https://doi.org/10.1017/S0021963097001807>

Latzer, Y., Weinberger-Litman, S.L., Spivak-Lavi, Z., och Tzischinsky, O. (2019) Disordered eating pathology and body image among adolescent girls in Israel: The role of sense of coherence. *Community mental health journal*, 55(7), 1246-1252.
<https://doi.org/10.1007/s10597-019-00446-0>

Lindqvist, R., & Nygren, L. (2016). Sociologi och socialt arbete. I A. Meeuwisse, H. Swärd, S. Sunesson & M. Knutagård (Red.), *Socialt arbete, en grundbok* (s.180–197). Stockholm, Sverige: Natur & Kultur.

LoRDIA. (2016). Tonårsutveckling - en studie som följer ungdomar över åren. Hämtad 2019-12-05, från
<http://center.hj.se/download/18.37b6048c14266a48a8f355/1440138060437/lordia.pdf>

LoRDIA (u.å). LoRDIA:s elevenkäter våg 1–4 - Variabler och skalor.

Lunde, C., & Frisé, A. (2011) On being victimized by peers in the advent of adolescence: Prospective relationships to objectified body consciousness. *Body Image*, 8(4), 309-314. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.04.010>

Lunner, K., Werthem, E.H., Thompson, J.K., Paxton, S.J., McDonald, F., & Halvaarson, K.S. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *International journal of eating disorders*, 28(4), 430-435. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200012\)28:4<430::AID-EAT11>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200012)28:4<430::AID-EAT11>3.0.CO;2-Y)

Mattson, T. (2016). Kön, makt och socialt arbete. I A. Meeuwisse, H. Swärd, S. Sunesson & M. Knutagård (Red.), *Socialt arbete, en grundbok* (s.415–427). Stockholm, Sverige: Natur & Kultur.

May, A.L., Kim, J-Y., McHale, S.M., & Crouter, A.C. (2006). Parent-adolescent relationships and the development of weight concerns from early to late adolescence. *International journal of eating disorders*, 39(8), 729-740. <https://doi.org/10.1002/eat.20285>

McKinley, N.M. (2011). Feminist perspectives on body image. In T.F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice and prevention* (s.48-55). New York, United States of America: The Guilford Press.

Modin, B., Östberg, V., Toivanen, S., & Sundell, K. (2011). Psychosocial working conditions, school sense och coherence and subjective health complaints. A multilevel analysis of ninth grade pupils in the Stockholm area. *Journal of adolescence*, 34(1), 129-139. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.01.004>

Murnen, S.K. (2011). Gender and body images. In T.F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body Image: A handbook of science, practice and prevention* (s.173-188). New York, United States of America: The Guilford Press.

Myrin, B., & Lagerström, M. (2008). Sense of coherence and psychosocial factors among adolescents. *Acta paediatrica*, 97(6), 689-833. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00801.x>

Payne, M. (2008). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm, Sverige: Natur & Kultur.

Schilder, P. (1950). The image and the appearance of the human body. *The international library of psychology*.

Sheldon, P. (2013). Testing parental and peer communication influence on young adults' body satisfaction. *Southern communication journal*, 78(3), 215-232. <https://doi.org/10.1080/1041794X.2013.776097>

Slade, P.D. (1988). Body Image in Anorexia Nervosa. *British journal of psychiatry*. 153(2), 20-22.

Smetana, J. G., Metzger, A., Gettman, D., & Campione-Barr, N. (2006). Disclosure and secrecy in adolescent–parent relationships. *Child Development*, 77, 201–217. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00865.x>

Socialstyrelsen. (2013). *Psykisk ohälsa bland unga - underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Hämtad från <https://www.kunskapsguiden.se/barn-och-unga/kunskapsstod/lagesrapporter/Sidor/Psykisk-ohalsa-bland-unga-underlagsrapport-till-Barns-och-ungas-halsa-var-d-och-omsorg-2013.aspx>

Ter Bogt., Van Dorsselaer, S., Monshouwer, K., Verdurmen, J., Engels, R., Vollebergh, W. (2006). Body mass index and body weight perception as risk factors for internalizing and externalizing problem behavior among adolescents. *Journal of adolescent health, 39*(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.09.007>

Tylka, T.L., & Wood-Barcalow, N.L. (2015). What is and what is not positive body image? Conceptual foundations and construct definition. *Body Image, 14*, 118-129. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001>

Vannuci, A., & McCauley Ohannessian. (2017). Body image dissatisfaction and anxiety trajectories during adolescence. *Journal of clinical child & adolescent psychology, 47*(5), 785-795. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1390755>

Waldrip, A.M., Malcolm, K.T., & Jensen-Campbell, L-A. (2008). With a little help from your friends: The importance of high-quality friendships on early adolescent adjustment. *Social development, 17*(4), 832-852. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2008.00476.x>

Williams, J.M., Currie, C. (2000). Self-esteem and physical development in early adolescence. Pubertal timing and body image. *Sage journals, 20*(2), 691-703. <https://doi.org/10.1177/0272431600020002002>

World Health Organization. (2018a). *Mental health: strengthening our response*. Hämtad 29 november 2019 från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization. (2018b). *Adolescent mental health in the European Region*. Hämtad 29 november 2019 från <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources/fact-sheet-adolescent-mental-health-in-the-who-european-region>

World Health Organization. (2019). *Body mass index - BMI*. Hämtad 26 november 2019 från <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>

You, S., Shin., K & Kim, A.Y. (2017). Body image, self-esteem, and depression in Korean adolescents. *Child indicators research*, 10(1), 231-245. <https://doi.org/10.1007/s12187-016-9385-z>

Bilaga 1

Tabell 1

Resultat av Bonferroni-test som redogör för vilka gruppsskillnader som finns inom variabeln

Psykosomatiska problem

	2	3	4	5	6	7	8
1 n=258 m=20.626 sd=7.313	-.475	4.241*	2.800	3.718*	3.916*	1.961	-1.275
2 n=58 m=21.101 sd=7.433		4.716*	3.275	4.194*	4.391*	2.436	-.799
3 n=457 m=16.385 sd=6.214			-1.441	-.523	-.325	-2.280	-5.516*
4 n=23 m=17.826 sd=6.827				.919	1.116	-.839	-4.074
5 n=54 m=16.907 sd=5.848					.198	-1.758	-4.993*
6 n=175 m=16.710 sd=6.052						-1.955	-5.191*
7 n=90 m=18.665 sd=6.790							-3.235
8 n=33 m=21.900 sd=6.069							
Total n=1148 m=18.017 sd=6.824							

Not. * $p \leq .050$

Tabell 2

Resultat av Bonferroni-test som redogör för vilka gruppsskillnader som finns inom variabeln *Emotionella symtom*

	2	3	4	5	6	7	8
1 n=260 m=9.050 sd=2.660	-.316	1.587*	.868	1.418*	1.222*	.572	-.806
2 n=58 m=9.366 sd=2.809		1.903*	1.185	1.735*	1.539*	.888	-.490
3 n=468 m=7.463 sd=2.115			-.719	-.169	-.364	-1.015*	-2.393*
4 n=22 m=8.182 sd=2.754				.550	.354	-.296	-1.674
5 n=55 m=7.632 sd=2.397					-1.958	-.846	-2.224*
6 n=174 m=7.828 sd=2.207						-.651	-2.029*
7 n=92 m=8.478 sd=2.591							-1.378
8 n=33 m=9.856 sd=2.530							
Total n=1162 m=8.138 sd=2.483							

Not. * $p \leq .050$

Tabell 3

Resultat av Bonferroni-test som redogör för vilka gruppskillnader som finns inom variabeln Psykiskt välmående

	2	3	4	5	6	7	8
1 n=261 m=9.701 sd=1.717	.701	-.833*	-.424	-.844*	-.897*	-.103	.156
2 n=58 m=9.000 sd=2.035		-1.534*	-1.125	-1.545*	-1.597*	-.804	-.545
3 n=469 m=10.534 sd=1.505			.409	-.011	-.063	.730*	.989*
4 n=24 m=10.125 sd=1.752				-.420	-.472	.321	.580
5 n=55 m=10.546 sd=1.525					-.052	.741	1.000
6 n=180 m=10.597 sd=1.535						.793*	1.052*
7 n=92 m=9.804 sd=1.871							.259
8 n=33 m=9.546 sd=1.438							
Total n=1172 m=10.189 sd=1.686							

Not. * $p \leq .050$

Tabell 4

Resultat av Bonferroni-test som redogör för vilka gruppskillnader som finns inom variabeln

Kamratrelationer

	2	3	4	5	6	7	8
1 n=254 m=16.204 sd=1.940	.555	.025	1.534*	.127	-.209	-.017	-.184
2 n=57 m=15.650 sd=2.022		-.530	.980	-.428	-.764	-.537	-.739
3 n=459 m=16.180 sd=2.064			1.510*	.102	-.234	-.007	-.209
4 n=23 m=14.670 sd=3.567				-1.407	-1.743*	-1.517*	-1.718
5 n=52 m=16.077 sd=2.230					-.336	-.110	-.311
6 n=172 m=16.413 sd=1.800						.226	.025
7 n=89 m=16.189 sd=1.771							-.201
8 n=33 m=16.388 sd=2.029							
Total n=1139 m=16.165 sd=2.034							

Not. * $p \leq .050$

Tabell 5

Resultat av Bonferroni-test som redogör för vilka gruppsskillnader som finns inom variabeln Barnets berättande

	2	3	4	5	6	7	8
1 n=256 m=14.040 sd=2.740	.452	-.583	.032	.115	-.888*	-.060	.222
2 n=58 m=13.588 sd=2.495		-1.036	-.421	-.338	-1.341*	-.512	-.230
3 n=456 m=14.624 sd=2.758			.615	.698	-.305	.524	.806
4 n=23 m=14.009 sd=2.685				.083	-.920	-.091	.191
5 n=55 m=13.923 sd=2.253					-1.003	-.175	.107
6 n=172 m=14.923 sd=2.678						.828	1.110
7 n=91 m=14.100 sd=2.998							.281
8 n=33 m=13.818 sd=3.034							
Total n=1144 m=14.376 sd=2.754							

Not. * $p \leq .050$