

Ungdom og psykisk helse
– deltakelse i samfunnsliv

Adolescents and mental health
– participation in society

Marie Hallaråker Røsvik



Høgskolen i Hedmark

Avdeling for folkehelsefag

Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid (MMHC)

HØGSKOLEN I HEDMARK

2013

Førord

Jeg vil starte med å si at arbeidet med masteroppgaven har vært en svært spennende og utfordrende prosess. Det å få anledning til å fordype seg i et tema en interesserer seg for, har gitt meg en unik mulighet til å øke min kunnskap på området. Inspirasjon til oppgavens tema har jeg blant annet hentet i min hjemkommune, Bømlo, der forebyggende psykisk helsearbeid i skolehelsetjenesten har vært i fokus den senere tiden. Masterstudiet har krevd hard jobbing og bidratt til både faglig og personlig utvikling. Arbeidet med oppgaven, i tillegg til pendling på tvers av landet, har gjort sitt til at utfordringene noen ganger har virket uoverkommelige. Mange netter er tilbrakt på tog fra Bergen til Oslo og videre til Hamar og Elverum, for å komme i mål med mastergraden.

Jeg vil takke min hovedveileder professor Kari Kvaal for lærerike diskusjoner og gode innspill rundt oppgaven. Mine medstudenter fortjener en takk, for nyttige refleksjoner og idèer fra samlingene. En spesiell takk til Trine Sørsund, for godt samarbeid og trofast reisefølge.

En takk rettes også til familie og venner, for oppmuntring og positive ord når jeg ikke har sett noen ende på oppgaven. Til slutt vil jeg takke min kjære samboer, for hans tålmodighet og støtte gjennom hele året.

Bømlo, August 2013.

Innholdsliste

| | |
|---|----|
| Forord | 2 |
| Innholdsliste | 3 |
| Norsk sammendrag..... | 6 |
| Abstract..... | 9 |
| 1. Innledning | 12 |
| 1.1 Hensikt og forskningsspørsmål | 13 |
| 2. Teoretisk rammeverk | 15 |
| 2.1 Resiliens | 15 |
| 2.1.1 Om risikofaktorer..... | 15 |
| 2.1.2 ”De som klarer seg på tross av” | 17 |
| 2.1.3 Om mestring | 18 |
| 2.2 Ungdom og psykisk helse | 19 |
| 2.2.1 Tilknytning og identitetsutvikling..... | 19 |
| 2.2.2 Psykiske symptomer og lidelser hos ungdom..... | 21 |
| 2.2.3 Forekomst av psykiske vansker | 22 |
| 2.3 Det sosiale nettverket..... | 23 |
| 2.3.1 Betydningen av tilhørighet og sosial støtte | 24 |
| 2.3.2 Baksiden av det sosiale nettverket | 25 |
| 2.4 Samfunnsrelaterte utfordringer..... | 27 |
| 2.4.1 Det moderne samfunn | 27 |
| 2.4.2 Medikalisering | 28 |
| 2.4.3 Boligtetthetens betydning..... | 29 |
| 2.5 Om ”drop outs” | 31 |
| 2.5.1 Utdanning og psykisk helse..... | 31 |
| 2.5.2 Helsefremmende psykisk helsearbeid | 33 |
| 2.5.3 Virksomme intervensjoner | 34 |
| 3. Materiale og metode | 35 |
| 3.1 Forskningsdesign | 35 |
| 3.1.1 Vitenskapelig perspektiv | 35 |
| 3.1.2 Forskningsmetode | 36 |
| 3.1.3 Studiens design | 37 |

| | |
|---|----|
| 3.2 Utvalg..... | 37 |
| 3.2.1 Levekårsundersøkelsen | 37 |
| 3.2.2 Beskrivelse av utvalg | 38 |
| 3.2.3 Mine inklusjonskriterier | 38 |
| 3.2.4 Datainnsamling | 39 |
| 3.2.5 Analyse av datamateriale..... | 40 |
| 3.3 Datakvalitet | 42 |
| 3.3.1 Reliabilitet | 42 |
| 3.3.2 Validitet..... | 43 |
| 3.3.3 Generaliserbarhet | 44 |
| 3.4 Etske overveielser..... | 44 |
| 3.4.1 Forskningsetikk..... | 44 |
| 3.4.2 Godkjenning fra NSD..... | 46 |
| 4. Resultat | 47 |
| 4.1 Beskrivelse av utvalget | 47 |
| 4.2 Kartlegging av psykisk helse hos ungdom..... | 48 |
| 4.2.1 Angst og depresjon hos ungdom..... | 48 |
| 4.2.2 Sosial deltakelse og støtte fra omgivelsene | 51 |
| 4.2.3 Utdanning og psykisk helse..... | 53 |
| 5. Diskusjon | 54 |
| 5.1 Oppsummering av sentrale resultater | 54 |
| 5.2 Samfunnsrollen..... | 55 |
| 5.2.1 Øker forekomsten av psykisk vansker blant ungdom? | 55 |
| 5.2.2 Er det fremdeles bedre å bo på landet? | 58 |
| 5.2.3 Valg og prestasjoner..... | 60 |
| 5.2.4 Om håndtering av de utfordringer en står overfor | 61 |
| 5.3 Sosialt nettverk, på godt og vondt | 63 |
| 5.3.1 Vennskapets betydning | 63 |
| 5.3.2 Familien som fundament..... | 64 |
| 5.3.3 Eksklusjon og ensomhet..... | 65 |
| 6. Styrker og svakheter ved studien..... | 67 |
| 7. Konklusjon | 68 |
| Litteraturliste..... | 70 |

Tabeller og figurer

| | |
|--|----|
| Tabell 1. Karakteristikk av utvalget..... | 47 |
| Tabell 2. Symptomer på angst- og depresjon målt utifra HSCL-25, sett opp mot ulike bakgrunnsvariabler..... | 49 |
| Tabell 3. Sammenheng mellom sosial støtte og boligtetthet..... | 51 |
| Tabell 4. Deltakelse i fritidsaktiviteter på større og mindre steder..... | 52 |
| Tabell 5. Sammenheng mellom utdanning, kjønn, alder, boligtetthet og psykisk helse..... | 53 |
| | |
| Figur 1. Utvalgets fordeling på landsbasis..... | 48 |
| Figur 2. Oversikt over aldersfordeling på intervju tidspunkt..... | 50 |

Vedlegg

Vedlegg 1. Svarbrev fra NSD

Vedlegg 2. Taushetserklæring til NSD

Vedlegg 3. Veiledererklæring til NSD

Antall ord: 18189

Norsk sammendrag

Hensikt

Hensikten med studien var å kartlegge utbredelsen av psykiske lidelser hos ungdom i Norge. Forekomst av angst og depresjon settes i sammenheng med boligtetthet, der forskjeller på større og mindre boområder undersøkes. Da det er godt dokumentert at et stabilt sosialt nettverk og utdanning virker beskyttende i forhold til psykisk helse, var det også av interesse å se dette i sammenheng med boligtettheten. Risikofaktorer og beskyttende faktorer belyses, både gjennom et individperspektiv og gjennom et samfunnsperspektiv.

Hovedmål

Å undersøke om det finnes en sammenheng mellom psykisk helse hos ungdom, sosialt nettverk, utdanning og boligtetthet?

Delmål

1. Å undersøke hvordan psykiske vansker er fordelt hos ungdom, i forhold til kjønn, alder og boligtetthet.
2. Å sammenligne sosial støtte og boligtetthet.
3. Å sammenligne sosial deltakelse og boligtetthet.
4. Å undersøke om det er vanligere å ta utdanning for ungdom som bor på større steder, i forhold til de som bor utkantstrøk.

Metode

Kvantitativ forskningsmetode er benyttet med utgangspunkt i en landsomfattende tverrsnittsundersøkelse, som beskriver helsetilstanden i den norske befolkning. I denne studien er personer i aldersgruppen 15-24 år inkludert, som til sammen utgjorde 439 personer. Variabler som beskriver angst og depresjon, boligtetthet, sosialt nettverk og utdanning er trukket ut av spørreundersøkelsen og lagt inn i et eget datasett. Analyser av datamaterialet er gjennomført i statistikkprogrammet MYSTAT 12.

Resultater

Totalt i utvalget hadde 12,4 % symptomer tilsvarende en mulig angstdiagnose, mens 16,3 % oppgav symptomer på en mulig depresjonsdiagnose. Det fremkom ingen signifikante sammenhenger mellom forekomst av psykiske lidelser, boligtetthet og aldersgruppe. Det viste seg derimot å være en signifikant kjønnsforskjell, der et høyere antall kvinner rapporterte om symptomer på psykiske lidelser. Relasjonen mellom sosialt nettverk og boligtetthet var heller ikke betydelig. Det eneste unntaket omhandlet idrett, der deltakelsen var bedre på steder med færre enn 20 000 innbyggere. I forhold til utdanning kom det frem at en noe høyere andel studerte mer enn 10 timer i uken i områder med mer enn 20 000 innbyggere, men forskjellen var ikke betydelig. Studien viser ingen signifikante sammenhenger mellom boligtetthet og psykisk helse hos ungdom i Norge.

Konklusjon

Resultatene bekrefter en relativt høy forekomst av angst og depresjon blant ungdom i Norge. En betydelig høyere andel kvinner enn menn beskriver symptomer som tilsier en angst- eller depresjonsdiagnose. Videre fremkommer små forskjeller i sosial deltakelse, opplevelse av sosial støtte og utdanningsmuligheter. Utifra det kan det tenkes at relasjonenes kvalitet har mer å si enn antall relasjoner. Og at mengde aktiviteter ikke nødvendigvis bidra til høyere deltakelse. På samme måte har de fleste som ønsker å studere mulighet til å flytte på seg om studiet ikke finnes i nærheten. Av den grunn vil det være behov for å trekke inn andre

innfallsvinkler i forståelsen for dagens ungdom. Den enkelte må sees i sammenheng med sine omgivelser. På den måten kan risikofaktorer og beskyttende faktorer i nærmiljøet kartlegges, i lys av de krav og forventninger som produseres i det moderne samfunn.

Forskningen kan bidra til økt fokus på forebyggende psykisk helsearbeid overfor ungdom, da forekomsten av psykiske lidelser ser ut til å ha en utilfredsstillende utvikling. Epidemiologisk forskning er et stort område der denne studien kan anses som en begynnelse. Undersøkelsen bidrar til muligheter for andre prosjekter, gjerne ved bruk av mixed methods, for på den måten å utforske informantenes opplevelse av angst og depresjon, fra et eksistensielt ståsted.

Nøkkelord

Psykisk helse, ungdom, utdanning, sosialt nettverk, by, distrikt, beskyttende faktorer, risikofaktorer, resiliens.

Abstract

Aim

The purpose of this study was to investigate the prevalence of mental disorders in adolescents in Norway. Prevalence of anxiety and depression are associated with residential density, where differences between urban and rural areas were examined. It is well documented that a stable social network and education are protective factors on mental disorders. These were also investigated, whether differences emerged in the areas based on low and high residential density. Risk factors and protective factors were examined, based in individual and society perspectives.

Main goals

To investigate whether there is a correlation between mental health among adolescents, social network, education and housing density?

Part goals

1. To investigate how mental health problems are distributed in adolescents, in relation to sex, age and residential density.
2. To compare social support and housing density.
3. To compare social participation and housing density.
4. To investigate whether education are more common for young people living in larger towns, compared to those who lives in rural areas.

Method

Quantitative research methods are used based on a nationwide cross-sectional study, describing the health status of the Norwegian population. In this study, people aged 15-24 year were included, which together accounted for 439 people. Variables describing anxiety and depression, housing density, social networking and education were also included from the survey and placed in a separate data set. Analyses of the data are performed in the statistical program MYSTAT 12.

Results

Overall, the sample had 12.4 % symptoms corresponding to a possible anxiety diagnosis, while 16.3 % described possible depressive disorder. There were no significant associations between the prevalence of mental illness, housing density and age group. It proved however to be a significant gender difference, with a higher number of women who reported symptoms of mental illness. The relationship between social networks and housing density were not significant. The only exception provided for sports, where participation was higher in places with fewer than 20 000 inhabitants. In terms of education, it emerged that a somewhat higher proportion studied more than 10 hours a week in areas with more than 20 000 inhabitants, but there was no significant difference. The study shows no significant associations between residential density and mental health among adolescents in Norway.

Conclusion

The results confirmed a relatively high incidence of anxiety and depression among adolescents in Norway. A significantly higher proportion of women than men are describing symptoms that indicate an anxiety or depression diagnosis. Moreover, it appears small differences in social participation, perceived social support and educational opportunities. The quality of the relationship has maybe more to say than the number of relationships. And the amount of activity does not necessarily lead to higher participation. Likewise, most people

who want to study have the opportunity to move if they don't have the program nearby. For this reason it will be necessary to involve other approaches to increase understanding of today's adolescents. The individual must be seen in the context they are living in. In this way, risk factors and protective factors in the community are charted, in light of the demands and expectations that are produced in the modern society.

The research may contribute to an increased focus on preventive mental health for young people, as the prevalence of mental disorders seems to have an unsatisfactory development. Epidemiological research is a major area where this study can be considered as a beginning. The study contributes to the potential for other projects, like the use of mixed methods, so as to explore the interviewees' experience of anxiety and depression, from an existential perspective.

Keywords

Mental health, adolescents, education, social network, urban, rural, protective factors, risk factors, resilience.

1. Innledning

Sett fra et globalt perspektiv, har psykiske lidelser hos ungdom en bekymringsfull utvikling (Patel, Flisher, Hetrik, & McGorry, 2007). I følge Verdens helseorganisasjon (2011) vil rundt 20% av alle unge mennesker til enhver tid oppleve å ha psykiske vansker. Angst og depresjon er de diagnosene som forekommer oftest. I Norge antas det at ca 70 000 barn og unge har psykiske lidelser som trenger behandling (Groholt, Grotvedt, Hanes, & Stene-Larsen, 2010). Psykisk sykdom er dermed ikke bare et helseproblem, men vil påvirke hele samfunnet. Både sosiale og folkehelse-politiske aspekter er involvert med tanke på blant annet kriminalitet, utdanning og økonomisk produktivitet (Patel et al., 2007). Videre medfører dette store samfunnsøkonomiske kostnader, ved tapt arbeidskraft og kostnader i forbindelse med psykisk helsevern (McDougall, 2011).

Psykisk helsearbeid overfor unge, viser seg å være en stor utfordring i helsevesenet. Psykiske helsebehov er ofte udekket hos unge mennesker, også i land med høye inntekter (Patel et al., 2007). En undersøkelse viste at kun 13,9% av deprimert ungdom mottok hjelp fra spesialister innen psykisk helsevern. Det kom også frem at kunnskap om temaet er mangelfullt, både i primærhelsetjenesten og i skolehelsetjenesten. Av den grunn vil det være av stor betydning å øke kunnskap på området, slik at flere kan få hjelp på et tidlig tidspunkt (Sund, Larsson, & Wichstrøm, 2011). Viktigheten av tidlig intervensjon ved psykiske vansker gjenspeiler gode grunner for å sette inn ressurser på forebyggende og helsefremmende psykisk helsearbeid. Tidlig oppdagelse og behandling kan redusere varighet og alvorlighetsgrad ved psykiske vansker. Det kan også bidra til å forebygge senere utbrudd og redusere behovet for medikamentell behandling (Patel et al., 2007). Tidlig intervensjon kan dessuten bidra til økt sosial fungering og bedre livskvalitet (McDougall, 2011). Gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2006) var forebygging av psykiske vansker et av hovedmålene, særlig med tanke på barn og unge. Forebyggende tiltak for denne gruppen knyttet i stor grad til helsestasjon og skolehelsetjeneste (Helse-og-omsorgsdepartementet, 2003).

Hvordan kan vi så forstå denne økningen av psykiske vansker blant ungdom? Styrer ungdom dette selv, eller er det samfunnet som har kontrollen? For å øke vår forståelse, vil det være av betydning å se det fra ulike perspektiver. Tar man utgangspunkt i individet, rettes fokuset mot faktorer som ligger tett på den unge og bidrar til direkte påvirkning, som familie- og

vennenettverk. Ser en i tillegg den enkelte i et samfunnsperspektiv, medregnes større krefter. Samfunnsmessige krefter som enkeltindividet har liten mulighet til å forandre, og som påvirker en gjennom hele oppveksten. Dette kan bidra til økt forståelse av menneskers væremåte og tenkemåte (Aagre, 2003). Et mer helhetlig perspektiv vil kunne gi et bedre bilde av samfunnsutviklingen. Som et eksempel kan vi se på endringene i dagens flyttemønster. Det foregår en sterk internasjonal urbanisering. Også i Norge er sentralisering og fraflytting av landsbygda, et faktum. I 2009 hadde Norge en nokså stor total befolkningsvekst, likevel opplevde mer enn en fjerdedel av kommunene en nedgang i innbyggertallet. Dersom dette bidrar til redusert tilgang på sosiale nettverk, kan den psykiske helsen i befolkningen bli skadelidende (Groholt et al., 2010). Hva har skjedd og hvilke konsekvenser vil det føre med seg? Det har generelt vært en hypotese om at det er bedre å bo i landlige omgivelser enn i byen. Hvordan ser en på dette nå?

I oppgaven kommer begrepene *psykiske lidelser* og *psykiske vansker* til å bli brukt vekselvis. Psykiske lidelser snakker vi om når symptombelastningen er så stor at det kvalifiseres til diagnoser. Diagnoser blir stilt gjennom kliniske vurderinger (Mathiesen, Karevold, & Knudsen, 2009), ved hjelp av ulike klassifikasjonssystemer. I Norge benyttes hovedsakelig ICD-10 (International Classification of Diseases) for å klassifisere psykiatriske diagnoser. Denne klassifikasjonen er inspirert av den amerikanske klassifikasjonen DSM-IV (Diagnostic Statistical Manual) (Kringlen, 2011). Psykiske vansker er beskrivelsen av symptomer som går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre, uten at en diagnose er stilt. Det omhandler dermed symptombelastning som kan bidra til nedsatt funksjonsevne (Mathiesen et al., 2009).

1.1 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å kartlegge psykisk helse hos ungdom i Norge. Jeg har valgt å undersøke om det finnes sammenhenger mellom psykisk helse hos ungdom og boligtetthet. Har ungdom som bor i by bedre psykisk helse enn de som bor på mindre steder? Betydningen av utdanning og sosiale forhold i tilknytning til psykisk helse, er veldokumenterte forskningsområder. For å kunne sammenligne større og mindre boområder, finner jeg det

derfor viktig å undersøke om det finnes forskjeller når det kommer til utdanning og sosialt nettverk utifra boligtetthet. På den måten vil utfordringene kunne sees i en større sammenheng. I tillegg vil en kunne danne et bilde av samfunnsforholdenes innvirkning på den enkelte. Betyr det noe hvilke områder man bor i, eller er det en generell utvikling i samfunnet? Da jeg gjennom mitt arbeid som psykisk helsearbeider i kommunehelsetjenesten, stadig møter unge mennesker som sliter med å komme videre i livet, har dette bidratt til en økt interesse for å se på hvilke forhold som spiller inn. Det er først da en kan vite hvilke tiltak som bør iverksettes. Ved å øke min forståelse for hva samtiden har å by på av utfordringer overfor ungdom, vil det også kunne være lettere å forstå den enkeltes situasjon.

Hovedmål:

Å undersøke om det finnes en sammenheng mellom psykisk helse hos ungdom, sosialt nettverk, utdanning og boligtetthet?

Delmål:

5. Å undersøke hvordan psykiske vansker er fordelt hos ungdom, i forhold til kjønn, alder og boligtetthet.
6. Å sammenligne sosial støtte og boligtetthet.
7. Å sammenligne sosial deltakelse og boligtetthet.
8. Å undersøke om det er vanligere å ta utdanning for ungdom som bor på større steder, i forhold til de som bor utkantstrøk.

2. Teoretisk rammeverk

Litteraturgjennomgangen har i hovedsak handlet om norsk og nordisk forskning. Stor grad av kulturelle likheter gjør det lettere å sammenligne resultatene med denne studien. Når det gjelder forskning på forskjeller mellom by og distrikt, har jeg imidlertid også inkludert noen studier fra andre land i Europa og Australia.

2.1 Resiliens

Psykiske vansker og lidelser utvikles i et komplekst samspill mellom arv og miljø. Sammenhengen mellom risikoforhold og type lidelse er uklar. Ulike risikofaktorer kan bidra til samme lidelse, og samme risikofaktor kan bidra til ulike lidelser (Mathiesen et al., 2009).

I dette kapittelet redegjør jeg for oppgavens teoretiske utgangspunkt, som omhandler resiliens.

2.1.1 Om risikofaktorer

I følge Nordahl et al. (2005, s 81) defineres risikofaktorer slik:

”en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden”.

Og beskyttelsesfaktorer defineres på denne måten:

”en hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med redusert sannsynlighet for fremtidig negativ psykososial utvikling” (Nordahl et al., 2005, s 81).

Ordet ”resiliens” kommer av det engelske ”resilience”, som betyr ”elastisitet”, altså ”evnen til å hente seg inn”. Resiliens kan oppstå, både emosjonelt, intellektuelt og atferdsmessig (Olsen

& Traavik, 2010). En sentral betydning av resiliens, er den menneskelige evnen til bedring eller gjenoppretting av original form etter fysisk belastning (Borge, 2010).

Tre begreper blir ofte brukt for å beskrive resiliens, *gjenopprette*, *opprettholde* og *forbedre*. Å gjenopprette, vil si at en finner tilbake til sin allminnelige psykologiske fungering etter opplevd risiko. I slike tilfeller kan det være snakk om et engangsfenomen. Når det gjelder begrepet å opprettholde, kan det dreie seg om barn som gjenntatte ganger erfarer vanskelige situasjoner og likevel klarer å opprettholde en relativt god psykologisk fungering. Barn som lever i vedvarende risiko kan dessuten klare å øke sin fungering, da snakker vi om forbedring. De to siste begrepene, gjenspeiler prosesser. En skiller mellom individuell, familiebasert og samfunnsmessig risiko. Individuell risiko kan dreie seg om medfødte problemer og tilpasningsproblemer. Familiebasert risiko kan innbefatte mangelfull evne til oppdragelse og grensesetting (Borge, 2010), familiekonflikter og skilsmisse, psykiske vansker og rusproblemer hos foreldre eller omsorgssvikt og mishandling (Olsen & Traavik, 2010). Fra et samfunnsperspektiv, kan terrorangrep og jordskjelv ses på som risikofaktorer. Det kan imidlertid handle like mye om kultur, om hvilket miljø en vokser opp i (Borge, 2010).

Resiliens kan også forklares ved hjelp av modeller. Kompensasjonsmodellen innebærer at det blir satt i verk tiltak for å erstatte noen som mangler rundt barnet gjennom oppveksten. En kan for eksempel erstatte en fraværende mor med en annen nær slektning. Beskyttelsesmodellen legger vekt på beskyttelsesfaktorer. Det kan for eksempel handle om et godt miljø blant jevnaldrende, bedre muligheter for å utvikle sosial kompetanse, og dermed få økt selvpoppfatning. Til slutt nevnes herdingsmodellen, der tanken er at barnet vokser gjennom utfordringer, slik at fremtidige belastninger håndteres bedre. Det er med andre ord risikofaktorer som bidrar til en resilient utvikling (Olsen & Traavik, 2010).

Mye av resiliensforskningen bygger på Aron Antonovskys teori om "sense of coherence" eller "opplevelse av sammenheng" (OAS). Det handler om folks evne til å håndtere utfordringer, og kan ses på som en ressurs som brukes til å finne løsninger og fremme mestring (Eriksson & Lindstrøm, 2006). Antonovsky fremhever viktigheten av å kunne se verden som forutsigbar og forståelig. Det å kunne oppfatte indre og ytre stimuli på en kognitivt forståelig, sammenhengende og strukturert måte, i stedet for kaotisk, tilfeldig og uforklarlig. I tillegg er det av betydning å føle at man har nok ressurser til å klare de krav man stilles overfor (Antonovsky & Lev, 2000). Gjennom ungdomsårene forstyrres ofte den enkeltes opplevelse

av sammenheng, noe som kan bidra til en tilværelse som oppleves fremmed, uforutsigbar og urimelig (ibid.).

2.1.2 ”De som klarer seg på tross av”

Tradisjonelt har en fokusert på sårbarhet og risikofaktorer når det gjelder psykiske lidelser, mens beskyttelsesfaktorer har fått mindre oppmerksomhet (Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen, & Stiles, 2011). Over halvparten av de barn som utsettes for risiko og stress, klarer seg bra i livet, uten å utvikle psykiske problemer. Resiliens handler med andre ord om god psykososial fungering til tross for opplevd risiko, om normal fungering under unormale forhold, eller om barns motstandskraft mot å utvikle psykiske vansker (Borge, 2010). I denne forbindelse dukker det opp spørsmål om hva som kjennetegner mennesker som forblir friske, selv om de møter motgang i livet (Moksnes, Espnes, & Lillefjell, 2012).

Barn med en resilient utvikling har ofte blitt omtalt som ”løvetannbarn”, og beskrives utifra at de på tross av en vanskelig oppvekst, har klart å skape et godt liv. Oppmerksomheten rettes her mot de prosesser som bidrar til en sunn utvikling (Hertz & Glomnes, 2011).

”Løvetannbarn” er risikobarn som tar i bruk sine egenskaper i det miljøet han/hun lever i, for eksempel barn som tar ansvar for å lage mat og passe småsøsken i familier preget av alkoholmisbruk. Slike ”løvetannegenskaper” kommer imidlertid ikke av seg selv. De utvikles gjennom et samarbeid mellom barnets egenskaper og miljøets egenskaper, et mellommenneskelig samspill i risikofylte omgivelser. Resiliens vises dermed gjennom individuelle forskjeller av barns reaksjon på risiko. Alle har sin egen måte å håndtere stress på (Borge, 2010). Resiliensutvikling ligger ikke i å unngå stress, men snarere i å mestre stresset på måter som bidrar til en økning i selvtillit og sosial kompetanse (Rutter, 1985). Stressfaktorer kan utifra det bli sett på som en mulighet til å utvikle gode mestringsstrategier, og på den måten få et helsefremmende fokus (Antonovsky & Lev, 2000).

Både personlige erfaringer, sosiale, kulturelle og biologiske faktorer, har betydning i forhold til den enkeltes resiliens. Eksempelvis vil sosioøkonomiske ulikheter og sosial eksklusjon ha negative konsekvenser når det gjelder evne til å håndtere risiko (Herrman et al., 2011). Forhold som kan virke positivt inn, er individuelle resiliensfaktorer som å ha kognitive og problemløsende evner, ha et lett temperament og god selvregulering (Olsen & Traavik, 2010). I tillegg regnes stabile relasjoner og positive erfaringer beskyttende med tanke på en persons resiliens (Rutter, 1985). På samme måte vil et høyt nivå av resiliens, sammen med god tilgjengelighet av sosial støtte fra familie og vennenettverk, bidra til et lavere nivå av stress og psykiske vansker. Resiliens er dermed med på å øke stresstoleransen hos ungdom. Av den grunn, bør resiliensfaktorer hos ungdom vurderes i forbindelse med blant annet angst og depresjon (Hjemdal et al., 2011).

2.1.3 Om mestring

Mestring handler om balansen mellom utfordringer man står overfor og de ressurser man har (Antonovsky & Lev, 2000). Det kan ses på som en beskyttelsesfaktor i forhold til psykiske helseproblemer, og blir regnet som en sentral resiliensfaktor. Men mestring handler i større grad enn resiliens om læring, det å ha ferdigheter og kunnskaper om noe. Det kan gjelde sport og fagkunnskap, eller det kan gjelde kunnskap på det emosjonelle og sosiale området (Olsen & Traavik, 2010). Man trenger altså ikke være utsatt for risiko for å vise mestring. Mestringsbegrepet skiller seg også fra resiliens ved at en snakker om å håndtere ting dårlig eller negativt. Resiliens handler utelukkende om positiv mestring (Borge, 2010).

For å beskrive hvordan ungdom håndterer livsfasen de er inne i, er mestring et sentralt begrep. Særlig med tanke på de utfordringer en står overfor når det gjelder relasjon til foreldre og venner (Heggen & Øia, 2005). Mestringsressurser utvikles gjennom hele oppveksten, hvor man stadig blir konfrontert med ulike stressfaktorer. Det kan være alt i fra daglige irritasjonsmomenter, til situasjoner som er stressende, både akutt og kronisk. En person med gode mestringsstrategier, opplever ofte utfordringer som uproblematiske (Antonovsky & Lev, 2000). Hvordan den enkelte responderer på stress og motgang vil påvirkes av egen vurdering av situasjonen, samt evne til å håndtere og finne mening med det som skjer. Vellykket mestring av vanskelige situasjoner kan bidra til at en senere vil møte utfordringer på mer

hensiktsmessige måter (Rutter, 1985). Resiliens knyttes sammen med mestring når en snakker om motstand mot risikofaktorer i miljøet. De faktorer som bidrar til utvikling av motstandskraft, kan betraktes som helsefremmende (Herrman et al., 2011).

2.2 Ungdom og psykisk helse

Ungdom er et begrep det kan være vanskelig å definere. Den enkelte vokser opp under ulike materielle og kulturelle forhold. Slike forhold varierer i forhold til tidsepoke, sosiale klasser og kjønn. Ungdom er dessuten ulike når det gjelder de individuelle ressurser de møter ungdomstiden med. Tross dette regnes ungdom som en kategori. Det handler om overgangen fra barndom til voksen alder, en sosial prosess alle må igjennom (Krange, 2004). Mye tyder på at overgangen en erfarer gjennom livet, kan føre med seg både personlige og sosiale konsekvenser (Bramston & Patrick, 2007). Psykiske lidelser utgjør en stor andel av sykdomsbyrden blant ungdom i alle samfunn. Det er i løpet av ungdomsårene at de fleste psykiske vansker oppstår (Patel et al., 2007; Sund et al., 2011; Weber, Puskar, & Ren, 2010). I en rapport fra folkehelseinstituttet (2010) fremkommer det gjennom de siste fylkesundersøkelsene, at tallet på ungdom som oppgir å ha symptomer på psykiske lidelser, er økende (Groholt et al., 2010).

Videre i dette kapittelet vil jeg redegjøre for ungdomsårene og den identitetsutviklingen som skjer. Jeg gir også en kort beskrivelse av de vanligste psykiske lidelsene, depresjon og angst. Avslutningsvis legger jeg frem forskning omkring forekomst av psykiske vansker, samt forekomst av medikamentbruk blant unge.

2.2.1 Tilknytning og identitetsutvikling

Allerede som spedbarn starter vi samspillet med våre omgivelser, barnet oppsøker kontakt helt fra starten. Mor og barn inngår da i en relasjonell utveksling av følelser (Schibbye, 2009). I følge tilknytningsteorien er alle mennesker født med et behov for å knytte seg til og få beskyttelse av andre mennesker. Dette behovet er biologisk betinget. Foreldre er som regel de

viktigste tilknytningspersonene for et barn. Har en som barn erfaring med trygge samspill, vil dette danne et grunnlag for sosial og emosjonell trygghet senere i livet. Har en på den andre siden erfaring med avvisning og en redsel for å bli forlatt av sine nærmeste, kan dette føre med seg konsekvenser med tanke på barns utvikling og sosiale atferd senere i livet. Erfaringene fra foreldre-barn samspillet er nemlig basiserfaringer (Klette, 2007).

Sett fra et biologisk perspektiv, regnes ikke ungdommens historie og sosiale liv som en del av individet. En ser i stedet på ungdom som en periode, dominert av bestemte fysiologiske eller mentale utviklingstrekk (Heggen & Øia, 2005). Gjennom ungdomsårene skjer imidlertid også en identitetsutvikling, en utvikling som foregår individuelt, relasjonelt og kontekstuel (Krange & Øia, 2005). Vår personlighet formes på den måten av medfødte egenskaper sammen med egenskaper i det miljøet vi lever i (Fyrand, 2005). Identitetsutviklingen fører med seg problemer og utfordringer som kan være vanskelig for den unge å håndtere. Psykiske reaksjoner er en naturlig del av denne fasen. Likevel vil det ofte være behov for å søke profesjonell hjelp (Cullberg & Hambro, 1981).

Ungdomslivet kan ses på som en transformasjon, der omstillingskravene ofte er store sammenlignet med andre livsfaser. Perioden domineres av samfunnsmessige forventninger, der ungdommen gjennomgår formell kvalifisering. Gjennom ungdomsårene skal verdier, holdninger og selvbilde utvikles. I tillegg til at en skal tilegne seg forståelse for og finne sin plass i en sosial kontekst (Krange & Øia, 2005). Utifra dette er det ikke rart at ungdom ofte opplever forvirring og tvil på seg selv. For å forhindre dette, vil det være av stor betydning at samfunnet møter den unges behov for anerkjennelse. Det er gjennom opplevd anerkjennelse man legger grunnlag for viljen til å være seg selv (Erikson, 1992).

Å leve i en verden full av muligheter, kan bidra til en frihetsopplevelse som gir mulighet til å bli nettopp den man vil. Det kan på en annen side også føre til at en hele tiden strekker seg etter noe, streber etter "å bli" noen. En følelse av å være uferdig og ufullstendig bærer med seg risiko og engstelse. Utfordringene består i prioriteringer, en må hele tiden ta valg. I etterkant må en på egenhånd ta konsekvensene av de beslutninger som gjøres (Bauman, Nygård, Kolstad, & Christie, 2006). Beslutningene omhandler gjerne ting som kan være avgjørende for resten av livet (Erikson, 1992).

2.2.2 Psykiske symptomer og lidelser hos ungdom

For å kunne si noe om psykiske vansker hos ungdom, vil det være av betydning at vi forstår hva begrepet psykisk helse innebærer.

Verdens helseorganisasjon har definert psykisk helse slik:

“It is a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community” (World Health Organization [WHO], 2011).

Selv vektlegger jeg opplevelsen av å ha et meningsfylt liv som en viktig del av vår psykiske helse, et liv hvor man klarer å delta i et felles samfunn.

Depresjon

Depresjon kjennetegnes av nedstemthet, passivitet og mangel på interesse for det som skjer rundt en. Barn og unge kan ofte oppleves irritable i stedet for triste. Søvnproblemer, dårlig matlyst, konsentrasjonsvansker og tilbaketrekking er andre symptomer ved depresjon. Det er også vanlig å føle verdiløshet, skyld og skam. Det skilles mellom to typer depresjon når det gjelder barn og unge, alvorlig depresjon og kronisk depresjon. Ved alvorlig depresjon, dreier det seg ofte om en depressiv episode. Kronisk depresjon varer over tid, men med færre symptomer (Mathiesen et al., 2009).

Angst

En angstlidelse oppleves intens, bidrar til ubehag og påvirker den unges funksjon i hverdagen. Hos unge mennesker beskrives ofte syv forskjellige angstlidelser. Separasjonsangst, er en unormal bekymring for å bli skilt fra nære omsorgspersoner. Det kan vises gjennom smerter i mage og hode, mareritt og at en ikke vil gå på skolen. Fobier, er en unormal redsel for ting (edderkopper) eller situasjoner (trange rom). Generalisert angst, er en kraftig engstelse som omfatter flere ulike områder. Denne type angst preges gjerne av at en er rastløs, irritabel, sover dårlig og har spenninger i muskulaturen. Ved sosial angst, vegrer en seg for ulike sosiale situasjoner, i tillegg til at en bekymrer seg for hva andre synes om en selv. Panikkangst, er plutselige anfall av intens redsel. Tvangstanker og tvangshandlinger kommer til syne gjennom gjentakende og plagsomme tanker og handlinger. Posttraumatisk

stressyndrom, bidrar til søvnproblemer, konsentrasjonsvansker og "flashbacks" fra opplevd traume (Mathiesen et al., 2009).

2.2.3 Forekomst av psykiske vansker

Problematikken rundt psykiske lidelser hos ungdom, er høy over hele verden. Mellom 1 av 4 og 1 av 5 ungdommer opplever psykiske vansker hvert år. En internasjonal oversiktsstudie av diagnostiserbare psykiske lidelser hos ungdom i den vestlige verden, viser at rundt 15% er rammet (Patel et al., 2007). Oversikt over diagnostiserbare psykiske lidelser hos norsk ungdom, har en foreløpig ikke nøyaktige tall på. Men psykiske *vansker* bidrar til nedsatt funksjonsevne hos mellom 15 og 20% av barn og unge i Norge (Mathiesen et al., 2009). I en prevalensstudie gjennomført av Sund et al. (2011), kom det frem at en av fire norske ungdommer på et eller annet tidspunkt, er kvalifisert for en depresjonsdiagnose.

Når det gjelder forskjeller mellom kjønn, viser det seg at jenter i høyere grad enn gutter, er plaget med symptomer på angst og depresjon (Moksnes et al., 2012). Dette kan være en konsekvens av at jenter er mer utsatt for kronisk stress fra sine sosiale omgivelser, i tillegg til at de har en tendens til å gruble mye over ting, i forhold til gutter. Jenter er imidlertid flinkere til å bruke sine omgivelser som en ressurs, mens gutter legger mest vekt på sine interpersonlige ressurser. Dette resulterer i at jenter som mangler et sunt sosialt nettverk, er mer sårbare med tanke på å utvikle psykiske vansker enn gutter. På samme måte står gutter med mangelfulle interpersonlige ressurser i fare for å utvikle psykiske vansker (Hjemdal et al., 2011).

Ved Høgskolen i Hedmark har en gruppe forskere sett på forekomst, trender og mengder av sovemedisin og andre medikamenter knyttet til psykiske vansker, som er brukt på unge mennesker i Norge. I forhold til psykisk helse og medikamentbruk blant ungdom i Norge, viste det seg at hele 27,7% av de som rapporterte å ha psykiske vansker, startet med medikamentell behandling før fylte 25 år (Steffenak et al., 2012). Det ble i samme tidsrom gjennomført en studie der en fulgte utviklingen av medikamentbruk blant ungdom mellom 15 og 16 år, fra 2006-2010. Blant gutter var det en økning fra 13,9 til 21,5 per 1000 innbygger. Når det gjaldt jenter, økte medikamentbruken fra 19,7 til 24,7 per 1000 innbygger. Det var

ulike typer sovemedisin som stod for største delen av økningen (Steffenak, Wilde-Larsson, Nordstrøm, Skurtveit, & Hartz, 2012). Økningen i bruk av sovemedisin, beroligende midler og medisin mot depresjon blant 15-16 åringer, kom også frem i en undersøkelse fra 2001-2009. Dette kan være med på å forsterke indikasjonen på at forekomsten av psykiske lidelser blant ungdom, er økende (Groholt et al., 2010). I Hartz et al. (2012) sin studie, viste det seg at forekomsten av bruk av sovemedisin økte med over 30% gjennom perioden 2004-2011. Bruk av benzodiasepiner hadde også en økning. På barneskolen var gutter høyest representert i bruken av medikament. Etter fylte 17 år, var forekomsten av medikamentbruk blant jenter tredoblet og dermed høyere enn hos gutter (Hartz, Furu, Bratlid, Handal, & Skurtveit, 2012).

2.3 Det sosiale nettverket

”Et sosialt nettverk består av uformelle relasjoner mellom mennesker som samhandler mer eller mindre regelmessig med hverandre” (Finset, 1986). Begrepene sosialt nettverk og sosial støtte defineres på ulike måter. Sosial støtte forutsetter at den mellommenneskelige kontakten virker støttende. I dette innbefattes både praktisk, følelsesmessig og informativ støtte fra medlemmer i det sosiale nettverket (Fyrand, 2005).

Tre begreper fremheves for å beskrive et sosialt nettverk. *Sosial samhandling* handler om en gjensidig handling mellom mennesker. Det trenger imidlertid ikke å være likeverd mellom partene. *Sosiale relasjoner* brukes for å beskrive en samhandling preget av stabilitet og regelmessighet. En relasjon baseres i større grad enn samhandling på en gjensidig interesse for hverandre. Det tredje begrepet, *uformell struktur*, vil si at den mellommenneskelige samhandlingen i et sosialt nettverk skapes utifra aktørenes ønsker og behov. Det varierer blant annet mellom familieliv, vennernettverk og naboskap. En ungdoms nettverk dannes og vedlikeholdes utifra den enkeltes sosiale integrasjon og deltakelse i aktiviteter. Som andre nettverk, eksisterer også dette i ulike varianter. Både lokalsamfunn, familiesituasjon, klasse og etnisk tilhørighet bidrar i utviklingen av det sosiale nettverket (Fyrand, 2005).

2.3.1 Betydningen av tilhørighet og sosial støtte

Ved å se psykiske lidelser utifra et sosiologisk perspektiv, rettes søkelyst mot hvordan det sosiale miljøet er med på å forme det enkelte mennesket (Elstad & Barstad, 2008). Både de kulturelle og sosiale omgivelser bidrar til utvikling av trygghet, tilhørighet og mestring. Sosiale relasjoner har betydning både i forhold til forekomst av psykiske lidelser og hvordan de blir håndtert (Borge & Almvik, 2000). Schibbye (2009) legger også vekt på betydningen av å forstå hvert individ i sammenheng med sine omgivelser. En sosialiseres ikke bare utenfra og inn, men i samspill med de rundt seg. Fyrand (2005) sier videre at vi gjennom sosial trening, vil bli i stand til å etablere og vedlikeholde forhold til andre mennesker.

Sosialiseringsprosessen foregår gjennom hele livet, fra barndom til ungdom og utover i voksenlivet. I denne forbindelse fremheves betydningen av å ha en anerkjennende væremåte overfor andre. Det handler om å lytte, forstå, akseptere og tolerere (Vatne, 2006).

Opplevelsen av å bli sett og det at noen finner det meningsfylt å snakke med en, kan bidra til at vanskelige situasjoner håndteres på bedre måter. Som støttespillere og fortrolige, trekkes stort sett både familie og venner frem som betydningsfulle (Bøe & Thomassen, 2007). I ungdomsårene øker imidlertid behovet for sosial kontakt med jevnaldrende, mens avstanden til foreldrene har en tendens til å øke. Dette fører til at det blir ekstra viktig for den unge å bli godtatt og akseptert i vennekretsen. Det å oppleve meningsfulle fellesskap, vil gi mulighet til sosial utvikling (Heggen & Øia, 2005). På samme måte kan ustabile relasjoner til jevnaldrende få konsekvenser for den unges selvfølelse (Hertz & Glomnes, 2011). Til tross for at avstanden til foreldre øker i ungdomsårene, har familien en sentral oppgave i å gi støtte og skape kontinuitet i den unges liv. Familien kan imidlertid også være selve årsaken til vanskelighetene, som ved konflikter, skilsmisse og økonomiske problemer (Aagre, 2003).

Sosial støtte er en viktig beskyttelsesfaktor i forhold til vår psykiske helse (Dalgard, 2008). Sosial støtte og opplevelse av sosial integrasjon, bidrar også til en god utvikling av "sense of coherence" (Langeland, 2009). Den enkeltes livskvalitet bedres. Utifra dette, kan vi forstå at mangel på sosial støtte fra familie og jevnaldrende kan være en risikofaktor for psykiske vansker hos ungdom (Almvik, Borge, & Berntsen, 2006), særlig når man vet at problemene i stor grad er knyttet til den unges selvbilde og relasjoner til jevnaldrende, og at problemer ofte oppstår eller forverres som en konsekvens av at det sosiale støtteapparatet svikter. Behandling dreier seg derfor ofte om sosiale støttetiltak (Kringlen, 2011). Det hevdes flere steder at

nøkkelen til å fremme psykisk helse hos ungdom, vil være styrking av de grunnleggende kvaliteter som familie og nettverk (Patel et al., 2007).

2.3.2 Baksiden av det sosiale nettverket

Mange unge mennesker har vansker med å godta seg selv, enten det gjelder utseende eller intelligens og væremåte (Antonovsky & Lev, 2000). Ønsket om å være perfekt er fremtredende, og mange er av den oppfatning at en må være tynn for å kunne nærme seg det perfekte liv (Savukoski, Määttä, & Uusiautti, 2011). Som en konsekvens av dette, kan spiseforstyrrelser utvikles. Anoreksi begynner ofte med en vanlig slankekur der en etter hvert mister kontrollen. Bulimi kjennetegnes av en veksling mellom enorme matinntak etterfulgt av diettrestriksjoner, oppkast, fysisk aktivitet og avføringsmidler (Kringlen, 2011). Forstyrret kroppsbilde er en vesentlig del av sykdomsbildet. Til tross for underernæring, kan opplevelsen av å være tykk være fremtredende (Skårderud, 2004).

Det å ha liten tro på seg selv, blir sett på som en viktig risikofaktor når det kommer til psykiske vansker (Dalgard, 2008). Truet selvbilde, hjelpeløshet og tap av kontroll kan dessuten være en risikofaktor når det gjelder selvskading og selvmord. Det kan handle om vanskeligheter i forbindelse med relasjon til og kommunikasjon med andre. Også mennesker som opplever mangelfull tilhørighet, kan se selvdestruktiv atferd som den eneste løsningen (Vrålø, 2009). I forhold til ungdoms selvbilde, er den økte bruken av internett og sosiale media viktig å rette fokus mot. Internett er blitt en livsstil og en viktig sosial arena for ungdom i dag. Mye tid blir brukt på å kommunisere med andre på denne måten (Nærbøe, 2011). Samtidig som mer tid brukes på internett og andre medier, reduseres samvær med familie og venner. Facebook er det nettstedet flest oppgir å besøke (Medietilsynet, 2012). Internettaktiviteten handler om utveksling av informasjon, bilder og meninger. Kommentarer og misforståelser kan bli en kilde til konflikter, trakassering og mobbing. Eksempel på det er tilfeller hvor det forekommer kåringer av hvem som ser bra ut, og også av hvem som er styggest (Nærbøe, 2011).

I norske skoler blir om lag 10 % av barn og unge utsatt for mobbing to eller flere ganger i måneden. Det å bli utsatt for mobbing, kan føre til symptomer på psykiske vansker (Vatn,

Bjertness, & Lien, 2007). En tilsvarende studie som ble gjennomført noen år senere, fant en økning i mobbing blant ungdom i Norge. Her rapporterte 10 % å bli mobbet en eller flere ganger i uken. De som ble mobbet, hadde høyere forekomst av både angst og depressive symptomer. Mobbeofrene rapporterte også å ha få venner og problemer med å bli sosialt akseptert. Dette er viktig å bemerke seg, når man tenker på den rollen jevnaldrende spiller i ungdomsårene (Undheim & Sund, 2010). Olweus fant allerede for en del år tilbake, at det var en sammenheng mellom mobbing og depresjon. De som ble mobbet, hadde lav selvtillit preget av et negativt syn på seg selv. I tillegg var de gjerne engstelige, usikre og følsomme. Gutter som ble mobbet var dessuten vanligvis fysisk svakere enn gutter generelt (Olweus, 1997).

Mobbeproblematikken kan ses i sammenheng med sosial isolasjon og ekskludering i ungdomsmiljøene. Har man ikke et fellesskap med jevnaldrende i skolen, kan dette bidra til mangelfull sosialisering i ungdomsårene (Bakken & Nordahl, 2003). For til tross for at stadig færre er uten venner, preges dagens sosiale relasjoner av økt flyktighet (Halvorsen, 2008). Og en ustabil kontakt med venne-nettverket kan føre til utrygghet og opplevelse av manglende støtte. Dette kan til slutt resultere i passivitet og sosial isolasjon. Sosial isolasjon er uheldig dersom vi ønsker å utvikle et nettverk rundt oss. Den sosiale treningen vil da utebli, slik at det kan bli vanskelig å vite hvordan vi skal oppføre oss sammen med andre mennesker (Fyrand, 2005).

Mangelfull sosial kontakt med andre kan dessuten resultere i ensomhet, en allmennmenneskelig følelse som de aller fleste har opplevd. Det dreier seg om å stå alene, for seg selv. Ensomhet kan oppleves som påtvunget sosial isolasjon og mangel på samspill med andre mennesker. Det er en *subjektiv* opplevelse, og kan beskrives som en avstand mellom en selv og andre. Det å føle seg ensom i andres nærvær, kalles *inter-personlig ensomhet*. Det varme nærværet vil da oppleves mangelfullt (Halvorsen, 2008). På samme måte kan et menneske oppleve samhørighet, til tross for å leve et tilsynelatende ensomt liv. Ungdomsårene er en periode der opplevelse av isolasjon, avvisning og en følelse av å være mindreverdige kan gjøre seg gjeldende. Overgangen fra å bo hjemme sammen med foreldre til å flytte for seg selv, kan forårsake usikkerhet. Dette kan i sin tur bidra til vanskeligheter i forhold til sosial kontakt, noe som kan resultere i ensomhet (Cullberg & Hambro, 1981). Jeg velger i den forbindelse å trekke frem diktet *Det er langt mellom venner*.

Det er langt mellom venner

Det er langt mellom venner.

Mellom venner står mange bekjenskaper

Og mye snakk.

Venner ligger som små lysende stuer

Langt borte i fjellmørket.

Du kan ikke ta feil av dem.

(Falkeid, 1978)

2.4 Samfunnsrelaterte utfordringer

Ved å se psykiske vansker i et samfunnsperspektiv, vil en få frem helhetlige sammenhenger som involverer store grupper mennesker. En snakker da om en form for generell påvirkningskraft i tillegg til en spesifikk innflytelse på den enkelte (Aagre, 2003).

2.4.1 Det moderne samfunn

Ungdom i dag lever i komplekse og utfordrende tider. Både politiske, sosiale og kulturelle endringer påvirker de unges evne til å mestre utfordringer (Weber et al., 2010). Det handler om å være sosialt akseptert og anerkjent. En slik modernisering av samfunnet er med på å ødelegge tradisjonelle fellesskapsformer, noe som vil kunne gå ut over folks følelse av tilhørighet (Halvorsen, 2005). Enkeltindivid står mer enn før fritt, med tanke på valgmuligheter og selvrealisering (ibid.). En forskyvning fra fellesskapet til det individuelle, kjennetegner den individualiserte modernitet. Samfunnets medlemmer får roller som enkeltmennesker. Risiko og motsetninger blir produsert som før, mens plikten til å håndtere utfordringene er individualisert (Bauman et al., 2006). En annen som snakker om individualiseringstendensen i samfunnet, er Ulrich Beck. Han mener at nye former for risiko vil bidra til endring i samfunnet, endringer som også vil få sosiale konsekvenser. Videre ser han individualiseringen som en sentral del av det risikosamfunn vi lever i (Beck, 1992).

Folk har nok med sitt, de har ikke anledning til å involvere seg i andre. Manglende oppmerksomhet fra travle foreldre kan bidra til opplevelse av ensomhet blant de unge (Savukoski et al., 2011).

Selvopptatthet og egoisme ser ut til å være viktige elementer når det gjelder det moderne samfunn. Mennesker er mer enn før avhengig av beundring og bekreftelse fra omgivelsene, for å føle seg vellykket. Likefylt vil de som ikke opplever anerkjennelse fra de rundt seg, kunne føle seg mislykket (Halvorsen, 2005). Det bekymringsløse livet ligger til en hver tid i fremtiden. Av den grunn, vil vi hele tiden være på utkikk etter hvilke ferdigheter som trengs for å kunne leve et liv uten bekymring. Slike ferdigheter må det ”shoppes” etter, både hjemme, på arbeid og i fritid. Denne søken etter nye og bedre oppskrifter på livet, resulterer i en evigvarende jakt etter lykke. En jakt som preges av å gi gode fremstillinger av seg selv (Bauman et al., 2006).

2.4.2 Medikalisering

Samfunnet preges for tiden av en medikaliseringstendens. Begrepet medikalisering dreier seg om en prosess mellom samfunn og medisin, der en betrakter problem i medisinske termer. Stadig flere livsområder havner på den måten innenfor helseforvaltningen. Medikaliseringsprosessen har bidratt til at medisinen påvirker den måten sykdom og helse blir forstått i samfunnet. På samme måte er medisinen med på å sette standard for hva som regnes som ”normalt” og ikke. Spesielt kan det tyde på at menneskers psyke blir medikalisert i det moderne samfunnet. Stadig flere vansker som før ble sett på som hverdagslige utfordringer, er i dag omgjort til en psykiatrisk diagnose. Unges psyke er et av de områder hvor medikaliseringstendensen tydeliggjøres. Problemer flyttes fra skole og det sosiale, og kommer i stedet innunder de psykiske helsetjenestene (Norvoll, 2013). Utviklingen av de diagnostiske systemene ICD og DSM har vært med å bidra til dette, særlig sistnevnte. Som et eksempel, startet DSM med 60 diagnoser i 1952. Allerede i 1994, hadde antall diagnoser steget til 350. Moderne psykiatri innbefatter med andre ord, flere og flere generelle vansker en møter i livet (Ekeland, 2003).

Som følger av den økte tendensen til medikalisering, er det mindre og mindre rom for å være annerledes. Er en ikke ”normal”, kan negative holdninger fra samfunnet bli resultatet. Dette anses som en uheldig faktor når det gjelder psykiske lidelsers forløp. Begrepet stigmatisering ble utviklet for å forstå de sosiale reaksjoner på sykdom, og relasjonen mellom den som sliter og andre mennesker. Stigma er på den måten et sosialt fenomen, skapt av kulturen i samfunnet. Det er samfunnet som styrer hvordan den enkelte sykdom er sosialt akseptert. Slik påvirkes omgivelsene til å se sykdommen og ikke personen. Den som oppfattes som avvikende, er dessuten gjerne klar over at reaksjoner kan oppstå i omgivelsene. Dette kan bidra til vanskelige tillitsrelasjoner, som preges av usikkerhet. Stigmatisering knyttes dermed direkte sammen med ekskludering fra det sosiale fellesskapet (Norvoll, 2013).

2.4.3 Boligtetthetens betydning

Det er stor variasjon i bosettingsmønster i Norge, og dermed ulike oppvekstforhold for den enkelte. Noen bor i spredtbygde utkanter med få jevnaldrende, andre bor med gangavstand til Carl Johans gate. Beskrivelsen av ytterpunktene by og land, er ofte unyansert. Byen fremstilles gjerne som kald og anonym, mens bygdemiljøet assosieres med trygghet (Aagre, 2003). I andre sammenhenger forbindes byen med muligheter for kreativitet og mangfold, mens den landlige idyllen forbindes med stabile sosiale relasjoner (Bengs & Schmidt-Thomé, 2005), og samlinger av kulturelle verdier som må beskyttes fra ytre påvirkninger. Dette bidra videre til meninger om at landsbygda henger etter og trenger transformasjon og utvikling for å følge med i den moderne verden (Shucksmith, Cameron, Merridew, & Pichler, 2006). Ulikt syn på by og distrikt vil det nok alltid være, utifra egne opplevelser og erfaringer. Hver enkelt legger sin egen betydning i stedet de bor på. Det er imidlertid i dag en økende tendens til å avvise ideen om at det finnes vesentlige forskjeller mellom landlige og urbane områder, da både økonomiske og sosiale prosesser overskrider slike grenser. I fattige land vil en gjerne kunne se en større forskjell som følger av større variasjoner i moderniseringsprosessen (Shucksmith et al., 2006).

Studier som er gjennomført ulike steder i Norge, er ikke helt samstemte når det gjelder resultatene. I en landsomfattende befolkningsundersøkelse fra 1998, fremkom den største hyppigheten av psykiske plager, i Oslo. Vestlandet viser den laveste hyppighet av psykiske

plager (Dalgard, Rognerud & Strand, 1998). Ved sammenligning av Oslo og Sogn og Fjordane, viste det seg også at forekomsten av psykiske lidelser var lavest i landlige områder. Prevalensen av angstlidelser var 30,9% i Sogn og Fjordane og 52,4% i Oslo. Når det gjaldt depresjon, ble det rapportert 17,8% i Oslo, i forhold til 8,3% i Sogn og Fjordane (Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2006). I Helse- og levekårsundersøkelsen fra 2008, viste resultatene derimot at risikoen for å få en depresjon i løpet av livet var lavere i storbyen enn på bygda (Folkehelseinstituttet, 2013). Også Sund et al., (2011) fant at ungdom som var bosatt i forstader, rapporterte om høyere forekomst av depresjon, i forhold til de som bodde i by.

For å kunne se det i en større sammenheng, ble også studier gjort utenfor Norge, inkludert. En svensk studie fant liten forskjell i forekomsten av angst og depresjon i de ulike områdene. Det viste seg imidlertid å endre seg når rusmisbruk ble inkludert i resultatene. Da hadde urbane områder signifikante høyere tall av psykiske vansker, særlig blant den eldre befolkningen (Dahlberg, Forsell, Damstrøm-Thakker, & Runeson, 2007). Bramston & Patrick (2007) fant heller ikke betydelige forskjeller i symptomer på angst og depresjon hos australsk ungdom som flyttet fra distrikt til by, og de som ble igjen på bygda. ODIN-studien sammenlignet forekomsten av depresjon i urbane og landlige områder ulik steder i Europa. Resultatene viste at kvinner i urbane strøk i England og Irland rapporterte bemerkelsesverdig høy grad av depresjon. Forskjellene var ikke signifikante blant menn eller i andre europeiske land, som Norge og Finland (Lehtinen et al., 2003).

Flere aspekter trekkes frem som mulig påvirkning av unges psykiske helse. Ungdom som flytter fra distrikt til by, medgir at de opplever å øke sine muligheter i forhold til utdanning og jobb (Black, Roberts, & Li-Leng, 2012). Utdanningsnivået er generelt høyere hos mennesker som lever i urbane områder i Europa. Dette kan ha en sammenheng med at jobbmarkedet er større i byer, noe som naturligvis tiltrekkes de med høyere utdanning. Tilgang på jobb og skole viser imidlertid ingen stor forskjell de ulike stedene (Shucksmith et al., 2006). Det ble også rapportert om bedre muligheter for å etablere sosiale omgangskretser ved å flytte fra distrikt til by (Black et al., 2012). Et overblikk over land i Europa, viser ikke at tilgangen på venner og familie er vanskeligere i distrikt enn i by. På samme måte er det liten forskjell i forekomst av sosial isolasjon. Både i urbane og landlige områder, ligger kontakten med venner og familie på et nokså likt nivå. Unntaket er at mennesker i landlige områder opprettholder mer regelmessig kontakt med sine foreldre. Dette kan ha med å gjøre at en flytter mindre i disse områdene (Shucksmith et al., 2006). En sammenligning av

nettverksmønster hos ungdom på et mindre sted og i en stor by, viste også at byungdom gjerne har mer flyktige nettverk enn ungdom i landlige områder. På grunn av tidsbegrenset kontakt, vil muligheten til å utvikle nære relasjoner reduseres (Fyrand, 2005).

Videre kan det tenkes at stigmatisering, som fremdeles er et problem knyttet til psykiske lidelser (Patel et al., 2007), kan føre til at særlig ungdom på mindre steder unngår å søke hjelp på grunn av mangelfull anonymitet og utfordringer knyttet til taushetsplikt. På den måten reduseres muligheten til å få hjelp på et tidlig tidspunkt (Aisbett, Boyd, Francis, & Newnham, 2007). Til tross for likheter i forekomst av angst og depresjon, viste det seg gjennom en svensk studie, å være stor forskjell i den hjelpsøkende atferden i befolkningen. Personer i landlige områder benyttet seg i mindre grad av helsetjenestene enn de som bodde i by (Dahlberg et al., 2007). Med tanke på tilgjengelighet av helsetjenester, er forskjellene mellom by og distrikt i mer velstående land små. Mens det i fattige land er dårlig tilgang på helsetjenester i landlige områder (Shucksmith et al., 2006).

2.5 Om ”drop outs”

Svært mange yngre faller utenfor systemet. Jeg vil derfor se på hvilke betydning fullført utdanning har for den enkeltes psykiske helse. I tillegg sier jeg noe om helsefremmende psykisk helsearbeid og hva som kan gjøres for å forhindre at ungdom dropper ut av skolen.

2.5.1 Utdanning og psykisk helse

Skolen er en viktig arena med tanke på de forventninger som stilles ungdom i dag. Skolen skal forberede de unge på de standarder det voksne samfunnet krever. Den enkelte får mulighet til å utvikle sine kunnskaper og ferdigheter, og grunnlaget for den fremtidige yrkeskarrieren blir lagt. For noen er dette positive opplevelser. For andre domineres skolegangen av frustrasjoner og nederlag, med en kontinuerlig bekreftelse på at de ikke strekker til (Heggen & Øia, 2005). Skolegang kan dermed på den ene siden være med på å øke selvfølelsen. Men de faglige krav som stilles den enkelte, kan også føre til bekymring og

stress (Bramston & Patrick, 2007). På grunn av skolens sentrale plass i unge menneskers hverdag, er dette viktig å regne med for å forstå samfunnets utfordringer (Elstad & Barstad, 2008).

Ved siden av teoretisk og praktisk utvikling, har skolen også en viktig oppgave med tanke på ungdoms psykologiske vekst (Dalgard, Mykletun, Rognerud, Johansen, & Zahl, 2007). Det handler om nettverksbygging og utvikling av sosial kompetanse (Halvorsen, 2005).

Vanskelige relasjoner til medelever eller manglende støtte fra omgivelsene, kan føre med seg negative konsekvenser i forbindelse med skolesituasjonen. Det å ha et positivt samspill med omgivelsene, gir derimot muligheter for ros, bekreftelse og økt selvtillit hos den enkelte (Elstad & Barstad, 2008). Vanskeligheter som omhandler det sosiale i skolen, kan også dreie seg om utestenging fra fellesskapet i klassen. Dette vil videre kunne svekke muligheten for å delta i fritidsaktiviteter, noe som er viktig å tenke over når man vet hvilken betydning vennskap har i ungdomsårene (Aagre, 2003).

Utdanningsnivå har en positiv innvirkning i forhold til psykisk helse. Motsatt kan lav utdanning føre til flere symptomer på stress, og dermed være en viktig risikofaktor når det gjelder psykisk lidelse (Dalgard et al., 2007). Manglende utdanning kan resultere i en rekke tap senere i livet, som tapt arbeid, arbeidsfellesskap og økonomi (Halvorsen, 2005). Så mye som 30 prosent av de som starter videregående opplæring i Norge hvert år, har ikke fullført etter fem år (Statistisk Sentralbyrå, 2013b). Ofte er psykiske vansker en medvirkende årsak til at ungdom ikke klarer å fullføre utdanning (Patel et al., 2007). Både mistrivsel, lærevansker og funksjonsproblemer anses som viktige årsaker til at ungdom slutter på skolen (Groholt et al., 2010). Ungdom som ikke trives eller som gjør det dårlig på ungdomsskolen og dropper ut når de har begynt på videregående, kan stå i fare for å komme i kontakt med belastede miljøer, preget av kriminalitet og rusmisbruk. Lite rutiner og struktur på døgnet, i tillegg til manglende erfaring på det sosiale plan, kan dessuten vaskeliggjøre mulighetene for å komme seg inn på arbeidsmarkedet (Aagre, 2003). Ved å klare og redusere ”dropouts” fra skolen, vil den enkelte kunne oppnå helsegevinst. Støtte og individuelt tilpasset undervisning, kan være løsningen (Dalgard et al., 2007).

2.5.2 Helsefremmende psykisk helsearbeid

I arbeid med ungdom vil et helsefremmende fokus være hensiktsmessig. Helsefremmende arbeid er definert slik: ”prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse” (Mæland, 2010, s. 15). Det handler om å fremme folks helse og bidra til at den enkeltes livskvalitet blir best mulig. Videre mener Mæland at det skillet som en gang var mellom det helsefremmende og det sykdomsforebyggende arbeidet, er i ferd med å viskes ut. Det er betydningsfylt å ha med begge tilnærmingene dersom målet er å bedre folkehelsen. Det helsefremmende arbeidet fokuserer på styrking av den enkeltes ressurser. Lokalsamfunnet blir sett på som den mest betydningsfulle arena i forbindelse med det helsefremmende arbeidet (ibid.).

Siden det finnes mange årsaker til at barn og unge utvikler psykiske vansker, må helsefremmende og forebyggende tiltak settes i verk på forskjellige arenaer. Skolen kan være et godt egnet sted for slikt arbeid (Mathiesen et al., 2009). Det er utviklet en rekke program som gir informasjon om hva psykiske vansker er og hvilken hjelp man kan få hos ulike instanser (Mathiesen et al., 2009). ”VIP-veiledning og informasjon om psykisk helse” tilbys i videregående skole. Programmet har et helsefremmende fokus, med vekt på relasjonsbygging og det psykososiale klasse miljøet (Lien & Tvedt, 2012). To nasjonale anti-mobbeprogrammer er også etablert i skolen, Zero og Olweus (Mathiesen et al., 2009). Olweus-programmet handler i hovedsak om å endre holdninger, atferd og rutiner i skolehverdagen (Olweus, 1997). Zero, står for nulltoleranse for mobbing og har som mål å skape et skoleklima preget av trygghet (Stephens, 2011).

Epidemiologisk kunnskap er av stor betydning i forbindelse med sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid. I forkant av iverksetting av forebyggende tiltak, er det flere områder som bør være kjent. Det er årsaksmønstrene, årsaksfaktorenes utbredelse i befolkningen og kunnskap om de virkemidler som benyttes for å bedre situasjonen. Tiltak som iverksettes, kan være samfunnsrettede eller rettet mot enkeltmennesker (Magnus & Bakketeig, 2003). De viktigste sosiale risikofaktorene viser seg imidlertid å være tilknyttet samfunnsforhold, noe som er viktig å ta i betraktning når en planlegger det forebyggende arbeidet (Major et al., 2011). Hovedmålet er i alle tilfeller, styrking av beskyttelsesfaktorer og redusering av risikofaktorer (Nordahl & Manger, 2005).

2.5.3 Virksomme intervensjoner

Etter å ha redegjort for en del sammenhenger og risikofaktorer knyttet til psykiske vansker hos ungdom, er spørsmålet hva som kan bedre situasjonen? Jeg vil her trekke frem noen tiltak i forhold til unges psykiske helse.

I følge Bøe & Thomassen (2007) er psykisk helsearbeid arbeidsformer og hjelpetiltak overfor mennesker med psykiske helseplager. Flere ulike profesjoner inkluderes, noe som øker muligheten for mangfold og faglig kunnskap. Gjennom psykisk helsearbeid skal fokuset rettes mot både individ, familie og nettverket rundt. Slik har det ikke alltid vært. Tradisjonelt, har det medisinske fokuset hatt størst betydning innen psykiatri. Det har i stor grad handlet om diagnose og behandling. Psykisk helsearbeid i dag, fremhever betydningen av å møte den enkelte i den kontekst han/hun lever i (Borge & Almvik, 2000). Tiltak knyttet til blant annet skole og livsstil, kan være minst like virkningsfulle som tiltak i helsevesenet (Major et al., 2011). Ungdom selv fremhever betydningen av relasjonsbygging som i det helsefremmende arbeidet, både med tanke på å styrke venne-nettverket og familienettverk (Bramston & Patrick, 2007). Viktigheten av næromsorg fremheves også i stortingsmelding 29, det at offentlig helse- og omsorgstjenester må trekkes inn i nærmiljøet til den enkelte. For at sammenhengen skal kunne opprettholdes, bør hjelpen befinne seg i lokalsamfunnet. I tillegg til familie- og venne-nettverket, innbefatter et helhetlig omsorgstilbud også kultur, aktivitet og trivsel (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

For å kunne si noe om hva som fungerer, er det viktig at ulike intervensjonsprogrammer blir evaluert. Olweusprogrammet er verifisert i en rekke vitenskapelige studier gjennom de siste to tiår (Stephens, 2011). Resultater viser en klar reduksjon i antisosial atferd, med en økning av positive sosiale relasjoner (Olweus, 1997). Olweus-programmet har sammenlagt hatt svært positive resultater, med en reduksjon på opp til 50% i studentenes rapporter om mobbing (Stephens, 2011). Utfordringen er imidlertid at de som blir mobbet sjeldent søker hjelp. Skole og helsepersonell bør derfor vær klar over at dette kan være bakenforliggende faktorer når det gjelder sosiale og emosjonelle problemer (Undheim & Sund, 2010). I evaluering av VIP, kom det frem at programmet gav nyttig informasjon og hadde positiv effekt på det tverretatlige samarbeidet mellom skole og helsepersonell (Lien & Tvedt, 2012). Det å få informasjon om temaer som sosial støtte, selvtillit og depressive symptomer, vil kunne bidra til at ungdom bedre mestrer negative livshendelser (Weber et al., 2010).

3. Materiale og metode

3.1 Forskningsdesign

3.1.1 Vitenskapelig perspektiv

Den vitenskapelige innfallsvinkel i oppgaven tar utgangspunkt i det positivistiske/empiristiske paradigmet. August Comte (1798-1857) grunnla den positivistiske filosofi, som en reaksjon mot religiøse og metafysiske spekulasjoner (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009). Han mente at bare det som objektivt kunne observeres utenfra, var vitenskapelig kunnskap. Det som ble studert, måtte kunne måles, telles eller veies, om det skulle regnes som virkelig. Skillet mellom det virkelige og det innbilte ble tydeliggjort. Objektivitet og nøytralitet hos forsker står sentralt, med et språk bestående av matematiske formler og fysikk (Thornquist, 2003).

Denne undersøkelsen baseres på informantenes egne vurderinger av helse og livsstil, utifra kvalitative utsagn som kvantifiseres. Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) spør etter kvalitativ data for å vurdere nivå av angst- og depresjon. HSCL-25 inneholder 25 spørsmål som kartlegger angst og depresjon, med 10 spørsmål om angst og 15 spørsmål om depresjon (Strand, Dalgard, Tambs, & Rognerud, 2003). De 25 spørsmålene har en gradert intensitet av symptomer på angst og depresjon i løpet av den siste uken (Sandanger et al., 1999). Symptomene er selvrapporterte, der informantene selv definerer sin situasjon (Barstad, 1997). Psykiske symptomer som fremkommer i HSCL-25, er dermed ikke kun basert på fastsatte kriterier, men også på fenomenologisk informasjon. Dette er med på å øke gyldigheten av resultatene (Sandanger et al., 1999).

På samme måte går spørsmål om ensomhet og sosial støtte utifra den enkeltes egen opplevelse av sin livssituasjon. Det er strukturen i spørreundersøkelsen, med fastlagte svaralternativer, som gjør at resultatene blir kvantifisert. Informantene får ikke fritt spillerom til å fortelle, slik som ved kvalitativ forskning. Da går en utifra andre vitenskapelige perspektiver, hovedsakelig fenomenologi og hermeneutikk. En fenomenologisk tilnærming brukes når en ønsker å forstå sosiale fenomener i fra informantenes ståsted. Hermeneutikk på sin side, handler om

fortolkning av tekster for å oppnå en dypere forståelse av en teksts mening (Kvale et al., 2009).

3.1.2 Forskningsmetode

En kvantitativ forskningsstrategi er ofte deduktiv, eller teoristyr. Det vil si at forskeren stiller spørsmål ut i fra ulike teoretiske perspektiver rundt fenomenet som studeres. Forskeren har i tillegg ofte avstand til det som studeres, noe som kan henge sammen med behovet for store og gjerne spredte utvalg av informanter. Analyse av kvantitativt datamateriale foregår ved hjelp av statistiske analyseteknikker (Ringdal, 2013). Kvantitativ metode brukes når en ønsker å få breddekunnskap, finne årsakssammenhenger eller teste hypoteser (Grønmo, 2004). Hvilken forskningsmetode som er mest passende, avhenger av hva en ønsker å finne ut av gjennom studien. Det er med andre ord problemstillingen som avgjør om en skal velge kvalitativ eller kvantitativ metode (Holme & Solvang, 1996). Kvantitativ metode var et naturlig valg, når hensikten med studien var å kartlegge utbredelsen av angst- og depresjon hos ungdom. For å kunne si noe om assosiasjoner knyttet til utdanning, sosialt nettverk og bosted, var en stor gruppe informanter nødvendig.

Når hensikten med studien er å kartlegge sannsynligheten av mulige sammenhenger knyttet til psykiske lidelser hos ungdom, snakker en om epidemiologisk forskning. Det fremkommer ingen klare bevis om årsaksforhold i slike studier. Det kan likevel være nyttig å tenke gjennom årsaker. I den forbindelse kan det være en idé å begynne med indre faktorer, som personlighet og levevaner. Deretter kan en se enkeltmennesker i relasjon med faktorer i nærmiljøet, for til slutt å se på generelle forhold i samfunnet (Magnus & Bakketeig, 2003). En sentral oppgave i denne type forskning, er nettopp å undersøke risikofaktorer og årsaker ved sykdom. Nyttepotensiale er derfor stort. Vi skiller mellom deskriptiv epidemiologi og analytisk epidemiologi. Deskriptiv epidemiologi handler om kartlegging av sykdommers utbredelse og karakteristika. Ved analytisk epidemiologi brukes statistiske metoder for å finne sammenhenger mellom sykdom og andre faktorer. Ser en da sterke og stabile sammenhenger, kan det dreie seg om årsaksfaktorer. Den type kunnskap kan bidra til iverksetting av tiltak fra helsemyndighetene. Epidemiologiske studier tar som regel utgangspunkt i store befolkningsgrupper, mens enkeltindivider har mindre betydning (Høyer, 2004).

3.1.3 Studiens design

Innenfor kvantitative forskningsstrategier, er tverrsnittsdesign ofte benyttet. Målinger eller intervjuer skjer da i et avgrenset tidsrom, ofte basert på spørreundersøkelser. Målet er å beskrive forhold i nåtid. Standardiserte spørreskjema benyttes ofte, for på den måten å nå ut til store representative utvalg (Ringdal, 2013). Tverrsnittsstudie kan med andre ord brukes for å løse epidemiologiske problemstillinger (Magnus & Bakketeig, 2003). For at det skal kunne være mulig å gjennomføre en kartlegging av psykisk helse hos ungdom i Norge, vil et posttalt spørreskjema gi mulighet til å nå frem til flest mulig. En vil da få dekket store geografiske områder på en økonomisk forsvarlig måte. Det at selvutfyllingsskjema kan fylles ut uten andre til stede, kan bidra til at de som svarer kan være helt anonyme (Ringdal, 2012). På den måten kan det bli lettere å svare ærlige omkring temaer som kan være vanskelig å snakke åpent om.

3.2 Utvalg

3.2.1 Levekårsundersøkelsen

Levekårsundersøkelsen fra 2008 er en tverrsnittsundersøkelse, med det formål å dekke de ulike levekårsområder. Det blir gjennomført slike levekårsundersøkelser med jevne mellomrom, for å gi kunnskap om folks levekår i nåtid, i tillegg til å følge utviklingen over tid (Statistisk Sentralbyrå, 2008). Det er en type velferdsundersøkelse som går ut i fra en ressursbasert definisjon av velferd (Ringdal, 2012). Levekårsmodellen fra skandinavia, tar utgangspunkt i enkeltmenneskers egen opplevelse av sin livssituasjon. Undersøkelsen har dermed en kvalitetstilnærming. Temaet i levekårsundersøkelsene roterer etter en tre års syklus, mellom "arbeidsforhold", "boforhold, nærmiljø og fritid" og "helse". I 2008 var det helse, med helse, omsorg og sosial kontakt som hovedtema. Delen som omhandler helse, tar for seg den norske befolkningens helsetilstand. Her kartlegges både symptomer på og

virksomheter av sykdom, funksjonsevne og levevaner. Omsorgsdelen handler om behov for og bruk av omsorgsyting. Når det gjelder sosial kontakt, ser en på relasjonen med familie og venner (Statistisk Sentralbyrå, 2008).

3.2.2 Beskrivelse av utvalg

Utvalget fra hele undersøkelsen var på 10 000 personer fra 15 år og oppover. Utvalget er trukket utifra Statistisk sentralbyrås demografi-/befolkningsdatabase BEBAS. Statistisk Sentralbyrå's to trinns utvalgsplan er brukt. Hele landet ble delt inn i utvalgsområder, som deretter ble gruppert inn i 109 strata. Store kommuner dannet egne utvalgsområder, mens små kommuner ble slått sammen for å oppnå minst 7 prosent av det totale innbyggertallet i sitt aktuelle stratum. Utvalgsområdene ble så stratifisert utifra næringsstruktur, bosettingstetthet, sentralitet, pendlings- og handelsmønstre, mediadekning og kommunikasjoner. I første trinn ble et utvalgsområde fra hvert stratum trukket. De utvalgsområdene som var store nok, ble trukket med 100 prosent sannsynlighet. Resten ble trukket med en sannsynlighet proporsjonal med innbyggertallet. Til slutt ble hele utvalget trukket tilfeldig (Statistisk Sentralbyrå, 2008). Ved å stratifisere utvalget, kan en bidra til å sikre at viktige grupper blir representert på en korrekt måte. Dermed sikres utvalgets representativitet (Ringdal, 2013).

Informasjon ble innhentet både ved personlig intervju og selvutfyllingsskjema sendt i posten. Et nettutvalg ble intervjuet, mens bruttoutvalget fikk tilsendt spørreskjema (Statistisk Sentralbyrå, 2008). Slike spørreundersøkelser (surveys) er den overlegent mest brukte metode for datainnsamling i samfunnsvitenskapene (Ringdal, 2013).

3.2.3 Mine inklusjonskriterier

I min studie er personer i alderen 15-24 år inkludert. Begrunnelse for det, var ønsket om å undersøke ungdom. Som vist under kapittelet om ”tilknytning og identitetsutvikling”, kan ungdomsbegrepet være noe diffust og vanskelig å definere. Som en kombinasjon av at en i dag tar lengre utdanninger, i tillegg til at en etablerer familie senere, har ungdomsbegrepet blitt forlenget. Det rekkes nå ut i den perioden som tidligere ble omtalt som ”ung voksen”

(Aagre, 2003). Det er dermed ikke nødvendigvis aldersbestemt, noe som har ført til en avgjørelse basert på å få med et stort nok utvalg utifra den yngste aldersgruppen i undersøkelsen.

3.2.4 Datainnsamling

Variabler knyttet til hensikt og forskningsspørsmål ble trukket ut av det originale datasettet. Demografiske variabler var kjønn, alder og utdanning. Alder ble delt inn i to aldersgrupper, fra 15-19 år og fra 20-24 år. Utdanning er beskrevet utifra om en studerer mer eller mindre enn 10 timer i uken. Variabler knyttet til bosted var først beskrevet utifra boligtetthet, med fem verdier fra steder med færre enn 2 000 innbyggere til tettsted med over 100 000 innbyggere. For å kunne gi en oversiktlig sammenligning, ble verdiene slått sammen og omdefinert. Valget falt da på en inndeling i større og mindre områder, steder med opp til 20 000 innbyggere og steder med over 20 000 innbyggere. De ulike områdene omtales gjerne som by og distrikt, uten at dette nødvendigvis er definisjonen oppgaven har gått utifra. Ordet distrikt brukes ofte som en motsats til byer, og kan beskrives som områder med en perifer beliggenhet. Det kan også dreie seg om steder med lav befolkningstetthet eller store avstander i forhold til mer sentrale områder (Kommunal- og Regionaldepartementet, 2009). På samme måte finnes det byer med færre enn 20 000 innbyggere.

For å få svar på sosial støtte, er variabler som beskriver andres interesse for en, antall en kan få hjelp av ved problemer, følelse av ensomhet og hvor ofte en treffer venner benyttet. Ungdoms sosiale aktivitet blir definert utifra om en deltar på sport eller idrett, om en dyrker felles hobbyer, om en går på kino eller konserter og om en går på restaurant eller bar. Den psykiske helsen i utvalget, ble kartlagt ved hjelp av HSCL-25, både ved fordeling av symptomer på angst- og depresjon og ved gjennomsnittsskår. HSCL-25 er et kartleggingsinstrument som brukes hyppig, særlig i befolkningsundersøkelser (Strand et al., 2003). En cut-off settes for hva som regnes for god psykisk helse og ikke. Cut-off for HSCL-25 er 1.75. Det vil si at en symptomskår over 1,75 for hvert spørsmål i HSCL-25, indikerer mulig diagnose (Barstad, 1997). HSCL-25 ble i denne undersøkelsen inndelt i subskalaer, der DIAGANX beskriver symptomer på angst. En symptomskår fra 10-17,4 fremstilles som - angst i tabellene, mens 17,5-40 regnes som betydelige symptomer på angst og vises som +

angst. På samme måte beskriver DIAGDEPR symptomer på depresjon. For de som ikke kvalifiserer for en depresjonsdiagnose (- depr), er symptomskåren fra 15-26,1. Skårer en mellom 26,2-60, fremstilles dette med + depr. Forekomst av angst og depresjon vises dermed hver for seg i resultatene.

3.2.5 Analyse av datamateriale

Analyser av datamaterialet er gjennomført i statistikkprogrammet MYSTAT 12. Statistikk brukes som hjelpemiddel når det kommer til analyse av data i epidemiologiske studier (Magnus & Bakketeig, 2003). De fleste variabler som er benyttet i denne studien, ligger på nominalt og ordinalt nivå. Nominalvariabelen er det laveste målenivået, og dreier seg om gjensidig utelukkende grupper. Eksempel på dette er kjønn og statsborgerskap. Når det gjelder variabler på ordinalt nivå, vil det si at variabelens verdi kan rangordnes. Spørsmål om holdninger og verdier er oftest ordinale, med svaralternativer som for eksempel ikke i det hele tatt, litt og ganske mye. Både nominale og ordinale variabler er kategori-variabler. Det vil si at variablene enten har få naturlige kategorier eller at de er delt inn i kategorier (Ringdal, 2013). HSCL-25 er en måleskala på ordinalt nivå, der hvert spørsmål har fire svaralternativer, ikke plaget, litt plaget, ganske mye plaget og veldig mye plaget. Spørsmål i forhold til sosial aktivitet stilles også med flere svaralternativ, fra omtrent daglig og til sjeldnere enn hvert år. Motsatt stilles spørsmål som omhandler utdanning med to alternativ, enten studerer en over 10 timer i uken eller studerer en mindre enn 10 timer i uken.

For å besvare forskningsspørsmålene, er det gjennomført frekvensanalyser som er fremstilt i krysstabeller. Slike tabeller brukes til å beskrive noe eller til å analysere sammenhenger mellom variabler (Ringdal, 2013). Som eksempel var et av målene i denne studien, å se om det var en relasjon mellom forekomst av angst- og depresjon hos ungdom og bostedets boligtetthet. Krysstabeller/Frekvenstabeller bygger på kategori-variabler. Ved inndeling i kategorier, kan også kontinuerlige variabler benyttes i krysstabeller (ibid.). Alder kan dermed benyttes dersom det deles inn i aldersgrupper, slik som er gjort her ved inndeling fra 15-19 år og 20-24 år.

For å finne ut om det er sammenheng mellom to variabler i en krysstabell, benyttes kjikvadrattesten (Ringdal, 2013). Flere steder er to gange to tabeller benyttet, der enkelte variabler består av flere verdier. Eksempel på dette er i tilfeller hvor kjønn ses i sammenheng med andre variabler, da inkluderes både kvinner og menn. Kjikvadrattesten er en ikke-parametrisk test, en test som bygger på frekvenstabeller. Den har få forutsetninger og kan dermed nesten alltid brukes. Det er den ikke-parametriske testen som benyttes hyppigst i samfunnsvitenskapene. Motsatt finnes parametriske tester, som benytter fullstendig informasjon i kontinuerlige variabler. Slike tester er mer sårbare for ekstreme verdier av variabler (Ringdal, 2013). Om det er betydelige sammenhenger, fremkommer gjennom p-verdien. Signifikansnivået settes på 0,05 eller 5%, noe som beskriver en 5% mulighet for å forkaste en *sann* hypotese (ibid.). I tilfeller hvor den totale prøvestørrelsen og de forventede verdier er små, benyttes Fisher's eksakte test (MYSTAT 12). Dette er gjort der frekvensen har vært mindre enn 5 i mer enn en femtedel av tabellens celler.

Sentraltendensen for symptomer på psykiske lidelser er fremstilt ved hjelp av gjennomsnittsskår for variablene og med spredningsmål. Gjennomsnitt er det viktigste målet på sentraltendensen i utvalget, og brukes ofte på ordinale variabler med mange (Ringdal, 2013). Det var derfor et naturlig valg i analyser av subskalaene av HSCL-25 variabelen. Gjennomsnittsanalyse er en måte å studere forskjeller mellom grupper. Eksempel fra denne studien er forekomst av depresjon (y) blant kvinner og menn (x). En t-test gjennomføres for å teste statistiske hypoteser om populasjonsgjennomsnittet av en variabel på grunnlag av utvalgsgjennomsnittet. Gjennomsnittet er derfor svært sårbart for ekstreme verdier. På ordinale variabler brukes også median, som er den midterste verdi i ordnet fordeling. I en normalfordeling vil gjennomsnitt og median være like. Dersom fordelingen er skjev, vil de bli forskjellige (ibid.). Gjennomsnittsskåren for angst- og depresjon i denne undersøkelsen, ble gjennomført både i forhold til kjønn og boligtetthet.

Spredningsmål, som beskriver spredning eller variasjon i en fordeling, går også fortrinnsvis utifra variabler på ordinalnivå. De mest kjente av den type mål, er variasjonsbredde, varians og standardavvik (SA). Av disse, er det SA som er det mest brukte målet på spredning. Målet benyttes på ordinale variabler dersom antallet verdier er mer enn 4-5 og det er teoretisk rimelig at variabelen er kontinuerlig i populasjonen (Ringdal, 2013). I gjennomføringa av t-tester for to utvalg, analyseres også utvalgets SA. For å finne et intervall av verdier for gjennomsnittet som med stor sannsynlighet vil inneholde den sanne verdi for populasjonen,

brukes konfidensintervallet (CI). Et 95 prosent CI vil inneholde den sanne verdi i 95 av 100 tilfeller. Denne verdien varierer rundt gjennomsnittsskåren for utvalget, fra litt under til noe høyere enn gjennomsnittet.

3.3 Datakvalitet

Kvaliteten til samfunnsvitenskapelige data, vurderes utifra hvor godt datamaterialet belyser problemstillingen. Innunder dette kommer teorier om datamaterialets reliabilitet og validitet (Grønmo, 2004).

3.3.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om resultatenes pålitelighet, om det har skjedd tilfeldige målefeil i gjennomføringen av studien (Ringdal, 2013). Det er hovedsakelig to typer reliabilitet som vektlegges, stabilitet og ekvivalens. Stabilitet handler om samsvaret mellom data som er innsamlet på ulike tidspunkt, både når det gjelder selve fenomenet og innsamlingsprosessen. Slik reliabilitet er spesielt viktig med tanke på studier av utviklingstendenser i samfunnet, ved at en da gjennomfører undersøkelsen på nøyaktig samme måte. Slik vil en få frem om eventuelle samfunnsforhold har endret seg over tid. Stabilitet er også viktig når samfunnsforhold studeres på ett enkelt tidspunkt. Analyseresultatenes tillit vil da avhenge av en stabil gjennomføring. Dette vil også øke den vitenskapelige verdien (Grønmo, 2004). Ekvivalens handler om samsvar mellom datainnsamlinger som er gjennomført på samme tidspunkt. En sammenligning av data som er basert på like undersøkelsesopplegg, men som er samlet inn av ulike intervjuere. På denne måten kan en sjekke at datamaterialet ikke påvirkes av de som utfører undersøkelsen (Grønmo, 2004).

I kvantitative studier kan reliabiliteten ofte testes på nokså nøyaktige måter. For å teste stabiliteten i undersøkelsesopplegget, kan en blant annet bruke test-retest-metoden. Det vil si at en gjenntar datainnsamlingen, for så å sammenligne resultatene (Grønmo, 2004). Spørreskjemaet som er benyttet i denne undersøkelsen, inneholder velutprøvde spørsmål. Det

er en stor befolkningsundersøkelse, som er gjennomført mange ganger. Spørsmål med tydelige svaralternativer gir mindre rom for feiltolkning, både hos informantene og hos forsker. I en undersøkelse som dette, er det mulig å etterprøve datainnsamlingen med samme utvalgs-kriterier og spørreskjema. En slik gjennomføring ville imidlertid blitt for omfattende i forbindelse med dette prosjektet. Sammenlagt, er studiens reliabilitet god.

3.3.2 Validitet

Validitet handler om resultatenes gyldighet. Spørsmålet da er om vi faktisk måler det vi ønsker å måle. I tillegg til den empiriske gjennomførelsen, krever validiteten en teoretisk vurdering (Ringdal, 2013).

Når det gjelder validitet i forbindelse med kvantitative undersøkelser, snakker en blant annet om definisjonsmessig validitet. Det kan spesifiseres på tre ulike måter. For det første handler det om hvor dekkende den operasjonelle definisjonen er i forhold til det teoretiske innholdet i begrepet. Dette kalles innholdsvaliditet. Det er spesielt relevant i tilfeller der det fins flere indikatorer for de samme begrepene. For eksempel når det er snakk om å definere diffuse begreper som livskvalitet. For det andre, handler definisjonsmessig validitet om samsvaret mellom data som har ulike operasjonelle definisjoner av det samme begrepet. Denne formen for definisjonsmessig validitet, kalles kriterievaliditet. Den tredje spesifiseringen av definisjonsmessig validitet, kalles begrepsvaliditet. Her ser en på sammenhengen mellom operasjonelle definisjoner av ulike begrep (Grønmo, 2004).

For å kartlegge psykisk helse hos ungdom, er HSCL-25 benyttet. HSCL-25 er godt validert i norske (Sandanger et al., 1999) og internasjonale studier (Nettelblatt, Hansson, Stefansson, Borgquist, & Nordström, 1993). HSCL- 25 ble sammenlignet og validert med kartleggingsinstrumentet Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Utifra samme mengde tilfeller, fremkom det kun enighet når det gjaldt halvparten. Målet var å finne ut hvilket av de to kartleggingsinstrumentene som var best egnet til identifikasjon av tilfeller i en epidemiologisk befolkningsundersøkelse. CIDI er en kriteriebasert klassifisering av diagnoser som gir informasjon om hvilken type psykiatriske tjenester det vil være behov for. Det sier mindre om hvor stort hjelpebehovet er. HSCL-25 gir bedre uttrykk for intensiteten av plagene,

noe som ofte gir den beste indikasjonen på at en trenger hjelp. Det var en betydelig sterkere assosiasjon mellom summen av sykdomsindikatorer og HSCL-25 (Sandanger et al., 1999).

3.3.3 Generaliserbarhet

Sannsynligheten for at egenskapene ved utvalget i undersøkelsen er lik egenskapene ved populasjonen, øker med størreslen på utvalget. For å sikre representativitet, vil det være best med et stort randomisert utvalg (Grønmo, 2004). Dette oppnås best ved bruk av sannsynlighetsutvelging. Resultatene vil på den måten kunne generaliseres (Ringdal, 2013). Levekårsundersøkelsen, som er utgangspunktet for denne studien, har fulgt disse prinsippene i datainnsamlingen. Resultatene vil derfor kunne generaliseres til den befolkningsgruppen som er studert.

3.4 Etiske overveielser

3.4.1 Forskningsetikk

Forskningsetikk omhandler moralnormene for vitenskapelig praksis. I tillegg til de uformelle normene, handler det om beskyttelse av individ og samfunn og publiseringsregler. I samfunnsvitenskapelig forskning er det private personopplysninger som skal behandles, noe som kan få uønskete konsekvenser dersom de ikke oppbevares og bearbeides på en god måte (Ringdal, 2013).

Etiske retningslinjer innen forskningsetikk, vises gjennom Helsinkideklarasjonen. Deklarasjonen ble utformet i 1964, og har gjennomgått flere revisjoner etter dette, sist i 2008. Det informerte samtykke står sentralt, i tillegg til at det forskningsetiske ansvaret legges over på forskeren. Med dette menes det at et informert samtykke ikke kan forsvare uetisk forskning. Deklarasjonen legger også vekt på at forskningssubjektet ikke skal utsettes for ubehag og risiko, til tross for at vitenskapen og samfunnet har behov for ny kunnskap

(Helsinkideklarasjonen, 2008). Hensynet til sårbare grupper understrekes. I den forbindelse skal forskning kun gjennomføres dersom det er nødvendig i forhold til økt kunnskap om og bedre behandling for de det gjelder. Egne forskningsetiske komiteer har ansvar for å kontrollere forskning på sårbare grupper. De skal sørge for at det informerte samtykket er ivarettatt og at den vitenskapelige kvaliteten er god (ibid.).

I tillegg til Helsinkideklarasjonen, er flere lover laget i forbindelse med forskning. Forskningsetikkloven ”skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer” (Forskningsetikkloven, 2006). Og Helseforskningsloven har som formål ”å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning” (Helseforskningsloven, 2008).

Når det kommer til epidemiologisk forskning, vektlegges den samfunnsmessige nytten, i tillegg til hensynet til den enkelte. Det er imidlertid slik at det ikke alltid er like enkelt å oppfylle begge hensyn samtidig. En må derfor hele tiden vurdere risiko for den enkelte, i forhold til den samfunnsnyttens forskningen gir. Når det er sagt, bør ikke epidemiologisk forskning vurderes på samme måte som medisinsk forskning generelt, da epidemiologisk forskning stort sett innebærer liten grad av risiko og ubehag for de som deltar.

Samfunnsnyttens er derfor ofte stor, mens belastningen for informantene er liten (Høyer, 2004). Videre diskuteres betydningen av det informerte samtykket i epidemiologisk forskning. Hovedregelen dreier seg om at samtykke fra deltagerne skal innhentes. Spørsmålet er om det er den eneste måten å ivareta den enkeltes interesser på? Er det for eksempel nødvendig å ha full kontroll over hvordan data blir brukt i ettertid av undersøkelsen? I prosjekter som utgjør liten belastning for deltagerne, samtidig som samfunnsnyttens er stor, svekkes begrunnelsen for krav til samtykke. Det betyr ikke enten eller, men at det er mulig å se det nyansert og velge samtykkeform utifra prosjektets grad av belastning og grad av samfunnsnytte (ibid.).

Når det gjelder standardiserte intervju og spørreskjema, gjennomført av et høyt antall informanter, er utfordringene knyttet til anonymitet i liten grad gjeldende. Besvarelsen skjer gjennom fastlagte svaralternativ, uten mulighet for å kunne gjenkjennes. Spørreskjemaene besvares i tillegg uten andre til stede. Av den grunn kan vi forstå at deltakelse innebærer liten risiko for den enkelte.

3.4.2 Godkjenning fra NSD

Mitt temavalg ble sendt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, NSD, sammen med en søknad om å få tilgang til datasettet fra Levekårsundersøkelsen 2008. Etter å ha returnert veiledererklæring, samt taushetserklæring, fikk jeg etter kort tid tilbakemelding om at prosjektet var godkjendt. Godkjenning fra NSD, taushetserklæring, veiledererklæring og mail om valg av tema legges som vedlegg til oppgaven.

4. Resultat

På grunn av at resultatene fremstilles med tre desimaler i MYSTAT, fører matematiske avrundingsregler til at totalsummen noen ganger blir 99,9 eller 100,1.

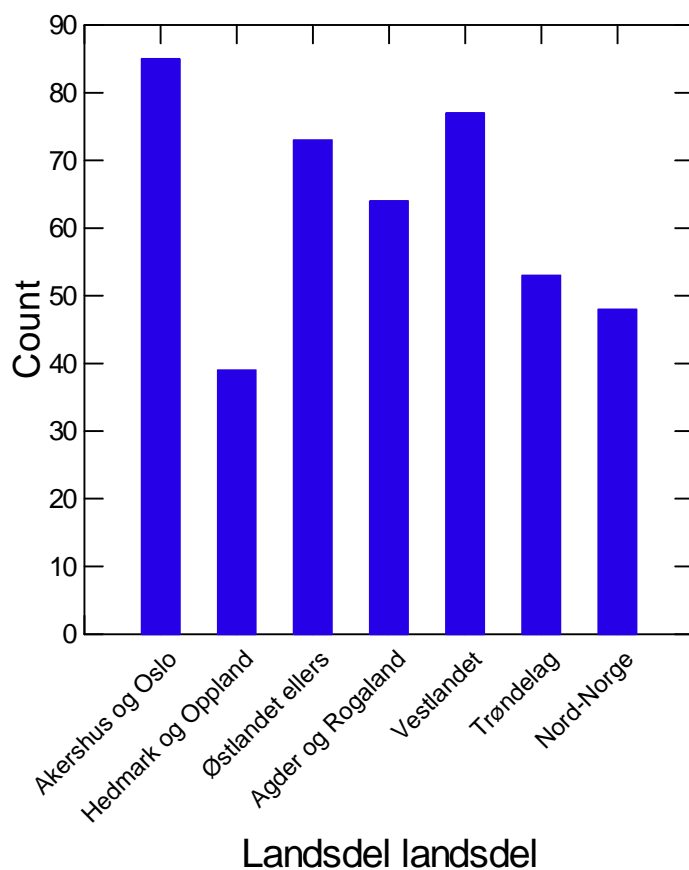
4.1 Beskrivelse av utvalget

Tabell 1. Karakteristikk av utvalget

| | Hele utvalget (n=439) | Menn (n=195) | Kvinner (n=244) | p-verdi |
|-------------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------|
| ALDERSGRUPPE | | | | |
| Aldersgjennomsnitt (SA) | 19,4 (2,65) | | | |
| 15-19år | 245 | 105 | 140 | 0,459 |
| 20-24år | 194 | 90 | 104 | |
| UTDANNING | | | | |
| Over 10 t/uke | 289 | 125 | 164 | 0,495 |
| Under 10 t/uke | 150 | 70 | 80 | |
| BOLIGTETHET | | | | |
| 0 – 19 999 innbyggere | 149 | 67 | 82 | 0,730 |
| Over 20 000 inbyggere | 188 | 81 | 107 | |

P-verdi basert på Pearsons kjikvadrat-test

Denne tabellen viser utvalget i studien. Det er trukket ut fra bruttoutvalget basert på ønsket aldersgruppe. Totalt var det 44,4 % menn og 55,6 % kvinner. Utvalget ble videre delt inn i aldersgruppene 15-19 år og 20-24 år, med en fordeling på 55,8 % mot 44,2 %. I aldersgruppa 15-19 år, var det 23,9 % menn og 31,9 % kvinner. I aldersgruppa 20-24 år, var 20,5 % menn og 23,7 % kvinner. Gjennomsnittsalderen i utvalget var 19,4 år. Medianen var 19 og standardavviket var 2,65. Utvalget er jevnt fordelt, med tanke på kjønn, alder, utdanning og bosted, og viser ingen betydelige forskjeller.

Figur 1. Utvalgets fordeling på landsbasis.

4.2 Kartlegging av psykisk helse hos ungdom

4.2.1 Angst og depresjon hos ungdom

Først ble utvalgets gjennomsnittsskår av angst og depresjon analysert. For å få dette frem, ble det gjennomført en "two sample t-test" ved å sammenligne kvinner og menn med sumskår av både angst og depresjon. I den forbindelse viste det seg at gjennomsnittsskåren av depresjon blant menn var 18,8 (SA 4,6), mens den for kvinner var 22,6 (SA 7,5). Samlet varians på 95 % CI var - 4,994 til - 2,592, der forskjell i gjennomsnittet var -3,793. Når det gjelder gjennomsnittsskåren av angst, kom det frem at den var 12,6 blant menn (SA 2,7), mot 14,7

(SA 4,1) blant kvinner. Samlet varians på 95 % CI var -2,778 til -1,434, der forskjell i gjennomsnittet var -2,106.

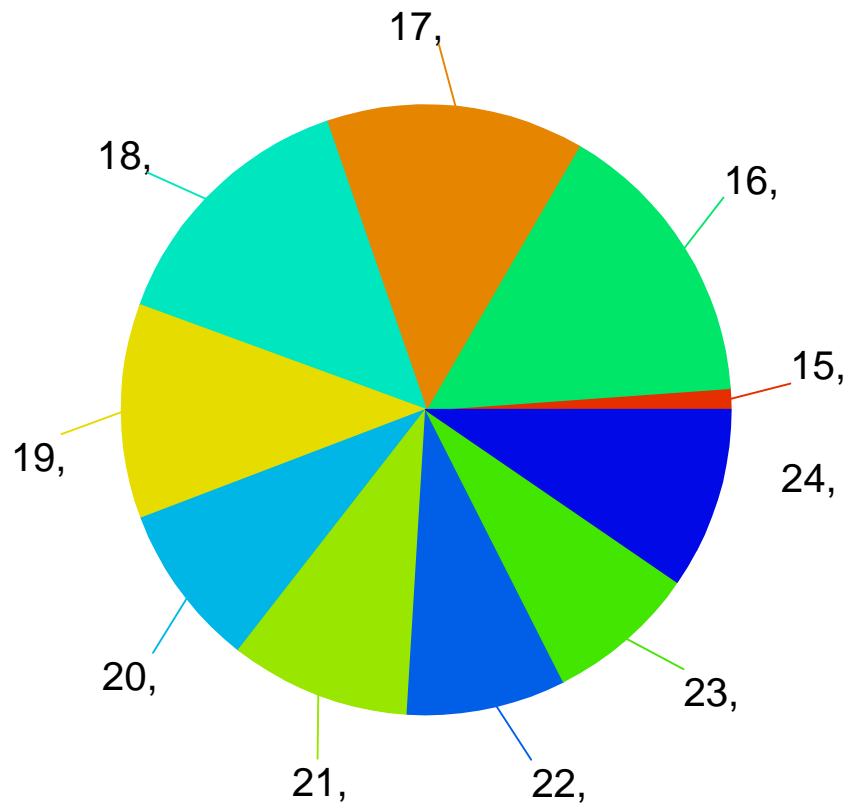
Gjennomsnittsskåren av angst og depresjon ble også sett opp i mot boligtetthet. I forhold til angst, var tallet 13,9 (SA 4,1) på steder med færre enn 20 000 innbyggere, mens det var 13,8 (SA 3,7) på steder med mer enn 20 000 innbyggere. Samlet varians på 95 % CI var -0,703 til 0,954, med en forskjell i gjennomsnittet på 0,126. Gjennomsnittet i forbindelse med depresjon, var 21,1 både i større og mindre områder. SA var henholdsvis 7,1 og 6,4. Samlet varians på 95 % CI var -1,350 til 1,539, der 0,094 var forskjell i gjennomsnittet.

Tabell 2. Symptomer på angst og depresjon målt utifra HSCL-25, sett opp mot ulike bakgrunnsvariabler.

| | Hele utvalget i % (n=439) | - angst i % | + angst i % | p-verdi | - depr i % | + depr i % | p-verdi |
|-----------------------|---------------------------|-------------|-------------|-----------|------------|------------|-----------|
| KJØNN: | | | | | | | |
| Mann | 44,4 | 42,4 | 2,1 | p < 0,001 | 41,2 | 3,2 | p < 0,001 |
| Kvinne | 55,6 | 45,1 | 10,5 | | 42,4 | 13,2 | |
| ALDERSGRUPPE: | | | | | | | |
| 15-19 år | 55,8 | 48,5 | 7,3 | 0,705 | 46 | 9,8 | 0,465 |
| 20-24 år | 44,2 | 39 | 5,2 | | 37,6 | 6,6 | |
| UTDANNING: | | | | | | | |
| Over 10 t/uken | 65,8 | 57,6 | 8,2 | 0,950 | 55,6 | 10,3 | 0,514 |
| Under 10 t/uken | 34,2 | 29,8 | 4,3 | | 28 | 6,2 | |
| BOLIGTETTHET: | | | | | | | |
| 0 – 19 999 innbyggere | 44,2 | 37,4 | 6,8 | 0,141 | 36,5 | 7,7 | 0,618 |
| Over 20 000 inbyggere | 55,8 | 50,1 | 5,6 | | 47,2 | 8,6 | |

P-verdi basert på Pearsons kji kvadrat-test

I denne tabellen har jeg sammenlignet forekomst av psykiske lidelser med hensyn til kjønn, alder, utdanning og boligtetthet. Dette relateres til forskningsspørsmål nr 1, som handler om hvordan angst og depresjon er fordelt blant ungdom i Norge. Utifra tabellen kommer det frem nokså små forskjeller. Den eneste tydelige forskjellen er kjønnsfordelingen, med en signifikant høyere andel kvinner enn menn som rapporterer om psykiske vansker.

Figur 2. Oversikt over aldersfordeling på intervjutidspunkt.

Som figuren viser, er den yngste aldersgruppen i utvalget noe bedre representert enn den eldste.

4.2.2 Sosial deltakelse og støtte fra omgivelsene

Tabell 3. Sammenheng mellom sosial støtte og boligtetthet

| | Hele utvalget i % (n=337) | 0 – 19 999 innbyggere i % (n=149) | Over 20 000 innbyggere i % (n=188) | <i>p-verdi</i> |
|--|------------------------------|---|--|----------------|
| Andres interesse for det du gjør | | | | |
| Stor interesse | 56,7 | 25,5 | 31,2 | 0,678 |
| Noe interesse | 33,2 | 14,2 | 19 | |
| Verken stor eller liten Interesse | 8,6 | 4,2 | 4,5 | |
| Liten interesse | 1,5 | 0,3 | 1,2 | |
| Antall som kan hjelpe ved problemer | | | | |
| Ingen | 0,6 | 0,3 | 0,3 | 0,879 |
| 1 eller 2 | 11,3 | 5,6 | 5,6 | |
| 3-5 | 27,3 | 11,6 | 15,7 | |
| Flere enn 5 | 60,8 | 26,7 | 34,1 | |
| Følelse av ensomhet | | | | |
| Ikke plaget | 63,2 | 29,1 | 34,1 | 0,682 |
| Litt plaget | 28,8 | 11,3 | 17,5 | |
| Ganske mye plaget | 4,7 | 2,4 | 2,4 | |
| Veldig mye plaget | 3,3 | 1,5 | 1,8 | |
| Ofte sammen med gode venner | | | | |
| Omtrent daglig | 56,3 | 25 | 31,3 | 0,240 |
| Omtrent hver uke, men ikke daglig | 37,2 | 15,2 | 22 | |
| Omtrent hver måned, men ikke hver uke | 4,5 | 2,7 | 1,8 | |
| Noen ganger i året, men ikke hver månad | 2,1 | 1,5 | 0,6 | |

p-verdi basert på Fishers eksakte test

Det er ingen signifikant sammenheng mellom boligtetthet og sosial støtte. Det er en jevn fordeling med tanke på antall fortrolige, følelse av ensomhet og hyppighet av samvær med venner, mellom steder med færre enn 20 000 innbyggere og større steder.

Tabell 4. Deltakelse i fritidsaktiviteter på større og mindre steder

| | Hele utvalget i % (n=339) | 0 – 19 999 innbyggere (n= 149) | Over 20 000 innbyggere (n=188) | p-verdi |
|--|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---------|
| Driver med sport/idrett | | | | |
| Ja | 46,3 | 23,4 | 22,8 | 0,027 |
| Nei | 53,7 | 20,8 | 32,9 | |
| Dyrke felles hobbyer/interesser | | | | |
| Ja | 80,4 | 36,5 | 43,9 | 0,379 |
| Nei | 19,6 | 7,7 | 11,9 | |
| Delta i kulturelle aktiviteter, som kino og konserter | | | | |
| Ja | 86,4 | 38 | 48,4 | 0,833 |
| Nei | 13,7 | 6,2 | 7,4 | |
| Gå på kafè, restaurant eller bar | | | | |
| Ja | 85,8 | 36,5 | 49,3 | 0,134 |
| Nei | 14,2 | 7,7 | 6,5 | |

For å se på sammenhenger mellom sosial aktivitet og bosted, er det gjennomført kji-kvadrat-tester for hvert spørsmål. Heller ikke denne tabellen viser store ulikheter mellom områder med over 20 000 innbyggere og områder med færre enn 20 000 innbyggere. Det som skiller seg ut, er deltakelse i sport eller idrett. Her viser p-verdien at det er en signifikant forskjell, der flest deltar i sport eller idrett på mindre steder, samt at hele 32,9 % av ungdom som bor på steder med mer enn 20 000 innbyggere ikke deltar i sport eller idrett.

Som vist i tabell 1, er det små kjønnsforskjeller når det kommer til utdanning og bosted. I tabell 2 fremkommer det imidlertid en betydelig forskjell mellom menn og kvinner i rapportering om symptomer på angst og depresjon. Ved undersøkelse av om det er forskjeller når det kommer til sosial støtte og sosial deltakelse, fremkommer det signifikante forskjeller på flere punkt. På spørsmål om å drive med felles hobbyer, svarer kun 4,6 % av menn nei, mens hele 14,1 % svarer nei blant kvinner. P-verdien er $< 0,001$. På spørsmålet som omhandler ensomhet, er p-verdien 0,041, der flere kvinner enn menn gir uttrykk for ensomhetsfølelse.

4.2.3 Utdanning og psykisk helse

Tabell 5. Sammenheng mellom utdanning, kjønn, alder, boligtetthet og psykisk helse

| | Hele utvalget i % (n=439) | Utdanning over 10 t/uken i % (n= 289) | Utdanning under 10 t/uken i % (n= 150) | p-verdi |
|------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--|-----------|
| KJØNN | | | | |
| Mann | 44,4 | 28,5 | 15,9 | 0,495 |
| Kvinne | 55,6 | 37,4 | 18,2 | |
| ALDERSGRUPPE | | | | |
| 15-19 år | 55,8 | 44 | 11,8 | p < 0,001 |
| 20-24 år | 44,2 | 21,9 | 22,3 | |
| BOLIGTETTHET | | | | |
| 0 – 19 999 innbyggere | 44,2 | 27,3 | 16,9 | 0,064 |
| Over 20 000 innbyggere | 55,8 | 39,8 | 16 | |
| PSYKISK LIDELSE | | | | |
| - angst | 87,5 | 57,6 | 29,8 | 0,950 |
| + angst | 12,5 | 8,2 | 4,3 | |
| - depr | 83,6 | 55,6 | 28 | 0,514 |
| + depr | 16,4 | 10,3 | 6,1 | |

Tabell 5 viser prosentuering av relasjoner mellom utdanning og flere ulike forhold. Det fremkommer i liten grad forskjell mellom kjønn når det gjelder utdanning. Forekjellen mellom aldergruppene er imidlertid nokså stor, der en høyere andel i alderen 15-19 år enn de mellom 20-24 år informerer om at de studerer mer enn 10 timer i uken. Når det gjelder utdanning og bosted, er ikke forskjellene signifikante. Likevel viser det seg at en noe høyere andel studerer på større steder, med en p-verdi på 0,064. Til slutt ses nivå av angst og depresjon utifra om en studerer eller ikke. Også her viser resultatene en nokså jevn fordeling.

5. Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for de viktigste funnene i studien, med utgangspunkt i forskningsspørsmålene. Videre bygger jeg opp diskusjonen utifra oppgavens hovedtema, ved å knytte det opp mot tidligere undersøkelser samt mine teoretiske perspektiver.

5.1 Oppsummering av sentrale resultater

Fordeling av psykiske vansker hos ungdom, med tanke på kjønn, alder og bosted, ble undersøkt. Kjønnforskjellene i forbindelse med angst og depresjon, er signifikante. Kun 2 % av menn rapporterer om signifikante symptomer på angst, i forhold til hele 10,5 % kvinner. Resultatet i forbindelse med depressive symptomer, var 3,2 % blant menn mot 13,2 % blant kvinner. Kjønnforskjellene er et kjent fenomen, som går igjen hele livet. I forhold til aldersgruppe, var det liten forskjell i utbredelse av symptomer både på angst og depresjon. Forekomsten av psykiske vansker ble også sammenlignet utifra bostedstetthet. Studien fant i den forbindelse ingen signifikant forskjell mellom de som bor på steder med færre enn 20 000 innbyggere og de som bor på større steder. Spesielt var forekomst av depresjon nokså jevnt fordelt mellom de ulike boområdene. På generell basis rapporterer 12,4 % av ungdom i undersøkelsen om symptomer som tilsier en mulig angstdiagnose. Tallene for en betydelig depresjonsdiagnose, var 16,3%.

Utifra det vi vet om sosialt nettverk som en beskyttende faktor i forhold til psykisk helse, var det av betydning å undersøke om det fantes en relasjon mellom sosial støtte fra omgivelsene og bostedstetthet. Ungdom rapporterer nokså likt omkring antall fortrolige, samvær med venner og følelse av ensomhet, både på steder med over 20 000 innbyggere og på mindre steder. På spørsmål om ensomhet fremkom det imidlertid signifikante forskjeller mellom kvinner og menn, der flest kvinner medgir å føle seg ensomme.

Som beskrevet i forbindelse med sosial støtte, var det også interessant å sammenligne større og mindre boområder når det gjelder sosial deltakelse. Studien viser en forholdsvis jevn deltakelse i sosiale aktiviteter blant ungdom, uavhengig av hvor de er bosatt. Unntaket gjelder sport eller idrett, der resultatene viser at flere deltar i den type aktivitet på steder med færre enn 20 000 innbyggere. Også i forbindelse med sosial deltakelse var kjønnsforskjellene signifikante, der menn i større grad enn kvinner driver med felles hobbyer.

Resultatene viser ingen betydelig forskjell mellom menn og kvinner når det gjelder utdanning. Det viser seg imidlertid å være en signifikant forskjell på aldersgruppene i studien. Så mye som 44 % i aldersgruppen 15-19 år studerer mer enn 10 timer i uken, mens kun 21,9 % i aldersgruppen 20-24 år studerer like mye. I forhold til bostedstetthet, er det en noe høyere andel studenter i områder med mer enn 20 000 innbyggere, uten at forskjellene er betydelige. Relasjonen mellom utdanning og forekomst av symptomer på angst og depresjon, ble også undersøkt. På dette området kom det ikke frem store forskjeller mellom de som studerte mer enn 10 timer i uken, og de som ikke studerte.

Det viktigste funnet i min undersøkelse er at det ikke er betydelige forskjeller mellom større og mindre boområder, verken i forhold til forekomst av angst- og depresjon, tilgang på sosialt nettverk eller utdanning. Da mye tyder på at boligtetthet i liten grad virker inn på den unges psykiske helse, diskuteres her andre faktorer som kan bidra til økt forståelse i møte med ungdom.

5.2 Samfunnsrollen

5.2.1 Øker forekomsten av psykisk vansker blant ungdom?

Psykiske lidelser hos ungdom viser en bekymringsfull utvikling. Rundt 15 % av ungdom i den vestlige verden er rammet (Patel et al., 2007). En av fire norske ungdommer er på et eller annet tidspunkt kvalifisert for en depresjonsdiagnose (Sund et al., 2011). Også i denne studien

vises en relativt høy prosentandel i forekomst av angst og depresjon blant unge. Tallene kan tyde på en utvikling i negativ retning. Man må imidlertid undre seg over hva disse tallene betyr. Er den reelle økningen av psykiske vansker og lidelser slik den ser ut til å være? Hva er i så tilfelle årsaken til det? Er det vanskeligere å vokse opp i dagens samfunn?

På en måte kan det høres bra ut med økt grad av muligheter for selvrealisering, mens det på den andre siden kan tenkes at alternativene kan bli for mange. En ting er å ta avgjørelser alene, en annen ting er når også konsekvensene må tas alene. Selvstendighet og valgmuligheter blir sentrale begreper, noe som for flere kan bidra til et økt stressnivå. Og som nevnt tidligere, kan stress i seg selv bidra til økt risiko for psykiske vansker. Det moderne samfunn produserer risiko som før, mens individualiseringen fører til at utfordringene i større grad må håndteres på egen hand. Mye handler derfor om den enkeltes ressurser til å klare de krav en stilles overfor. Det kan dreie seg om indre ressurser, som lett temperament og problemløsende evner, eller ytre ressurser i omgivelsene. Balansen mellom risikofaktorer og beskyttende faktorer avgjør den enkeltes nivå av resiliens. Så til tross for at dagens krav kan oppleves uopnåelig, vil en med god tilgang på beskyttende faktorer kunne se muligheter i stedet for begrensninger. Dette vil videre kunne bidra til mestringsfølelse i stedet for opplevelse av nederlag. Det å føle mestring vil ha positiv innvirkning i resiliensutviklingen og dermed bedre håndtering av fremtidige stressituasjoner. Når det er sagt, er det gjerne ikke slik at en alltid vokser på sine utfordringer. Ordtaket ”det som ikke dreper deg, gjør deg sterkere”, kan i noen tilfeller være misvisende. Det kan bli for mye, noe som igjen avhenger av den enkeltes evne til å nyttiggjøre seg de beskyttende faktorer en har tilgang på, både i seg selv og i sine omgivelser.

Økningen av psykiske vansker kan også gjenspeile at det forekommer mer og mer åpenhet rundt temaet. Det settes mer fokus på det, det informeres mer om det og en snakker mer om det. Alt i alt ser det ut til at det å være psykisk syk aksepteres i større grad enn tidligere. Dette kan i sin tur bidra til at terskelen for å søke hjelp for sine problemer reduseres. I de fleste tilfeller vil dette kunne bidra positivt. I noen tilfeller kan det likevel tenkes at pendelen svinger for mye. Mye tyder på at utfordringer som før ble akseptert som naturlige reaksjoner, nå skal settes inn i kategorier og diagnoser. Denne medikaliseringstendensen vises gjennom dagens diagnosemanualer. Som et eksempel steg antall diagnoser i DSM fra 60 i 1952 til 350 i 1994 (Ekeland, 2003). Utifra det kan det virke som om det blir mindre og mindre rom for å være annerledes. Balansen mellom det normale og det unormale er i bevegelse. Hvem er

egentlig normal? På den ene siden fremheves betydningen av det unike, mens en på den andre siden skal passe inn i detaljerte rammer for hva som er akseptert i samfunnet. Så til tross for mer åpenhet, forekommer det fremdeles negative holdninger i forbindelse med psykiske lidelser. Dette kan forstås som et sosialt fenomen, stigmatisering styrt av samfunnet. Målet kan da bli å ”normalisere” avvik i stedet for å se på det som interessante og unike forskjeller. Mennesket kommer da i bakgrunn for sitt ”avvik”. Dette belyses gjennom at problemer som før ble håndtert på skolen og i det sosiale miljø, nå stadig oftere forskyves innunder de psykiske helsetjenestene (Norvoll, 2013). Flere får gjerne hjelp for sine problemer, men det kan bli en trend basert på feil grunnlag. Alle problemer skal gjerne ikke løses i psykiatrien?

På lik linje med flere andre studier, kommer det også her frem at psykiske vansker er langt vanligere blant kvinner enn blant menn. Hvordan kan vi forstå denne kjønnsforskjellen? På den ene siden kan det være slik at kvinner er mer utsatt for å få psykiske vansker. De lar seg kanskje lettere påvirke av de forventninger som omringer dem. Det kan også handle om at de har høyere krav til seg selv, både i forhold til hjem, familie og arbeidsliv. Eller kanskje det dreier seg om at kvinner grubler mer over ting, med påfølgende dårlig samvittighet eller anger over noe de har gjort eller ikke gjort. Menn på sin side, tenker muligens mindre komplisert. De lar gjerne ikke alt gå inn over seg på samme måte som det kvinner kan ha en tendens til å gjøre. Eller er det på grunn av at menn holder sine vanskeligheter mer for seg selv? Det er ikke utenkelig at kvinner er flinkere til å prate om det som er vanskelig. At de har en lavere terskel for å benytte seg av sitt sosiale nettverk og søke hjelp for sine problemer.

Preget av det individualiserte samfunn, kan det være lett for å forankre psykiske helseproblemer i enkeltmennesker. I tillegg til å forsøke og forstå det enkelte individ, vil det imidlertid også være viktig å medregne eksterne faktorer. Her inkluderes både risikofaktorer og beskyttende faktorer. Dette vil ha betydning i forhold til helhetsforståelsen rundt de utfordringer som oppstår, og på den måten bidra til kunnskap om hvordan en skal intervensere i forbindelse med ungdom (Ingul, Klockner, Silverman, & Nordahl, 2012). En annen side er at de eksterne faktorene ikke kan studeres hver for seg. Betydningen av de ulike faktorene varierer nemlig betraktelig mellom når de ses i forhold til hverandre, i motsetning til alene (ibid.). Det samfunn vi lever i, bør derfor inkluderes i forklaringsmodellene. Er det noe der ute som kan bidra til forståelse i forhold til enkeltmenneskers reaksjoner og handlinger? Ved å stille slike spørsmål, vil forutsetningene for å forstå den samfunnsskapte uhelsen kunne bli bedre.

5.2.2 Er det fremdeles bedre å bo på landet?

Den hypotesen som før handlet om at det var bedre å bo på landet, har den endret seg? Ulike faktorer kan trekkes frem når det gjelder forskjeller mellom store byer og mindre lokalsamfunn. På den ene siden kan byen bidra til flere muligheter, med tanke på både utdanning, fritid og jobb. En kan bli hva en vil, jobbe hvor en vil og delta i det meste av fritidsaktiviteter. På den andre siden kan et slikt mangfold bidra til forventninger om å benytte seg av de muligheter som finnes. Karrierepresset kan bidra til ekstra utfordringer for den unge, og føre til større avstand mellom de som ”lykkes” og de som opplever dårlig mestring. Valgmulighetene kan dermed være en beskyttende faktor for noen, mens det for andre blir et stressmoment.

Et annet aspekt som ofte blir trukket frem i sammenligninger av by og distrikt, er den idylliske landsbygda som preges av godt naboskap og trygghet, i motsetning til byen som domineres av kulde og anonymitet (Aagre, 2003). I 2013 tror jeg imidlertid disse standardene er forholdsvis godt utjevnet. Shucksmith (2006) avviser også de vesentlige forskjellene mellom landlige og urbane områder. Sosiale prosesser går utover grensene for innbyggertall. Det romantiske bildet av bygda slik den en gang var, preges i dag kanskje mer av jobb, skole, aktiviteter og tidspress. Mye tyder på at den dugnadsånd og det fellesskap som før ble forbundet med bygdesamfunnet, i dag er byttet ut med en hverdag preget av individuelle prosjekter. Folk oppholder seg mer i sitt eget kaos, uavhengig av hvor de bor.

Hvor det er ”best” å bo, avgjøres antakelig av personlige opplevelser. Rundt 40% av ungdom i alderen 20-24 år sier at de ønsker å flytte hjem igjen (Sørli, 2003). Særlig fire hovedmotive fremheves som sentrale i forbindelse med flytting. Det er arbeidsplasser, familie, bolig og miljø. For unge mennesker som skal etablere seg, vil mulighetene for arbeid ofte være i fokus. I tillegg har familie, det sosiale miljøet og stedstilhørighet mye å si (ibid.). Tar man utgangspunkt i dette, har kanskje den enkeltes egne erfaringer den største betydningen. For noen har nærhet til familie mer å si enn et innholdsrikt kulturliv. Har en selv vokst opp i landlige omgivelser med husdyr og stor hage, ser en gjerne det verdifulle med dette. Da handler det gjerne ikke om antall aktiviteter det er mulig å delta i, men like mye om å delta i de aktivitetene som finnes. På samme måte vil gjerne de som er oppvokst i en leilighet i byen med gangavstand til det meste, bry seg mindre om romslighet og mer om muligheter.

Studien finner små forskjeller mellom større og mindre steder, på de fleste områder. En måte å forstå de utjevnedede forskjellene på, er at man i større grad enn før lever den samme hverdagen, uavhengig av hvor man bor. Folk er heller kanskje ikke like stedsbundet som før, noe som kan resultere i at en har lettere for å flytte på seg. Som et eksempel viser resultatene i studien at det å studere, var noe vanligere i de større områdene. Dette trenger imidlertid ikke å bety at det er flere fra byen som studerer. Utdanningssteder har gjerne en sentral beliggenhet, noe som i enkelte tilfeller gjør det nødvendig for ungdom i utkantstrøk å flytte på seg. På den måten vil mange bo i byen mens de studerer, med mulighet til å flytte hjem igjen senere. Dette kan være en av årsakene til at forskjellene mellom de som studerer over 10 timer i uken og mindre enn 10 timer i uken, ikke er signifikante.

Med tanke på dagens tendens til urbanisering, kan det være interessant å tenke gjennom hvem det er som flytter. Er det et mønster i hvem som blir igjen på landsbygda? På en måte kan det tenkes at det er de ressurssterke som flytter, for å benytte seg av de muligheter som finnes i byen. Det kan også være slik at de som ikke klarer de krav de stilles overfor, ønsker å gjemme seg bort fra et lite anonymt lokalsamfunn. Redselen for å treffe på noen man kjenner, kan bidra til at en holder seg hjemme. Sosial isolasjon kan da være en kriseløsning som raskt kan utvikle seg til langvarige problemer. Større steder har gjerne flere møtesteder for mennesker i lignende situasjoner, noe som vil kunne bidra til mer åpenhet om det å ha det vanskelig og ikke lykkes i alt en gjør. Oppsummert kan det tenkes at det er større grad av stigmatisering på små steder. At det kanskje er lettere å bli akseptert som den man er på større steder enn på steder der alle kjenner alle. Også professor Tor Johan Ekeland fremhever at avvik blir lettere synlig på små steder, og at dette kan bidra til at en i mindre grad benytter seg av tilrettelagte tilbud i nærmiljøet (Pedersen, 2003).

Dette med anonymitet kan også få konsekvenser i forhold til det å søke hjelp når en har det vanskelig. For til tross for at det kan virke som flere søker hjelp for sine problemer, er det fremdeles mange som ikke får den behandling de har behov for (Sund et al., 2011). Det kan handle om dårlig tilgjengelighet av behandlingstilbud og kvalifisert personale på små steder. Det kan imidlertid også tenkes at det handler om underrapportering, noe som igjen kan føre til at færre får den støtten og behandlingen de trenger. Når det er sagt, kan det dessuten være snakk om kulturelle årsaksforklaringer. Det er gjerne forskjell på hvor akseptert det er å ha en psykisk lidelse. Hvilke holdninger som preger de sosiale og kulturelle omgivelser, vil kunne påvirke den enkeltes ønske om og mot til å søke hjelp fra psykiske helsetjenester. På et lite

sted kan dette bli en ekstra utfordring. Liten grad av anonymitet kan bidra til at en utsetter å kontakte hjelpeinstanser, og dermed mister muligheten til å få hjelp på et tidlig tidspunkt. Redsel for at andre skal se, kan dermed få negative konsekvenser for den langsiktige prognosen.

5.2.3 Valg og prestasjoner

Som en viktig del av det å være ung i dagens samfunn, fremheves viktigheten av og utfordringer ved fullføring av utdanning. For å gjennomføre en utdanning må de faglige krav håndteres. Det er imidlertid også av stor betydning at en trives i det psykososiale klassemiljøet. Skolen er gjerne den viktigste sosiale arena for mange. Det å ikke ta del i en skolehverdag, vil øke sjansen for at ungdom blir sittende hjemme. Uteblir en fra den sosiale hverdagen over tid, vil veien tilbake kunne bli vanskelig. Mangel på sosial omgang med jevnaldrende kan bidra til ensomhet og til mangelfull sosial utvikling. Det å droppe ut fra videregående skole fører dermed med seg både kortsiktige konsekvenser, samt en rekke utfordringer i fremtiden. Ungdom uten oppnådd studie- eller yrkeskompetanse, har vansker med å komme seg inn på arbeidsmarkedet. Risikoen for arbeidsledighet er dermed høy for de som ikke fullfører videregående skole (Falch & Nyhus, 2011).

Som tabell 5 viser, ser det ut til at flere tar utdanning på steder med over 20 000 innbyggere. Med stor sannsynlighet er studietilbudene bedre i store byer, enn på mindre steder. Når det er sagt, kan det også tenkes at mange unge flytter til byen i forbindelse med utdanning, for så å flytte hjem etterhvert. Dette må medregnes i tolkningen av resultatene i studien, særlig dersom man tenker seg at dette omhandler en aldersgruppe hvor flytting og skolegang står sentralt. De som har ønske om å utdanne seg i dag, vil stort sett ha mulighet til å begynne på skole uavhengig av bosted. Kanskje er særlig de unge blitt mer mobile. Tabellen viser også at flere i alderen 15-19 år studerer mer enn 10 t/uken. Dette kan også forstås på flere måter. Ungdom går fremdeles på ungdomsskole og videregående skole i den aldersgruppa. Videre har ofte videregående skoler bedre tilgjengelighet også i utkantstrøk. Det at færre i den eldste aldersgruppa studerer, kan handle om at en del av de allerede er ferdigutdannet. På den andre siden kan det også handle om at en del dropper ut av utdanning i løpet av videregående skole.

I forhold til utdanning skjer det gjerne en påvirkning blant jevdaldrende. Det kan tenkes at venners ambisjoner omkring høyere utdanning har mer å si enn hvor man er bosatt. Høy utdanning blant venner, kan virke positivt inn på ens egne karrierevalg. I tillegg kan det være lettere å løsrive seg fra hjemstedet dersom flere man kjenner gjør det samme. Når det er sagt, er det kanskje heller ikke like viktig med karriere for de som ønsker å bosette seg på mindre steder. Da er det kanskje familielivet som har hovedfokus. Av den grunn velges kanskje utdanning utifra arbeidsmarkedets behov. Kanskje kan til og med færre muligheter bidra til at en er mer tilfreds med de valg en tar.

5.2.4 Om håndtering av de utfordringer en står overfor

Hvordan kan det ha seg at det fremdeles er mange som ikke får den hjelpen de har behov for, på det tidspunkt de trenger den? Som nevnt tidligere, kan nok stigmatisering og mangel på anonymitet spille en rolle. Det er gjerne mer åpenhet rundt psykiske lidelser i dag, likevel er det fremdeles mennesker som vegrer seg for å kontakte psykiatritjenestene. Det kan imidlertid også handle om for dårlig informasjon, både når det kommer til hva det innebærer å ha en psykisk lidelse og i forhold til hvor det er mulig å få hjelp for den type problemer. På den måten kan det bli vanskelig å nå frem til de som har behov for støtte og veiledning. I forbindelse med slik helseopplysning, kan skolen trekkes frem som en viktig arena. På grunn av at informasjonskampanjer til ungdom ofte foregår i skolesammenheng, vil de som har falt ut kunne bli ekskludert fra denne kunnskapen. Dette bidrar til flere gode grunner for å redusere forekomst av dropouts.

Psykisk helsearbeid er på mange måter et relativt nytt fagfelt. Det er et diffust og komplekst begrep som det kan være vanskelig å forstå innholdet i. Hvilken retning tar det? Som nevnt i teoridelen, har psykiatrien tradisjonelt dreid seg om diagnoser og medisiner. I nyere tid har fokuset i større grad blitt flyttet til ikke-medikamentell behandling, der betydningen av den enkeltes omgivelser vektlegges. Til tross for dette, øker medikamentbruk blant barn og unge. Hvordan kan dette ha seg? Det å skrive ut medikamenter, kan muligens virke som en lettvinnt løsning på problemet. En sparer både tid og ressurser, i motsetning til miljøarbeid, nettverksbygging og ikke-medikamentelle tiltak som vil kreve kunnskapsrike fagfolk og tidkrevende prosesser. Men er dette økonomisk i det lange løp? En kortvarig sparing vil kunne

føre til en økning i problemer senere og dermed økte kostnader, både i form av økt behov for psykiske helsetjenester og som et resultat av at en ikke klarer å fullføre utdanning, og videre ikke mestrer å være i arbeid.

Økning i medikamentbruk kan være en indikasjon på at forekomsten av psykiske lidelser blant ungdom er økende. Det kan imidlertid også forstås på andre måter. Kanskje er terskelen for behandling og utskrivning av medisiner til unge mennesker lavere enn før. Det kan også handle om bedre tilgjengelighet av ulike medikament. I noen tilfeller kan det dessuten tenkes at det finnes kulturelle årsaker til at medikamentbruk blant barn og unge øker. Det kan virke som en effektiv måte å løse problemer på. Og det er det kanskje også, på kort sikt. Men hvordan vil resultatet være noen år frem i tid?

I stedet for å måtte behandle psykiske vansker hos unge mennesker med medisiner, vil et forebyggende og helsefremmende fokus være av stor betydning, det å ta tak i problemene før de får anledning til å utvikle seg. Setter en inn ressurser på de unge, kan det få en samfunnsøkonomisk gevinst på lang sikt. Tidlig intervensjon er dessuten med på å bedre vanskenes prognose (Patel et al., 2007), og vil på den måten belyse viktigheten av å drive forebyggende psykisk helsearbeid. Det er imidlertid viktig å trå varsomt. Blir det rettet for mye fokus mot avvik, symptomer og diagnoser, vil det også være dette som vil få mest oppmerksomhet. Sykdomsmodellen må ikke få ta for stor plass. Klarer en heller å snu tendensen, slik at positive ressurser og kompetanse vektlegges, vil det friske i oss kunne komme bedre frem.

5.3 Sosialt nettverk, på godt og vondt

5.3.1 Vennskapets betydning

Det er vitenskapelig dokumentert at sosial støtte er en viktig beskyttelsesfaktor i forhold til vår psykiske helse (Dalgard, 2008). Tidligere studier viser også en positiv korrelasjon i denne forbindelse. Når det er sagt, er det naturlig at vennenettverket spiller en betydelig rolle når en snakker om psykiske vansker. God tilgjengelighet på sosial støtte fra familie og venner sammen med høyt nivå av resiliens, kan dessuten bidra til redusert stressnivået. Det ligger visdom i ordtaket: delt glede er dobbelt glede, delt sorg er halv sorg. Opplevd støtte gjennom tøffe perioder, kan på den måten bidra til bedre mestring og lettere håndtering av det som er vanskelig.

Det er imidlertid ikke nok å ha et sosialt nettverk. Det som kan ha vel så mye å si, er kvaliteten på det nettverk som omgir en. Likefylt som det bidrar positivt, oppstår også problemer ofte i tilknytning til sosiale relasjoner. En kan være godt integrert i vennegjengen, men hva skjer når vennskapet preges av dårlig innflytelse? Som sagt i sammenheng med utdanning påvirkes den enkelte av det miljøet de har rundt seg. Denne påvirkningen skjer både direkte og indirekte, blant annet gjennom kommunikasjon, etterligning, press fra omgivelsene og sosialisering (Bø, 2005). Det kan tenkes at press blant jevnaldrende er økende, både i forhold til utseende og prestasjoner. Følelsen av å være mislykket kan føre med seg negative konsekvenser for den enkeltes selvbilde. Er det for eksempel, slik at en må være tynn og veltrent for å være vellykket? Alt i alt, vil det på den ene siden være viktig å ha nære venner i hverdagen, som stiller opp når en opplever motgang. På den andre siden kan venner også bidra til påvirkning i negativ retning.

Denne studien gir svar på hvor ofte den enkelte har sosial kontakt med andre. Så er spørsmålet, er det hyppigheten av samværet som har mest å si for kvaliteten på relasjonen eller er det mulig å oppleve god støtte hos noen en ikke nødvendigvis bor i nærheten av? Mitt inntrykk er at flere ting spiller inn for hva som regnes for et godt vennskap. Dersom antall venner blir veldig høyt, vil gjerne kontakten med den enkelte bli mer sporadisk? Dette vil igjen kunne føre til mer overfladiske relasjoner. Utifra det, kan det tenkes at færre venner vil bidra til mer fortrolig kontakt. Da er det kanskje ikke umulig å holde kontakten på tross av at

en ikke bor på samme sted. Stabile nettverk tåler gjerne avstand bedre. Stabile relasjoner regnes dessuten som beskyttende med tanke på en persons resiliens. Utifra det vi vet om sosiale medier, finnes det mange måter å være sosiale på i dagens samfunn. En kan snakke sammen på tvers av landet og på tvers av landegrensene. Bilder og videoer kan bidra til en nærhetsfølelse på tross av at en er langt fra hverandre. Det kan til og med tenkes at noen blir mer sosiale på en slik måte. Det blir gjerne lettere å bli kjent med folk og lettere å spørre om ting som kan være vanskelig å si direkte. Målet er ikke å erstatte ansikt til ansikt kontakt, men det gir muligheter for å opprettholde kontakt med fjerne venner og slektninger. På bakgrunn av dette, er det forståelig at forskjellene i sosial kontakt i de ulike boområdene er små.

5.3.2 Familien som fundament

Til tross for at jevnaldrende for mange oppleves som viktigst i ungdomsårene, er det viktig å ikke glemme familiens rolle. Familiens betydning for den unges utvikling står sentralt i risiko og resiliensforskningen (Bekkehus, 2012). Foreldre regnes som de viktigste tilknytningspersonene for et barn (Klette, 2007). Går man utifra det, er det forståelig at de som har erfaring med trygge relasjoner, også senere vil oppleve trygghet blant andre. Har man en trygg base å støtte seg til hjemme, vil man gjerne ha bedre forutsetninger for å håndtere utfordringer utenfor hjemmet. Det å ha noen å betro seg til og hente bekreftelse fra, noen som kan bidra til forutsigbarhet, vil være viktige oppgaver i en familie. Likevel er det ikke slik for alle. For de som har hatt en oppvekst preget av avvísning og foreldre som ikke har involvert seg, kan negative konsekvenser senere i livet bli resultatet. I sammenheng med resiliens teorien beskrives dette som familiebasert risiko. I slike tilfeller kan familien være selve årsaken til at den unge har det vanskelig.

Verken familiekonflikter eller skilsmisser er uvanlig i dagens familier. I 2012 var tallet på inngåtte ekteskap 24 346. Samme året var det imidlertid også 9 929 skilsmisser og 11 094 som ble separert (Statistisk Sentralbyrå, 2013a). Hva blir følgene av slike konflikter? Skilsmisser vil kunne føre til at det som skal være grunnlaget i tilværelsen blir ustøtt. Det som skal være det trygge og forutsigbare blir usikkert og fremmed, noe som vil kunne påvirke den enkeltes risikohåndtering. En skilsmisse fører ikke bare til mer avstand til de nærmeste, nye mennesker vil også kunne ta plass i familien. Halvsøsken, stesøsken, stemødre og stefedre.

Mine, dine og våre barn. Hvordan virker den ”nye” familien inn på den unges tilværelse? Og er det forskjell mellom by og mindre steder? På lik linje med andre sosiale fenomen, kan det tenkes at forekomst av skilsmisser jevnes ut mellom større og mindre boområder. Som følger av de samme levevaner og likestilling, er det ingen grunn til å tro at forskjellene i samlivsbrudd er store. Da er det mer sannsynlig å tenke at også familielivet påvirkes av de samfunnsrelaterte utfordringene.

Familiebasert risiko kan også innbefatte mangelfull evne til oppdragelse og grensesetting. Får en ikke konsekvente tilbakemeldinger på sin oppførsel, hvordan er det da mulig å lære seg hva som er rett og galt? Dette kan i verste fall gå ut over den enkeltes relasjonskompetanse, og bidra til vanskeligheter overfor vennenettverket. En annen side av dagens familie omhandler travle foreldre som har tids nok med møter, jobb og henting og bringing av unger. Manglende innlevelse fra foreldre vil kunne ha innvirkning på hvordan ungdom møter verden med dens krav og forventninger. Psykiske vansker og rusproblemer hos foreldre kan føre til omsorgssvikt og er på den måten viktig å få med i forståelsen av de utfordringer som kan oppstå innad i en familie. Spørsmålet er hva som kjennetegner de som forblir friske, selv om de møter motgang i livet? Det er nemlig slik at over halvparten av de barn som utsettes for risiko, klarer seg bra uten å utvikle psykiske vansker.

5.3.3 Eksklusjon og ensomhet

I dette kapittelet trekkes ensomheten frem, en opplevelse av at det sosiale nettverket uteblir, en opplevelse av å være usynlig. I et samfunn som preges av individualisering og dårlig innlevelse i menneskene rundt oss, kan behovet for oppmerksomhet være vanskelig å tilfredsstille. Hvordan er det mulig å bygge opp et nettverk og et stabilt selvbylde dersom ikke omgivelsene involverer seg? En må da eventuelt oppnå oppmerksomhet på andre måter. Måter en kan synliggjøre sine problemer på, uten at en trenger å formidle det med ord. Det å føle seg utenfor, kan vekke sterke reaksjoner i oss, og dermed få oss til å handle uhensiktsmessig. Ved å vise omverdenen at en har det vanskelig, kan en muligens oppnå nærhet og omsorg fra mennesker rundt.

Det å bli oversett eller ekskludert blir sett på som en alvorlig form for mobbing. Den type usynlig mobbing vil med høy sannsynlighet bidra til et forsterket negativt selvbilde. Sosial eksklusjon vil også føre med seg negative konsekvenser i håndtering av risiko. Ensomhet i slike tilfeller vil dessuten kunne bli vanskelig for de rundt en å oppdage. Særlig dersom man tenker at ensomhet kan oppleves til tross for at en er omringet av mennesker. Det trenger med andre ord ikke nødvendigvis å være en fordel å bo i tettbygde strøk. Det kan ha like mye å bety hvilken tilhørighet en har til sitt bosted. Mangel på tilhørighet og fellesskap kan også tenkes å ha negativ innvirkning på resiliensutviklingen, særlig dersom man tar i betraktning at "løvetannegenskaper" utvikles i et samspill mellom den enkeltes egenskaper og det miljøet en lever i. Det individualistiske samfunn vil på den måten ha negativ innvirkning når det gjelder den enkeltes evne til å håndtere risiko.

Det kan på mange måter se ut som at kravene den enkelte stilles overfor, er vanskelige å leve opp til. For samtidig som at mennesker i dagens samfunn skal ha sitt særpreg, er reglene for hva som er akseptert nokså strenge. På den måten blir det vanskelig om man ikke er som alle andre. I stedet for å anerkjenne ulike levemåter, tyder mye på at stigmatisering fremdeles er en dominerende tankegang. Opplevelsen av å bli akseptert som den man er, kan bidra til større grad av sosial deltakelse. Motsatt, kan negative reaksjoner fra omgivelsene bidra til sosial isolasjon. Den som oppfattes som avvikende, er dessuten gjerne klar over at reaksjoner kan oppstå i omgivelsene. Dette kan resultere i vanskelige tillitsrelasjoner, som preges av usikkerhet. Stigmatisering knyttes dermed direkte sammen med ekskludering fra det sosiale fellesskapet.

Tidligere i oppgaven har jeg trukket frem mulighetene som følger med dagens sosiale medier. Det er imidlertid også viktig å fremheve det som ikke er like positivt i den forbindelse. Det at vi, kanskje særlig unge mennesker, i økende grad bruker sosiale medier for å dekke våre sosiale behov. Det å sitte inne for seg selv foran en pc-skjerm, kalles å være sosial. Hva gjør dette med oss? En ting er at noen kan ha lettere for å bli kjent med folk via internett. En annen ting er at noen kanskje også våger litt mer enn de burde. Det kan tenkes at terskelen for å si dumme ting er lavere. Mobbing og uthenging kan dermed være lettere å gjennomføre gjennom sosiale medier, kanskje spesielt den "usynlige" varianten for mobbing. Kommentarer på utseende og ekskludering fra sammenkomster vil kunne virke negativt inn på hvordan den enkelte oppfatter seg selv. Dette blir en særlig utfordring om man tar i betraktning at det er gjennom ungdomsårene verdier, holdninger og selvbilde utvikles.

6. Styrker og svakheter ved studien

Studien bruker data fra en velorganisert, stor, landsomfattende undersøkelse.

Studien tar utgangspunkt i et stort utvalg, som er jevnt fordelt i forhold til kjønn, alder og boligtetthet. Utvalget er trukket tilfeldig, resultatene kan derfor genrealiseres til den befolkningsgruppen det gjelder. Studien har god reliabilitet og validitet, basert på et velutprøvd spørreskjema og HSCL-25. Breddekunnskap gir mulighet til å kartlegge, følge utvikling og se sammenhenger i det samfunn vi lever i.

Det kunne vært ønskelig å se på mer enn assosiasjoner, men da dette er et tverrsnittstudie, kan man ikke si noe om årsaker.

7. Konklusjon

Gjennom masteroppgaven hadde jeg som mål å undersøke forekomsten av angst og depresjon hos ungdom. Risikofaktorer og beskyttende faktorer ble satt i sammenheng med utdanning, sosialt nettverk og boligtetthet. I den forbindelse tok jeg utgangspunkt i en nasjonal levekårsundersøkelse der de ovennevnte forholdene var beskrevet.

Sammenlagt viser studien at 12,4 % av ungdom i Norge sliter med angst, mens hele 16,3 % opplever alvorlige depressive symptomer. Videre fremkommer det at 8,5 % flere kvinner enn menn oppgir å ha symptomer som tilsier en angst- eller depresjonsdiagnose. Fordelingen ellers var nokså jevn, både i forhold til aldersgruppe og boligtetthet. Dette understrekes ved liten forskjell i sosial deltakelse, opplevelse av sosial støtte og utdanningsmuligheter mellom større og mindre steder. Det er ikke nødvendigvis antall venner som har størst betydning, men heller kvaliteten på relasjonene. Det handler gjerne heller ikke om mengde av aktiviteter, men snarere om å delta på de aktivitetene som finnes. På samme måte dreier utdanning seg mer om interesser og ambisjoner, enn om bosted. De som ønsker å studere flytter dit studiemulighetene befinner seg, uavhengig av hvor de kommer fra. Tar man utgangspunkt i dette, avkrefte hypotesen om at boligtettheten virker inn på ungdoms psykiske helse. Mye tyder på at det i større grad handler om samfunn og levevaner.

Ved å se psykiske vansker hos ungdom fra ulike innfallsvinkler, øker muligheten for å kunne kartlegge forholdet mellom risikofaktorer og beskyttende faktorer. Alle har ulik bagasje i sekken, og dermed ulik sårbarhet overfor risiko. For å forstå ungdoms opplevelser og utfordringer, vil det derfor være av betydning å se den enkelte i sammenheng med sine omgivelser. På den måten vil tilgjengeligheten av beskyttende faktorer i nærmiljøet komme bedre til syne. Mye tyder på at samfunnet er det samme, enten man bor i byen eller på mindre steder. Et moderne samfunn som stiller krav det kan være vanskelig for den unge å møte.

I mitt arbeid som psykisk helsearbeider, møter jeg mennesker i ulike situasjoner og med ulike forutsetninger. Jeg besøker de i hjemmet, møter gjerne familien og får dermed en unik

mulighet til å se hver enkelt der de lever sine liv. Jeg møter et menneske med sammensatte utfordringer som ikke kan løses enten hos fastlegen, på skolen eller på sykehus. Likevel kan det være lett for å tenke stykkevis og delt. Altfor mange har et avgrenset område av personen de fokuserer på, enten det handler om karakterer eller atferd. Ved å rette fokus mot ulike aspekt som spiller en rolle i hverdagen til en ungdom, vil dette kunne bidra til at en fremover vil tenke helhet og samarbeid på tvers av profesjonene.

Forskningen kan bidra til at fokus i ytterligere grad rettes mot viktigheten av å sette inn ressurser på forebyggende psykisk helsearbeid og tidlig intervensjon. Det er ingen grunn til å tro at forekomsten av psykiske lidelser vil bli mindre fremover, ettersom tallene for angst og depresjon viser en utilfredsstillende utvikling. Kjønnforskjellene som fremkommer i studien, gjenspeiler at det kan være behov for å tenke alternativt gjennom de ulike intervensjonene. Det vil dessuten alltid finnes individuelle ulikheter, noe som understreker viktigheten av nytenkning i forebyggingsarbeidet.

Resultatene i min studie viser likheter med andre studier som er gjennomført. Epidemiologisk forskning er et stort område. Det vil være behov for mange undersøkelser, der denne studien kan anses som en begynnelse. Undersøkelsen bidrar til videre muligheter for andre prosjekter, eksempelvis ved å gå i dybden på flere områder. I den forbindelse kunne det vært interessant å bruke mixed methods, for på den måten å utforske informantenes opplevelse av angst og depresjon, fra et eksistensielt ståsted.

Litteraturliste

- Aagre, W. (2003). *Ungdomskunnskap: hverdagslivets kulturelle former*. Bergen: Fagbokforl.
- Aisbett, D. L. , Boyd, C. P., Francis, K. , & Newnham, K. . (2007). Understanding barriers to mental health service utilization for adolescents in rural Australia. *Rural and Remote Health*, 7(624).
- Almvik, A., Borge, L., & Berntsen, R. A. (2006). *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky, A., & Lev, A. (2000). *Helbredets mysterium : at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Barstad, A. (1997). *Store byer, liten velferd? Om segregasjon og ulikhet i norske storbyer*. Statistisk sentralbyrå.
- Bauman, Z., Nygård, M., Kolstad, H., & Christie, N. (2006). *Flytende modernitet*. Oslo: Vidarforlaget.
- Beck, U. (1992). *Risk society: towards a new modernity*. London: Sage.
- Bekkehus, M. (2012). Familierisiko og atferdsvansker : årsak og virkning. *Psykologi i kommunen*, 47(2), 3-8.
- Bengs, C., & Schmidt-Thomé, K. (2005). *Urban-rural relations in Europe*. Centre for Urban and Regional Studies, Helsinki University of Technology. Lokalisert på http://www.mdrl.ro/espon_cd1/Project_Reports/Thematic_projects/1.1.2_final_report.pdf
- Black, G., Roberts, R. M., & Li-Leng, T. (2012). Depression in rural adolescents: relationships with gender and availability of mental health services. *Journal of Rural and Remote Health Research*, 12(2092), 1-11.
- Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens: risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borge, L., & Almvik, A. (2000). *Tusenkunstnerne : muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bramston, P., & Patrick, J. (2007). Rural adolescents experiencing an urban transition. *Aust. J. Rural Health*, 15, 247-251. doi: 10.1111/j.1440-1584.2007.00897.x
- Bø, Inge. (2005). *Påvirkning og kontroll: om hvordan vi former hverandre*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid : om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Cullberg, J., & Hambro, C. (1981). *Mennesker i krise og utvikling : en psykoanalytisk og sosialpsykiatrisk studie*. Oslo: Aschehoug.
- Dahlberg, K., Forsell, Y., Damstrøm-Thakker, K., & Runeson, B. (2007). Mental health problems and healthcare contacts in an urban and a rural area. Comparisons of two Swedish counties. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61, 40-46. doi: 10.1080/08039480601129333
- Dalgard, O. S. (2008). Psykisk helse og sosial ulikhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(3), 247-257.
- Dalgard, O. S., Mykletun, A., Rognerud, M., Johansen, R. , & Zahl, P. H. (2007). Education, sense of mastery and mental health: results from a nation wide health monitoring study in Norway. *BMC Psychiatry*, 7(20), 1-9. doi: 10.1186/1471-244X-7-20
- Dalgard, O. S., Rognerud, M & Strand, B. H. (1998) Mental health in Norway 1998. II. Geographical differences. *Nor J Epidemiol* 2002; 12 (3): 249-256.
- Ekeland, T-J. (2003). Ein diagnose av psykiatri diagnoser. *Impuls*, 1.
- Elstad, J. I., & Barstad, A. (2008). Sosiologiske perspektiver på psykiske plager. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(3), 204-212.
- Erikson, E. H. (1992). *Identitet : ungdom og kriser*. København: Reitzel.
- Eriksson, M., & Lindstrøm, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 60, 376-381. doi: 10.1136/jech.2005.041616
- Falch, T., & Nyhus, O. H. (2011). *Betydningen av fullført videregående opplæring for sysselsetting blant unge voksne*. Rapport nr. 1, 2011. Trondheim: Senter for økonomisk forskning.
- Falkeid, K. (1978). *Opp- og utbrudd: dikt*. Oslo: Cappelen.
- Finset, A. (1986). *Familien og det sosiale nettverket*. Oslo: Cappelen.
- Folkehelseinstituttet. (2013). *Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk*. Nasjonalt folkehelseinstituttet. Lokalisert på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,6338:1:0:0:::0:0
- Forskningsetikkløven, LOV-2006-06-30-56. § 1. (2006). Lokalisert på <http://www.lovdatab.no>.
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk: teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Groholt, E. K., Grotvedt, L. , Hanes, H., & Stene-Larsen, G. (2010). *Folkehelse rapport 2010, Helsetilstanden i Norge*. (Rapport nr. 2, 2010). Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Halvorsen, K. (2005). *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Halvorsen, K. (2008). Veier inn i og ut av ensomhet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(3), 258-267.
- Hartz, I., Furu, K., Bratlid, T., Handal, M., & Skurtveit, S. (2012). Hypnotic drug use among 0-17 year olds during 2004-2011: A nationwide prescription database study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 704-711. doi: 10.1177/1403494812464446.
- Heggen, K., & Øia, T. (2005). *Ungdom i endring : mestring og marginalisering*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Helse-og-omsorgsdepartementet. (2003). *Resept for et sunnere Norge*. (St.meld. nr. 16, 2002-2003). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-.html?id=196640>.
- Helseforskningsloven, LOV-2008-06-20-44. § 1. (2008). Lokalisert på <http://www.lovdata.no>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012) *Morgendagens omsorg*. (St.meld.nr. 29, 2012-2013). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252>
- Helsinkideklarasjonen. (2008). *Lover og retningslinjer*. Lokalisert på <http://www.etikkom.no>.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? *La Revue canadienne de psychiatrie*, 56(5), 258-265.
- Hertz, S., & Glomnes, J. J. (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri: nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 314-421. doi:10.1002/cpp.719
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: TANO.
- Høyer, G. (2004). *Medisinsk epidemiologi og forskningsetikk, nr 6*. Den nasjonale forskningsetiske komitè for medisin, NEM.

- Ingul, J. M, Klockner, C. A, Silverman, W. K, & Nordahl, H. M. (2012). Adolescent school absenteeism: modelling social and individual risk factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 93-100. doi: 10.1111/j.1475-3588.2011.00615.x
- Klette, T. (2007). *Tid for trøst, en undersøkelse av sammenhenger mellom trøst og trygghet over to generasjoner*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA rapport 17, 2007). Lokalisert på http://www.nova.no/asset/2721/1/2721_1.pdf
- Krange, O. (2004). *Grenser for individualisering. Ungdom mellom ny og gammel modernitet*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA rapport 4, 2004). Lokalisert på http://nova.no/asset/4368/1/4368_1.pdf
- Krange, O., & Øia, T. (2005). *Den nye moderniteten : ungdom, individualisering, identitet og mening*. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Kringlen, E. (2011). *Psykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area, A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 41, 713-719. doi: 10.1007/s00127-006-0080-0
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. A. , & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning*, 4, 288-296. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0143
- Lehtinen, V., Michalak, E., Wilkinson, C., Dowrick, C., Ayuso-Mateos, J-L., Dalgard, O. S. (2003). Urban-rural differences in the occurrence of female depressive disorder in Europe, Evidence from the ODIN study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 38, 283-289. doi: 10.1007/s00127-003-0631-6
- Lien, M. V., & Tvedt, A. G. (2012). *VIP, veiledning og informasjon om psykisk helse hos ungdom*. Lærings- og mestringssenteret, Vestre Viken HF. Lokalisert på <http://www.vestreviken.no/omoss/avdelinger/lerings--og-mestringssenteret/Sider/skoleprogrammet-vip.aspx>
- Magnus, P., & Bakketeig, L. S. (2003). *Epidemiologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathiesen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (Rapport nr 1, 2011). Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Mathiesen, K. S., Karevold, E., & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Folkehelseinstituttet.
- McDougall, T. (2011). Mental health problems in childhood and adolescence. *Nursing standard / Rcn Publishing*, 26(14), 48-56.
- Medietilsynet. (2012). *Barn og medier 2012 – Fakta om barn og unges (9-16 år) bruk og opplevelser av medier*. Lokalisert på http://www.medietilsynet.no/PageFiles/11282/120917_Rapport_barn_web.pdf
- Moksnes, U. K., Espnes, G. A., & Lillefjell, M. (2012). Sense of coherence and emotional health in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(2), 433-441. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.07.013
- Nettelbladt, P., Hansson, L., Stefansson, C. G., Borgquist, L., & Nordström, G. (1993). Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(3), 130-133.
- Nordahl, T., & Manger, T. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse: samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nærbøe, J. (2011). «I 8.klasse er du villig til å gå over lik» Unge jenters beskrivelse av aggresjon, trakassering og mobbing på internett. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(1), 15-24.
- Olsen, M. I., & Traavik, K. M. (2010). *Resiliens i skolen: om hvordan skolen kan bidra til livsmestring for sårbare barn og unge : teori og tiltak*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Olweus, D. (1997). Bullying or peer abuse at school: Facts and intervention. *European Journal of Psychology of Education*, 7, 495-510.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrik, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60368-7
- Pedersen, Ø. (2003). Naivt om psykiatriske pasienter. Lokalisert på <http://www.forskning.no/Artikler/2003/mai/1053090965.66>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity, protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, *147*, 598-611. doi: 10.1192/bip.147.6.598
- Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Sørensen, T., Dalgard, O. S., & Bruusgaard, D. (1999). The meaning and significance of caseness: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview II. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, *34*, 53-59.
- Savukoski, M., Määttä, K., & Uusiautti, S. (2011). The other side of well-being, what makes a young woman become an anorectic? *International Journal of Psychological Studies*, *3*(2), 76-86. doi: 10.5539/ijps.v3n2p76
- Schibbye, A-L. L. (2009). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Shucksmith, M., Cameron, S. , Merridew, T. , & Pichler, F. (2006). *First european quality of life survey: Urban-rural differences*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Lokalisert på http://edz.bib.uni-mannheim.de/daten/edz-ma/esl/06/ef0663_en.pdf
- Skårderud, F. (2004). *Sterk/svak: håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Statistisk Sentralbyrå. (2008). *Samordnet levekårsundersøkelse 2008 – Tverrsnittsundersøkelsen*. (Rapport nr 40, 2009). Statistisk sentralbyrå.
- Statistisk Sentralbyrå. (2013a). *Ekteskap og skilsmisser, 2012*. Lokalisert [12.07.2013] på <http://www.ssb.no/ekteskap/>
- Statistisk Sentralbyrå. (2013b). *Gjennomstrømning i videregående opplæring, 2007-2012*. Lokalisert [06.06.2013] på <http://www.ssb.no/utdanning/statistikker/vgogjen/aar/2013-05-28>
- Steffenak, A. K. M., Nordstrøm, G., Wilde-Larsson, B., Skurtveit, S., Furu, K., & Hartz, I. (2012). Mental distress and subsequent use of psychotropic drugs among adolescents - a prospective register linkage study. *Journal of Adolescent Health*, *50*(6), 578-587. doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.10.011.
- Steffenak, A. K. M., Wilde-Larsson, B., Nordstrøm, G., Skurtveit, S., & Hartz, I. (2012). Increase in psychotropic drug use between 2006 and 2010 among adolescents in Norway: a nationwide prescription database study. *Clinical Epidemiology*, *4*, 225-231. doi: 10.2147/CLEP.S31624.

- Stephens, P. (2011). Preventing and confronting school bullying: a comparative study of two national programmes in Norway. *British Educational Research Journal*, 37(3), 381-404. doi: 10.1080/01411921003692868
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113-118. doi: 10.1080/08039480310000932
- Sund, A. M., 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), 1-13. doi: 10.1186/1753-2000-5-28
- Sørli, K. (2003). *Bosettingspreferanser, flyttemotiver og flytteprosesser. Status og perspektiver omkring den regionale befolkningsutviklingen i Norge*. Norsk institutt for by og regionforskning.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Undheim, A. M., & Sund, A. M. (2010). Prevalence of bullying and aggressive behavior and their relationship to mental health problems among 12- to 15-year-old Norwegian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(11), 803-811. doi: 10.1007/s00787-010-0131-7.
- Vatn, A. S., Bjertness, E., & Lien, L. (2007). Mobbing og helseplager hos barn og ungdom. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 15, 1941-1944.
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne : relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vråle, G. B. (2009). *Møte med det selvmordstruede mennesket*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Weber, S., Puskar, K. R., & Ren, D. (2010). Relationships between depressive symptoms and perceived social support, self-esteem, & optimism in a sample of rural adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(9), 584-588. doi: 10.3109/01612841003775061
- World Health Organization. (2011). *Mental health: a state of well-being*. Lokalisert på http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- World Health Organization. (2011). *Young people: health risks and solutions*. Lokalisert [15.04.2013] på <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/index.html>



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Marie Hallaråker Røsvik

Vår dato: 24-01-2013

Vår ref.: 201300021 CTØ/AHR

Deres dato: 23-01-2013

Tilgangsnummer.: 3008

TILGANG PÅ DATA FRA STATISTISK SENTRALBYRÅS INTERVJUUNDERSØKELSER.
Samordnet levekårsundersøkelse 2008 - Tverrsnitt Tema: Helse

Du gis herved tillatelse til å benytte data fra nevnte undersøkelse(r) i prosjektet, *psykisk helse hos ungdom – en sammenligning mellom by og distrikt*, slik som beskrevet i søknaden.

Ettersom dette er taushetsbelagte data, ber vi om at du merker deg følgende:

- 1) Tilgang på data fås først når vedlagte taushets- og veiledererklæringer er fylt ut og sendt det NSD-kontor som skal utlevere data. Dersom andre personer assisterer deg ved bruken av data, må disse også underskrive taushetserklæring.
- 2) Data utleveres **kun** til eget bruk og **kun** til det prosjekt som er beskrevet i søknaden. Det er ikke tillatt å gi andre tilgang til de data du får (utover dem som er nevnt ovenfor).
- 3) Datafilen skal slettes eller leveres tilbake til NSD etter endt prosjekt eller senest 24-01-2015.
- 4) Dersom du har behov for å bruke dataene til annet formål, må det søkes om ny tilgang.
- 5) Bruker plikter å referere til produsent og distributør av dataene ved å skrive følgende i forord eller fotnote i eventuelle publikasjoner:
"(En del av) De data som er benyttet her er hentet fra Statistisk sentralbyrås "Samordnet levekårsundersøkelse 2008 - Tverrsnitt Tema: Helse". Data er tilrettelagt og stilt til disposisjon i anonymisert form av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Verken Statistisk sentralbyrå eller NSD er ansvarlig for analysen av dataene eller de tolkninger som er gjort her."
- 6) Bruker plikter å sende NSD/Bergen kopi av eventuelle rapporter/publikasjoner som er utarbeidet på basis av dataene. Dette kan enten være en elektronisk versjon eller tre eksemplarer i papirformat. Disse vil refereres til på våre nettsider og kan gjøres tilgjengelig på nett, om det er ønskelig.

Kontakt: Christopher Tønnessen

Vennlig hilsen


Atle Aakheim

Christopher Tønnessen

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr: 985 321 884

Taushetserklæring

for personer som har fått tilgang til individdata fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Navn: Marie Hallaråker Røsvik
Arbeidssted: Høgskolen i Hedmark
Undersøkelse: Samordnet levekårsundersøkelse 2008 - Tverrsnitt Tema: Helse

Jeg forplikter meg med dette til å

- 1) bevare taushet om personopplysninger jeg får kjennskap til gjennom undersøkelse(ne) som er stilt til rådighet gjennom NSD.
- 2) referere til produsent og distributør av dataene ved å skrive følgende i forord eller fotnote i eventuelle publikasjoner:
"(En del av) De data som er benyttet her er hentet fra "Samordnet levekårsundersøkelse 2008 – Tverrsnitt Tema: Helse". Undersøkelsen er gjennomført av Statistisk sentralbyrå (SSB). Data er tibrettelagt og stilt til disposisjon i anonymisert form av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Verken SSB eller NSD er ansvarlig for analysen av dataene eller de tolkninger som er gjort her."
- 3) sende NSD/Bergen kopi av eventuelle rapporter/publikasjoner som er utarbeidet på basis av dataene. Dette kan enten være en elektronisk versjon eller tre eksemplarer i papirformat. Disse vil refereres til på våre nettsider og kan gjøres tilgjengelig på nett, om det er ønskelig.
- 4) slette eller levere datafilen(e) tilbake til NSD etter endt prosjekt eller senest 24-01-2015.

Jeg er kjent med at forskeres taushetsplikt er regulert i forvaltningslovens §13e. Jeg er videre kjent med at forsettlig eller uaktsomt brudd på taushetsplikten, eller medvirkning til dette, kan straffes med bøter eller fengsel.

Sted Bømlo Dato 30.01.13
Underskrift Marie Hallaråker Røsvik

Tilgangen refererer til tillatelse nr. 3008, og gjelder følgende prosjekt:

Formål: Psykisk helse hos ungdom - en sammenligning mellom by og distrikt.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11 nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07 kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no



Veiledererklæring

Navn: Kari Kvaal
Arbeidssted: Høgskolen i Hedmark

Jeg erklærer med dette at jeg er oppnevnt som veileder for

Marie Hallaråker Røsvik
som har fått tilgang til data fra følgende undersøkelse(r):
Samordnet levekårsundersøkelse 2008 - Tverrsnitt Tema: Helse

Jeg er kjent med at de data som er utlevert fra NSD til dette studentarbeidet skal tilbakeleveres eller destrueres etter bruk.

Sted *Eiverness*

Dato *28.01.2013*

Underskrift

Kari Kvaal

Tilgangen refererer til tillatelse nr. 3008, og gjelder følgende prosjekt:

Formål: Psykisk helse hos ungdom - en sammenligning mellom by og distrikt.

