

Institutt for folkehelse

Malene Verpe

Kandidat nummer 6

Masteroppgave

Mental health literacy og psykisk helse blant
ungdom

Mental health literacy and mental health status among adolescents

Master i folkehelsevitenskap

2018

Forord

Det er med stor glede jeg skriver de siste ordene på denne oppgaven. Det har vært en spennende reise, og arbeidet med oppgaven har gitt meg mye lærdom som har ført til en økt interesse for forskningsfeltet psykisk helse blant ungdom. Dette er noe jeg håper å kunne arbeide mer med i tiden som kommer.

Det er mange som må takkes i forbindelse med arbeidet knyttet til denne oppgaven. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til rektorer, lærere, ansatte og ikke minst elevene ved de videregående skolene som har vært med på å gjøre dette prosjektet mulig. Jeg er utrolig takknemlig for at dere har tatt dere tid til å gjennomføre undersøkelsen knyttet til denne oppgaven. Jeg må også rette en takk til Bror Just Andersen, for tillatelse til å bruke spørreskjemaet hans «psykiske helse blant ungdom» fra hans doktorgradsavhandling.

En ekstra stor takk til min veileder, Knut Ragnvald Skulberg. Tusen takk for all hjelp, hyggelige ord og samtaler. Jeg setter veldig stor pris på tiden du brukt på å hjelpe meg med oppgaven, alle gode tips og innsiktsfulle tilbakemeldinger jeg har fått underveis.

En takk til mine medstudenter og lærere for to lærerike år, og en spesiell takk til Annie og Elinor som har vært med på å holde både humøret og motivasjonen oppe gjennom hele prosessen med masteroppgaven med gode råd, samtaler, latter og god stemning på skolen. Tilslutt, men ikke minst. Min kjære samboer, takk for at du alltid støtter meg.

Elverum, mai 2018

Malene Verpe

Innhold

FORORD	2
SAMMENDRAG	7
ABSTRACT.....	8
1. INNLEDNING	9
1.1 BAKGRUNN	9
1.2 FORMÅLET MED OPPGAVEN.....	12
1.2.1 <i>Problemstilling</i>	12
1.3 PREISERING OG AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLINGEN	13
1.4 AKTUALITET FOR FOLKEHELSEARBEIDET.....	14
1.5 OPPGAVENS STRUKTUR.....	15
2. LITTERATURGJENNOMGANG	16
2.1 FOREKOMST AV PSYKISKE HELSEPLAGER BLANT UNGDOM	16
2.2 MENTAL HEALTH LITERACY I BEFOLKNINGEN.....	18
2.3 MENTAL HEALTH LITERACY HOS UNGDOM.....	19
2.3.1 <i>Gjenkjennelse av psykiske lidelser</i>	19
2.3.2 <i>Hjelpsøking ved psykiske lidelser</i>	20
2.3.3 <i>Tro på behandlingsmetoder, forebygging og selvhjelpstrategier</i>	21
2.3.4 <i>Holdninger knyttet til psykiske lidelser</i>	21
2.4 SAMMENHENG MELLOM MENTAL HEALTH LITERACY OG PSYKISK HELSE	22
3. TEORI.....	23
3.1 MENTAL HEALTH LITERACY.....	23
3.2 PSYKISK HELSE, PSYKISKE PLAGER OG LIDELSER	26
3.3 PSYKISK HELSE I OVERGANGEN FRA UNGDOM TIL VOKSEN	27

4. METODE	30
4.1 KVANTITATIV TVERSNITTSUNDERSØKELSE	30
4.2 ELEKTRONISK SPØRREUNDERSØKELSE	31
4.2.1 <i>Populasjon og utvalg</i>	31
4.2.2 <i>Spørreskjemaet i undersøkelsen</i>	32
4.2.3 <i>Spørsmålene i spørreundersøkelsen</i>	33
4.2.4 <i>Reliabilitet og validitet knyttet til undersøkelsen</i>	37
4.2.5 <i>Datainnsamling</i>	38
4.2.6 <i>Databehandling og analyse</i>	39
4.3 ETISKE VURDERINGER	41
5. RESULTATER	43
5.1 DESKRIPTIV STATISTIKK	43
5.1.1 <i>Beskrivelse av utvalg</i>	43
5.1.2 <i>Mental health literacy blant ungdommene</i>	45
5.1.3 <i>MHL knyttet til hjelpsøking</i>	47
5.2 UNGDOMMENS PSYKISKE HELSE	49
5.3 BEARBEIDING AV DATA	50
5.4 ASSOSIASJONER MELLOM MHL OG PSYKISKE PLAGER	52
6. DISKUSJON	61
6.1 METODISK DISKUSJON	61
6.1.1 <i>Seleksjonsskjevhet og rekrutteringsprosessen</i>	61
6.1.2 <i>Valg av spørreskjema</i>	63
6.1.3 <i>Spørreskjemaet og datainnsamling</i>	64
6.1.4 <i>Dataanalyse og bruk av indekser</i>	66
6.2 DISKUSJON AV STUDIENS HOVEDFUNN	67

6.2.1	<i>MHL blant ungdommene</i>	67
6.2.2	<i>Psykiske plager blant deltakerne i studien</i>	73
6.2.3	<i>Assosiasjoner mellom MHL og psykisk helse</i>	74
6.2.4	<i>Andre faktorer som kan påvirke MHL og psykisk helse</i>	77
6.2.5	<i>Statlige føringers betydning for folkehelsearbeid, MHL og psykisk helse</i>	78
7.	KONKLUSJON	81
	LITTERATURLISTE	83
	VEDLEGG	99
	Vedlegg I. Godkjenning fra NSD.....	101
	Vedlegg II. Samtykkeskjema til deltakerne.....	105
	Vedlegg III. Informasjonsskriv til foresatte.....	106
	Vedlegg IV. Invitasjon til de videregående skolene.....	107
	Vedlegg V. Spørreskjema.....	109
	Vedlegg VI. Oversikt over spørsmål i indeksene.....	150
	Vedlegg VII. Deskriptiv statistikk fra undersøkelsen på alle variabler og spørsmål.....	152
	Vedlegg VIII. Korrelasjonsanalyse av studiens bakgrunnsvariabler.....	166

Liste over tabeller

Tabell 1. Beskrivelse av antall deltakere i studien og svarprosent.....	32
Tabell 2. Personlige kjennetegn	43
Tabell 3. Oversikt over totalskår på de ulike MHL indeksene.....	45
Tabell 4. Kjennskap om, og atferd ovenfor andre i henhold til psykiske plager	47
Tabell 5. Antatt håndtering av eget problem – atferd når man oppsøker hjelp.....	48
Tabell 6. Gjennomsnittskårer på SDQ-Nor totalskår, og SDQ delskalaer.....	49
Tabell 7. Korrelasjoner mellom studiens indekser og SDQ-Nor total	50
Tabell 8. Fordeling av svar på normalzone og (gråzone + avvikende zone) for SDQ-tot.....	52
Tabell 9. Assosiasjoner mellom bakgrunnsvariabler, indekser og psykiske plager.....	53
Tabell 10. Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 1.....	54
Tabell 11. Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 2.....	55
Tabell 12. Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 3.....	56
Tabell 13. Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 4.....	57
Tabell 14. Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 5.....	58
Tabell 15. Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 6.....	59
Tabell 16. Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 7.....	59

Liste over figurer

Figur 1. Oversikt over de 7 indeksene som blir brukt for å måle MHL i oppgaven	40
Figur 2. Oversikt over de psykiske lidelsene ungdommene har oppgitt i indeks 1.....	46
Figur 3. Histogram for distribusjon av SDQ-Nor totalskår.....	50

Sammendrag

Bakgrunn: Psykiske plager og lidelser blant ungdom en betydelig folkehelseutfordring i dagens samfunn. Det er dermed satt stort fokus på å fremme barns og ungdoms psykiske helse gjennom forebyggende folkehelsearbeid og ulike tiltak i regjeringens føringer. Tidligere forskning og intervensjoner viser at det å øke grad av mental health literacy (MHL) kan være forebyggende i henhold til utvikling av psykiske plager. Formålet med denne studien er å kartlegge MHL hos ungdom i Hedmark, for å videre undersøke om det var en assosiasjon mellom MHL og psykisk helse.

Metode: Gjennom en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse, ble 171 ungdommers mental health literacy og psykisk helse kartlagt. Dataene ble deretter analysert for å se etter assosiasjoner mellom MHL og psykiske plager.

Resultat og konklusjon: Det viste seg at MHL blant ungdommene i studien er ganske lik MHL blant ungdommer i tidligere studier. Litt over halvparten gjenkjente depresjon, mens færre gjenkjente psykose/schizofreni, tvangslidelser og mani. Ungdommene hadde imidlertid høy tillit til fagpersoner og behandling, og viste vilje til å hjelpe venner som slet psykisk. Hjelpsøking av profesjonelle, venner og familie ble forslått for dette. Kjønnsforskjeller vises i MHL der jentene har en høyere MHL på alle indekser enn guttene. En tredjedel av ungdommene i Hedmark rapporterte om psykiske plager. Resultat fra logistisk regresjonsanalyser viste kun statistisk signifikante assosiasjoner mellom indeks 5 og 7 av MHL komponentene med psykiske plager etter å ha justert for bakgrunnsvariabler. Det konkluderes derfor med at MHL totalt sett ikke er statistisk signifikant assosiert med psykiske plager i denne studien. Her er det viktig å ta i betraktning at det er få antall deltakere og skjev kjønns sammensetning. Det er behov for flere studier som undersøker assosiasjonen mellom MHL og psykisk helse, for å undersøke om MHL muligens kan bli brukt som ett verktøy i fremtidige folkehelsearbeid programmer og føringer.

Abstract

Background: Mental health problems and disorders among adolescents is a significant public health challenge in today's society. Therefore, the government have focus on preventive public health work for child and youth mental health. There is evidence suggesting that enhancing mental health literacy (MHL) can be preventing in relation to development of mental disorders. This study aims to examine levels of MHL among adolescents and investigate the association between MHL and mental health status.

Methods: MHL and mental health status was examined through a quantitative cross-sectional study, there 171 adolescents participated. Data were analyzed to look for associations between MHL and mental health status.

Results: The data showed that MHL among the participants in this study is quite similar previous studies that examine MHL among adolescents. Just about over half the participants recognized depression, while fewer recognized psychosis/schizophrenia, compulsive disorders and mania. The adolescents had high confidence in professionals and treatment, and showed willingness to help friends who were mentally ill. Most of the participants considered professionals, friends and family to be helpful. Gender differences showed in MHL, the girls scored higher than boys on all MHL indexes. About one third of the youth in Hedmark reported about mental distress. Results from analysis showed that only index 5 and 7 of the MHL components were statistic significant associate with mental distress after adjusting for background variables. The conclusion in this study is that MHL in total isn't statistic significant with mental distress. However, it's important to consider the small number of participant and the skewed gender composition. More studies are needed to examine the association between MHL and mental health in the future, to investigate whether MHL possibly could be used as a tool in future health promotion work and therefore get implemented in public health work programs and guidelines.

1. Innledning

Denne masteroppgaven har som hovedmål å undersøke om det er assosiasjoner mellom kunnskaper om psykisk helse (mental health literacy) og forekomst av psykiske helseplager hos ungdom i Hedmark. Det ble gjennomført en kvantitativ spørreundersøkelse for å kartlegge mental health literacy hos ungdom på videregående skole, samt forekomsten av psykiske helseplager blant disse ungdommene.

1.1 Bakgrunn

Psykiske plager og lidelser er en av de største folkehelseutfordringene både hos ungdom og voksne internasjonalt (World health organization [WHO], 2012), samt i det norske samfunn (Reneflot, Aarø, Aase, Reichborn-Kjennerud, Tambs & Øverland, 2018). I følge folkehelseinstituttets rapport «Psykiske lidelser i Norge», vises det at om lag halvparten av befolkningen både på verdensbasis og i Norge, vil oppleve å ha symptomer på psykiske plager eller lidelser i løpet av livet (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009; WHO, 2012). Det vises også at til enhver tid er det rundt 15-20 prosent barn og unge med psykiske vansker som har så omfattende symptomer at det fører til nedsatt funksjonsevne (Mykletun et al., 2009). Omtrent 7 prosent av barn og unge har så alvorlige symptomer at de tilfredsstiller kriteriene til å ha en psykisk diagnose i henhold til diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV, cirka 5 prosent av barn og ungdom i alderen 0-17 år behandles hvert år i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Det er jenter som står for den høyeste forekomsten av depresjon, angst, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser i ungdomsalderen (Reneflot et al., 2018; Wichstrøm, Berg-Nielsen, Angold, Egger, Solheim & Sveen, 2012).

Forskning fra de siste 20-30 årene viser til en økning i forekomst av psykiske plager og lidelser blant ungdom, der økningen er mest fremtredende hos jenter i tenårene (Sletten

og Bakken, 2016; Reneflot et al., 2018). Selv om denne økningen kommer frem i folkehelseinstituttet sin nye rapport om psykisk helse i Norge (2018), diskuteres det om det er en fortsatt reell økning eller om det kun er økning i selvrapporterte psykiske plager som kan skyldes samfunnsendringer, større åpenhet og andre faktorer (Sletten & Bakken, 2016; Soest & Wichstrom, 2014; Collishaw, 2015).

Med utgangspunkt i sykefravær, uførhet, tidlig pensjonsavgang og økt risiko for sykdom og dødelighet utgjør psykiske plager og lidelser store kostnader for samfunnet hvert år, samt en rekke negative konsekvenser for både samfunn og individ (Johansen, Bakken, Skogen, Knudsen, Clench-Aas & Torgersen, 2018; Reneflot et al., 2018). Dette har ført til et stort fokus på forebygging av psykiske helseplager i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017; Helsedirektoratet, 2017).

Det er vist at psykiske lidelser som angst og depresjon ligger på andre- og tredje plass over årsaker til helsetap, disse bidrar hver med 6,2 prosent av andelen totalt helsetap i befolkningen ved sykdom og skader man lever med i Norge. Korsrygg- og nakkesmerter ligger på topp, og utgjør 19,7 prosent. (Folkehelseinstituttet [FHI], 2016). Når man ser på den totale sykdomsbyrden ved å legge sammen helsetap og tapte leveår i befolkningen, måles dette i DALY (disability adjusted life years/helsetapsjusterte leveår). Her ligger angstlidelser og depressive lidelser på 8. og 9. plass, ved å bidra 3,3 prosent hver av den totale andelen DALY i befolkningen (FHI, 2016).

Hos ungdom kan psykiske plager og lidelser ha en positiv assosiasjon for en rekke kroppslige plager og fysiske sykdommer senere i livet, som hjerte og karsykdom, infeksjonssykdom og muligens kreft (Reneflot et al., 2018; Berge et al., 2016). I tillegg kan plagene være med på å øke risikoen for søvnforstyrrelser, overvekt, hodepine og nevrologiske forstyrrelser, dette gjelder spesielt for barn og unge med ADHD (Torgersen et

al., 2018). I tillegg øker risikoen for dårligere psykiske helse videre i livet (Goodman, Joyce & Smith, 2011). Psykiske vansker i ungdomsårene kan også øke risikoen for rusmiddelmisbruk, dårligere skoleprestasjoner, frafall i skolen, svakere tilknytning til arbeidsmarkedet, økonomiske problemer og vansker i nære relasjoner, tap av friske leveår, dødelighet og selvmord (Delaney & Smith, 2012; Goodman et al., 2011; Sommer, 2016).

Ettersom psykiske plager og lidelser hos barn og unge utvikles i samspill mellom en rekke psykososiale og biologiske faktorer, er det mange ulike typer forebyggende tiltak som kan iverksettes (Mykletun et al., 2009; Major et al., 2011). Det er gjennom de siste 30 årene blitt gjennomført en rekke tiltak og intervensjoner for å forebygge mot psykiske plager og lidelser internasjonalt og nasjonalt (Conley, Durlak & Kirsch, 2015; Major et al., 2011). Det vises at programmer som dreier seg om ferdighetstrening der ungdommene lærer teknikker for å endre tanker eller for å lære avslapping, mindfulness og ulike mestringsstrategier har gunstig effekt på ungdommens psykiske helse (Conley et al., 2015). I tillegg er det flere antimobbeprogrammer som brukes i skolen, spesielt Olweus-programmet vises å ha god effekt på redusering av mobbing noe som igjen virker positivt inn på ungdommen psykiske helse (Conley et al., 2015; Major et al., 2011). Det er også blitt gjennomført intervensjoner med fysisk aktivitet for å forebygge mot depresjon hos barn og ungdom. I en oversiktsartikkel fra 2006 vises det til liten eller ingen effekt på angst og depresjon uavhengig av aktivitetens intensitet. Dette kan imidlertid skyldes få artikler, som er lagt opp forskjellig og flere har metodiske svakheter (Larun, Nordheim, Ekeland, Hagen & Heian, 2006). En nyere oversiktsartikkel, viser til at fysisk aktivitet har hatt liten men signifikant effekt på depresjon (Brown, Pearson, Braithwaite, Brown & Biddle, 2013).

I flere internasjonale studier pekes det på hvordan og hvorfor det vil være gunstig å styrke ungdommens «mental health literacy» (MHL) som et forebyggende tiltak (Kutcher et al., 2016b; Kutcher, Wei, Morgan, 2015). Med mental health literacy inngår kunnskap og

oppfatninger om psykiske lidelser knyttet til gjenkjennelse, hjelpsøking, behandlingsmetoder, selvhjelpstrategier og forebygging, samt holdninger til psykiske lidelser. Dette kan være viktig med tanke på tidlig gjenkjennelse av psykiske vansker, lidelser- og symptomer, redusere stigma og negative holdninger knyttet til dette, sette ungdommen i stand til å ta bedre vare på sin egen og andres mentale helse samt bedre kunnskap og evne om når og hvor de kan søke og få tilgang til hjelp hvis de trenger det og hvilke behandlingsmetoder som finnes (Kutcher, Wei & Coniglio, 2016a; Jorm, 2012).

1.2 Formålet med oppgaven

Ettersom psykiske plager og lidelser blant unge er en av nåtidens største folkehelseutfordringer i Norge, vil det være gunstig å undersøke om MHL kan assosieres med grad og forekomst av psykiske helseplager. Det er tidligere i Norge gjennomført noen få intervensjoner for å øke MHL blant ungdommer for å forebygge mot psykiske plager som har hatt moderat til god effekt (Skre, Friborg, Breivik, Johnsen, Arnesen & Wang, 2013; Andersen & Nord, 2010; Andersen, Johansen & Nord, 2010). Det vil derfor være viktig å videre kartlegge grad av MHL hos norske ungdommer, for å vurdere om det burde settes inn flere og nye tiltak for å styrke MHL med tanke på å forebygge mot psykiske plager og lidelser hos ungdom.

1.2.1 Problemstilling

Kartlegging av mental health literacy blant ungdommer i Hedmark, for å undersøke om det er en assosiasjon mellom mental health literacy og ungdommens psykiske plager?

Følgende underpunkter er satt som operasjonalisering av problemstillingen:

1. Kartlegging av mental health literacy og psykiske plager blant ungdommer i Hedmark
2. Assosiasjon mellom mental health literacy og psykiske plager

1.3 Presisering og avgrensning av problemstillingen

Denne masteravhandlingen har som nevnt innledningsvis som hensikt å si noe om ungdommenes MHL, samt ungdommens psykiske helsetilstand. Det tas utgangspunkt i ungdommer mellom 16-19 år som går på videregående skoler i Hedmark.

Ettersom MHL er et relativt omfattende begrep, og består av flere komponenter vil det i denne oppgaven bli rettet fokus mot noen av disse. Det blir tatt utgangspunkt i Andersen (2011) sin doktorgradsavhandling der det brukes 7indekser som kan knyttes til begrepet MHL. Dette er: (1) kjennskap til psykiske lidelser (2) generell kunnskap om psykisk helse (3) kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer (4) evne til kopling av symptomer til diagnoser (5) tillit til behandlings-metoder (6) kunnskap om hjelpeapparatet innen psykisk helse generelt (7) kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innen psykisk helse. Disse områdene representerer noen av de viktigste komponentene av MHL. Komponentene som omhandler holdninger til psykiske lidelser og kunnskap i henhold til selvhjelpsstrategier og kunnskap om hva som bidrar til positiv psykisk helse er ikke inkludert i oppgaven, selv om disse er to viktige faktorer i henhold til forebygging (Bjørnsen, Ringdal, Eilertsen, Espenes, Holmen & Moksnes, 2018; Kutcher et al., 2016a; Jorm, 2012).

Ungdommenes psykiske helsetilstand, tar imidlertid utgangspunkt i ungdommenes subjektive opplevelse av psykiske helseplager gjennom selvrappoterer av hvordan de oppfatter og vurderer sin egen helsetilstand gjennom ett validert måleinstrument (SDQ- Strength and Difficulties Questionnaire) (Heyerdahl, 2003). Psykiske helseplager må ikke forveksles med psykiske lidelser som er diagnoser som blir satt ved at symptombelastningen er så stor at de oppfyller de diagnostiske kriteriene som revideres regelmessig i henhold til oppdatert vitenskapelig evidens (Reneflot et al., 2018). Psykiske helseplager benyttes om symptomer som engstelse og nedstemthet, som kan oppleves mer eller mindre belastende og går utover trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre (Reneflot et al., 2018;

Mykletun et al., 2009).

Denne masteravhandlingen vil dermed ikke gi en oversikt over den kliniske psykiske tilstanden til ungdom i Hedmark. Den vil heller være med på å gi ett bilde av hvordan ungdom opplever sin psykiske helsetilstand, samt hvilke kunnskaper de har om psykiske helse (MHL) på ulike områder.

1.4 Aktualitet for folkehelsearbeidet

Det er rettet mye fokus mot viktigheten av å arbeide forebyggende og helsefremmende i henhold til psykisk helse de siste årene. Dette vises gjennom St. meld. nr. 34 Folkehelsemeldingen (2012-2013) og st. meld nr. 19 Mestring og muligheter (2014-2015), der regjeringen har som mål å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet, og ett av de viktigste tiltakene er å styrke innsatsen rettet mot barn og unge ved å satse på forebyggende psykisk helsearbeid. Som et resultat av dette er det blitt etablert «Program for folkehelsearbeid» fra 2017-2027, det er kommunesektoren ved KS og staten ved Helse- og omsorgsdepartementet som har gått sammen om å etablere dette. Programmet skal bidra til å integrere psykisk helse som del av det lokale folkehelsearbeidet og fremme lokalt rusforebyggende arbeid der barn og unge er en prioritert målgruppe.

Det er tidligere blitt foreslått å integrere kunnskap om psykisk helse i skolen i dokument 8:134 S (2014-2015) og Dokument 8: 46 S, (2015-2016) (Klomsten, 2017), noe som også kommer frem i planleggingen og regjeringens prioritering i arbeidet med fornyelsen av læreplanverket i henhold til St. Meld. 28 (2015-2016). I tillegg har regjeringen kommet med en strategi for ungdomshelse som gjelder fra 2016-2021, der det også er stort fokus på å fremme ungdoms psykiske helse i folkehelsearbeidet ved å sette inn forebyggende tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016-2021).

Med utgangspunkt i disse styrende dokumentene samt dagens forekomst og

utbredelse av psykiske plager og lidelser blant ungdommer, vises viktigheten av å satse på forebyggende tiltak. Ettersom tidligere studier rettet mot styrking av MHL vises å ha god effekt på ungdommen psykiske helse, vil det å øke kunnskap og ferdigheter hos ungdom i forhold til psykisk helse kunne være med å øke sannsynligheten for at ungdom oppsøker hjelp, redusere fordommer, negative holdninger og stigma rundt psykiske lidelser og sette ungdom i bedre stand til å ta vare på selv seg og sin psykiske helse (Kutcher et al., 2016b; Andersen, 2011; McLuckie, Kutcher, Wei & Weaver, 2014; Skre et al., 2013; Salerno, 2016).

1.5 Oppgavens struktur

I kapittel 2 vil det bli gitt en gjennomgang av forskningen på området, gjennom internasjonal og norsk forskning som er aktuell i henhold til problemstillingen. I kapittel 3 vil aktuell litteratur som brukes til teoretisk rammeverk presenteres. Det blir beskrevet relevant teori for å kunne belyse problemstillingen. I kapittel 4 presenteres metoden som er brukt i oppgaven. Det vil bli gjort rede for den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen og begrunnelse av valgt fremgangsmåte. Det vil også bli presentasjon av spørreskjemaet og variablene i studien, samt en gjennomgang av etiske vurderinger. I kapittel 5 blir studiens funn presentert for å belyse forskningsspørsmålene. Resultatene blir fremstilt gjennom deskriptiv statistikk for å beskrive ungdommenes MHL, og videre blir assosiasjonen mellom MHL og ungdommens psykiske helse analysert ved logistisk regresjon. I kapittel 6 drøftes forskningsmetode gjennom metodiske vurderinger, og studienes hovedfunn i lys av tidligere forskning og aktuell teoretisk tilnærming. Drøftingen gjøres med utgangspunkt i problemstillingen. I kapittel 7 oppsummeres og konkluderes funnene i oppgaven. Det vil bli gitt forslag til videre forskning og mulig betydning for praksis blir presentert.

2. Litteraturgjennomgang

2.1 Forekomst av psykiske helseplager blant ungdom

Som nevnt tidligere i innledningen er det mellom 15-20 prosent av barn og ungdom under 18 år som plages så mye av psykiske vansker at det resulterer i nedsatt funksjon, ifølge tall fra rapporten til Mykletun et al. (2009). Levekårsundersøkelsen viser at ungdom og unge voksne mellom 16-24 år har den høyeste forekomsten og utbredelsen av psykiske plager og lidelser blant alle aldersgrupper (FHI, 2015; SSB, 2016). Depresjon forekommer allerede tidlig i barneårene, men forekomsten øker betydelig i ungdomstiden (Merikangas, He, Brody, Fisher, Bourdon & Koretz, 2010). Det vises til at rundt 40 prosent av ungdommer i 13-18 års alderen som lider av en type psykisk lidelse, også tilfredsstillende kriteriene for en annen gruppe psykiske lidelser i tillegg (Merikangas et al., 2010). Det er også betydelige kjønnsforskjeller i forekomst av psykiske plager og lidelser når man studerer ungdomsgruppen 13-18 år, der nærmere dobbelt så mange jenter som gutter har angst og depresjonsvansker (Reneflot et al., 2018). Det vises også at det er en økt sannsynlighet for at psykiske vansker som oppstår i ungdomsårene kan vedvare resten av livet, samt øke risikoen for en andre rekke uheldige utfall (Mykletun et al., 2009). Ved å se på utviklingen fra de siste 20 årene, viser det at det har vært en økning av psykiske plager blant ungdom i alderen 13-19 år ifølge tall fra ungdomsundersøkelsene Ung i Norge og Ungdata (Andersen & Bakken, 2015; Sletten & Bakken, 2016, Bakken, 2017). Levekårsundersøkelsen som også er en selvrporteringsundersøkelse som har pågått over flere år, viser også til en økning i psykiske plager. Økningen er høy hos kvinner, mens det er en minimal økning hos mennene i aldersgruppen 16-24 år (SSB, 2016). Funnene fra disse undersøkelsene samsvarer med funnene i kunnskapsoversikten til Sletten og Bakken (2016), der det ser ut til å ha vært en gradvis økning i rapporterte psykiske plager over de siste 20 årene. Det er viktig å merke seg

at det er store kjønnsforskjeller også her, der det er en betydelig større økning i plager hos kvinner. Tallene fra disse studiene baseres hovedsakelig på selvrapporing fra ungdommen, noe som det må tas hensyn til som mulig feilkilde ved at unge i økt grad rapporterer om psykiske plager nå enn før (Torgersen et al., 2018).

Tall fra rapporten «Psykisk helse i Norge» Viser at andelen jenter i alderen 15-17 år som får diagnoser i BUP har steget i femårsperioden fra 2011 til 2016, fra 5 prosent til 7 prosent per år. I tillegg til dette, i perioden 2004 til 2013 ble det registrert en sterk økning i bruk av antidepressiva hos ungdom i alderen 15-19år (Hartz, Skurtveit, Hjellvik, Furu, Nesvåg & Handal, 2016). Disse funnene kan være med på å underbygge den faktiske økningen av psykiske lidelser hos ungdom, selv om det også kan skyldes endring i legers utskrivning av antidepressiva til de unge som en mulig feilkilde (Sletten & Bakken, 2016). Til tross for at det har vært en kraftig økning i bruk av antidepressiva er det fortsatt mange unge som ikke får hjelp i form av samtalerapi, medisiner og andre behandlingsmetoder som de trenger, av ulike grunner. Det er kun ett fåtall av ungdom med psykiske lidelser som oppsøker hjelp og de som oppsøker hjelp gjør ofte dette etter å ha utsatt det i en lengere periode (Merikangas et al., 2010; Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007; Rickwood, Deane, Wilson & Ciarrochi, 2005; Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2011). I en norsk undersøkelse vises det at under halvparten av ungdommer med psykiske plager og lidelser oppsøker hjelp fra helsesøster, leger, lærere, rådgivere på skole, psykologer, barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernstjenester, og kun 13,9 prosent av deprimert ungdom mottok hjelp fra spesialister innenfor psykiske helsetjeneste og/eller kommunalt psykisk helsevern (Sund et al., 2011).

2.2 Mental health literacy i befolkningen

Det er relativt få studier som har undersøkt mental health literacy status blant ungdom, men det er kommet noen flere studier nå de siste årene (Reavley & Jorm, 2011). De fleste tidligere studiene har blitt gjort på voksne, og viser til ulike resultater avhengig av hvilke land studiene er utført i og hvilken datainnsamlingsmetode eller spørreskjema som er blitt brukt (Jorm, 2012).

Litteraturen vil bli delt opp etter de ulike komponentene av begrepet der første del innebærer gjenkjennelse av psykiske lidelser, etterfulgt av kunnskaper om hjelpsøking, behandlingsmetoder, selvhjelpsstrategier og forebyggendestrategier. Tilslutt vil det sett på stigmatiserende holdninger mot psykiske lidelser som er en komponent som er blitt lagt til MHL begrepet i ettertid.

Felles for funnene i de tidligere studier viser til vanskeligheter med å gjenkjenne psykiske lidelser basert på symptomer, det er også litt ulike oppfatninger om hvor og når det burde søkes etter hjelp og hvilke behandlingsmuligheter som burde brukes. Når det gjelder å hjelpe andre som sliter psykisk ville de fleste gjort dette for venner, selv om det også er noen om ikke ville gjort det på tross av tydelige tegn av depresjon som selvmordstanker. De fleste mener at det er gode muligheter for å forebygge psykiske lidelser gjennom ulike intervensjoner og forskjellige elementer de kunne gjøre selv. Stigmatiserende og selvstigmatiserende holdninger mot psykiske lidelser er også noe som finnes blant mennesker, dette kan føre til lavere selvtillit og selvbilde, være en stor barriere når det gjelder aksept og hjelpsøking ved psykiske vansker (Jorm, 2012; Jorm et al., 1997a; Jorm et al., 1997b; Pescosolido, Martin, Long, Medina, Phelan & Link, 2010).

2.3 Mental health literacy hos ungdom

Studiene som er gjennomført i forhold til mental health literacy blant ungdom i 12-25års alderen viser til at flere unge har et relativt lavt nivå av MHL, selv om dette varierer noe i forhold til alder og hvilket land man bor i. I tillegg til kjønnsforskjeller, der det vises at jenter oftere har en høyere grad av MHL enn gutter på de fleste MHL-komponentene (Coles, Ravid, Ariel, Gibb, George-Denn, Bronstein & McLeod, 2016; Cotton, Wright, Harris, Jorm & McGorry, 2006; Furnham, Annis & Cleridou, 2014; Melas, Tartani, Forsner, Edhborg & Forsell, 2013; Loureiro, Jorm, Mendes, Santos, Ferreira & Pedreiro, 2013; Olsson & Kennedy, 2010; Reavley & Jorm, 2011). Litteraturgjennomgangen på dette feltet vil hovedsakelig ta utgangspunkt i internasjonal forskning, men vil også trekke fram norsk forskning.

2.3.1 Gjenkjennelse av psykiske lidelser

Når det gjelder evne til å identifisere psykiske lidelser basert på symptomer, er det flere som har vanskeligheter med å gjøre dette korrekt. Depresjon er den lidelsen flest klarer å gjenkjenne, mellom 40 til 75 prosent klarer å identifisere depresjon basert på ulike symptomer (Coles et al., 2016; Burns & Rapee, 2006; Cotton et al., 2006; Bryne, Swords & Nixon, 2015; Loureiro et al., 2013; Melas et al., 2013; Georgakakou-Koutsonikou & Williams, 2016). Dersom symptomene er kraftige, med selvmordstanker er det flere som klarer å gjenkjenne depresjon (Burns & Rapee, 2006; Georgakakou-Koutsonikou & Williams, 2016; Marshall & Dunstan, 2011).

Når det kommer til ulike typer av angst, psykose, tvangslidelse og schizofreni, er det færre som klarer å identifisere dette korrekt (Attygalle, Perera & Jayamanne, 2017; Burns & Rapee, 2006; Coles et al., 2016; Furnham, Cook, Martin & Batey, 2011; García-Soriano & Roncero, 2017; Melas et al., 2013; Lawrence, 2014; Loureiro, Jorm, Oliveira, Mendes, Dos

Santos, Rodrigues & Sousa, 2015; Reavley & Jorm, 2011; Olsson & Kennedy, 2010). Det vises at det er kjønnsforskjeller ved at jenter i signifikant større grad er i stand til å gjenkjenne depresjon, nesten dobbelt så ofte som gutter (Cotton et al., 2006; Melas et al., 2013).

2.3.2 Hjelpsøking ved psykiske lidelser

Kunnskap og intensjoner om hvor, når og hos hvem det skal oppsøkes hjelp ved psykiske lidelser, varierer noe i forhold til de ulike studiene som er blitt gjennomført. Dette kan ha ulike årsaker som hvilket land de bor i, hvordan helsevesenet og tjenestene fungerer der, kultur, religion og holdninger, samt kunnskap om symptomer på psykiske lidelser og behandlingsmuligheter (Byrne et al., 2015; Coles et al., 2016; Cotton et al., 2006; Gulliver et al., 2010; Melas et al., 2013; Loureiro et al., 2013; Reavley & Jorm, 2011). Hovedmønsteret i studiene er at de fleste ungdommene helst ville henvendt seg til familie og nære venner, deretter allmennpraktiserende lege, mens færre ville søkt hjelp hos profesjonell psykiskhelse personell eller psykolog. Disse synspunktene varierer i de ulike studiene, og var noe avhengig av hvilken type psykisk lidelse og alvorlighetsgrad (Byrne et al., 2015; Burns & Rapee, 2006; Coles et al., 2016; Cotton et al., 2006; Melas et al., 2013; Loureiro et al., 2013; Olsson & Kennedy, 2010; Reavley & Jorm, 2011). Det kommer frem at flesteparten av ungdommene ville foreslå at en venn burde søke hjelp ved depresjon (Byrne et al., 2015; Coles et al., 2016). Det vises også til kjønnsforskjeller ved hjelpsøking, jenter vil oftere søke hjelp hos profesjonelle ved psykiske lidelser enn gutter (Burns & Rapee, 2006; Coles et al., 2016; Cotton et al., 2006).

2.3.3 Tro på behandlingsmetoder, forebygging og selvhjelpstrategier

Det vises at ungdommens oppfatninger om behandling og syn på behandlingsmetoder, varierer etter kjønn, fødeland og kultur. Avslappings teknikker og fysisk aktivitet blir ofte sett på som gode behandlingsmetoder av ungdommene (Essau et al., 2017; Loureiro et al., 2013; Jorm, et al., 2010). I tillegg er terapi med psykolog, kontakt med spesialisthelsetjenesten, deltakelse i grupper med andre som sliter med samme problem, bruk av medikamenter også sett på som gode behandlingsmetoder av ungdommene (Loureiro et al., 2013; Melas et al., 2013; Marshall & Dunstan, 2011). Bruk av vitaminer, urter og te blir sett på som gode alternative behandlingsmetoder av ungdommer fra Portugal og Iran. Det vises også at disse ungdommene ofte har et negativt syn på antidepressiva og beroligende medikamenter, og oppfatter disse medikamentene som skadelige (Essau et al., 2013; Loureiro et al., 2013).

Det kommer frem flere selvhjelpsstrategier som ungdom mener er bra for både å behandle samt forebygge mot psykiske lidelser. Dette er å være i fysisk aktivitet, lese selvhjelpsbøker eller søke informasjon på internett, unngå stressende situasjoner, holde kontakt med familie og venner, unngå røyk og alkohol, sette av tid til avslapningsøvelser, snakke med noen, opprettholde sosiale relasjoner, endre tankesett og endre kostholdet. (Jorm et al., 2010; Marshall & Dunstan, 2013; Loureiro et al., 2013).

2.3.4 Holdninger knyttet til psykiske lidelser

Holdninger og stigma knyttet til psykiske lidelser vises også å være en viktig faktor som er med på å være en barriere for hjelpsøking hos ungdom (Patel et al., 2007; Sund et al., 2011; Tharaldsen, Stallard, Cuijpers, Bru & Bjaastad, 2017). Dette er bekymringsverdig, ettersom det er en stor del av ungdom med psykiske vansker som ikke velger å oppsøke hjelp grunnet stigmatiserende holdninger enten fra andre eller seg selv (Gulliver et al., 2010;

Reavly & Jorm, 2011). Det vises at også til kjønnsforskjeller når det kommer til holdninger, der jenter er mindre fordomsfulle enn guttene i forhold til andre som har psykiske lidelser (Cotton et al., 2006) Flere studier viser at de som har en høy grad av stigmatiserende holdninger, er assosiert med ett lavt nivå av MHL (Skre et al., 2013; Perry et al., 2014; Kelly, Jorm & Whright, 2007).

2.4 Sammenheng mellom mental health literacy og psykisk helse

Sammenhengen mellom grad av MHL og psykiske lidelser blant ungdommer, er lite studert. Lawrence (2014) har gjort en studie blant kinesiske ungdommer, og resultatet viste at grad av MHL hadde en statistisk signifikant sammenheng med psykisk helse i henhold til depresjon (OR=1.52, 95% CI= 1.01-2.31). Ungdommene som hadde moderat til alvorlig depresjon, var mer sannsynlige å ha en lav eller utilstrekkelig grad av MHL. Andersen (2011) har i sin doktor avhandling målt kjennskap til og kunnskaper om psykisk helse, symptomer til diagnoser, kunnskap om hjelpsøking og hjelpeapparatet som er viktige komponenter av MHL, hos elever ved videregående skoler i Norge i forbindelse med intervensjonsprogrammet VIP. Det ble i tillegg målt egenrapportert psykiske plager, men det har ikke blitt sett etter direkte sammenheng mellom komponentene av MHL og psykiske helse plager. Resultater fra denne avhandlingen viser forøvrig til en nedgang i noen av de psykiske helseplagene, samt en økning i kunnskaper om psykiske helse etter intervensjonen noe som tilsier at det er en assosiasjon mellom MHL og psykiske helseplager (Andersen, 2011). Det er nylig blitt utført en studie som ser på sammenhengen mellom kunnskap om hva som gir god psykisk helse og opplevd psykisk velvære hos ungdom i Norge, der resultatene viste en positiv sammenheng (Bjørnsen et al., 2018). Dette viser til at kunnskap om psykisk helse er viktig i henhold til forebygging og opprettholdelse av god psykisk helse.

3. Teori

I denne masteroppgaven vil det bli brukt forskjellige konsepter som har oppstått på bakgrunn av forskningsspørsmål, hypotese og tidligere forskning på området.

Hovedkonseptet mental health literacy (MHL) er den viktigste delen av teorien i henhold til kunnskap fra tidligere forskning, og vil bli benyttet for å belyse ulike indekser og resultater som blir innhentet fra spørreskjemaet (Bryman, 2016). I tillegg vil det bli gitt en gjennomgang av temaene psykisk helse og ungdom for å gi et dypere innblikk og forståelse av feltet. Bryman (2016) omtaler konsepter som hovedingredienser i teoretiske rammeverk, og at disse representerer et fundament for forskningen rundt. Det er viktig at konseptene kan bli målt for at de skal fungere som en del av den kvantitative forskningen. Ettersom dette prosjektet har en deduktiv tilnærming, er konseptet MHL og psykisk helsetilstand sentralt for å teste hypotesene og svare på problemstillingen.

MHL vil også bli brukt som ett analytisk verktøy med tanke på måling av de ulike komponentene av begrepet, hos norske ungdommer, og vil bli sammenlignet med tidligere målinger av MHL blant andre ungdommer (Cresswell, 2014; Bryman, 2016). Ved å se på oversikten av litteratur i forrige kapittel, vil det være gunstig å bruke de ulike komponentene av MHL som gjenkjennelse av psykiske lidelser, hjelpsøking, kunnskap om behandlingsmetoder, (selvhjelpstrategier, forebygging og holdninger) knyttet til psykiske lidelser for å kartlegge MHL blant ungdom senere i oppgaven.

3.1 Mental health literacy

Begrepet mental health literacy (MHL) har sin opprinnelse fra health literacy (HL), og må forstås på bakgrunn av dette. HL ble utviklet på 1970 tallet, og handler om menneskers evner til å kunne lese, forstå og fortolke alle typer helse relatert informasjon (Finbråten & Pettersen, 2009). HL begrepet har blitt videreutviklet, redefinert og styrket de

siste årene, fra å omhandle menneskers evne til å forstå og kunne bedre benytte seg av medisinsk informasjon med tanke på bedre forståelsesevne til behandling (WHO, 2013) til å bli ett bredere konsept som blir sett på som grunnleggende for å bedre menneskers helseutfall, redusere sosiale ulikheter i helse i befolkningen, og for å bedre driften av helsetjenester og systemer, samt utvikling av helsepolitikken (WHO, 2013; Kutcher et al., 2016a). HL ble definert av European Health Literacy Consortium i 2012 som:

Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course (WHO, 2013, s. 4).

Verdens helseorganisasjon (WHO) har kastet lys over at HL kan være en av de viktigste komponentene av de sosiale determinanter av helse, noe som tilsier viktigheten av dette begrepet (WHO, 2013).

Mental health literacy (MHL), som har oppstått på bakgrunn av HL er blitt godt etablert selv om begrepet stadig blir forbedret. Utviklingen av begrepet MHL skjedde først på slutten av 1990 tallet av Anthony Jorm og hans kollegaer. Bakgrunnen for dette var at de vurderte tidligere studier som tok for seg befolkningens kunnskaper og oppfatninger av psykiske lidelser var mangelfulle, ettersom de undersøkte dette gjennom ulike metoder og måleinstrument). I 1997 ble MHL for første gang brukt i en forskningsstudie (Jorm et al., 1997a). MHL ble i starten definert som «knowledge and beliefs about mental disorders which aid their recognition, management or prevention» (sitert i Kutcher et al., 2016a, s.154). Etter dette har begrepet blitt videre utviklet og definert på nytt, og den nåværende definisjonen av MHL er:

«understanding how to obtain and maintain positive mental health; understanding mental disorders and their treatments; decreasing stigma related to mental disorders; and, enhancing help-seeking efficacy (knowing when

and where to seek help and developing competencies designed to improve one's mental health care and self-management capabilities) » (sitert i Kutcher et al., 2016a, s.154).

Denne definisjonen har nå en mye bredere betydning enn tidligere, i likhet med HL begrepet. Selv om MHL fokuserer mye på kunnskaper om psykiske lidelser er det viktig å forstå at det innebærer mange flere viktige komponenter. Disse inkluderer kunnskap om hvordan forebygge mot psykiske lidelser og opprettholde en god psykisk helse, gjenkjennelse av når og hvordan en psykisk lidelse utvikler seg for å øke sjansen for tidlig hjelpsøking. Kunnskap om hvor og når man kan søke hjelp, og hvilke behandlinger som er tilgjengelige avhengig av lidelse, og oppfatninger om tilgjengelig hjelpeinstanser og behandlingsmetoder i henhold til hvilken tro man har på om hjelpen man kan få er av betydning. Samt kunnskap og oppfatninger om effektive selv-hjelpsstrategier for mildere plager og førstehjelpsferdigheter for å støtte andre som utvikler psykiske plager og lidelser, eller som opplever psykiske vansker. I løpet av de siste ti årene har MHL også lagt til en komponent som handler om holdninger og stigma til psykiske plager og lidelser. Det er vist i flere studier at stigma knyttet til å ha psykiske lidelser, og kan være en barriere for å søke hjelp (Gulliver et al., 2010; Angermeyer & Dietrich, 2006). Det er derfor ønskelig å øke grad av MHL, for å redusere stigma knyttet til psykiske lidelser (Kutcher et al., 2016a; Kutcher et al., 2016b; Jorm, 2012). Mental health literacy har vist seg å påvirke hvordan symptomer, plager og lidelser blir håndtert hos personer, og det vil derfor være gunstig å øke befolkningens og den enkeltes MHL, for å sette individer i bedre stand til å oppdage, mestre, søke hjelp og forebygge mot psykiske plager og lidelser (Jorm, Angermeyer & Katschnig 2000; Jorm, 2012; Kutcher et al., 2016b).

3.2 Psykisk helse, psykiske plager og lidelser

Psykisk helse beskrives i den nye rapporten fra folkehelseinstituttet (2018) som:

«Psykisk helse benyttes som et overordnet begrep og omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Det omfatter også hele bredden av tiltak på feltet fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering».

Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og lidelser, selv om begge disse påvirker den mentale helsen med tanker, følelser, atferd og væremåte (Reneflot et al., 2018). Psykiske plager kjennetegnes av mildere symptomer av angst og depresjonslidelser. Plagene oppleves som belastende, men er ofte forbigående. Psykiske plager kan fort bli omtalt som psykiske lidelser ettersom det er vanskelig å avgrense og skille mellom grad av symptomer (Aarø, Samdal & Wold, 2017). Når disse plagene blir så fremtredende at de svekker personens funksjon i ulike sammenhenger og fyller kriteriene til en diagnose i diagnosesystemene ICD-10 og DSM-IV, blir det klassifisert som psykiske lidelser (Mykletun et al., 2009). Det skilles gjerne mellom internaliserende og eksternaliserende psykiske lidelser. Internaliserende lidelser kjennetegnes av at personen rettet oppmerksomheten mot seg selv, ved å fokusere på det negative ved en selv. Eksempler på dette er angst og depresjon. Eksternaliserende lidelser kjennetegnes av at problemet blir vendt utover mot andre mennesker. Eksempler på dette er rusmiddelproblemer, alkoholmisbruk og aggresjon eller atferdsproblemer ovenfor andre (Aarø et al., 2017). I denne oppgaven vil begrepet psykiske plager brukes i resultat og diskusjonsdelen i henhold til data innsamlet fra spørreskjema, mens når det henvises til annen forskning vil det bli brukt begrepene psykiske plager og psykiske lidelser i forhold til hva som er blitt brukt i den enkelte forskningsartikkel.

Rundt halvparten av den norske befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (Mykletun et al., 2009), og cirka 16-22 prosent vil kunne oppleve en psykisk lidelse i løpet av et år. Det er angst- og depressive lidelser som er de hyppigst forekommende formene for psykiske lidelser, og det vises at cirka 15 prosent vil få en angstlidelse og rundt en av ti vil få en depressiv lidelse i løpet av et år (Skogen, Knudsen, Clench-Aas, Bakken & Johansen, 2018). Det er høyere forekomst av disse lidelsene hos kvinner enn hos menn (Reneflot et al., 2018). Angst lidelser er en samlebetegnelse der man preges av hyppige tanker som bekymring og katastrofe tenking. Kjennetegn som kan oppstå ved angst er engstelse, uro, frykt, panikk, tristhet, hodepine muskelsmerter, skjelvinger og rykninger, pustevansker, hjertebank og søvnproblemer. Samt unngåelse og tilbaketrekking er kjennetegn felles for atferden (Martinsen, 2011). Depresjon er den vanligste psykiske lidelsen som finnes, og styrken varierer fra mild, moderat og til alvorlig avhengig av alvorlighet av symptomer (WHO, 2017). Depressive lidelser kjennetegnes av senket stemningsleie, nedtrykthet, tap av opplevelse av mening i tilværelsen, manglende interesse for andre mennesker og interesse eller glede av aktiviteter som vanligvis er positive, og mangel på energi. Andre vanlige symptomer ved depressive lidelser kan være konsentrasjonsproblemer, søvnvansker og forstyrret appetitt I tillegg er det ofte svekket selvfølelse, selvbredelser og skyldfølelse hos individet. Ved alvorlig depresjon vil personen ofte ha sterke selvmordstanker (Reneflot et al., 2018).

3.3 Psykisk helse i overgangen fra ungdom til voksen

Ungdomstiden er periode av livet der det foregår en overgang og utvikling fra barn til voksen. Denne utviklingen kjennetegnes av flere fysiske og psykologiske endringer, med tanke på kognitiv utvikling og utforming av personlighet og identitet (Bunkholdt, 2000). Ungdomstiden er for mange en kritisk overgang preget av ulike forandringer, både store og

små. Sosiale, miljømessige og kulturelle faktorer særlig med tanke på venner, gruppetilhørighet og ulike sosiale kontekster har sterk påvirkningskraft i ungdomstiden noe som kan være medvirkende og øke risikoen for at ungdom er ekstra utsatt for psykiske plager og andre helseproblemer samt sykdommer (Patel et al., 2007; WHO, 2018).

Studier viser også at det er nettopp i ungdomstiden mange opplever psykiske plager og lidelser for første gang (Reneflot et al., 2018; Major et al., 2011; WHO, 2018). Dette ser ut til å ha en sammenheng med skoleprestasjoner, press og forventninger fra seg selv, familie og venner, rusmiddelbruk, seksuell atferd, vold og andre påkjenninger og forandringer i livet (Major et al., 2011; Bakken, 2017). Det er blitt kastet lys over at unge voksne i alderen 18-25 år har dårligere helse enn ungdommer i alderen 12-17 og enn voksne i alderen 26-34 basert på en amerikansk undersøkelse om narkotika og helse. Aldergruppen 18-25 har den høyeste forekomsten av alvorlige psykiske lidelser, og de har en høyere sannsynlighet for å tenke på, planlegge og forsøke selvmord. Ungdommer i alderen 16-17 år har også en høy forekomst av psykiske lidelser og plager i forhold til yngre og voksne over 25 år (Stroud, Walker, Davis & Irwin, 2015; White & McManus, 2015).

Dette mønsteret vises også i en prospektiv kohortstudie (Patton et al., 2014) der episoder av psykiske lidelser i ungdomstiden fører ofte til psykiske lidelser hos unge voksne. Men, mange av disse lidelsene, særlig når de har en kort varighet, er bare knyttet til tenårene (15-19år), med videre symptomreduksjon vanlig i slutten av 20-årene. Grunnen til at psykiske plager og lidelser er spesielt høy i denne aldersgruppen, gjenspeiler sannsynligvis de biologiske endringene i puberteten og den sosiale konteksten som dagens ungdom og unge voksne vokser opp i (WHO, 2018).

Det er i tillegg mange risikofaktorer som har betydning for utviklingen av psykiske plager og lidelser hos ungdom og unge voksne. I rapporten «Bedre føre var» fra folkehelseinstituttet (2011) blir det trukket fram viktige risikofaktorer som innebærer;

- Uheldige forhold rundt graviditet og fødsel som:
 - alkoholbruk hos mor i svangerskapet
 - prematur fødsel og lav fødselsvekt
- Psykiske problemer eller rusmisbruk hos foreldre
- Samlivsbrudd eller konflikt mellom foreldre
- Opplevelse av omsorgssvikt, mishandling og overgrep
- Belastende livshendelser i familien
- Sosial isolasjon
- Lav sosioøkonomisk status

Det å ha flyktningbakgrunn og ha traumatiske opplever fra opprinnelseslandet er en stor risikofaktor for mange innvandrere (Reneflot et al., 2018; Major et al., 2011). Til tross for at disse faktorene er med på å øke risikoen for psykiske plager blir det understreket i rapporten at de aller fleste unge med høye psykiske symptomnivå, rundt 80-90 prosent av disse, kommer fra helt vanlige familier. Disse familiene kjennetegnes med at de har tilstrekkelige sosiale ressurser og er relativt velfungerende og ikke har spesielle kjennetegn på risiko (Major et al., 2011).

4. Metode

For å kunne kartlegge mental health literacy det er blant ungdommer i Hedmark, og teste hypotesen om det er en assosiasjon mellom MHL og forekomst av psykiske plager ble valgt en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse med gjennomføring av en elektronisk spørreundersøkelse, der 171 elever ved ulike videregående skoler i Hedmark deltok.

4.1 Kvantitativ tverrsnittsundersøkelse

Kvantitativ forskning bygges hovedsakelig på naturvitenskap og positivistisk tankegang. Objektivitet, nøytralitet, kontroll er viktige faktorer ved planlegging, gjennomføring og analyse. Forskningsmetoden kjennetegnes av bredde, ved mange undersøkte enheter i datainnsamlingen og analysen. Samt kartlegging av utbredelse og forekomst av fenomener ved bruk av strukturerte metoder eller instrumenter (Creswell, 2014). Det ble i dette prosjektet brukt en deduktiv metode for å teste teori og hypotese(r), noe som ofte blir brukt i denne tilnærmingen. I tillegg er det viktig at forskningen har høy validitet, reliabilitet og er generaliserbar (Curtis & Drennan, 2013). Ettersom det skulle kartlegges ungdommers mental health literacy, samt forekomst av psykiske helseplager ble det valgt å gjennomføre en tverrsnittsundersøkelse. Dette gir mulighet for å undersøke mange ungdommer samtidig, der store mengder data målt gjennom en rekke variabler kan innhentes på en gang eller over en bestemt tidsperiode. Disse variablene kan deretter undersøkes for å påvise mønster av assosiasjoner, og for å finne variasjon innad i gruppene som undersøkes. I tillegg er det forholdsvis enkelt og kostnadsfritt å gjennomføre (Cresswell, 2014). Dette er viktige faktorer med tanke på at masterprosjektet skulle gjennomføres innenfor en relativt kort tidsperiode, og i henhold til at det kun var prosjektleder(student) som skulle innhente data. Det var derfor en fordel at dette skjedde raskt og på en enkel måte. Svakheterne med dette designet er at det ikke er mulighet for å si

hva som er årsaksvirkning (Bryman, 2016). Det kan også være andre forhold som påvirker sammenhengen mellom variablene, det er derfor svært viktig å kartlegge så mange som mulige relevante forhold og variabler slik at en kan foreta analyser som kan si noe om assosiasjoner mellom de aktuelle variablene. For å få gjennomført dette prosjektet er det viktig med ett stort nok utvalg, som er avgjørende for å kunne generalisere resultatene fra studien til populasjonen (Bryman, 2016).

4.2 Elektronisk spørreundersøkelse

Det ble brukt en elektronisk spørreundersøkelse administrert av internettprogrammet Questback for å innhente data i dette prosjektet. Spørreskjema som ble brukt er hentet fra Andersens doktoravhandling (2011), og alle spørsmålene fra undersøkelsen ble lagt inn i Questback for å bli omgjort til en elektronisk undersøkelse. I denne undersøkelsen er flesteparten av spørsmålene gjort «obligatoriske», noe som vil si at elevene er nødt til å svare på spørsmålene for å komme seg videre i undersøkelsen.

4.2.1 Populasjon og utvalg

Populasjonen i denne studien er ungdommer i alderen 16-19 år, som går på videregående skoler i Hedmark. Først ble 3 forskjellige skoler i Hedmark invitert til å delta basert på Ungdata og tall fra folkehelseprofiler som viser til ulike grader av psykiske plager hos ungdommene, noe som ble satt som kriterier for deltakelse i denne studien. Ingen av de 3 utvalgte skolene hadde mulighet til å delta i denne undersøkelsen, og dermed ble flere videregående skoler i Hedmark og to andre fylker invitert til å la elevene deres delta i undersøkelsen i løpet av januar og starten av februar. Av disse skolene var det 5 videregående skoler i Hedmark som valgte å delta med enkelte klasser. Til sammen 241 elever ble så invitert til å gjennomføre undersøkelsen på skolene som takket ja til

gjennomføring. Av disse 241 elevene har 177 samtykket til å delta og gjennomført undersøkelsen.

Tabell 1.

Beskrivelse av antall deltakere i studien og svarprosent

	N (%)
Antall elever ved videregående skoler som fikk tilbud om å delta	241
Antall besvarte skjemaer	177
Fylte ikke kriteriene for deltakelse	6
Klassetrinn	
Vg1	115(67,3%)
Vg2	22(12,9%)
Vg3	34(19,9%)
Studieretning	
Studieforbredende	127(74,3%)
Yrkesfaglig	44(25,7%)
Responstrate i %	70.95 %
Totalt antall	171

På bakgrunn av at det er 7 544 elever som går på videregående skole i Hedmark (SSB, 2017), ble det for denne undersøkelsen beregnet en minimums utvalgsstørrelse på 366 etter utregninger med konfidensintervall på 95 prosent på nettsidene Flex MR net (2016) og Creative Research Systems (2012). Ettersom det kun ble 171 deltakere i denne studien, vil det være en mindre sjans til å kunne påvise en eventuell assosiasjon mellom MHL og psykiske plager (SDQ). Dette gjør også at resultatene ble mer usikre enn det som var ønskelig.

4.2.2 Spørreskjemaet i undersøkelsen

Spørreskjemaet som ble benyttet i denne undersøkelsen består av flere deler. Hovedspørreskjemaet er utviklet av fagpersoner ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, og spørreskjema er brukt i forbindelse med forsker Bror Just Andersen (2011) sin

doktoravhandling «Effekter av undervisning om psykisk helse i videregående skoler» der han måler ungdommens kunnskaper om psykisk helse og deres psykiske helsetilstand før og etter gjennomføring av intervensjonen «Veiledning og informasjon om psykisk helse (VIP).

Hovedspørreskjemaet består av tre deler. Første del handler om å angi ulike psykiske lidelser man kjenner til, andre del består av 81 spørsmål og påstander knyttet til kunnskap om psykiske helse mens den tredje delen måler evnen til gjenkjenning av psykiske problemer og ungdommens atferd ved hjelpesøking (Andersen, 2011). Del 4 av spørreundersøkelsen kartlegger den psykiske helsetilstanden gjennom selvrapporteringsskjemaet SDQ-Nor. Det er også lagt til spørsmål om nærmiljøets involveringsgrad og ett spørsmål om elevens håndtering av eventuelle egne problemer. SDQ er ett mye brukt spørreskjema for å kartlegge egenrapportert psykiske plager, spørreskjemaet er validert og blitt brukt i en rekke vitenskapelige studier (Goodman, Meltzer & Bailey, 1998; Heyerdahl, 2003; Bøe, Hysing, Skogen & Breivik, 2016). I den siste delen av spørreskjemaet blir det innhentet bakgrunnsopplysninger om elevens personlige kjennetegn som kjønn, alder og skoleår, studieretning, foreldrenes utdanning, - inntekt og etnisitet. Hele spørreskjema ligger som vedlegg V.

4.2.3 Spørsmålene i spørreundersøkelsen

Første del av undersøkelsen dreier seg om å angi hvilke psykiske lidelser man kjenner til, der elevene skulle skrive ned alle de ulike formene for psykiske lidelser de visste om, dette utgjør indeks 1. Del 2 består av til sammen 81 spørsmål og påstander som måler kunnskaper om psykisk helse. De 6 første spørsmålene i denne delen omfatter generell kunnskap om psykisk helse og utgjør indeks 2. Elevene her blir spurt om hvor stor andel av barn og unge i Norge som har psykiske lidelser, så blir de bedt om å velge hva de mener om ulike påstander knyttet til psykisk helse og tilslutt er det spørsmål om å navngi ADHD

medisin og nevne angstlidelser som de vet om. De neste 9 spørsmålene omfatter kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer (indeks 3). Elevene blir bedt om å velge korrekte kjennetegn på psykose, depresjon og manisk tilstand og personlighetsforstyrrelse, samt finne ut hva som er typiske trekk ved tvangslidelser gjennom multippel choice spørsmål. De blir også bedt om å ta stilling til seks påstander om ADHD. Videre er det spørsmål om hvilken alder man er spesielt utsatt for spiseforstyrrelser, og om ulike diagnosenavn på spiseforstyrrelser der elevene skal krysse av for hvilke alternativer som er korrekt. Tilslutt blir elevene bedt om å ta stilling til en påstand om bruk av rusmiddelene hasj eller marihuana knyttet til psykiske lidelser.

Etter dette kommer det ett spørsmål som består av 25 ledd om evne til kopling av symptomer til diagnoser som utgjør indeks 4. Her blir man spurt om å oppgi hvilken lidelse(r) ulike kjennetegn er forbundet med. «Nedenfor er en liste over kjennetegn som kan tyde på at en person har en psykisk lidelse. Skriv til høyre på hver linje hvilken lidelse (evt. hvilke lidelser) vedkommende kjennetegn kan være forbundet med. Det blir gitt et eksempel i første linje». Dette er spørsmålet er åpent, og elevene må selv skrive inn lidelsene i feltene.

Videre er det to spørsmål som omfatter tillit til behandlingsmetoder. Disse omhandler hvilken grad elever tror fagfolk som psykologer eller leger kan hjelpe personer som lidelser av angst, og fobier som danner indeks 5. Neste indeks omfatter hvor godt elever kjenner til hjelpeapparatet innenfor psykisk helse generelt. Her blir det listet opp 11 hjelpeapparatet/instanser der elevene skal krysse av for om de kjenner disse «godt», «litt», «hørt om» eller «ikke hørt om».

Neste bolk omfatter 8 spørsmål om kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse, dette danner indeks 6. Her blir elevene spurt om de har helsesøster ved sin skole, og om helsesøster kan hjelpe, eller henvise deg hvis du har psykiske vansker. Videre er det spørsmål om de vet hvor helsestasjon for ungdom ligger, og om man kan få hjelp med

psykiske problemer der og om de har en fastlege, og hvis de oppgir at de har blir neste spørsmål om det ville vært naturlig å kontakte han/henne hvis du fikk psykiske problemer. De siste spørsmålene er om dere har en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) og et Psykiatrisk akutt-team i kommunen, som utgjør indeks 7. Videre er det spørsmål om du har vært, eller er i kontakt med noen av disse. Etter dette er det spørsmål om du i forbindelse med psykiske problemer var vært i kontakt med noen av følgende (barnevernet, utekontakten, PPT, selvmordsforebyggende team, psykolog, psykiater, støttekontakt, andre kommunale, -helse eller spesielt helsetjenester eller andre brukerorganisasjoner).

I del 3 måles de unges atferd i forhold til hjelpsøking. Her blir det stilt spørsmål i henhold til kjennskap om andres problem med «Vet du om venner eller noen i klassen som har psykiske problemer?». Videre ble det spurt om antatt håndtering av andres eventuelle problem med utsagnet «Hvis du fikk inntrykk av at en venn eller klassekamerat hadde psykiske problemer, hva ville du da gjøre?» Med følgende svaralternativ som, ingenting / snakke med vedkommende / snakke med lærer / rådgiver / helsesøster / familie / hjelpeinstans / søke på internett. For å se på antatt håndtering hvis man hadde et problem selv: Tenk deg at du en måned eller to hadde følt deg nedfor, hatt lite overskudd, ikke orket å gjøre skolearbeidet og hatt lite glede av å være sammen med andre. Hva tror du at du ville ha gjort med problemet? Her var det ulike svaralternativer i multiple choice form. Tilslutt ble elevene spurt om de har vært eller var i kontakt med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, psykiatrisk ungdomsteam og psykiatrisk akutt-team.

Del 4 består av selvrapporteringskjema fra SDQ-Nor, som inneholder 30 ulike påstander om hvordan deltakerne har hatt det de siste 6 månedene. Spørreskjemaet er en oversettelse av den engelske versjonen utviklet av Robert Goodman (1998), der psykiske plager blir målt gjennom selvrapportering. Den norske oversettelsen er blant annet utarbeidet

av Heyerdahl (2003).

Her besvares de gitte påstandene med ” Stemmer ikke”, ” Stemmer delvis” eller ” Stemmer helt”. SDQ-Nor består til sammen av fem delskårer som omhandler emosjonelle problemer, atferdsvansker, oppmerksomhetsvansker/hyperaktivitet, problemer med jevnaldrende og prososial atferd, der hver av disse består igjen av fem påstander. I tillegg ble det lagt til fem påstander om angst som Andersen (2011) har supplert med fra spørreskjemaet i TOPP studien (Mathiesen et al., 2007).

I tillegg er det inkludert en innvirkningsskår i SDQ spørreskjemaet for å danne ett mer dekkende bilde av problemene. Denne omfatter elevens opplevelse av problemenes innvirkning på livssituasjonen, og første spørsmål er starter med «Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende området: med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller å komme overens med andre?» Her er svaralternativene; «Nei», «Ja, små vansker», «Ja, tydelige vansker», «Ja, alvorlige vansker». Videre ble de elevene som ved den samlede vurderingen svarte at de hadde små, tydelige og alvorlige vansker sluset videre til å svare følgende: Hvor lenge har disse vanskene vært tilstede? Forstyrrer eller plager disse vanskene deg? Videre ble det spurt om disse vanskene hadde innvirkning på områder som hjemme/i familien, forhold til venner, læring på skolen og i fritidsaktiviteter med svaralternativene «Nei», «bare litt», «en god del» eller «mye». Etter dette ble det også spurt om noen hadde uoppfordret tatt opp vanskelighetene dine med deg og tilslutt hva eleven selv hadde gjort med problemet.

Etter at alle spørsmålene hadde blitt lagt inn i Questback ble alle svaralternativer testet, og spørreundersøkelsen ble grundig gjennomgått av masterstudent i henhold til at alle spørsmål, tekst og informasjon var riktig. Det ble oppdatert ett spørsmål, grunnet endring av navn på en nettside og lagt til spørsmål i henhold til hvilken studieretning ungdommene gikk på. Det ble også tilpasset tekst i starten av undersøkelsen med informasjon som samsvarte

med informasjonsskriv og praktiske opplysninger om hvordan undersøkelsen fungerte.

Videre ble det gjennomført pilottesting av undersøkelsen i ett lite utvalg bestående av seks personer for å sjekke at alt var forståelig, og at undersøkelsen fungerte som den skulle. Dette bidro til å sjekke at linken til undersøkelsen fungerte, at alle svarene fra undersøkelsen ble lagret i Questback og at disse kunne sendes til masterstudent i Excel og SPSS format.

4.2.4 Reliabilitet og validitet knyttet til undersøkelsen

Reliabilitet omhandler i hvilken grad en måling gir de samme resultatene eller tall hver gang det blir gjennomført, og/eller i hvilken grad spørreskjemaet er fritt for tilfeldige feil (Curtis & Drennan, 2013). Validitet er kvaliteten av målingen, og ser på om det som skal måles i studien faktisk blir målt (Bryman, 2016).

Det har tidligere blitt gjennomført en pilottesting av spørreskjemaet i 2006 med 50 respondenter fra to ulike videregående skoler for å sikre dette. I tillegg er dette spørreskjemaet blitt brukt i Andersens (2011) doktoravhandling, der intervensjoner om Veiledning og Informasjon om psykisk helse (VIP) ble gjennomført hos fem videregående skoler i Akershus, og hos tre videregående skoler i Vestfold som fungerte som kontrollgrupper til intervensjonen i tidsperioden 2007-2009. Ved gjennomføringene av spørreundersøkelsen både før og etter disse intervensjonene, har dette vært med på å sikre god validitet og reliabilitet. Det er likevel noen «problemer» som oppstod ved tidligere gjennomføring der opplysninger om elevens kjønn manglet, og hvor mange av enkeltspørsmålene i skjemaet var ubesvart. Dette er ett velkjent problem ved spørreundersøkelser der flere deltakere oppgir useriøse svar, dette oppstår ofte mot slutten av undersøkelsen når deltakerne starter å bli slitne (Curtis & Drennan, 2013). Spørreskjemaet som Andersen brukte var i papirform, og elevene kunne derfor selv velge hva de ville svare på før de leverte inn. I dette prosjektet blir det brukt ett elektronisk spørreskjema der flestparten av spørsmålene er obligatoriske å svare på for å komme seg videre i

spørreundersøkelsen. Det er også blitt foretatt analyser av interkorrelasjon og reliabilitet ved Cronbachs Alfa for å måle kvaliteten av indeksene i spørreskjema til Andersen (2011) i hans doktoravhandling som har akseptable verdier. Cronbachs alfa er en av de vanligste testene for å undersøke reliabilitet av indekser (Bryman, 2016; Pallant, 2013). SDQ-Nor delen av spørreskjema er tidligere validert og brukt i en rekke studier (Goodman et al., 1998; Bøe et al., 2016)

4.2.5 Datainnsamling

Det ble i forkant av datainnsamlingen sendt ut invitasjoner til videregående skoler i Hedmark (Telemark, og Oppland). Etersom det var dårlig respons på disse invitasjonene, ringte prosjektleder til flere av skolene for å prøve å få tak i rektor eller andre ansatte i skolens ledelse for å prøve å øke sjansen for å få positive svar. Prosjektleder reiste også på besøk til noen utvalgte skoler for å prøve å få tak i personer i ledelsen ved skolene for en liten prat, for å se om dette ville bedre sjansen for deltakelse.

Av de 28 inviterte skolene, valgte fem skoler i Hedmark å delta med utvalgte klasser. Ansvarlig ved skolene fikk da tilsendt epost med instruksjon og veiledning om hvordan spørreundersøkelsen skulle gjennomføres, samt vedlegg med informasjonsskriv til foreldrene og samtykkeskjema med informasjon til elevene. Det ble opprettet en lenke til undersøkelsen, som ble sendt ut til skolene når de var klare til å delta.

Videre delte så skolene/ansvarlig lærere ut samtykkeskjema og informasjonsskriv til elevene i de klassene som hadde takket ja til å delta i undersøkelsen. Av disse 241 samtykket 177 til å delta og 171 fullførte spørreundersøkelsen. Det ble ikke søkt etter samtykke fra foreldrene for elevene til å delta i denne undersøkelsen ettersom dette ikke er påkrev av nasjonal lov når man er over 16 år gammel. Elevene gjennomførte spørreundersøkelsen på egen PC mens en lærer eller ansvarlig var tilstede for de tildelte 45 minuttene. Alle elevene fikk utdelt samtykke- og informasjonsskriv før spørreundersøkelsen, der de måtte gi skriftlig

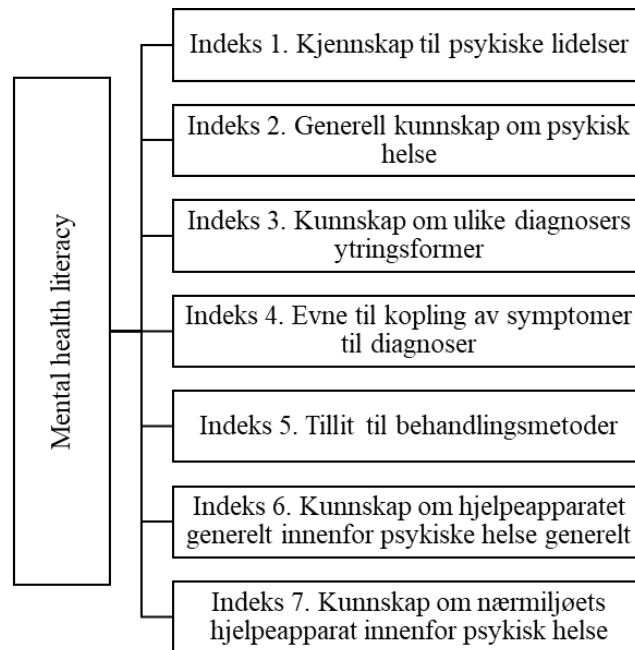
samtykke for å delta. Det ble også lagt ut informasjonsskriv til foresatte på skolen læreplattform.

Gjennomføringen av spørreundersøkelsen ble gjort i skoletimer og klassens time ved skolene. De ansvarlige lærerne fikk følgende informasjon om gjennomføringen: pultene skal være så langt fra hverandre som det er mulig, og det skal være like regler som ved prøver/eksamen hvor alle er stille under gjennomføringen og snakking ikke er lov. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i tidsperioden 5.februar – 23. mars 2018. Det ble tatt en avgjørelse om at datainnsamlingen skulle avsluttes den 23. mars på grunn av liten mulighet for å inkludere flere skoler, og at videre gjennomføring av studien krevde tid.

4.2.6 Databehandling og analyse

Statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package of Social Sciences) versjon 24 ble benyttet for analyse av dataene. Dataene ble sendt fra Questback, og direkte til SPSS. Det ble først gjort deskriptive analyser på alle spørsmålene i undersøkelsen for å vise svarfordelingen på alle enkeltvariabler. Videre ble det regnet ut total skår for SDQ, samt for delskalaene emosjonelle problemer, atferdsvansker, oppmerksomhetsvansker/ hyperaktivitet, problemer med jevnaldrende og prososial atferd. Skåringen av skalaene ble gjort i henhold til standardene som er satt opp av Robert Goodman et al. (1998) som er å finne på nettsiden sdqinfo.com.

Det ble også regnet ut totalt skår for de 7 ulike indeksene, på samme måte som Andersen (2011) har gjort i sin avhandling, der det ble brukt samme fasit for korrekte og foretrukne svar på spørsmålene. Samt lik utregning i henhold skåring på indeksene (Andersen, 2011). Det ble videre regnet ut gjennomsnitt og standard avvik for alle indekser og skalaene.



Figur 1. Oversikt over de 7 indeksene som blir brukt for å måle MHL i oppgaven

Videre ble flere av variablene rekodet og dikotomisert. Det ble gjennomført Pearsons korrelasjonsanalyse for å undersøke samvariasjon mellom de ulike indeksene og psykisk helse (SDQ-total). Denne korrelasjonsanalysen ble benyttet grunnet at det er kontinuerlige variabler som undersøkes, for å undersøke hvilken type regresjonsanalyse som burde gjennomføres (Bjørndal & Hofoss, 2015; Pallant, 2013).

Logistisk regresjonsanalyse ble anvendt for å besvare punktet om «*Assosiasjon mellom mental health literacy og psykiske plager*» blant ungdommene. Her undersøkes assosiasjon mellom de uavhengige forklaringsvariablene innen MHL som i denne studien er de 7 indeksene, og den avhengige variabelen psykiske helse som er hentet fra SDQ-Nor total skalaen. SDQ-Nor total skalaen kan bli ofte brukt som en kontinuerlig variabel, men kan også bli inndelt i kategorier, som består av normalsone, gråsoner og avvikende for å klassifisere skår. Ettersom det ble valgt å foreta logistisk regresjonsanalyse for å besvare hovedforskningspunktet i denne oppgaven, ble SDQ-Nor total skalaen dikotomisert.

Normalsonen blir brukt som den opprinnelig er for å samle deltakerne som ikke har psykiske plager, og kategoriene gråsoner og avvikende ble slått sammen for å samle deltakerne som har rapporterte om psykiske plager (Pallant, 2013). Det ble også sett på og justert for om bakgrunnsvariablene som alder, kjønn, studieretning, etnisitet og prososial atferd kunne være med å prediktere utfallet.

For å kunne si om resultatene var statistisk signifikante ble signifikansnivået satt til $p=0,05$ og 95% konfidensintervall ble brukt som indikator for å vise om det var statistisk signifikante forskjeller (Bjørndal & Hofoss, 2015).

4.3 Etiske vurderinger

I henhold til dette prosjektet er de etiske utfordringene knyttet til om studien kan skade deltakerne og være en belastning ved gjennomføring, samt tilpasset informasjon og samtykke skjema der frivillighet, anonymitet, autonomi, og elevenes alder er sentrale faktorer. Det ble i forkant av studien søkt om godkjenning av prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), for å følge alle regler, forskrifter og etiske retningslinjer. (se vedlegg I for godkjennelsen).

Utarbeidelse av informasjons- og samtykke skjema var en viktig del av prosjektet for å ta vare på deltakerne, vise de respekt, tilrettelegge for autonomi ved å informere om frivillighet og anonymitet samt gi en oversikt over formålet med deltakelse i prosjektet (Bryman, 2016; Hellevik, 2015). Det var også viktig å tilpasse både informasjon og språk, så det var enkelt å forstå for ungdommene. (Hellevik, 2015). Ettersom alle ungdommene var over 16 år gamle, og det ikke skulle innhentes sensitiv informasjon eller personopplysninger var det ikke være nødvendig med samtykke fra foreldrene ifølge informasjon hos NSD der helseforskningsloven § 17 sier at ungdommer mellom 16 og 18 år har rett til selv å samtykke til deltagelse i medisinsk og helsefaglig forskning når forskningen ikke innebærer

legemsinngrep eller legemiddelutprøving.

Oppbevaring av datamateriell etter at undersøkelsen var ferdig, ble lagret på passord beskyttet PC der det kun var student og veileder som hadde tilgang. Når arbeidet med masteroppgaven er over, og oppgaven er ferdigstilt vil all innhentet data bli slettet.

5. Resultater

Studiens resultater presenteres først gjennom beskrivelse av utvalget, deskriptiv statistikk, bearbeiding av data og regresjonsanalyser i henhold til forskningsspørsmålene.

5.1 Deskriptiv statistikk

5.1.1 Beskrivelse av utvalg

Av de 241 inviterte elevene på de videregående skolene som takket ja til å delta i denne studien, svarte 177 på undersøkelsen. Av disse ble 6 ekskludert grunnet ufullstendig utfylling eller at de ikke fylte kriteriene. Utvalget ble bestående av 171 elever på videregående skole (70,95%), 105 jenter (61,4%) og 66 gutter (38,6%). Mer informasjon om deltakernes karakteristikker er oppsummert i tabell 2.

Tabell 2.
Personlige kjennetegn

Variabler	N (%)
Antall deltakere totalt	Antall 171
Kjønn	
Gutter	66 (38,6%)
Jenter	105 (61,4%)
Alder	
16år	70 (40,9%)
17år	52 (30,4%)
18år +	49 (28,7%)
Bosituasjon	
Bor sammen med begge foreldrene	102(59,6%)
Bor sammen med kun en av foreldrene + eventuelt en av foreldrene med ny samboer	45(26,3%)
Annen bosituasjon	24(14%)
Total inntekt for husstanden	
0-400 NOK	15 (8,8%)
400-800 NOK	36 (21,1%)
800 NOK eller mer	48 (28,1%)
Vet ikke	72 (42,1%)

Utdanningsnivå mor	
Grunnskole og/eller videregående skole	40 (23,4%)
Høyskole/Universitet mindre enn 4 år	35 (20,5%)
Høyskole/Universitet mer enn 4 år	49 (28,7%)
Vet ikke	47 (27,5%)
Utdanningsnivå far	
Grunnskole og/eller videregående skole	56 (32,7%)
Høyskole/Universitet mindre enn 4 år	24 (14%)
Høyskole/Universitet mer enn 4 år	39 (22,8%)
Vet ikke	52 (30,4%)
Fødeland	
Norge	154 (90,1%)
Annet land	17 (9,9%)
Fødeland mor	
Norge	146 (85,4%)
Annet land	25 (14,6%)
Fødeland far	
Norge	148 (86,5%)
Annet land	23 (13,5%)

Det er noen vesentlige forskjeller når det gjelder kjønns sammensetning og alder i utvalget. Det er nesten dobbelt så mange jenter som gutter og de fleste av deltakerne er 16 år (40,9%) og 17 år (30,4%), samt at de går vg1 (67,3%). De aller fleste av ungdommene bor fortsatt hjemme med enten begge eller en av foreldrene, mens en liten del bor for seg selv eller i fosterhjem. Det er ikke vesentlige forskjeller når det gjelder inntekt for husstanden, basert på tallene, men 42,1 % svarer «vet ikke». Utdanningsnivået hos foreldrene er noe høyere blant mødre enn fedre hos deltakerne, henholdsvis 27,5% og 30,4% har svart «vet ikke». Flertallet er født i Norge (90,1%), og har etnisk norske foreldre (85,4% og 86,5%). Av ungdommene som er født i andre land, vises det at flere av deltakerne er født i land som har kjennetegnes av krig, fattigdom og sult. Dette kan medføre at noen av disse elevene muligens har flykningsbakgrunn og har opplevd traumeriske hendelser.

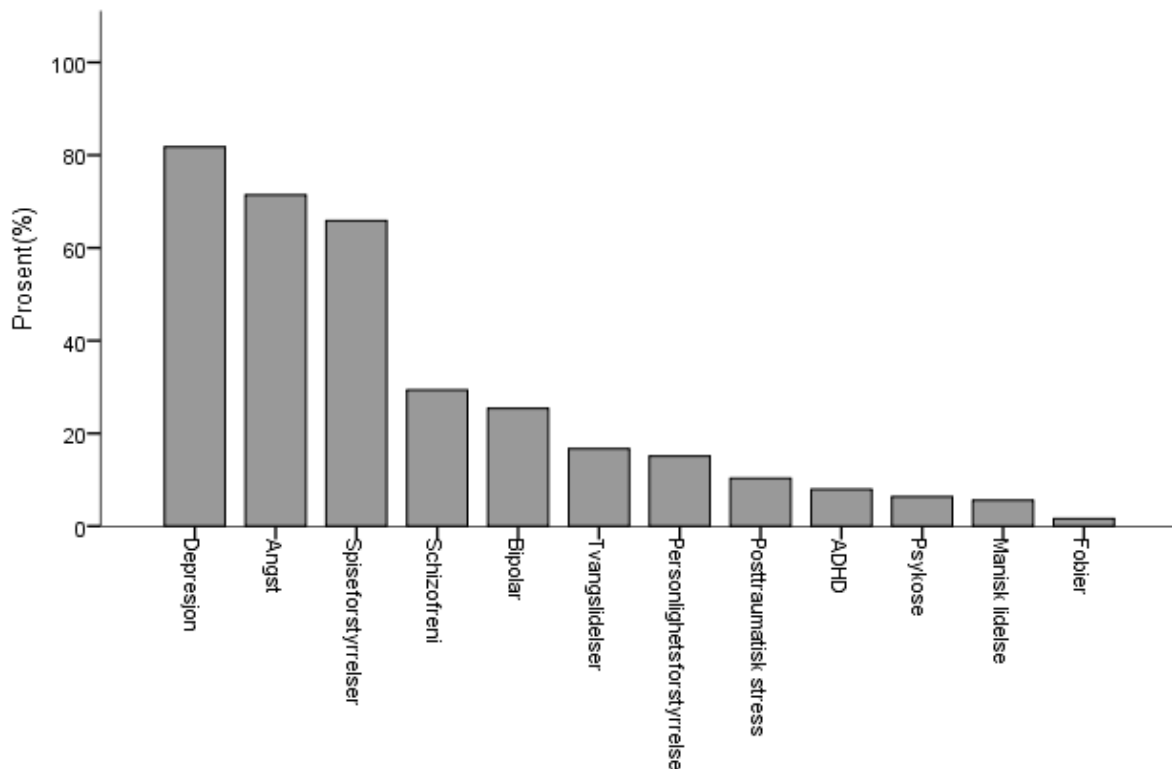
5.1.2 Mental health literacy blant ungdommene

Tabell 3.

Oversikt over totalskår på de ulike MHL indeksene

Indekser		N	Skåre skala	Gjennomsnitt	Std.
1. Kjennskap til psykiske lidelser	Gutter	48	0-12	3,29	2,05
	Jenter	94		4,13	2,34
	Totalt	142		3,85	2,29
2. Generell kunnskap om psykisk helse	Gutter	66	0-15	7,79	3,06
	Jenter	105		10,07	2,34
	Totalt	171		9,2	2,86
3. Kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer	Gutter	66	0-45	31,23	5,91
	Jenter	105		35,30	3,95
	Totalt	171		33,73	5,19
4. Evne til kopling av symptomer til diagnoser	Gutter	66	0-50	9,59	9,82
	Jenter	105		15,63	10,23
	Totalt	171		13,30	10,47
5. Tillit til behandlingsmetoder	Gutter	66	0-2	1,62	0,65
	Jenter	105		1,80	0,47
	Totalt	171		1,73	0,55
6. Kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse generelt	Gutter	66	0-30	11,97	6,53
	Jenter	105		13,95	5,31
	Totalt	171		13,9	5,87
7. Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse	Gutter	66	0-8	4,88	1,96
	Jenter	105		5,33	1,64
	Totalt	171		5,16	1,78

Tabell 3 viser gir en overordnet oversikt over gjennomsnittskår og svarprosent, både totalt og fordelt på jenter og gutter på alle indeksene i studien. Indeks 1 viser hvor mange psykiske lidelser deltakerne vet om i gjennomsnitt (3,85), gutter (3,29) og jenter (4,13). Figur 1 viser videre et mer detaljert bilde over de psykiske lidelsene som er oppgitt hyppigst av deltakerne. Det er depresjon (81,7%), angstlidelser (71,4%) og spiseforstyrrelser (65,9%) som de fleste navngir i indeks 1.



Figur 2. Oversikt over de psykiske lidelsene ungdommene har oppgitt i indeks 1.

Indeks 2 viser ungdommens generelle kunnskap om psykisk helse, her ligger gjennomsnittskåren på 9,2. Jentene har en høyere gjennomsnittskår på 10,07 enn guttene på 7,79, imidlertid dette er ikke statistisk testet. Indeks 3 viser at gjennomsnittskåren på deltakernes kunnskaper om ulike diagnosers ytringsformer befinner seg på 33,73 totaltsett, 31,23 hos guttene og 35,30 hos jentene. Indeks 4 som omhandler evne til kopling av symptomer til diagnoser har en total gjennomsnittskår på 13,30. Jentene skårer 15,63 og guttene 9,59 i gjennomsnitt. Ved indeks 5 har deltakerne en gjennomsnittskår på 1,73, indeks 6 ligger på 13,9 og indeks 7 på 5,16, det er ikke vesentlige kjønnsforskjeller ved disse indeksene.

5.1.3 MHL knyttet til hjelpsøking

Når det gjelder kjennskap til venners psykiske plager, og kunnskap om hjelpsøking i henhold til andres eventuelle psykiske plager, vises det at det er mange som har kjennskap til en (24%) eller flere (35,1%) venner eller noen i klassen som sliter med psykiske plager i tabell 4.

Tabell 4.

Kjennskap om, og atferd ovenfor andre i henhold til psykiske plager

Spørsmål/variabler	N (%)
Vet du om venner eller noen i klassen som har psykiske problemer?	
Nei, ingen	70 (40,9%)
Ja, en	41 (24%)
Ja, flere	60 (35,1%)
Totalt	171 (100%)
Antatt håndtering av andres eventuelle problem; Hvis du fikk inntrykk av at en venn eller klassekamerat hadde psykiske problemer, hva ville du da gjøre? (Sett ett eller flere kryss)	
Ville ikke gjort noen ting	10 (5,8%)
Snakke med vedkommende, og foreslå å søke hjelp en plass	116 (67,8)
Snakket med familien	42 (24,6%)
Snakke med lærer	46 (26,9%)
Tatt kontakt med en profesjonell/fagperson	43 (25,1%)
Søke informasjon og/eller hjelp på internett	37 (21,6%)
Annet	6 (3,5%)
Vet ikke	9 (5,3%)
Totalt	171

Spørsmålet om antatt håndtering av en venns eventuelle problem viser at 116 (67,8%) av deltakerne ville først og fremst snakket med vedkommende, for så å foreslå å søke hjelp. Av disse 116, har 102 oppgitt nærmere hvor/hos hvem de ville søke hjelp hos (vedlegg VII).

Etter dette er det jevnt fordelt mellom å snakke med lærer (26,9%), ta kontakt med en profesjonell/fagperson innen psykisk helse (25,1%) og snakke med familie (24,6%).

I tabell 5 vises det hva deltakerne ville gjort hvis de antatt skulle håndtere sitt eget antatte psykiske problem. Flertallet av deltakerne ville tatt kontakt med venner eller familie (73,7%), som tilsier at de ikke ville søkt profesjonell hjelp i første omgang. Nærmere halvparten av deltakerne ville ikke gjort noen ting med problemet (51,5%), mens (35,1%) ville tatt kontakt med en profesjonell/fagperson (dette innebærer lege, psykolog, skolehelsetjenesten eller andre fagpersoner innen psykisk helsevern). Ettersom kjønnsforskjellene ikke er vesentlige, er de utelatt fra tabell.

Tabell 5.

Antatt håndtering av eget problem – atferd når man oppsøker hjelp

Spørsmål/variabler	N (%)
Tenk deg at du en måned eller to hadde følt deg nedfor, hatt lite overskudd, ikke orket å gjøre skolearbeidet og hatt lite glede av å være sammen med andre. Hva tror du at du ville ha gjort med problemet? (Velg ett eller to alternativer)	
Ingenting	88 (51,5%)
Tatt kontakt med venner eller familie	126 (73,7%)
Tatt kontakt med lærer	27 (15,8%)
Tatt kontakt med en profesjonell/helsepersonell	60 (35,1%)
Annet	8 (4,7%)
Totalt	171

5.2 Ungdommens psykiske helse

Tabell 6.

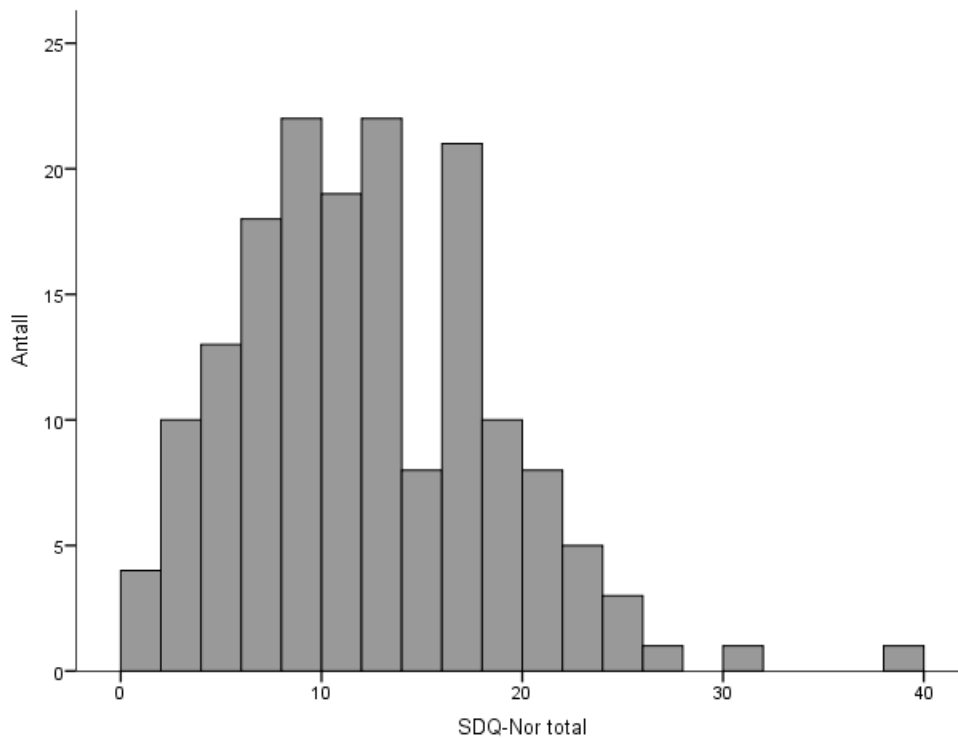
Gjennomsnittskårer på SDQ-Nor totalskår, og SDQ delskalaer

	N	Gjennomsnitt	Skåre skalaer	Std
SDQ-Nor totalskår	166	11,8	0-40	6,36
Emosjonelle vansker	166	3,93	0-10	2,82
Atferdsvansker	166	1,71	0-10	1,68
Oppmerksomhetsvansker/hyperaktivitet	166	4,10	0-10	2,42
Problemer med jevnaldrende	166	2,05	0-10	1,85
Prososial atferd	166	7,66	0-10	2,06
Angstsymptomer	162	2,06	0-10	2,35

*SDQ-Nor total består av subskalaene emosjonelle vansker, atferdsvansker, oppmerksomhetsvansker og problemer med jevnaldrende

Tabell 4 viser gjennomsnittskårer på SDQ-Nor totalskåre (11,79), og delskalaene; emosjonelle vansker (3,93), atferdsvansker (1,71), oppmerksomhetsvansker/hyperaktivitet (4,10), problemer med jevnaldrende (2,05), prososial atferd (7,66) og angst (2,06). Det er ikke vesentlige kjønnsforskjeller i ungdommenes egenrapportert psykiske helse, og det er derfor utelatt fra tabell. Det er likevel enkelte kjønnsforskjeller i noen av delskalaene som kommer frem. Det er en liten forskjell på SDQ-totalskåre der jentene skårer i gjennomsnitt 12,3 og guttene 10,97. Videre er det en forskjell ved subskalen «emosjonelle vansker» der jentene skårer høyere enn guttene i gjennomsnitt med 4,72 mot 2,67. Ved subskalen «problemer ved jevnaldrende» skårer guttene i gjennomsnitt høyere enn jentene med 2,3 mot 1,9.

Figur 3 viser et histogram for svarfordelingen på SDQ-Nor total i denne studien.



Figur 3. Histogram for distribusjon av SDQ-Nor totalskår

5.3 Bearbeiding av data

Tabell 7.

Korrelasjoner mellom studiens indekser og SDQ-Nor total

Variabler	SDQ- total	Indeks 1	Indeks 2	Indeks 3	Indeks 4.	Indeks 5	Indeks 6	Indeks 7
SDQ-tot	-							
Indeks 1	,006	-						
Indeks2	,023	,576	-					
Indeks 3	,042	,480	,580	-				
Indeks 4	,034	,559	,494	,543	-			
Indeks 5	-,089	,187	,238	,248	,248	-		
Indeks 6	-,016	,131	,337	,190	,248	,016	-	
Indeks 7	-,194	-,092	,157	,167	,070	,103	,445	-

*Korrelasjoner er signifikante ved 0,05 nivå eller mindre er uthevet (2-sidig)

**Indeks 1= kjennskap til psykiske lidelser, indeks 2= generell kunnskap om psykisk helse, indeks 3= kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer, indeks 4= evne til kopling av symptomer til diagnoser, indeks 5= tillit til behandlingsmetoder, indeks 6= kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse generelt, indeks 7= kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse.

Samvariasjon mellom SDQ (psykiske plager) og de ulike indeksene ble undersøkt ved å gjennomføre Pearsons (r) korrelasjonsanalyse, for å sjekke hvor sterk sammenhengen er samt retningen på forholdet (Almquist, Ashir & Brännström, 2015). Tabell 7 viser korrelasjonsmatrise for alle indeksene og psykiske helse. Indeks 7, har en statistisk signifikant negativ korrelasjon med psykiske plager (SDQ). Flere av indeksene viser å ha en positiv moderat korrelasjon med hverandre, dette gjelder indeks 1 som korrelerer med indeks 2, indeks 3 og indeks 4. Indeks 2 korrelerer med indeks 3 og indeks 4, indeks 3 korrelerer med indeks 4 og indeks 6 med indeks 7.

For videre gjennomføring av logistisk regresjonsanalyse, ble det valgt å slå sammen gråsoner og avvikende sone for SDQ-Nor total som nevnt tidligere. Andersen (2011) brukte den opprinnelige oppdelingen fra Goodman (1998) i sine studier. Etersom det var færre deltakere i denne studien og få deltakere i den avvikendesonen, ble det valgt å slå sammen gråsoner og avvikende sone og bruke dette som psykiske plager.

Basert på fordeling av antall og prosentfordeling, der 116 (69,9%) av deltakerne var innenfor normalsonen, 31 (18,7%) lå i gråsonen og 19 (11,4%) i den avvikende sonen (se vedlegg for opprinnelig inndeling). Sammenslåing av gråsoner og avvikende utgjorde 50 ungdommer (30,1%), som havner i gruppen som blir karakterisert med psykiske plager.

Utvalget ble delt i to grupper, som fremstilles i tabell 8. En gruppe for de som ligger i normalsonen av SDQ-Nor total og en gruppe for de som ligger i (gråsoner + avvikende) sone av SDQ. 69,9 % av det totale utvalget (N=166) ligger innenfor normalsonen, som er de uten psykiske plager. 30,1 % havner i gruppen som oppgir å ha psykiske plager ved at de ligger i gråsoner- og eller avvikende sone. Av disse er det 35 (34,3%) av jentene og 15 (23,4%) av guttene som befinner seg i gruppen med psykiske plager.

Tabell 8.

Fordeling av svar på normalsone og (gråsone + avvikende sone) for SDQ-tot

Skalaer	N	Uten psykiske plager	Psykiske plager
SDQ total org		Normal (0-15)	Gråsone+ avvikende (16-40)
	166	116 (69,9%)	50(30,1%)
Prososial atferd		Normal (6-10)	Gråsone + avvikende (0-5)
	166	143 (86,1%)	23 (13,9%)

1) SDQ-Nor total består av subskalaene emosjonelle vansker, atferdsvansker, oppmerksomhetsvansker og problemer med jevnaldrende

2) SDQ-total blir videre brukt i regresjonsanalyse. Tabellen er fremstilt med antall (%).

5.4 Assosiasjoner mellom MHL og psykiske plager

Resultatene fra logistiske regresjonsanalyser med de ulike indeksene og assosiasjon med psykiske plager blir presentert i tabell 9 til 16. Tabell 9 viser ikke justerte assosiasjoner mellom de forskjellige bakgrunnsvariablene, samt indeksene i henhold til psykisk helse. Av bakgrunnsvariablene er det ungdommene som går yrkesfaglig studieretning som har en statistisk signifikant assosiasjon med psykisk helse, disse ungdommene har en økt risiko for å ha psykiske plager (OR=2.9, 95% CI =1,42-6,04). Prososial atferd er også statistisk signifikant assosiert med psykisk helse, der de ungdommene som har en god prososial atferd har lavere/mindre sannsynlighet for å ha psykiske plager (OR=0.76, 95% CI=0.64-0.901). I henhold til MHL er det er kun indeks 5 og 7 som er statistisk signifikante med psykisk helse. Indeks 7 (OR= 0.79, 95% CI = 0.65-0.96) har en sterkere påvirkning på den psykiske helsen enn indeks 5 (OR=0.52, 95% CI = 0.29-0.94).

Tabell 9.

Assosiasjoner mellom bakgrunnsvariabler, indekser og psykiske plager

Variabel	Verdi	r ²	OR	95% CI
Kjønn	Jente	,019	1	1
	Gutt		0,59	0,29-1,19
Alder	16 år	,003	1	1
	17 år		1,25	0,56-2,78
	18 +		1,14	0,51-2,54
Studieretning	Studieforberedene	,070	1	1
	Yrkesfaglig		2,9	1,42-6,04
Fødeland	Norge	,004	1	1
	Annet land		1,44	0,49-4,22
Prososial atferd		,090	0,76	0,64-0,90
MHL indekser	Indeks 1	,000	1,01	0,87-1,18
	Indeks 2	,010	1,07	0,95-1,20
	Indeks 3	,007	1,03	0,96-1,10
	Indeks 4	,004	1,01	0,98-1,04
	Indeks 5	,039	0,52	0,29-0,94
	Indeks 6	,009	1,03	0,97-1,09
	Indeks 7	,050	0,79	0,65-0,96

*Statistisk signifikant på 0,05 nivå er uthevet

** Ujustert logistisk regresjonsanalyse

Tabell 10-16 viser assosiasjoner mellom MHL utfra de ulike indeksene og psykisk helse plager. Modell 1 i tabellene vises det justerte tall i henhold til bakgrunnsvariablene kjønn, alder, fødeland og studieretning. I modell 2 legges den prososiale skalaen fra SDQ til som en bakgrunnsvariabel. Det blir videre fremstilt en MHL indeks per tabell.

Tabell 10.

Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 1

Variabel	Verdi	SDQ- Nor total		Modell 1		Modell 2	
		Normal %	Avvikende %	OR	95% CI	OR	95% CI
Kjønn	Jente	65,7	34,3	1	1	1	1
	Gutt	76,6	23,4	,059	0,25-1,37	0,47	0,19-1,17
Alder	16år	72,1	27,9	1	1	1	1
	17år	67,3	32,7	1,40	0,53-3,73	1,17	0,42-3,28
	18+	69,4	30,6	1,13	0,45-2,84	0,99	0,37-2,68
Fødeland	Norge	70,6	29,3	1	1	1	1
	Annet land	62,5	37,5	5,60	1,33-23,63	5,85	1,33-25,69
Studie- program	Studie- forberedende	76,2	23,8	1	1	1	1
	Yrkesfaglig	52,3	47,7	4,17	1,79-9,73	3,57	1,44-8,85
Indeks 1		67,4	32,6	1,7	0,89-1,27	1,12	0,93-1,35
Prososial atferd		69,9	30,1			0,67	0,53-0,84

Note 1: $p < 0.05$ er uthevet og 1 = referansekategoriNote 2: Modell 1; $R^2 = ,105$ (Cox & Snell) 0,147 (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 15,353$, $p < 0,018$ Note 3: Modell 2; $R^2 = ,194$ (Cox & Snell) 0,27 (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 29,846$, $p < 0,00$

Tabell 10 viser assosiasjon mellom MHL basert på indeks 1 og psykisk helse. Indeks 1 (OR =1.1, 95% CI = 0.93-1.35) har ingen signifikant sammenheng med psykisk helse i denne studien, etter at det er justert for de ulike bakgrunnsvariablene. Det er fødeland, studieprogram og prososial atferd som har statistisk signifikante sammenhenger med psykiske plager. Modell 1 viser at ungdommer som har ett annet fødeland enn Norge har den største påvirkningen, og har 5,6 ganger større sannsynlighet for å ha å psykiske plager sammenlignet med ungdom som er født i Norge. Det er store konfidensintervaller, som tyder på stor variasjon mellom ungdom som er født i ulike land. Ungdommer som tar yrkesfagligstudieretning har 4,17 ganger større risiko for å ha psykiske plager sammenlignet med ungdom som tar studieforbredende program. Modell 1 forklarer av r^2 15 av total variasjon av psykiske plager. Modell 2 har relativt lik påvirkning i henhold til fødeland og

yrkesfag, mens prososial atferd øker risikoen med (OR= 0.67). Modell 2 har en total sett bedre forklaringsprosent $r^2 = 27$.

Tabell 11.

Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 2

Variabel	Verdi	SDQ- Nor total		Modell 1		Modell 2	
		Normal %	Avvikende %	OR	95% CI	OR	95% CI
Kjønn	Jente	65,7	34,3	1	1	1	1
	Gutt	76,6	23,4	0,58	0,25-1,25	0,47	0,19-1,11
Alder	16år	72,1	27,9	1	1	1	1
	17år	67,3	32,7	1,36	0,58-3,17	1,12	0,46-2,71
	18+	69,4	30,6	0,92	0,38-2,23	0,80	0,32-2,02
Fødeland	Norge	70,6	29,3	1	1	1	
	Annet land	62,5	37,5	2,27	0,69-7,49	2,39	0,71-8,07
Studieprogram	Studieforberedende	76,2	23,8	1	1	1	1
	Yrkesfaglig	52,3	47,7	3,04	1,12-6,37	2,87	1,31-6,29
Indeks 2		69,9	30,1	1,05	0,90-1,22	1,1	0,94-1,29
Prososial atferd		69,9	30,1			0,74	0,6-0,87

Note 1: $p < 0.05$ er uthevet og 1 = referansekategori

Note 2: Modell 1; $R^2 = ,075$ (Cox & Snell) ,107 (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 13,029$, $p < 0,043$

Note 3: Modell 2; $R^2 = ,142$ (Cox & Snell) ,202 (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 25,484$, $p < 0,001$

Tabell 11 viser at indeks 2 ikke er statistisk signifikant assosiert med psykiske plager (OR= 1.05, 95 % CI =0.9-1.22) og (OR=1.1, 95% CI = 0.94-1.29). Yrkesfaglig studieprogram har signifikant påvirkning i modell 1 (OR = 3.04), og 2 (OR=2.87), samt prososial atferd i modell 2 (OR= 0.74). Modell 1 bidrar med r^2 10,7, og modell 2 med r^2 20,2 prosent total påvirkning i henhold til variasjon i psykiske plager.

Tabell 12.

Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 3

Variabel	Verdi	SDQ- Nor total		Modell 1		Modell 2	
		Normal %	Avvikende %	OR	95% CI	OR	95% CI
Kjønn	Jente	65,7	34,3	1	1	1	1
	Gutt	76,6	23,4	0,57	0,26-1,26	0,44	0,19-1,03
Alder	16år	72,1	27,9	1	1	1	1
	17år	67,3	32,7	1,34	0,57-3,11	1,1	0,45-2,64
	18+	69,4	30,6	0,92	0,39-2,18	0,86	0,35-2,13
Fødeland	Norge	70,6	29,3	1	1	1	
	Annet land	62,5	37,5	2,61	0,74-9,22	2,6	0,71-9,45
Studieprogram	Studieforberedende	76,2	23,8	1	1	1	1
	Yrkesfaglig	52,3	47,7	3,15	1,49-6,64	3,02	1,38-6,59
Indeks 3		69,9	30,1	1,04	0,96-1,13	1,04	0,96-1,13
Prososial atferd		69,9	30,1			0,74	0,61-0,89

Note 1: $p < 0,05$ nivå er uthevet, og 1 = referansekategoriNote 2: Modell 1; $R^2 = ,078$ (Cox & Snell) ,111 (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 13,492$, $p < 0,036$ Note 3: Modell 2; $R^2 = ,140$ (Cox & Snell) ,198 (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 24,978$, $p < 0,001$

Tabell 12 viser at indeks 3 ikke er statistisk signifikant assosiert med psykiske plager (OR=1.04, 95% CI = 0.96-1.13). Yrkesfaglig studieprogram har signifikant påvirkning i modell 1 (OR = 3.15), og 2 (OR= 3.02), samt prososial atferd i modell 2 (OR= 0.74). Modell 1 bidrar med en forklaring på 11,1 r^2 og modell 2 med 19,8 r^2 i henhold til psykiske plager.

Tabell 13.

Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 4.

Variabel	Verdi	SDQ- Nor total		Modell 1		Modell 2	
		Normal %	Avvikende %	OR	95%CI	OR	95%CI
Kjønn	Jente	65,7	34,3	1	1	1	1
	Gutt	76,6	23,4	0,54	0,25-1,18	0,43	0,19-0,999
Alder	16år	72,1	27,9	1	1	1	1
	17år	67,3	32,7	1,32	0,57-3,07	1,06	0,44-2,57
	18+	69,4	30,6	0,94	0,39-2,23	0,85	0,34-2,12
Fødeland	Norge	70,6	29,3	1	1	1	
	Annet land	62,5	37,5	2,32	0,7-7,74	2,36	0,69-8,03
Studie- program	Studie- forberedende	76,2	23,8	1	1	1	1
	Yrkesfaglig	52,3	47,7	3,14	1,49-6,62	3,06	1,4-6,71
Indeks 4		69,9	30,1	1,01	0,98-1,05	1,02	0,98-1,06
Prososial atferd		69,9	30,1			0,73	0,61-0,88

Note 1: $p < 0,05$ er uthevet og 1 = referansekategoriNote 2: Modell 1; $R^2 = ,076$ (Cox & Snell) ,108 (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 13,114$, $p < 0,041$ Note 3: Modell 3; $R^2 = ,140$ (Cox & Snell) ,198 (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 24,991$, $p < 0,001$

Tabell 13 viser at indeks 4 heller ikke har en statistisk signifikant assosiasjon på den psykiske plager (OR=1.01, 95% CI =0.98-1.05) og (OR=1.02, 95% CI =0.98-1.06) etter justering for bakgrunnsvariabler. Kjønn/gutt blir i tillegg til yrkesfaglig studieprogram og prososial atferd statistikk signifikant i modell 2. Yrkesfaglig studieprogram har fortsatt en signifikant assosiasjon i modell 1 og 2, samt prososial atferd i modell 2. Modell 1 bidrar med en forklaring på 10,8 og modell 2 med 19,8.

Tabell 14.

Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 5

Variabel	Verdi	SDQ- Nor total		Modell 1		Modell 2	
		Normal %	Avvikende %	OR	95%CI	OR	95%CI
Kjønn	Jente	65,7	34,3	1	1	1	1
	Gutt	76,6	23,4	0,42	0,19-0,93	0,33	0,14-0,77
Alder	16år	72,1	27,9	1	1	1	1
	17år	67,3	32,7	1,39	0,58-3,28	1,07	0,44-2,63
	18+	69,4	30,6	1,09	0,46-2,58	1,01	0,41-2,48
Fødeland	Norge	70,6	29,3	1	1	1	1
	Annet land	62,5	37,5	1,53	0,45-5,23	1,47	0,42-5,15
Studie- program	Studie- forberedende	76,2	23,8	1	1	1	1
	Yrkesfaglig	52,3	47,7	3,6	1,65-7,8	3,42	1,52-7,67
Indeks 5		69,9	30,1	0,40	0,20-0,78	0,40	0,20-0,8
Prososial atferd		69,9	30,1			0,74	0,61-0,89

Note 1: $p < 0,05$ er uthevet og 1 = referansekategoriNote 2: Modell 1; $R^2 = ,113$ (Cox & Snell) $,160$ (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 19,89$ $p < 0,003$ Note 3: Modell 2; $R^2 = ,171$ (Cox & Snell) $,242$ (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 31,05$, $p < 0,000$

I tabell 14 vises det at indeks 5 er statistisk signifikant assosiert med psykiske plager (OR= 0.40, 95%CI = 0.20-0.78/80) i begge modeller. Ungdom som har god tillit/tro på behandlingsmetoder knyttet psykiske lidelser (indeks 5) har mindre risiko for å ha psykiske plager enn de ungdommene som har lav tillit til behandlingsmetoder. Yrkesfag vises fortsatt å ha den sterkeste påvirkningen i modell 1 og 2, etterfulgt av prososial atferd og kjønn. Forklaringseffekten for tabell 14 øker fra 16 til 24 r^2 , fra modell 1 til 2.

Tabell 15.

Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 6

Variabel	Verdi	SDQ- Nor total		Modell 1		Modell 2	
		Normal %	Avvikende %	OR	95%CI	OR	95%CI
Kjønn	Jente	65,7	34,3	1	1	1	1
	Gutt	76,6	23,4	0,53	0,24-1,14	0,42	0,18-0,96
Alder	16år	72,1	27,9	1	1	1	1
	17år	67,3	32,7	1,33	0,57-3,10	1,06	0,44-2,56
	18+	69,4	30,6	0,96	0,41-2,27	0,85	0,34-2,11
Fødeland	Norge	70,6	29,3	1	1	1	1
	Annet land	62,5	37,5	2,07	0,65-6,63	1,98	0,60-6,52
Studie-program	Studie-forberedende	76,2	23,8	1	1	1	1
	Yrkesfaglig	52,3	47,7	3,03	1,44-6,37	2,87	1,31-6,3
Indeks 6		69,9	30,1	1,02	0,96-1,08	1,04	0,97-1,11
Prososial atferd		69,9	30,1			0,72	0,60-0,87

Note 1: $p < 0,05$ er uthevet og 1 = referansekategoriNote 2: Modell 1; $R^2 = ,075$ (Cox & Snell) ,106 (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 12,92$, $p < 0,044$ Note 3: Modell 2; $R^2 = ,141$ (Cox & Snell) ,200 (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 25,304$, $p < 0,001$

Tabell 15 viser at indeks 6 ikke er statistisk signifikant assosiert med psykiske plager (OR=1.02, 95% CI =0.96-1.08, OR=1.04, 95% CI =0.97-1.11), etter justering for bakgrunnsvariabler. Yrkesfagelever har fortsatt statistisk signifikant assosiasjon i begge modeller med psykiske plager. Modell 2 viser også at kjønn/gutter og prososial atferd er assosiasjon med psykiske plager. Forklaringenseffekten i modell 1 ligger på 10.6, og 20 r^2 i modell 2.

Tabell 16.

Assosiasjoner mellom psykisk plager og indeks 7

Variabel	Verdi	SDQ- Nor total		Modell 1		Modell 2	
		Normal %	Avvikende %	OR	95%CI	OR	95%CI
Kjønn	Jente	65,7	34,3	1	1	1	1
	Gutt	76,6	23,4	0,44	0,20-0,98	0,36	0,15-0,83

Alder	16år	72,1	27,9	1	1	1	1
	17år	67,3	32,7	1,43	0,61-3,38	1,18	0,48-2,85
	18+	69,4	30,6	1,02	0,43-2,4	0,97	0,4-2,35
Fødeland	Norge	70,6	29,3	1	1	1	
	Annet land	62,5	37,5	2,02	0,62-6,61	1,98	0,59-6,6
Studie- program	Studie- forberedende	76,2	23,8	1	1	1	1
	Yrkesfaglig	52,3	47,7	2,69	1,27-5,73	2,68	1,22-5,89
Indeks 7		69,9	30,1	0,79	0,61-0,97	0,83	0,67-1,03
Prososial atferd		69,9	30,1			0,75	0,62-0,91

Note 1: $p < 0.05$ er uthevet og 1 = referansekategori

Note 2: Modell 1; $R^2 = ,101$ (Cox & Snell) ,143 (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 17,66$, $p < 0,007$

Note 3: Modell 2; $R^2 = ,150$ (Cox & Snell) ,213 (Nagelkerke). Model $\chi^2 = 27,05$, $p < 0,000$

Indeks 7 som innebærer deltakernes kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk h er statistisk signifikant assosiert med psykiske plager i modell 1 (OR= 0.79, 95% CI=0.61-0.97), men ikke i modell 2 (OR =0.83, 95% CI= 0.67-1.03). Kjønn, studieretning og prososial atferd er også statistisk signifikante assosiert i henhold til psykiske plager, der yrkesfaglig studieretning fortsatt har størst påvirkning etterfulgt av prososial atferd og kjønn/gutt. Forklaringseffekten i tabell 16 øker også fra modell 1 til 2, med 14,3 i modell 1 til 21,3 i modell 2.

Det er også blitt foretatt logistiske regresjonsanalyser for å se etter assosiasjoner mellom MHL indeksene og psykiske plager basert på subskalene emosjonelle vansker og oppmerksomhetsvansker/hyperaktivitet. I tillegg til regresjonsanalyser med spørsmålene om hjelpsøking som uavhengige variabler for å se etter assosiasjoner med SDQ-total og de ulike subskalene. Det var ingen statistisk signifikante assosiasjoner som fremkom av disse analysene.

6. Diskusjon

Rundt halvparten av ungdommene i denne studien klarte å gjenkjenne depresjon og tvangslidelse korrekt, mens færre av deltakerne klarer å gjenkjenne psykose/schizofreni og mani. Ungdommene hadde god tillit til fagpersoner og behandling, samt god hjelpesøkende atferd dersom venner slet med psykiske problemer. Rundt en tredjedel av deltakerne rapportere om psykiske plager basert på SDQ-total. Det ble kun funnet statistisk signifikante assosiasjoner mellom MHL fra indeks 5 og 7 med psykiske plager. I tillegg var bakgrunnsvariablene yrkesfaglig studieretning positivt assosiert, og prososial atferd negativt assosiert med psykisk plager gjennom alle analysene. Kjønn vises også å være statistisk signifikant assosiert med psykiske plager i noen av de justerte analysene. Studiens metode og funn vil bli drøftet i lys av tidligere studier, teori og myndighetens føringer. Metodisk diskusjon

6.1 Metodisk diskusjon

Måten prosjektet er blitt utført på, i henhold til forskningsdesign, spørreskjema, innhenting av data, og databehandling, er alle punkter der det kan oppstå tilfeldige og/eller systematiske feil (Bjørndal & Hofoss, 2012). Det ble gjort flere metodiske valg og vurderinger under studien som diskuteres her.

6.1.1 Seleksjonsskjevhet og rekrutteringsprosessen

Utvalget ble bestående av 171 ungdommer på videregående skoler i Hedmark etter rekrutteringsprosessen, der det var 241 elever som var mulige deltakere fra ulike klasser hos forskjellige skoler. (Svarprosent 70,95%). Seleksjonsskjevhet vil kunne forekomme i forhold til utvalget av skoler og utvalget på individ nivå.

Ungdom i alderen 16-19 år som gikk på 3 ulike videregående skoler i Hedmark, der

det var ulik forekomst av psykiske plager og lidelser ble opprinnelig satt som kriterier for å delta. Grunnet store vanskeligheter med rekrutteringen, ettersom de tre skolene ikke ønsket å delta, ble kriteriene utvidet til å ta med alle ungdommer som gikk på videregående skole i Hedmark. Det ble sendt invitasjoner til (12) videregående skoler i Hedmark. Utvalget ble bestående av de skolene og klassene som hadde lyst og mulighet til å delta i undersøkelsen. Dette medførte at utvalget ikke er blitt så kontrollert og stort som planlagt, som igjen gjør at funnene ikke vil være generaliserbare og studien ytre validitet svekkes (Ringdal, 2013).

Det ble i forkant av invitasjonen til skolene og rektorer, sendt en forespørsel til ansvarlige for folkehelse i fylkeskommunen for å få et anbefalingsbrev å legge ved invitasjonen til skolene for å styrke muligheter for at de vil delta i undersøkelsen. Dette ble ikke innvilget av fylkeskommunen. Det ble derfor lagt ekstra vekt på viktigheten av hvordan denne undersøkelsen kunne brukes som ett verktøy for skolene i henhold til å bedre den psykiske helsen i invitasjonen til skolene og rektorene. De aller fleste skolene hadde ikke mulighet til å delta i undersøkelsen, og begrunnet avslagene med at de har en travel hverdag og tidsplan, er pliktet til å delta i en rekke andre spørreundersøkelser og får ofte forespørsler om å delta i liknede undersøkelser knyttet til ulike prosjekter og skoleoppgaver.

I utgangspunktet burde det vært en utvalgsstørrelse på 366 elever, ved valgt 95% konfidensintervall som ble beregnet tidligere i studien. Ettersom det kun ble 171 elever med i denne studien, bidrar dette med usikkerhet knyttet til assosiasjoner og gir redusert sjans for å finne eventuelle assosiasjoner. Utvalget i denne studien viser at 127(74,3%) av elevene går på studieforbedrende linje, og 40(23,4%) elever på yrkesfaglig linje. I følge tall fra Hedmark fylkeskommune (SSB, 2017) er fordelingen av ungdommer på studieforbedrende og yrkesfaglig linje 4373(57,97%) og 3171(42,03%). Utvalget i denne studien er skjevt fordelt sammenlignet med disse tallene fra fylket. I denne studien foretas det justerte analyser hvor studieretning er en av variablene i analysen. Imidlertid, det hadde vært

ønskelig med et større antall i studien og en større andel av utvalget fra yrkesfaglig studieretning. Dette har betydning for videre drøfting av funn og generalisering.

6.1.2 Valg av spørreskjema

Det er tidligere blitt brukt en rekke ulike instrumenter for å måle MHL i internasjonale studier (O'Connor et al., 2014; Wei et al., 2015). I Norge er det blitt brukt spørreskjemaer studiene til Andersen (2011) og Skre et al. (2013), som ble vurdert i henhold til denne studien. Fellestrekkene for spørreskjemaene er at de har med måling av kunnskap knyttet til gjenkjennelse av og kobling av symptomer knyttet til psykiske lidelser, samt kunnskap rundt diagnosenavn og risikofaktorer for utvikling av psykiske lidelser. Det er også med måling av hjelpsøking, tro på behandling og stigma/holdninger knyttet til personer med psykiske lidelser (Jorm et al., 2012). Måleinstrumentene blir ofte tilpasset til ulike land og språk, som bidrar til vanskeligheter med sammenligning av resultater i internasjonal sammenheng. Innhenting av data i tidligere studier er blitt gjort gjennom spørreskjema, vignetter og intervjuer (O'Connor et al., 2014; Wei et al., 2015). Dette viser til behovet for et godt konstruert, kortfattet og validert spørreskjema som kan brukes av forskere for å undersøke og kartlegge MHL, med mulighet for bedre sammenligning både i landet og mellom ulike land (O'Connor, et al., 2014; Furnham & Hamid, 2014).

Spørreskjemaet som Andersen brukte i sin doktorgrad (2011) ble valgt for denne studien, av flere grunner. Dette spørreskjema var blitt brukt på elever i videregående skole, og Skre et al. (2013) sitt var blitt brukt på ungdomsskole. Spørreskjemaet til Andersen hadde flere spørsmål, og bidro til ett mer dekkende undersøkelse av MHL og forekomst av psykiske plager enn Skre et al. (2013). Vanskelighetsgraden på valgt spørreskjema fra Andersen (2011) passer utvalget bedre, og egner seg godt ettersom det er en blanding av åpne- og delvis åpne spørsmål, samt avkryssningsspørsmål med enten ett eller flere valg. Ulempen med valgt spørreskjema er at det ikke har dekkende spørsmål med måling av

holdninger og stigma knyttet til psykiske lidelser sånn som det er i spørreskjemaet til Skre et al. (2013). I tillegg er spørreskjemaet fra Andersen (2011) opprinnelig fra 2006/2007. Det kunne vært fordelaktig med ett oppdatert og oppgradert spørreskjema som dekte alle aspektene av MHL begrepet. Med måling av kunnskap om selvhjelpsstrategier, hvordan fremme og opprettholde positiv psykisk helse, samt mer om hvordan og hvor man kan søke informasjon og psykisk helse og måling av holdninger og stigma knyttet til psykisk lidelser og hjelpsøking (Kutcher et al., 2016).

6.1.3 Spørreskjemaet og datainnsamling

Prosjektleder fikk god hjelp av lærere på de ulike skolene til å informere om, og sette i gang spørreundersøkelsen. Læreren var også tilstede ved gjennomføring som kan ha bidratt til bedre deltakelse og svarprosent med tanke på trygge rammer rundt undersøkelsen. I tillegg er undersøkelsen anonym, og ble gjennomført i skoletiden i en skoletime der det er forhold som er fordelaktig for positiv påvirkning av deltakelse og svarprosent (Bryman, 2016).

En ulempe med denne undersøkelsen var at spørreskjemaet var relativt langt, noe som kunne føre til at elevene ikke gjennomførte alle spørresmålene. Det er ett velkjent problem ved lengere spørreundersøkelser, der deltakerne blir slitne og lei mot slutten av undersøkelsen. Dette kan bidra til mangelfull data for ulike variabler (Ringdal, 2013). Undersøkelsen ble laget elektronisk for å gjøre deltakelse enklere både for elevene og for lærerne ved skolene, ettersom alle elever ved videregående skoler har tilgang til egen PC nå. Det bidro også med besparelse av tid og arbeid for elever, ansatte ved skolen i henhold til gjennomføringen av undersøkelsen, samt for masterstudent med tanke på etterarbeid (Curtis & Drennan, 2013). Ved bruk av questbacks nettbaserte løsning fikk student mulighet til å gjøre alle spørsmålene «obligatoriske», dette ble gjort på de fleste spørsmålene for å minske risikoen for mangelfull data, og for å sikre god svarprosent på spørsmålene (Bryman, 2016).

En annen fordel med questbackundersøkelser er funksjonen som kan sende deltakere videre i en spesifikk kurs, til tilhørende spørsmål i undersøkelsen basert på svarene man avgir. Dersom du svarer X eller Y på f.eks spørsmål 5, vil du automatisk hoppe til neste relevante spørsmål basert på avgitt svar. Dette er blitt brukt på noen av spørsmålene i undersøkelsen, i henhold til Andersen (2011) sine føringer.

I noen tilfeller kan det også være en ulempe med spørreundersøkelser i papirform, ettersom deltakerne kan lese gjennom hele undersøkelsen før de starter å svare. Dette er ikke tilfelle i elektroniske undersøkelser som denne der man er nødt til å svare på spørsmålene på gjeldene side, for å komme videre til neste side. En annen ulempe som kan oppstå er men tanke på at ungdommene kanskje ikke kan få hjelp til å forstå spørsmålene om de har vanskeligheter med dette, hvis studenten ikke er tilstede under gjennomføringen (Cresswell, 2014).

Det er viktig å tenke på at det også kan oppstå feilkilder med hensyn til respondentenes tolkning og reaksjon på spørsmålene, noe som er vanskelig å unngå i undersøkelser som benytter spørreskjema (Bryman, 2016). Et eksempel der dette kan oppstå er gjennom SDQ-Nor, der elevene rapporterer som hvordan de har hatt det de siste 6 månedene. Imidlertid, en skal ikke endre recall-tid på spørreskjema som er validert og brukt i andre studier. Det vil føre til at en ikke vil kunne sammenligne studier.

Det er i tillegg spørsmål i henhold til om elevene har hatt psykiske plager og lidelser, hva de eventuelt har gjort med disse vanskene og hvor de eventuelt har søkt hjelp. Disse spørsmålene er personlige og sensitive, noe som er med på å kunne føre til systematiske målefeil og svekking av reliabiliteten og validiteten i studien (Ringdal, 2013). Siden denne undersøkelsen gjennomføres i skoletiden, vil dette også kunne være med å påvirke hvilke svar elevene gir. Særlig med tanke på psykiske helseplager, der ungdommene kan være

redde for at medelever, lærere eller andre skal få vite eller se hva de har svar på de ulike spørsmålene selv om undersøkelsen er anonym (Creswell, 2014).

6.1.4 Dataanalyse og bruk av indekser

For å måle MHL, er det en rekke ulike spørsmål i undersøkelsen, som hver for seg måler ulike deler av konseptet. Flere av disse spørsmålene samles så til indekser, der individets skår på flere spørsmål gir en bestemt verdi. Indeksene er bygd opp av to eller flere spørsmål, som Ringdal (2013) kaller for årsaksindikatorer. Disse indikatorene former den latente variabelen, som i dette tilfelle er indeksen.

I denne oppgaven benyttes de 7 indeksene som Andersen (2011) har brukt tidligere for å kunne gjøre sammenligninger knyttet til kunnskapsmåling før og etter en intervensjon. For å kvalitetssikre indeksene er det i Andersen sin avhandling (2011) blitt målt cronbachs alpha verdier i henhold til reliabilitet. Indekser kan være gunstig å bruke for å gi et mer robust mål for konseptet eller fenomenet, enn det variablene forteller enkeltvis (Bakken, 2017). Samtidig er det viktig å huske på at sammensatte mål som indekser, ikke viser variasjonen av skår på de forskjellige spørsmålene som indeksen består av. Dette kan gjøre at personer som har høyt skår på et spørsmål, men lavt på de resterende spørsmålene kan være med på å gi et skjevt bilde av resultatene.

Det ble kjørt logistiske regresjonsanalyser for å undersøke assosiasjoner mellom de ulike MHL indeksene og SDQ-total. I disse analysene var det ønskelig å justere for sosioøkonomisk status(SØS) i tillegg til andre bakgrunnsvariabler som er blitt justert for. Ettersom det var mangelfulldata på SØS variablene inntekt, samt fars og mors utdanning i tillegg til få deltakere i utgangspunktet, ble det valgt å ikke justere for SØS i analysen ettersom dette førte til ytterlige tap av deltakere i analysen. Det kunne blitt brukt gjennomsnittsverdier for å få gjennomført analysene med justering for SØS, men det kan tenkes at elever med lavere sosioøkonomisk status er de som ikke vet hvilken utdanning sine

foreldre har. Ved å bruke gjennomsnittsverdier vil dette kunne bidra til en systematisk skjevhet i resultatene. Analyser uten justering av SØS er en svakhet ved resultater i denne studien, og fremtidige studier bør ha med SØS i analysene.

I forkant av analysen ble dataen automatisk lagret og sendt fra questback til SPSS. Dette gjorde at dataene ble mer nøyaktige ettersom student slapp å legge data manuelt inn i Excel og SPSS, som gjør at systematiske og tilfeldige feil i høy grad kan unngås (Bryman, 2016).

6.2 Diskusjon av studiens hovedfunn

6.2.1 MHL blant ungdommene

Kjennskap til psykiske lidelser og generell kunnskap om psykisk helse

Det ble funnet at ungdommens kjennskap til ulike psykiske lidelser i denne studien gjennomsnittlig ligger på 3,85, som er veldig likt resultatene fra Andersens studie 3,87, på en skåreskala fra 0-12. Dette utgjør kun 32,08% av maksskår for indeks 1. Det er ikke vesentlige kjønnsforskjeller her, jentene har en gjennomsnittskår som utgjør 34,42% av maksskår mens andelen ligger på 27,42% hos guttene. Ungdommens generelle kunnskap om psykisk helse, ligger i gjennomsnitt på 9,2 på en skala fra 0-15 (61,33% av maksskår). Dette resultatet er også veldig likt gjennomsnittskåren i Andersens avhandling på 8,78 (58,33%). Kjønnsforskjellene viser at jentene skårer noe høyere enn guttene med 67,13%, mot 51,93% av maksskår på indeks 2.

Gjenkjennelse av psykiske lidelser

Ved å se sammenligne den totale gjennomsnittskåren på indeks 3 og 4 i denne studien med Andersen og Nord (201) sine resultater, viser dette at deltakerne i denne studien har en høyere skår på indeks 3 med 33,73 mot 25,8. Alle sammenligningene blir gjort med

gruppe 3 i studien til Andersen og Nord (2010) som er uten pretest. Indeks 4 er tilnærmet lik (13,3) i denne studien mot (13,06) hos Andersen og Nord (2010). Tidligere forskning viser som nevnt kjønnsforskjeller i henhold til gjenkjennelse av psykiske lidelser utfra symptomer, der jentene har bedre evne enn gutter til å identifisere psykiske lidelser (Cotton et al., 2006). Dette fremkommer også i henhold til indeks 3 og 4 i denne studien. Jentenes gjennomsnittsskår på indeks 3 ligger litt høyere enn hos guttene, indeks 4 viser en enda tydeligere kjønnsforskjell der jentene skårer enda bedre enn guttene.

Det vises til varierende grad av evne til gjenkjennelse av psykiske lidelser basert på symptomer, blant ungdommer i tidligere studier (Coles et al., 2016; Melas et al., 2013). Depresjon er den lidelsen flest deltakere gjenkjenner utfra symptomer og kjennetegn, noe som er i tråd med tidligere forskning (Bryne et al., 2015; Burns & Rapee, 2006; Cotton et al., 2006; Coles et al., 2016; Melas et al., 2013; Loureiro et al., 2013). Litt over halvparten av deltakerne identifiserte depresjon korrekt i indeks 4, regnet ut fra gjennomsnittssvarene på fem ulike depresjonskjennetegn. Dette samsvarer bra med tidligere forskning der mellom 40-75% som klarer å indentifisere depresjon utfra symptomer (Bryne et al., 2015; Burns & Rapee, 2006; Cotton et al., 2006; Coles et al., 2016; Melas et al., 2013; Loureiro et al., 2013). Jentene er i større grad i stand til å gjenkjenne depresjon (64,7%) enn guttene (43,9%) i denne studien. Disse kjønnsforskjellene er også i tråd med tidligere forskning der jenter oftere klarer å gjenkjenne depresjon enn gutter (Cotton et al., 2006; Melas et al., 2013).

Psykose/schizofreni, tvangslidelser og mani er det færre av deltakerne som klarer å gjenkjenne disse lidelsene i denne studien. Dette stemmer også godt overens med tidligere forskning (Attygalle et al., 2017; Burns & Rapee, 2006; Coles et al., 2016). Relativt få av deltakerne klarte å gjenkjenne psykose/schizofreni i denne studien. I henhold til tidligere forskning samsvarer dette med Cotton et al. (2006) og Loureiro et al. (2015) sine studier. Det er vesentlige kjønnsforskjeller for gjenkjennelse av psykose i denne studien, som ikke er blitt

funnet like tydelig i tidligere studier knyttet til gjenkjennelse av psykose. Nærmere dobbelt så mange jenter (36,2%) enn gutter (19,7%) har klart å gjøre dette riktig. Cotton et al. (2006) fant ingen signifikant kjønnsforskjell i sin studie for gjenkjennelse av psykose for deltakere i alderen 12-18år. Det er ikke oppgitt kjønnsforskjeller i Loureiro et al. (2015) i sin studie.

Nærmere halvparten av deltakerne klarer å gjenkjenne tvangslidelse i denne studien. Det er kun funnet en spansk studie som har undersøkt dette før, og funnene fra García-Soriano og Roncero (2017) samsvarer godt med resultatene i denne studien.

Tillit til behandlingsmetoder og kunnskap om hjelpeapparatet

Tillit til behandlingsmetoder vurderes som høy blant deltakerne i denne studien. Resultatet samsvarer godt med funnet til Andersen og Nord (2010), der gjennomsnittet ligger på 1,73 mot 1,79 på indeks 5. Kjennskap til hjelpeapparatet generelt og i nærmiljøet blant deltakerne viser seg å være noe bedre i denne studien enn i studien til Andersen og Nord (2010). Det fremkommer ikke betydelige kjønnsforskjeller innenfor indeks 5, 6 og 7.

Det kan tenkes at myndighetens satsing på forebyggende arbeid med psykisk helse rettet mot barn og unge har vært med på å bidra til ungdommens gode tillit til behandling fra fagpersoner, og kjennskap til hjelpeapparatet innenfor psykisk helse både generelt og i nærmiljøet. Det har de siste fem årene vært en statlig satsning på å få flere helsesøstere i skolehelsetjenesten og å ansette psykologer i kommunene (Regjeringen, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Skoleprogrammet VIP er blitt gjennomført i løpet av de 5-10 siste årene, hos de videregående skolene fra Hedmark som er med i denne studien. VIP har som mål å bedre MHL og forebygge mot psykiske lidelser ved å gjøre elever bedre rustet til å ta vare på egen psykisk helse og bli oppmerksomme på hvor man kan søke hjelp (Venstre Viken, 2018; Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Studien til Reavley og Jorm (2011), viser også til at

ungdommer har god tro på at fagpersoner som psykologer, leger, og personer innen spesialist helsetjenesten kan bidra med god behandling. Det ble trukket frem sannsynligheten for at dette ble bedret etter en nasjonal satsing fra myndighetene knyttet til bedring av MHL blant unge mennesker i Australia som er referert til i denne studien.

Hjelpesøkende atferd knyttet til psykiske plager og lidelser

Det var mange av deltakerne (59%) som visste om en eller flere venner/noen i klassen som har psykiske plager eller lidelser. Ettersom over halvparten av deltakerne oppgir dette, er det interessant å se på hvordan deltakerne ville håndtert en situasjon der en venn hadde psykiske problemer. Flesteparten av deltakerne i studien ville agert dersom en venn eller klassekamerat hadde psykiske problemer, dette kommer også frem i flere studier om MHL (Byrne et al.,2015; Melas et al., 2013; Lawrence, 2014). Majoriteten av ungdommene (67,8%) ville ha snakket med vedkommende, og så foreslått å søke hjelp en plass. Av disse foreslo de fleste å søke videre hjelp hos helsesøster eller helsestasjon, etterfulgt av psykolog, fagpersoner innenfor kommunale psykiske helsetjenester og fastlege. Kontakt med lærer og kontaktpersoner på skolen, familie og venner samt å prate med vedkommende alene ble også foreslått, men kun av ett mindretall av disse deltakerne. Dette kan henge sammen med deltakernes gode tillit til fagpersoner og behandlingsmetoder som ble målt i indeks 5. I tillegg viser det til viktigheten av myndighetens satsing på flere helsesøsteren og kommunale psykologer, som skal styrke lavterskeltilbudet for hjelpsøking (Regjeringen, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015). Dette samsvarer med elevers ønske om flere helsesøstere og lavterskeltilbud for hjelpsøking (Barneombudet, 2013).

Av de deltakerne som ikke ville snakke med vedkommende, for så å foreslå å søke hjelp en plass var det relativt mange ville henvendt seg til en lærer (26,9%). Det er ikke vist prosentfordeling av henvendelse til lærer i studien til Andersen et al. (2010), så får ikke

sammenlignet dette her. 24,6% av disse deltakerne ville snakket med familie, noe som er betydelig forskjellig fra Andersen et al. (2010), der henholdsvis (54,5 og 53%) av deltakerne i gruppene før intervensjon oppgir at de ville tatt kontaktet med familie. Dette kan tyde på en bedring av MHL og HL i løpet av de siste 10 årene der ungdommer heller henvender seg til profesjonelle og fagfolk istedenfor familie og venner når vedkommens venner sliter psykisk. Ungdommene som ville tatt kontakt med en profesjonell i denne studien samsvarer med Andersen et al. (2010) sine funn. Det er videre en betydelig forskjell fra denne studien til Andersen et al. (2010) sin kontrollgruppe i henhold til ungdommer som ikke ville gjort noen ting med sin venns problem. Kun 5,8% av deltakerne i denne studien mot 14,5% i kontrollgruppen og 6,9% i intervensjonsgruppen til Andersen (2011) oppga dette svaret. Det er også en god del som ville søkt informasjon og hjelp på internett, noe som ikke er oppgitt i Andersen (2010) sin studie selv om det er med i spørreskjema. Det er naturlig å tenke at dette skyldes den økende bruken av PC og internett i dagens samfunn.

Hjelpsøking i henhold til antatt håndtering av eget problem, arter seg litt annerledes enn håndtering av andres eventuelle problem. De aller fleste deltakerne ville tatt kontakt med enten venn, kjæreste eller familie, noe som stemmer godt med funn fra tidligere studier angående antatt hjelpsøking for personer med psykiske lidelser (Loureiro et al., 2013; Reavley & Jorm, 2011; Melas et al., 2013). Rundt halvparten (51,5%) av ungdommene ville ikke gjort noe med problemet ved å håpe på at det skulle gå over av seg selv. Dette er betraktelig flere enn i studien til Andersen et al. (2010), der det henholdsvis er 20,3- og 18,9% som ikke ville gjort noen ting dersom de antatt hadde psykiske problemer. Dette funnet er strider litt imot tidligere resultat fra denne studien der ungdommene viser god tillit til fagpersoner og behandling, god kjennskap til nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse samt vilje til å agere dersom en venn sliter psykisk ved å forslå hjelpsøking hos fagpersoner.. Det er tidligere vist til kjønnsforskjeller der jenter oftere vil oppsøke

profesjonell hjelp enn gutter (Cotton et al., 2006), men det er ikke funnet betydelige kjønnsforskjeller i denne studien. Dette kan ha sammenheng med et relativt lavt antall deltakere i dette studiet. Videre er det 35,1% av deltakerne i denne studien ville kontaktet profesjonelle/helsepersonell for å få hjelp, som samsvarer med henholdsvis 28,4% og 32,3% i Andersen et al. (2010) sin studie, og er i tråd med funn fra internasjonale i henhold til profesjonell hjelpsøking basert på spørsmål fra vignetter om mennesker med psykiske lidelser (Melas et al., 2013; Coles et al., 2016; Loureiro et al., 2013).

Holdninger knyttet til psykisk lidelser

Tidligere forskning viser at stigmatiserende holdninger knyttet til psykiske lidelser er en viktig faktor og barriere knyttet til hjelpsøking hos ungdom (Patel et al., 2007). For å måle holdninger til psykiske lidelser i denne studien er det blitt brukt ett spørsmål, som igjen består av to påstander (hentet fra indeks 2). Ved å se på tidligere forskning, viser denne til kjønnsforskjeller der jenter er mindre fordomsfulle enn gutter mot mennesker som har psykiske lidelser (Cotton et al., 2006). Dette kan også ses i denne undersøkelsen der den første påstanden «Folk med psykiske problemer er som regel annerledes enn andre og vanskelige å hjelpe», ble valgt av 5,8% av deltakerne, der det var dobbelt så mange gutter enn jenter som krysset av på denne. Etersom det er få deltakere i studien, er det viktig å tenke på at kan virke inn på resultatene. Videre var det 77,8% av deltakerne som var enige i påstanden «psykiske problemer har ofte naturlige årsaker og kan ramme hvem som helst», og 16,4% av deltakerne var like enig i begge påstandene. Dette tyder på at flesteparten av deltakerne har en god forståelse av psykiske lidelser, og ikke har negative holdninger knyttet til dette. Det vises også fra tidligere en tidligere studie at ungdom ofte er bekymret for å søke hjelp hos fagfolk knyttet til opplevelse av stigmatiserende holdninger både fra seg selv, fagfolk og fra andre personer (Tharaldsen et al., 2017). Kun 24 (14,6 %) av deltakerne i

denne studien krysses av for påstanden «hvis man søker hjelp tidlig, er det sannsynlighet fagfolk vil bagatellisere problemet», som kan tolkes på den måten at de aller fleste deltakerne har stor tiltro til fagfolk og ikke virker redde for å oppleve stigmatiserende holdninger fra fagfolkene. Denne studien undersøker ikke videre hva som kan forklare ungdommens holdninger knyttet til personer med psykiske lidelser.

6.2.2 Psykiske plager blant deltakerne i studien

Denne studien viser at 30,1% av deltakerne har psykiske plager basert på gitte grenseverdier i henhold til SDQ-Nor totalskalaen i tabell 8. Dette er betydelig flere enn deltakerne i studien til Andersen (2011), der 15,3% av kontrollgruppen rapporterte om psykiske plager basert på samme måleinstrument og inndeling (der gråsoner og avvikendesoner er blitt slått sammen). Det har vært en gradvis økning i rapporterte psykiske plager og lidelser i løpet av de 10-20 siste årene (Sletten & Bakken, 2017; Reneflot et al., 2018), som kan være med å forklare den høye forekomsten av psykiske plager i denne studien. Ungdata resultater viser til at mellom 40-50 prosent av elever som går på videregående skole er «ganske mye» eller «veldig mye» plaget av tanker om at «alt er ett slit» eller at de «bekymrer seg for mye om ting» (Bakken, 2017). Dette er mer i tråd med rapportering av psykiske plager i denne studien, selv om det baseres på ulike måleinstrument for å kartlegge psykiske plager. Det er ikke vesentlige kjønnsforskjeller knyttet til fordelingen av psykiske plager fra SDQ-Nor total. Det er 27,1% av deltakere som rapporterer om emosjonelle vansker, noe som er betraktelig mer enn 13,9% i Andersen sin avhandling (2011). Det er viktig å huske på at Andersen utførte sin undersøkelse i 2007, elleve år siden. Det har vært som nevnt vært en økning i psykiske plager de siste årene, noe som vil kunne være en forklarende faktor i henhold til høy skår på emosjonelle vansker og psykiske plager i denne studien. Det vises at jentene i større grad rapporterer om emosjonelle vansker enn guttene i denne studien (36,3%) mot (12,5%). Dette stemmer godt overens med tidligere

kartlegging av psykiske plager, der jenter oftere rapporterer om depressive og emosjonelle symptomer (Bakken, 2017; Helland og Mathiesen, 2009). Hos gutter er det ofte atferdsproblemer som er fremtredende, selv om dette avtar etter puberteten. Det vises i delskalaen problemer med jevnaldrende at gutter rapporterer oftere om dette enn jenter (23,4% mot 14,7%). Delskalaene atferdsvansker, hyperaktivitet, prososial atferd og angstsymptomer ligger ganske likt i fordeling av plager som Andersen et al. (2010), selv om det rapporteres i gjennomsnitt noe mer plager i denne studien som igjen kan forklares gjennom økning i forekomst av psykiske plager blant ungdom de siste årene (Reneflot et al., 2018). Ungdomstiden med økt fokus på skoleprestasjoner, press og høye forventinger til seg selv viser også å ha en sammenheng med forekomst av psykiske plager og lidelser (Major et al., 2011). I tillegg kjennetegnes overgangen fra ungdom til voksen av ulike sosiale, miljømessige og kulturelle forandringer som har sterk påvirkningskraft og er med på å øke risikoen for psykiske plager (WHO, 2018). Dette er viktige faktorer å ha i bakhodet i henhold til den høye rapporteringen av psykiske plager i denne studien.

Det har blitt trukket fram tvil om det er en reell økning i psykiske plager og lidelser blant ungdom (Torgersen et al., 2018). Det trekkes fram at spørsmål i Ungdata om depresjon ikke skiller mellom normale følelser som tristhet og depresjon. FHI mener at det er behov for mer forskning om forekomst av psykiske lidelser hos ungdom (Schiller-Rognmo, 2017; Solberg, 2018).

6.2.3 Assosiasjoner mellom MHL og psykisk helse

Studiens andre punkt av problemstillingen var å undersøke om det var en assosiasjon mellom MHL og psykisk helse, i en ungdomspopulasjon som går på videregående skole i Hedmark. Resultatene viser at MHL samlet, ikke er statistisk signifikant assosiert med psykisk plager fra SDQ. Det er kun indeks 5 (tillit til behandlingsmetoder) og 7 (kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse) som viser en statistisk signifikant

assosiasjon til i henhold til psykiske plager. Dette tilsier at de ungdommene som har stor tillit til behandlingsmetoder knyttet til psykiske lidelser, samt de som har gode kunnskaper om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse har mindre risiko for å ha psykiske plager etter å ha justert for ulike bakgrunnsvariabler.

I henhold til resultatene, er det er vanskelig å sammenligne disse funnene med tidligere forskning, ettersom det kun er funnet en annen tversnittsstudie som omhandler assosiasjon mellom MHL og psykiske plager knyttet til depresjon symptomer. Lawrence (2014) har gjennomført en studie for å se etter assosiasjon mellom MHL og psykisk helse, han utførte sin studie blant 1678 kinesiske ungdommer i alderen 13-17 år ved bruk av spørsmål hentet fra den nasjonale australske mental health literacy og stigma undersøkelsen blant ungdom (Reavley & Jorm, 2011). Studien har brukt depresjonsvignetten fra Jorm og hans kollegaer for å måle MHL, med spørsmål om gjenkjennelse av depresjon, tiltenkt handling for hjelpsøking og oppfatninger av eventuelle barrierer, tro og oppfatninger om behandling, intervensjoner og forebygging samt stigmatiserende holdninger knyttet til den psykiske lidelsen. Resultatene fra Lawrence (2014) viste til en positiv assosiasjon mellom MHL og psykisk helse, ved at ungdommene som hadde en utilstrekkelig eller lav grad av MHL var statistisk signifikant assosiert med symptomer på moderat til alvorlig depresjon (OR= 1.52, 95 % CI =1.01-2.31).

Spørreskjemaet i denne studien er som nevnt tidligere kun brukt for å se etter effekter på de ulike indeksene, hjelpsøking knyttet til psykiske problemer og psykiske plager hos ungdom i forbindelse med VIP intervensjon i videregående skoler (Andersen, 2011). Dette gjør at resultatene ikke direkte kan sammenlignes.

Analyse av MHL i denne studien er utført med de syv indeksene. Det er ikke blitt beregnet samlet utregning av MHL, til en totalindeks. I studiet til Lawrence (2014) ble det beregnet en total MHL indeks og analysert med bruk av denne. Forskjell i resultatene

mellom dette studiet og Lawrence (2014) kan muligens forklares av dette. En annen forklaring kan være det lave antall deltakere i denne studien, eller at det ikke er en reel assosiasjon mellom MHL og psykisk helse. Lawrence (2014) trekker frem i sin studie at en mulig forklaring på hvorfor ungdom har en relativt dårlig MHL kan være at de ungdommene som opplever psykiske plager i studien bevisst eller ubevisst ikke gjenkjenner eller kobler symptomer til feil lidelser og i tillegg viser negative oppfatninger knyttet til hjelpsøking. Dette kan igjen skyldes mangel på kunnskap og forståelse av symptomer som ungdommene har opplevd eller knyttet til stigmatisering av psykiske lidelser, som dermed gjør at det fremkommer en assosiasjon i denne studien. Dersom det hadde blitt brukt det samme spørreskjemaet som i studien til Lawrence (2014) oversatt til norsk, er det mulig at en assosiasjon også hadde blitt funnet i denne studien.

I avhandlingen til Andersen (2011) fremkom moderate effekter av intervensjonen ved bedring av MHL iforhold til kunnskaper om psykisk helse og om hjelpeapparatet. Kunnskaper om psykisk helse holdt seg godt det første året etter intervensjonen, men kunnskapene om hjelpeapparatet forvitret i betydelige grad. I tillegg til en svak nedgang i skåre på SDQ-Nor skalaene «problemer med jevnaldrende» og «angst». Disse funnene indikerer at det er en assosiasjon mellom noen av MHL indeksene og psykiske plager, der øking av MHL bidrar til mindre psykiske plager.

Bjørnsen et al. (2017) har i sin studie funnet en positiv assosiasjon mellom kunnskap om god psykisk helse og opplevd psykisk velvære hos ungdom i videregående skole. Etersom det ikke er spørsmål i denne studien om hva som bidrar til god psykisk helse, kan disse resultatene ikke sammenlignes. Det er behov for ytterligere forskning og flere studier på dette området for å sikkert kunne si noe om assosiasjon mellom MHL og psykiske plager, eventuelt avdekke at det ikke er en reel assosiasjon mellom MHL og psykiske plager. Spørreskjema med spørsmål om hva som bidrar til en god psykisk helse vil være gunstig å

ha med i fremtidige studier av MHL, for å arbeide på en helsefremmende og forebyggende måte med psykisk helse blant barn og unge.

6.2.4 Andre faktorer som kan påvirke MHL og psykisk helse

Som tidligere nevnt er ungdomstiden er periode av livet der man gjennomgår store forandringer. Dette gjør alder til en viktig faktor, i forhold til påvirkning både på grad av MHL og psykiske plager. Deltakerne i denne studien er mellom 16-19 år, og er spesielt utsatt for psykiske plager (Reneflot et al., 2018; Stroud et al., 2015; Patton et al., 2014).

Alder ble i denne studien statistisk signifikant ikke assosiert med psykiske plager. Dette kan skyldes at grad av MHL generelt sett er lavere hos yngre ungdommer enn eldre som er blitt funnet i tidligere studier (Coles et al., 2016; Essau et al., 2013).

En annen forklaring er at forekomst av psykiske plager er relativt likt i de undersøkte aldersnivåer og hvis en hadde sammenlignet utvalget med en yngre eller en eldre studiegruppe hadde en funnet at alder var en statistisk signifikant variabel (Patton et al., 2014). Studieretning er en bakgrunnsvariabel som viser å være statistisk signifikant assosiert med psykiske plager. Der de elevene som går yrkesfaglig studieretning har en økt risiko for å utvikle psykiske plager, sammenlignet med de elevene som går studieforbredende retning. Det kan tenkes valg av studieretning har betydning for kunnskaper og oppfatninger ungdommene har om psykisk helse med utgangspunkt i sosiale og miljømessige rammer knyttet til studieretningen. Det er ikke undersøkt assosiasjon mellom studieretning, MHL og psykiske plager i tidligere studier, det hadde derfor vært interessant å undersøke denne sammenhengen nærmere ved fremtidig forskning.

Studien ble gjennomført hos ungdommer som bor og går på ulike videregående forskjellige steder i Hedmark fylke. Bosted kan være en påvirkningsfaktor som spiller inn på ungdommenes psykiske helse knyttet til samfunnsstruktur, bomiljø og skolemiljø (Grønningsæter & Nielsen, 2011; Millstein & Hofstad, 2017). Noen få av deltakerne er også

født i andre land enn Norge, som kan ha stor betydning for den psykiske helsen dersom de har flyktet fra sitt opprinnelige land og opplevd traumatiske hendelser (Major et al., 2011).

Prososial atferd viser seg også å være statistisk signifikant assosiert med psykiske plager. Der de elevene som har en normal eller god prososial atferd har mindre risiko for å utvikle psykiske plager, sammenlignet med de elevene som har en lav og avvikende prososial atferd. Prososial atferd kjennetegnes av å være positiv, snill og hjelpende ovenfor andre, basert på spørsmålene i SDQ. Ettersom ungdom i alderen 16-19 år fortsatt blir påvirket og preget spesielt av gruppetilhørighet og sosiale faktorer, kan en mulig forklaring på hvorfor prososial atferd assosieres med psykiske plager være nettopp dette med sosial tilhørighet. Den prososiale atferden vil muligens endre seg gjennom ungdomstiden, ettersom ungdommer gjennomgår en utvikling av forming av identitet i denne perioden. Dermed vil også assosiasjonen kunne endre seg mellom psykiske plager og prososial atferd etter ungdomstiden (Patel et al., 2007; WHO, 2018).

Sosioøkonomisk status er tidligere vist å påvirke både MHL og psykiske plager (Attygalle et al., 2017; Bakken, Frøyland & Sletten, 2016). Det var ønskelig å justere for foreldrenes utdanning eller inntekt i denne studien, for å undersøke og justere for hvilken betydning dette hadde for studiens formål. Attygalle et al. 2017 fant at sosioøkonomisk status var signifikant assosiert med bedre gjenkjennelse av psykiske lidelser foretrukket hjelpsøking og henvisning. Det fremkommer i norske studier at ungdom som høyere sosioøkonomisk status, rapporterer mindre psykiske plager (Bakken et al., 2016; Samdal et al., 2016).

6.2.5 Statlige føringers betydning for folkehelsearbeid, MHL og psykisk helse

Det er flere ganger blitt understreket viktigheten av forebyggende tiltak for å bedre barn og unges psykiske helse gjennom føringer i St. meldinger, strategiplaner og kommunale

folkehelsearbeidsplaner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2014-2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2016-2021; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Som nevnt innledningsvis er angst- og depressive lidelser med på å bidra til betydelig helsetap og DALY i befolkningen (FHI, 2016). Dette gjenspeiles i regjeringens føringer, ved at de tar utgangspunkt i DALY som et bakteppe for hva som bør fokuseres på og arbeides mot for å forebygge. Regjeringen satt som mål i st. meld 19 å inkludere psykisk helse som en likeverdig del av folkehelsearbeidet så flere skal oppleve god psykisk helse og trivsel, og for å redusere sosiale ulikheter i helse samt i psykisk helse. Det fokuseres på skolen som forebyggende arena, og det arbeides med å integrere kunnskap om psykisk helse i skolen gjennom en tilskuddsordning i folkehelsearbeidet (Klomsten, 2017).

Dette kan tyde på at MHL indirekte brukes som et viktig verktøy for å bedre ungdommens psykiske helse. I tillegg til dette er også begrepet health literacy tidligere blitt trukket frem for å kunne være en av de viktigste komponentene av de sosiale determinanter av helse (WHO, 2013). Dette viser til viktigheten av hvordan ungdommens kunnskap om, kompetanse til å kunne benytte seg av, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne ta gode avgjørelser og vurderinger knyttet til helse, og ikke minst den psykiske helsen kan bedres ved å stryke HL og MHL som en del av folkehelsearbeidet (Finbråten & Pettersen, 2009; Kutcher, 2016b). Det er tidligere blitt gjennomført flere intervensjoner i skolesammenheng gjennom undervisning med formål om å øke elevenes MHL. Disse viser å ha moderat til god effekt, samt at de er relativt enkle og kostnadsfrie å gjennomføre som folkehelseiltak (Andersen et al., 2011; Skre et al., 2013; Kutcher et al., 2016; Salerno, 2016; McLuckie et al., 2014). Det vil være viktig å fortsette evaluering av intervensjoner om sikter på å bedre MHL, for å se om dette kan brukes som et verktøy i fremtidige statlige føringer og i folkehelsearbeid. Program for folkehelsearbeid i kommune er en oppfølging av St. Meld 19, med mål om å fremme barn og unges psykiske helse. Et av hovedelementene er å utvikle

kunnskapsbaserte tiltak og verktøy i samarbeid med blant annet viktige tiltaksområder som skole, for kunne gjennomføre universelle tiltak der barn og unge oppholder seg. I tillegg til å integrere barn og unges psykiske helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet. Her er det muligheter for å kunne sette MHL inn som et verktøy, om det vises å ha effekt ved fremtidige tiltak og evaluering av tiltak som bruker MHL gjennom programmets varighet frem til 2027.

Det bør også rettes fokus mot hva som skaper en god psykisk helse som en videreføring av MHL begrepet, istedenfor å fokusere for mye på hvordan man kan behandle og hva man kan gjøre når man først er utsatt for psykiske vansker, ettersom dette er vist å være positivt assosiert med psykisk helse (Bjørnsen et al., 2018). Ettersom folkehelsepolitikken i Norge bygger på ideologien til Ottawacharteret, der empowerment knyttet til helse er viktig for å sette i stand den enkelte til å ta bedre ansvar for egen helse og øke kompetansen til å endre helseatferd. Dette er viktig både på individ nivå som undersøkes i denne studien, samt på samfunnsnivå i henhold til skolesystem (Weare & Nind, 2011) og boligområder (Grønningsæter & Nielsen, 2011).

7. Konklusjon

Kartleggingen av MHL blant ungdommer på videregående skoler i Hedmark, viser at rundt halvparten av ungdommene i denne studien klarte å gjenkjenne depresjon og tvangslidelser korrekt, mens færre av deltakerne klarer å gjenkjenne psykose/schizofreni og mani. Ungdommene hadde høy tillit til fagpersoner og behandling, samt god hjelpesøkende atferd dersom venner slet med psykiske problemer. Mange ville forslått å søke hjelp hos fagpersoner som helsesøster, psykolog, leger og annet personell innen psykisk helse, etterfulgt av familie og venner. Dersom ungdommene selv skulle hatt ett psykisk problem var det derimot mange som ikke vil gjort noe med problemet, og mange ville heller henvendt seg til familie og venner fremover fagpersoner. Det fremkommer kjønnsforskjeller der jentene hadde høyere skår enn guttene på alle indeksene knyttet til MHL. Denne kartleggingen samsvarer med funn fra tidligere studier som har undersøkt MHL blant ungdommer (Reavley & Jorm, 2011). Forekomsten av psykiske plager i denne studien viser at rundt en tredjedel av deltakerne rapporterte om psykiske plager.

Det ble kun funnet statistisk signifikante assosiasjoner mellom MHL fra indeks 5 og 7 med psykiske plager, noe som kan tyde på at MHL i denne studien ikke er statistisk signifikant assosiert med psykiske plager. Bakgrunnsvariablene yrkesfaglig studieretning og prososial atferd, var statistikk signifikant assosierte med psykisk plager gjennom alle analysene. Kjønn vises også å være statistisk signifikant assosiert med psykiske plager i noen av de justerte analysene. Det er viktig å ta i betraktning at det er et få deltakere, og et skjevt utvalg med nesten dobbelt så mange jenter som gutter i denne studien som påvirker resultatene.

Implikasjonene fra denne studien viser til at det kan være gunstig å øke MHL blant ungdommer i Hedmark, for å forebygge mot psykiske plager (Kutcher et al., 2016b). Samt behov for videre forskning på feltet med nye oppdaterte og validerte spørreskjema for å måle

MHL blant ungdommer på videregående skoler i Norge og i andre land, som påpekt av O'Connor et al. (2014). Dette vil være viktig for å evaluere om MHL kan brukes som verktøy i det statlige og lokale folkehelsearbeidet for å bedre den psykiske helsen blant ungdom (Helsedirektoratet, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2017-2022).

Det vil være gunstig å bruke sosioøkonomisk status og studieretning som bakgrunnsvariabler ved videre forskning, for å se på om dette påvirker resultatene og bør tas hensyn til ved eventuelle fremtidige intervensjoner som tar sikte på å bedre MHL blant ungdommer.

Litteraturliste

- Aarø, L., Samdal, O. & Wold, B. (2017). Psykiske helse blant ungdom. I K. Klepp & L. Aarø (Red.), *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid* (4. utg., s. 82-106). Oslo: Gyldendal akademisk
- Almquist, Y.B., Ashir, S. & Brännström, L. (2015). *A guide to quantitative methods*. Stockholms Universitet: Chess
- Andersen, B. J. (2011). *Effekter av undervisning om psykisk helse i videregående skoler*. (Doktorgradsavhandling). Oslo: Universitetet i Oslo
- Andersen, B. J., Johansen, R. & Nord, E. (2010). Undervisningsprogram i videregående skoler om psykiske plager: Effekter på elevers hjelpsøking og psykiske helse. *Norsk Epidemiologi*, 20(1), 23-32.
- Andersen, B.J., & Nord, E. (2010). Effekter av program i skolen for å forebygge psykiske plager. *Norsk Epidemiologi*, 20(1), 15-22.
- Andersen, P. L. & Bakken, A. (2015). *Ung i Oslo 2015*. (NOVA rapport 8/15). Oslo: NOVA
- Angermeyer, M., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 163-179.
- Attygalle, U. R., Perera, H. & Jayamanne, B. D. W. (2017). Mental health literacy in adolescents: Ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11(1)

- Bakken, A. (2017). *Ungdata 2017: Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport 10/2017). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Ungdata-2016.-Nasjonale-resultater>
- Bakken, A., Frøyland, L. R., & Sletten, A. M. (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene?* (NOVA rapport 3/2016). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Sosiale-forskjeller-i-unges-liv>
- Barneombudet (2013). *Helse på barns premisser*. (Barneombudets fagrapport). Hentet fra http://barneombudet.no/wpcontent/uploads/2014/03/Helse_p%C3%A5_barns_premisser.pdf
- Berge, L., Skogen, J., Sulo, G., Igland, J., Wilhelmsen, I., Vollset, S., . . . Knudsen, A. (2016). Health anxiety and risk of ischaemic heart disease: A prospective cohort study linking the Hordaland Health Study (HUSK) with the Cardiovascular Diseases in Norway (CVDNOR) project. *BMJ Open*, *6*(11), 1-9.
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012914>
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2004). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Eilertsen, M.E., Espenes, G.A., Holmen, N. S. & Moksnes, U.K. (2018). Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse. *Sykepleien*, *106*.
doi:10.4220/Sykepleiens.2018.65075

-
- Brown, H.E., Pearson, N., Braithwaite, R., Brown, W., & Biddle, S. (2013). Physical activity interventions and depression in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sports Medicine*, 43(3), 195-206.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (5. Utg.). Oxford: Oxford university press.
- Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi*. (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget
- Burns, J. & Rapee, R. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, 29(2), 225-239.
- Byrne, S., Swords, L. & Nixon, E. (2015). Mental health literacy and help-giving responses in irish adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 30(4), 477-500.
- Bøe, T., Hysing, M., Skogen, J., & Breivik, K. (2016). The strengths and difficulties questionnaire (SDQ): factor structure and gender equivalence in Norwegian adolescents. *PLoS One*, 11(5), 1-15
- Coles, M. E., Ravid, Ariel, R., Gibb, B., George-Denn, D., Bronstein, L., R. & McLeod, S. (2016). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 57.
- Collishaw, S. (2015). Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 370-393.4
- Conley, C., Durlak, J., & Kirsch, A. (2015). A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students. *Prevention Science*, 16(4), 487-507

Cotton, S., Wright, A., Harris, M., Jorm, A., & McGorry, P. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 790-796.

Creative Research Systems. (2012). *Sample Size Calculator*. Hentet fra <https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>

Creswell, J. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.; International student). Los Angeles, Calif: SAGE

Curtis, E., & Drennan, J. (2013). *Quantitative health research: Issues and methods*. Maidenhead, UK: Open University Press

Delaney, L. & Smith, J.P. (2012). Childhood health: Trends and consequences over the life course. *The Future of Children* 22(1), 43-63

Dokument 8:134 S (2014-2015). *Representantforslag 134 S (...) om satsing på psykisk helse i skolen*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2016-2017/dok8-201617-134s/>

Dokument 8:46 S (2015-2016). *Representantforslag 46 S (...) om å innføre prosjektet «livsmestring i skolen» på skolens ungdomstrinn*. Hentet fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Representantforslag/2015-2016/dok8-201516-046/>

Essau, C.A, Olaya, B., Pasha, G., Pauli, R. & Bray. D. (2013). Iranian adolescents' ability to recognize depression and beliefs about preventative strategies, treatments and causes of depression. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 152-159.

Finbråten, H. S. & Pettersen, S. (2009). Kunnskap er egenmakt. *Sykepleien* 5(09), 60-63.

-
- Folkehelseinstituttet (2015). *Psykisk helse hos barn og unge: Folkehelse rapporten*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Folkehelseinstituttet (2016). *Hvilke sykdommer betyr mest for nordmenns helse?* Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2016/hvilke-sykdommer-betyr-mest-for-nor/>
- Furnham, A., Cook, R., Martin, N., & Batey, M. (2011). Mental health literacy among university students. *Journal of Public Mental Health, 10*(4), 198-210.
- Furnham, A., Annis, J., & Cleridou, K. (2014). Gender differences in the mental health literacy of young people. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 26*(2), 283-92
- Furnham, A., & Hamid, A. (2014). Mental health literacy in non-western countries: A review of the recent literature. *Mental Health Review Journal, 19*(2), 84-98.
- García-Soriano, G., & Roncero, M. (2017). What do Spanish adolescents think about obsessive-compulsive disorder? Mental health literacy and stigma associated with symmetry/order and aggression-related symptoms. *Psychiatry Research, 250*, 193-199.
- Georgakakou-Koutsonikou, N., & Williams, J. (2017). Children and young people's conceptualizations of depression: A systematic review and narrative meta-synthesis. *Child Care, Health and Development, 43*(2), 161-181.
- Goodman, R., Meltzer, H. & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent*

Psychiatry, 7(3) 125-130.

Goodman, A., Joyce, R. & Smith, J.P. (2011). The long shadow cast by childhood physical and mental problems on adult life. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(15), 6032-6037

Grønningsæter, A. B. & Nielsen, R. A. (2011). *Bolig, helse og sosial ulikhet*.

(Heledirektoratet rapport). Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/30/Bolig-helse-og-sosial-ulikhet-IS-1857.pdf>

Gulliver, A., Griffiths, K., M. & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10(1), 113.

Hartz, I., Skurtveit, S., Hjellvik, V., Furu, K., Nesvåg, R., & Handal, M. (2016).

Antidepressant drug use among adolescents during 2004–2013: A population-based register linkage study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(5), 420-429.

Hellevik, O. (2015). *Spørreundersøkelser*. Hentet fra

<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Sporreundersokelser/>

Helsedirektoratet (2017). *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027*.

Helsedirektoratet: Oslo. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *God helse – felles ansvar* (Meld. St. nr. 34, 2012 – 2013). Oslo: Departementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015). *Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter* (St. meld. nr. 19, 2014-2015). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016-2021). *Ungdomshelse – regjeringens strategi for bedre ungdomshelse 2016-2021*. (Nr 20, 2016). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Statsbudsjettet 2017: Sterk satsing på helsestasjon- og skolehelsetjeneste* [Pressemelding 06.10.2016]. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sterk-satsing-pa-helsestasjon-og-skolehelsetjeneste/id2514665/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2017-2022). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse* (2017-2022).

Heyerdahl S. (2003). SDQ – Strength and difficulties questionnaire: En orientering om et nytt spørreskjema for kartlegging av mental helse hos barn og unge, brukt i UNGHUBRO, OPPHED og TROFINN. *Norsk Epidemiologi*, 13(1), 127-135.

Johansen, R., Bakken, I. J., Skogen, J. C., Knudsen, A. S., Clench-Aas, J. & Torgersen, L. (2018). *Folkehelse rapporten: Psykiske lidelser hos voksne*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/#konsekvenser-og-utfordringer>

Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B. & Pollitt, P. (1997a).

"Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The medical journal of Australia*, 166(4), 182-186

Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers B. & Pollitt, P. (1997b).

Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(3), 143-8.

Jorm, A.F., Morgan, A.J. & Wright, A. (2010). Actions that young people can take to

prevent depression, anxiety and psychosis: Beliefs of health professionals and young people. *Journal of Affective Disorders*, 126(1), 278-281.

Jorm, A. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better

mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243

Jorm, A. F., Angermeyer, M., & Katschnig, H. (2000). Public knowledge of and attitudes to

mental disorders: A limiting factor in the optimal use of treatment services. G.

Andrews & S. Henderson (Red.), *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses* (s. 399-413). New York, US: Cambridge University Press.

Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a

strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *The Medical Journal of Australia*, 187(7), S26-30

Knudsen A.K., Harvey, S.B., Mykletun, A. & Øverland, S. (2013). Common mental

disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 287-297.

-
- Klomsten, A. T. (2017). Psykisk helse som eget fag i skolen. M. Uthus (Red.), *Elevens psykiske helse i skolen: Utdanning til å mestre egne liv* (s. 286-298). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kunnskapsdepartementet (2015-2016) *Fag – fordypning – forståelse – en fornyelse av kunnskapsløftet* (St.meld. nr. 28, 2015-2016)
- Kutcher, S., Wei, Y., & Morgan, C. (2015). successful application of a canadian mental health curriculum resource by usual classroom teachers in significantly and sustainably improving student mental health literacy. *The Canadian Journal of Psychiatry, 60*(12), 580-586.
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016a). Mental health literacy. *The Canadian Journal of Psychiatry, 61*(3), 154-158.
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., & Sourander, A. (2016b). Enhancing mental health literacy in young people. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(6), 567-569.
- Larun, L., Nordheim, L.V., Ekeland, E, Hagen K. B. & Heian, F. (2006). Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane database of systematic reviews, 3* (3).
doi:10.1002/14651858.CD004691.pub2.
- Lawrence, T. (2014). Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey. *Child and adolescent psychiatry and mental health 8*(26), 1-8

- Loureiro, L., Jorm, A., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R., & Pedreiro, A. (2013). Mental health literacy about depression: A survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 129.
- Loureiro, L., Jorm, A., Oliveira, R., Mendes, A., Dos Santos, J., Rodrigues, M., & Sousa, C. (2015). Mental health literacy about schizophrenia: A survey of Portuguese youth. *Early Intervention in Psychiatry*, *9*(3), 234-241
- Major, E. F., Dalgard, O.S., Mathisen, S. K., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L.E. (2011). *Bedre føre var ...: Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport, 1, 2011). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Marshall, J., & Dunstan, D. (2013). Mental health literacy of Australian rural adolescents: An analysis using vignettes and short films. *Australian Psychologist*, *48*(2), 119-127
- Martin, C. (2016). FlexMR. *The Quantitative Research Sample Size Calculator*. Hentet fra <https://www.flexmr.net/blog/quantitative-research/2016/2/sample-size-calculator.aspx>
- Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet - psykisk helse - kognitiv terapi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Markussen, E. & Seland, I. (2012). *Å redusere bortvalg – bare skolens ansvar?* (Rapport 6/12). NIFU Nordisk Institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
- Mathiesen, S. K., Kjeldsen, Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L. & Helgeland, H. (2007). Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid. (Rapport 5/2007). Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo

-
- Mcluckie, A., Kutcher, S., Wei, Y., & Weaver, C. (2014). Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC Psychiatry, 14*, 379. doi: 10.1186/s12888-014-0379-4
- Melas, P.A., Tartani, E., Forsner, T., Edhborg, M. & Forsell, Y. (2013). Mental health literacy about depression and schizophrenia among adolescents in Sweden. *European Psychiatry, 28*(7), 404-411.
- Merikangas K. R., He J.P., Brody D., Fisher, P.W., Bourdon K. & Koretz, D.S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001–2004. *NHANES Pediatrics 125*(1), 75–81. doi: 10.1542/peds.2008-2598
- Millstein, M. & Hofstad, H. (2017). *Fortetting og folkehelse- hvilke folkehelsekonsekvenser har den kompakte byen.* (NIBR rapport 2/17) Høgskolen i Oslo og Akershus
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv.* Nasjonalt folkehelseinstitutt (rapport 8/2009).
- O’connor, M., Casey, L., & Clough, B. (2014). Measuring mental health literacy – a review of scale-based measures. *Journal of Mental Health, 23*(4), 197-204.
- Olsson, D. & Kennedy, M. (2010). Mental health literacy among young people in a small US town: Recognition of disorders and hypothetical helping responses. *Early Intervention in Psychiatry, 4*(4), 291-298
- Pallant, J. (2013). *Spss survival manual: A step by step guide to data analysis using spss* (5th ed. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press.
- Patel V., Flisher A.J., Hetrick S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet, 369*(9569), 1302-1313.

- Patton, G.C., Coffey, C., Romaniuk, H., Mackinnon, A., Carlin, J.B., Degenhardt, L., Olsson, C.A. & Moran, P. (2014). The prognosis of common mental disorders in adolescents: A 14-year prospective cohort study. *The Lancet*, 383(9926), 1404-1411. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62116-9
- Perry, Y., Petrie, K., Buckley, H., Cavanagh, L., Clarke, D., Winslade, M., . . . Christensen, H. (2014). Effects of a classroom-based educational resource on adolescent mental health literacy: A cluster randomized controlled trial. *Journal of Adolescence*, 37(7), 1143-51. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.08.001
- Pescosolido, B., Martin, J., Long, J., Medina, T., Phelan, J., & Link, B. (2010). "A disease like any other"? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321-1330.
- Regjeringen (2017). *Pressemelding. Regjeringen vil kreve psykolog i alle kommuner*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringen-vil-kreve-psykolog-i-alle-kommuner/id2547054/>
- Reavly, N.J. & Jorm, F.A. (2011). *National survey of mental health literacy and stigma*. Department of health and ageing: Canberra.
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Nasjonalt folkehelseinstitutt (NOVA rapport 10/2018).
- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C. & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 1-34.

-
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Samdal, O., Mathisen, F.K.S., Torsheim, T., Diseth, Å., Fismen A-S., Larsen, T., Wold, B., & Årdal, E. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land»*. (HEMIL-Rapport 1/2016) HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen
- Salerno, J. (2016). Effectiveness of universal school-based mental health awareness programs among youth in the united states: a systematic review. *Journal of School Health, 86*(12), 922-931.
- Schaefer, J.D., Caspi, A., Belsky, D.W., Harrington, H., Houts, R., Horwood, L.J. ... Macdonald, A. W. (2017) Enduring mental health: Prevalence and prediction. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(2), 212-224.
- Schille-Rognmo, M. (2017). Ungdata, mental health and gender differences: A study of gendered mental health re-enactments in ungdatabasens dLTC youth surveys (Masteroppgave, Nord Universitet). Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/11215/thesis.pdf?sequence=2>
- Skogen, J. C., Knudsen, A.K.S., Clench-Aas J., Torgersen, L., Bakken, I. J. & Johansen, R. (2018). *Folkehelse rapporten: Psykiske lidelser hos voksne*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-voksne---folkehel/#forekomst-av-psykiske-lidelser-hos-voksne>

Skre, I., Friborg, O., F., Camilla, B., Johnsen, L. I., J., Arnesen, Y. & Wang, C. E. A. (2013).

A school intervention for mental health literacy in adolescents: Effects of a non-randomized cluster controlled trial. *13*(873).

Sletten, M. A. & Bakken, A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer: En kunnskapsoversikt og en empirisk*

analyse (4:2016). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

Solberg, P. O. (2018). Skeptisk til sykeliggjøring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*,

55(2). 86-89. Hentet fra

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=504511&a=2

Sommer, M. (2016). *Mental health among youth in Norway: Who is responsible? What is being done?* Stockholm: Nordic Centre for Welfare and Social Issues.

Soest, T. v., & Wichstrom, L. (2014). Secular trends in depressive symptoms among

Norwegian adolescents from 1992 to 2010. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(3), 403-415.

Statistisk sentralbyrå [SSB] (2016). *Helseforhold, levekårsundersøkelsen*. Hentet fra

<https://www.ssb.no/helse/statistikker/helseforhold>

Statistisk sentralbyrå [SSB] (2017). *Videregående opplæring og annen videregående*

utdanning. Hentet fra <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/vgu>

Stroud, C., Walker, L.R., Davis, M. & Irwin, C.E. (2015). Investing in the health and well-

being of young adults. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), 127-129.

-
- Sund, A., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5, 28.
- Swords, L., Hennessy, E., & Heary, C. (2011). Adolescents' beliefs about sources of help for ADHD and depression. *Journal of Adolescence*, 34(3), 485-492.
- Tharaldsen, K., Stallard, P., Cuijpers, P., Bru, E., & Bjaastad, J. (2017). 'It's a bit taboo': A qualitative study of Norwegian adolescents' perceptions of mental healthcare services. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 22(2), 111-126
- Torgersen, L., Suren, P., Furu, K., Reneflot, A., Nes, R. B. & Bakken, I. J. (2018). *Folkehelse rapporten: Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Venstre Viken (2018). *Skoler som har gjennomført VIP-programmet: Hedmark*. Hentet fra <https://vestreviken.no/skoleprogrammet-vip/om-skoleprogrammet-vip/skoler-som-har-gjennomfort-vip-programmet#hedmark>
- Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? *Health Promotion International*, 26, 29-69. doi: 10.1093/heapro/dar075
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T., Angold, A., Egger, H., Solheim, E., & Sveen, T. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(6), 695-705.
- White, P.H. & Mcmanus, M. (2015). Investing in the health and well-being of young adults. *Journal of Adolescent Health*, 57(1), 126.

World Health Organization [WHO] (2012). *Adolescent mental health: Mapping actions of nongovernmental organizations and other international development organizations.*

Hentet fra http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44875/1/9789241503648_eng.pdf

World Health Organization [WHO] (2013). *Health literacy: the solid facts.* Geneva: WHO Regional Office for Europe. Hentet fra

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf

WHO (2014). *Health for the world's adolescents. A second chance in the second decade: Implications for health and behavior.* Hentet fra

<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page6/implications-for-health-and-behaviour.html>

WHO (2017). *Depression: Fact sheet.* Hentet fra

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

WHO (2018). *Maternal, newborn, child and adolescent health.* Hentet fra

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/

Vedlegg

- I. Godkjenning fra NSD
- II. Samtykkeskjema til deltakerne
- III. Informasjonsskriv til foresatte
- IV. Invitasjon til de videregående skolene
- V. Spørreskjema
- VI. Oversikt over spørsmål i indeksene
- VII. Deskriptiv statistikk fra undersøkelsen på alle variabler og spørsmål
- VIII. Korrelasjonsanalyse av studiens bakgrunnsvariabler

Knut R. Skulberg
Hamarvegen 112
2411 ELVERUM

Vår dato: 15.12.2017

Vår ref: 56984 / 3 / LH

Deres dato:

Deres ref:

Tilråkning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 08.11.2017 for prosjektet:

<i>56984</i>	<i>Mental health literacy og psykisk helse blant ungdom</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Innlandet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Knut R. Skulberg</i>
<i>Student</i>	<i>Malene Verpe</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 25.05.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vennlig hilsen

Dag Kiberg

Lise Aasen Haveraaen

Kontaktperson: Lise Aasen Haveraaen tlf: 55 58 21 19 / Lise.Haveraaen@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Malene Verpe, malene_verpe@hotmail.com



FORMÅL

Formålet med prosjektet er å undersøke nivået av mental health literacy (MHL) samt egenrapporterte psykiske plager blant ungdom på 2. eller 3. trinn i videregående skoler, og se om det er en assosiasjon mellom MHL og forekomst/utbredelse av psykiske plager og lidelser blant ungdommene.

UTVALG OG REKRUTTERING

Utvalget består av skoleelever på videregående skole. Aktuelle videregående skoler vil bli kartlagt ved bruk av Ungdata-undersøkelser. Utvalget vil rekrutteres gjennom skolen. Student kontakter rektor ved aktuelle skoler, som videreformidler informasjon og forespørsel om deltakelse. Personvernombudet forutsetter at frivillighet, taushetsplikt og konfidensialitet blir ivaretatt under rekruttering av utvalget. Personvernombudet legger til grunn at frivilligheten ivaretas og minner om at frivillighet kan være problematisk når en rekrutterer gjennom eget nettverk hvis det er et avhengighetsforhold mellom den som rekrutterer og informant, som for eksempel elever og lærer/rektor.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivene vi har mottatt er greit utformet, men følgende setninger må endres/fjernes:

I informasjonsskrivet til foreldrene:

"[...] all informasjon de gir er anonymt (de skal ikke oppgi navn) og vil bli behandlet deretter."

I informasjonsskrivet til elevene:

"I spørreskjemaet skal dere ikke fylle ut navn, og alle personopplysninger vil dermed være helt anonyme"

Dette fordi det samles inn identifiserende bakgrunnsopplysninger, og undersøkelsen vil derfor ikke være anonym.

I tillegg må det legges til informasjon om dato for prosjektslutt (25.05.2018) og at opplysningene anonymiseres etter denne datoen i skrivet til foreldrene.

Revidert informasjonsskriv skal sendes til personvernombudet@nsd.no før utvalget kontaktes.

SAMTYKKE FOR BARN UNDER 16 ÅR

Hovedregelen når det registreres sensitive opplysninger til forskningsformål om ungdom under 18 år, er at det må innhentes samtykke fra foreldrene. I dette prosjektet vurderer personvernombudet det imidlertid slik at ungdommer over 16 år kan samtykke til deltakelse på selvstendig grunnlag. Dette ut fra en helhetsvurdering av opplysningenes art og omfang.

Dersom elevene ikke har fylt 16 år, må det innhentes samtykke fra deres foreldre. Vi minner om at selv om foresatte samtykker til barnets deltakelse, må også barna gi sin aksept til deltakelse. Barnet bør få tilpasset informasjon om prosjektet, og det må sørges for at de forstår at deltakelse er frivillig og at de når som helst kan trekke seg dersom de ønsker det. Dette kan være vanskelig å formidle, da barn ofte er mer autoritetstro enn voksne. Frivillighetsaspektet må derfor særlig vektlegges i forhold til barn, og spesielt når forskningen foregår på eller i tilknytning til en organisasjon som barnet står i et avhengighetsforhold til, som for eksempel skole.

FORSKNING I SKOLEN

Mens skole er en obligatorisk arena skal deltagelse i forskning være frivillig. Forespørselen må derfor rettes på en slik måte at de forespurte ikke opplever press om å delta, gjerne ved å understreke at det ikke vil påvirke forholdet til skole hvorvidt de ønsker å være med i studien eller ikke. Videre bør det planlegges et alternativt opplegg for de som ikke deltar. Dette er særlig relevant ved utfylling av spørreskjema i skoletiden.

Personvernombudet legger til grunn at forskningsprosjektet er avklart med ledelsen på skolen.

SENSITIVE PERSONOPPLYSNINGER

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold, samt etnisk bakgrunn eller politisk/filosofisk/religiøs oppfatning.

DATABEHANDLER

Questback er databehandler for prosjektet. Personvernombudet forutsetter at det foreligger avtale mellom Questback og den behandlingsansvarlige for den behandling av data som finner sted, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder på denne siden: http://www.datatilsynet.no/templates/article___2742.aspx

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Innlandet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på privat pc, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 25.05.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

Vi minner om at også databehandler må slette personopplysninger fra sine systemer. Dette inkluderer eventuelle logger av koblinger mellom IP-adresse/epost-adresser og besvarelser.

Forespørsel om deltakelse til spørreundersøkelse

” Psykisk helse og kunnskaper om dette blant ungdom ”

Kjære elev

Jeg er masterstudent ved Høgskolen i Innlandet ved Elverum, og skal i den forbindelse utføre en spørreundersøkelse. Jeg har som formål å undersøke hvilke kunnskaper ungdom har om psykisk helse samt hvordan ungdommens psykiske helse er hos dere som er elever på videregående skole.

For å kunne gjennomføre dette prosjektet trenger jeg hjelp av deg som er elev på videregående skole. Du er valgt ut til å delta i dette prosjektet for å kartlegge hvilke kunnskaper ungdommer mellom 16-19 år har om psykisk helse, samt kartlegge den psykiske helsen for å undersøke om det er en sammenheng mellom kunnskap om psykisk helse og psykisk helse.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer å delta på en spørreundersøkelse, som gjennomføres på PC. Det blir opprettet en link til spørreskjemaet som du må bruke. Etter å ha fylt ut spørreskjemaet, sendes dette inn ved å trykke «ferdig/send inn». Spørsmålene vil omhandle psykisk helse, og undersøkelsen vil komme til å ta mellom 25-40 minutter.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Informasjon innhentet fra spørreskjemaet skal kun brukes til min masteroppgave, og det er kun meg (student) og min veileder som vil ha tilgang til svarene dere sender inn. I spørreskjemaet skal dere ikke oppgi navn, og all informasjon dere oppgir vil bli behandlet anonymt. Det er heller ikke mulig å spore opp IP-adresser som knytter dere til hvem dere er. Alle opplysninger og svar fra undersøkelsen vil lagres på beskyttet PC der passord må brukes for å få tilgang. Ingen av deltakerne vil kunne gjenkjennes i publikasjonen av denne masteroppgaven. Prosjektet skal etter planen avsluttes i juni 2018.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med
Malene Verpe på telefonnummer 99363834 eller på mail: malene_verpe@hotmail.com.
Knut R. Skulberg, Førsteamanuensis ved HINN på mail: knut.skulberg@inn.no

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av deltaker)

INFORMASJON OM DELTAKELSE I SPØRREUNDERSØKELSE, SOM OMHANDLER PSYKISK HELSE I FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVE

Kjære elev og foreldre/foresatt,

Jeg holder på med min masteroppgave ved høgskolen i Innlandet, avdeling for folkehelsefag i Elverum og ønsker å undersøke hvilke kunnskaper ungdom har om psykisk helse samt hvordan ungdommen psykiske helse er. Målet med masteroppgaven er å se etter assosiasjoner mellom kunnskap om psykisk helse og forekomst av psykiske plager. Jeg inviterer derfor ditt barn til å delta i en spørreundersøkelse på skolen i løpet av februar/mars 2018. Undersøkelsen gjennomføres på PC sammen med de andre elevene i klassen. Undersøkelsen vil foregå i en skoletime, og vil vare ca. 25-40 minutter.

Ditt barns deltakelse i spørreundersøkelsen er frivillig, og all informasjon de oppgir vil bli behandlet anonymt. Dette betyr at det er ingen som får vite hva den enkelte elev svarer i spørreundersøkelsen. Om ditt barn har samtykket til å delta på spørreundersøkelsen, men på ett senere tidspunkt før undersøkelsen skal gjennomføres ikke ønsker å delta lenger kan enten du/ditt barn informere meg direkte eller via barnets lærer slik at barnet ikke trenger å delta.

Innsamlede opplysninger fra ditt barn vil oppbevares på passord beskyttet PC. Det vil ikke være mulig å identifisere ditt barn i arbeidet med dette prosjektet, og heller ikke i resultatene ettersom all innhentet informasjon fra spørreundersøkelsen vil bli anonymisert. Prosjektet vil etter planen avsluttes 25.05.2018. Prosjektet er godkjent av til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, og vil gjennomføres etter etiske retningslinjer for forskningsprosjekter

Dersom du har spørsmål angående prosjektet, ta kontakt med Malene Verpe, masterstudent eller min veileder førsteamanuensis Knut R. Skulberg på e-post eller telefon.

Ditt barns deltakelse i spørreundersøkelsen blir høyt verdsatt.

Med vennlig hilsen

Malene Verpe

Masterstudent ved Høgskolen i Innlandet

E-post: malene_verpe@hotmail.com

Telefon: 99363834

Knut R. Skulberg

1. amanuensis ved Høgskolen i Innlandet

E-post: knut.skulberg@inn.no

Navn på rektor ved skolen

Navn på videregående skole

Adresse videregående skole

Elverum, dato

Kjære «Rektor» og ansatte ved «navn» videregående skole.

Vi vil herved invitere elevene ved deres skole til å delta i en spørreundersøkelse knyttet til min masteroppgave i folkehelsevitenskap ved Høgskolen i Innlandet, avdeling for folkehelse, Elverum.

Mitt navn er Malene Verpe, jeg har en bachelorgrad i folkehelsearbeid og er nå i ferd med å fullføre min masterutdanning i folkehelse våren 2018 her i Elverum. I min masteroppgave er jeg ute etter å undersøke hvilke kunnskaper elever ved videregående skoler har om psykisk helse samt forekomst av psykiske plager blant elevene. Formålet med denne masteroppgaven er å se etter assosiasjoner mellom kunnskap rundt psykisk helse og psykiske plager.

Spørreskjema som benyttes i denne undersøkelsen har tidligere blitt brukt i studier, av forskere fra Folkehelseinstituttet, hvor en har utført intervensjoner for å øke elevenes kunnskaper om psykisk helse og dermed redusere risiko for å utvikle en negativ psykisk helse.

Tidligere resultater viser at denne metoden er svært nyttig for å kartlegge ungdommens psykiske helse. Denne undersøkelsen kan derfor brukes som ett verktøy for skoleeier til å vurdere om det er behov for å sette inn tiltak for å bedre den psykiske helsen til ungdommene. Studiene fra folkehelseinstituttet har vist at slike opplæringstiltak har en meget god helseeffekt.

Jeg ønsker å invitere alle, eller så mange som mulig av elevene ved skolen til å gjennomføre en elektronisk spørreundersøkelse på skolen i løpet av februar/mars 2018. Spørreundersøkelsen vil innebære at elevene svarer på ulike spørsmål om psykisk helse ved bruk av PC. Det er ønskelig at dette gjennomføres i en skoletime, undersøkelsen er estimert til å vare mellom 25-40 minutter og det vil bli opprettet en link som elevene må bruke for å delta.

Elevenes deltakelse i denne spørreundersøkelsen er helt frivillig, og alle svar de gir fra seg i spørreskjemaet er anonymt. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), og vil selvfølgelig gjennomføres etter etiske retningslinjer for forskningsprosjekter.

Om du skulle ha noen spørsmål i forbindelse med prosjektet er det bare å ta kontakt med Malene Verpe, masterstudent eller min veileder førsteamanuensis Knut R. Skulberg på e-post eller telefon.

Jeg håper at dere finner dette interessant og nyttig for skolen. Resultatene vil selvfølgelig bli presentert for dere, og vi deltar gjerne i en diskusjon om hvordan dere kan bruke resultatene til skolens beste.

Det vil bety mye for meg om skolen og elevene her vil være med å delta. Jeg vet at dere har en travel tidsplan, men håper likevel dere har mulighet til å ta dere tid til å være med på dette. Håper på positivt svar, og ser frem til ett hyggelig samarbeid.

På forhånd takk.

Med vennlig hilsen

Malene Verpe

Masterstudent ved Høgskolen i Innlandet

E-post: malene_verpe@hotmail.com

[Telefon: 99363834](tel:99363834)

Knut R. Skulberg

1. amanuensis ved Høgskolen i Innlandet

E-post: knut.skulberg@inn.no

Spørreundersøkelse knyttet til masteroppgaveprosjekt om psykisk helse blant ungdom

Denne spørreundersøkelsen har som formål å kartlegge hvilke kunnskaper ungdom som går på videregående skole har om psykisk helse, samt undersøke hvordan det står til med deres psykiske helse.

Det vil ta rundt 25-40 minutter å fullføre spørreundersøkelsen. Det er helt frivillig å delta i spørreundersøkelsen, og du kan når som helst velge å trekke deg ved å ikke sende inn dette spørreskjemaet. Alle personopplysninger er anonyme, dvs. at ingen opplysninger kan tilbakeføres til deg personlig. All informasjon vil behandles etter Datatilsynets regler.

Det vil være obligatorisk å svare på en del av spørsmålene i denne undersøkelsen, disse spørsmålene er markert med *, og må besvares for å komme videre til neste side i undersøkelsen. Etter dere har trykt på neste side, er det ikke mulighet til å gå tilbake i undersøkelsen for å endre svarene.

Når du svarer på spørsmålene nedenfor er det viktig at du svarer ærlig og i tråd med det du selv mener.

På forhånd, tusen takk for at du tar deg tid til å svare på denne undersøkelsen.

Din identitet vil holdes skjult.

[Les om retningslinjer for personvern.](#) (Åpnes i nytt vindu)

1) * Hvilken skole går du på?

[REDACTED]

[REDACTED]

- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]
- [Redacted]

2) * Hvilket studieprogram går du på?

- Studieforberevende program (Studiespesialisering, musikk, dans og drama, idrettsfag, kunst, design og arkitektur eller medier og kommunikasjon)
- Yrkesfaglige utdanningsprogram (Helse- og oppvekstfag, Naturbruk, design og håndverk, restaurant- og matfag, bygg- og anleggsteknikk, elektrofag, teknikk og industriell produksjon eller service og samferdsel)
- Annet:

3) * Hvilket klassetrinn går du i?

1. 2. 3. Annen klassesituasjon:

4) Skriv ned de ulike formene for psykiske lidelser du vet om:

0/4000



Del 2: Kunnskap om psykisk problemer og lidelser

5) * Hvor stor andel av barn og unge i Norge tror du har psykiske problemer/lidelser?

- 0-5%
- 5-10%
- 15-20%
- 25-30%
- 30-35%
- Vet ikke

6) * Hvilken av de to følgende påstandene er du mest enig i?

- Folk med psykiske problemer er som regel annerledes enn andre og vanskelige å hjelpe
- Psykiske problemer har ofte naturlige årsaker og kan ramme hvem som helst
- Like enig i begge

7) * Hvilken av de to følgende påstandene er mest riktig?

- Hvis man søker hjelp tidlig, er det sannsynlig at fagfolk til bagatellisere problemet
- Hvis man søker hjelp tidlig, er det større sjanse for at fagfolk kan hjelpe

Sett ett kryss på hver linje

8) * Ta stilling til følgende påstander.

	Vet		
	Ja	Nei	ikke
Man kan få psykiske problemer av mye stress og påkjenninger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Man kan få psykiske problemer av for lite søvn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvis du først har fått ett psykisk problem vil du ha problemer resten av livet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Man kan se på folk om de har psykiske problemer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du kan ha psykiske problemer uten selv å vite det	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Du kan få psykiske problemer gjennom misbruk av rusmidler som LSD og amfetamin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hver tredje nordmann vil få psykiske problemer i løpet av livet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiske lidelser er delvis arvelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alvorlige psykiske lidelser skyldes i stor grad miljø og liten grad medfødte egenskaper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sett ett eller flere kryss

9) * Hvilke av de følgende trekk er særegne for en person som har en psykose?

- Hører stemmer
- Ser syner eller ting andre ikke ser
- Vanskelig for å puste
- Er svært glad og ovenpå
- Opplever ikke virkeligheten slik andre gjør det

- Har rykninger i kroppen
- Tilbaketrukket eller menneskesky
- Har fråde (spytt som bobler ut av munnen)
- Snakker høyt med seg selv
- Føler seg kvalm
- Vet ikke

10) * Ved hvilken alder er man spesielt utsatt for spiseforstyrrelser

- Barndommen
- Ungdomstiden
- Tidlig voksen
- Middelaldrende
- Gammel

Sett ett eller flere kryss

11) * Hvilken av de nedenforstående er en spiseforstyrrelse?

- Bulimi
- Dysleksi
- Anoreksi
- Bigami
- Tvangsspising
- Autisme

Vet ikke

12) * Hvilken av de følgende er riktig?

- Mennesker med personlighetsforstyrrelser har varige, negative måter å omgås andre på
- Personlighetsforstyrrelser er psykiske reaksjoner på hendelser i omgivelsene
- Vet ikke

Sett ett kryss på hver linje

13) * Ta stilling til følgende påstander.

	Riktig	Ikke riktig	Vet ikke
Personer med ADHD klarer sjelden å sitte i ro, de er hyperaktive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personer med ADHD er inadvante og rolige	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personer med ADHD mister lett konsentrasjonen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personer med ADHD er impulsive og handler ofte før de tenker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Personer med ADHD snakker ofte mye	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
For stort inntak av sukker kan gi ADHD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14) * Kan du navngi en medisin som mange med ADHD bruker?

- Nei, vet ikke
- Svar

15) Kan du nevne noen former for angstlidelser?

0/4000

*Sett ett eller flere kryss***16) * Hvilke trekk er typiske for personer med tvangslidelser?**

- Tåler ikke uorden i ting eller hendelser
- Svært glad i spontane innfall
- Svært opptatt av å sjekke ting mange ganger
- Har svært høy toleranse for rot og uorden
- Er veldig glad i overraskelser
- Svært opptatt av å lage regler for ting
- Liker svært dårlig å binde seg
- Svært opptatt av at ting skjer i bestemte rekkefølger

*Sett ett eller flere kryss***17) * Hvilke av de følgende er kjennetegn på depresjon?**

- Trist mye av dagen, ser mørkt på livet
- Liten interesse for ting som før var morsomme
- Farer opp, er høyllytt og vil ha oppmerksomhet
- Vil helst være sammen med noen hele tiden

- Problemer med konsentrasjon og problemer med å ta avgjørelser
- Har selvmordstanker
- Vil ikke ut på åpne plasser
- Vet ikke

18) * I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av angst

- Fagfolk kan gjøre alle helt bra
- Kan hjelpe noen, men ikke alle
- Mulig å hjelpe enkelte litt
- Ikke mye fagfolk kan gjøre
- Vet ikke hva angst er

Velg kun ett alternativ

19) * I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av fobier?

- Fagfolk kan gjøre alle helt bra
- Kan hjelpe noen, men ikke alle
- Mulig å hjelpe enkelte litt
- Ikke mye fagfolk kan gjøre
- Vet ikke hva fobier er

Velg ett eller flere alternativer

20) * Hvilke av følgende er kjennetegn på en manisk tilstand?

- Har mistet virkelighetsforståelsen
- Søvnig, virker sliten
- Holder høy aktivitet, har stor selvtillit
- Har stor mangel på søvn
- Er svært deprimert hele tiden

21) * Hvilke av de følgende påstander er mest riktig?

- Bruk av hasj eller marihuana har liten betydning for forløpet av en psykisk lidelse
- Bruk av hasj eller marihuana demper psykisk lidelse
- Bruk av hasj eller marihuana kan forverre en psykisk lidelse
- Vet ikke

Nedenfor er en liste over kjennetegn som kan tyde på at en person har en psykisk lidelse. Skriv til høyre på hver linje hvilken lidelse(evt hvilke lidelser) vedkommende kjennetegn kan være forbundet med. Det er gitt ett eksempel i første linje.

22) Kjennetegn

	Mest aktuelle lidelse	Mulig annen lidelse
Vedvarende trøtthet	Depresjon	
Klarer sjelden å sitte i ro		
Hører stemmer		
Gråter mye		

	Mest aktuelle lidelse	Mulig annen lidelse
Tør ikke gå ut alene	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trist mye av dagen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Periodevis svært dominerende i sosiale samvær	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ser syner eller ting andre ikke ser	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Overdrevent nøye med renslighet	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mister lett konsentrasjonen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Periodevis påfallende aktiv og full av selvtillit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Opptrer forstyrret	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Spiser svært lite	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Har søvnproblemer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Svært nervøs når man skal si noe i forsamlinger	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Opplever ikke virkeligheten slik andre gjør det	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ser mørkt på livet	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Mest aktuelle lidelse	Mulig annen lidelse
Får vesentlige dårlige karakterer enn tidligere	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Har periodevis, påfallende uhemmet bruk av penger	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Overdrevent opptatt av at ting må gjøres på helt bestemte måter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Snakker høyt med seg selv	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Påfallende opptatt av å lage regler	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Er svært mager	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Går betydelig opp eller ned i vekt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Har selvmordstanker	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Føler seg forfulgt	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Del 3: Kunnskap om muligheter for hjelp på området psykisk helse

23) * Hva vet du om følgende?

	kjenner godt	kjenner litt	ikke hørt om	ikke hørt om
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pedagogisk-psykologisk rådgivnings- og oppfølgingstjeneste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helsestasjon for ungdom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunal psykisk helsetjeneste for barn og unge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helsestasjon ved skolen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selvmordsforebyggende team	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mental helses hjelpetelefon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VIP	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ung.no (opplysningsside på nett)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24) Kjenner du noen andre hjelpeinstanser eller organisasjoner innen psykisk helse som ikke er nevnt ovenfor?

25) * Har dere helsesøster ved deres skole?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

26) * Kan hun i tilfelle hjelpe deg, eller henvise deg hvis du har psykiske problemer/lidelser?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

27) * Vet du hvor Helsestasjonen for ungdom ligger?

- Ja
- Nei

28) * Kan man få hjelp med psykiske problemer der?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

29) * Har du en fastlege?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis “Har du en fastlege?” er lik “Ja”
)

30) Ville det være naturlig å ta kontakt med ham/henne (din fastlege) hvis du fikk psykiske problemer?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

31) * Har dere en Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i din kommune?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

32) * Har du vært eller er du i kontakt med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)?

Ja

Nei

33) * Har dere et Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) i din kommune?

Ja

Nei

Vet ikke

34) * Har du vært eller er du i kontakt med Psykiatrisk ungdomsteam (PUT)?

Ja

Nei

35) * Har dere et Psykiatrisk akutt-team i din kommune?

Ja

Nei

Vet ikke

36) * Har du vært eller er du i kontakt med Psykiatrisk akutt-team?

Ja

Nei

37) * Har du i forbindelse med psykiske problemer hatt kontakt med noen av de følgende?

- Barnevernet
- Utekontakten
- PPT
- Selvmordsforebyggende team
- Psykolog
- Psykiater
- Støttekontakt
- Annen kommunal psykisk helsetjeneste
- Annen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste
- Brukerorganisasjoner
- Nei, har ikke det



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis “Har du i forbindelse med psykiske problemer hatt kontakt med noen av de følgende?” *er lik* “Annen psykiatrisk spesialisthelsetjeneste” eller
 - Hvis “Har du i forbindelse med psykiske problemer hatt kontakt med noen av de følgende?” *er lik* “Brukerorganisasjoner” eller
 - Hvis “Har du i forbindelse med psykiske problemer hatt kontakt med noen av de følgende?” *er lik* “Annen kommunal psykisk helsetjeneste”

38) Hvilken/hvor?

Kommunal psykisk
helsetjeneste:

Psykiatrisk
spesialisthelsetjenes
te:

Brukerorganisasjone
r:

Velg ett eller to alternativer

39) * Tenk deg at du en måned eller to hadde følt deg nedfor, hatt lite overskudd, ikke orket å gjøre skolearbeidet og hatt lite glede av å være sammen med andre. Hva tror du at du ville gjort med problemet?

- Håpet at det skulle gå over av seg selv
- Prøvd å få snakket med en psykolog
- Snakket med en lærer
- Tatt kontakt med skolehelsetjenesten
- Snakket med noen i familien
- Snakket med en venn eller med kjæresten
- Tatt kontakt med fastlegen eller annen lege
- Annet(angi nærmere):

40) Hvis du i ovennevnte situasjon ønsket å ta kontakt med en fagperson, hvilken av følgende ville det mest sannsynlig ha blitt?

- Kontaktlærer
- Skolerådgiver
- Lege
- Psykolog
- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)
- Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT)
- Pedagogisk Psykologisk rådgivnings- og oppfølgingstjeneste for barn og unge (PPT)
- Helsestasjon for ungdom

- Kommunal Psykisk helsetjeneste for barn og unge
- Helsestasjon ved skolen
- Andre (hvem?)

Velg ett eller flere alternativer

41) * Hvis du fikk inntrykk av at en venn eller klassekamerat hadde psykiske problemer, hva vil du da gjøre?

- Ingenting
- Snakke med vedkommende og foreslå at vi skal gå å søke hjelp. (I så fall, oppgi hvor etterpå)
- Snakke med lærer
- Snakke med rådgiver
- Snakke med helsesøster
- Snakke med familien
- Ringe en hjelpinstans. (I så fall, oppgi hvilken etterpå)
- Søke informasjon på internett
- Søke hjelp på internett
- Annet:
- Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis “Hvis du fikk inntrykk av at en venn eller klassekamerat hadde psykiske problemer, hva vil du da gjøre?” er lik “Snakke med vedkommende og foreslå at vi skal gå å søke hjelp. (I så fall, oppgi hvor etterpå)”
-)
-
-)

42) Du har svart at du ville snakke med vedkommende og foreslå at dere skal gå å søke hjelp. Hvor ville du gjort dette?



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis “Hvis du fikk inntrykk av at en venn eller klassekamerat hadde psykiske problemer, hva vil du da gjøre?” er lik “Ringte en hjelpeinstans. (I så fall, oppgi hvilken etterpå)”
-)
-
-)

43) Du har oppgitt at du ville ringte en hjelpeinstans. Hvilken ville du ringte?

44) * Vet du om venner eller noen i klassen som har psykiske problemer?

- Nei
- Ja, en
- Ja, flere



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis “Vet du om venner eller noen i klassen som har psykiske problemer?” *er lik* “Ja, flere” eller
 - Hvis “Vet du om venner eller noen i klassen som har psykiske problemer?” *er lik* “Ja, en”
-)
-
-)

(Hvis du kjenner flere, tenk på en som du synes det er særlig tydelig hos)

45) Hvordan vet du om det?

- Jeg ser det på vedkommende
- Han/hun har selv fortalt det til meg
- Jeg spurte og han/hun bekreftet det
- Andre har fortalt meg om det
- Annet:



Del 4: Egenrapportering om psykisk helse - Sterke og svake sider (SDQ-NOR)

46) Vennligst kryss av for hvert utsagn: Stemmer ikke, stemmer delvis eller stemmer helt. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker litt rart. Svar på grunnlag av hvordan du har hatt det de siste 6 månedene.

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Jeg prøver å være hyggelig mot andre. Jeg bryr meg om hva de føler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg deler gjerne med andre (mat, spill eller andre ting)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg blir ofte sint og har kort lunte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er ofte for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg gjør som regel det jeg får beskjed om	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg bekymrer meg mye om mange ting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg stiller opp hvis noen er såret, lei seg eller føler seg dårlig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er stadig urolig eller i bevegelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har en eller flere gode venner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg slåss mye. Jeg kan få andre til å gjøre det jeg vil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Jeg er ofte lei meg, nedenfor eller på gråten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg blir som regel likt av andre på min alder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg blir lett distraherert, jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg blir nervøs i nye situasjoner. Jeg blir lett usikker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er snill mot de som er yngre enn meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg blir ofte beskyldt for å lyve eller jukse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre barn eller unge plager eller mobber meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tilbyr meg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn/unge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tenker meg om før jeg handler (gjør noe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tar ting som ikke er mine hjemme, på skolen eller andre steder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er redd for mye, jeg blir lett skremt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg unngår å gjøre ting sammen med andre fordi jeg er redd for å bli kritisert eller avvist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg fullfører oppgaver. Jeg har lett for å konsentrere meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har plagsomme/forferdelige mareritt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Jeg er engstelig i sosiale situasjoner fordi jeg er redd for andre mennesker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg henger meg ofte så mye opp i detaljer at jeg glemmer hva jeg egentlig skal gjøre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg må gjøre ting på helt spesielle måter for å forhindre at farlige ting skal skje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47) Har du andre kommentarer eller bekymringer?

0/4000

48) * Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?

- Nei Ja, små vansker Ja, tydelige vansker
- Ja, alvorlige vansker



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, alvorlige vansker ” eller
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, tydelige vansker” eller
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, små vansker”

49) Hvor lenge har disse vanskene vært tilstede?

- Mindre enn en måned 1-5 måneder
- 6-12 måneder Mer enn ett år



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, tydelige vansker”
eller
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, alvorlige vansker ”
eller
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, små vansker”

50) Forstyrrer eller plager disse vanskene deg?

- Ikke i det hele tatt Bare litt En god del
- Mye



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, små vansker”
eller
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, alvorlige vansker ”
eller
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, tydelige vansker”

51) Virker disse vanskene inn på livet ditt på noen av de følgende områdene?

	Ikke i det hele tatt	Bare litt	En god del	Mye
Hjemme/I familien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forhold til venner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Læring på skolen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fritidsaktiviteter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, små vansker”
eller
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, tydelige vansker”
eller
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, alvorlige vansker ”

Velg ett eller flere alternativer

52) Har noen uoppfordret tatt opp vanskelighetene dine med deg?

- Klassekamerater
- Andre venner

- Lærer
- Helsesøster
- Nei, ingen av disse



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, tydelige vansker”
eller
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, alvorlige vansker ”
eller
 - Hvis “Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre mennesker?” *er lik* “Ja, små vansker”

Velg ett eller flere alternativer

53) Hva har du selv gjort med problemet?

- Håpet at det skulle gå over av seg selv
- Snakket med noen i familien

- Snakket med en venn eller med kjæreste
- Snakket med en lærer
- Tatt kontakt med skolehelsetjenesten
- Tatt kontakt med fastlege eller annen lege
- Prøvd å få snakket med en psykolog
- Annet, angi nærmere:



Del 5: Personlige data

54) * Er du:

- Mann Kvinne

55) * Hvor gammel er du?

- 15 år 16 år 17 år 18 år 19 år
- Annet

56) * Har du inntektsgivende arbeid ved siden av skolen?

- Ja Nei

57) * Hvem bor du hos?

- Mor og far (biologiske foreldre)
- Bare mor
- Bare far
- Forsterhjem
- Mor med ny mann/samboer
- Far med ny kone/samboer
- Annen bosituasjon:

58) * Omtrent hvor stor er din husstands inntekt før skatt(dvs. hvor mye tjener de du bor sammen med tilsammen)?

- 100.000-200.000 200.000-400.000
 400.000-600.000 600.000-800.000
 800.000-1.000.000 1.000.000-1.200.000
 1.200.000 eller mer Vet ikke

59) * Hvilken utdanning har dine foresatte (de som har ansvar for deg)?

	9-årig grunnskole eller mindre	3-årig videregående skole	Høyskole/universitet, mindre enn 4 år	Høyskole/universitet, mer enn 4 år	Vet ikke
Mor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Far	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

60) * Hvilket land er du født i?

- Norge Annet land. Hvilket?

61) * Hvilket land er dine foresatte født i?

	Norge	Annet land
Mor:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Far:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis "Mor:" er lik "Annet land")
-)

62) Hvilket land er mor født i?



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis "Far:" er lik "Annet land"

63) Hvilket land er far født i?

64) * Hvilket land kommer besteforeldrene dine fra?

	Norge	Annet land
Mormor:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Morfar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farmor:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Farfar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis "Mormor:" er lik "Annet land")
-)

65) Hvilket land kommer mormor fra?



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis "Morfar:" *er lik* "Annet land")
-)

66) Hvilket land kommer morfar fra?



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis "Farmor:" er lik "Annet land")
-)

67) Hvilket land kommer farmor fra?



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
 - (
 - Hvis "Farfar:" er lik "Annet land"

68) Hvilket land kommer farfar fra?

Send

100 % fullført

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Vedlegg VI

Tabell

Oversikt over spørsmålene i indeksene

Indeks 1 Omfatter ett spørsmål. Skåreskala 0-12

Spm 4 Skriv ned de ulike formene for psykiske lidelser du vet om

Indeks 2 Omfatter 6 spørsmål. Skåreskala: 0-15

Spm 5 Hvor stor andel av barn og unge i Norge tror du har psykiske problemer/lidelser?

Spm 6 Hvilken av de to følgende påstandene er du mest enig i?

Spm 7 Hvilken av de to følgende påstandene er mest riktig

Spm 8 Ta stilling til følgende påstander.”

Spm 14 Kan du navngi en medisin som mange med ADHD bruker?

Spm 15 Kan du nevne noen former for angstlidelser?

Indeks 3 Omfatter 9 spørsmål. Skåreskala 0-45

Spm 9 Hvilke av de følgende er kjennetegn på psykose?

Spm 10 Ved hvilken alder er man spesielt utsatt for spiseforstyrrelser?

Spm 11 Hvilke av de nedenforstående er en spiseforstyrrelse?

Spm 12 Hvilken av de følgende er riktig?

Spm 13 Ta stilling til følgende påstander

Spm 16 Hvilke trekk er typiske for personer med tvangslidelser?

Spm 17 Hvilke av de følgende er kjennetegn på depresjon?

Spm 20 Hvilke av de følgende er kjennetegn på en manisk tilstand?

Spm 21 Hvilke av de følgende påstander er mest riktig?

Indeks 4 Omfatter ett spørsmål med 25 ledd

Spm 22 Nedenfor er en liste over kjennetegn som kan tyde på at en person har en psykisk lidelse. Skriv til høyre på hver linje hvilken lidelse (evt. hvilke lidelser) vedkommende kjennetegn kan være forbundet med. Det er gitt et eksempel i første linje.

Indeks 5 Omfatter 2 spørsmål. Skåreskala: 0-2.

Spm 18 I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av angst?

Spm 19 I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av fobier?

Indeks 6 Omfatter ett spørsmål med 10 ledd. Skåreskala: 0-30

Spm 23 Hva vet du om følgende?

Indeks 7 Omfatter 8 spørsmål. Skåreskala: 0-8

Spm 25 Har dere en helsesøster ved deres skole?

Spm 26 Kan hun i tilfelle hjelpe deg, eller henvise deg hvis du har psykiske problemer/lidelser?

Spm 27 Vet du hvor Helsestasjon for ungdom ligger?

Spm 28 Kan man få hjelp med psykiske problemer der?

Spm 29 Har du en fastlege?

Spm 31 Har dere en Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i din kommune?

Spm 33 Har dere et Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) i din kommune?

Spm 35 Har dere et Psykiatrisk akutt-team i din kommune?

*Spm 31,33 og 35 er byttet ut med ett spørsmål for en skole der de har en kommunal tjeneste som dekker alle de 3 tjenesten.

Vedlegg VII

Tabeller med deskriptiv statistikk fra undersøkelsen

Tabell 17			
Vedlegg, oversikt over svarprosent på spørsmålene i undersøkelsen			
Spørsmål	Svaralternativer	Prosentfordeling av svar	Riktig, eller foretrukket svar
3. Skriv ned de ulike formene for psykiske lidelser som du vet om	Åpent		
4. Hvor stor andel av barn og unge i Norge tror du har psykiske problemer/lidelser? Sett ett kryss. N=171	1. 0-5% 2. 5-10% 3. 15-20% 4. 25-30% 5. 30-35% 6. Vet ikke	1.0,6% 2. 12,3% 3. 35,7% 4.33,3% 5.14,6% 6. 3,5%	Alt. 3
5. Hvilken av de to følgende påstandene er du mest enig i? N=171	1. Folk med psykiske problemer er som regel annerledes enn andre og vanskelige å hjelpe. 2. Psykiske problemer har ofte naturlige årsaker og kan ramme hvem som helst. 3. Like enig i begge.	1. 5,8% 2. 77,8% 3. 16,4%	Alt. 2
6. Hvilken av de to følgende påstandene er mest riktig? N=171	1. Hvis man søker hjelp tidlig, er det sannsynlig at fagfolk vil bagatellisere problemet. 2. Hvis man søker hjelp tidlig, er det større sjanse for at fagfolk kan hjelpe.	1. 14% 2. 86%	Alt. 2
7. Ta stilling til følgende påstander. Sett ett kryss på hver linje. 1. Man kan få psykiske problemer av mye stress og påkjenninger. 2. Man kan få psykiske problemer av for lite søvn. 3. Hvis du først har fått et psykisk problem vil du ha problemer resten av livet. 4. Man kan se på folk om de har psykiske problemer. 5. Du kan ha psykiske problemer uten selv å vite det. 6. Du kan få psykiske problemer gjennom misbruk av rusmidler som hasj eller ecstasy. 7. Du kan få psykiske problemer gjennom misbruk av rusmidler som LSD og amfetamin. 8. Hver tredje nordmann vil få psykiske problemer i løpet av livet 9. Psykiske lidelser er delvis arvelig 10. Alvorlige psykiske lidelser skyldes i stor grad miljø og i liten grad medfødte egenskaper	Ja Nei Vet ikke Prosent (%) vist i henhold til «riktig» svar.	1.95,3% 2.78,9% 3. 82,5% 4. 70,2% 5.71,9% 6. - 7.85,4% 8. 49,1% 9. 31,6% 10.53,8%	1.Ja 2. Ja 3. Nei 4. Nei 5. Ja 6. Ja 7. Ja 8. Ja 9. Ja 10. Ja

N=171			
8. Hvilke av de følgende trekk er særegne for en person som har en psykose? Sett ett eller flere kryss. N=171	1. Hører stemmer 2. Ser syner eller ting andre ikke ser 3. Vanskelig for å puste 4. Er svært glad og ovenpå 5. Opplever ikke virkeligheten slik andre gjør det 6. Har rykninger i kroppen 7. Tilbaketrukket eller menneskesky 8. Har fråde (spytt som bobler ut av munnen) 9. Snakker høyt med seg selv 10. Føler seg kvalm 11. Vet ikke	1. 69,6% 2.64,3% 3.73,1% 4. 93% 5. 69% 6. 81,9% 7. 40,4% 8. 94,2% 9. 33,3% 10. 76% 11.19,9%	1. Ja 2.Ja 3.Nei 4.Nei 5.Ja 6.Nei 7.Ja 8.Nei 9.Ja 10.Nei
9. Ved hvilken alder er man spesielt utsatt for spiseforstyrrelser? Sett ett kryss N=171	1. Barndommen 2. Ungdomstiden 3. Tidlig voksen 4. Gammel	1. 2,9% 2. 93,6% 3. 2,9% 4. 0,6%	Alt.2
10. Hvilke av de nedenforstående er en spiseforstyrrelse? Sett ett eller flere kryss N=171	1. Bulimi 2. Dysleksi 3. Anoreksi 4. Bigami 5. Tvangsspising 6. Autisme 7. Vet ikke	1.80,1% 2.99,4% 3.89,5% 4. 94,7 5.67,8% 6. 99,4% 7.5,3%	1.Ja 2.Nei 3.Ja 4.Nei 5.Ja 6.Nei
11. Hvilken av de følgende er riktig? Sett ett kryss. N=171	1. Mennesker med personlighetsforstyrrelser har varige, negative måter å omgås andre på. 2. Personlighetsforstyrrelser er psykiske reaksjoner på hendelser i omgivelsene. 3. Vet ikke	1.17% 2. 53,8% 3.29,2%	1.Nei 2.Ja
12. Ta stilling til følgende påstander. Sett ett kryss på hver linje. 1. Personer med ADHD klarer sjelden å sitte i ro, de er hyperaktive 2. Personer med ADHD er inadvante og rolige 3. Personer med ADHD mister lett konsentrasjonen 4. Personer med ADHD er impulsive og handler ofte før de tenker 5. Personer med ADHD snakker ofte og mye 6. For stort inntak av sukker kan gi ADHD N=171	Riktig Ikke riktig Vet ikke	1.74,9% 2.78,9% 3.91,2% 4.77,2% 5.12,3% 6.78,9%	1.Riktig 2.Ikke riktig 3.Riktig 4.Riktig 5.Ikke riktig 6.Ikke riktig
13. Kan du navngi en medisin som mange med ADHD bruker)	1. Åpent svaralt., ant. med riktig svar 2. Nei, vet ikke	37 stk med riktige svar	Ritalin, Concerta, Equasym, Medikinet, Methylphenidate Sandoz) og amfetamin/dek

			sammfetamin/ lisdeksamfeta min (Attentin, Dexamfetamin e EssPharm, Elvanse
14. Kan du nevne noen former for angstlidelser? N=74	Åpnet spørsmål	41,3%	
15. Hvilke trekk er typiske for personer med tvangslidelser? Sett ett eller flere kryss.	1. Tåler ikke uorden i ting og hendelser 2. Svært glad i spontane innfall 3. Svært opptatt av å sjekke ting mange ganger 4. Har svært høy toleranse for rot og uorden 5. Er veldig glad i overraskelser 6. Svært opptatt av å lage regler for ting 7. Liker svært dårlig å binde seg 8. Svært opptatt av at ting skjer i bestemte rekkefølger	1.78,9% 2.93,6% 3.80,7% 4.94,2% 5.97,7% 6. 74,3% 7.77,8% 8.80,7%	1.Ja/riktig 2.Nei/feil 3.Ja 4.Nei 5.Nei 6.Ja 7.Nei 8.Ja
16. Hvilke av de følgende er kjennetegn på depresjon? Sett ett eller flere kryss. N=171	1. Trist mye av dagen, ser mørkt på livet 2. Liten interesse for ting som før var morsomme 3. Farer opp, er høylytt og vil ha oppmerksomhet 4. Vil helst være sammen med noen hele tiden 5. Problemer med konsentrasjonen og problemer med å ta avgjørelser 6. Har selvmordstanker 7. Vil ikke ut på åpne plasser 8. Vet ikke	1.95,9% 2.78,9% 3.96,5% 4.91,8% 5.72,5% 6. 77,2% 7.36,3% 8.2,9%	1.Ja/riktig 2.Ja 3.Nei/feil 4.Nei 5.Ja 6.Ja 7.Nei
17. I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av angst? Sett ett kryss N=171	1. Fagfolk kan gjøre alle helt bra 2. Kan hjelpe noen, men ikke alle 3. Mulig å hjelpe enkelte litt 4. Ikke mye fagfolk kan gjøre 5. Vet ikke hva angst er	1.4,7% 2.76% 3.14,6% 4.3,5% 5.1,2%	Alt 2 Alt 3
18. I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av fobier? Sett ett kryss N=171	1. Fagfolk kan gjøre alle helt bra 2. Kan hjelpe noen, men ikke alle 3. Mulig å hjelpe enkelte litt 4. Ikke mye fagfolk kan gjøre 5. Vet ikke hva fobier er	1.8,8% 2. 69% 3. 13,5% 4.3,5% 5.5,3%	Alt 2 Alt 3
19. Hvilke av de følgende er kjennetegn på en manisk tilstand? Sett ett eller flere kryss. N=171	1. Har mistet virkelighetsforståelsen. 2. Søvnig, virker sliten. 3. Holder høy aktivitet, har stor selvtillit. 4. Har stor mangel på søvn. 5. Er svært deprimert hele tiden	1. 68,4% 2. 74,3% 3.39,8% 4.42,1% 5. 76%	Ja/riktig Nei/feil Ja Ja Nei
20. Hvilke av de følgende påstander er mest riktig? Sett ett kryss.	1. Bruk av hasj eller marihuana har liten betydning for forløpet av en psykisk lidelse. 2. Bruk av hasj eller marihuana demper psykisk lidelse.	1. 5,3% 2.21,6% 3.59,1%	Alt 3

N=171	3. Bruk av hasj eller marihuanas kan forverre en psykisk lidelse. 4. Vet ikke	4. 14%	
21. (Indeks 4)	«Se eget vedlegg» for egen skåring og prosentfordeling		
22. Hva vet du om følgende? Sett ett kryss i hver linje.			
1. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)	Kjenner godt Kjenner litt Hørt om Ikke hørt om	26,3% 28,7% 32,2% 12,9%	
2. Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT)	Kjenner godt Kjenner litt Hørt om Ikke hørt om	2,3% 11,1% 31,6% 55%	
3. Pedagogisk-psykologisk rådgivnings- og oppfølgingstjeneste	Kjenner godt Kjenner litt Hørt om Ikke hørt om	4,7% 19,9% 31% 44,4%	
4. Helsestasjon for ungdom	Kjenner godt Kjenner litt Hørt om Ikke hørt om	26,3% 33,9% 30,4% 9,4%	
5. Kommunal psykisk helsetjeneste for barn og unge	Kjenner godt Kjenner litt Hørt om Ikke hørt om	12,3% 17,5% 38,6% 31,6%	
6. Helsestasjon ved skolen	Kjenner godt Kjenner litt Hørt om Ikke hørt om	32,2% 8,8% 29,2% 58,5%	
7. Selvmordsforebyggende team	Kjenner godt Kjenner litt Hørt om Ikke hørt om	3,5% 8,8% 29,2% 58,5%	
8. Mental helses hjelpetelefon	Kjenner godt Kjenner litt Hørt om Ikke hørt om	7% 16,4% 47,4% 29,2%	
9. VIP	Kjenner godt Kjenner litt Hørt om Ikke hørt om	4,7% 7,7% 22,2% 65,5%	
10. Ung.no (opplysningsside på nett)	Kjenner godt Kjenner litt Hørt om Ikke hørt om	45% 28,1% 20,5% 6,4%	
N=171			
24. Har dere helsesøster ved deres skole?	1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke	1.95,9% 2.1,2% 3. 2,9%	Alt. 1
N=171			

25. Kan hun i tilfelle hjelpe deg, eller henvise deg hvis du har psykiske problemer/lidelser? (N=171)	1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke	1.73,7% 2. 4,7% 3.21,6%	Alt. 1
26. Vet du hvor Helsestasjon for ungdom ligger? (N=171)	1. Ja 2. Nei	1.50,9% 2.49,1%	Alt. 1
27. Kan man få hjelp med psykiske problemer der? N=171	1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke	1. 60,2% 2.2,3% 3. 37,4%	Alt. 1
28. Har du en fastlege? N=171	1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke	1.94,2% 2. 3,5% 3. 2,3%	Alt. 1
29. Hvis ja, ville det være naturlig å ta kontakt med ham/henne hvis du fikk psykiske problemer? N=169	1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke	1.45,6% 2.33,1% 3.21,3%	
30. Har dere en Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i din kommune? N=81	1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke	1. 54,3% 2.24,7% 3. 21 %	Alt. 1
31. Har du vært eller er du i kontakt med Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP)? N=81	1. Ja 2. Nei	1. 34,6% 2.65,4%	
32. Har dere et Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) i din kommune? N=81	1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke	1. 7,4% 2.8,6% 3.84%	Alt. 1
33. Har du vært eller er du i kontakt med Psykiatrisk ungdomsteam (PUT)? N=81	1. Ja 2. Nei	1. 1,2% 2. 98,8%	
34. Har dere et Psykiatrisk akutt-team i din kommune? N=81	1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke	1. 13,6% 2. 7,4% 3. 79%	Alt. 1
35. Har du vært eller er du i kontakt med Psykiatrisk akutt-team? N=81	1. Ja 2. Nei	1. 3,7% 2. 96,3%	
Har dere et «team barn og unge» (stangehjelpe) i din kommune? N=90	1. Ja 2. Nei 3. Vet ikke	1. 66,7% 2. 1,1% 3. 32,2%	
Har du vært i kontakt med Stangehjelpe (team barn og unge)? N=90	1. Ja 2. Nei	1. 22,2% 2. 77,8%	
36 og (37). Har du i forbindelse med psykiske problemer hatt kontakt med noen av de følgende? Sett ett eller flere kryss. N=162	1. Barnevernet 2. Utekontakten 3. PPT 4.Selvmondsforebyggende team 5. Psykolog 6. Psykiater 7. Støttekontakt 8. Annen kommunal psykisk helsetjeneste: 9. Annen Psykiatrisk spesialisthelsetjeneste: 10.Brugerorganisasjoner: 11.Stangehjelpe (N=90) 12.Nei, har ikke det	1.11,1% 2.1,2% 3. 9,3% 4.1,2% 5.19,1% 6. 8,6% 7.4,9% 8. 10,5% 9. 2,5% 10. 1,9% 11. 11,1% 12. 65,4%	

<p>38. Tenk deg at du en måned eller to hadde følt deg nedfor, hatt lite overskudd, ikke orket å gjøre skolearbeidet og hatt lite glede av å være sammen med andre. Hva tror du at du ville ha gjort med problemet? Sett ett eller to kryss.</p> <p>N=163</p>	<p>1. Håpet på at det skulle gå over av seg selv 2. Prøvd å få snakket med en psykolog. 3. Snakket med en lærer. 4. Tatt kontakt med skolehelsetjenesten. 5. Snakket med noen i familien. 6. Snakket med en venn eller med kjæresten. 7. Tatt kontakt med fastlegen eller annen lege. 8. Annet (angi nærmere):</p>	<p>1. 51,5% 2. 21,6% 3. 15,8% 4. 16,4% 5. 46,8% 6. 56,7% 7. 14,6% 8. 4,7%</p>	
<p>39. Hvis du i ovennevnte situasjon ønsket å ta kontakt med en fagperson, hvilken av de følgende ville det mest sannsynlig ha blitt?</p> <p>N=154</p>	<p>1. Kontaktlærer 2. Skolerådgiver 3. Lege 4. Psykolog 5. Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) 6. Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT) 7. Pedagogisk Psykologisk rådgivnings- og oppfølgingstjeneste 8. Helsestasjon for ungdom 9. Kommunal Psykisk helsetjeneste for barn og unge 10. Helsestasjon ved skolen 11. Lokal kommunal psykisk helse tjeneste 12. Andre</p>	<p>1. 23,4% 2. 13,6% 3. 27,9% 4. 39,6% 5. 20,5% 6. 2,7% 7. 5,8% 8. 16,2% 9. 1,3% 10. 22,7% 11. 13,6% 12. 9,7%</p>	
<p>40 (41 og 42) Hvis du fikk inntrykk av at en venn eller klassekamerat hadde psykiske problemer, hva vil du da gjøre? Sett ett eller flere kryss</p> <p>N=171</p>	<p>1. Ingenting 2. Snakke med vedkommende og foreslå at vi skal gå og søke hjelp. 3. Snakke med lærer 4. Snakke med rådgiver 5. Snakke med helsesøster 6. Ringe en hjelpeinstans. 7. Snakke med familien 8. Søke informasjon på Internett 9. Søke hjelp på Internett 10. Annet: 11. Vet ikke</p>	<p>1. 5,8% 2. 67,8% 3. 26,9% 4. 6,4% 5. 23,4% 6. 1,2% 7. 24,6% 8. 17,5% 9. 9,7% 10. 3,5% 11. 5,3%</p>	
<p>43. Vet du om venner eller noen i klassen som har psykiske problemer? N=171</p>	<p>1. Nei 2. Ja, en 3. Ja, flere</p>	<p>1. 40,9% 2. 24% 3. 35,1%</p>	
<p>44. Hvis ja, hvordan vet du om det? Sett ett kryss. (Hvis du kjenner flere, tenk på en som du synes det er særlig tydelig hos.) N=99</p>	<p>1. Jeg ser det på vedkommende. 2. Han/hun har selv fortalt det til meg. 3. Jeg spurte og han/hun bekreftet det. 4. Andre har fortalt meg om det. 5. Annet:</p>	<p>1. 15,2% 2. 57,6% 3. 8,1% 4. 15,2% 5. 4%</p>	
<p><i>Spørsmål etterfulgt av SDQ-Nor:</i></p>			
<p>47. Samlet, synes du at du har vansker på ett eller flere av følgende områder: Med følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre</p>	<p>1. Nei 2. Ja, små vansker 3. Ja, tydelige vansker 4. Ja, alvorlige vansker</p>	<p>1. 47,4% 2. 36,3% 3. 15,2% 4. 1,2%</p>	

mennesker? N=171			
<i>Hvis du svarte "Ja", vennligst svar på de neste spørsmålene (Dette skjer automatisk i den elektroniske spørreundersøkelsen avhengig av angitt svar)</i>			
<i>Hvis du svarte 'Nei', hopp til del 5 på neste side.</i>			
48. Hvor lenge har disse vanskene vært tilstede? N= 87	1. Mindre enn en måned 2. 1-5 måneder 3. 6-12 måneder 4. Mer enn ett år	1. 11,5% 2. 11,5% 3. 18,4% 4. 58,6%	
49. Forstyrrer eller plager vanskene deg? N=89	1. Ikke i det hele tatt 2. Bare litt 3. En god del 4. Mye	1. 11,1% 2. 45,6% 3.30% 4. 13,3%	
50. Virker disse vanskene inn på livet ditt på noen av de følgende områdene?			
1. Hjemme	1. Ikke i det hele tatt 2. Bare litt 3. En god del 4. Mye	1.33% 2.34,1% 3.23,9% 4.9,1%	
2. Forhold til venner	1. Ikke i det hele tatt 2. Bare litt 3. En god del 4. Mye	1.26,4% 2.42,5% 3.24,1% 4.6,9%	
3. Læring på skolen	1. Ikke i det hele tatt 2. Bare litt 3. En god del 4. Mye	1.20,7% 2.33,3% 3.29,9% 4.16,1%	
4. Fritidsaktiviteter N=87	1. Ikke i det hele tatt 2. Bare litt 3. En god del 4. Mye	1. 44,8% 2. 25,3% 3. 20,7% 4. 9,2%	
51. Har noen uoppfordret tatt opp vanskelighetene dine med deg? Sett ett eller flere kryss. N=86	1. Klassekamerater 2. Andre venner 3. Lærer 4. Helsesøster 5. Nei, ingen av disse	1. 11,6% 2. 26,7% 3.11,6% 4. 11,6% 5. 58,1%	
52. Hva har du selv gjort med problemet? Sett ett eller flere kryss. N=87	1. Håpet på at det skulle gå over av seg selv 2. Snakket med noen i familien. 3. Snakket med en venn eller med kjæresten. 4. Snakket med en lærer. 5. Tatt kontakt med skolehelsetjenesten. 6. Tatt kontakt med fastlege eller annen lege. 7. Prøvd å få snakket med en psykolog 8. Annet	1.59,8% 2. 39,1% 3.47,1% 4.17,2% 5. 19,5% 6.11,5% 7.19,5% 8.10,3%	

Tabell 18

Indeks 2. Generell kunnskap om psykisk helse

Spørsmål	N med riktig/foretrukket svar av maks skår (%)	Skåre skala	Gjennomsnittskår (Median)	Std
Hvor stor andel av barn og unge i Norge tror du har psykiske problemer/lidelser N=171	61 (35,7%)	0-1	0,36	,480
Hvilken av de to følgende påstandene er du mest enig i N=171	133 (77,8%)	0-1	0,78	,417
Hvilken av de to følgende påstandene er mest riktig N=171	147 (86%)	0-1	0,86	,348
Ta stilling til følgende (9) påstander N=171	12 (6,9%)	0-9	6,18	1,93
Kan du navngi en medisin som mange med ADHD bruker? N=36	36 (21,1%)	0-1	(1)	,000
Kan du nevne noen former for angstlidelser? N=74	74 (43,3%)	0-4	1	1,02

Tabell 19

Indeks 3. Kunnskap om ulike diagnosers ytringsformer

Spørsmål	N med riktig/foretrukket svar av maks skår (%)	Skår	Gj.snitt	Std.
9)Hvilke av de følgende er kjennetegn på psykose? N=171	6 (3,5%)	0-10	6,95	1,73
10)Ved hvilken alder er man spesielt utsatt for spiseforstyrrelser? n=171	160 (93,6%)	0-1	0,94	0,33
11) Hvilke av de nedenforstående er en spiseforstyrrelse? N=171	98(57,3%)	0-6	5,31	0,96
12) Hvilken av de følgende er riktig? N=171	92 (53,8%)	0-1	0,12	0,67
13)Ta stilling til følgende påstander N=171	8 (4,7%)	0-6	4,13	1,27
16)Hvilke trekk er typiske for personer med tvangslidelser N=171	78(45,6%)	0-8	6,78	1,52
17) Hvilke av de følgende er kjennetegn på depresjon? N=171	20(11,7%)	0-7	5,49	1,05
20)Hvilke av de følgende er kjennetegn på en manisk tilstand? N=171	18 (10,5%)	0-5	3,01,	1,19
21) Hvilke av de følgende påstander er mest riktig? N=171	101(59,1%)	0-1	0,59	0,49

Tabell 20

Indeks 4. Evne til kopling av symptomer til diagnoser

Spørsmål/variabel	N med riktig/foretrukket svar av maks skår (%)	Skåre skala	Gj. snitt	Std.
Hvilken lidelse vedkommende kjennetegn kan være forbundet med (Mest aktuelle lidelse) N=171	4 stk med 23 riktige (2,3%)	0-25	10,88	7,728
Hvilken lidelse vedkommende kjennetegn kan være forbundet med (Mulig annen lidelse) N=171	1 stk med 22 riktige (0,6%)	0-25	4,13	4,849

Tabell 21.

Utvalgte psykiske lidelser og kjennetegn fra spørsmål 21 (Indeks 4)

Psykisk lidelse (Mest aktuelle)	Kjennetegn	Kjønn	N (%) m/riktig
Depresjon	Gråter mye	Gutter	35 (32,1%)
		Jenter	74 (67,9%)
		Totalt	109 (100%)
	Trist mye av dagen	Gutter	38 (32,8%)
		Jenter	78 (67,2%)
		Totalt	116 (100%)
	Ser mørkt på livet	Gutter	31 (28,7%)
		Jenter	77 (71,3%)
		Totalt	108 (100%)
	Karakterer	Gutter	11 (22,9%)
		Jenter	37 (77,1%)
		Totalt	48 (100%)
	Har selvmordstanker	Gutter	30 (28 %)
		Jenter	77 (72%)
		Totalt	107 (100%)
Gennomsnittsskår		Totalt	97 (57,1%)

Psykisk lidelse (Mest aktuelle)	Kjennetegn	Kjønn	N (%) m/riktig
Psykose	Hører stemmer	Gutter	25 (27,8%)
		Jenter	65 (72,2%)
		Totalt	90 (100%)
	Ser syner eller ting ikke andre ser	Gutter	5 (26,3%)
		Jenter	14 (73,7%)
		Totalt	19 (100%)
	Opplever ikke virkeligheten slik andre gjør det	Gutter	11 (20,4%)
		Jenter	43 (79,6%)
		Totalt	54 (100%)

	Snakker høyt med seg selv	Gutter	11 (26,8%)
		Jenter	30 (73,2%)
		Totalt	41 (100%)
Gennomsnittsskår		Totalt	50 (29,4%)

Psykisk lidelse (Mest aktuelle)	Kjennetegn	Kjønn	N (%) m/riktig
Tvangslidelse	Overdrevent nøye med renslighet	Gutter	21 (26,3%)
		Jenter	59 (73,8%)
		Totalt	80 (100%)
	Overdrevent opptatt av at ting må gjøres på helt bestemte måter	Gutter	22 (25,9%)
		Jenter	63 (74,1%)
		Totalt	85 (100%)
	Påfallende opptatt av å lage regler	Gutter	18 (25%)
		Jenter	54 (75%)
		Totalt	72 (100%)
Gennomsnittsskår		Totalt	79 (46,2%)

Psykisk lidelse (Mest aktuelle)	Kjennetegn	Kjønn	N (%) m/riktig
Manisk lidelse	Periodevis påfallende aktiv og full av selvtillit	Gutter	14 (24,1%)
		Jenter	44 (75,9%)
		Totalt	58 (100%)
	Har søvnproblemer	Gutter	19 (25,7%)
		Jenter	55 (74,3%)
		Totalt	74 (100%)
	Har periodevis, påfallende uhemmet bruk av penger	Gutter	7 (22,6%)
		Jenter	24 (77,4%)
		Totalt	31 (100%)
Gennomsnittsskår		Totalt	54 (31,7%)

Tabell 22

Indeks 5. Tillit til behandlingsmetoder

Spørsmål/variabel	N (%) med riktig/foretrukket svar av maksskår	Skåre skala	Gjennomsnitt	Std
18) I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av angst? N=171	155(90,6%)	0-1	0,91	0,29
19) I hvilken grad tror du fagfolk som psykologer og leger kan hjelpe personer som lider av fobier? N=171	141(82,5%)	0-1	0,82	0,38

Tabell 23

Indeks 6. Kunnskap om hjelpeapparatet innenfor psykisk helse generelt

Spørsmål/variabel	Verdi	N (%)	Skår	Gj. Snitt	Std
23) Hva vet du om følgende:					
Lokal kommunal psykisk helsetjeneste (kun for elever som ikke har BUP, PUT eller PPT, ettersom dette inngår i kommunal tjenesten) N=90	Kjenner godt	45(26,3%)	(0-3)	1,89	,905
	Kjenner litt	49 (28,7%)			
	Hørt om	55(32,2%)			
	Ikke hørt om	22(12,9%)			
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) N=171	Kjenner godt	45 (26,3%)	0-3	1,68	1,003
	Kjenner litt	49 (28,7%)			
	Hørt om	55 (32,2%)			
	Ikke hørt om	22 (12,9%)			
Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT) N=171	Kjenner godt	4 (2,3%)	0-3	0,61	,777
	Kjenner litt	19 (11,1%)			
	Hørt om	54 (31,6%)			
	Ikke hørt om	94 (55%)			
Pedagogisk-psykologisk rådgivnings- og oppfølgingstjeneste N=171	Kjenner godt	8 (4,7%)	0-3	0,85	,901
	Kjenner litt	34 (19,9%)			
	Hørt om	53 (31%)			
	Ikke hørt om	76 (44,4%)			
Helsestasjon for ungdom N=171	Kjenner godt	45 (26,3%)	0-3	1,77	,946
	Kjenner litt	58 (33,9%)			
	Hørt om	52 (30,4%)			
	Ikke hørt om	16 (9,4%)			
Kommunal psykisk helsetjeneste for barn og unge N=171	Kjenner godt	21 (12,3%)	0-3	1,11	,988
	Kjenner litt	30 (17,5%)			
	Hørt om	66(38,6%)			
	Ikke hørt om	54 (31,6%)			

Helsestasjon ved skolen N=171	Kjenner godt	55 (32,2%)	0-3	1,96	,890
	Kjenner litt	63 (36,8%)			
	Hørt om	44 (25,7%)			
	Ikke hørt om	9 (5,3%)			
Selvmordsforebyggende team N=171	Kjenner godt	6 (3,5%)	0-3	0,57	,796
	Kjenner litt	15 (8,8%)			
	Hørt om	50 (29,2%)			
	Ikke hørt om	100(58,5%)			
Mental helses hjelpetelefon N=171	Kjenner godt	12 (7%)	0-3	1,01	,861
	Kjenner litt	28 (16,4%)			
	Hørt om	81 (47,4%)			
	Ikke hørt om	50 (29,2%)			
VIP N=171	Kjenner godt	8(4,7%)	0-3	0,51	,829
	Kjenner litt	13 (7,6%)			
	Hørt om	38 (22,2%)			
	Ikke hørt om	112(65,5%)			
Ung.no (opplysningsside på nett) N=171	Kjenner godt	77 (45%)	0-3	2,12	,951
	Kjenner litt	48 (28,1%)			
	Hørt om	35 (20,5%)			
	Ikke hørt om	11 (6,4%)			

Tabell 24

Indeks 7. Kunnskap om nærmiljøets hjelpeapparat innenfor psykisk helse

Spørsmål/variabler	N med «kjenner godt/foretrukket svar» (%)	Skår	Gj.snitt	Std
Har dere en helsesøster ved deres skole N=171	164(95,9%)	0-1	0,96	,199
Kan hun i tilfelle hjelpe deg, eller henvise deg hvis du har psykiske problemer/lidelser N=171	12 (73,7 %)	0-1	0,74	,442
Vet du hvor Helsestasjon for ungdom ligger? N=171	87(50,9%)	0-1	0,51	,501
Kan man få hjelp med psykiske problemer der? N=171	103(60,2%)	0-1	0,60	,491
Har du en fastlege N=171	161(94,2%)	0-1	0,94	,235
Har dere en Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i din kommune? N=81	44 (54,3 %)	0-1	0,54	,501
Har dere et Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) i din kommune? N=81	6 (7,4 %)	0-1	0,07	,264

Har dere et Psykiatrisk akutt-team i din kommune? N=81	11(13,6%)	0-1	0,14	,345
Har dere en lokaltjeneste som innebærer (BUP, PUT og psykiatrisk akutt-team) i din kommune? N=90	60(66,7 %)	(0-3)	2,0	1,422

* Siste spm, er byttet ut med spm 31,33 og 35 for en videregående skole.

Tabell 25

SDQ-Nor - egenrapportering om psykisk helse (basert på 6 siste måneder). (%)

Skalaer	Inndeling etter standard	Prosentfordeling
Total SDQ	1.Normalstone	69,9%
	2.Gråstone	18,7%
	3.Avvikende	11,4%
Emosjonelle vansker	1.Normalstone	72,9%
	2.Gråstone	7,2%
	3.Avvikende	19,9%
Atferdsvansker	1.Normalstone	87,3%
	2.Gråstone	6%
	3.Avvikende	6%
Hyperaktivitet/ oppmerksomhetsproblemer	1.Normalstone	71,1%
	2.Gråstone	10,8%
	3.Avvikende	18,1%
Problemer med jevnaldrende	1.Normalstone	81,9%
	2.Gråstone	13,3%
	3.Avvikende	4,8%
Prososial atferd	1.Normalstone	86,1%
	2.Gråstone	6,6%
	3.Avvikende	7,2%
Angst	1.Normalstone	92%
	2.Gråstone	1,2%
	3.Avvikende	6,8%

* Skåring i henhold til oppsett angitt på <http://www.sdqinfo.com/>. Dvs. inndeling i en total score og fem underkategorier (som nedenfor). Respondentene klassifiseres i 3 grupper, hhv. "Normal", "Borderline"/"Gråstone", og "Avvikende". N= 166

Tabell 26

Hjelp fra andre, faktisk selvhjelp og kontakt med psykiatrisk hjelpeapparat blant elever som rapporterte om psykiske vansker (spm. 48,49)?

Spørsmål	N (%)	Std
Uoppfordret hjelp fra andre:		
Ingen	50(58,1%)	,496
Klassekamerater	10(11,6%)	,322
Venner og/eller kjente	23(26,7%)	,445
Lærer	10(11,6%)	,322
Helsesøster	10(11,6%)	,322
Faktisk håndtering av eget problem:		
Ingenting	52(59,8%)	,493
Snakket med familien	34(39,1%)	,491
Snakket med venn eller kjæreste	41(47,1%)	,502
Snakket med en lærer	15(17,2%)	,380
Tatt kontakt med skolehelsetjenesten	17(19,5%)	,399
Tatt kontakt med fastlege eller annen lege	10(11,5%)	,321
Prøvd å få snakket med psykolog	17(19,5%)	,399
Annet	9(10,3%)	,306
Nåværende eller tidligere kontakt med BUP		,479
Nei	53(65,4%)	
Ja	28(34,6%)	
Nåværende eller tidligere kontakt med PUT		,111
Nei	80(98,8%)	
Ja	1(1,2%)	
Kontakt med psykiatrisk akutteam		,190
Nei	78(96,3%)	
Ja	3(3,7%)	
Kontakt med <i>lokaltjeneste</i> (som inneholder BUP+PUT+P.A)		,418
Nei	70(77,8%)	
Ja	20(22,2%)	

*Denne tabellen er ikke blitt brukt i oppgaven.

Vedlegg VIII

Korrelasjonsanalyse av studien bakgrunnsvariabler

Tabell 27

Korrelasjonsanalyse mellom studiens bakgrunnsvariabler

Variabler	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1.Kjønn	-							
2.Fødeland	-,178*	-						
3.Alder	,013	,026	-					
4.Studieprog.	,000	-,017	,088	-				
5.Mors utd.	-,033	-,104	-,039	-,279**	-			
6. Far utd.	-,100	,083	-,199	-,352**	,404**	-		
7.Inndekt	-,029	,092	-,161*	-,015	,183*	,023	-	
8.Prososial	,150	-,055	-,058	-,085	,063	,187*	,040	-

*Korrelasjoner er signifikante ved 0,05 nivå (2-tailed)

**Korrelasjoner er signifikante ved 0,01 nivå (2-tailed)