

Emmy Andrea Høiseth

## Hjelpesøkende atferd blant universitetsstudenter

En kvantitativ studie av betydningen av opplevde fordeler og hindringer for villigheten til å oppsøke hjelpetjenester i universitetsmiljøet

Masteroppgave i Rådgivningsvitenskap

Veileder: Kristin Landrø

Medveileder: Vegard Johansen

Juni 2022



Emmy Andrea Høiseth

## **Hjelpesøkende atferd blant universitetsstudenter**

En kvantitativ studie av betydningen av opplevde fordeler og hindringer for villigheten til å oppsøke hjelpetjenester i universitetsmiljøet

Masteroppgave i Rådgivningsvitenskap  
Veileder: Kristin Landrø  
Medveileder: Vegard Johansen  
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for pedagogikk og livslang læring



Kunnskap for en bedre verden





## Sammendrag

I Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse (SHoT) fra 2021 rapporterte nesten halvparten av studentene som deltok om et høyt nivå av psykiske plager. Samtidig oppga kun rett over 20% å ha oppsøkt profesjonell hjelp på grunn av bekymring for egen mental helse (Sivertsen, 2021, s. 39). Misforholdet mellom prevalens av symptomer på mental uhelse og tjenestebruk er et kjent fenomen, og ansees som en av de største utfordringene for å tilby effektiv forebygging og hjelp til de som trenger det (Ebert et al., 2019, s. 11; Rickwood & Thomas, 2012, s. 173). For å minske gapet fremheves betydningen av å identifisere faktorer som påvirker studentenes ønske om å oppsøke hjelp, og forstå hvordan disse faktorene øker eller minimerer sannsynligheten for om hjelp oppsøkes. Dette skaper utgangspunktet for denne studien, hvor besvarelsen søker å svare på følgende problemstilling: *Hvilke faktorer kan ha betydning for studenters hjelpesøking, og hvordan kan de bidra til å fremme eller begrense hjelpesøkende atferd?*

Forskningsprosjektet har til hensikt å utforske sammenhenger mellom opplevde fordeler og hindringer ved å oppsøke hjelp og villighet til å oppsøke hjelp blant universitetsstudenter. Prosjektet har en kvantitativ tilnærming, med tverrsnittsdesign. I forbindelse med prosjektet ble det utarbeidet et spørreskjema som ble distribuert i elleve forelesninger ved et stort norsk universitet våren 2022. Utvalget betegnes som et bekvemmelighetsutvalg, bestående av 478 personer, med en svarprosent på 77. Spørreskjemaet inkluderte 22 fordelsfaktorer og 28 hindringsfaktorer, i tillegg til spørsmål knyttet til andre faktorer antatt å ha betydning for studenters villighet til å oppsøke hjelp. Basert på mønstre i datamateriale ble det dannet to fordelsskalaer og fire hindringskalaer: økt velvære, ivaretagelse, engstelse, strukturelle hindringer, bagatellisere og stigma. Deres sammenheng med villighet ble utforsket gjennom korrelasjonsanalyser, signifikanstesting og beregning av effektsstørrelse, samt en hierarkisk lineær regresjonsanalyse.

Signifikanstestene viste til en betydelig forskjell i villighet blant de som opplevde at økt velvære, ivaretagelse, engstelse, bagatellisere og stigma var av liten sammenlignet med stor betydning for deres valg om å oppsøke hjelp. Effektsstørrelsene var små til moderate. Funn fra regresjonsanalysen indikerer at økt velvære hadde størst betydning for studenters villighet til å oppsøke hjelp, etterfulgt av engstelse. De resterende fordels- og hindringskalaene var imidlertid ikke signifikante. Av de øvrige faktorene viste regresjonsmodellen til at kjønn, studieretning, studieår, kjennskap til tjenestetilbudet og studenters tidligere erfaring med å oppsøke hjelp hadde betydning for villighet. Den totale forklarte variansen var relativt høy ( $R^2 = .26$ ). Det bør påpekes at hjelpesøking er et komplekst fenomen, og litteraturen viser til ulike definisjoner og teorier, hvor ingen har generell anerkjennelse. I tillegg kan det settes spørsmålstegn ved hvorvidt villighet er et godt mål for å utforske hjelpesøkende atferd. Studien gir imidlertid innsikt i et felt som har blitt lite forsket på i Norge, og peker på flere funn som både bekrefter antagelser om betydningsfulle faktorer, og setter spørsmålstegn ved betydningen av andre.



## Abstract

In the 2021 SHoT study almost half of all participants reported a high level of mental health issues. At the same time only a little over 20% stated that they had sought professional help for a mental health concern (Sivertsen, 2021, s. 39). The gap between the prevalence of mental health symptoms and reported use of mental health services is a well-known phenomenon and is recognized as one of the greatest challenges in offering effective prevention and help to those in need of it (Ebert et al., 2019, s. 11; Rickwood & Thomas, 2012, s. 173). To reduce the gap, the importance of identifying factors influencing students' choice to seek help is emphasized, as well as understanding how these factors increase or decrease the likelihood of a student seeking help. This emphasis creates the starting point for this study, which seeks to answer the following research question: *What factors might influence students help-seeking tendencies, and how might they promote or restrict help-seeking behavior?*

This research project aims to explore connections between perceived benefits and barriers to help-seeking and university students' willingness to seek help. The project has a quantitative approach, with a cross-sectional design. A questionnaire was developed for the project, which was distributed in eleven lectures at a large Norwegian university in the spring of 2022. The sample is described as a convenience sample, consisting of 478 people, with a response rate of 77%. The questionnaire included 22 benefit factors and 28 barriers factors, as well as questions related to other factors assumed to influence students help-seeking. Based on patterns in the data material, two benefits scales and four barriers scale were created: increased well-being, relational support, distress, structural barriers, trivialize, and stigma. Their relationship to willingness to seek help was explored through correlation analyzes, significance testing and calculation of effect size, as well as a hierarchical linear analysis.

The significance tests showed a significant difference in willingness to seek help among those who thought increased well-being, social support, distress, trivialize and stigma would have little influence their choice of seeking help compared to big influence. The effect sizes were small to moderate. Results from the regression analysis indicates that increased well-being was of biggest significance, followed by distress. However, the remaining benefits and barriers scales were not significant. Additionally, the regression model indicated that gender, field of study, academic year, knowledge of the help services and students former help-seeking was of significance to willingness to seek help. The total explained variance was relatively high ( $R^2 = .26$ ). It should be noted that help-seeking is a complex phenomenon, and the literature refers to different definitions and theories, where none has been generally accepted. Additionally, it can be questioned whether willingness is an adequate measure for help-seeking behavior. Nevertheless, this study provides an insight into a field that has been little researched in Norway, and points to several findings that confirms assumptions of significant factors, as well as questioning the importance of others.



## Forord

Etter å ha skrevet en hel masteroppgave er jeg likevel ganske målløs for hva jeg skal skrive her. Det handler nok om at dette representerer noe mer enn kun en masteroppgave etter en lang skriveprosess. Det er slutten på to år som egentlig ikke kan beskrives med ord. Jeg er så takknemlig for alt jeg har opplevd disse årene, og for alle som har bidratt til at dette forordet er så vanskelig å skrive. Fra alle fantastiske og inspirerende faglærere til alle uvurderlige klassekamerater – dere er virkelig gull og diamanter. Takk for en varme, tilstedeværelse og nysgjerrighet som har gjort de siste årene både lekende lett og utfordrende.

En spesiell takk til jentene, naboene, strikkegjengen, roomisa og Aleksander for alle fine turer, all latter og glede, store og små eventyr, og alle spennende, rare, dype, og såre samtaler som har vært de siste to årene – jeg tar med meg alle minner videre. Vil gi en stor takk til Kristin Landrø for alt du har gitt meg gjennom hele masterløpet, og ikke minst for god støtte helt fra masterprosjektets spede begynnelse. Vil også takke Vegard Johansen for gode og konkrete tilbakemeldinger.

Denne våren har jeg lest mye negativt om studenters mentale helse. Gjennom samtaler med både kjente og ukjente har statistikken blitt til personlige historier som har gitt dette prosjektet en større mening. Takknemlig for alle dere som valgte å dele historiene deres med meg. Håper at jeg med denne besvarelsen har klart å yte rettferdighet til dette viktige temaet.

Emmy Andrea Høiseth

Trondheim, mai 2022



# Innhold

<b>LISTE OVER TABELLER OG FIGURER.....</b>	<b>IX</b>
<b>1 INTRODUKSJON .....</b>	<b>1</b>
1.1 AKTUALISERING.....	1
1.2 FORMÅL MED STUDIEN .....	2
1.3 PROBLEMSTILLING, AVKLARING OG AVGRENSNING.....	3
1.4 OPPBYGNING .....	4
<b>2 TEORETISK FORANKRING .....</b>	<b>7</b>
2.1 HJELPESØKENDE ATFERD OG HJELPESØKEPROSESSEN .....	7
2.2 VILLIGHET TIL Å OPPSØKE HJELP .....	9
2.3 FORDELER MED Å OPPSØKE HJELP .....	10
2.4 HINDRINGER VED Å OPPSØKE HJELP.....	11
2.5 ØVRIGE FAKTORER .....	12
2.5.1 Tidligere erfaringer med å oppsøke hjelp .....	12
2.5.2 Kjennskap til tjenestetilbudet .....	12
2.5.3 Omfang av utfordringer .....	13
2.5.4 Gruppeforskjeller.....	13
2.6 OPPSUMMERING .....	14
<b>3 METODE .....</b>	<b>17</b>
3.1 METODISK TILNÆRMING OG FORSKNINGSDESIGN.....	17
3.2 POPULASJON OG UTVALG .....	18
3.3 MÅLEINSTRUMENTENE.....	19
3.3.1 Spørreskjemaet.....	19
3.3.2 Variablene .....	19
3.4 STATISTISKE ANALYSER.....	23
3.4.1 Univariate analyser.....	23
3.4.2 Bivariate analyser.....	23
3.4.3 Multivariate analyser.....	24
3.5 KVALITETSSIKRING .....	27
3.5.1 MÅLEFEIL.....	27
3.5.2 Dimensjonalitet, reliabilitet og validitet.....	28
3.5.3 Etske betraktninger.....	29
<b>4 RESULTATER .....</b>	<b>31</b>
4.1 UNIVARIATE ANALYSER .....	31
4.1.1 Villighet til å oppsøke hjelp .....	31
4.1.2 Opplevde fordeler .....	31
4.1.3 Opplevde hindringer.....	33
4.1.4 Tidligere erfaring med å oppsøke hjelp .....	34
4.1.5 Kjennskap til tjenestetilbudet .....	35
4.1.6 Omfang av utfordringer .....	35
4.2 BIVARIATE ANALYSER .....	36
4.2.1 Korrelasjonsmatrise .....	36
4.2.2 Signifikanstesting .....	37
4.3 MULTIVARIATE ANALYSER.....	39
4.3.1 Hierarkisk lineær regresjonsanalyse .....	39
<b>5 DISKUSJON .....</b>	<b>41</b>
5.1 BETYDNINGEN AV OPPLEVDE FORDELER OG HINDRINGER FOR VILLIGHET .....	41
5.1.1 Betydningsfulle enkeltfaktorer .....	41
5.1.2 Hvordan påvirker opplevde fordeler hjelpesøking?.....	42
5.1.3 Hvordan påvirker opplevde hindringer hjelpesøking? .....	43
5.2 HVILKEN BETYDNING HAR DE ØVRIGE FAKTORENE? .....	44
5.3 NETTVERK AV FAKTORER MED KOMPLEKSE SAMMENHENGER .....	46
5.4 STUDIENS STYRKER OG BEGRENSNINGER .....	47

<b>6</b>	<b>AVSLUTNING</b>	<b>51</b>
6.1	STUDIENS HOVEDFUNN	51
6.2	AVSLUTTENDE REFLEKSJONER	52
6.3	IMPLIKASJONER OG VIDERE FORSKNING	52
	<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>55</b>
	<b>VEDLEGG</b>	<b>I</b>
	VEDLEGG A: TEORIER OM HJELPESØKENDE ATFERD	I
	VEDLEGG B: INFORMASJON OM UTVALGET	I
	VEDLEGG C: TILBAKEMELDING FRA NSD	II
	VEDLEGG D: INFORMASJONSSKRIV	III
	VEDLEGG E: OBSERVERT BREDDE I UTVALG OG POPULASJON	V
	VEDLEGG F: SPØRRESKJEMA	VI
	VEDLEGG G: FORUTSETNINGER FOR REGRESJONSANALYSE	XIV
	VEDLEGG H: HISTOGRAM	XXII
	VEDLEGG I: SVARFORDELING OG GJENNOMSNITT	XXVI
	VEDLEGG J: INTERNE KORRELASJONER	XXIX
	VEDLEGG K: PKA OG RELIABILITETSANALYSE	XXXII
	VEDLEGG L: UTGÅENDE HIERARKISK LINEÆR REGRESJONSANALYSE	XXXIV



## Liste over tabeller og figurer

<b>Tabell 4.1-1.</b> Prosentfordeling, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for den avhengige variabelen villighet.....	31
<b>Tabell 4.1-2.</b> Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt for de mest betydningsfulle fordelene .....	32
<b>Tabell 4.1-3.</b> Antall faktorer, maks skåre, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for skalaene økt velvære og ivaretagelse .....	32
<b>Tabell 4.1-4.</b> Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt for de mest betydningsfulle hindringene.....	33
<b>Tabell 4.1-5.</b> Antall faktorer, maks skåre, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for skalaene engstelse, strukturelle hindringer, bagatellisere og stigma .....	34
<b>Tabell 4.1-6.</b> Svarfordeling i prosent for tidligere erfaring .....	35
<b>Tabell 4.1-7.</b> Prosentfordeling, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for kjennskap til tjenestetilbudet .....	35
<b>Tabell 4.1-8.</b> Prosentfordeling, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for omfang .....	36
<b>Tabell 4.2-1.</b> Korrelasjonsmatrise med alle variabler.....	37
<b>Tabell 4.2-2.</b> Forskjeller i villighet mellom liten, middels og stor betydning av hindringskalaene. Gjennomsnitt, standardavvik, p-verdi og effektsstørrelse ( $\eta^2$ ) .....	38
<b>Tabell 4.3-1.</b> Hierarkisk lineær regresjonsanalyse.....	39
<b>Tabell B-1.</b> Svarfordeling i n-antall og prosentfordeling .....	i
<b>Tabell E-1.</b> Sammenligning av observert bredde i utvalg og populasjon for kjønn, alder, fakultet og tidligere erfaring .....	v
<b>Tabell G-1.</b> Testing for fravær av multikollinearitet på den avhengige variabelen villighet.....	xiv
<b>Tabell G-2.</b> Sensitivitetsanalyse med kvadratledd av strukturelle hindringer .....	xviii
<b>Tabell G-3.</b> Sensitivitetsanalyse for innflytelsesrike enheter .....	xxi
<b>Tabell H-1.</b> Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt for alle opplevde fordeler .....	xxvi
<b>Tabell H-2.</b> Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt for alle opplevde hindringer .....	xxvii
<b>Tabell J-1.</b> Interne korrelasjoner for skalaen økt velvære .....	xxix
<b>Tabell J-2.</b> Interne korrelasjoner for skalaen ivaretagelse .....	xxix
<b>Tabell J-3.</b> Interne korrelasjoner for skalaen engstelse .....	xxx
<b>Tabell J-4.</b> Interne korrelasjoner for skalaen strukturelle hindringer .....	xxx
<b>Tabell J-5.</b> Interne korrelasjoner for skalaen bagatellisere .....	xxx
<b>Tabell J-6.</b> Interne korrelasjoner for skalaen stigma.....	xxx
<b>Tabell K-1.</b> Prinsippal Komponentanalyse (PKA) og reliabilitetsanalyse for fordeler .....	xxxii
<b>Tabell K-2.</b> Prinsippal Komponentanalyse (PKA) og reliabilitetsanalyse for hindringer.....	xxxiii
<b>Tabell L-1.</b> Hierarkisk lineær regresjon med alle inkluderte variabler .....	xxxiv
<b>Figur A-1.</b> Modell om hjelpesøkende atferd .....	i
<b>Figur A-2.</b> Teori om planlagt atferd .....	i
<b>Figur A-3.</b> Helseantagelsesmodellen .....	ii
<b>Figur G-1.</b> Testing for fravær av heteroskedastisitet på den avhengige variabelen villighet .....	xiv
<b>Figur G-2.</b> Økt velvære .....	xv
<b>Figur G-3.</b> Ivaretagelse .....	xv
<b>Figur G-4.</b> Engstelse .....	xvi
<b>Figur G-5.</b> Strukturelle hindringer .....	xvi
<b>Figur G-6.</b> Bagatellisere .....	xvii
<b>Figur G-7.</b> Stigma .....	xvii
<b>Figur G-8.</b> Sentrert Leverage verdi .....	xix
<b>Figur G-9.</b> Cook´s D .....	xix
<b>Figur G-10.</b> DfBetas .....	xx
<b>Figur H-1.</b> Histogram for villighet til å oppsøke hjelp .....	xxii
<b>Figur H-2.</b> Histogram for økt velvære.....	xxii
<b>Figur H-3.</b> Histogram for ivaretagelse .....	xxiii
<b>Figur H-4.</b> Histogram for engstelse .....	xxiii
<b>Figur H-5.</b> Histogram for strukturelle hindringer .....	xxiv
<b>Figur H-6.</b> Histogram for bagatellisere .....	xxiv
<b>Figur H-7.</b> Histogram for stigma .....	xxv

# 1 Introduksjon

## 1.1 Aktualisering

I 2020 var nesten 40 % av unge mellom 19 og 24 år studenter i høyere utdanning, noe som tilsvarer over 306 000 personer. Dette var en betydelig økning fra året før, og viser til en økende trend i antallet som søker seg til høyere utdanning (Nygård, 2021). For mange studenter oppleves imidlertid overgangen til høyere utdanning og studietiden generelt som en stressende tid, preget av symptomer på mental uhelse med negativ påvirkning på hverdagslivet (Hubbard et al., 2018, s. 293). En studie fra Canada fant at universitetsstudenter var 2.5 ganger mer sannsynlig å rapportere symptomer på mental uhelse enn andre på samme alder som ikke studerte (Heck et al., 2014). Alderen 19 til 24 år ansees i tillegg som en kritisk utviklingsperiode, hvor negative opplevelser kan påvirke individets mentale helse, med potensielle følger langt inn i voksenlivet (Rickwood et al., 2005, s. 3-4). Vansker med konsentrasjon og hukommelse, lavere akademisk oppnåelse, uønsket frafall og utvikling av mer alvorlige helseutfordringer blir fremhevet som mulige konsekvenser (Kitzrow, 2003, s. 171; Rønning & Landrø, 2015, s. 60; Watkins et al., 2011, s. 324). Å støtte studenter i overgangen til og gjennom studieløpet ansees derfor som viktig for å fremme god mental helse og forebygge alvorlige konsekvenser (Oswalt et al., 2019, s. 11).

Studenter kan sies å være i en særegen situasjon med tanke på tilgang på hjelpetjenester (Oswalt et al., 2019, s. 10). I tillegg til å ha tilgang på hjelpetjenester på lik linje med den øvrige befolkningen, har universitetsmiljøene utviklet ulike ressurser og tjenester for å støtte studentene underveis i studieløpet. Tjenestene som tilbys ved universitetet er som oftest gratis eller har betydelig lavere kostnad enn lignende tjenester utenfor universitetsmiljøet (Hubbard et al., 2018, s. 294). Hjelpetjenester i de norske universitetsmiljøene inkluderer blant annet studieveileder, mestringskurs, og samtale- og psykologtjenester. Disse er ofte tilgjengelig for studentene både på campus, digitalt og over telefon (e.g. NTNU, u.å.; UiO, u.å.). På grunn av tilgjengeligheten på flere områder hvor studentene ferdes, ansees hjelpetjenestene i universitetsmiljøet som kritiske for å gi trygghet og støtte underveis i studieløpet (Oswalt et al., 2019, s. 10). Studenter som kontakter hjelpetjenestene og opplever å få hjelp får ofte større motivasjon for studiet, bedre velvære, mindre uønsket frafall og bedre mental helse (Kitzrow, 2003, s. 172; Rønning & Landrø, 2015, s. 96; Watkins et al., 2011, s. 320).

De senere årene har antallet studenter som rapporterer om ulike utfordringer som påvirker deres studiehverdag steget, spesielt utfordringer knyttet til mental uhelse (Sivertsen, 2021, s. 38). Internasjonalt rapporteres det i tillegg om en økende alvorlighetsgrad og et større omfang av utfordringer blant de som oppsøker hjelp (Benton et al., 2003, s. 69; Oswalt et al., 2020, s. 45). Basert på funn fra Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse (SHoT) tyder det på at dette er tilfelle også i Norge (e.g. Knapstad et al., 2018; Nedregård & Olsen, 2010; Sivertsen, 2021). Undersøkelsene viser at andelen studenter ved norske universitet med alvorlige psykiske plager har økt fra 18% i 2010 til 32% i 2018, og til nesten halvparten av alle studenter i 2021. Selv om koronapandemien har hatt konsekvenser for studenters mentale helse på kort sikt, virker det imidlertid ikke som at den har ført til en langvarig forverring av mental uhelse (Nøkleby et al., 2021, s. 39). Tallene fra SHoT-undersøkelsen virker derfor å vise til en reell negativ trend i studenters mentale helse, selv om det er nødvendig å ta i betraktning at pandemien kan ha påvirket den observerte trenden i 2021-undersøkelsen.

Til tross for en betydelig andel studenter med mentale helseutfordringer, gjenspeiles ikke dette i antallet som oppsøker hjelpetjenestene (Ebert et al., 2019; Eisenberg et al., 2011, s. 302; Setiawan, 2006, s. 412). Med andre ord, en stor andel av de som har behov for hjelp oppsøker ikke tjenester med ressurser og kompetanse til å hjelpe dem. Dette misforholdet virker i tillegg å være høyest der behovet for hjelp er størst; blant de mellom 16 og 24 år (Rickwood & Thomas, 2012, s. 174). Misforholdet mellom prevalens av symptomer på mental uhelse og tjenestebruk er et kjent fenomen i den internasjonale faglitteraturen, og kan omtales som behov-tjenestegapet. Det ansees som en av de største utfordringene hjelpetjenestene har for å bidra med effektiv forebygging og hjelp (Ebert et al., 2019, s. 11; Rickwood & Thomas, 2012, s. 173). Behov-tjenestegapet virker å være av stor betydning også i Norge. I SHoT-undersøkelsen fra 2021 rapporterte kun 23% av studentene å ha oppsøkt hjelp på grunn av bekymring for sin mentale helse, mens hele 45% rapporterte å ha hatt alvorlige psykiske plager de siste to ukene (Sivertsen, 2021, s. 39). Ettersom det er lagt til grunn ulike tidsintervall for de to målene, kan det antas å være betydelige mørketall, og at gapet mellom behov og tjenestebruk i realiteten er større (Haraldsen, 2012, s. 26).

Behov-tjenestegapet representerer en betydelig utfordring for hjelpetjenestene (Ebert et al., 2019, s. 11; Rickwood & Thomas, 2012). Basert på den store andelen studenter som rapporterer ulike utfordringer som preger hverdag, studietid og mental helse, i tillegg til at mangel på hjelp potensielt kan ha store konsekvenser (Hubbard et al., 2018, s. 293), blir det sentralt å få større forståelse for behov-tjenestegapet. Forskningslitteraturen vektlegger behovet for å identifisere faktorer som påvirker studenters hjelpesøkende atferd, ettersom det kan gi innsikt i hvorfor misforholdet mellom de som trenger hjelp og de som oppsøker hjelp er såpass stort (Vogel & Armstrong, 2010). I tillegg kan det bidra til å skape et grunnlag for å utvikle effektive intervensjoner og videreutvikle hjelpetjenestene slik at flere ønsker å oppsøke hjelp når de har behov for det (O'Connor et al., 2014, s. 2578).

## **1.2 Formål med studien**

Studiens formål bygger på behovet fremhevet av forskningslitteraturen om å identifisere faktorer involvert i studenters hjelpesøkende atferd. Formålet tar utgangspunkt i et ønske om å utforske hvordan det oppleves å ta kontakt med hjelpetjenestene, for på den måten forstå hvordan hjelpetjenestene kan videreutvikles for å støtte de som trenger hjelp i større grad. De mange utfordringer knyttet til behov-tjenestegapet er en indikasjon på at hjelpetjenestene ikke er godt nok tilrettelagt for brukergruppen (Ebert et al., 2019). Studien har til hensikt å utforske faktorer som antas å påvirke sannsynligheten for om hjelp oppsøkes eller ikke. Valget om å kontakte profesjonelle hjelpetjenester eller ikke er komplekst, årsakene er mange og de varierer fra individ til individ og mellom grupper (Dunley & Papadopoulos, 2019, s. 713). Det er derfor viktig å poengtere at denne studien ikke forsøker å skape et fullstendig bilde av alle faktorer involvert i prosessen med å oppsøke hjelp. I stedet er fokuset på å utforske noen sentrale faktorer fremhevet av tidligere studier.

Tematikken for dette prosjektet er sentralt innenfor det rådgivningsvitenskapelige fagfeltet. Det er viktig å ha kunnskap om, og forståelse for hvordan det oppleves å kontakte hjelpetjenestene og motta hjelp, i tillegg til å skape positive erfaringer med å oppsøke hjelp (Kvalsund, 2015, s. 28). Det er også naturlig å anta at innsikt i hvordan det er å oppsøke hjelp for den som står i hjelperollen kan bidra positivt til relasjonen som oppstår

mellom veileder og hjelpesøker, og for hjelpen som gis (Flaherty, 2010). Ved å utforske hvilke aspekter som kan øke og begrense sannsynligheten for at hjelpetjenestene kontaktes, håper jeg å kunne stå stødig i en fremtidig hjelperrolle.

I løpet av denne våren har jeg hørt kjente og ukjentes historier om hvordan det er å ha hatt, og ha, behov for hjelp, hvordan det oppleves å skulle oppsøke hjelp, og hvordan det har vært å være i kontakt med hjelpetjenestene. Jeg er så takknemlig for disse historiene, ettersom det har bidratt til at dette prosjektet har fått en større mening enn å kun skrive og levere en masteroppgave. Det er et håp om at kunnskap fra dette prosjektet kan gi verdifull innsikt i hvordan det oppleves å oppsøke hjelp, og hvordan hjelpetjenestene kan videreutvikles for å fremme hjelpesøkende atferd blant studenter.

### **1.3 Problemstilling, avklaring og avgrensning**

For å videreutvikle hjelpetjenestene på en måte som gjør opplevelsen av å søke hjelp enklere, er det ansett som nødvendig å få større innsikt i behov-tjenestegapet. En måte som kan øke kunnskapen om behov-tjenestegapet er å identifisere faktorer som påvirker sannsynligheten for om hjelp oppsøkes eller ikke (Ebert et al., 2019, s. 11; Vogel & Armstrong, 2010, s. 387). Med dette som utgangspunkt ble følgende problemstilling formulert:

*Hvilke faktorer kan ha betydning for studenters hjelpesøking, og hvordan kan de bidra til å fremme eller begrense hjelpesøkende atferd?*

Basert på det teoretiske rammeverket og studiens design ble det utarbeidet to forskningsspørsmål for å utforske problemstillingen:

**F1:** Hvilke opplevde fordeler og hindringer har størst betydning for villighet til å oppsøke, og hvilken påvirkning har de på studenters hjelpesøking?

**F2:** Hvilken betydning har tidligere erfaringer med å oppsøke hjelp, kjennskap til tjenestetilbudet, omfang av utfordringer, samt kjønn, alder, studieår og studieretning på sammenhengen mellom opplevde fordeler og hindringer og villighet til å oppsøke hjelp?

Hjelpesøkende atferd og prosessen fra et behov oppstår, til valget om å oppsøke hjelp eller ikke tas er komplekst (Dunley & Papadopoulou, 2019, s. 713). Denne kompleksiteten gjenspeiles i faglitteraturen, hvor det er mange ulike måter å forstå og utforske hjelpesøking på (Rickwood & Thomas, 2012, s. 174). For å utforske denne tematikken innenfor omfanget av et masterprosjekt var det derfor nødvendig å foreta flere avgrensninger. I forskningslitteraturen benyttes hjelpesøkende atferd hovedsakelig som et begrep knyttet til å oppsøke profesjonelle hjelpetjenester, såkalt formell hjelpesøking (e.g. Ebert et al., 2019; Oswalt et al., 2020; Vidourek et al., 2014). Noe litteratur omhandler imidlertid uformell hjelpesøking, altså å betro seg til venner og slektninger, og selv-hjelp, som ikke innebærer kontakt med andre mennesker (Rickwood & Thomas, 2012, s. 175). Ettersom flere utfordringer kan knyttes til disse formene for hjelpesøking, da blant annet kvalitet og mulighet for å skape endringer i praksis (Rickwood et al., 2005, s. 8), ble det tatt et valg om å kun utforske hjelpesøking i relasjon til formelle hjelpetjenester.

En annen avgrensning som ble gjort omhandler hjelpesøking som et resultat av psykiske plager og bekymringer for mental helse. Studien vil altså ikke omfatte for eksempel

hjelpesøking for fysiske plager. Ettersom studenter virker å ha dårligere mental helse enn en stor del av den øvrige befolkningen (Heck et al., 2014), men har samtidig flere hjelpetjenester tilgjengelig (Hubbard et al., 2018, s. 294), ble det naturlig å avgrense utvalget til studentpopulasjonen. Mange faktorer har blitt foreslått som betydningsfulle, men denne studien vil ha hovedfokus på å utforske betydningen av ulike fordeler og hindringer koblet til hjelpesøking. Det vil imidlertid inkluderes andre faktorer ansett å være av betydning, men disse vil i, på bakgrunn av omfanget, i hovedsak benyttes som kontrollvariabler. Videre kan en skille mellom individuelle, strukturelle og systemiske årsaker til at hjelp ikke oppsøkes (Dunn, 2014, s. 81). I tråd med formålet til studien ble det gjort en avgrensning til de individuelle, selvrapporterte årsakene til å ikke oppsøke hjelp, altså ikke objektive aspekter ved hjelpetjenestene som begrenser hjelpesøking. De individuelle årsakene kan imidlertid inkludere både strukturelle og systemiske årsaker, men da sett i lys av individets opplevelse av dem. Basert på den tilgjengelige tiden og omfanget av masteroppgaven, fikk denne studien et tverrsnittsdesign. Ettersom det ikke ble foretatt flere målinger, ble det heller ikke mulig å måle hjelpesøkende atferd. I stedet ble villighet til å oppsøke hjelp utforsket, som antas å være en sterk prediktor for om hjelp oppsøkes eller ikke (Oswalt et al., 2019; Vidourek et al., 2014, s. 1010).

Avslutningsvis vil begrepsbruk avklares. I den internasjonale faglitteraturen benyttes begrepet *treatment gap*, som kan direkte oversettes til behandlingsgapet. Valget om å benytte begrepet behov-tjenestegapet er et forsøk på å inkludere all praksis hjelpetjenestene i et universitetsmiljø kan bistå med, ikke kun en type behandling som ofte har et mer klinisk perspektiv. Misforholdet mellom behov og tjenestebruk eksisterer i alle formelle hjelpetjenester, ikke kun de som utøver klinisk behandling (Ebert et al., 2019; Sivertsen, 2021, s. 38). Mental uhelse benyttes som motsats til mental helse, og vil her vise til et behov for personlig, psykologisk eller emosjonell støtte. Det kan med andre ord både omhandle psykologiske lidelser, som depresjon og angst, men også ulike mentale utfordringer, som stress, ensomhet og motivasjon. Videre benyttes begrepet opplevelse til fordel for oppfattelse, ettersom det er antatt at opplevelse i tillegg inneholder en emosjonell komponent (Kennair, 2020). Hjelpesøking benyttes som begrep for å vise både til hjelpesøkeprosessen, villighet og hjelpesøkende atferd. Villighet til å oppsøke hjelp forstås som en prediktor for om hjelp oppsøkes, mens hjelpesøkende atferd viser til den faktiske handlingen med å oppsøke hjelp. Villighet vil benyttes som en samlebetegnelse for både villighet og intensjon, selv om det kan argumenteres for ulike nyanser mellom begrepene. Definisjoner av begreper vil komme i løpende tekst.

## **1.4 Oppbygning**

Denne masteroppgaven består av seks kapitler. I det første kapitlet har temaet blitt aktualisert, formålet med studien og problemstillingen presentert, i tillegg til at avgrensninger ved studien er blitt redegjort for. I det andre kapitlet presenteres utvalgte definisjoner og teorier som benyttes for å utforske hjelpesøkende atferd og faktorer som påvirker valget om å oppsøke hjelp eller ikke, for å danne et grunnlag for å forstå og diskutere de empiriske funnene. I kapittel tre presenteres de metodiske forutsetningene og valgene for studien. Dette inkluderer blant annet forskningsdesignet, måleinstrumentene og en redegjørelse av statistiske analyser og kvalitetssikring av datamaterialet. I kapittel fire vil resultatene fra de statistiske analysene presenteres. Dette kapitlet er delt inn i univariate, bivariate og multivariate analyser for å systematisere funnene. I kapittel fem diskuteres hovedfunnene opp mot det teoretiske utgangspunktet for oppgaven. Det vil diskuteres hvorvidt faktorene er av betydning, og hvordan de kan

bidra til å fremme eller begrense hjelpesøkende atferd. I tillegg vil det være en diskusjon knyttet til studiens begrensninger. Avslutningsvis vil det reflekteres rundt studiens hovedfunn for å gjøre et forsøk på å besvare problemstillingen, samt implikasjoner for praksis og videre forskning.



## 2 Teoretisk forankring

I dette kapittelet fremheves ulike definisjoner, teorier og modeller benyttet i tidligere studier om hjelpesøkende atferd. I tillegg vil relevant forsknings- og faglitteratur redegjøres for i lys av fellesnevnerne ved teoriene og modellene. Dette skaper et utgangspunkt for å forstå og diskutere de empiriske funnene og dermed danne et grunnlag for å besvare problemstillingen og de tilhørende forskningsspørsmålene.

### 2.1 Hjelpesøkende atferd og hjelpesøkeprosessen

Å forstå hjelpesøkende atferd som fenomen er utfordrende. For det første er det ikke enighet om en definisjon på hjelpesøking, og det finnes derfor ikke en enkelt definisjon som unisont benyttes av litteraturen på feltet. For det andre inkluderes ofte ikke en tydelig definisjon av hjelpesøkende atferd i forskningsartikler (Rickwood & Thomas, 2012, s. 177). Det blir derfor utfordrende å få innblikk i grunnlaget studiene har til å forstå fenomenet og hva som har påvirket forskningsprosessen, samt utgangspunktet for å velge ut mulige betydningsfulle faktorer. Mangelen på et felles grunnlag vil dermed føre til mange ulike forståelser av hjelpesøkende atferd, i tillegg til å inkludere mange ulike faktorer, som påvirker muligheten til å sammenligne studier (Gulliver et al., 2012, s. 8-10).

En av de tidligste definisjonene forsto hjelpesøkende atferd som en prosess; å først velge ut en hjelpkilde, for deretter å ta valget om å kontakte den eller ikke (Neighbors, 1985, s. 159). En nyere definisjon har et lignende utgangspunkt, og fremhever hjelpesøkende atferd som:

*«en positiv mestrings- og håndteringsstrategi hvor eksterne kilder i form av profesjonelle hjelpetjenester kontaktes for å forbedre en situasjon som påvirker hverdagsfunksjonen»* (Rickwood et al., 2005, s. 4; egen oversettelse).

På bakgrunn av en omfattende litteraturgjennomgang utviklet Rickwood og Thomas (2012, s. 180) en definisjon med mål om å skape en generell forståelse av hjelpesøkende atferd som kunne gjelde for hele feltet:

*«Relatert til mental uhelse er hjelpesøkende atferd en adaptiv håndteringsstrategi som omhandler det å oppsøke ekstern støtte for å håndtere en bekymring om egen mental uhelse»* (egen oversettelse).

Verdens Helseorganisasjon (WHO) er imidlertid ansett å ha den mest omfattende definisjonen av hjelpesøkende atferd blant unge, og forstår hjelpesøkende atferd som:

*«enhver handling eller aktivitet utført av en ung person som opplever et behov for personlig, psykologisk eller emosjonell støtte eller hjelpe- og sosialtjenester, med mål om å møte behovet på en positiv måte (...）」* (Baker, 2007, s. 2; egen oversettelse).

Disse definisjonene peker på viktige nyanser ved hjelpesøkende atferd. Denne studien har tatt utgangspunkt i definisjonen til WHO, men ønsker samtidig å inkludere sentrale aspekt ved de øvrige definisjonene. Hjelpesøkende atferd vil dermed forstås som et aktivt og bevisst valg om å oppsøke profesjonell hjelp for personlig, psykologisk eller emosjonell støtte, med mål om å møte en bekymring om egen mental uhelse på en positiv måte.



Faglitteraturen vektlegger betydningen av ulike prosessfaktorer som bidrar til å fremme eller begrense hjelpesøkende atferd (Erkan et al., 2012, s. 39; Vidourek et al., 2014, s. 1019; Vogel et al., 2007, s. 46-47). Det blir derfor nyttig å skille mellom hjelpesøkende atferd som valget og handlingen om å oppsøke hjelp, og hjelpesøkeprosessen som omfatter faktorer som påvirker valget, og dermed sannsynligheten for om hjelp oppsøkes eller ikke (Vogel & Armstrong, 2010, s. 387). Flere teoretikere har utarbeidet teoretiske rammeverk og modeller for å forsøke å forklare hjelpesøkeprosessen, og dermed predikere hjelpesøkende atferd. En modell som trekkes frem i forskningslitteraturen antar at hjelpesøkende atferd predikeres av en prosess hvor det personlige gradvis blir mer interpersonlig (Rickwood et al., 2005). Prosessen antas å starte med en bevisstgjøring om behovet for ekstern hjelp, for deretter å bli i stand til å uttrykke sitt behov til andre. Videre blir neste steg å identifisere tilgjengelige hjelpeskilder som kan gi den profesjonelle støtten som trengs (Figur A-1). Modellen vektlegger betydningen av villighet til å oppsøke hjelp som den største prediktoren for om hjelp oppsøkes eller ikke (Rickwood et al., 2005, s. 8). Denne modellen ble blant annet brukt som utgangspunkt for å forsøke å identifisere flere faktorer som fremmer og begrenser hjelpesøkende atferd, samt å utforske kjønnsforskjeller i preferanser av hjelpeskilder (Rickwood et al., 2005; Rickwood et al., 2007).

En av de mest kjente modellene tilknyttet helseatferd, deriblant hjelpesøkende atferd, er Ajzens (1991) teori om planlagt atferd (Figur A-2). Denne teorien tar utgangspunkt i tre konseptuelt uavhengige faktorer: holdningen til atferden, subjektive normer og oppfattet atferdskontroll. Disse antas å påvirke intensjonen om å oppsøke hjelp, som antas å predikere sannsynligheten for at hjelp faktisk oppsøkes (Ajzen, 1991, s. 182). I hvilken grad en har positive eller negative holdninger til å oppsøke hjelp, opplevelsen av stigma, og om en har tro på at det er mulig å oppsøke hjelp, ansees dermed som sentrale påvirkningsfaktorer i hjelpesøkeprosessen (Ajzen, 1991, s. 181). Teori om planlagt atferd har ofte vært brukt som utgangspunkt for å utforske hjelpesøkende atferd. Den ble blant annet benyttet for å vise til betydningen av holdninger i relasjon til menns intensjon om å kontakte hjelpetjenester (Smith et al., 2008, s. 187).

En av de eldste og mest brukte teoriene for å forstå helseatferd, deriblant hjelpesøkende atferd, er Health Belief Model, eller helseantagelsesmodellen (Figur A-3). Den antar at valget om å oppsøke hjelp påvirkes av antagelser om 1) hvor omfattende behovet for hjelp er, 2) at tilgjengelige tjenester vil være i stand til å gi dem den hjelpen de har behov for, og 3) at fordelene ved å oppsøke hjelp veier tyngre enn hindringene (Champion & Skinner, 2008, s. 47). Etter at modellen ble utarbeidet på 1950-tallet har den blant annet blitt benyttet til å vise at opplevde fordeler fremmer hjelpesøkende atferd, mens opplevde hindringer begrenser hjelpesøkende atferd (Champion & Skinner, 2008, s. 50).

I likhet med definisjonsbruk, har ingen teorier og modeller oppnådd allmenn aksept (Gulliver et al., 2012, s. 2). Dette gir en indikasjon på at hjelpesøking er et komplekst fenomen, og at det er utfordrende å predikere betydningen av ulike faktorer på hjelpesøkende atferd (Dunley & Papadopoulos, 2019, s. 713). I tillegg understreker det viktigheten av å få større kunnskap om og innsikt i fenomenet. Hvilke faktorer som ansees å påvirke hjelpesøkende atferd varierer avhengig av hvilket teoretisk rammeverk som ligger til grunn. Dette gjør det vanskelig å avgjøre hvilke faktorer som bør inkluderes i en studie og utforskes i sammenheng med hverandre. Forskningslitteraturen fremhever to mekanismer: 1) opplevde fordeler ved å få hjelp som øker sannsynligheten for at hjelp

oppsøkes, og 2) opplevde hindringer ved å oppsøke hjelp som minsker sannsynligheten for at hjelp oppsøkes. Disse mekanismene er ideelle å utforske, siden de, uavhengig av organisering i teorier og modeller, har vist seg å omfavne sentrale prediktorer for hjelpesøkende atferd. Ettersom studiens design ikke tillater å utforske hjelpesøkende atferd direkte, vil studien ha hovedfokus på betydningen av opplevde fordeler og hindringer for villigheten til å oppsøke hjelp for å utforske hjelpesøkende atferd. I tillegg vil andre potensielt betydningsfulle faktorer identifisert av forskningslitteraturen inkluderes og sees i sammenheng med villighet til å oppsøke hjelp. Videre følger en redegjørelse av relevant forskningslitteratur.

## **2.2 Villighet til å oppsøke hjelp**

Å ha en intensjon, et ønske, positive holdninger eller motivasjon til å kontakte profesjonelle hjelpetjenester trekkes frem som sentrale faktorer i hjelpesøking (Ajzen, 1991; Ebert et al., 2019, s. 9; Oswald et al., 2019, s. 10). Begrepene peker på et selvstendig og bevisst valg om å oppsøke hjelp, basert på en opplevd verdi av å få hjelp som et resultat av opplevd kostnad og gevinst ved å oppsøke hjelp (Tomczyk et al., 2020, s. 755). I forskningslitteraturen benyttes ofte begrepet *willingness*, oversatt her til villighet, for å vise til motivasjonsfaktorene og den opplevde verdien av å få hjelp (e.g. Ebert et al., 2019; Erkan et al., 2012; Topkaya et al., 2016). I hvilken grad en opplever villighet til å oppsøke hjelp ansees som et resultat av å veie opplevde fordeler med å få hjelp opp mot de opplevde hindringene ved å oppsøke hjelp (Vogel & Armstrong, 2010, s. 393). Villighet til å oppsøke hjelp defineres dermed ofte i relasjon med holdnings- og motivasjonsfaktorer, hvor høy grad av villighet øker sannsynligheten for at hjelp vil oppsøkes, og lav grad av villighet begrenser hjelpesøkende atferd (Rickwood & Thomas, 2012, s. 180).

Villighet er ikke det samme som hjelpesøkende atferd, men ansees å være en faktor i en større prosess som påvirker hjelpesøkende atferd. Opplevde fordeler og hindringer sies å reflektere holdninger til å oppsøke hjelp, og ansees å predikere villighet, som igjen antas å predikere hjelpesøkende atferd (Rickwood & Thomas, 2012, s. 180). Ajzen (1991, s. 180) peker på at intensjon, eller villighet, er en sterkere prediktor for hjelpesøkende atferd enn generelle disposisjoner som personlighet og kjønn. En stor andel studier støtter disse antagelse, hvor de viser til en sterk sammenheng mellom villighet og hjelpesøkende atferd (e.g. Oswald et al., 2019; Rickwood et al., 2005; Vidourek et al., 2014). En studie som tok utgangspunkt i Ajzens (1991) teori om planlagt atferd viste blant annet til en betydelig sammenheng mellom villighet til å oppsøke hjelp og hjelpesøkende atferd i et tysk utvalg med ubehandlede depressive symptomer. De fant at de som hadde oppsøkt formell hjelp tre til seks måneder etter deltagelse i første del av studien hadde rapportert betydelig høyere villighet til å oppsøke hjelp, med en gjennomsnittskåre av 7 på 4.43 sammenlignet med 2.54 (Tomczyk et al., 2020, s. 754). En annen studie som utforsket hjelpesøkende atferd blant universitetsstudenter med to spørreundersøkelser med en måneds mellomrom fant en signifikant positiv sammenheng mellom hjelpesøkende atferd og villighet, med en korrelasjon på over .50 (Nagai, 2015, s. 317). Det ble videre antatt at et større tidsintervall kunne skapt en enda sterkere sammenheng.

Det er imidlertid varierende funn på hvor stor betydning villighet har for hjelpesøkende atferd (Doll et al., 2021), spesielt om en sammenligner ulike grupper (Ebert et al., 2019, s. 5). Helpesøking er et komplekst fenomen med store individuelle- og gruppevariasjoner, så det er naturlig å anta at andre faktorer kan påvirke overgangen fra villighet til atferd (Rickwood et al., 2005, s. 13). Til tross for dette, er det flere fordeler ved å utforske

villighet til sammenligning med hjelpesøkende atferd, blant annet at det reflekterer individets egen oppfattelse, at det er et fenomen som er godt utforsket av tidligere studier, og at det kan baseres på en måling.

### **2.3 Fordeler med å oppsøke hjelp**

Å oppsøke hjelp og få den hjelpen en har behov for er vist å ha flere positive utfall. Litteraturen peker på at hjelpetjenester i universitetsmiljøet bidrar til å minske påvirkningen utfordringer har på studenters hverdagsliv og studieforløp (Setiawan, 2006, s. 403). Det er blant annet rapportert at studenter opplever at hjelpetjenester gir viktig støtte underveis i studieløpet og bidrar til å forhindre uønsket frafall (Rønning & Landrø, 2015, s. 96), spesielt om hjelpetjenestene evner å støtte utforskningen av dypereliggende årsaker til bekymringene (Landrø & Rønning, 2018, s. 342). Videre peker funn på en positiv sammenheng mellom kontakt med hjelpetjenestene og en forbedring i kognitive evner, større akademisk motivasjon og positive holdninger (Martin & Seifert, 2015, s. 402). Til tross for de påviste fordelene ved å oppsøke hjelp, altså den faktiske gevinsten av å oppsøke hjelp, påpekes det at det er betydningen av de opplevde fordelene som bør utforskes i sammenheng med hjelpesøkende atferd (Martin-Arbòs et al., 2021, s. 12).

Opplevde fordeler, altså antatt gevinst av å oppsøke hjelp, kan defineres som en forventning om positive utfall ved å oppsøke hjelp for å redusere påvirkningen av en utfordring (Saleeby, 2000). Opplevelsen av en positiv verdi ved å oppsøke hjelp virker å predikere hjelpesøkende atferd, og har samtidig blitt vist å ha en sterk sammenheng med villighet til å oppsøke hjelp (Langley et al., 2021, s. 240). Opplevde fordeler antas å ha både et individuelt og et interpersonlig aspekt (Rickwood et al., 2005, s. 8; Vidourek et al., 2014, s. 1019). For det første kan opplevde fordeler omfatte faktorer som bidrar til en opplevelse av økt velvære, da blant annet redusert stress og økt selvtillit (Vidourek et al., 2014, s. 1019). For det andre ansees opplevelsen av sosial støtte som en sentral fordelsfaktor, altså at en ønsker å dele sine bekymringer med noen som i tillegg kan gi den støtten som trengs (Landrø & Rønning, 2018, s. 343; Nagai, 2015, s. 314).

En studie av O' Connor med kollegaer (2014) undersøkte betydningen av opplevde fordeler for hjelpesøkende atferd blant studenter ved et universitet i Australia. Deres studie tok utgangspunkt i Saleeby (2000) sin operasjonalisering av fordeler som baserer seg på helseantagelsesmodellen (Figur A-3). De fant at opplevde fordeler var en betydningsfull prediktor for hjelpesøkende atferd, til og med i større grad enn opplevde hindringer. Funnene pekte på at høy grad av opplevde fordeler førte til hjelpesøkende atferd, også når individet hadde høy grad av opplevde hindringer (O' Connor et al., 2014, s. 2584-2585). Vidourek med kollegaer (2014) gjennomførte en av de mest omfattende studiene på sammenhengen mellom opplevde fordeler ved å oppsøke hjelp og hjelpesøkende atferd blant universitetsstudenter. De tok utgangspunkt i 14 påstander om opplevde fordeler basert på en omfattende litteraturgjennomgang, blant annet mer optimistisk holdning, forbedrede relasjoner og glede. De fant at *forbedret mental helse* var ansett å være den mest betydningsfulle faktoren, etterfulgt av *reduert stress*, *få løst en utfordring* og *personlig vekst*. Av de inkluderte faktorene ble *forbedret søvn* og *økt energinivå* ansett å være minst betydningsfulle, til tross for at 60% anstod de som viktige (Vidourek et al., 2014, s. 1014).

For å øke sannsynligheten for at hjelp oppsøkes ved behov, fremheves viktigheten ved å øke studenters opplevde fordeler av å oppsøke hjelp, ettersom det kan føre til at den

opplevde kostnaden ved å oppsøke hjelp får mindre verdi (Tomczyk et al., 2020, s. 754). Å utvikle intervensjoner som skal overbevise om fordelene ved å oppsøke hjelp antas å ha stor verdi, ettersom funn peker på at de som har høyest behov for hjelp, er de som i størst grad preges av få opplevde fordeler ved å oppsøke hjelp (O'Connor et al., 2014, s. 2584-2585). En metaanalyse av 98 studier fant at intervensjoner med mål om å øke hjelpesøkende atferd øker sannsynligheten for at formell hjelp oppsøkes blant de med forhøyet risiko for mental uhelse. Mer spesifikt fant de at ulike intervensjoner virker å forbedre holdninger og opplevde fordeler ved å oppsøke hjelp, samt bidra til økt villighet og forståelse og kunnskap om mental helse (Xu et al., 2022, s. 2664).

## **2.4 Hindringer ved å oppsøke hjelp**

Det finnes flere måter å forstå hindringer ved å oppsøke hjelp på. For det første kan hindringer referere til karakteristikk ved hjelpesystemet og de spesifikke hjelpetjenestene som begrenser mulighetene til å oppsøke hjelp. Dette inkluderer blant annet tilgjengelige ressurser hos hjelpetjenestene, samt kompetanse hos de ansatte (Dunn, 2014; Landrø & Rønning, 2018, s. 344). Disse hindringene omtales som systemiske barrierer, og viser til objektive utfordringer ved hjelpesystemet som påvirker de reelle mulighetene til å vite om og få hjelp av tjenestene. Systemiske barrierer ansees å være en stor utfordring å overkomme, både for individet og for hjelpetjenestene (Ebert et al., 2019, s. 9).

For det andre kan hindringer omhandle individets opplevelse og antagelse om hvordan det vil være å oppsøke hjelp og dele sine bekymringer med en annen (Dunn, 2014, s. 39-42). Denne type hindringer viser til subjektive opplevelser, holdninger, tanker eller følelser som har negativ påvirkning på hjelpesøkende atferd (Vidourek et al., 2014, s. 1010). Disse hindringene gjenspeiler ikke nødvendigvis de faktiske forholdene, men er av stor betydning da de påvirker hvordan et individ opplever at det er mulig å oppsøke hjelp (Ajzen, 1991; Erkan et al., 2012; Oswalt et al., 2019, s. 11). Forskningslitteraturen peker på at opplevde hindringer er vanlige blant studentmassen. Dette ansees som et sentralt funn om hjelpesøkende atferd blant universitetsstudenter, ettersom opplevde hindringer virker å være betydelig lettere å overkomme enn systematiske barrierer (Ebert et al., 2019, s. 9). Systemiske barrierer kan imidlertid påvirke individets opplevelse av hindringer, blant annet ved at studentene opplever å ikke vite hva tjenestene kan tilby (Yorgason et al., 2008, s. 174). Dette kan omtales som strukturelle hindringer, ettersom de reflekterer forhold ved hjelpetjenestene og hjelpesystemet. Denne distinksjonen støttes av forskningslitteraturen. En studie av Eisenberg med kollegaer (2011, s. 305) utforsket studenters antagelser om å oppsøke hjelp ved ulike universitet. De fant blant annet at den opplevde tilgjengeligheten hadde større betydning for hjelpesøkende atferd enn den faktiske tilgangen på tjenester ved de ulike universitetene.

Tidligere studier har identifisert flere faktorer som virker å begrense hjelpesøkende atferd. Yorgason med kollegaer (2008) tok utgangspunkt i 13 påstander for å utforske betydningen av hindringer for studenter som ikke tidligere hadde benyttet seg av hjelpetjenester på universitetet. Funnene pekte på at *ikke nok tid, mangel på kunnskap, og flauhet* var sentrale faktorer, mens *ikke nok tid, mangel på kunnskap og ingen årsak* var de mest sentrale faktorene for å ikke ville oppsøke hjelp i fremtiden (Yorgason et al., 2008, s. 177). Setiawan (2006, s. 411) fant at nesten halvparten av utvalget rapporterte *støtte fra familie og venner* som en betydelig faktor for å ikke oppsøke hjelp, etterfulgt av *evner å løse problemene på egen hånd, og utfordringene er ikke alvorlige nok enda*.

Studien til Eisenberg med kollegaer (2011, s. 307) fant at studenter rapporterte *ikke behov for hjelp, ønsker å håndtere utfordringene på egen hånd og stress er normalt* som de mest betydningsfulle årsakene til å ikke oppsøke hjelp. Samlet sett kan disse faktorene indikere at studentene ikke så hjelpesøking som kritisk nok. Dette støttes av annen litteratur, som peker på at faktorene kan vise til manglende kunnskap og forståelse om mental uhelse, og at studentene selv ikke forstår at de burde oppsøke hjelp (Dunley & Papadopoulos, 2019, s. 711).

Videre vektlegges også stigma som en sentral prediktor av flere studier (Oswalt et al., 2019; Vidourek et al., 2014; Vogel & Armstrong, 2010). Ikke bare virker det stigmatiserende å ha behov for hjelp, men også å skulle oppsøke hjelpetjenestene er forbundet med redsel for at andre vil få et negativt syn på en (Vogel et al., 2007, s. 40). Betydningen av selv-stigma, altså et negativt syn på seg selv ved behov for hjelp, blir også fremhevet (Vogel et al., 2007, s. 41). Funn peker blant annet på at oppfattet stigma kan moderere sammenhengen mellom opplevde fordeler og villighet til å oppsøke hjelp (Langley et al., 2021, s. 239). Videre peker funn på at ved å redusere stigma kan en øke villighet til å oppsøke hjelp (Chandrasekara, 2016, s. 241). Stigma ansees i tillegg som et uttrykk for negative følelser, holdninger og opplevelser mot å oppsøke hjelp. Opplevelsen av stigma knyttes derfor ofte til identifiserte hindringer som *flauhet eller skam og bekymret for anonymitet* (Eisenberg et al., 2011, s. 307).

## **2.5 Øvrige faktorer**

I tillegg til opplevde fordeler som virker å øke sannsynligheten for at hjelp oppsøkes og opplevde hindringer som minker sannsynligheten, har forskningslitteraturen identifisert flere andre faktorer som virker å ha betydning for hjelpesøkende atferd. Videre følger en redegjørelse av disse faktorene.

### **2.5.1 Tidligere erfaringer med å oppsøke hjelp**

Forskningslitteraturen peker på betydningen av å ha oppsøkt hjelp tidligere for villigheten til å oppsøke hjelp og hjelpesøkende atferd (Bornschlegl et al., 2020, s. 509). Funn peker på at hele 90% av de som alt har vært i kontakt med hjelpetjenestene er villig til å oppsøke formell hjelp igjen (Oswalt et al., 2019, s. 11), sammenlignet med rundt 25% av de som ikke har oppsøkt hjelp før (Ebert et al., 2019, s. 9; Sivertsen, 2021, s. 40). De med tidligere erfaring virker å ha høyere villighet til å oppsøke hjelp og større sannsynlighet for å oppsøke hjelp enn de som mangler erfaring med hjelpetjenestene (Doll et al., 2018, s. 7). Det virker imidlertid som at det nok ikke er nødvendig å kun ha oppsøkt hjelp, men det er også av betydning hvordan en opplevde møtet og om en opplevde å få hjelp. Hvor tidligere negative opplevelser med å oppsøke hjelp trekkes frem som en faktor som begrenser hjelpesøking, ansees en positiv opplevelse som en fasilitator for å oppsøke hjelp igjen (Rickwood et al., 2005, s. 18). Dette peker på betydningen av å få studentene til å ta valget om å oppsøke hjelp, og sikre at de får en positiv erfaring, slik at sannsynligheten for at de oppsøker tjenestene ved behov i fremtiden øker (Oswalt et al., 2019, s. 11).

### **2.5.2 Kjennskap til tjenestetilbudet**

En annen sentral faktor som trekkes frem er kjennskap til tjenestetilbudet. Flere studier har rapportert at mangel på kjennskap om tjenestetilbudet og kunnskap om hva de kan tilby og hvor de finnes er sentrale hindringer for å oppsøke hjelp (e.g. Erkan et al., 2012; Oswalt et al., 2019, s. 11; Yorgason et al., 2008, s. 177). Yorgason med kollegaer (2008, s. 175) fant at 37% av studentene i utvalget rapporterte at de ikke hadde god nok

informasjon om tjenestene til å ta kontakt, 30% hadde aldri hørt om tjenestene, mens 38% hadde hørt om tjenestene uten at de visste noe mer om de. I tillegg peker funn fra studien på at en andel studenter rapporterte å ha behov for hjelp uten å vite om eller ønske å bruke dem basert på mangel på kunnskap (Yorgason et al., 2008, s. 178). Disse funnene peker på betydningen av å øke studenters bevissthet om og kjennskap til ulike tjenestetilbud i universitetsmiljøet.

### **2.5.3 Omfang av utfordringer**

Til tross for at mange studenter med behov ikke oppsøker hjelp, ansees det å ha behov for hjelp som en forutsetning for å skulle oppsøke hjelp. Med andre ord, en vil ikke oppsøke hjelp dersom en ikke har behov for det. Flere studier bekrefter denne antagelsen. Cramer (1999, s. 385) fant at desto større omfanget av utfordringene var, desto større var sannsynligheten for at hjelp ble oppsøkt. Resultater fra Yorgason med kollegaer (2008, s. 176) sin studie peker på at de som hadde rapportert symptomer på mental uhelse var fire ganger så sannsynlig å ha oppsøkt hjelpetjenester som de som rapporterte ingen symptomer. En tredje studie utforsket betydningen av symptomer på depresjon, relasjonsutfordringer og stressnivå, og fant at alle hadde sammenheng med hjelpesøkende atferd (Hubbard et al., 2018, s. 299).

Samtidig vektlegges betydningen av å ha evne til å oppfatte, gjenkjenne og erkjenne eget behov for hjelp. Det å faktisk ha et behov antas dermed ikke å ha like stor betydning for villighet og hjelpesøkende atferd som opplevd behov for hjelp. Eisenberg med kollegaer (2011) fant at en stor andel studenter oppga at hjelp ikke oppsøkes fordi en ikke opplever å ha behov for hjelp, samt at stressnivået en opplever er normalt. I samme studie fant de at blant studenter som ikke mottok hjelp hadde kun 48% et oppfattet behov for hjelp, og at dette antallet var enda lavere for studenter som ikke tidligere hadde mottatt formell eller uformell støtte. Å ikke oppfatte eget behov for hjelp virker å være et konsekvent funn, selv blant de studentene som har screenet positivt for høy grad av mental uhelse og ulike psykiske lidelser (Garlow et al., 2008, s. 485). Det virker som at sannsynligheten for å oppsøke hjelp øker når studenter gjenkjenner at de har et behov for hjelp, i tillegg til å ha kunnskap om tjenestene, ferdigheter og engasjement til å oppsøke hjelp (Rickwood et al., 2007, s. 36). Å øke kunnskap om mental helse og bevissthet rundt egen mental uhelse virker derfor å være et sentralt tiltak for å øke sannsynligheten for at studenter oppsøker hjelp (Dunley & Papadopoulos, 2019, s. 712).

### **2.5.4 Gruppeforskjeller**

Forskningslitteraturen påpeker at villighet til å oppsøke hjelp, og hvem som oppsøker hjelp hyppigst virker å variere basert på grupper. Sett i sammenheng med studenter, blir gruppeforskjeller mellom kjønn, alder, studieår og studieretning fremhevet som sentrale faktorer.

**Kjønn** er gjennomgående i mye av litteraturen på hjelpesøkende atferd. Flere studier viser at kvinner har over dobbelt så stor sannsynlighet for å ha oppsøkt hjelp, i tillegg at de viser høyere villighet til å oppsøke hjelpetjenester enn menn (Hubbard et al., 2018, s. 300; Vogel et al., 2007, s. 47; Yorgason et al., 2008, s. 176). Dette til tross for funn som peker på at menn ikke er psykologisk sunnere enn kvinner, og at kjønnsrollekonflikter kan gå på bekostning av psykologisk velvære (Smith et al., 2008, s. 179). Funn fra de norske SHoT-undersøkelsene peker på at denne kjønnsforskjellen også eksisterer i den norske befolkningen, i tillegg til at den er stabil over tid. I 2018 rapporterte 16% av kvinnene å

ha oppsøkt hjelp, sammenlignet med 8% av mennene (Knapstad et al., 2018, s. 75). I 2021 rapporterte 23% av kvinnene å ha oppsøkt hjelp sammenlignet med 12% av mennene (Sivertsen, 2021, s. 40).

**Alder og studieår** henger tett sammen, og virker å ha proporsjonal sammenheng med både villighet til å oppsøke hjelp og hjelpesøkende atferd (Erkan et al., 2012, s. 36; Yorgason et al., 2008). Andelen som oppsøker hjelp virker å øke med alder og studieår, til tross for at andelen med symptomer på mental uhelse virker å minke (Sivertsen, 2021, s. 39). Yngre studenter på de første- eller andreåret av studiet vil derfor tenkes å ha lavere villighet enn de på sisteåret, til tross for at de har høyere behov for hjelp.

**Studieretning** virker å ha sammenheng med sannsynligheten for om hjelp oppsøkes eller ikke, basert på blant annet verdier og holdninger. Det er få tidligere studier på betydningen av studieretning, men det virker som at ulike studieretninger fremmer ulike verdier tilknyttet hjelpesøking, da blant annet opplevelsen av stigma og støtte ved behov for å oppsøke hjelp (Kearns et al., 2015, s. 6). Det er imidlertid få studier som har utforsket betydningen av studieretning på hjelpesøkende atferd blant universitetsstudenter, spesielt sammenligningsstudier. Basert på de studiene som finnes er det likevel naturlig å anta at det er forskjeller mellom teknologiske studier og mer menneskeorienterte studier, ettersom studiene virker både å reflektere verdier hos individet og i ulik grad fremme hjelpesøkende verdier (Kearns et al., 2015).

## 2.6 Oppsummering

På bakgrunn av utfordringer knyttet til tjeneste-behovsgapet er nødvendigheten med å identifisere faktorer som påvirker hjelpesøkende atferd fremhevet, for på den måten å kunne videreutvikle hjelpetjenestene slik at det oppleves enklere å skulle oppsøke hjelp (Vogel & Armstrong, 2010, s. 387). Studiens problemstilling er: *Hvilke faktorer kan ha betydning for studenters hjelpesøking, og hvordan kan de bidra til å fremme eller begrense hjelpesøkende atferd?* Hovedvekten for denne studien ligger på de to mekanismene fremhevet som sentrale aspekter ved hjelpesøkende atferd: opplevde fordeler som virker å fremme hjelpesøkende atferd, og opplevde hindringer som begrenser sannsynligheten for at hjelp oppsøkes. Studien er et forsøk på å identifisere ulike fordels- og hindringsskalaer. De tidligere studiene og teoretiske rammeverk som er presentert fremhever betydningen av ulike sentrale faktorer, og hvordan det er antatt at disse kan ha betydning for hjelpesøkende atferd. Videre følger en oppsummering av den teoretiske forankringen med utgangspunkt i studiens forskningsspørsmål.

**F1:** Hvilke opplevde fordeler og hindringer har størst betydning for villighet til å oppsøke, og hvilken påvirkning har de på studenters hjelpesøking?

Tilknyttet forskningsspørsmål 1 er det naturlig å anta at fordelsfaktorene *reduisert stress, få løst en utfordring* og *personlig vekst* har størst betydning for studenters ønske om å oppsøke hjelp (Vidourek et al., 2014, s. 1014). I tillegg fremheves det at opplevde fordeler ved å oppsøke hjelp har både et personlig og et interpersonlig aspekt, som gjør at det er naturlig å forvente at en forskjell mellom disse vil bli observert i denne studien (Rickwood et al., 2005). Til tross for at tidligere studier gir ulike indikasjoner på hvilke hindringsfaktorer som er av størst betydning, peker fellesnevnerne på at *mangel på tid, ønske om å løse utfordringene på egenhånd, mangel på kunnskap, og ønske om å snakke med venner og slektninger* er av sentral betydning (Setiawan, 2006; Yorgason et al.,

2008). Det er også indikasjon på at opplevde fordeler vil være av større betydning for villighet enn opplevde hindringer (O'Connor et al., 2014).

**F2:** Hvilken betydning har tidligere erfaringer med å oppsøke hjelp, kjennskap til tjenestetilbudet, omfang av utfordringer, samt kjønn, alder, studieår og studieretning på sammenhengen mellom opplevde fordeler og hindringer og villighet til å oppsøke hjelp?

Tidligere studier gir indikasjon på at de som har hatt en positiv opplevelse med hjelpetjenestene vil ha høyere villighet enn de som har hatt en negativ opplevelse, eller ikke har oppsøkt hjelp tidligere (Doll et al., 2018, s. 8; Rickwood et al., 2005). I tillegg pekes det på at desto større kjennskap en har til tjenestetilbudet, desto større villighet vil en også ha til å oppsøke hjelp. Dette gjelder også for omfang av utfordring, selv om det vektlegges at studentene selv må erkjenne og gjenkjenne at de har behov for hjelp, dersom det skal øke villigheten for å oppsøke hjelp (Cramer, 1999; Rickwood et al., 2007). Videre er det indikasjoner på at kjønn, alder, studieår og studieretning bidrar til å skape sentrale forskjeller i villighet (Hubbard et al., 2018; Kearns et al., 2015; Yorgason et al., 2008).





## 3 Metode

I dette kapittelet beskrives studiens metodiske aspekt og det gjøres betraktninger om studiens kvalitet. Først vil valg av metodisk tilnærming og forskningsdesign presenteres, før populasjon og utvalg beskrives. Videre vil prosessen med å utarbeide studies måleinstrument redegjøres for og variablene presenteres. Deretter redegjøres det for de statistiske analysene benyttet i studien. Avslutningsvis vil vurderinger og tiltak gjort for å kvalitetssikre data presenteres, basert på studiens validitet og reliabilitet, målefeil, og etiske betraktninger.

### 3.1 Metodisk tilnærming og forskningsdesign

Hensikten med denne studien er å utforske ulike faktorer antatt å ha betydning for studenters hjelpesøkende atferd. Basert på teori og tidligere forskning ble studiens hovedfokus på å utforske betydningen av opplevde fordeler og hindringer ved å oppsøke hjelp. I tillegg vil det inkluderes andre faktorer som kan ha betydning for hjelpesøkende atferd. Valget av metodisk tilnærming tok utgangspunkt i et behov fremhevet av litteraturen om å identifisere faktorer som påvirker hjelpesøkende atferd gjeldende for en større studentpopulasjon (Vogel & Armstrong, 2010). I tråd med dette ble det benyttet en kvantitativ tilnærming, da denne strategien gir tilgang til å innhente strukturert informasjon fra et større utvalg. Dette åpner opp for å utforske sammenhenger som kan statistisk generaliseres til å gjelde en større populasjon (Ringdal, 2018, s. 110-111).

Forskningsdesign omhandler hvordan datamaterialet blir samlet inn (Field, 2018, s. 16). Basert på hensikten med studien, den metodiske tilnærmingen og forskningslitteraturen ble det i januar og februar 2022 utviklet et spørreskjema som inkluderte spørsmål ment å måle villighet til å oppsøke hjelp, opplevde fordeler og hindringer ved å oppsøke hjelp, samt andre antatt relevante faktorer. Respondentene er studenter ved et stort norsk universitet, og datamaterialet ble samlet inn i løpet av en tidsperiode på to uker i mars 2022. Spørreundersøkelsen ble gjennomført i totalt elleve forelesninger ved ulike campuser ved universitetet. Det ble satt av ti minutter til en kort introduksjon til prosjektet og utfylling av selve spørreskjemaet.

Denne studien har et tverrsnittdesign, ettersom datainnsamlingen ble gjennomført i et begrenset tidsrom hvor hver respondent besvarte spørreskjemaet en gang (Ringdal, 2018, s. 151). Studien tar dermed utgangspunkt i datamateriale som gir et øyeblikksbilde av respondentenes opplevelse av å skulle oppsøke hjelp. Dette designet medfører imidlertid to utfordringer. For det første gir det ikke mulighet til å måle hjelpesøkende atferd, da dette hadde krevd to målinger. For å møte denne utfordringen tar studien i stedet utgangspunkt i villighet til å oppsøke hjelp, som antas å ha sterk sammenheng med hjelpesøkende atferd (e.g. Ajzen, 1991; Oswald et al., 2019; Rickwood et al., 2005; Vidourek et al., 2014). For det andre er ikke studien egnet til å si noe om utvikling over tid (Ringdal, 2018, s. 151). Det kan imidlertid diskuteres hvor stor begrensning disse utfordringene skaper. Til tross for en økende trend i antallet som oppsøker hjelp, virker det som at forholdet mellom de som har behov for hjelp og de som kontakter hjelpetjenestene er relativt stabilt over tid (Oswald et al., 2020, s. 47). Altså, antallet som trenger hjelp øker, men antallet som oppsøker hjelp virker å øke tilsvarende, slik at behov-tjenestegapet virker å være konstant. Til tross for de nevnte utfordringene benyttes tverrsnittdesign hyppig i samfunnsvitenskapen, blant annet fordi det ikke kreves like mye ressurser å gjennomføre, i form av tid og penger. I tillegg gir det mulighet til å beskrive

variabler, analysere fordelinger og utforske sammenhenger, om så det bare er et øyeblikksbilde (Ringdal, 2018, s. 112, 147).

### **3.2 Populasjon og utvalg**

Den totale samlingen av mennesker det er ønskelig å utforske kalles populasjon (Nardi, 2014, s. 113), og viser til hvem studien ønsker å uttale seg om og hvem resultatene er ment å gjelde for (Ringdal, 2018, s. 208). I denne studien er populasjonen alle studenter meldt opp til ett eller flere fag ved universitetet, noe som tilsvarer rundt 42 000 studenter (Lervåg, 2021). Det er en såpass stor populasjon at det er urealistisk å inkludere alle i studien (Field, 2018, s. 53), spesielt innenfor omfanget av en masteroppgave. For å gjennomføre studien ble derfor et mindre antall studenter invitert til å svare på spørreundersøkelsen basert på oppmøte i elleve forelesninger holdt i mars 2022. Disse studentene benevnes som utvalget (Field, 2018, s. 54). I denne studien består bruttoutvalget av 618 studenter, og nettoutvalget er på 478. Dette gir en svarprosent på 77, og en potensiell feilmargin på +/- 4% ved et konfidensnivå på 95%. Se Tabell B-1 for utvalgets fordeling på kjønn, alder, studieår og studieretning.

Prosjektet ble vurdert anonymt av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) i februar 2022 (Vedlegg C). Den samme måneden ble det opprettet kontakt med faglærere om å distribuere spørreskjemaet i forelesninger. Datainnsamlingen foregikk over en to-ukersperiode i mars 2022 med et elektronisk spørreskjema via tjenesten Nettskjema. På starten av spørreundersøkelsen fikk studentene kortfattet informasjon om prosjektet og rettigheter ved deltagelse, samt en lenke til et informasjonsskriv som ga mer informasjon om studien og kontaktinformasjon (Vedlegg D). Spørreundersøkelsen var anslått å ta rundt 5 minutter å gjennomføre.

På grunn av personvern hensyn var det ikke mulig å inkludere respondenter på et tilfeldig grunnlag. Dette gjorde at utvalget i stedet ble basert på prinsippet om ikke-sannsynlighetsutvelging, som innebærer at utvalget består av tilgjengelige relevante personer (Ringdal, 2018, s. 212). Utvalget betegnes da som et bekvemmelighetsutvalg (Nardi, 2014, s. 125). Denne utvalgsmetoden påvirker imidlertid utvalgets representativitet, som begrenser den ytre validiteten, altså mulighetene til å statistisk generalisere funnene til populasjonen (Ringdal, 2018, s. 212). For å sikre studiens kvalitet ble det dermed nødvendig å vurdere utvalgets bredde, som omhandler svarprosent, manglende data og representativitetsanalyser (Ringdal, 2018, s. 220-221). Undersøkelsen hadde en forholdsvis høy svarprosent (77%), noe som også var forventet ettersom datainnsamlingen foregikk i forelesninger (Nardi, 2014, s. 129). Litteraturen peker på at 60% er en akseptabel svarprosent (Nardi, 2014, s. 130; Ringdal, 2018, s. 220-221), og det kan dermed vurderes til at denne studiens svarprosent er godt over det anbefalte nivået og er dermed med på å styrke den ytre validiteten. Manglende data viser til hvor stor andel av respondentene som ikke har svart på et spørsmål. I denne undersøkelsen var gjennomsnittlig manglende data for hvert spørsmål på 6%, som kan anees å være et godt resultat som ytterligere styrker studiens validitet (Dong & Peng, 2013, s. 2; Field, 2018, s. 940). Representativitetsanalyser vurderer samsvar mellom observert fordeling i utvalg og i populasjon, altså hvorvidt utvalget reflekterer den observerte bredden i populasjonen (Haraldsen, 2012, s. 19). Sannsynligheten for systematiske målefeil minimeres når et utvalg representerer variasjonen. I realiteten er dette imidlertid svært vanskelig å oppnå, men vil være nødvendig å være bevisst på i vurdering av studiens kvalitet (Field, 2018, s. 62). Det ble mulig å sammenligne utvalg og populasjon for noen

få av de inkluderte variablene i studien. Utvalget representerer fordelingen for kjønn i høyere utdanning på en god måte. Det er imidlertid noe skjevfordeling både på fakultet og på tidligere erfaring med hjelpetjenestene, hvor utvalget som har hatt erfaring med å oppsøke hjelp er betydelig høyere enn tilsvarende andel i populasjonen. Det var en betydelig skjevfordeling på alder, hvor utvalget hadde en stor overvekt av yngre studenter og betydelig færre eldre studenter enn observert i populasjonen (Tabell E-1). Dette kan ha betydning for resultatene.

### **3.3 Måleinstrumentene**

#### **3.3.1 Spørreskjemaet**

Samfunnsvitenskapelig forskning er avhengig av godt utarbeidede måleinstrument for å sikre høy kvalitet, ettersom fenomenene som utforskes ofte ikke er direkte observerbare (Ringdal, 2018, s. 93-94). Måleinstrumentene inkludert i denne studien er basert på et spørreskjema utarbeidet med utgangspunkt i teori og tidligere forskning (Vedlegg F). Første del av spørreskjemaet består av spørsmål om antatt relevante bakgrunnsopplysninger, blant annet om kjønn, alder, fakultet og studieår. Andre del av spørreskjemaet består av spørsmål om tidligere erfaringer, kjennskap til tjenestetilbudet og villighet til å oppsøke hjelp. Siste del består av en liste med potensielle fordeler og hindringer ved å oppsøke hjelp med mulighet til å krysse av for hvor betydningsfulle de oppleves å være.

Opplevde fordeler og hindringer kan inkludere mange ulike enkeltfaktorer. Måling av disse konseptene ved kun én faktor vil derfor svekke kvaliteten til studien og skape variabler som ikke reflekterer kompleksiteten og nyansene. Med ønske om å inkludere mange ulike enkeltfaktorer for å fange kompleksiteten, og få mulighet til å utforske mulige mønstre i datamaterialet ble det inkludert 22 faktorer med positiv verdi ment å måle fordeler ved å oppsøke hjelp, samt 28 faktorer med negativ verdi ment å måle hindringer. Med utgangspunkt i disse faktorene ble det gjennomført korrelasjonsanalyser, faktoranalyser, prinsipal komponentsanalyser og reliabilitetsanalyser for å lage sammensatte mål av opplevde fordeler og hindringer (Ringdal, 2018, s. 355-356). Ved å operasjonalisere et konsept på denne måten blir det mulig å måle et konsept som i utgangspunktet er latent og dermed ikke målbart. Det er likevel nødvendig å vurdere den teoretiske bakgrunnen for operasjonaliseringen og spørsmålsformuleringene for å sikre høy begrepsvaliditet, altså at det er samsvar mellom det teoretiske rammeverket og måten konseptet er forsøkt målt på (Ringdal, 2018, s. 370). Ved å kontrollere egenskapene til faktorene kan operasjonaliseringen og måleinstrumentene kvalitetssikres, som er med på å styrke reliabiliteten til målet (Ringdal, 2018, s. 364). Dette utdypes videre i kapittel 3.5.

#### **3.3.2 Variablene**

Hvert spørsmål i spørreskjemaet ble utgangspunkt for en item i IBM SPSS. Noen variabler i analysene baserer seg på enkeltmål, altså kun et spørsmål, mens andre variabler er sammensatt av flere items, såkalte sammensatte mål (Ringdal, 2018, s. 94). Basert på studiens hensikt og problemstilling, ble følgende variabler utgangspunkt for analysene: villighet til å oppsøke hjelp, opplevde fordeler, opplevde hindringer, tidligere erfaring, kjennskap til tjenester, omfang av utfordringer, kjønn, alder, studieår og studieretning. Den avhengige variabelen villighet ble satt opp mot de uavhengige variablene opplevde fordeler og opplevde hindringer. Variablene tidligere erfaring, omfang av utfordringer, kjennskap til tjenestene, kjønn, alder, studieår og studieretning ble inkludert som kontrollvariabler, basert på teoretiske antagelser om betydningen til disse faktorene. Noen

av variablene er gjensidig utelukkende, hvor svaret er et resultat av objektive betingelser, altså 18 år eller 25 år. Andre variabler er i større grad basert på respondentenes subjektive oppfatning og tolkning av spørsmålsformuleringer og svaralternativ, for eksempel kjennskap til tjenestetilbudet. Dette kan ha betydning for studiens reliabilitet og dermed mulighetene til å statistisk generalisere resultatene. Variablene inkludert i denne studien er hentet fra internasjonale studier, og er derfor oversatt i forbindelse med utarbeidelsen av spørreskjemaet. For mulige utfordringer knyttet til oversettelse se kapittel 3.5.1.

**Villighet til å oppsøke hjelp** er basert på et enkeltmål med utgangspunkt i et spørsmål hentet fra Ebert med kollegaer (2019): «*Om du i fremtiden opplever en utfordring som skaper stress og påvirker hverdagen, hvor sannsynlig er det at du oppsøker hjelp hos en profesjonell hjelpetjeneste?*». Spørsmålet ble oversatt og tilpasset spørreskjemaet ved å endre målet fra 4-punkt til 5-punkt Likertskala, hvor 1 er *svært usannsynlig* og 5 er *svært sannsynlig*. I spørreskjemaet ble det i tillegg inkludert en beskrivelse av profesjonelle hjelpetjenester: «*Med profesjonell hjelpetjeneste menes tjenester i universitetsmiljøet, privat og offentlig sektor som har kompetanse til å hjelpe deg med ulike utfordringer du måtte ha*».

**Opplevde fordeler** er målt med utgangspunkt i Vidourek med kollegaer (2014) sin liste over opplevde fordeler ved å oppsøke hjelp for mentale helseutfordringer. Listen ble kvalitetssikret på bakgrunn av en omfattende litteraturgjennomgang, diskusjon med studenter og et ekspertpanel, samt to separate målinger som viste en Pearsons  $r$  på  $>.85$  (Vidourek et al., 2014, s. 1013). I utarbeidelsen av spørreskjemaet for denne studien ble det i tillegg inkludert åtte utsagn hentet fra annen forskningslitteratur som hadde utforsket faktiske fordeler ved å oppsøke hjelp. Disse påstandene inkluderte blant annet *bedre akademiske resultater, forhindre at jeg slutter på studiet, og større aksept* (Oswalt et al., 2019; Vogel et al., 2007; Watkins et al., 2011). Totalt ble det inkludert 22 påstander ment å måle ulike dimensjoner ved opplevde fordeler ved å oppsøke hjelp. Målet tok utgangspunkt i spørsmålet «*I hvilken grad tror du følgende faktorer vil påvirke ditt ønske om å oppsøke hjelp dersom du får behov for å oppsøke hjelp i fremtiden?*». Faktorene ble oversatt og tilpasset et skalamål på en 5-punkt Likertskala fra 1, *vil ikke påvirke meg*, til 5, *i svært stor grad*. Basert på de innledende analysene ble fem faktorer fjernet for å sikre kvalitet i de sammensatte målene. Analysene pekte på at de resterende faktorene kunne deles inn i to skalaer som viser til ulike karakteristikk ved de opplevde fordelene, hvor den ene kan sies å omhandle personlige aspekter og den andre har et større relasjonelt perspektiv. De to skalaene fikk navnene økt velvære og ivaretagelse og består av:

- 1) Økt velvære:** mer energi i hverdagen, mer glede, mer optimistisk holdning, forbedret mental helse, redusert stress, bedre søvn, økt livskvalitet, bedre humør, økt selvtillit, forbedrede relasjoner, og mulighet til å få en løsning på egne utfordringer.
- 2) Ivaretagelse:** mulighet til å dele indre tanker, mindre skam, ikke stå alene med utfordringene mine, større aksept, bli bedre på å dele følelser med andre, og økt sosial støtte.

**Opplevde hindringer** er målt med utgangspunkt i Yorgason med kollegaer (2008) sin liste over hindringer for å oppsøke hjelp, men inkluderer også faktorer hentet fra annen faglitteratur (Ebert et al., 2019; Kalkbrenner & Naukrug, 2018; Langley et al., 2021; Setiawan, 2006). Dette inkluderer blant annet faktorene *ventetiden for å få hjelp er for lang, å oppsøke hjelp vil skade ryktet mitt, og jeg er redd for å ikke bli tatt på alvor*. Målet

er basert på spørsmålet «*I hvilken grad tror du følgende faktorer vil påvirke ditt ønske om å oppsøke hjelp dersom du får behov for å oppsøke hjelp i fremtiden?*». I utarbeidelsen av spørreskjemaet ble faktorene oversatt og tilpasset et skalamål på en 5-punkt Likertskala, hvor 1 er *vil ikke påvirke meg*, og 5 er *i svært stor grad*. Basert på de innledende analysene ble 11 faktorer fjernet for å sikre kvalitet i de sammensatte målene. Totalt ble det laget fire skalaer basert på komponentladninger som virker å fange ulike karakteristikk ved de inkluderte faktorene. Skalaene fikk navnene engstelse, strukturelle hindringer, bagatellisere og stigma, og består av:

- 1) Engstelse:** flauhet eller skam for å oppsøke hjelp, redd eller nervøs, bekymret for hva andre vil tenke om jeg oppsøker hjelp, bekymret for anonymitet, ønsker ikke å snakke med fremmede om mine utfordringer, mangel på motivasjon, og jeg tror at å oppsøke hjelp vil være for konfronterende for meg.
- 2) Strukturelle hindringer:** utilgjengelige tjenester, økonomiske aspekter, ventetiden for å få hjelp er for lang, dårlig erfaring med å oppsøke hjelp fra tidligere, og vet ikke hvem som kan hjelpe meg.
- 3) Bagatellisere:** jeg vil ikke ha store nok utfordringer til å måtte oppsøke hjelp, å oppsøke hjelp vil ikke være nødvendig fordi utfordringene mine går over av seg selv, og tjenestene er kun for de med mer alvorlige problemer eller utfordringer enn mine.
- 4) Stigma:** å oppsøke hjelp kan skade ryktet mitt, og å oppsøke hjelp kan skade min fremtidige yrkeskarriere.

**Tidligere erfaring** er inkludert i studien fordi flere studier peker på at tidligere kontakt med hjelpetjenestene øker sannsynligheten for å oppsøke hjelp på ny, spesielt om det har vært en positiv opplevelse (Doll et al., 2018; Rickwood et al., 2005). Variabelen er basert på et enkeltmål som tar utgangspunkt i spørsmålet «*Har du i løpet av din studietid kontaktet eller vurdert å kontakte en eller flere studieveiledningstjenester?*». I skjemaet ble det i tillegg inkludert en setning for å oppklare hva som mentes med studieveiledningstjenester: «*Med studieveiledningstjenester menes de tjenestene som er tilgjengelig i universitetsmiljøet, blant annet gjennom fakultet/institutt og [studentskipnad]*». Denne variabelen er målt på nominalnivå med gjensidig utelukkende grupper, og baseres på respondentenes subjektive opplevelse av deres erfaring med å oppsøke hjelp. Målet tar ikke hensyn til flere eller ulike opplevelser, men forsøker i stedet å fange en generell opplevelse eller erfaring med hjelpetjenestene. Dette målet hadde seks svaralternativer, hvor tre svaralternativer viser til de som har oppsøkt hjelp, og tre viser til de som ikke har oppsøkt hjelp. To svaralternativer ble slått sammen for å vise til en negativ opplevelse ved å oppsøke hjelp.

**Oppsøkt hjelp; fikk hjelp:** «Ja, og opplevde å få den hjelpen jeg trengte»

**Oppsøkt hjelp; fikk ikke hjelp:** «Ja, men opplevde ikke få den hjelpen jeg trengte» og «Ja, men fikk ikke tilbud om hjelp»

**Ikke oppsøkt hjelp; vurdert å ta kontakt:** «Nei, men har vurdert å ta kontakt»

**Ikke oppsøkt hjelp; ikke vurdert å ta kontakt:** «Nei, har hatt behov for hjelp, men ikke vurdert å ta kontakt»

**Ikke hatt behov for hjelp:** «Nei, har ikke hatt behov for hjelp så har heller ikke tatt kontakt»

**Kjennskap til tjenester** er inkludert i studien fordi tidligere studier peker på at desto større kjennskap en har til tjenestetilbudet, desto større villighet vil en også ha til å oppsøke hjelp (Yorgason et al., 2008). Variabelen baserer seg på spørsmålet «*Kjenner du til noen av disse tjenestene? Kryss av for de som gjelder. Dersom du ikke kjenner til noen av tjenestene hopper du over spørsmålet*». Med utgangspunkt i svaralternativene ble det laget en ny variabel som delte utvalget inn i ti grupper. Den første gruppen kjente ikke til noen av tjenestene, og for hver ny gruppe var det kjennskap til én tjeneste mer, hvor den siste gruppen oppga å ha kjennskap til alle ni tjenestene som tilbys ved universitetet.

**Omfang av utfordringer** er inkludert ettersom faglitteraturen vektlegger at en evne til å gjenkjenne og erkjenne at en har behov øker villigheten til å oppsøke hjelp (Cramer, 1999; Rickwood et al., 2007). Variabelen er målt som et enkeltmål som baserer seg på spørsmålet «*I hvor stor grad opplever du at ulike utfordringer eller problemer påvirker din hverdag eller evne til å gjennomføre skolearbeidet?*». Variabelen er målt på et ordinalnivå, og benyttes i analysen som en kontinuerlig variabel. Svaralternativene er basert på en 5-punkt Likertskala, hvor 1 er *i svært liten grad*, og 5 er *i svært stor grad*.

**Kjønn** er inkludert som variabel fordi forskningslitteraturen peker på forskjeller mellom kjønnene i holdninger og villighet til å oppsøke hjelp, samt hjelpesøkende atferd (Erkan et al., 2012, s. 39; Sivertsen, 2021, s. 3; Vogel et al., 2007, s. 47; Yorgason et al., 2008). Kjønn var i utgangspunktet en tredelt variabel målt på nominalnivå i gjensidig utelukkende grupper: *kvinne*, *mann* eller *annet*. Av personvern hensyn ble det lagt til *ønsker ikke å svare* i kategorien *annet*. Denne kategorien ble imidlertid fjernet i videre analyser på bakgrunn av det lave antallet respondenter som valgte dette svaralternativet. For å lettere tolke resultatene i regresjonsanalysen ble kjønn dummykodet (Ringdal, 2018, s. 417). Kvinne fungerte som referansekategorien og fikk verdien 0, og mann fikk verdien 1.

**Alder** er inkludert i analysene fordi funn peker på at alder har sammenheng med hjelpesøkende atferd, hvor andelen som oppgir å ha oppsøkt hjelp stiger med alderen, til tross for at omfang av utfordringer virker å minke (Erkan et al., 2012, s. 39; Sivertsen, 2021, s. 39). Variabelen alder er målt på intervallnivå, med 11 svaralternativer. To av alternativene, *under 18 år* og *27 år og eldre*, viser til grupperinger av alder, mens de resterende ni alternativene viser til en spesifikk alder. Dette ble gjort for å sikre anonymitet i datainnsamlingen.

**Studieår** er inkludert fordi forskningslitteraturen peker på at antall år som student ved et universitet har sammenheng med både kjennskap til hjelpetjenestene som tilbys, bruk av tjenestene og holdninger til å oppsøke hjelp (Vidourek et al., 2014, s. 1019; Yorgason et al., 2008). Variabelen tok utgangspunkt i spørsmålet «*Hvor mange semestre har du vært student ved et universitet eller høyskole?*». Studieår er en kategorisk variabel målt på intervallnivå hvor svaralternativene gikk fra *1 semester* til *11 eller flere*. I de videre analysene ble ulike svaralternativ ble slått sammen til tre grupper: *første- og andreåret*, *tredje og fjerdeåret*, og *femteåret eller mer*. For regresjonsanalysen ble variabelen dummykodet hvor første- og andreåret ble brukt som referansekategori med verdien 0, andre- og tredjeåret fikk verdien 1, mens femteåret eller mer fikk verdien 2.

**Studieretning** ble inkludert i analysene fordi tidligere studier peker på at det kan være forskjeller mellom ulike studieretninger i hjelpesøkende atferd, holdninger rettet mot hjelpesøking og villighet til å oppsøke hjelp (Kearns et al., 2015). Variabelen er målt på nominalnivå i gjensidig utelukkende grupper, med totalt ti svaralternativer. Fakultetene

kategorisert basert på karakteristikker ved studieretningene fakultetene representerer. For å lettere tolke resultatene fra regresjonsanalysen ble kategorien Teknologistudier brukt som referansekategori. Dette er kategoriene som benyttes i analysene:

**Helse:** Bestående av ett fakultet med helsevitenskapelige studier.

**Økonomi:** Bestående av ett fakultet med økonomistudier.

**HUMSAM:** Bestående av to fakultet med humanistisk- og samfunnsvitenskapelige studier.

**Teknologi:** Består av fem fakultet med teknologiske- og naturvitenskapelige studier, i tillegg til kategorien «usikker/vet ikke».

### 3.4 Statistiske analyser

De statistiske analysene ble gjennomført ved bruk av IBM SPSS versjon 27. Videre følger en redegjørelse av de statistiske testene benyttet i studien for å utforske problemstillingen. Dette innebærer univariate analyser i form av beskrivende statistikk av alle variablene, bivariate analyser, som inkluderer korrelasjonsanalyser, signifikanstester med beregning av effektsstørrelse, samt multivariate analyser som i denne studien er en hierarkisk lineær regresjonsanalyse. I tillegg vil det redegjøres for analyser benyttet for å kvalitetssikre de sammensatte målene. Resultatene fra de statistiske analysene presenteres i kapittel fire.

#### 3.4.1 Univariate analyser

Statistiske analyser kan deles opp i flere nivåer, ofte referert til som univariate, bivariate og multivariate. Univariate analyser omhandler kun én variabel, og omfatter statistikk som bidrar til å beskrive variabelen, da blant annet fordeling og spredning i datamaterialet basert på gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet (Field, 2018, s. 22-26). Disse type analysene benyttes ofte for å gi et grunnlag for tolkning av datamaterialet, og åpner opp for viktige nyanseringer i videre analyser (Ringdal, 2018, s. 281). Resultatene fra disse analysene presenteres i kapittel 4.1.

#### 3.4.2 Bivariate analyser

Bivariate analyser betegner analyser som utforsker relasjonen mellom to variabler, for eksempel den avhengige variabelen sett opp mot en uavhengig variabel (Ringdal, 2018, s. 281). I denne studien omhandler dette korrelasjonsanalyser og ANOVA, Analysis of Variance, for signifikanstesting. Korrelasjonsanalyser benyttes i tillegg til kvalitetssikring av de sammensatte målene. Resultatene fra disse analysene presenteres i kapittel 4.2.

**Korrelasjonsanalyser** er egnet for å utforske den lineære sammenhengen mellom to variabler, og viser til hvor stor samvariasjon det er mellom variablene (Eikemo & Clausen, 2012, s. 85). Korrelasjonskoeffisienten er en standardisert statistisk størrelse mellom -1 og 1, hvor -1/1 viser til perfekt samvariasjon, mens 0 peker på ingen samvariasjon. Fortegnene viser til om det er en negativ eller positiv sammenheng mellom variablene (Ringdal, 2018, s. 318). Tolkningen av styrken på korrelasjonskoeffisienten er avhengig av hva som studeres, men ofte ansees <.30 som lav, mellom .30 og .50 som moderate og >.50 som sterk samvariasjon (Field, 2018, s. 117).

Korrelasjonsanalyser benyttes også for å kontrollere for multikollinearitet, altså at den delte samvariansen er på et ønskelig nivå basert på de sammenhengene en ønsker å undersøke (Field, 2018, s. 402). For samvarians mellom ulike variabler ønsker en relativt lav samvariasjon, ettersom en skal måle to ulike fenomen. Det er imidlertid ønskelig med



høy samvarians mellom faktorer i en skala, ettersom det peker på at en måler ulike aspekter ved samme fenomen (Eikemo & Clausen, 2012, s. 157). Ettersom faktorer i en skala skal måle et endimensjonalt begrep blir de interne korrelasjonene mellom faktorene i hver skala ofte høye. For sammensatte mål er det ønskelig med interne korrelasjoner over .50, men under .90, ettersom svakere korrelasjoner tyder på at faktorene ikke måler samme fenomen, mens sterkere korrelasjoner kan indikere at noen av faktorene er overflødige (Field, 2018, s. 117; Clausen & Johansen, 2012, s. 270).

**Signifikanstesting** benyttes for å finne ut om det er ikke-tilfeldige forskjeller i gjennomsnitt mellom ulike grupper (Field, 2018). Denne type analyse ble inkludert i studien for å utforske betydningen av de ulike fordels- og hindringsskalaene har på villighet til å oppsøke hjelp. I denne studien benyttes en enveis ANOVA som signifikanstest, ettersom det var ønskelig å teste tre grupperinger opp mot hverandre: liten, middels eller stor opplevd betydning av fordels- og hindringsskalaene. Disse grupperingene baseres på 33 prosentiler, hvor liten tilsvarer de 33% laveste, middels viser til de midterste 33% og stor er de 33% høyeste svarene for hver skala. ANOVA benyttes til fordel for t-test ved tre eller flere grupper for å unngå «family wise error», altså sannsynligheten for at resultatet skyldes en tilfeldighet. Dersom t-test ble benyttet i denne studien ville det vært 14% sannsynlighet for å begå en type 1-feil, altså å feilaktig forkaste nullhypotesen (Field, 2018, s. 83). ANOVA viser imidlertid kun om det er en signifikant forskjell mellom gruppene. For å finne ut hvor denne forskjellen ligger, altså hvilke av gruppene som har en signifikant forskjell i gjennomsnittlig villighet, ble det benyttet en Tukey´s HSD post hoc test. Denne post hoc testen ble valgt på bakgrunn av at forutsetningen for homoskedastisitet var møtt og at gruppene var tilnærmet like i størrelsen (Field, 2018, s. 550).

Ettersom større utvalgsstørrelser kan påvirke signifikansnivået slik at det nesten alltid vil være en signifikant forskjell, bør også effektsstørrelse rapporteres. Mens signifikansnivå viser til om det er en forskjell, vil effektsstørrelse viser til hvor stor denne forskjellen er (Sullivan & Feinn, 2012, s. 279). Det vil derfor være mulig å avgjøre om den eventuelle forskjellen er av betydning (Sullivan & Feinn, 2012, s. 281; Cheung & Slavin, 2016, s. 290). I ANOVA benyttes  $\eta^2$  ( $\eta^2$ ) som effektsstørrelse. For denne statistiske størrelsen ansees .01 som liten, .06 som moderat og .14 som høy effektsstørrelse (Field, 2018).

### 3.4.3 Multivariate analyser

Multivariate analyser viser til analyser som inkluderer tre eller flere variabler, ofte hvor den avhengige variabelen sees i sammenheng med to eller flere variabler med mål om å utforske hvordan og hvor stor sammenhengene er (Field, 2018, s. 397; Ringdal, 2018, s. 416).

**Kvalitetssikring av sammensatte mål** baseres på multivariate analyser. Med utgangspunkt i interne korrelasjonsanalyser ble det gjennomført en prinsippal komponentanalyse (PKA) for opplevde fordeler og hindringer for å undersøke om det fantes noen mønstre i samvariansen mellom faktorene. I PKA roteres faktorene for å forenkle faktorstrukturen ved å plassere relaterte faktorer sammen (Bjerkan, 2012, s. 258). Hvordan faktorene roteres er avhengig av om det antas at faktorene korrelerer eller ikke. Det ble i denne studien benyttet oblikk rotasjon til fordel for ortogonal, ettersom de interne korrelasjonsanalysene viste at faktorene korrelerte (Field, 2018, s. 793). Basert på ulike kriterier for bruk av faktoranalyse, som faktorladning og egenverdi (Bjerkan, 2012, s. 254, 258; Field, 2018, s. 790), ble to fordelsskalaer og fire hindringsskalaer fremtredende. Faktorene i hver skala ga grunnlag for å tolke hvilke fenomen

faktorsammensetningen kunne vise til, med utgangspunkt i det teoretiske grunnlaget. Det tas forbehold om at andre begreper kan være mer beskrivende for innholdet i hver skala. For å kvalitetssikre skalaene ble det kjørt en reliabilitetsanalyse, en såkalt Cronbach's alfa ( $\alpha$ ). Denne analysen gir et statistisk mål på den interne konsistensen i skalaene (Clausen & Johansen, 2012, s. 275-276). På bakgrunn av de metodiske svakhetene ved Cronbach's alfa ble det også tatt en vurdering av den interne korrelasjonen mellom faktorene i hver skala, som anbefales å ha et gjennomsnitt på mellom .30 og .60 (Clausen & Johansen, 2012, s. 275).

**Hierarkisk lineær regresjonsanalyse** utforsker den lineære sammenhengen mellom den avhengige variabelen og de uavhengige variablene samtidig som det kan kontrolleres for ulike forhold (Field, 2018, s. 398). I denne studien ble det gjennomført en hierarkisk lineær regresjonsanalyse med villighet til å oppsøke hjelp som avhengig variabel. Kontrollvariablene kjønn, alder, studieretning og studieår ble plassert i modell 1, tidligere erfaring, kjennskap til tjenestene og omfang av utfordringer i modell 2, og fordels- og hindringsskalaene i modell 3. For å lettere tolke resultatene av regresjonsanalysen ble kvinne, teknologi-fakultet, første- og andreårsstudenter, og oppsøkt hjelp; fikk hjelp brukt som referanse kategorier (Eikemo & Clausen, 2012, s. 92). Videre ble det kjørt en ny hierarkisk lineær regresjonsanalyse med de variablene som viser seg å signifikant bidra til modellens forklaringskraft. Resultatene fra denne analysen blir presentert i kapittel 4.3.

Den ustandardiserte regresjonskoeffisienten ( $B$ ) viser til en gjennomsnittlig endring i villighet til å oppsøke hjelp ved endring i en av de uavhengige variablene, altså forholdet mellom villighet og de inkluderte variablene. Beta-verdien ( $\beta$ ) er den standardiserte regresjonskoeffisienten, og siden den varierer fra -1 til 1 blir den enklere å tolke enn den ustandardiserte (Eikemo & Clausen, 2012, s. 88).  $R$ -verdien er avhengig av antallet uavhengige variabler og utvalgsstørrelsen, og en vurdering av sammenhengen mellom disse er nyttig for å teste om den helhetlige modellen er signifikant (Field, 2018, s. 389-390). Basert på utvalgsstørrelsen og antallet prediktorer inkludert i modellene ble det vurdert at  $r$ -verdiene viser til sanne verdier.  $R^2$  er et statistisk mål som bygger på kvadratsummen, som viser til hvor god modellen er til å predikere varians i den avhengige variabelen sammenlignet med en modell om ingen sammenheng, ofte knyttet til gjennomsnittet til den avhengige variabelen (Field, 2018, s. 377). Med andre ord, hvor mye bidrar de uavhengige variablene til å predikere observert varians i den avhengige variabelen. Det blir dermed et mål på hvor god modellen er (Field, 2018, s. 378). Justert  $R^2$  tar utgangspunkt i denne verdien, og peker på hvor mye av variansen i den avhengige variabelen som kan forklares dersom modellen var basert på populasjonen utvalget er hentet fra (Field, 2018, s. 389). Denne verdien kan dermed forstås som en indikator på hvor mye forklaringskraft modellen mister sammenlignet med  $R^2$ . Ved å multiplisere denne verdien med 100, vil en få en prosentandel av hvor mye varians modellen forklarer i den avhengige variabelen (Field, 2018, s. 391). Basert på Cohen (1988) hevder Field (2018, s. 391) at  $R^2 = .02$  er lav,  $.13$  er moderat, mens  $.26$  er høy forklaringsprosent. En siste verdi det er verdt å merke seg er  $F$ -endring. Den er basert på en  $F$ -verdi som brukes for å avgjøre signifikansverdien til justert  $R^2$ . Dersom  $F$ -endringen er signifikant peker det på at de uavhengige variablene i modellen bidrar signifikant til modellens forklaringskraft (Field, 2018, s. 411).

Et viktig aspekt ved gjennomføringen av regresjonsanalyser er at det ikke er mulig å teste om alle relevante uavhengige variabler er inkludert. I tillegg er det ikke mulig å teste for målefeil og hvilken betydning de spiller inn på regresjonsmodellene (Eikemo & Clausen,

2012). Dette må i stedet vurderes basert på det teoretiske rammeverket. For å forstå om modellen er statistisk signifikant og at regresjonsmodellen kan generaliseres til en større populasjon er det nødvendig å vurdere kvaliteten til modellen, som gjøres ved å vurdere om visse forutsetninger er møtt (Field, 2018, s. 391). Dette gjelder forutsetning om normalfordelte residualer, fravær av heteroskedastisitet, fravær av multikollinearitet, ingen autokorrelasjon, ikke-linearitet og fravær av innflytelsesrike enheter (Eikemo & Clausen, 2012, s. 145). Forutsetningen om normalfordelte residualer og forutsetningen om fravær av autokorrelasjon er vurdert å ikke være gjeldende for denne studien, på bakgrunn av utvalgsstørrelsen og at det ikke benyttes tidsseriedata (Eikemo & Clausen, 2012, s. 145, 156).

Heteroskedastisitet omhandler at det ikke er konstant varians i feilleddet, altså at det er unøyaktigheter i enkelte predikerte verdier av den avhengige variabelen enn andre. Dette kan føre til at uobserverte effekter påvirker resultatene og kan gi ugyldige standardfeil. Heteroskedastisitet kan oppdages av en vifteform i scatterplott ved å benytte den ustandardiserte predikerte verdien og den ustandardiserte residualen (Eikemo & Clausen, 2012). Scatterplottet viste ikke en vifteform (Figur G-1), og det antas dermed at forutsetningen om fravær av heteroskedastisitet var møtt.

Fravær av multikollinearitet viser til at variasjonen i en variabel er unik for den variabelen. Brudd på denne forutsetningen påvirker mulighetene til å tolke  $b$ - og  $r$ -verdiene, samt forstå hvilke uavhengige variabler som har betydning for modellen (Eikemo & Clausen, 2012, s. 158; Field, 2018, s. 401-402). Med andre ord, høy grad av multikollinearitet gjør det vanskelig å skille effektene av ulike variabler fra hverandre. Denne forutsetningen ble sjekket gjennom korrelasjonsanalyser (Vedlegg J), hvor ingen variabler bør ha en sterkere korrelasjon enn .80, samt toleransetest og kollinearitetsstatistikk (Tabell G-1). Ettersom korrelasjoner, toleransenivå og VIF-verdier var ansett å være tilfredsstillende ble det vurdert at forutsetningen om fravær av multikollinearitet var møtt.

Lineære regresjonsanalyser antar at relasjonen mellom den avhengige og de uavhengige variablene er lineære. Altså at det er en proporsjonal sammenheng mellom  $X$  og  $Y$ , selv om økningshastigheten ikke trenger å være den samme (Eikemo & Clausen, 2012, s. 97). Med utgangspunkt i grader, ble det sjekket for lineære og kurvlineære sammenhenger (Figur G-2-G-7). Variabelen strukturelle hindringer viste seg å ha en kurvlineær sammenheng med villighet. Det ble kjørt en regresjonsmodell med kvadratledd av strukturelle hindringer som ble sammenlignet med den opprinnelige modellen (Tabell G-2). Det var ikke betydelige forskjeller i modellen, med unntak av en liten endring i  $R^2$ . Basert på denne sammenligningen kan det vurderes at bruddet på forutsetningen om linearitet i parameterne ikke hadde stor påvirkning på analysene og resultatet.

Innflytelsesrike enheter kan påvirke mulighetene til å tolke  $r$ -verdiene (Eikemo & Clausen, 2012). Leverage, DfBetas og Cook's D kan brukes for å få en oversikt over enheters innflytelse på hele modellen. Leverage (Figur G-8) benyttes for å se etter uvanlige kombinasjoner av verdier på ulike variabler. Det er ønskelig med Leverage-verdier under 0.2 (Huber, 1981 referert i Eikemo & Clausen, 2012, s. 166). Den kritiske verdien spesifikt for denne modellen kan antas å være 0.041, basert på Hubers formel. Det var imidlertid ingen verdier som overskred denne verdien, og det var heller ingen enheter som skilte seg fra de andre i stor grad. Cook's D (Figur G-9) oppgir enhetenes innflytelse på hele modellen. Med utgangspunkt i Hamilton (1992, referert i Eikemo & Clausen, 2012) formel, ansees 0.008 som kritisk verdi for Cook's D i denne modellen. Ingen av verdiene nådde

dette nivået. Det var imidlertid noen verdier som skilte seg fra de andre, men det ble tatt en vurdering om å beholde disse i datasettet. DfBeta (Figur G-10) gir informasjon om hver enkelt enhets innflytelse på hver av de inkluderte variablene (Eikemo & Clausen, 2012, s. 165). Basert på DfBeta-verdiene var det en enhet som potensielt kunne være problematisk. Det ble kjørt en regresjonsmodell uten denne enheten (Tabell G-3). Sammenligningen viste at det var forskjeller i signifikansnivå og en liten forskjell justert  $R^2$ , som gjorde at denne enheten ble permanent fjernet fra regresjonsanalysen.

### **3.5 Kvalitetssikring**

I dette delkapittelet presenteres grep som er gjort for å kvalitetssikre studien. Først følger en redegjørelse av ulike målefeil som kan ha gjort seg gjeldende i studien, samt en vurdering og diskusjon knyttet til studiens dimensjonalitet, reliabilitet og validitet. Avslutningsvis følger en redegjørelse av etiske betraktninger som ligger til grunn for studien.

#### **3.5.1 Målefeil**

Studiens resultater må sees i sammenheng med kvalitet i prosessen med å utarbeide måleinstrument og gjennomføring av datainnsamlingen. Det er flere aspekter som kan påvirke denne prosessen, og dermed true studiens kvalitet. Dette omtales ofte som målefeil og viser til feilaktig varians i datamaterialet (Ringdal, 2018, s. 103). Målefeil kan oppstå på bakgrunn av faktorer en ikke har kontroll over, men som likevel kan påvirke studiens reliabilitet. Disse omtales som tilfeldige feil, og vil være en faktor i all forskning. Målefeil kan også oppstå på bakgrunn av feil eller unøyaktigheter i forskningsprosessen, såkalte systematiske målefeil. Disse type feilene er alvorlig for studiens kvalitet, fordi det øker sannsynligheten for at funnene gir en alternativ forklaring fordi den er basert på andre kriterier (Podsakoff et al., 2003, s. 879). Sannsynligheten for målefeil virker å være større i studier hvor all data, deriblant både den avhengige og de uavhengige variablene hentes fra én måling og hvor spørsmål og svaralternativ har lik karakteristikk (Podsakoff et al., 2003, s. 885). Ettersom dette er tilfelle for denne studien, vektlegges behovet for å vurdere betydningen av potensielle målefeil. Podsakoff med kollegaer (2003) fremhever flere aspekter som kan føre til målefeil: måleinstrumentet, formuleringer av spørsmål og svaralternativ, samt situasjonelle- og menneskelige forhold. Videre følger en redegjørelse av målefeil som kan være gjeldende.

En kilde til målefeil kan være formatet til måleinstrumentene. I utarbeidelsen av spørreskjemaet ble det tatt et bevisst valg om å skape konsistens i svaralternativene, ved at alle variabler ble målt på en 5-punkt Likertskala. Variabler på ordinalnivå med mange verdier benyttes ofte som kontinuerlige variabler, og analyseres ved bruk av parametriske statistikk. Podsakoff med kollegaer (2003, s. 884) argumenterer for at det på den ene siden kan gjøre det enklere for respondentene å gjennomføre spørreskjemaet, men at det på den andre siden minker det kognitive engasjementet. En mulig løsning som blir fremhevet er å legge inn en negativ ordlyd på noen av spørsmålsformuleringene. Det blir imidlertid påpekt at dette også kan være en kilde til målefeil, ettersom det øker sannsynligheten for at respondentene ikke oppfatter den omvendte ordlyden og svarer noe annet enn intensjonen deres (Podsakoff et al., 2003, s. 884). På bakgrunn av lengden på spørreskjemaet ble det vurdert at dette ikke ville være nødvendig å gjennomføre. Til tross for at spørreskjemaet er basert på spørsmål og svaralternativer fra fagfellevurderte studier, er måleinstrumentene oversatt til norsk i forbindelse med utarbeidelsen av spørreskjemaet. Dette kan ha skapt tvetydighet eller uklarheter i spørsmåls- og

svarformuleringer som åpner opp for ulike tolkninger, som kan ha konsekvenser for studiens validitet (Podsakoff et al., 2003, s. 883). I håp om å minske uklarheter er det lagt til oppklaringer i spørreskjemaet der det ble vurdert som nødvendig.

Gjennomføringen av spørreundersøkelsen i forelesning antas å bidra til høyere svarprosent enn andre innsamlingsmetoder, og skaper like premisser for alle respondenter, noe som øker studiens validitet (Nardi, 2014, s. 129). Denne innsamlingsmetoden kan imidlertid ha bidratt til målefeil ved sosial ønskelighet (Podsakoff et al., 2003, s. 885). Ettersom mange av respondentene satt tett sammen i forelesningssalene er det en mulighet for at respondentene har svart noe annet enn hva de ønsker ved å bli påvirket av at personen ved siden av potensielt kan se det som svares. Det kan diskuteres hvorvidt en endring av medium, fra elektronisk spørreskjema til papirformat, kan ha hatt betydning, da det kan være enklere å skjule svarene sine. Samtidig kan det påpekes at spørreskjema i papirformat øke sannsynligheten for at det skjer feil i den manuelle overføringen til digitale verktøy (Haraldsen, 2012, s. 25). En annen kilde til målefeil tilknyttet menneskelige faktorer er sannsynligheten for at respondenten kan huske feil, eller ha problemer med å gjenhente informasjon, samt krysse feil (Podsakoff et al., 2003, s. 881-883). Dette ansees i hovedsak som tilfeldige målefeil, som antas å utligne hverandre og ikke ha stor påvirkning på studien. De nevnes likevel ettersom de kan påvirke studiens reliabilitet (Podsakoff et al., 2003, s. 879; Haraldsen, 2012, s. 27). Videre kan også aspekter ved studiens design, utvalgsutvelging og operasjonalisering føre til målefeil. Dette vil være en del av diskusjonen i neste delkapittel.

### **3.5.2 Dimensjonalitet, reliabilitet og validitet**

For å vurdere kvaliteten til en studie og hvorvidt resultatene kan antas å generaliseres til populasjonen, henvises det ofte til vurderinger av målenes dimensjonalitet, reliabilitet og validitet (Netemeyer et al., 2003, referert i Ringdal, 2018, s. 102). Dimensjonalitet omhandler hvordan et teoretisk begrep er operasjonalisert (Ringdal, 2018, s. 103). Skalaens dimensjonalitet ble kvalitetssikret gjennom Prinsipal Komponentanalyse (PKA), som gir indikasjon på om skalaene er en- eller flerdimensjonale, samt interne korrelasjonsanalyser som ga indikasjon på om kravet om homogenitet, altså en statistisk sammenheng mellom faktorene, var møtt (Ringdal, 2018, s. 103). Høy reliabilitet peker på at flere målinger med samme måleinstrument gir det samme resultatet, altså samsvar mellom resultatene på tvers av ulike situasjoner (Field, 2018, s. 15; Ringdal, 2018, s. 103). Reliabilitet kan, som nevnt, påvirkes av tilfeldige målefeil. Skalaenes interne reliabilitet ble testet med Cronbach's alfa. Jo sterkere sammenhenger det er mellom faktorene i en skala, jo høyere kan en anta at reliabiliteten er, selv om denne verdien påvirkes av antall faktorer i en skala (Ringdal, 2018, s. 104). Reliabilitet er en forutsetning for høy validitet (Ringdal, 2018, s. 103). I tillegg handler validitet om relasjonen mellom det statistiske målet og det teoretiske begrepet (Ringdal, 2018, s. 104). Til tross for de statistiske teknikkene, som gir en god indikasjon på studiens dimensjonalitet, reliabilitet og til dels validitet, er vurderingen av studiens kvalitet i stor grad avhengig av samsvar med det teoretiske rammeverket.

I tillegg til de statistiske teknikkene som nevnes over er det en styrke at studiens måleinstrument har sterk forankring i det teoretiske rammeverket, hvor skalaene og enkeltmålene benyttet i denne studien er hentet fra tidligere studier. Dette er en viktig forutsetning for å sikre høy validitet, i tillegg til at det øker sannsynligheten for at utvalget av faktorer gir god og bred dekning til de viktigste aspektene ved det begrepet en forsøker å måle (Ringdal, 2018, s. 105). Til tross for dette er ikke skalaene i helhet tidligere utprøvd,

og har dermed ikke etablert reliabilitet. Ettersom studien er en tverrsnittsundersøkelse vil resultatene kunne påvirkes av en rekke tilfeldigheter, som kan begrense mulighetene til å generalisere funnene. Ved flere målinger med samme måleinstrument kan en med større sikkerhet anta at resultatene er nøyaktig, ettersom en får mulighet til å utforske gjennomsnittet, som er med på å indikere hvorvidt måleinstrumentet kan antas å være reliabelt (Ringdal, 2018, s. 106). Det er verdt å merke seg at flere målinger vil likevel ikke begrense potensielle systematiske målefeil (Ringdal, 2018, s. 106-107).

Til tross for en kvalitetssikring av dimensjonaliteten til de sammensatte målene i denne studien, kan det vurderes hvorvidt studiens kvalitet hadde økt ytterligere dersom enkeltmålet villighet til å oppsøke hjelp hadde vært operasjonalisert som et sammensatt mål. Det finnes skalaer med etablert reliabilitet for å måle villighet til å oppsøke hjelp (e.g. Cohen, 1999), som kunne ha vært benyttet i denne studien. På den ene siden ville det ført til at målet var mindre utsatt for målefeil (Ringdal, 2018, s. 102). Samtidig kan lengre skalaer og spørreskjemaer være mer utsatt for målefeil, blant annet ved å skape trøtthet hos respondenten (Podsakoff et al., 2003, s. 885). Basert på nyere forskningslitteratur som har målt villighet til å oppsøke hjelp som et enkeltmål (e.g. Ebert et al., 2019; Oswalt et al., 2019) ble det tatt en vurdering på at dette ville være hensiktsmessig også i denne studien.

### **3.5.3 Etske betraktninger**

All forskning skal gjennomføres i tråd med forskningsetiske retningslinjer. Basert på de nasjonale forskningsetiske retningslinjene utarbeidet av Den Nasjonale Forskningsetiske Komité for Samfunnsvitenskap og Humaniora (NESH) fremheves blant annet hensynet til personer som deltar i forskningsprosjektet. Det stilles krav til at forskerne skal respektere menneskeverdet, og vektlegger betydningen av informert samtykke, anonymitet og taushetsplikt (NESH, 2021, s. 17-18, 21-22). For å sikre at personvern hensynet var ivaretatt ble prosjektet meldt fra til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). NSD vurderte prosjektet som anonymt, altså at prosjektet ikke skulle behandle opplysninger som kunne identifisere enkeltpersoner, direkte eller indirekte (Vedlegg C). Prosjektet kunne derfor gjennomføres uten videre oppfølging. Ved gjennomføring av undersøkelsen ble det gitt informasjon om hva deltagelse vil innebære, at det var frivillig å delta, at de når som helst kunne trekke seg underveis og at ingen opplysninger de oppga kunne knyttes til de som person. I tillegg ble det på forsiden av undersøkelsen gitt mer informasjon om prosjektet, samt en lenke til infoskrivet (Vedlegg D).



## 4 Resultater

I dette kapittelet vil resultatene fra de statistiske analysene presenteres. Først vil studiens variabler beskrives. Dette omfatter villighet til å oppsøke hjelp, opplevde fordeler og hindringer ved å oppsøke hjelp, tidligere erfaringer, kjennskap til tjenestene, og omfang av utfordringer. Skalaenes kvalitet vil også kommenteres på bakgrunn av interne korrelasjonsanalyser, PKA og Cronbach's alfa. Videre vil en korrelasjonsmatrise mellom alle inkluderte variabler presenteres, samt signifikanstesting av skalavariablene. Avslutningsvis presenteres resultatene fra en hierarkisk lineær regresjonsanalyse.

### 4.1 Univariante analyser

#### 4.1.1 Villighet til å oppsøke hjelp

**Tabell 4.1-1.** Prosentfordeling, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for den avhengige variabelen villighet

	1	2	3	4	5
	Svært usannsynlig	Lite sannsynlig	Verken eller	Litt sannsynlig	Svært sannsynlig
Prosentfordeling	13	27	14	37	10
Gjennomsnitt	3.05				
Standardavvik	1.24				
Skjevhet	-.18				

*Notat.*  $N = 476$ . Basert på: «Om du i fremtiden opplever en utfordring som skaper stress og påvirker hverdagen, hvor sannsynlig er det at du oppsøker hjelp hos en profesjonell hjelpetjeneste?». Prosenttall er rundet av til nærmeste hele tall.

Tabell 4.1-1 viser prosentfordeling, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for den avhengige variabelen villighet. 10% av studentene rapporterer at det er svært sannsynlig at de vil oppsøke hjelp i fremtiden, sammenlignet med 13% som oppgir at det er svært usannsynlig. Den største andelen (37%) oppgir at det er litt sannsynlig at de vil oppsøke hjelp ved fremtidige behov, mens 27% rapporterer det er lite sannsynlig. 14% oppgir verken eller som svar. Den avhengige variabelen villighet har et gjennomsnitt på 3.05 ( $SD = 1.24$ ), og en skjevhet på  $-.18$ . Selv om det viser til en relativt symmetrisk fordeling, er det en liten overvekt av studenter som oppgir at det er sannsynlig at de ønsker å oppsøke en profesjonell hjelpetjeneste ved et eventuelt behov i fremtiden (Field, 2018, s. 23; Figur H-1).

#### 4.1.2 Opplevde fordeler

Tabell 4.1-2 viser svarfordeling i prosent og gjennomsnitt for de mest betydningsfulle fordelene, forstått som de fordelene med høyest gjennomsnitt. Studentene oppgir at *reduert stress* ( $M = 3.42$ ), *mer energi i hverdagen* ( $M = 3.41$ ), *forbedret mental helse* ( $M = 3.38$ ), og *mulighet til å få en løsning på egne utfordringer* ( $M = 3.38$ ) har størst påvirkning i valget om å oppsøke hjelp eller ikke. På motsatt ende hadde *mindre skam* ( $M = 2.74$ ) og *forhindre at jeg slutter på studiet* ( $M = 2.88$ ) lavest gjennomsnitt, og virker derfor å være de minst betydningsfulle av de inkluderte faktorene i denne studien (Tabell I-1).



**Tabell 4.1-2.** Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt for de mest betydningsfulle fordelene

	1	2	3	4	5	Gjennomsnitt
	Vil ikke påvirke meg	I liten grad	Verken eller	I stor grad	I svært stor grad	
1 Redusert stress	8	14	23	<b>40</b>	16	3.42
2 Mer energi i hverdagen	7	16	24	<b>37</b>	17	3.41
3 Forbedret mental helse	6	16	25	<b>43</b>	11	3.38
4 Mulighet til å få en løsning på egne utfordringer	6	14	29	<b>40</b>	12	3.38

Notat.  $N = 467$ . Basert på: «I hvilken grad tror du følgende faktorer vil påvirke ditt ønske om å oppsøke hjelp dersom du får behov for å oppsøke hjelp i fremtiden?». Prosenttall er rundet av til nærmeste hele tall.

Basert på interne korrelasjonsanalyser (Vedlegg J), PKA og reliabilitetsanalyser (Tabell K-1) ble det laget to variabler som viser til ulike karakteristikk ved de inkluderte faktorene ment å måle opplevde fordeler ved å oppsøke hjelp; økt velvære og ivaretagelse. Faktorene tilhørende økt velvære hadde tilfredsstillende interne korrelasjoner, mellom .38 og .73 (Tabell J-1). De interne korrelasjonene mellom faktorene ment å måle ivaretagelse var også på et godt nivå, mellom .48 og .67 (Tabell J-2). Resultatene fra PKA viser at faktorene lader sterkt på to komponenter, som peker på at de inkluderte faktorene viser til to ulike sider ved opplevde fordeler av å oppsøke hjelp. Dette gir et godt grunnlag for å dele opplevde fordeler inn i to, hvor en kan sies å omhandle personlige aspekter, mens den andre omhandler mer det relasjonelle. Reliabilitetsanalysene viser høye alfa-verdier,  $\alpha = .94$  for økt velvære og  $\alpha = .89$  for ivaretagelse. For høy Cronbach's alfa kan tyde på at faktorene ikke fanger ulike dimensjoner av et begrep. De interne korrelasjonsanalysene viser imidlertid til moderate korrelasjoner, noe som peker på variasjon mellom faktorene. Videre vil Cronbach's alfa være påvirket av antallet faktorer inkludert i en skala. Ettersom økt velvære består av elleve faktorer og ivaretagelse har seks, vil en anta at antallet faktorer kan ha påvirket styrken til alfa-verdiene (Clausen & Johansen, 2012, s. 275-276). Alfa-verdiene er godt over det akseptable nivået, og i tråd med anbefalte nivåer basert på det høye antallet faktorer i hver skala (Clausen & Johansen, 2012, s. 271). Det er naturlig å anta at denne todelingen gir et godt utgangspunkt for videre analyser.

**Tabell 4.1-3.** Antall faktorer, maks skåre, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for skalaene økt velvære og ivaretagelse

	$N$	Antall faktorer	Maks skåre	Gjennomsnitt	Standardavvik	Skjevhet
Økt velvære	450	11	5	3.29	.88	-.55
Ivaretagelse	459	6	5	2.92	.92	-.22

Notat. *Økt velvære*: mer energi i hverdagen, mer glede, mer optimistisk holdning, forbedret mental helse, redusert stress, bedre søvn, økt livskvalitet, bedre humør, økt selvtillit, forbedrede relasjoner, og mulighet til å få en løsning på egne utfordringer. *Ivaretagelse*: mulighet til å dele indre tanker, mindre skam, ikke stå alene med utfordringene mine, større aksept, bli bedre på å dele følelser med andre, og økt sosial støtte.

Tabell 4.1-3 viser antall faktorer, maks skåre, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for skalaene økt velvære og ivaretagelse. Økt velvære har et gjennomsnitt på 3.29 ( $SD = .88$ ) og en skjevhet på  $-.55$  (Figur H-2), noe som peker på en overvekt av studenter som opplever at disse positive faktorene vil påvirke deres valg om å oppsøke hjelp i stor eller svært stor grad (Field, 2018, s. 23). Ivaretagelse har et noe lavere gjennomsnitt ( $M = 2.92$ ,  $SD = .92$ ) sammenlignet med økt velvære, og en skjevhet på  $-.22$  (Figur H-3). Disse resultatene kan tyde på at studentene ikke anser opplevelsen av ivaretagelse som like betydningsfull i valget om å oppsøke hjelp som betydningen av å oppnå høyere velvære.

### 4.1.3 Opplevde hindringer

**Tabell 4.1-4.** Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt for de mest betydningsfulle hindringene

	1	2	3	4	5	Gjennomsnitt
1 Vil heller løse utfordringene på egenhånd	6	13	20	<b>44</b>	17	3.53
2 Tjenestene er kun for de med mer alvorlige problemer eller utfordringer enn mine	12	15	21	<b>34</b>	19	3.32
3 Snakker heller med venner eller slektninger enn å oppsøke hjelp	8	19	21	<b>38</b>	14	3.31
4 Mangel på kunnskap om eller kjennskap til relevante tjenester	10	22	22	<b>35</b>	12	3.18

Notat.  $N = 463$ . Basert på: «I hvilken grad tror du følgende faktorer vil påvirke ditt ønske om å oppsøke hjelp dersom du får behov for å oppsøke hjelp i fremtiden?». Prosenttall er rundet av til nærmeste hele tall.

Tabell 4.1-4 viser svarfordeling i prosent og gjennomsnitt for de mest betydningsfulle hindringene, forstått som de med høyest gjennomsnitt. Studentene rapporterer at *vil heller løse utfordringene på egenhånd* ( $M = 3.53$ ), *tjenestene er kun for de med mer alvorlige problemer eller utfordringer enn mine* ( $M = 3.32$ ), *snakker heller med venner eller slektninger enn å oppsøke hjelp* ( $M = 3.31$ ), *mangel på kunnskap om eller kjennskap til relevante tjenester* ( $M = 3.18$ ), og *ventetiden for å få hjelp er for lang* ( $M = 3.09$ ) er de mest avgjørende negative faktorene når de skal ta valget om å oppsøke hjelp eller ikke. Av de 28 inkluderte faktorene hadde *har alt brukt opp min kvote for å oppsøke hjelp* ( $M = 1.86$ ), *å oppsøke hjelp kan skade min fremtidige yrkeskarriere* ( $M = 1.89$ ), *å oppsøke hjelp kan skade ryktet mitt* ( $M = 1.89$ ) og *fysisk utforming av lokaler til hjelpetjenestene* ( $M = 1.91$ ) lavest gjennomsnitt, og virker derfor å være av mindre betydning for studentene (Tabell I-2).

Med utgangspunkt i interne korrelasjonsanalyser (Vedlegg J), PKA og reliabilitetsanalyser (Tabell K-2) ble det laget fire variabler som fanger ulike dimensjoner ved de inkluderte faktorene ment å måle opplevde hindringer ved å oppsøke hjelp; engstelse, strukturelle hindringer, bagatellisere og stigma. Alle faktorene hadde tilfredsstillende interne korrelasjoner. Faktorene som utgjør engstelse, hadde interne korrelasjoner mellom  $.30$  og  $.61$  (Tabell J-3). De interne korrelasjonene mellom faktorene ment å måle strukturelle hindringer varierte fra  $.30$  til  $.51$  (Tabell J-4), mens faktorene tilhørende bagatellisere hadde interne korrelasjoner lik  $.38$  og  $.49$  (Tabell J-5). Den siste skalaen, stigma, hadde en intern korrelasjon lik  $.66$  (Tabell J-6). Resultatene fra PKA viser at faktorene lader på fire komponenter, som gir et godt utgangspunkt for å dele opplevde hindringer inn i fire skalaer. Reliabilitetsanalysene viser alfa-verdier over det akseptable nivået for skalaer med

relativt få faktorer ( $\alpha=.70$ ; Clausen & Johansen, 2012, s. 271);  $\alpha=.84$  for engstelse,  $\alpha=.77$  for strukturelle hindringer,  $\alpha=.71$  for bagatellisere, og  $\alpha=.79$  for stigma. Basert på disse resultatene er det naturlig å anta at en firedeling av opplevde hindringer ved å oppsøke hjelp gir et godt grunnlag for videre analyser.

**Tabell 4.1-5.** Antall faktorer, maks skåre, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for skalaene engstelse, strukturelle hindringer, bagatellisere og stigma

	<i>N</i>	Antall faktorer	Maks skåre	Gjennomsnitt	Standardavvik	Skjevhet
Engstelse	451	7	5	2.51	.83	.07
Strukturelle hindringer	447	5	5	2.76	.88	-.14
Bagatellisere	450	3	5	2.96	.97	-.10
Stigma	452	2	5	1.89	.95	1.02

*Notat.* *Engstelse:* Flauhet eller skam for å oppsøke hjelp, redd eller nervøs, bekymret for hva andre vil tenke om jeg oppsøker hjelp, bekymret for anonymitet, ønsker ikke å snakke med fremmede om mine utfordringer, mangel på motivasjon, og jeg tror at å oppsøke hjelp vil være for konfronterende for meg. *Strukturelle hindringer:* utilgjengelige tjenester, økonomiske aspekter, ventetiden for å få hjelp er for lang, dårlig erfaring med å oppsøke hjelp fra tidligere, og vet ikke hvem som kan hjelpe meg. *Bagatellisere:* Jeg vil ikke ha store nok utfordringer til å måtte oppsøke hjelp, å oppsøke hjelp vil ikke være nødvendig fordi utfordringene mine går over av seg selv, og tjenestene er kun for de med mer alvorlige problemer eller utfordringer enn mine. *Stigma:* Å oppsøke hjelp kan skade ryktet mitt, og å oppsøke hjelp kan skade min fremtidige yrkeskarriere.

Tabell 4.1-5 viser antall faktorer, maks skåre, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for skalaene engstelse, strukturelle hindringer, bagatellisere og stigma. Engstelse har et gjennomsnitt på 2.51 ( $SD = .83$ ), og en minimal skjevhet på .07 (Figur H-4), mens strukturelle hindringer har et gjennomsnitt på 2.76 ( $SD = .88$ ), og en skjevhet på -.14 (Figur H-5). Resultatene peker på at det er en liten overvekt av studenter som opplever at strukturelle hindringer vil påvirke deres valg om å oppsøke hjelp i større grad. Bagatellisere har et gjennomsnitt nærmere sentralpunktet ( $M = 2.96$ ,  $SD = .97$ ), med en skjevhet på -.10 (**Feil! Fant ikke referanseskilden.** H-6). Til sammenligning har stigma et gjennomsnitt på 1.89 ( $SD = .95$ ) og en skjevhet på 1.02 (Figur H-7), som tyder på en betydelig overvekt av studenter som opplever at stigma ikke vil være av stor betydning når de skal velge om de skal oppsøke hjelp.

#### 4.1.4 Tidligere erfaring med å oppsøke hjelp

Tabell 4.1-6 viser prosentfordeling for den uavhengige variabelen tidligere erfaring. 37% av studentene oppgir å ha oppsøkt hjelpetjenester i universitetsmiljøet tidligere. Av disse rapporterer 23% at de fikk den hjelpen de hadde behov for og dermed kan antas å ha hatt en god opplevelse, mens 14% oppgir at de enten ikke fikk den hjelpen de trengte eller at de ikke fikk tilbud om hjelp og kan antas å ha hatt en dårlig opplevelse. Det er en overvekt av studenter som oppgir å ikke ha oppsøkt hjelpetjenester tidligere (63%), hvor den største andelen av disse (31%) rapporterer at de ikke har hatt behov for hjelp. Samtidig oppgir 22% at de har hatt behov og vurdert å ta kontakt, sammenlignet med 10% som har hatt behov, men ikke vurdert å ta kontakt med hjelpetjenestene tilgjengelig i universitetsmiljøet.

**Tabell 4.1-6.** Svarfordeling i prosent for tidligere erfaring

	Prosentfordeling
Oppsøkt hjelp	37
Oppsøkt hjelp; fikk hjelp	23
Oppsøkt hjelp; fikk ikke hjelp	14
Ikke oppsøkt hjelp	63
Ikke oppsøkt hjelp; vurdert å ta kontakt	22
Ikke oppsøkt hjelp; ikke vurdert å ta kontakt	10
Ikke hatt behov for hjelp	31

Notat.  $N = 474$ . Basert på: «Har du i løpet av din studietid kontaktet eller vurdert å kontakte en eller flere studieveiledningstjenester?». Prosenttall er rundet av til nærmeste hele tall.

#### 4.1.5 Kjennskap til tjenestetilbudet

**Tabell 4.1-7.** Prosentfordeling, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for kjennskap til tjenestetilbudet

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Prosentfordeling	8	16	23	22	14	8	5	2	1	1
Gjennomsnitt	2.83									
Standardavvik	1.83									
Skjevhet	.75									

Notat.  $N = 478$ . Basert på: «Kjenner du til noen av disse tjenestene? Kryss av for de som gjelder. Dersom du ikke kjenner til noen av tjenestene hopper du over spørsmålet». Prosenttall er rundet av til nærmeste hele tall.

Tabell 4.1-7 viser prosentfordeling, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for den uavhengige variabelen kjennskap til tjenestene. Variabelen har et gjennomsnitt på 2.83 ( $SD = 1.83$ ), som viser til at i gjennomsnitt har studentene i utvalget kjennskap til i underkant av tre hjelpetjenester ved sitt universitetsmiljø. Videre er det en skjevhet på .75, som peker på en overvekt av studenter med begrenset kjennskap til tjenestene. I alt oppgir 8% at de ikke kjenner til noen av tjenestene, mens den største andelen kjenner til to (23%) eller tre (22%) hjelpetjenester. 4% av respondentene har kjennskap til syv eller flere av tjenestene som tilbys i universitetsmiljøet deres.

#### 4.1.6 Omfang av utfordringer

Tabell 4.1-8 viser prosentfordeling, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for den uavhengige variabelen omfang av utfordringer. 9% av studentene rapporterer at ulike utfordringer eller problemer påvirker de i svært liten grad, sammenlignet med 4% som opplever at de har en svært stor påvirkning på hverdagen og skolearbeid. 32% mener det har liten påvirkning, 28% mener de blir påvirket i stor grad, mens 26% oppgir verken eller som svar. Variabelen har et gjennomsnitt på 2.84 ( $SD = 1.05$ ), og en skjevhet på .03.

**Tabell 4.1-8.** Prosentfordeling, gjennomsnitt, standardavvik og skjevhet for omfang

		1	2	3	4	5
		I svært liten grad	I liten grad	Verken eller	I stor grad	I svært stor grad
Prosentfordeling		9	32	26	28	4
Gjennomsnitt	2.84					
Standardavvik	1.05					
Skjevhet	.03					

*Notat. N = 475. Basert på: «I hvor stor grad opplever du at ulike utfordringer eller problemer påvirker din hverdag eller evne til å gjennomføre skolearbeidet?». Prosenttall er rundet av til nærmeste hele tall.*

## 4.2 Bivariate analyser

### 4.2.1 Korrelasjonsmatrise

Tabell 4.2-9 viser korrelasjonsmatrise med alle variabler. Korrelasjonsmatrisen viser svake, men signifikante positive korrelasjoner mellom villighet og fordelsskalaene økt velvære og ivaretagelse. Dette indikerer en proporsjonal sammenheng, og peker på at desto større påvirkning en tenker at disse positive faktorene har på valget om å oppsøke hjelp, desto større villighet vil en ha til å oppsøke hjelp. Samtidig viser korrelasjonsmatrisen svake, men signifikant negative korrelasjoner mellom villighet og hindringsskalaene engstelse, bagatellisere og stigma, som peker på at desto mer en opplever at disse variablene vil påvirke valget om å oppsøke hjelp, desto lavere villighet har en til å oppsøke hjelp. Videre viser korrelasjonsmatrisen en signifikant negativ korrelasjon mellom villighet og tidligere erfaring. Det er en svak korrelasjon, men likevel signifikant på .01-nivå. Retningen peker på at studenter som har oppsøkt hjelp tidligere vil være mer villig til å oppsøke hjelp.

Fordelsskalaene økt velvære og ivaretagelse har en sterk positiv korrelasjon, signifikant på .01-nivå. Dette gjelder også for hindringsskalaene, som har noe svakere, men fremdeles signifikant moderate interne korrelasjoner. Dette viser at skalaene klarer å fange opp ulike sider ved opplevde fordeler og hindringer ved å oppsøke hjelp. Det er en svak, signifikant korrelasjon mellom villighet og alder og studieår, som peker på at de eldre og de som har studert lengre oppgir større villighet til å oppsøke hjelp. Korrelasjonsmatrisen viser også at desto flere studieveiledningstjenester en kjenner til desto høyere villighet har en til å oppsøke hjelp.

**Tabell 4.2-1.** Korrelasjonsmatrise med alle variabler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 Villighet	-													
2 Tidligere erfaring	-.25**	-												
3 Økt velvære	.25**	-.16**	-											
4 Ivaretagelse	.21**	-.13**	.77**	-										
5 Engstelse	-.20**	.02	.24**	.36**	-									
6 Strukturelle hindringer	.02	-.18**	.37**	.39**	.53**	-								
7 Bagatellisere	-.16**	.10*	.12*	.20**	.54**	.43**	-							
8 Stigma	-.15**	.05	.15*	.18**	.53**	.40**	.41**	-						
9 Kjønn	-.21**	.08	-.14**	-.16**	-.09	-.20**	-.11*	.01	-					
10 Alder	.10*	-.18**	.02	.06	-.04	.06	-.02	-.03	.03	-				
11 Studieretning	-.01	.09*	-.08	-.07	-.04	-.10*	.02	-.04	-.04	-.09	-			
12 Studieår	.13**	-.22**	.05	.06	-.06	-.00	-.00	-.07	-.03	.69**	-.18**	-		
13 Omfang	.08	-.20**	.25**	.18**	.24**	.32**	-.04	.05	-.15**	.06	-.04	.07	-	
14 Kjennskap til tilbud	.20**	.24**	.06	.13**	.01	.05	.00	-.02	-.05	.23**	-.09	.22**	.01	-

Notat. \* $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . Pearsons  $r$ . Markerte felter viser til interne korrelasjoner i opplevde fordeler og hindringer ved å oppsøke hjelp

#### 4.2.2 Signifikanstesting

Tabell 4.2-2 viser resultatene fra ANOVA, hvor gruppeforskjeller i gjennomsnittlig villighet blant de som opplever at fordels- og hindringsskalaene vil ha liten, middels eller stor påvirkning på deres valg om å oppsøke hjelp ble utforsket. Det kommer frem av resultatene at det er signifikant forskjell i villighet mellom de som opplever at økt velvære har liten betydning sammenlignet med middels og høy, med moderat effektsstørrelse ( $eta^2 = .06$ ,  $p < .01$ ). Dette antyder at de som opplever at økt velvære har stor betydning også har høyere villighet til å oppsøke hjelp sammenlignet med de som opplever at det har liten betydning på deres valg. Dette virker også å være tilfelle for ivaretagelse, med en signifikant forskjell mellom de som opplever at ivaretagelse har liten og stor betydning. Her er imidlertid effektsstørrelsen noe mindre ( $eta^2 = .03$ ,  $p < .01$ ). Resultatene viser videre at det er en signifikant forskjell mellom de som opplever at engstelse har liten sammenlignet med stor betydning, men også de som opplever at engstelse har middels betydning sammenlignet med stor betydning. Effektsstørrelsen var moderat ( $eta^2 = .04$ ,  $p < .01$ ). Videre viste resultatene at det ikke var betydelige forskjeller i villighet blant de som opplever at strukturelle hindringer har liten, middels eller stor betydning for deres valg om å oppsøke hjelp. Tabell 4.2-2 viser at det er forskjell i villighet blant de som opplever at bagatellisere har liten betydning, sammenlignet med middels og stor betydning, med moderat effektsstørrelse ( $eta^2 = .04$ ,  $p < .01$ ). Det virker også å være en forskjell mellom de som opplever at stigma har liten sammenlignet med stor betydning for deres valg, men effektsstørrelsen er svært liten ( $eta^2 = .01$ ,  $p < .05$ ).

**Tabell 4.2-2.** Forskjeller i villighet mellom liten, middels og stor betydning av hindringsskalaene. Gjennomsnitt, standardavvik, p-verdi og effektstørrelse (eta<sup>2</sup>)

Variabel	Gjennomsnitt	Standardavvik	Sammenligning	p-verdi	eta <sup>2</sup>
Økt velvære				<b>&lt;.001</b>	<b>.06</b>
Liten	2.64	1.19	Middels	<b>&lt;.001</b>	
Høy			Høy	<b>&lt;.001</b>	
Middels	3.20	1.20	Høy	.560	
Stor	3.35	1.24			
Ivaretagelse				<b>.001</b>	<b>.03</b>
Liten	2.80	1.21	Middels	.238	
Høy			Høy	<b>&lt;.001</b>	
Middels	3.04	1.21	Høy	.125	
Stor	3.31	1.27			
Engstelse				<b>&lt;.001</b>	<b>.04</b>
Liten	3.29	1.27	Middels	.956	
Høy			Høy	<b>&lt;.001</b>	
Middels	3.25	1.23	Høy	<b>.004</b>	
Stor	2.76	1.19			
Strukturelle hindringer				.944	.00
Liten	3.29	1.28	Middels	.985	
Høy			Høy	.982	
Middels	3.25	1.21	Høy	.939	
Stor	2.76	1.27			
Bagatellisere				<b>&lt;.001</b>	<b>.04</b>
Liten	3.35	1.25	Middels	<b>.003</b>	
Høy			Høy	<b>&lt;.001</b>	
Middels	2.80	1.21	Høy	.854	
Stor	2.89	1.22			
Stigma				<b>.049</b>	.01
Liten	3.22	1.27	Middels	.958	
Høy			Høy	<b>.047</b>	
Middels	3.17	1.26	Høy	.394	
Stor	2.92	1.24			

*Notat.* Post hoc: Tukey HSD. Effektstørrelser over .02 og signifikante forskjeller i gjennomsnitt mellom gruppene er uthevet. Gruppene baseres på 33 prosentiler. Økt velvære: lav = >3.0000, høy = <3.7273. Ivaretagelse: lav = >2.5714, høy = <3.2857. Engstelse: lav = >2.1429, høy = <2.8571. Bagatellisere: lav = >2.6667, høy = <3.3333. Strukturelle hindringer: lav = >2.4000, høy = <3.2000. Stigma: lav = >1.0000, høy = <2.0000.

## 4.3 Multivariate analyser

### 4.3.1 Hierarkisk lineær regresjonsanalyse

**Tabell 4.3-1.** Hierarkisk lineær regresjonsanalyse

	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$
Menn	<b>-.44**</b>	.13	-.18	<b>-.41**</b>	.12	-.16	<b>-.37**</b>	.12	-.15
Helse	<b>1.62**</b>	.41	.19	<b>1.36**</b>	.40	.16	<b>1.10**</b>	.38	.13
HUMSAM	<b>.40*</b>	.16	.16	.28	.15	.11	.26	.14	.10
Økonomi	.30	.17	.11	.24	.16	.08	.23	.15	.08
Tredje- og fjerdeåret	.30	.16	.09	.19	.16	.06	.15	.15	.05
Femteåret eller mer	<b>.67*</b>	.30	.11	.29	.30	.05	.12	.28	.02
Oppsøkt hjelp; fikk ikke hjelp				-.16	.19	-.05	-.24	.18	-.07
Ikke oppsøkt hjelp; vurdert å ta kontakt				<b>-.47**</b>	.17	-.16	<b>-.44**</b>	.16	-.15
Ikke oppsøkt hjelp; ikke vurdert å ta kontakt				<b>-1.03**</b>	.23	-.23	<b>-.90**</b>	.22	-.20
Ikke hatt behov for hjelp				<b>-.51**</b>	.16	-.19	<b>-.41**</b>	.15	-.15
Kjennskap om tilbud				<b>.09*</b>	.03	.13	<b>.09**</b>	.03	.13
Økt velvære							<b>.40**</b>	.06	.29
Engstelse							<b>-.34**</b>	.07	-.22
<i>R</i> <sup>2</sup>	.11			.19			.28		
Justert <i>R</i> <sup>2</sup>	.09			.16			.26		
<i>F</i> -endring	8.23**			7.78**			26.30**		

*Notat.* *N* = 413. \*\**p* < .01, \**p* < .05. Referansekategori: kvinner, teknologi-fakultet, Første- og andreåret og oppsøkt hjelp; fikk hjelp.

Basert på en hierarkisk regresjon med alle variabler (Tabell L-1), ble det kjørt en ny regresjonsanalyse med de signifikante variablene. Tabell 4.3-1 viser en hierarkisk lineær regresjon for studentenes villighet til å oppsøke profesjonelle hjelpetjenester med alle signifikante variabler. Justert *R*<sup>2</sup>, modellens forklaringskraft, viser til hvor gode modellene er (Eikemo & Clausen, 2012, s. 92). Modell 1, som inkluderer kontrollvariablene kjønn, fakultet og studieår, har en forklaringskraft på .09. Ved å inkludere tidligere erfaringer med å oppsøke hjelp og i hvor stor grad studentene har kjennskap til tjenestetilbudet øker forklaringskraften til .16. Videre viser tabell 4.3-1 at ved å inkludere fordelsskalaen økt velvære og hindringskalaen engstelse øker forklaringskraften til .26, altså at modell 3 forklarer 26% av observert varians i villighet til å oppsøke hjelp. *F*-endring er signifikant for alle modellene, som peker på at endringene fra modell 1 til modell 2, og fra modell 2



til modell 3 er signifikant (Eikemo & Clausen, 2012, s. 93). Til tross for en relativt høy forklaringskraft ( $R^2_{adj} = .26$ ; Field, 2018, s. 391), peker justert  $R^2$  samtidig på at 74% av variansen observert i utvalget ikke kan forklares av variablene inkludert i modell 3. Dette peker på hvor kompleks villighet til å oppsøke hjelp er, og at flere faktorer har betydning for studenters villighet til å kontakte hjelpetjenester.

Regresjonsmodellen viser at i økt velvære har størst betydning for villighet til å oppsøke hjelp ( $\beta = .28, p < .01$ ). Retningen peker på at desto viktigere betydningen av å oppnå høyere velvære er, desto høyere er også villigheten. Den nest viktigste faktoren for villighet til å oppsøke hjelp er ifølge modellen engstelse ( $\beta = -.22, p < .01$ ), hvor høyere grad av engstelse virker å ha sammenheng med lavere villighet. Videre peker modellen på at å ikke ha oppsøkt hjelp og heller ikke vurdert å ta kontakt har betydelig negativ påvirkning på villighet, sammenlignet med de som har oppsøkt hjelp og fått hjelp ( $\beta = -.20, p < .01$ ). Sammenlignet med referansekategorien, gjelder dette også for de som oppgir å ikke ha hatt behov for å oppsøke hjelp ( $\beta = -.15, p < .01$ ), og de som har vurdert å ta kontakt uten tidligere å ha oppsøkt hjelp ( $\beta = -.15, p < .01$ ). Resultatene peker altså på at uavhengig intensjon og opplevelse, har studenter som tidligere har oppsøkt hjelp høyere villighet til å oppsøke hjelp igjen. Modellen viser også til at kjønn har betydning for villighet til å oppsøke hjelp, hvor kvinner er mer sannsynlig å ville oppsøke hjelp enn menn ( $\beta = -.15, p < .01$ ). Videre peker resultatene på at desto høyere kjennskap en har til hjelpetjenestene, desto høyere er sannsynligheten for å ville oppsøke hjelp ( $\beta = .13, p < .01$ ). Å være student ved fakultet med helsevitenskapelig utdanning virker å ha betydelig påvirkning på villigheten til å oppsøke hjelp, sammenlignet med referansekategorien teknologi-fakultet ( $\beta = .13, p < .01$ ).

Tabell 4.3-1 viser videre at ved å inkludere tidligere erfaring, kjennskap til tjenester, samt økt velvære og engstelse mistet studieår betydning for villighet til å oppsøke hjelp. Dette var også tilfelle for studieretning, hvor modell 3 peker på at kun det å være student ved et helsevitenskapelig fakultet har betydning for villigheten, sammenlignet med referansekategorien. Regresjonsmodellen indikerte at det ikke hadde betydning om en opplevde å få hjelp eller ikke når en oppsøkte hjelp tidligere. Det var imidlertid en betydelig forskjell mellom de som oppsøkte hjelp og fikk hjelp og de som ikke har oppsøkt hjelp, uavhengig av intensjon eller manglende behov. Det virker altså som at å ha tidligere erfaring med å oppsøke hjelp, øker villigheten til å oppsøke hjelp i fremtiden sammenlignet med de som ikke har oppsøkt hjelp. Sett i sammenheng med de andre faktorene hadde ikke alder, omfang av utfordringer, ivaretagelse, strukturelle hindringer, bagatellisere og stigma betydning for modellens forklaringskraft.

## 5 Diskusjon

Det er stor konsensus i litteraturen om at misforholdet mellom de som trenger hjelp og de som oppsøker hjelp er stort. Årsakene til dette fenomenet er derimot usikre (Ebert et al., 2019). Samtidig fremheves misforholdet, behov-tjenestegapet, som en av de største utfordringene for hjelpetjenestene i å sikre effektiv forebygging og tilby hjelp for å takle symptomer på mental uhelse (Rickwood & Thomas, 2012, s. 173). Videre tyder funn på at stadig flere studenter opplever et behov for hjelp, og at utfordringene har en mer alvorlig grad enn tidligere (Oswalt et al., 2020, s. 45; Sivertsen, 2021). På bakgrunn av dette, fremheves behovet for å få større innsikt i hva som påvirker hjelpesøking, blant annet ved å identifisere faktorer som fremmer eller begrenser hjelpesøkende atferd (Vogel & Armstrong, 2010, s. 387). Forskningslitteraturen peker blant annet på at å oppleve mange fordeler ved å oppsøke hjelp øker sannsynligheten for at hjelp oppsøkes. Omvendt vil det å oppleve mange hindringer begrense hjelpesøkende atferd (Vidourek et al., 2014). Studier peker videre på betydningen av kjennskap til tjenestene, bevisst behov om egne utfordringer, samt tidligere erfaringer med hjelpetjenestene. Det er i tillegg observert forskjeller i hjelpesøking basert på kjønn, alder, studieår og studieretning (e.g. Hubbard et al., 2018; Yorgason et al., 2008).

Denne studien har til hensikt å forsøke å identifisere faktorer som påvirker hjelpesøking i en norsk studentpopulasjon, med hovedvekt på opplevde fordeler og hindringer ved å oppsøke hjelp. I dette kapittelet vil resultatene presentert i kapittel fire diskuteres i lys av den teoretiske forankringen. Dette vil skape et grunnlag for å besvare forskningsspørsmålene og bidra til å gi innsikt i problemstillingen: *Hvilke faktorer kan ha betydning for studenters hjelpesøking, og hvordan kan de bidra til å fremme eller begrense hjelpesøkende atferd?* Ettersom hovedfokuset for denne studien er betydningen av opplevde fordeler og hindringer for villighet til å oppsøke hjelp, vil det først diskuteres rundt disse faktorenes betydning og hvordan de kan tenkes å bidra til å fremme eller begrense villighet og hjelpesøkende atferd. Deretter følger en diskusjon om hvordan de øvrige faktorene kan påvirke sammenhengen mellom opplevde fordeler og hindringer og villighet til å oppsøke hjelp, basert på resultatene fra regresjonsanalysen. Videre følger en kort diskusjon rundt utfordringene med å utforske faktorer tilknyttet hjelpesøkende atferd, før kapittelet avsluttes med en diskusjon knyttet til studiens styrker og begrensninger.

### 5.1 Betydningen av opplevde fordeler og hindringer for villighet

#### 5.1.1 Betydningsfulle enkeltfaktorer

Funnene viste at *reduisert stress, mer energi i hverdagen, forbedret mental helse og mulighet til å få en løsning på egne utfordringer* var de mest betydningsfulle fordelene. Dette samsvarer med resultatene fra Vidourek med kollegaer (2014) sin studie, med unntak av faktoren *mer energi i hverdagen*, som var rapportert som minst betydningsfull av de inkluderte faktorene i deres studie. Dette kan ha sammenheng med hvilke plager studentene virker å ha, og dermed hva de ønsker å få hjelp med. I den siste SHoT-undersøkelsen (Sivertsen, 2021, s. 27) var følelsen av trøtthet og lite energi rapportert som den vanligste helseplagen blant norske studenter, og det er dermed naturlig å anta at dette skaper en betydningsfull grunn til å skulle oppsøke hjelp. Til sammenligning viste en studie basert på et amerikansk utvalg at under 1% av studentene rapporterte trøtthet og mangel på energi som en plage (Cadigan et al., 2022, s. 894). Dersom få opplever at dette påvirker hverdagen, vil det kanskje heller ikke være en betydelig årsak til å ville oppsøke hjelp. I forlengelse av dette, peker begge studier på at stress er en betydelig

helseplage, i tillegg til flere symptomer på mental uhelse (Cadigan et al., 2022; Sivertsen, 2021), som bidrar til å forklare hvorfor de andre faktorene er såpass betydningsfulle som denne studien viser.

Resultatene fra denne studien peker videre på at *vil heller løse utfordringene på egenhånd, tjenestene er kun for de med mer alvorlige problemer eller utfordringer enn mine, snakker heller med venner eller slektninger og mangel på kunnskap om eller kjennskap til relevante tjenester* var de mest betydningsfulle hindringene. Det er et samsvar med fellesnevnerne ved flere tidligere studier, til tross for at det var forventet at *mangel på tid* ville være av større betydning. I tillegg var flere av de nevnte faktorene ikke forventet å være like betydningsfulle, basert på tidligere forskning (e.g. Setiawan, 2006; Vidourek et al., 2014; Yorgason et al., 2008). Årsakene til at disse faktorene oppleves som betydningsfulle for valget om å oppsøke hjelp av såpass mange studenter er usikkert. På den ene siden kan det peke på en opplevelse av å ikke trenge profesjonell hjelp, ved at en enten ønsker å løse utfordringene på egenhånd, ønsker å snakke med andre om de, eller at en opplever at sitt behov for hjelp ikke er stort nok. Det kan argumenteres for at dette er et positivt funn, da det virker som at studentene opplever å ha kontroll over egen mulighet til å oppsøke hjelp. På den andre siden kan det være et uttrykk av at de opplever det vanskelig å oppsøke hjelp, og at de nevnte faktorene er «enklere» å gjennomføre enn å oppsøke hjelp. Samtidig fremheves betydningen av lite kjennskap til tjenestene og at ventetiden er for lang som i større grad peker på opplevde negative aspekter ved de formelle hjelpetjenestene. Det kan argumenteres for at studentene opplever at det ikke er noe de har kontroll over, og at det derfor gjør det betydelig vanskeligere å oppsøke hjelp, og påvirker også ønske om å forsøke å oppsøke hjelp.

### **5.1.2 Hvordan påvirker opplevde fordeler hjelpesøking?**

Basert på observerte mønstre i datamaterialet ble det dannet to hovedkategorier av opplevde fordeler med å oppsøke hjelp som fikk navnene *økt velvære* og *ivaretagelse*. Basert på enkeltfaktorene som utgjør de to skalaene kan en argumentere for at økt velvære omfatter mer personlige aspekter, mens ivaretagelse viser til et mer interpersonlig aspekt av sosialt støtte. Blant annet er *reduisert stress* og *bedre søvn* individuelle fordeler av å få hjelp, mens *mulighet til å dele indre tanker* og *økt sosial støtte* i større grad peker på fordeler knyttet til andre personer. På denne måten er det nærliggende å tro at økt velvære og ivaretagelse viser til de to aspektene som forskningslitteraturen fremhever som betydningsfulle (Rickwood et al., 2005, s. 8; Vidourek et al., 2014, s. 1019). Resultatene viste videre at de som opplevde at økt velvære hadde stor betydning hadde signifikant høyere villighet enn de som opplevde at det var av liten betydning. Dette var også tilfelle for ivaretagelse. Effektstørrelsen var imidlertid noe større for økt velvære enn ivaretagelse, som peker på at forskjellen i villighet mellom de som opplever at det er av stor betydning sammenlignet med liten betydning er større for økt velvære enn ivaretagelse. Likevel, desto høyere betydning økt velvære og ivaretagelse har, desto større er villigheten til å oppsøke hjelp.

Regresjonsanalysen pekte på at av alle inkluderte faktorer var økt velvære av størst betydning for studenters villighet til å oppsøke hjelp. Samtidig var ivaretagelse ikke av signifikant betydning, som var overraskende. Årsakene til at den ene fordelsskalaen var av størst betydning, mens den andre ikke var av noe betydning var et interessant funn, ettersom det peker på at det finnes ulike nyanser ved opplevde fordeler som påvirker villigheten til å oppsøke hjelp på ulik måte. Det er nærliggende å anta at dette kan ha sammenheng med det personlige og interpersonlige aspektet de to fordelsskalaene

representerer. I denne studien, og i flere andre studier (e.g. Ebert et al., 2019; Setiawan, 2006; Vidourek et al., 2014) rapporterte en stor andel studenter at de heller ønsket å snakke med venner eller slektninger enn å oppsøke formell hjelp. I tillegg peker funn på at mange opplever en bekymring knyttet til å dele personlige utfordringer med en fremmed (Setiawan, 2006). For det første kan dette indikere at studentene opplever å bli ivaretatt på andre livsområder, og at det derfor ikke er av betydning hvorvidt de blir ivaretatt av en formell hjelpesøking. For det andre kan en bekymring for å dele utfordringer med en fremmed gjøre venner og slektninger enda viktigere, da det kan oppleves som enklere å dele indre tanker. I forlengelse av dette er det naturlig å anta at betydningen av ivaretagelsen er større ved uformell hjelpesøking enn ved formell hjelpesøking. Samtidig er det nærliggende å tro at den formelle hjelpen i større grad antas å ha instrumentell, profesjonell og kunnskapsrik hjelp som de uformelle hjelpekildene ikke har mulighet til å tilby i like stor grad. Dette kan i tillegg bidra til å forklare hvorfor økt velvære er av såpass stor betydning. Dersom studenter antar at formelle hjelpetjenester innehar kompetanse som kan være nyttig for å få hjelp til å håndtere symptomer på mental uhelse, og ingen andre i deres liv har mulighet til å gi tilsvarende hjelp, vil det derfor være en betydelig fordel ved å oppsøke formell hjelp.

### **5.1.3 Hvordan påvirker opplevde hindringer hjelpesøking?**

Fire hovedkategorier ble fremtredende basert på mønstre i datamaterialet. Disse fikk navnene *engstelse*, *strukturelle hindringer*, *bagatellisere* og *stigma*. Betydningen av skalaene strukturelle hindringer, bagatellisere og stigma fremheves også av faglitteraturen (e.g. Dunley & Papadopoulos, 2019; Eisenberg et al. 2011; Oswalt et al., 2019). Det var imidlertid overraskende at engstelse ble en egen kategori eller skala, ettersom det ikke var vektlagt som en sentral faktor av tidligere studier. Samtidig er det naturlig at bekymringer og negative opplevelser knyttet til å oppsøke hjelp, også vil begrense ønsket om å oppsøke hjelp. Det er likevel interessant å merke seg at flere av enkeltfaktorene som utgjør engstelse har blitt tilknyttet stigma og bagatellisere i tidligere studier (e.g. Eisenberg et al., 2011; Vidourek et al., 2014; Yorgason et al., 2008).

Videre peker resultatene på at de som opplevde at engstelse og bagatellisere hadde stor betydning hadde signifikant lavere villighet enn de som opplevde at det var av liten betydning. Det var imidlertid ingen forskjeller i villighet blant de som opplevde at strukturelle hindringer hadde liten sammenlignet med stor betydning. Det kan tenkes å ha sammenheng med at faktorene som utgjør strukturelle hindringer peker på aspekter studentene ikke nødvendigvis har kontroll over. Til tross for at *ventetiden for å få hjelp er for lang* var rapportert som en av de mest betydningsfulle enkeltfaktorene, vil det ikke være noe individet kan endre på. Å oppleve at valget om å oppsøke hjelp er noe en selv har kontroll på fremheves som et sentralt aspekt i Ajzens teori om planlagt atferd (1991), men støttes også av faglitteraturen (e.g. Tomczyk et al., 2020, s. 757). For stigma var resultatene imidlertid noe mer usikre, for selv om de viste en signifikant forskjell mellom de som rapporterte at stigma ville ha stor betydning sammenlignet med liten betydning, var effektstørrelsen svært liten. I tråd med Sullivan og Feinn (2012, s. 279) som påpeker at signifikansnivået kan påvirkes av utvalgsstørrelsen, blir det nødvendig å utforske betydningen av stigma ytterligere før det avgjøres hvorvidt, og eventuelt på hvilken måte, stigma har betydning for villighet til å oppsøke hjelp.

Engstelse var den eneste av hindringsskalaene som var av signifikant betydning for villighet i regresjonsmodellen. Det var et interessant funn at den ene faktoren som ikke var forventet, også var den eneste som var av betydning. At stigma ikke viste seg å være

av betydning kan ha sammenheng med at enkeltfaktorene som utgjør skalaen var rapportert som noen av de minst betydningsfulle enkeltfaktorene. Det er dermed nærliggende å tenke at stigma ikke har betydning for villighet, fordi studenter ikke opplever at å oppsøke hjelp er stigmatiserende. Samtidig kan det tenkes at de to faktorene ikke klarte å fange opp de ulike nyansene av stigma, og hvordan disse har betydning for villighet. Flere tidligere studier målte stigma basert på blant annet oppfattet stigma, offentlig stigma og internalisert stigma. Da ble det funnet forskjeller i villighet basert på ulike type stigma (Doll et al., 2018, s. 8; Pheko et al., 2013, s. 8). Det er på den ene siden derfor nærliggende å tro at de to faktorene som utgjør stigma ikke nødvendigvis viser til de aspektene ved stigma som påvirker villighet til å oppsøke hjelp. På den andre siden kan det tenkes at stigma ikke er av betydning fordi det ikke er noe som oppleves i stor grad blant studentene. Dette kan antas å være et positivt funn.

At bagatellisere ikke var av betydning for villighet til å oppsøke hjelp kan ha sammenheng med mangel på opplevd behov for hjelp. Altså, det kan være sammenheng mellom stor opplevd betydning av bagatellisere og mangel på opplevd behov. Tidligere studier har pekt på at det er nødvendig å både gjenkjenne og erkjenne at en har behov for hjelp for at det skal påvirke hjelpesøking (Eisenberg et al., 2011). Symptomer på mental uhelse kommer ofte gradvis og er vanskelig å gjenkjenne som noe alvorlig (Rickwood & Thomas, 2012, s. 174). Det kan derfor tenkes de studentene som har oppgitt at bagatellisere er av stor betydning enten ikke har et behov for å oppsøke hjelp, klarer ikke gjenkjenne at de har et behov, eller tenker at sitt behov ikke er alvorlig nok. Uansett årsak er det nærliggende å tro at mangel på opplevd behov bidrar til å forklare hvorfor bagatellisere ikke var av betydning i regresjonsmodellen. I tidligere studier har enkeltfaktorene som utgjør bagatellisere antatt å kunne være bortforklaringer, og dermed reflektere høy grad av stigma og negative følelser knyttet til å oppsøke hjelp (Eisenberg et al., 2011, s. 308). Det kan derfor tenkes at stigma og bagatellisere er såpass nært sammenknyttet at ingen av de blir av betydning.

Det kan tenkes at sammenhengen mellom villighet og stigma, bagatellisere og strukturelle hindringer medieres av engstelse, og at det derfor virker som at engstelse er den eneste av betydning. Enkeltfaktorene som utgjør engstelse har, som nevnt, vært knyttet til stigma og bagatellisere i tidligere studier (e.g. Eisenberg et al., 2011; Vidourek et al., 2014; Yorgason et al., 2008). Det kan argumenteres for at engstelse inneholder en emosjonell komponent i større grad enn de øvrige hindringsskalaene. Dersom en legger dette til grunn er det nærliggende å tro at de negative følelsene reflekterer opplevde hindringer ved å oppsøke hjelp. For eksempel er det mulig å anta at *økonomiske aspekter, å ikke ha store nok utfordringer til å måtte oppsøke hjelp, og å oppsøke hjelp kan skade ryktet mitt*, som er faktorer i de andre hindringsskalaene, har negative følelser og bekymringer knyttet til dem. Engstelse kan derfor antas å være et uttrykk for følelser knyttet til de øvrige hindringsskalaene. Dersom dette er tilfelle kan en anta at den emosjonelle komponenten er et sentralt aspekt ved hjelpesøking, som til nå er lite utforsket i faglitteraturen.

## **5.2 Hvilken betydning har de øvrige faktorene?**

Regresjonsanalysen viste at det var en forskjell i villighet mellom de som har oppsøkt hjelp og de som ikke har oppsøkt hjelp, noe som ikke var overraskende. Det var imidlertid forventet at det ville være en forskjell mellom de som opplevde å få hjelp sammenlignet med de som opplevde å ikke få hjelp (Rickwood et al., 2005, s. 18), noe det ikke var. I denne studien rapporterte studentene at faktoren *dårlig erfaring med å oppsøke hjelp*, som

ble en del av strukturelle hindringer, var av relativt liten betydning, hvor de fleste rapporterte at det ikke ville ha noen påvirkning på deres valg om å oppsøke hjelp. Det kan tenkes at det har sammenheng med antallet hjelpetjenester en student opplever er tilgjengelig. Selv om en student har hatt en negativ opplevelse med en hjelpetjeneste, er det fremdeles andre hjelpetjenester i universitetsmiljøet som fremdeles har potensiale til å være til hjelp. Videre kan det tenkes at kontakt med hjelpetjenestene har sammenheng med at det ikke oppleves like stigmatiserende å oppsøke hjelp, ettersom en allerede har gjort det (Vogel et al., 2007). I forlengelse av dette er det naturlig å anta at å ha vært i kontakt med hjelpetjenestene kan bryte ned opplevde hindringer og øke opplevde fordeler, slik at det virker enklere å skulle oppsøke hjelp ved et senere tidspunkt; at gevinsten oppleves som større enn kostnaden ved å oppsøke hjelp.

Tidligere erfaring med hjelpetjenestene kan også tenkes å ha sammenheng med en større kjennskap til tjenestetilbudet. Resultatene peker på at desto større kjennskap en har til tilbudet av hjelpetjenester i universitetsmiljøet, desto større er sannsynligheten for å ville oppsøke hjelp. Dersom en har oppsøkt hjelp tidligere, vil en ha kjennskap til den tjenesten en var i kontakt med, i tillegg til å muligens lese seg opp på andre tjenester det ville være mulig å oppsøke. Videre er det naturlig å tenke at betydningen av kjennskap til tjenestetilbudet for villighet kan knyttes til en opplevelse av å vite hvilke hjelpetjenester som kan gi den hjelpen en har behov for. Om en i stedet kun hadde kjennskap til en eller et par tjenester vil en muligens oppleve at det ikke finnes hjelp for det en trenger å få hjelp med.

Opplevd nivå av stress og utfordringer som påvirker hverdags- og studielivet hadde ikke betydning for villighet til å oppsøke hjelp i denne studien. Dette kan ha sammenheng med det som tidligere er nevnt i forbindelse med bagatellisere. Symptomer på mental uhelse kommer ofte gradvis (Rickwood & Thomas, 2012, s. 174). Selv om studenter gjenkjenner at deres mentale helse ikke er optimal, er ikke det nødvendigvis det samme som å erkjenne at en har behov for profesjonell hjelp. Videre kan det tenkes at den manglende betydningen av omfang av utfordringer har sammenheng med at studien utforsket villighet til å oppsøke hjelp og ikke hjelpesøkende atferd. En studie fant at symptomer på depresjon kan ha to ulike påvirkninger på hjelpesøkende atferd. På den ene siden kan det begrense villighet på kort sikt på grunn av naturen til symptomene. På den andre siden virker det imidlertid å øke hjelpesøkende atferd over en lengre tidsperiode (Nagai, 2015, s. 315). Med andre ord, behovet for hjelp kan begrense villigheten, til tross for at det øker sannsynligheten for at hjelp faktisk oppsøkes. Dersom dette er tilfelle for flere symptomer på mental helse, er det nærliggende å tro at det kan forklare hvorfor omfang av utfordringer ikke var av betydning i denne studien. Det fremhever betydningen av å utforske hjelpesøkende atferd direkte, til fordel for å måle villighet til å oppsøke hjelp.

Resultatene pekte på at kvinner har høyere villighet til å oppsøke hjelp enn menn, og at kjønn derfor viste seg å være en betydningsfull faktor i denne studien. En årsak kan være at menn har et større ønske om å takle utfordringene sine på egenhånd, mens kvinner i større grad er åpne for å oppsøke formell hjelp. Dette kan ha sammenheng med funn som peker på at menn har en større tendens til å internalisere opplevelsen av stigma (Vogel et al., 2007, s. 47). Sosialiseringstendenser og tradisjonelle kjønnsroller kan også være en årsak til kjønnsforskjellene, blant annet ved at kvinner og menn har ulike holdninger mot å uttrykke ubehag (Hubbard et al., 2018, s. 302).

Resultatene viste at det var betydelig forskjell i villighet blant studenter som tilhørte et helsevitenskapelig fakultet sammenlignet med et teknologi- eller naturvitenskapelig fakultet. Det kan tenkes å ha sammenheng med kjønnsforskjeller. Mens teknologi og naturvitenskapelige fag ofte domineres av menn, søker flere kvinner seg til helse- og samfunnsvitenskapelige utdanninger (Lerfaldet, 2020). Ettersom kvinner i gjennomsnitt har høyere villighet, er det naturlig å anta at dette kan påvirke funnene fra fakultetene ettersom kjønnsfordelingen ikke er jevn. Videre er det pekt på at valg av utdanning kan gjenspeile holdninger og verdier (Kearns et al., 2015, s. 6). Det er derfor nærliggende å anta at verdier som påvirker studieretning, også kan ha betydning for villighet og generelle holdninger mot å oppsøke hjelp.

Denne studien viste også en signifikant forskjell mellom studenter ved første- og andreåret og studenter som har studert lenger. Det kan ha sammenheng med at studenter på første- og andreåret har hatt kortere tid til å få kjennskap til tjenestetilbudet i sitt universitetsmiljø, men også å faktisk ha oppsøkt hjelp, som begge er vist å være betydelige faktorer for villighet til å oppsøke hjelp. I tillegg peker tidligere funn på at førsteårsstudenter har lavere kunnskap om egen mental helse (Tsitsas et al., 2019, s. 955). Sett i sammenheng med bagatellisere og omfang av egne utfordringer, er det nærliggende å tro at en begrenset evne til å gjenkjenne og erkjenne at en har behov for hjelp, vil påvirke villighet til å oppsøke hjelp.

Noe overraskende viste resultatene at alder ikke har betydning for villighet til å oppsøke hjelp. Årsakene til dette kan være flere. For eksempel kan det være påvirket av at utvalget var relativt like i alder, ettersom hovedparten av studentene var mellom 19 og 26 år. En kan derfor anta at et større aldersspenn kunne ha påvirket betydningen av alder. Samtidig kan det argumenteres for at studentene er relativt like i alder. Det er derfor nærliggende å tro at alder vil ha større betydning i den generelle befolkningen, enn i en relativt aldershomogen studentpopulasjon.

### **5.3 Nettverk av faktorer med komplekse sammenhenger**

Resultatene fra denne studien peker på at flere faktorer har betydning for villighet til å oppsøke hjelp. Stor betydning av økt velvære, å ha oppsøkt hjelp tidligere og høy kjennskap til tjenester virker å bidra til høyere villighet. Motsatt peker funnene på at engstelse, å ikke ha oppsøkt hjelp og lav kjennskap til tilbudet begrenser villighet til å oppsøke hjelp. Disse faktorene eksisterer imidlertid ikke i isolasjon, men er i stedet en del av et komplekst og dynamisk nettverk av betydningsfulle faktorer (Dunley & Papadopoulos, 2019, s. 713). Videre følger en diskusjon om hvordan disse komplekse sammenhengene kan ha påvirket faktorene inkludert i denne studien.

Som tidligere nevnt kan det være en sammenheng mellom tidligere erfaringer og opplevd stigma, hvor kontakt med hjelpetjenestene virker å kunne bidra til at det oppleves mindre stigmatiserende å oppsøke hjelp (Vogel et al., 2007). Det bør påpekes at ettersom utvalget overrepresenterte de som tidligere har oppsøkt hjelp, kan det tenkes at det har hatt påvirkning på betydningen av stigma. Siden flere i utvalget hadde oppsøkt hjelp tidligere enn det som var observert i populasjonen, kan det derfor hende at utvalget ikke anser stigma som like betydningsfull som populasjonen.

Det kan også tenkes at kjennskap til tilbudet har sammenheng med opplevelsen av strukturelle hindringer. Det er nærliggende å tro at desto større kjennskap en har til

tjenestene som finnes, desto mindre er opplevelsen av å ikke vite hvor en kan få hjelp, ikke ha kunnskap om tjenestene, ikke vite kostnaden og hvor lang ventetiden er, som alle er faktorer som utgjør strukturelle hindringer. Videre kan kjennskap ha sammenheng med opplevelsen av engstelse, ved at en i større grad kan velge å oppsøke den tjenesten som det er knyttet minst negative følelser, bekymringer om anonymitet og flauhet til, som kan øke villighet til å oppsøke hjelp hos den hjelpetjenesten.

Tidligere funn peker på at en vil oppleve færre negative følelser ved å oppsøke hjelp dersom en opplever at utfordringene ikke er selvforskyldte og at det er mulig å bli bedre ved å oppsøke hjelp (Vogel et al., 2007, s. 48). Dersom dette er tilfelle kan en anta at både engstelse, stigma og økt velvære er nært sammenknyttet. For det første er det nærliggende å anta at dersom en opplever at utfordringene ikke er selvforskyldte, vil det heller ikke oppleves like stigmatiserende å oppsøke hjelp fordi det å ha behov for hjelp er noe alle kan oppleve. For det andre er det naturlig å anta at en opplevelse av at hjelp vil føre til at en blir bedre, altså at en ser betydningen av den hjelpen en kan få av formell hjelpesøking bidrar til økt velvære, minimerer engstelsen ved å skulle oppsøke hjelp.

Det er naturlig å anta at det finnes flere betydningsfulle sammenhenger mellom de inkluderte faktorene enn det som nevnes her. Om de nevnte sammenhengene faktisk er reelle, og hvilken påvirkning de eventuelt har hatt på funnene i denne studien er vanskelig å vite. Det er imidlertid viktig å ta hensyn til sammenhenger ved utforskning av hjelpesøking, ettersom det er såpass komplekst fenomen med mange kjente og ukjente faktorer som kan påvirke hverandres betydning for villighet til å oppsøke hjelp. Forskningslitteraturen viser til store variasjoner i hvilke faktorer som har betydning, og hvordan de påvirker hjelpesøking. Ikke bare er det tatt utgangspunkt i ulike definisjoner og teorier, men studier inkluderer ulike faktorer (Rickwood & Thomas, 2012). Dette sees også i denne studien. Til tross for at de innledende analysene peker på en sammenheng mellom villighet og hovedparten av de inkluderte faktorene, viser resultatene fra regresjonsanalysen at når en ser de i sammenheng med de andre faktorene, mister flere sin betydning. Videre er det nærliggende å tro at ved å inkludere andre faktorer i studien ville resultatene vært helt annerledes. Dette gjør det svært utfordrende å etablere en sammenheng. Ikke bare er hjelpesøking et komplekst fenomen med mange faktorer som kan påvirke hvorvidt en ønsker å oppsøke hjelp, men funnene i faglitteraturen virker i stor grad å være knyttet til situasjonelle- og metodologiske valg.

#### **5.4 Studiens styrker og begrensninger**

Denne studien har flere styrker som gjør seg gjeldende, ved at den aktualiserer og belyser et viktig tema. Det er enighet om at behov-tjenestegapet er en stor utfordring, både for de som trenger hjelp og for de som har kompetanse til å tilby den. Selv om det er et viktig forskningsfelt med stor oppmerksomhet internasjonalt, er det imidlertid begrenset med studier som har utforsket behov-tjenestegapet og hjelpesøkende atferd nasjonalt, spesielt med et studentutvalg. Denne studien gir dermed innsikt i et lite utforsket forskningsområde. Ved å ta utgangspunkt i opplevde fordeler og hindringer bidrar denne studien til å se et mer nyansert bilde av villighet til å oppsøke hjelp, hvor tidligere studier i hovedsak kun fokuserer på faktorer som begrenser hjelpesøkende atferd. Studien har imidlertid flere svakheter, og det bør derfor utvises varsomhet i tolkning og generalisering av resultatene. Videre følger en redegjørelse av sentrale begrensninger ved studien.



Til tross for høy svarprosent og lite manglende data som styrket den ytre validiteten, svekkes den på bakgrunn av at utvalget er et bekvemmelighetsutvalg. I tillegg gjenspeilte ikke utvalget den observerte bredden i populasjonen, med unntak av kjønnsfordelingen. En annen begrensning er at denne studien er en tverrsnittsundersøkelse. Selv om denne metoden har flere fordeler, blant annet at den er tidsbesparende, medførte den flere utfordringer for studien. For det første vil det ikke være mulig å si noe om årsaksforhold ettersom studien i realiteten kun viser til at det er en sammenheng mellom begrepene (Ringdal, 2018). Det kan dermed ikke utelukkes at variablene har gjensidig påvirkning på hverandre. Selv om det her har blitt hevdet at tidligere erfaring har betydning for villighet, er det sannsynlig at de studentene som har oppsøkt hjelp generelt sett har høyere villighet, som gjorde at de oppsøkte hjelp i førsteomgang. For det andre gjorde forskningsdesignet det umulig å måle hjelpesøkende atferd. Selv om villighet ansees av mange å være en sterk prediktor for hjelpesøkende atferd, og det er antatt at de samme faktorene har betydning for begge, forventes det at faktorene har ulik påvirkning på villighet sammenlignet med hjelpesøkende atferd (Nagai, 2015). Det kan også tenkes at det er andre, ukjente faktorer som påvirker samspillet mellom villighet og atferd. Betydningen av flere målinger og longitudinelle studier blir derfor fremhevet, både for å utforske sammenhengen mellom villighet og hjelpesøkende atferd, men også for å utforske kausalitet.

Ettersom datamaterialet baserer seg på kun en måling er det større risiko for målefeil, som kan påvirke studiens validitet. Mulige målefeil som kan ha vært gjeldende for denne studien er allerede redegjort for, i tillegg til vurderinger for å minimere disse (se kapittel 3.5.1). Det vil likevel nevnes at studentenes tolkning av spørsmål og svaralternativer er av betydning, og risikerer å svekke studiens validitet. For eksempel er kjennskap til tjenestetilbudet svært subjektivt, hvor det kan tenkes at noen krysser av ved å kun ha hørt om tjenesten, mens andre kun krysser av om de har god informasjon om hva slags type hjelp de kan tilby. Det kan imidlertid argumenteres for at dette ikke svekker studien nevneverdig, da det er studentenes egen opplevelse av hjelpetjenestene som er av betydning. I realiteten er det vanskelig å unngå målefeil, selv om det er nødvendig å forsøke å minimere påvirkningen de vil ha på resultatene og å ta forbehold når resultatene tolkes. Det er videre mulig å anta at utvalgsstørrelsen bidrar til å utjevne tilfeldige målefeil, noe som styrker studiens kvalitet.

Selv om måleinstrumentene er hentet fra tidligere studier, baserer de seg ikke på velutprøvde instrumenter med etablert reliabilitet. Begrepene eller kategoriene som kom ut av de inkluderte fordelene og hindringene ble imidlertid kvalitetssikret gjennom korrelasjons-, faktor- og reliabilitetsanalyser, som viste tilfredsstillende resultater. Studien kan dermed vurderes til å ha akseptabel dimensjonalitet og reliabilitet, som er en styrke som øker studiens kvalitet. Videre har utarbeidelsen av spørreskjemaet sterk forankring i det teoretiske rammeverket, som ytterligere styrker studien. Samtidig kan det vurderes om stryken hadde økt dersom villighet til å oppsøke hjelp var et sammensatt mål, til fordel for et enkeltmål.

Hjelpesøkende atferd er et komplekst fenomen, og mange faktorer kan tenkes å fremme eller begrense sannsynligheten for at hjelp oppsøkes. Ved å ha hovedfokus på opplevde fordeler og hindringer ved å oppsøke hjelp, samt å inkludere de øvrige faktorene i denne studien var det samtidig flere som ble utelatt. I tillegg peker studier på at kjønn, alder, studieår og studieretning har betydning for villighet til å oppsøke hjelp, selv om de kun ble brukt som kontrollvariabler i denne studien. Ved å inkludere andre faktorer, er det

nærliggende å tro at sammenhenger mellom faktorene ville ha endret seg, i tillegg til at det kan ha påvirket hvilke faktorer som til syvende og sist viste seg å ha betydning for villighet til å oppsøke hjelp. Valget om å inkludere noen faktorer til fordel for andre, samt andre avgrensninger som ble gjort for denne studien innebærer dermed en svekkelse av studien.



## 6 Avslutning

Misforholdet mellom prevalens av symptomer på mental uhelse og tjenestebruk er et kjent fenomen, og ansees som en av de største utfordringene for å tilby effektiv forebygging og hjelp til de som trenger det. En måte å forsøke å forstå hvorfor misforholdet mellom prevalens av symptomer på mental uhelse og tjenestebruk er såpass stort er å få større innsikt i hvilke faktorer som har betydning for hjelpesøkende atferd. Denne studien har utforsket betydningen av opplevde fordeler og hindringer på studenters villighet til å oppsøke hjelp. I dette avsluttende kapitlet vil studiens hovedfunn presenteres gjennom å konkludere med forskningsspørsmålene. Det hele avsluttes med egne refleksjoner og tanker om implikasjoner og videre forskning.

### 6.1 Studiens hovedfunn

For å ville oppsøke hjelp fremhever tidligere studier betydningen av å oppleve at å oppsøke hjelp vil ha fordeler, samtidig som en opplever at å oppsøke hjelp har få hindringer. Altså, sannsynligheten for å oppsøke hjelp er stor når gevinsten ved å få hjelp er større enn den opplevde kostnaden.

Resultatene fra denne studien peker på at en opplevelse av å oppsøke hjelp kan gi økt velvære hadde størst positiv betydning for villighet til å oppsøke hjelp av de inkluderte faktorene i denne studien. Det kan virke som at studenter opplever at formell hjelpesøking kan bistå med instrumentell og profesjonell hjelp til å takle de utfordringene en står overfor, som de ikke har tilgang til via andre kilder. Fordelsskalaen ivaretagelse var imidlertid ikke av betydning, som kan forklares ved at studentene opplever å bli ivaretatt på andre livsområder. Dette kan ansees som et positivt funn. Å oppleve høy grad av engstelse ved tanken på å oppsøke hjelp var av størst negativ betydning. Det gir mening at negative følelser knyttet til å oppsøke hjelp, samt bekymringer om anonymitet og å dele indre tanker med en fremmed vil begrense sannsynligheten for å ville oppsøke hjelp. Det var imidlertid overraskende at de andre hindringskalaene ikke var av betydning. Samtidig kan det tenkes at den emosjonelle komponenten engstelse representerer et resultat av en opplevelse av stigma, bagatellisere og strukturelle hindringer, som bidrar til å forklare hvorfor disse ikke virket å være av betydning i denne studien.

Samlet sett peker resultatene fra denne studien på at stor betydning av økt velvære, å ha oppsøkt hjelp tidligere og ha stor kjennskap til hjelpetjenestene i universitetsmiljøet har betydning for studenters villighet til å oppsøke hjelp ved at de bidrar til å øke sannsynlighet for at hjelp oppsøkes. Motsatt vil engstelse, ingen tidligere erfaring med hjelpetjenestene og lav kjennskap til studiene minimere sannsynligheten for at en student ønsker å oppsøke hjelp. I tillegg virker det å være betydelig forskjell i villighet dersom en er en mannlig student ved første- eller andreåret på en utdanning ved et teknologi- eller naturvitenskapelig fakultet sammenlignet med en kvinnelig student på sisteåret ved en helsevitenskapelig utdanning.

Samtidig må det påpekes at det kan være store individuelle forskjeller i hjelpesøking, og at for en student kan en enkelt hindringsfaktor være av større betydning enn alle de andre hindringene og fordelene ved å oppsøke hjelp. I tillegg har denne studien utforsket sammenhengen mellom ulike antatt betydningsfulle faktorer og villighet til å oppsøke hjelp. Det er viktig å være klar over at dette ikke nødvendigvis tilsier at de faktorene som

var av betydning i denne studien faktisk påvirker hjelpesøkende atferd, selv om det er naturlig å anta at det har en viss overføringsverdi.

## **6.2 Avsluttende refleksjoner**

Det er urovekkende at såpass stor andel av norske studenter opplever å ha utfordringer som preger hverdagen. Enten om de ikke opplever å ha et behov, ikke erkjenner at de burde oppsøke hjelp, eller opplever at kostnaden ved å oppsøke hjelp er såpass høy at de lar være, er det uansett tydelig at flere studenter burde få hjelp hos profesjonelle hjelpetjenester. Med tanke på antallet hjelpetjenester studenter har tilgang på, og at de enten er helt gratis eller har lav kostnad, burde det oppleves som enkelt å oppsøke hjelp. Behov-tjenestegapet peker imidlertid på at dette ikke er tilfelle. Dersom studenters mentale helse fortsetter den samme negative trenden som den virker å ha gjort de siste tiårene, uten at tjenesteb Bruken øker, vil dette bli en enda større utfordring som kan ha store negative ringvirkninger.

Å utvikle tjenestetilbudet slik at hjelp kan tilbys på nye og andre måter hva det gjøres i dag kan være nyttig. Med en økende digitalisert hverdag for studentene, spesielt gjennom koronapandemien, kan teknologiske verktøy være en nyttig ressurs. Ved å for eksempel utvikle og kvalitetssikre selv-hjelpeverktøy i regi av hjelpetjenestene kan en tilby hjelp til flere, uten at det opptar hjelpetjenestenes begrensede ressurser samtidig som det kan bidra til å senke terskelen for å oppsøke hjelp for noen studenter. Uavhengig hvilken retning hjelpetjenesten utvikler seg videre, er det nødvendig å få større forståelse for hvordan hjelpesøking oppleves for de som skal oppsøke tjenestene – og bruke det som utgangspunkt for å videre utvikle tilbudet.

## **6.3 Implikasjoner og videre forskning**

Mange studier har utforsket hjelpesøking blant studenter, og hvilke faktorer og på hvilken måte disse kan påvirke ønsket om å oppsøke hjelp. Det er imidlertid få studier som har utforsket dette nasjonalt. Det er naturlig å anta at kulturelle forskjeller, samt forskjeller i universitetsmiljøene gjør at en bør være varsom med å generalisere internasjonale funn til den norske studentpopulasjonen. Det bør derfor vies større oppmerksomhet til å utforske dette fagfeltet nasjonalt for å få innsikt i hva som er av betydning for norske studenter.

På bakgrunn av at en kan sette spørsmålsteget ved hvor stor prediktor villighet er for hjelpesøkende atferd fremheves betydningen av studier med flere målinger og longitudinelle studier. Dette kan gi innsikt i hvor stor grad høy villighet fører til hjelpesøkende atferd, men det gir også en mulighet til å utforske hvordan ulike faktorer påvirker om hjelp faktisk oppsøkes eller ikke.

Videre kan det være nyttig å i større grad utforske gruppeforskjeller for å identifisere hvilke grupper som er mest utsatt for å utvikle symptomer på mental uhelse, og samtidig minst sannsynlig for å oppsøke hjelp. Selv om denne studien observerte forskjeller blant kjønnene, studieretning og studieår, var det på grunn av omfanget ikke mulig å utforske disse forskjellene nærmere. Det kan likevel tenkes at innsikt i forskjeller mellom grupper kan skape et utgangspunkt for å utvikle ressurser for å gjøre det enklere å oppsøke hjelp for de gruppene som er minst sannsynlig å oppsøke hjelp.

Avslutningsvis vil det påpekes at det er nødvendig å utvikle både definisjoner, teoretiske rammeverk og måleinstrument som kan oppnå allmenn aksept i fagfeltet. Dette vil gjøre at det er mulig å sammenligne studier i større grad, som er en forutsetning for å få reell kunnskap om hvilke faktorer som er av betydning for hjelpesøkende atferd.



## Litteraturliste

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.  
[https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Baker, G. (2007) Adolescents, social support and help-seeking behavior: An international literature review and programme consultation with recommendations for action. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43778>
- Benton, S. A., Robertson, J. M., Tseng, W. C., Newton, F. B. & Benton, S. L. (2003). Changes in counseling center client problems across 13 years. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 66-72.  
<https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.1.66>
- Bjerkan, A. M. (2012). Faktoranalyse. I T.A. Eikemo og T.H. Clausen (Red.), *Kvantitativ analyse med SPSS: En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Bornschlegl, M., Meldrum, K. & Caltabiano, N. J. (2020). Variables related to academic help-seeking behavior in higher education. Findings from a multidisciplinary perspective. *Review of Education*, 8(2), 486-522.  
<https://doi.org/10.1002/rev3.3196>
- Cadigan, J. M., Duckworth, J. C. & Lee, C. M. (2022). Physical and mental health issues facing community college students. *Journal of American College Health*, 70(3), 891-897. <https://doi.org/10.80/07448481.2020.1776716>
- Champion, V. L. & Skinner, C. S. (2008). The Health Belief Model. I K. Glanz, B.K. Rimer & K. Viswanath (Red.), *Health behavior and health education*. (4.utg.) Jossey-Bass.
- Chandrasekara, S. (2016). Help seeking attitudes and willingness to seek psychological help: Application of the Theory of Planned Behavior. *International Journal of Management, Accounting and Economics*, 3(4). ISSN 2383-2126.
- Clausen, T. H. & Johansen, V. (2012). Chronbachs alfa. I T.A. Eikemo og T.H. Clausen (Red.), *Kvantitativ analyse med SPSS: En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Cheung, A. C. K. & Slavin, R. E. (2016). How methodological features affect effect sizes in education. *Educational Researcher*, 45(5), 283-292.  
<https://doi.org/10.3102/0013189X16656615>
- Cohen, B. Z. (1999). Measuring the willingness to seek help. *Journal of Social Service Research*, 26(1), 67-82. [https://doi.org/10.1300/J079v26n01\\_04](https://doi.org/10.1300/J079v26n01_04)
- Cramer, K. M. (1999). Psychological antecedents to help-seeking behavior: A reanalysis using path modeling structures. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 381-387. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.46.3.381>
- Doll, C. M., Michel, C., Rosen, M., Osman, N., Schimmelmann, B. G. & Schultze-Lutter, F. (2021). Predictors of help-seeking behavior in people with mental health problems: A 3-year prospective community study. *BMC Psychiatry*, 21(432), 1-11.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03435-4>
- Dong, Y. & Peng, C. Y. J. (2013). Principled missing data methods for researchers. *Springer Plus*, 2(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-222>
- Dunley, P. & Papadopoulos, A. (2019). Why is it so hard to get help? Barriers to help-seeking in postsecondary students struggling with mental health issues: A scoping review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 17, 699-715.  
<https://doi.org/10.1007/s11469-018-0029-z>



- Dunn, E. (2014). Overcoming help-seeking barriers and service demands on Canadian university campuses and the role of campus support services [Doktorgradsavhandling, University of Alberta i Canada].  
[https://era.library.ualberta.ca/items/597c10e6-30ba-4572-a24c-10561ba46c7d/view/d3162ddc-9062-4434-820c-db2a85d575a1/Dunn\\_Erica\\_I\\_201408\\_PhD.pdf](https://era.library.ualberta.ca/items/597c10e6-30ba-4572-a24c-10561ba46c7d/view/d3162ddc-9062-4434-820c-db2a85d575a1/Dunn_Erica_I_201408_PhD.pdf)
- Ebert, D. D., Mortier, P., Kaehlke, F., Bruffaers, R., Baumeister, H., Auerbach, R. P., Alonso, J., Vilagut, G., Martinez, K. U., Lochner, C., Cuijpers, P., Kuechler, A. M., Green J., Hasking, P., Lapsley, C., Sampson, N. A. & Kessler, R. C. (2019). Barriers of mental health utilization among first-year college students: First cross national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(4), 1-14.  
<https://doi.org/10.1002/mpr.1782>
- Eikemo, T. A. & Clausen, T.H. (2012). *Kvantitativ analyse med SPSS: En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Eisenberg, D., Hunt, J., Speer, N. & Zivin, K. (2011). Mental health service utilization among college students in the United States. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(5), 301-308. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182175123>
- Erkan, S., Özbay, Y., Cihangir-Çankaya, Z. & Terzi, S. (2012). The prediction of university students' willingness to seek counseling. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 12(1), 35-42. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ978431.pdf>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5.utg.). SAGE
- Flaherty, J. (2010). *Coaching: Evoking excellence in others* (3.utg.). Routledge.
- Garlow, S. J., Rosenberg, J., Moore, J. D., Haas, A. P., Koestner, B., Hendin, H. & Nemeroff, C. B. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American foundation for suicide prevention college screening project at Emory university. *Depression and Anxiety*, 25(6), 482-488.  
<https://doi.org/10.1002/da.20321>
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H. & Brewer, J. L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC Psychiatry*, 12(81), 1-12.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-81>
- Haraldsen, G. (2012). Spørreskjema og spørreskjemaundersøkelser. I T.A. Eikemo og T.H. Clausen (Red.), *Kvantitativ analyse med SPSS: En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Heck, E., Jaworska, N., DeSomma, E., Dhoopar, A. S., MacMaster, F. P., Dewey, D. & MacQueen, G., 2014. A survey of mental health services at post-secondary institutions in Alberta. *Ila Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(5), 250-258.  
<https://doi.org/10.1177/070674371405900504>
- Hubbard, K., Reohr, P., Tolcher, L. & Downs, A. (2018). Stress, mental health symptoms, and help-seeking in college students. *Psi Chi Journal of Psychological Research*, 23(4), 293-305. <https://doi.org/10.24839/2325-7342.JN23.4.293>
- Kalkbrenner, M. T. & Neukrug, E. S. (2018). Identifying barriers to attendance in counseling among adults in the United States: Confirming the factor structure of the revised Fit, Stigma & Value Scale. *The Professional Counselor*, 8(4), 299-313.  
<https://doi.org/10.15241/mtk.8.4.299>
- Kennair, L. E. O. (2020, 31. august). *Opplevelse*. Store Norske Leksikon.  
<https://snl.no/opplevelse>

- Kearns, M., Muldoon, O. T., Msetfi, R. M. & Surgenor, P. W. G. (2015). Understanding help-seeking amongst university students: The role of group identity, stigma, and exposure to suicide and help-seeking. *Frontiers in Psychology*, 6(1462), 1-8.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01462>
- Kitzrow, M. A. (2003). The mental health needs of today's college students: Challenges and recommendation. *NASPA Journal*, 41(1), 167-181.  
<https://doi.org/10.2202/1949-6605.1310>
- Knapstad, M., Heraldstveit, O. & Sivertsen, B. (2018). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse 2018*. SHOT 2018.  
[https://khrono.no/files/2018/09/05/SHOT%202018%20\(1\).pdf](https://khrono.no/files/2018/09/05/SHOT%202018%20(1).pdf)
- Kvalsund, R. (2020). *Coaching: Metode, prosess, relasjon* (2.utg.). Synergy Publishing.
- Landrø, K. & Rønning, W. M. (2018). Studieveiledning i høyere utdanning – en kompleks og utfordrende oppgave. *Universitetsforlaget*, 41(3), 331-346.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN.1893-8981-2018-03-12>
- Langley, E. L., Clark, G., Murray, C. & Wootton, B. M. (2021). The utility of the health belief model variables in predicting help-seeking intention for depressive symptoms. *Australian Psychologist*, 56(3), 233-244.  
<https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1893598>
- Lerfaldet, H. C. (2020, 5. mars). Både klasse og kjønn påvirker utradisjonelle utdanningsvalg. *Kjønnsforskning*.  
<https://kjonnsforskning.no/nb/2020/03/bade-klasse-og-kjonn-pavirker-utradisjonelle-utdanningsvalg>
- Lervåg, M. L. (2021, 12. august). *Dette er de største studiestedene i Norge*. Statistisk Sentralbyrå.  
<https://www.ssb.no/utdanning/hoyere-utdanning/statistikk/studenter-i-universitets-og-hogskoleutdanning/artikler/dette-er-de-storste-studiestedene-i-norge>
- Martin, G. L. & Seifert, T. A. (2011). The relationship between students' interactions with student affairs professionals and cognitive outcomes in the first year of college. *Journal of Student Affairs Research and Practice*, 48(4), 389-410.  
<https://doi.org/10.2202/1949-6605.6198>
- Martín-Arbós, S., Castarlenas, E. & Dueñas, J. M. (2021). Help-seeking in an academic context: A systematic review. *Sustainability*, 13(4460), 1-16.  
<https://doi.org/10.3390/su13084460>
- Nagai, S. (2015). Predictors of help-seeking behavior: Distinction between help-seeking intentions and help-seeking behavior. *Japanese Psychological Research*, 57(4), 313-322. <https://doi.org/10.1111/jpr.12091>
- Nardi, P. M. (2014). *Doing survey research: A guide to quantitative methods* (3.utg.). Routledge.
- Nedregård, T. (2010). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse. SHoT 2010*.  
[http://lykkepromille.no/wp-content/uploads/2016/04/SHoT-2010\\_Rapport.pdf](http://lykkepromille.no/wp-content/uploads/2016/04/SHoT-2010_Rapport.pdf)
- Neighbors, H. W. (1985). Seeking professional help for personal problems: Black Americans' use of health and mental health services. *Community Mental Health Journal*, 21(3), 156-166. <https://doi.org/10.1007/BF00754731>
- NESH (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. ISBN: 978-82-7682-101-7
- NTNU. (u.å.). *Helsetjenester. For studenter*. Hentet 1. mars 2020 fra <https://i.ntnu.no/helsetjenester>

- Nygård, G. (2021, 8. april). *Rekordmange studenter i 2020*. Statistisk Sentralbyrå.  
<https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/rekordmange-studenter-i-2020>
- Nøkleby, H., Borge, T. C. & Johansen, T. B. (2021). *Konsekvenser av covid-19 pandemien for barn og unges liv og psykiske helse: Oppdatering av en hurtigoversikt*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2021/oppdatering-av-hurtigoversikt-covid-barn-002.pdf>
- O'Connor, P. J., Martin, B., Weeks, C. S. & Ong, L. (2014). Factors that influence young people's mental health help-seeking behavior: A study based on the Health Belief Model. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2577-2587.  
<https://doi.org/10.1111/jan.12423>
- Oswalt, S. B., Lederer, A. M. & Chestnut-Steich, K. (2019). Who is willing to come back? College students' willingness to seek help after using campus mental health services. *Journal of American College Health*, 67(1), 10-16.  
<https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1462818>
- Oswalt, S. B., Lederer, A. M., Chestnut-Steich, K., Day, C., Halbritter, A. & Ortiz, D. (2020). Trends in college students' mental health diagnoses and utilization of services, 2009-2015. *Journal of American College Health*, 68(1), 41-51.  
<https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1515748>
- Pheko, M. M., Chilisa, R., Balogun, S. K. & Kgathi, C. (2013). Predicting intentions to seek psychological help among Botswana university students. The role of stigma and help-seeking attitudes. *SAGE Open*, 3(3).  
<https://doi.org/10.1177/2158244013494655>
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J. Y. & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903.  
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.88.5.879>
- Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(3), 218-251. <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>
- Rickwood, D. J., Deane, F. P. & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187(7), 35-39. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>
- Rickwood, D. & Thomas, K. (2012). Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research and Behavior Management*, 2012(5), 173-183. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S38707>
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4.utg.). Fagbokforlaget.
- Rønning, W. & Landrø, K. (2015). *Studieveiledningstilbudet til NTNU-studenter: Status og utfordringer*. Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitet.
- Saleeby, J. R. (2000). Health beliefs about mental illness: An instrument development study. *American Journal of Health Behavior*, 24(2), 83-95.  
<https://doi.org/10.5993/AJHB.24.2.1>
- Setiawan J. L. (2006). Willingness to seek counseling, and factors that facilitate and inhibit the seeking of counseling in Indonesian undergraduate students. *British Journal of Guidance & Counseling*, 34(3), 403-419.  
<https://doi.org/10.1080/03069880600769654>

- Sivertsen, B. (2021). *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse. Tilleggsundersøkelse 2021*. SHoT.  
<https://sioshotstorage.blob.core.windows.net/shot2018/SHOT2021.pdf>
- Smith, J. P., Tran, G. Q. & Thompson, R. D. (2008). Can the Theory of Planned Behavior help explain men's psychological help-seeking? Evidence for a mediation effect and clinical implications. *Psychology of Men & Masculinity*, 9(3), 179-192.  
<https://doi.org/10.1037/a0012158>
- Sullivan, G. M. & Feinn, R. (2012). Using effect size – or why the *p* value is not enough. *Journal of Graduate Medical Education*, 4(3), 279-282.  
<https://doi.org/10.430/JGME-D-12-00156.1>
- Tomczyk, S., Schomerus, G., Stolzenburg, S., Muehlan, H. & Schmidt, S. (2020). Ready, willing, able? An investigation of the Theory of Planned Behavior in help-seeking for a community sample with current untreated depressive symptoms. *Prevention Science*, 21, 749-760. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01099-2>
- Topkaya, N., Sahin, E. & Meydan, B. (2017). The development, validity and reliability of the barriers to seeking psychological help scale for college students. *International Journal of Higher Education*, 6(1), 48-62. <https://10.5430/ijhe.v6n1p48>
- Tsitsas, G., Nanopoulos, P. & Paschali, A. (2019). Life satisfaction, and anxiety levels among university students. *Creative Education*, 10(5), 947-961.  
<https://doi.org/10.4236/ce.2019.105071>
- UiO. (u.å.). *Utfordringer i studiehverdagen*. Hentet 1. mars 2020 fra  
<https://www.uio.no/livet-rundt-studiene/tjenester/radgivning/>
- Vogel, D. L., Wade, N. G. & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 40-50.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.40>
- Vogel, D. L. & Armstrong, P. I. (2010). Self-concealment and willingness to seek counseling for psychological, academic, and career issues. *Journal of Counseling & Development*, 88(4), 387-396.  
<https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00038.x>
- Vidourek, R. A., King, K. A., Nabors, L. A. & Merianos, A. L. (2014). Students' benefits and barriers to mental help-seeking. *Health Psychology and Behavioral Medicine: An Open Access Journal*, 2(1), 1009-1022.  
<https://doi.org/10.1080/21642850.2014.963586>
- Watkins, D. C., Hunt, J. B. & Eisenberg, D. (2011). Increased demand for mental health services on college campuses: Perspectives from administrators. *Qualitative Social Work*, 11(3), 319-337. <https://doi.org/10.1177/1473325011401468>
- Xu, Z., Huang, F., Kösters, M., Staiger, T., Becker, T., Thornicroft, G. & Rüsçh, N. (2018). Effectiveness of interventions to promote help-seeking for mental health problems: systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48, 2658-2667. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001265>
- Yorgason, J., Linville, D. & Zitman, B. (2008). Mental health among college students: Do those who need service know about and use them? *Journal of American College Health*, 57(2), 173-182. <https://doi.org/10.3200/JACH.57.2.173-182>

# Vedlegg

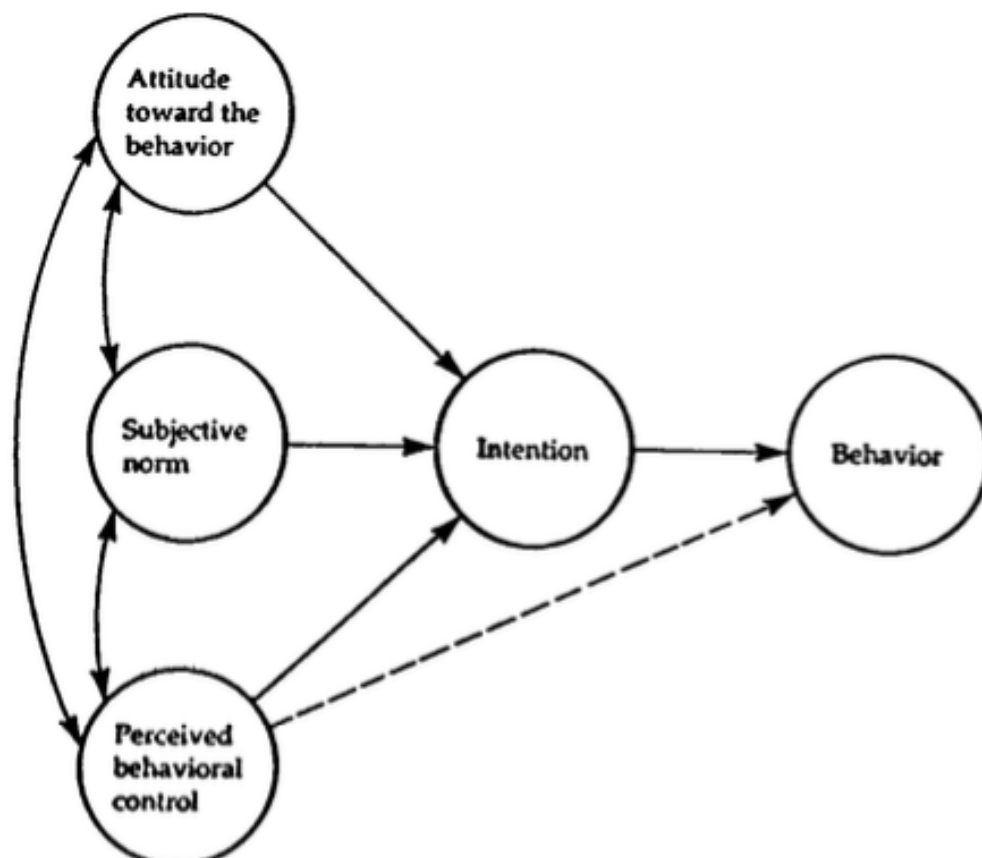
## Vedlegg A: Teorier om hjelpesøkende atferd

Figur A-1. Modell om hjelpesøkende atferd



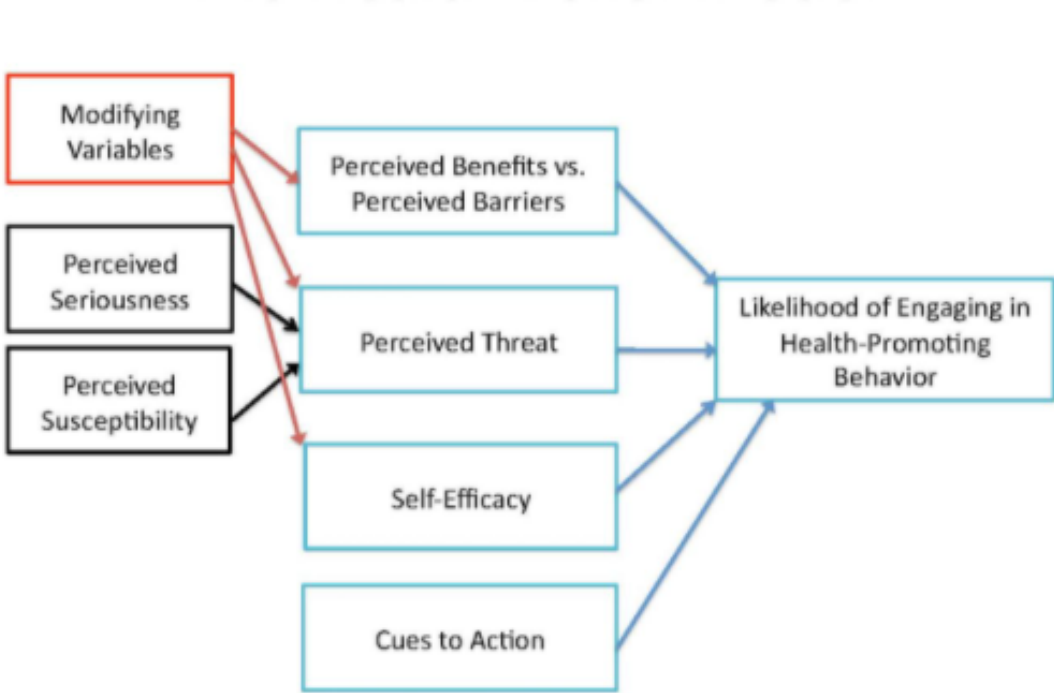
Notat. Hentet fra «Young people ´s help-seeking for mental health problems» (Rickwood et al., 2005).

Figur A-2. Teori om planlagt atferd



Notat. Hentet fra «The Theory of Planned Behavior» (Ajzen, 1991).

**Figur A-3.** Helseantagelsesmodell



*Notat.* Hentet fra «The Health Belief Model» (Champion & Skinner, 2008).

## Vedlegg B: Informasjon om utvalget

**Tabell B-1.** Svarfordeling i n-antall og prosentfordeling

	<i>n</i>	%
Kjønn		
Kvinne	282	59
Mann	193	40
Annet	2	0
Alder		
Under 18 år	0	0
18 år	1	0
19 år	49	10
20 år	122	26
21 år	125	26
22 år	94	20
23 år	31	7
24 år	23	5
25 år	15	3
26 år	5	1
27 år eller eldre	11	2
Studieår		
Første- og andreåret	372	78
Tredje- og fjerdeåret	84	18
Femteåret eller mer	20	4
Studieretning		
Helse	15	3
HUMSAM	229	48
Økonomi	123	26
Teknologi	109	23

*Notat.* Prosenttall er rundet av til nærmeste hele tall. *n* viser til antallet. % viser til svarprosent.

## Vedlegg C: Tilbakemelding fra NSD

02.03.2022, 12:26

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

### Referansenummer

452063

### Prosjekttittel

Hjelpesøkende atferd blant studenter

### Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) /  
Institutt for pedagogikk og livslang læring

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kristin Landrø, [REDACTED]

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Emmy Høiseith, [REDACTED]

### Prosjektperiode

04.01.2022 - 01.06.2022

### Vurdering (1)

#### 23.02.2022 - Vurdert anonym

Det fremgår av meldeskjema den 23.02.2022 med vedlegg og dialog at det ikke skal behandles opplysninger i prosjektet som kan identifisere enkeltpersoner verken direkte eller indirekte.

Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra Personverntjenester.

**HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER?**  
Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger.

#### VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging.

Kontaktperson hos oss: Silje F. Opsvik  
Lykke til med prosjektet!



## Vedlegg D: Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *“Hjelpesøkende atferd blant studenter”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hjelpesøkende atferd blant studenter ved [REDAKTERT]. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltagelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette prosjektet ønsker å undersøke hva som påvirker studenter i prosessen med å skulle oppsøke profesjonelle hjelpetjenester tilbudt i universitetsmiljøet. Dette prosjektet er en del av en masteroppgave knyttet til masterprogrammet Rådgivningsvitenskap. Det er Institutt for pedagogikk og livslang læring ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) som er ansvarlig for forskningsprosjektet.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Du er invitert til å delta i dette prosjektet fordi du er student ved [REDAKTERT] og oppmeldt til minst ett fag hvor du deltar i forelesningene. Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et spørreskjema. Det vil ta deg mellom 3-5 minutter. Spørreskjemaet inneholder spørsmål om du har opplevd noen utfordringer som har preget din studiehverdag, samt hvilke fordeler og hindringer du opplever ved å skulle oppsøke hjelp ved et eventuelt behov i fremtiden. Dine svar fra spørreskjemaet blir registrert elektronisk, uten mulighet til å knyttes til deg som person.

#### **Det er frivillig å delta**

Hvis du velger å delta, kan du når som helst underveis i undersøkelsen trekke ditt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Dine svar vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg dersom du ikke ønsker å delta eller velger å trekke deg underveis.

#### **Ditt personvern - anonymitet**

Vi behandler dine svar basert på ditt samtykke. Spørreundersøkelsen er helt anonym, og det vil ikke samles inn noen opplysninger som kan knyttes til deg som person. Materialet som samles inn fra spørreundersøkelsen vil lagres på en kryptert fil. Dine svar vil kun bli brukt til de formålene som er beskrevet i dette infoskrivet, og behandles i samsvar med personregelverket.

På oppdrag av Institutt for pedagogikk og livslang læring ved NTNU har NSD - Norsk Senter for Forskningsdata AS vurdert at det ikke behandles opplysninger som kan direkte eller indirekte identifisere enkeltpersoner.

### **Kontaktinformasjon**

Hvis du har spørsmål til studien, ta kontakt med

- Institutt for pedagogikk og livslang læring ved NTNU, ved Emmy Høiseith på e-post [redacted], eller Kristin Landrø på e-post [redacted]
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen på e-post ([thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no)) eller på telefon: 930 79 038.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD - Norsk Senter for Forskningsdata AS på e-post ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 532 11 500.

Med vennlig hilsen

Kristin Landrø  
(Veileder)

Emmy Høiseith  
(Student)

## Vedlegg E: Observert bredde i utvalg og populasjon

**Tabell E-1.** Sammenligning av observert bredde i utvalg og populasjon for kjønn, alder, fakultet og tidligere erfaring

Variabel	Gruppe	Observert % i utvalg	Observert % i populasjon	Henvisning
Kjønn	Kvinner	59	60	Nygård (2021)
	Menn	40	40	
Alder	Yngre enn 22 år	62	22	Keute (2018)
	22-24 år	31	30	
	Over 24 år	7	48	
Fakultet	Helse	3	11	HKDIR (2021)
	HUMSAM	48	38	
	Økonomi	26	50	
	Teknologi	23	50	
Tidligere erfaring	Oppsøkt hjelp	37	23	Sivertsen (2021)
	Ikke oppsøkt hjelp	63	78	

*Notat.* Kategoriene gjenspeiler ikke nødvendigvis kategoriene som benyttes i studien, men baseres på kategoriene som vises til i henvisningene. Prosenttall er rundet av til nærmeste hele tall.

## Vedlegg F: Spørreskjema

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

### Velkommen!

I denne undersøkelsen vil du ha mulighet til å dele dine opplevelser med å oppsøke hjelp ved et eventuelt behov i fremtiden. Innsikt fra dette prosjektet kan bidra til å forstå prosessen med å skulle oppsøke hjelp, og hvordan hjelpetjenester i universitetsmiljøet kan tilrettelegges for å gjøre det enklere å ta kontakt og få hjelp når du trenger det. Undersøkelsen vil ta deg ca. 3-5 minutter, og er en del av et masterprosjekt ved [redacted] våren 2022.

Dersom du ønsker kan du [lese mer om studien og din deltagelse her!](#)

### Samtykker du til å delta i denne studien? \*

Dersom du trykker ja og går videre til undersøkelsen samtykker du til å delta i studien. Hvis du ikke ønsker å delta kan du avslutte nå. Dersom du underveis i undersøkelsen ikke ønsker å delta, kan du avslutte uten at svarene dine lagres.

Ja, jeg samtykker til at mine svar samles og lagres

Neste side

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

### Hvilket kjønn identifiserer du deg med?

Kvinne

Mann

Annet/ønsker ikke å svare

### Hvor gammel er du?

Velg ...

### Hvor mange semestre har du vært student ved et universitet eller høyskole?

Antall studiepoeng er irrelevant. Om du har tatt et deltidsstudie eller av andre årsaker har mindre enn 30 studiepoeng i løpet av et semester telles dette fremdeles. Tell med ditt inneværende semester.

Velg ...

Hvilket fakultet hører du og ditt studie til?

- Fakultet for [REDACTED]
- [REDACTED]
- Fakultet for [REDACTED]
- Fakultet for [REDACTED]
- Fakultet for [REDACTED]
- Fakultet for [REDACTED]
- Fakultet for [REDACTED]
- Fakultet for [REDACTED]
- [REDACTED]
- Usikker/vet ikke

Forrige side

Neste side

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Kjenner du til noen av disse tjenestene?

Kryss av for de som gjelder. Dersom du ikke kjenner til noen av tjenestene hopper du over spørsmålet.

- Studieveileder
- Studentservice
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- Studentombudet
- Studentprestene
- Studenthumanistene
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Har du tidligere vært eller er nå i kontakt med en eller flere av disse studieveiledningstjenestene?

Kryss av for de som gjelder. Dersom du ikke har vært i kontakt med noen av tjenestene hopper du over spørsmålet.

Studieveileder

Studentservice

[REDACTED]

[REDACTED]

Studentombudet

Studentprestene

Studenthumanistene

[REDACTED]

[REDACTED]

Om du i fremtiden opplever en utfordring som skaper stress og påvirker hverdagen, hvor sannsynlig er det at du oppsøker hjelp hos en profesjonell hjelpetjeneste?

Med profesjonell hjelpetjeneste menes tjenester i universitetsmiljøet, privat og offentlig sektor som har kompetanse til å hjelpe deg med ulike utfordringer du måtte ha.

Svært usannsynlig

Lite sannsynlig

Verken eller

Litt sannsynlig

Svært sannsynlig

[Forrige side](#)

[Neste side](#)

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

### Har du i løpet av din studietid kontaktet eller vurdert å kontakte en eller flere studieveiledningstjenester?

Med studieveiledningstjenester menes de tjenestene som er tilgjengelig i universitetsmiljøet, blant annet gjennom fakultet/institutt og [REDACTED]

- Ja, og opplevde å få den hjelpen jeg trengte
- Ja, men opplevde ikke å få den hjelpen jeg trengte
- Ja, men fikk ikke tilbud om hjelp
- Nei, men har vurdert å ta kontakt
- Nei, har hatt behov for hjelp, men ikke vurdert tatt kontakt
- Nei, har ikke hatt behov for hjelp så har heller ikke tatt kontakt

### Har du i løpet av din studietid hatt utfordringer knyttet til ...?

Dersom du ikke har opplevd noen utfordringer kan du hoppe over dette spørsmålet

- Personlige tema; for eksempel relasjoner, seksualitet, økonomi
- Helserelaterte tema; for eksempel rus, ensomhet, fysisk sykdom
- Karriererelaterte tema; for eksempel jobbmuligheter, utveksling, andre utdanningsmuligheter
- Studietekniske tema; for eksempel eksamen, tidsplanlegging, motivasjon
- Andre tema

I hvor stor grad opplever du at ulike utfordringer eller problemer påvirker din hverdag eller evne til å gjennomføre skolearbeidet?

- I svært liten grad
- I liten grad
- Verken eller
- I stor grad
- I svært stor grad

[Forrige side](#)

[Neste side](#)

I hvilken grad tror du følgende faktorer vil påvirke ditt ønske om å oppsøke hjelp dersom du får behov for å oppsøke hjelp i fremtiden?

	Vil ikke påvirke meg	I liten grad	Verken eller	I stor grad	I svært stor grad
Forbedret mental helse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mer optimistisk holdning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bli bedre på å dele følelser med andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mer glede	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forbedrede relasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mer energi i hverdagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Økt selvtillit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mulighet til å få en løsning på egne utfordringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Økt sosial støtte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redusert stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Økt livskvalitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedre søvn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bedre selvbevissthet og personlig vekst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forbedrede kommunikasjonsferdigheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Bedre humør	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Større aksept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mindre skam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Større kapasitet til å takle utfordringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mulighet til å dele indre tanker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ikke stå alene med utfordringene mine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forhindre at jeg slutter på studiet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

I hvilken grad tror du følgende faktorer vil påvirke ditt ønske om å oppsøke hjelp dersom du får behov for å oppsøke hjelp i fremtiden?

	Vil ikke påvirke meg	I liten grad	Verken eller	I stor grad	I svært stor grad
Har ikke nok tid til å oppsøke hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekymret for anonymitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på motivasjon til å oppsøke hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Flauhet eller skam for å oppsøke hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mangel på kunnskap om eller kjennskap til relevante tjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vil heller løse utfordringene på egenhånd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tjenestene har ikke god nok kvalitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redd eller nervøs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tjenestene er kun for de med mer alvorlige problemer eller utfordringer enn mine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekymret for hva andre vil tenke om jeg oppsøker hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dårlig erfaring med å oppsøke hjelp fra tidligere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vet ikke hvem som kan hjelpe meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snakker heller med venner eller slektninger enn å oppsøke hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ønsker ikke å snakke med fremmede om mine utfordringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Økonomiske aspekter; behandlingskostnad, ikke råd til å ta fri fra jobb for å oppsøke hjelp o.l.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilgjengelige tjenester	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har alt brukt opp min kvote for å oppsøke hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det vil være for mye styr med å oppsøke hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Studietiden vil bli mer negativt enn positivt påvirket av å oppsøke hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Å oppsøke hjelp kan skade min fremtidige yrkeskarriere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg vil ikke ha store nok utfordringer til å måtte oppsøke hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventetiden for å få hjelp er for lang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å oppsøke hjelp kan skade ryktet mitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å oppsøke hjelp vil ikke være nødvendig fordi utfordringene mine går over av seg selv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg ville tenkt negativt om meg selv dersom jeg må oppsøke hjelp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tror at å oppsøke hjelp vil være for konfronterende for meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er redd for å ikke bli tatt på alvor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fysisk utforming av lokaler til hjelpetjenestene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

---

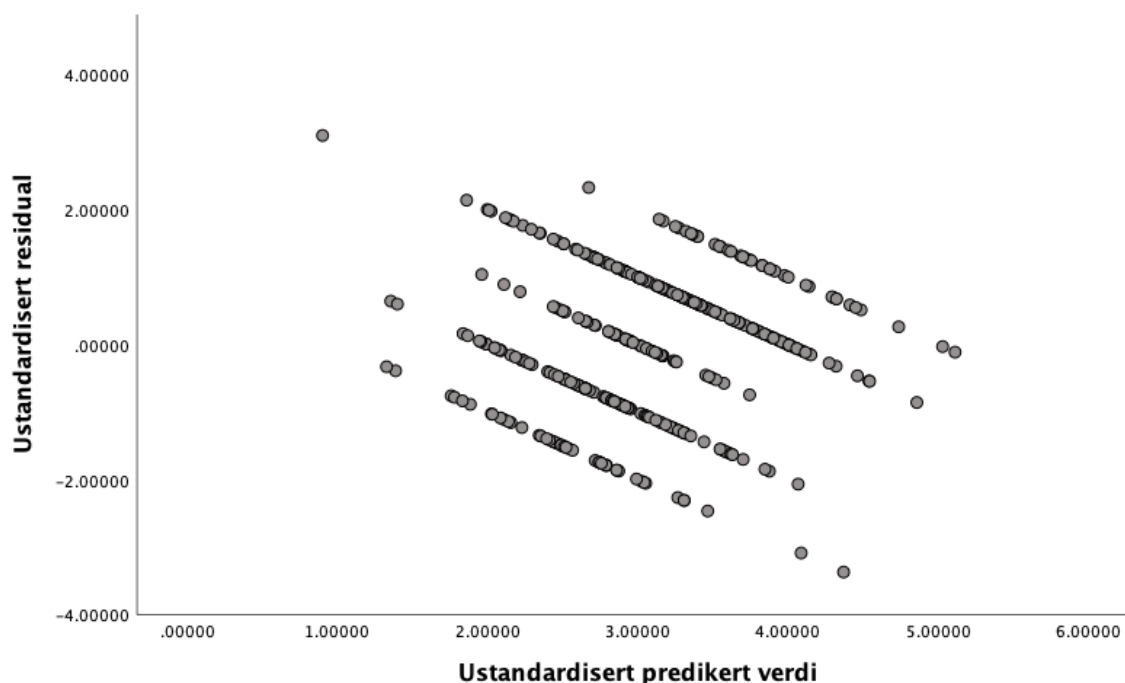
[Forrige side](#)

[Send](#)

## Vedlegg G: Forutsetninger for regresjonsanalyse

**Forutsetning 1.** Fravær av heteroskedastisitet

**Figur G-1.** Testing for fravær av heteroskedastisitet på den avhengige variabelen villighet



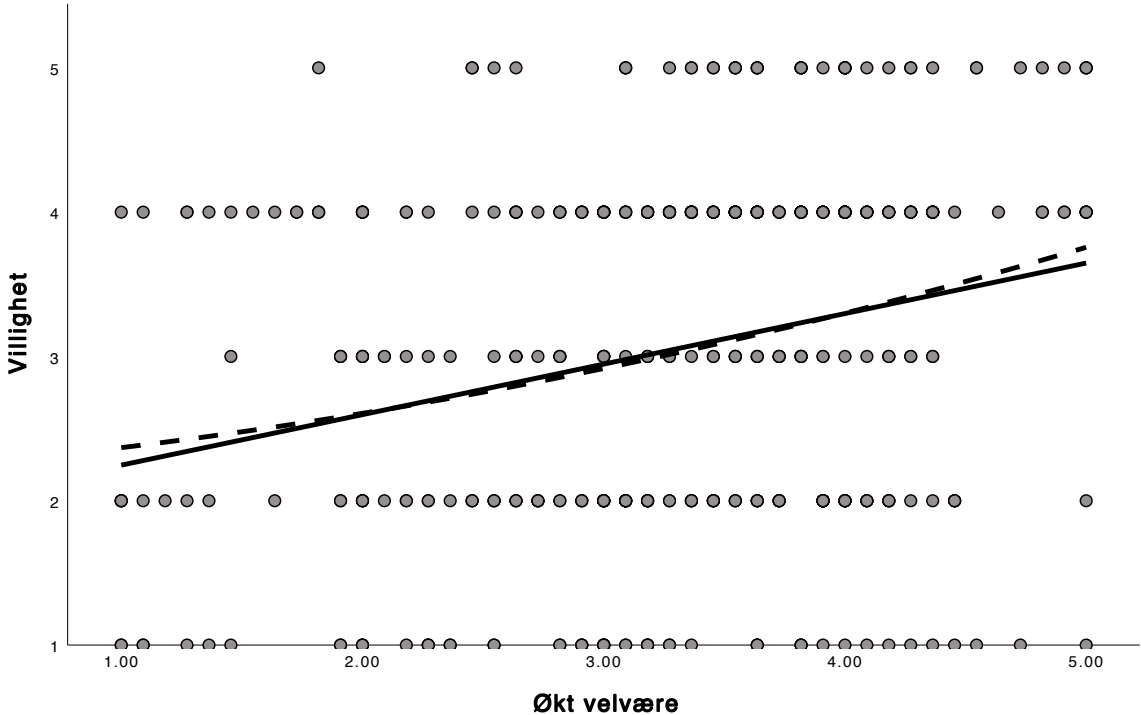
**Forutsetning 2.** Fravær av multikollinearitet

**Tabell G-1.** Testing for fravær av multikollinearitet på den avhengige variabelen villighet

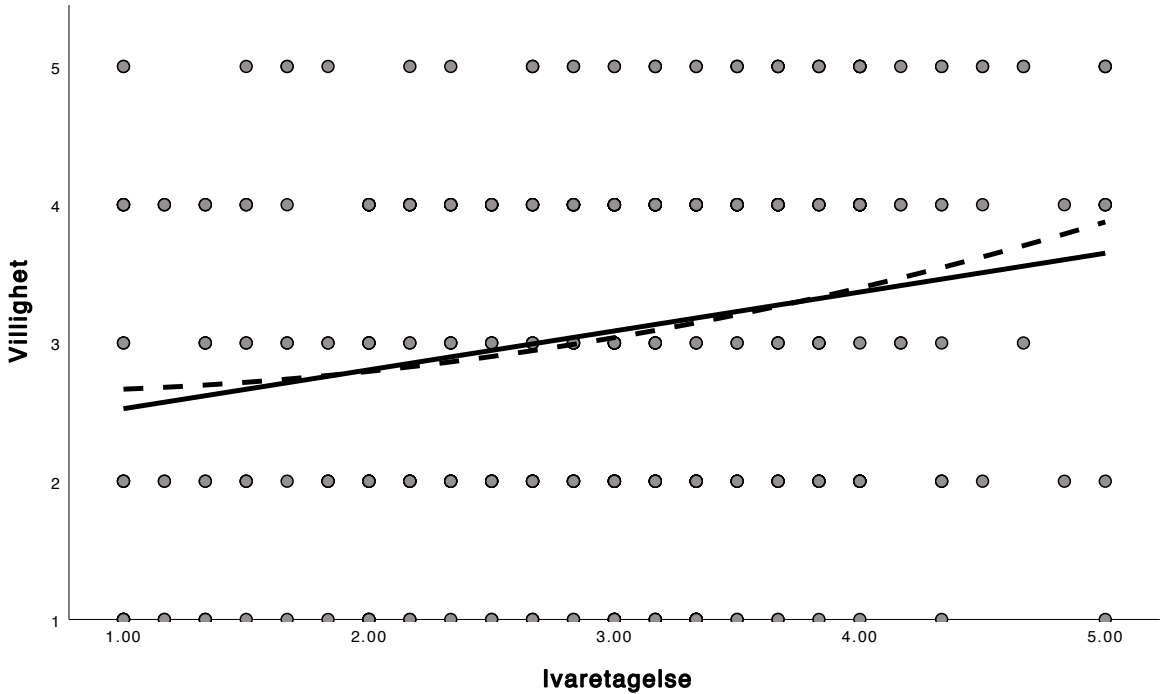
Variabel	Toleranse	VIF
Kjønn	.92	1.09
Alder	.50	1.99
Studieår	.49	2.02
Studieretning	.94	1.07
Tidligere erfaring	.82	1.21
Kjennskap til tilbud	.87	1.56
Omfang av utfordringer	.81	1.23
Økt velvære	.38	2.66
Ivaretagelse	.37	2.73
Engstelse	.49	2.04
Strukturelle hindringer	.55	1.81
Bagatellisere	.65	1.55
Stigma	.65	1.54

*Notat.* Toleransenivå bør være forskjellig fra 0. VIF-verdier bør ikke overstige 10.

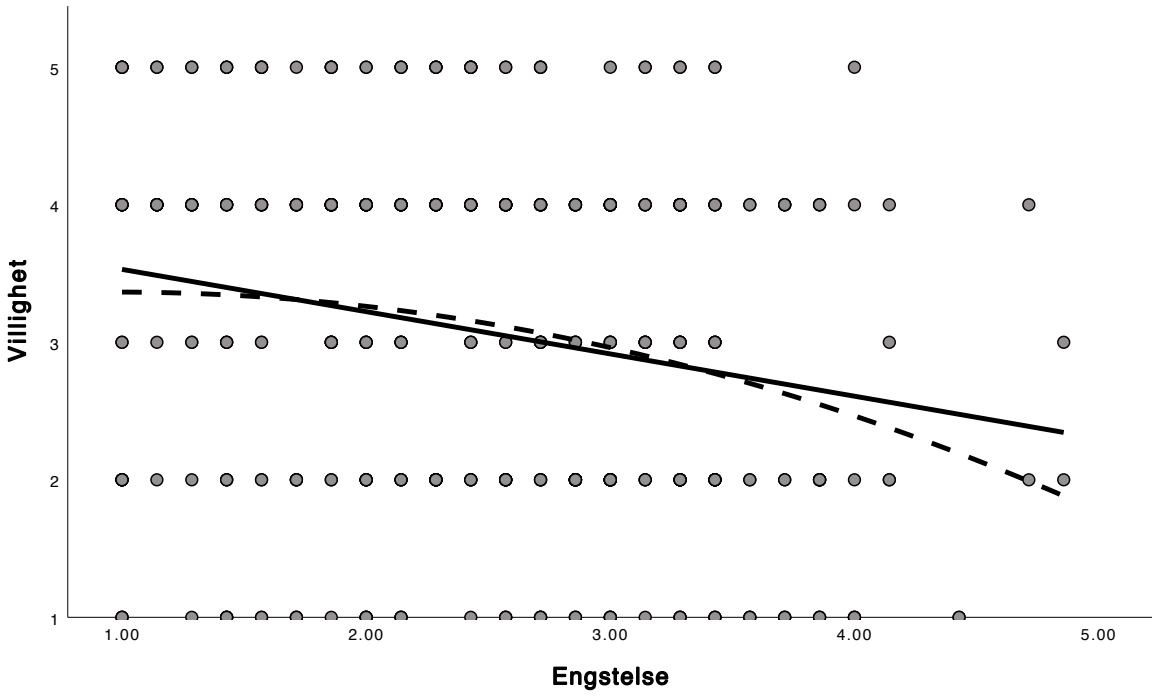
**Forutsetning 3. Ikke-linearitet**  
**Figur G-2. Økt velvære**



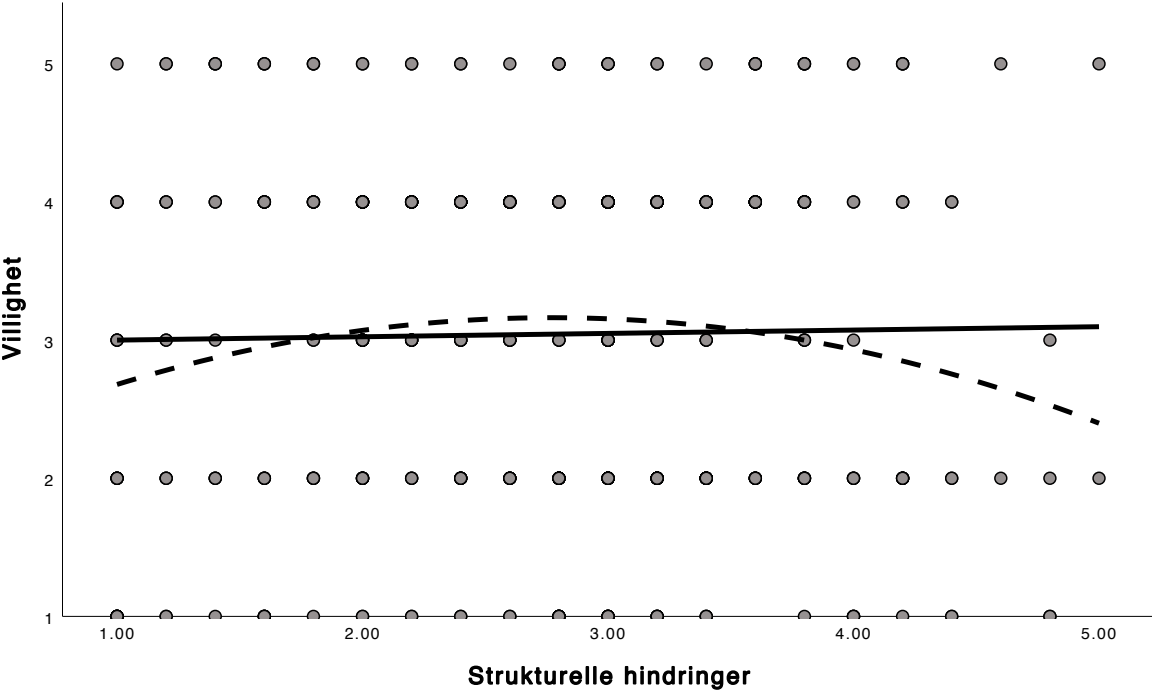
**Figur G-3. Ivaretagelse**



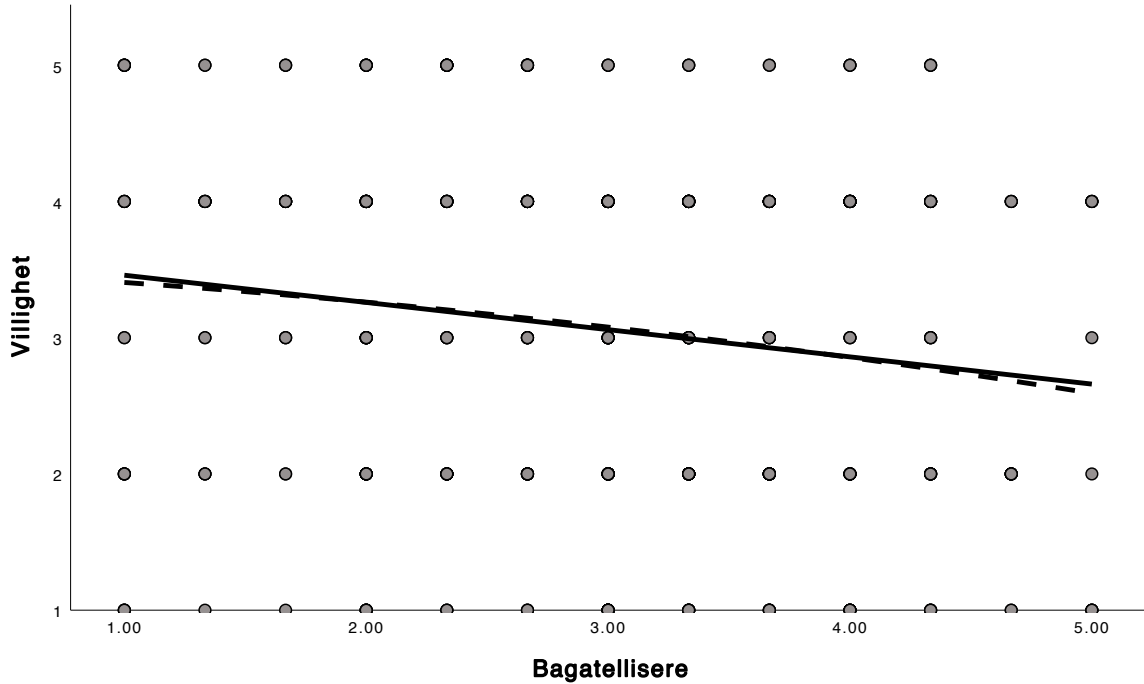
**Figur G-4. Engstelse**



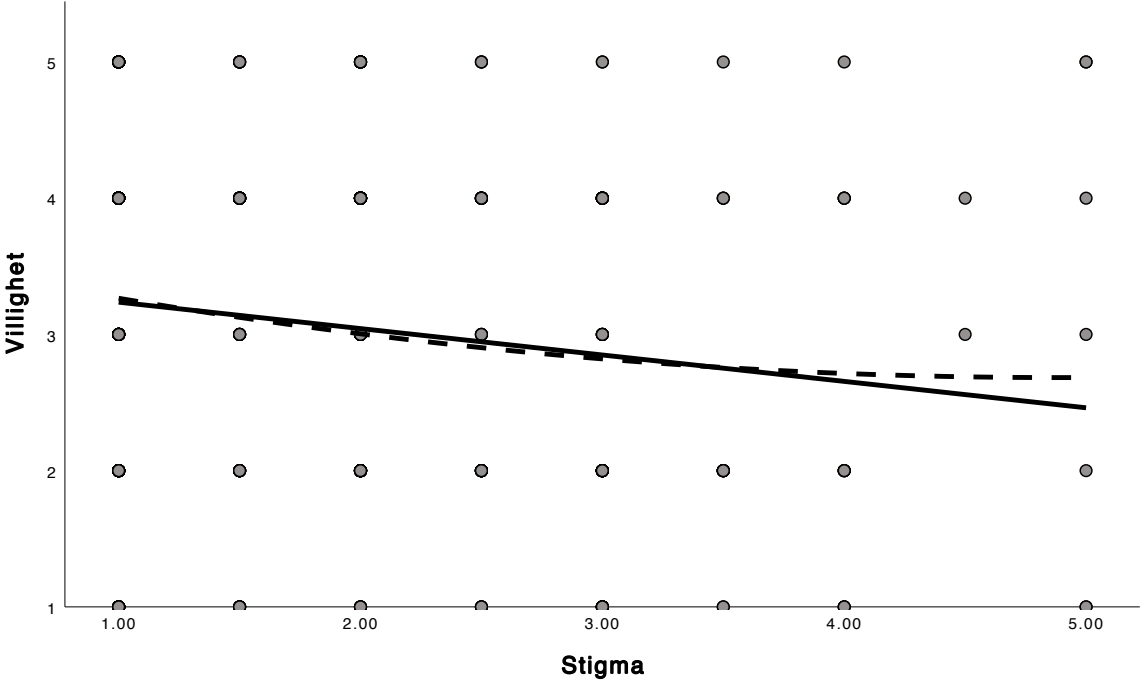
**Figur G-5. Strukturelle hindringer**



**Figur G-6. Bagatellisere**



**Figur G-7. Stigma**



**Forutsetning 3:** Ikke-linearitet. Sensitivitetsanalyse for strukturelle hindringer**Tabell G-2.** Sensitivitetsanalyse med kvadratledd av strukturelle hindringer

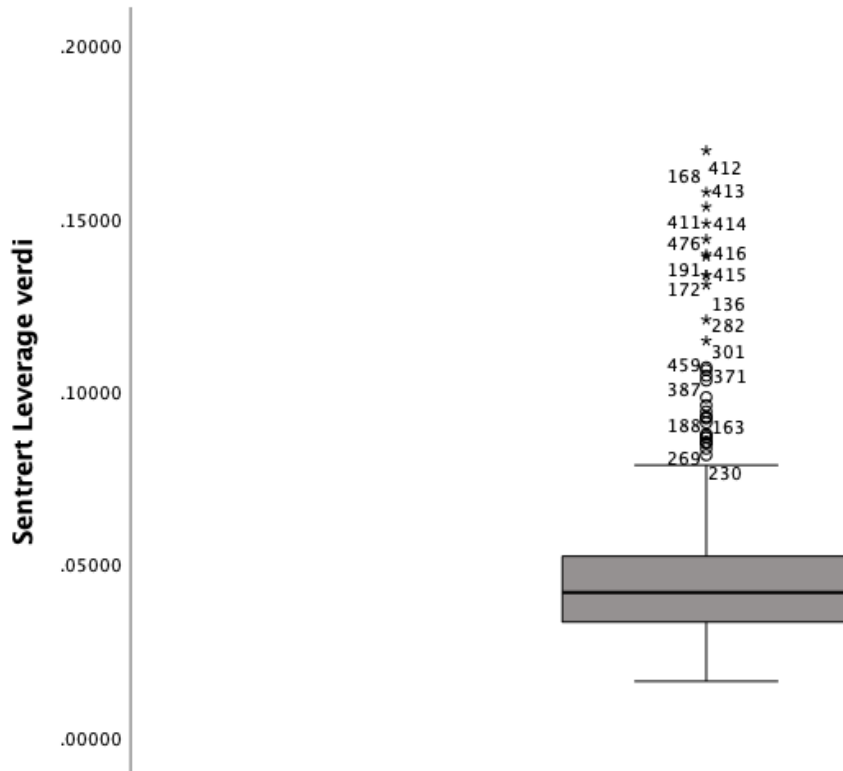
	Modell 3			Modell 3 (SQRT)		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$
Menn	-.40**	.12	-.16	-.39**	.12	-.15
Alder	-.02	.04	-.02	-.02	.04	-.02
Helse	.69	.39	.08	.68	.39	.08
HUMSAM	.16	.15	.07	.16	.15	.07
Økonomi	.16	.16	.06	.16	.16	.06
Tredje- og fjerdeåret	.20	.17	.06	.20	.17	.06
Femteåret eller mer	.08	.34	.01	.08	.34	.01
Oppsøkt hjelp; fikk ikke hjelp	-.21	.19	-.06	-.23	.19	-.06
Ikke oppsøkt hjelp; vurdert å ta kontakt	-.42*	.17	-.14	-.42*	.17	-.14
Ikke oppsøkt hjelp; ikke vurdert å ta kontakt	-.84**	.23	-.19	-.84**	.23	-.19
Ikke hatt behov for hjelp	-.40*	.16	-.15	-.40*	.16	-.15
Omfang	.02	.06	.02	.02	.06	.02
Kjennskap til tilbud	.09**	.03	.13	.09**	.03	.13
Økt velvære	.41**	.10	.29	.40**	.10	.29
Ivaretagelse	.03	.10	.02	.03	.10	.02
Engstelse	-.25**	.10	-.17	-.26**	.10	-.17
Strukturelle hindringer	-.07	.09	-.05	-.08	.27	-.02
Bagatellisere	-.07	.07	-.05	-.08	.07	-.06
Stigma	-.07	.07	-.05	-.08	.07	-.06
<i>R</i> <sup>2</sup>		.28			.29	
Justert <i>R</i> <sup>2</sup>		.25			.25	
<i>F</i> -endring		9.22**			9.20**	

Notat. *N* = 395. \*\**p* < .01, \**p* < .05. Referansekategori: kvinne, teknologi-fakultet, første- og andreåret, oppsøkt hjelp; fikk hjelp.

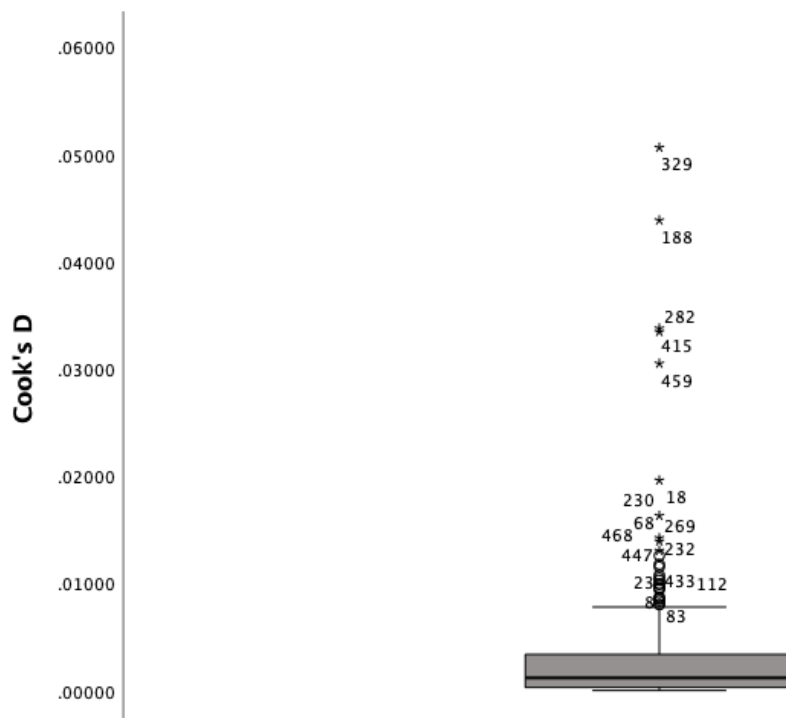


**Forutsetninger 4.** Fravær av innflytelsesrike enheter

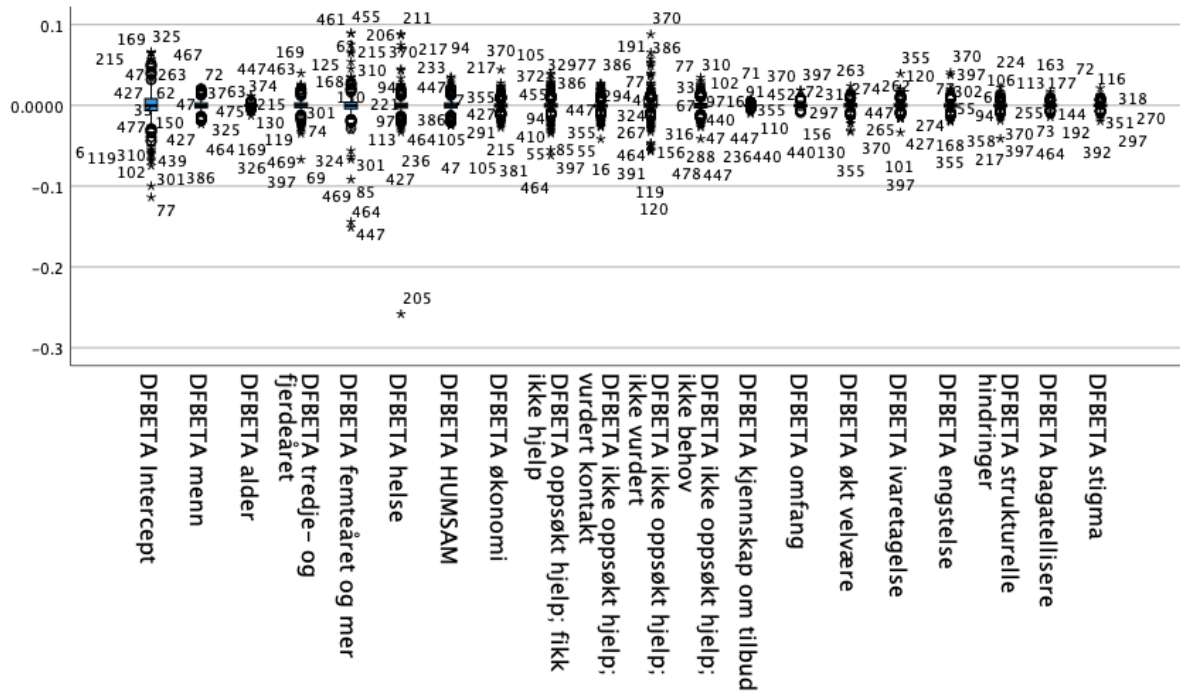
**Figur G-8.** Sentrert Leverage verdi



**Figur G-9.** Cook's D



**Figur G-10.** DfBetas



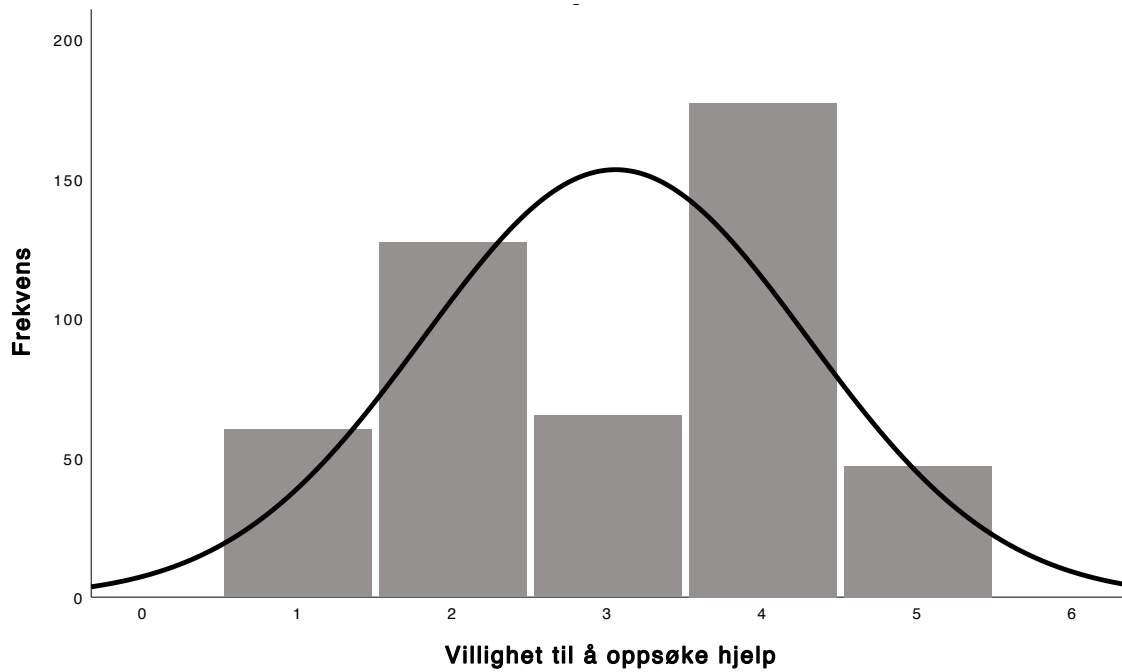
**Forutsetning 4:** Innflytelsesrike enheter. Sensitivitetsanalyse.**Tabell G-3.** Sensitivitetsanalyse for innflytelsesrike enheter

	Modell 3			Modell 3 (uten enhet 205)		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$
Menn	-.40**	.12	-.16	-.39**	.12	-.15
Alder	-.02	.04	-.02	-.02	.04	-.02
Helse	.69	.39	.08	.95**	.41	.11
HUMSAM	.16	.15	.07	.17*	.15	.07
Økonomi	.16	.16	.06	.16	.16	.06
Tredje- og fjerdeåret	.20	.17	.06	.19	.17	.06
Femteåret eller mer	.08	.34	.01	.08	.34	.01
Oppsøkt hjelp; fikk ikke hjelp	-.21	.19	-.06	-.24	.19	-.07
Ikke oppsøkt hjelp; vurdert å ta kontakt	-.42*	.17	-.14	-.44**	.17	-.15
Ikke oppsøkt hjelp; ikke vurdert å ta kontakt	-.84**	.23	-.19	-.86**	.23	-.19
Ikke hatt behov for hjelp	-.40*	.16	-.15	-.41*	.16	-.15
Omfang	.02	.06	.02	.03	.06	.02
Kjennskap til tilbud	.09**	.03	.13	.09**	.03	.13
Økt velvære	.41**	.10	.29	.41**	.10	.30
Ivaretagelse	.03	.10	.02	.03	.10	.02
Engstelse	-.25**	.10	-.17	-.25**	.10	-.17
Strukturelle hindringer	-.07	.09	-.05	-.05	.09	-.04
Bagatellisere	-.07	.07	-.05	-.06	.07	-.05
Stigma	-.07	.07	-.05	-.08	.07	-.06
<i>R</i> <sup>2</sup>		.28			.28	
Justert <i>R</i> <sup>2</sup>		.25			.26	
<i>F</i> -endring		9.22**			26.30**	

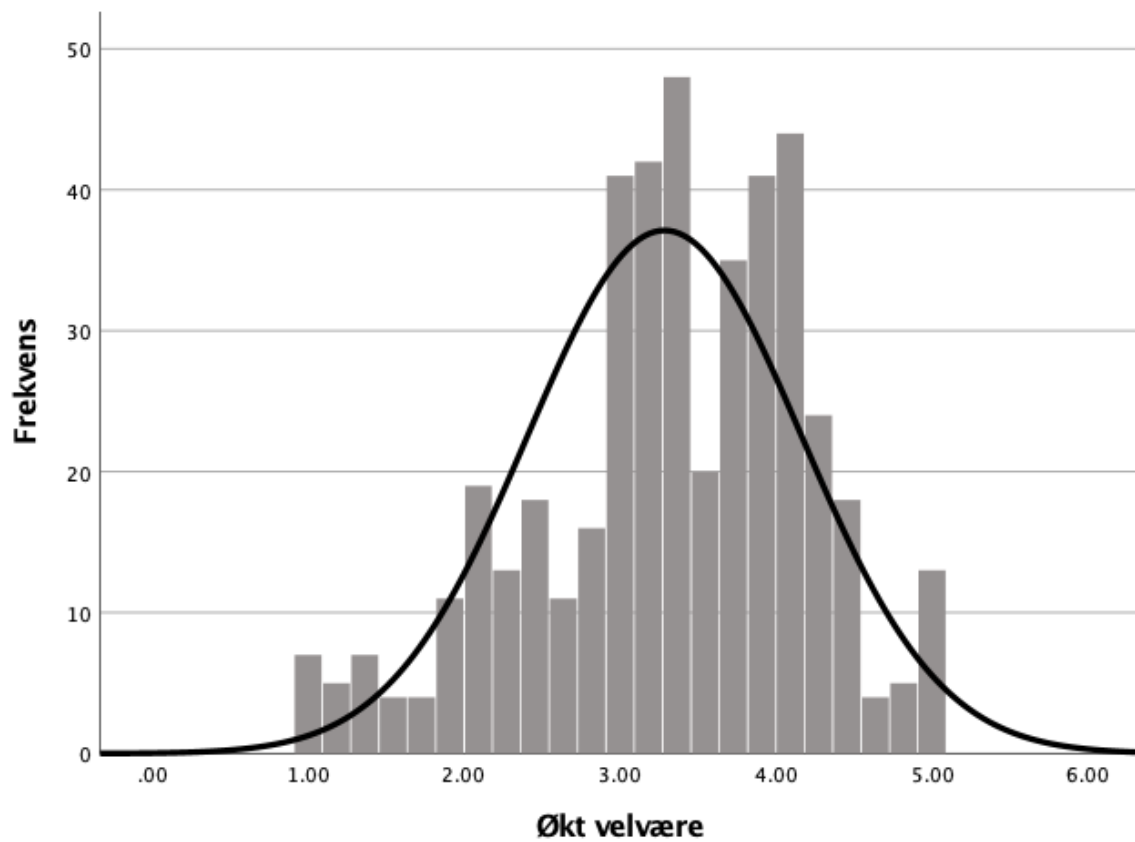
*Notat.* Modell 3 (uten enhet 205) viser regresjonsmodell uten enhet 205.

## Vedlegg H: Histogram

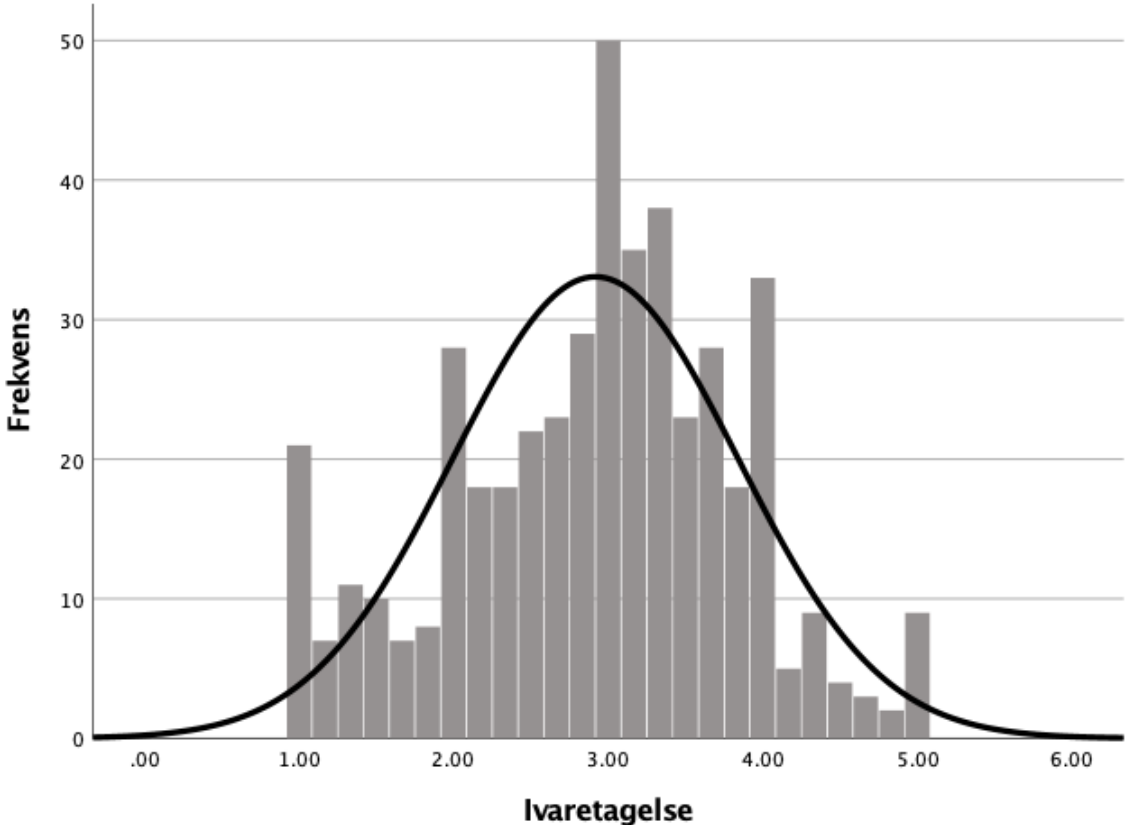
**Figur H-1.** Histogram for villighet til å oppsøke hjelp



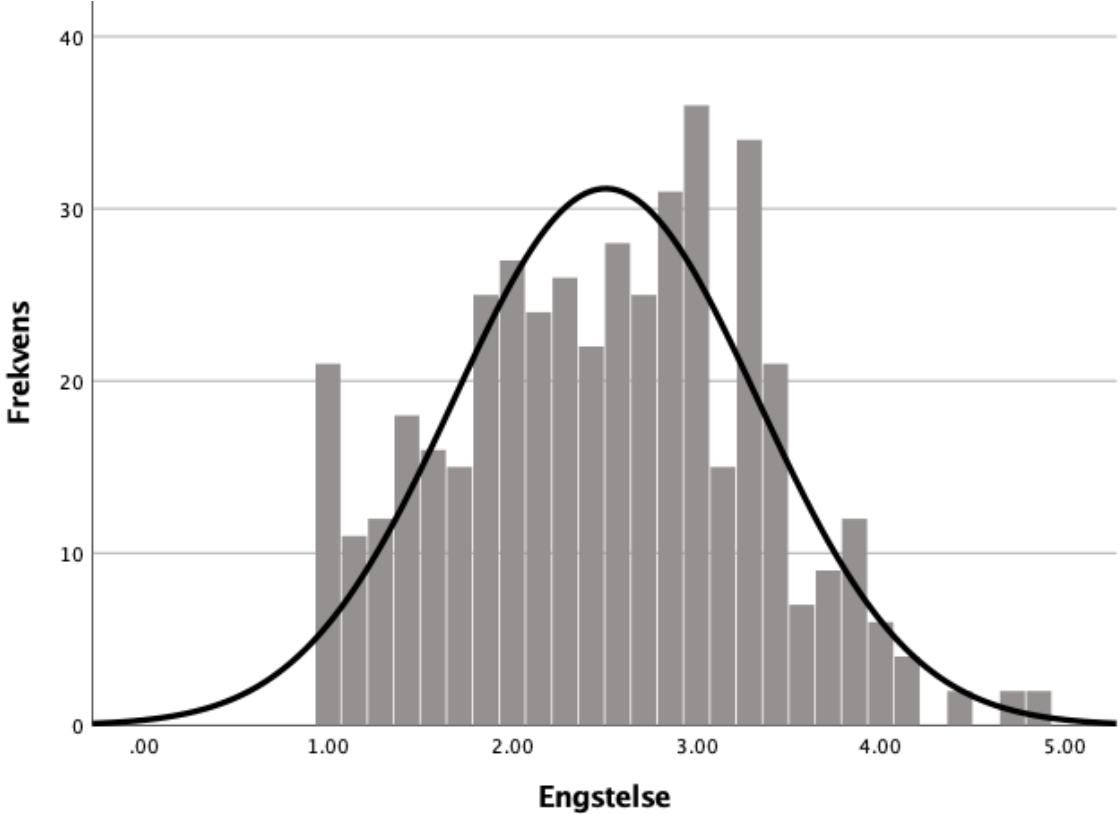
**Figur H-2.** Histogram for økt velvære



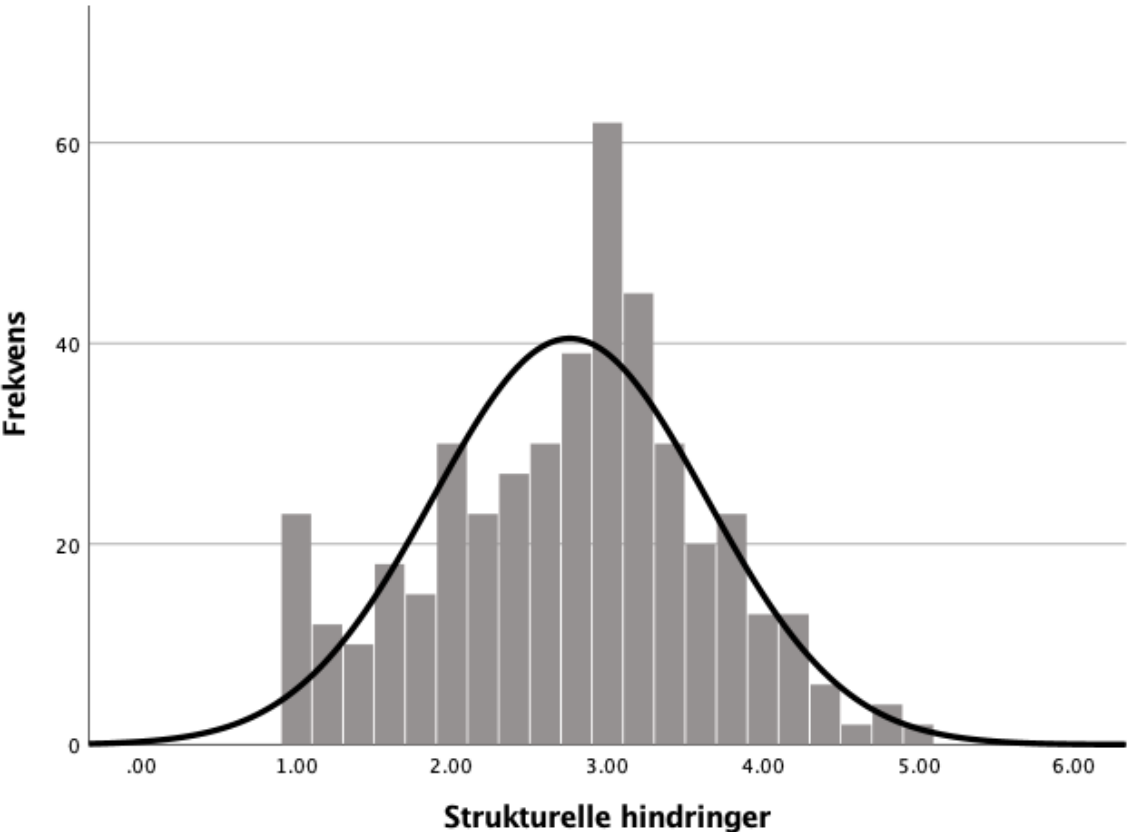
**Figur H-3.** Histogram for ivaretagelse



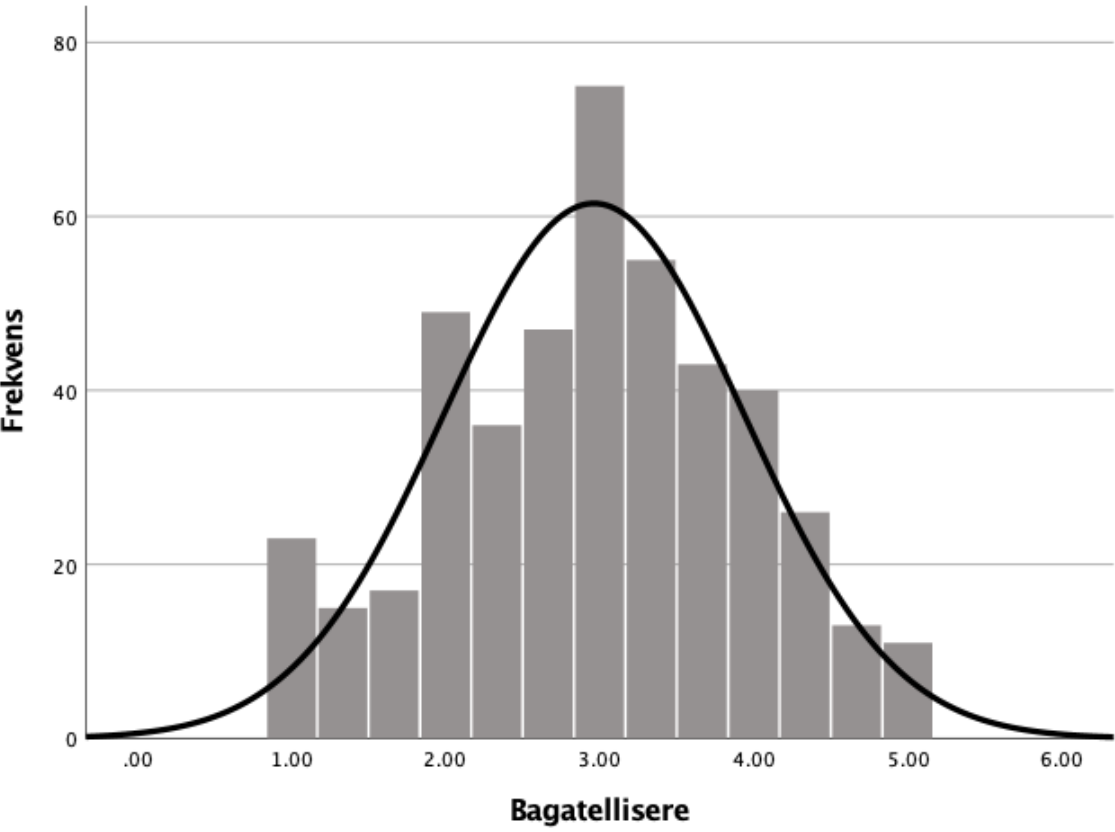
**Figur H-4.** Histogram for engstelse



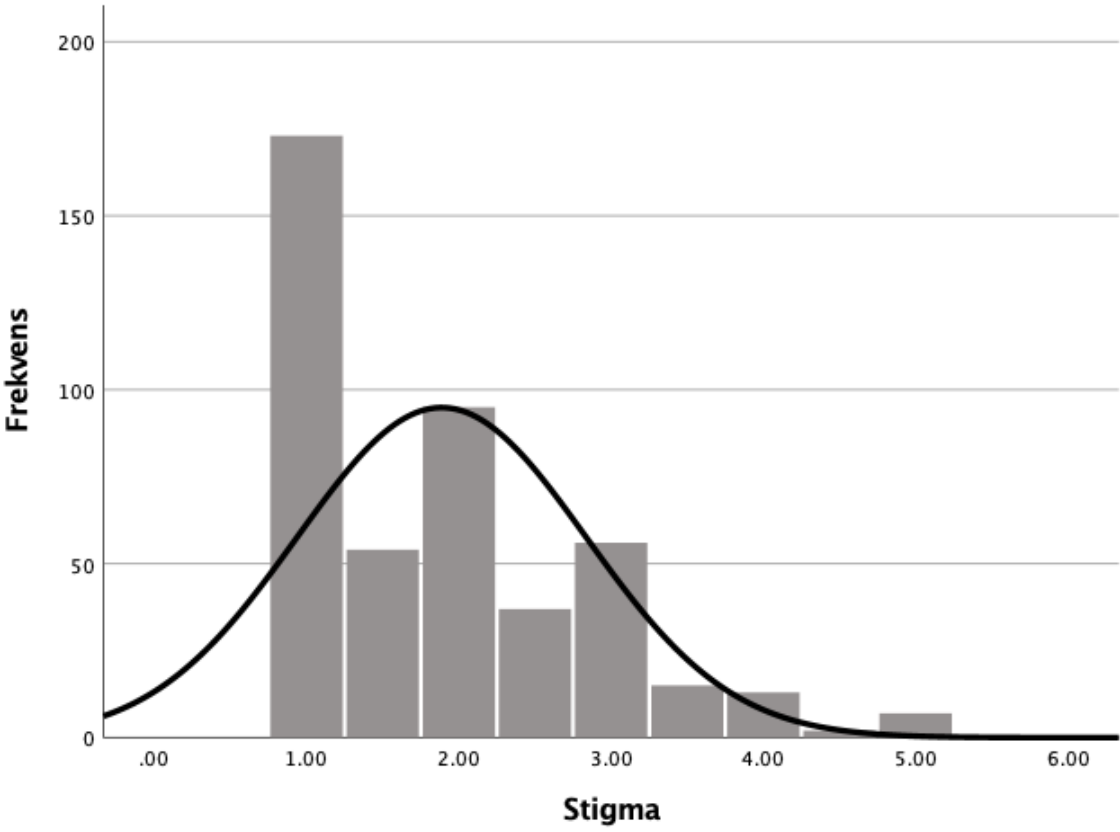
**Figur H-5.** Histogram for strukturelle hindringer



**Figur H-6.** Histogram for bagatellisere



**Figur H-7.** Histogram for stigma



## Vedlegg I: Svarfordeling og gjennomsnitt

**Tabell H-1.** Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt for alle opplevde fordeler

	1	2	3	4	5	Gjennomsnitt
1 Redusert stress	8	14	23	<b>40</b>	16	3.42
2 Mer energi i hverdagen	7	16	24	<b>37</b>	17	3.41
3 Forbedret mental helse	6	16	25	<b>43</b>	11	3.38
4 Mulighet til å få en løsning på egne utfordringer	6	14	29	<b>40</b>	12	3.38
5 Økt livskvalitet	9	14	29	<b>38</b>	11	3.29
6 Økt selvtillit	10	17	27	<b>32</b>	14	3.24
7 Bedre søvn	11	17	25	<b>33</b>	15	3.24
8 Mer glede	9	16	<b>29</b>	27	9	3.21
9 Større kapasitet til å takle utfordringer	10	18	26	<b>37</b>	9	3.18
10 Bedre humør	10	15	32	<b>33</b>	10	3.17
11 Bedre akademiske resultater	11	19	28	<b>30</b>	12	3.13
12 Bedre selvbevissthet og personlig vekst	9	18	<b>34</b>	32	8	3.13
13 Forbedrede relasjoner	11	15	34	<b>32</b>	9	3.13
14 Mer optimistisk holdning	9	19	28	<b>38</b>	6	3.13
15 Ikke stå alene med utfordringene mine	11	18	29	<b>33</b>	9	3.10
16 Mulighet til å dele indre tanker	14	18	<b>32</b>	29	6	2.95
17 Forbedrede kommunikasjonsferdigheter	15	20	<b>31</b>	26	8	2.93
18 Større aksept	15	17	<b>37</b>	25	6	2.90
19 Økt sosial støtte	15	18	<b>38</b>	24	6	2.90
20 Bli bedre på å dele følelser med andre	12	25	<b>31</b>	26	7	2.90
21 Forhindre at jeg slutter på studiet	19	18	<b>30</b>	22	11	2.88
22 Mindre skam	20	24	<b>28</b>	21	8	2.74

Notat. N = 463.



**Tabell H-2.** Svarfordeling i prosent og gjennomsnitt for alle opplevde hindringer

	1	2	3	4	5	Gjennomsnitt
1 Vil heller løse utfordringene på egenhånd	6	13	20	<b>44</b>	17	3.53
2 Tjenestene er kun for de med mer alvorlige problemer eller utfordringer enn mine	12	15	21	<b>34</b>	19	3.32
3 Snakker heller med venner eller slektninger enn å oppsøke hjelp	8	19	21	<b>38</b>	14	3.31
4 Mangel på kunnskap om eller kjennskap til relevante tjenester	10	22	22	<b>35</b>	12	3.18
5 Ventetiden for å få hjelp er for lang	15	15	<b>29</b>	28	13	3.09
6 Mangel på motivasjon til å oppsøke hjelp	14	22	23	<b>35</b>	6	2.98
7 Har ikke nok tid til å oppsøke hjelp	10	27	25	<b>31</b>	7	2.97
8 Det vil være for mye styr med å oppsøke hjelp	17	20	20	<b>36</b>	7	2.95
9 Jeg vil ikke ha store nok utfordringer til å måtte oppsøke hjelp	17	23	25	<b>26</b>	9	2.88
10 Vet ikke hvem som kan hjelpe meg	18	19	27	<b>30</b>	7	2.87
11 Økonomiske aspekter	<b>25</b>	20	24	20	11	2.73
12 Utilgjengelige tjenester	19	19	<b>39</b>	17	6	2.72
13 Redd eller nervøs	19	24	<b>28</b>	26	3	2.71
14 Tjenestene har ikke god nok kvalitet	16	24	<b>41</b>	15	5	2.68
15 Å oppsøke hjelp vil ikke være nødvendig fordi utfordringene mine går over av seg selv	20	23	<b>31</b>	20	6	2.68
16 Flauhet eller skam for å oppsøke hjelp	25	<b>25</b>	23	22	6	2.58
17 Jeg er redd for å ikke bli tatt på alvor	27	<b>28</b>	21	16	8	2.49
18 Ønsker ikke å snakke med fremmede om mine utfordringer	24	<b>31</b>	29	12	5	2.44
19 Jeg tror at å oppsøke hjelp vil være for konfronterende for meg	<b>29</b>	27	27	14	3	2.35
20 Dårlig erfaring med å oppsøke hjelp fra tidligere	<b>33</b>	22	28	13	4	2.34

21	Bekymret for hva andre vil tenke om jeg oppsøker hjelp	<b>31</b>	29	21	16	3	2.33
22	Bekymret for anonymitet	30	<b>34</b>	23	11	3	2.23
23	Studietiden vil bli mer negativt enn positivt påvirket av å oppsøke hjelp	<b>31</b>	29	29	8	3	2.22
24	Jeg ville tenkt negativt om meg selv dersom jeg må oppsøke hjelp	<b>34</b>	26	25	12	2	2.21
25	Fysisk utforming av lokaler til hjelpetjenestene	<b>47</b>	21	29	3	1	1.91
26	Å oppsøke hjelp kan skade ryktet mitt	<b>49</b>	24	18	6	2	1.89
27	Å oppsøke hjelp kan skade min fremtidige yrkeskarriere	<b>47</b>	27	19	5	2	1.89
28	Har alt brukt opp min kvote for å oppsøke hjelp	<b>52</b>	20	20	5	3	1.86

---

Notat. N = 463

## Vedlegg J: Interne korrelasjoner

**Tabell J-1.** Interne korrelasjoner for skalaen økt velvære

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Mer energi i hverdagen	-										
2 Mer glede	.73**	-									
3 Mer optimistisk holdning	.62**	.68**	-								
4 Forbedret mental helse	.59**	.53**	.45**	-							
5 Redusert stress	.50**	.56**	.56**	.38**	-						
6 Bedre søvn	.64**	.58**	.54**	.59**	.47**	-					
7 Økt livskvalitet	.65**	.67**	.58**	.59**	.53**	.71**	-				
8 Bedre humør	.65**	.69**	.63**	.61**	.48**	.59**	.72**	-			
9 Økt selvtillit	.67**	.64**	.62**	.51**	.52**	.58**	.64**	.67**	-		
10 Forbedrede relasjoner	.66**	.70**	.59**	.49**	.45**	.48**	.59**	.64**	.60**	-	
11 Mulighet til å få en løsning på egne utfordringer	.58**	.57**	.54**	.48**	.51**	.57**	.64**	.56**	.58**	.51**	-

Notat.  $N = 462$ . \*\* $p < .01$ . Pearsons  $r$ .

**Tabell J-2.** Interne korrelasjoner for skalaen ivaretagelse

	1	2	3	4	5	6
1 Mulighet til å dele indre tanker	-					
2 Mindre skam	.60**	-				
3 Ikke stå alene med utfordringene mine	.67**	.60**	-			
4 Større aksept	.60**	.68**	.60**	-		
5 Bli bedre på å dele følelser med andre	.63**	.48**	.53**	.53**	-	
6 Økt sosial støtte	.56**	.51**	.58**	.57**	.56**	-

Notat.  $N = 459$ . \*\* $p < .01$ . Pearsons  $r$ .

**Tabell J-3.** Interne korrelasjoner for skalaen engstelse

	1	2	3	4	5	6	7
1 Flauhet eller skam for å oppsøke hjelp	-						
2 Redd eller nervøs	.60**	-					
3 Bekymret for hva andre vil tenke om jeg oppsøker hjelp	.61**	.55**	-				
4 Bekymret for anonymitet	.50**	.49**	.41**	-			
5 Ønsker ikke å snakke med fremmede om mine utfordringer	.38**	.33**	.44**	.38**	-		
6 Mangel på motivasjon	.50**	.46**	.38**	.41**	.30**	-	
7 Jeg tror at å oppsøke hjelp vil være for konfronterende for meg	.44**	.42**	.44**	.35**	.37**	.41**	-

Notat.  $N = 451$ . \*\* $p < .01$ . Pearsons  $r$ .

**Tabell J-4.** Interne korrelasjoner for skalaen strukturelle hindringer

	1	2	3	4	5
1 Utilgjengelige tjenester	-				
2 Økonomiske aspekter	.51**	-			
3 Ventetiden for å få hjelp er for lang	.51**	.43**	-		
4 Dårlig erfaring med å oppsøke hjelp fra tidligere	.35**	.30**	.33*	-	
5 Vet ikke hvem som kan hjelpe meg	.45**	.33**	.36**	.41**	-

Notat.  $N = 452$ . \*\* $p < .01$ . Pearsons  $r$ .

**Tabell J-5.** Interne korrelasjoner for skalaen bagatellisere

	1	2	3
1 Jeg vil ikke ha store nok utfordringer til å måtte oppsøke hjelp	-		
2 Å oppsøke hjelp vil ikke være nødvendig fordi utfordringene mine går over av seg selv	.49**	-	
3 Tjenestene er kun for de med mer alvorlige problemer eller utfordringer enn mine	.49**	.38**	-

Notat.  $N = 451$ . \*\* $p < .01$ . Pearsons  $r$ .

**Tabell J-6.** Interne korrelasjoner for skalaen stigma

	1	2
1 Å oppsøke hjelp kan skade ryktet mitt	-	
2 Å oppsøke hjelp kan skade min fremtidige yrkeskarriere	.66**	-

Notat.  $N = 452$ . \*\* $p < .01$ . Pearsons  $r$ .

## Vedlegg K: PKA og reliabilitetsanalyse

**Tabell K-1.** Prinsippal Komponentanalyse (PKA) og reliabilitetsanalyse for fordeler

Indikator	1	2
	Økt velvære	Ivaretagelse
Mer energi i hverdagen	<b>.90</b>	
Mer glede	<b>.88</b>	
Mer optimistisk holdning	<b>.84</b>	
Forbedret mental helse	<b>.77</b>	
Redusert stress	<b>.75</b>	
Bedre søvn	<b>.74</b>	
Økt livskvalitet	<b>.73</b>	
Bedre humør	<b>.66</b>	
Økt selvtillit	<b>.62</b>	
Forbedrede relasjoner	<b>.61</b>	
Mulighet til å få en løsning på egne utfordringer	<b>.56</b>	
Mulighet til å dele indre tanker		<b>.96</b>
Mindre skam		<b>.81</b>
Ikke stå alene med utfordringene mine		<b>.76</b>
Større aksept		<b>.69</b>
Bli bedre på å dele følelser med andre		<b>.68</b>
Økt sosial støtte		<b>.60</b>
Eigenverdi	9.67	1.25
% av varians	56.91	7.37
Kumulativ %	56.91	64.27
Cronbach´s alfa	.94	.89

*Notat.* Ekstraksjonsmetode: *Principal Component Analysis*. Rotasjonsmetode: *Oblikk; direct oblmin*. KMO: 0.96. Eigenverdi basert på Keisers kriterium. Ladninger under .30 er tatt ut.

**Tabell K-2.** Prinsipal Komponentanalyse (PKA) og reliabilitetsanalyse for hindringer

Indikator	1	2	3	4
	Engstelse	Strukturelle hindringer	Bagatellisere	Stigma
Flauhet eller skam for å oppsøke hjelp	<b>.86</b>			
Redd eller nervøs	<b>.80</b>			
Bekymret for hva andre vil tenke om jeg oppsøker hjelp	<b>.75</b>			
Bekymret for anonymitet	<b>.61</b>			
Ønsker ikke å snakke med fremmede om mine utfordringer	<b>.58</b>			
Mangel på motivasjon	<b>.56</b>			
Jeg tror at å oppsøke hjelp vil være for konfronterende for meg	<b>.42</b>			
Utilgjengelige tjenester		<b>.85</b>		
Økonomiske aspekter		<b>.73</b>		
Ventetiden for å få hjelp er for lang		<b>.67</b>		
Dårlig erfaring med å oppsøke hjelp fra tidligere		<b>.61</b>		
Vet ikke hvem som kan hjelpe meg	.30	<b>.47</b>		
Jeg vil ikke ha store nok utfordringer til å måtte oppsøke hjelp			<b>.81</b>	
Å oppsøke hjelp vil ikke være nødvendig fordi utfordringene mine går over av seg selv			<b>.79</b>	
Tjenestene er kun for de med mer alvorlige problemer eller utfordringer enn mine			<b>.66</b>	
Å oppsøke hjelp kan skade ryktet mitt				<b>.74</b>
Å oppsøke hjelp kan skade min fremtidige yrkeskarriere				<b>.73</b>
Egenverdi	6.23	1.58	1.22	1.18
% av varians	36.67	9.30	7.17	6.95
Kumulativ %	36.67	45.97	53.14	6.01
Cronbach´s alfa	.84	.77	.71	.79

Notat. Ekstraksjonsmetode: *Principal Component Analysis*. Rotasjonsmetode: *Oblikk; direct oblimin*. KMO: 0.88. Egenverdi basert på Keisers kriterium. Ladninger under .30 er tatt ut.

## Vedlegg L: Utgående hierarkisk lineær regresjonsanalyse

**Tabell L-1.** Hierarkisk lineær regresjon med alle inkluderte variabler

	Modell 1			Modell 2			Modell 3		
	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$	<i>B</i>	<i>SE</i>	$\beta$
Menn	-.50**	.13	-.19	-.44**	.13	-.17	-.39**	.12	-.15
Alder	-.01	.04	-.02	-.04	.04	-.05	-.02	.04	-.02
Helse	1.57**	.44	.18	1.28**	.43	.15	.95**	.41	.11
HUMSAM	.32*	.16	.13	.22	.16	.09	.17*	.15	.07
Økonomi	.24	.17	.09	.19	.17	.07	.16	.16	.06
Tredje- og fjerdeåret	.34	.19	.10	.28	.18	.08	.19	.17	.06
Femteåret eller mer	.69	.36	.11	.40	.36	.06	.08	.34	.01
Oppsøkt hjelp; fikk ikke hjelp				-.19	.19	-.06	-.24	.19	-.07
Ikke oppsøkt hjelp; vurdert å ta kontakt				-.46*	.17	-.15	-.44**	.17	-.15
Ikke oppsøkt hjelp; ikke vurdert å ta kontakt				-1.04**	.23	-.24	-.86**	.23	-.19
Ikke hatt behov for hjelp				-.53**	.17	-.20	-.41*	.16	-.15
Omfang				.04	.06	.04	.03	.06	.02
Kjennskap til tilbud				.09**	.03	.13	.09**	.03	.13
Økt velvære							.41**	.10	.30
Ivaretagelse							.03	.10	.02
Engstelse							-.25**	.10	-.17
Strukturelle hindringer							-.05	.09	-.04
Bagatellisere							-.06	.07	-.05
Stigma							-.08	.07	-.06
<i>R</i> <sup>2</sup>	.11			.19			.29		
Justert <i>R</i> <sup>2</sup>	.09			.16			.26		
<i>F</i> -endring	6.80**			6.36**			9.18**		

Notat. *N* = 397. \*\**p* < .01, \**p* < .05. Referansekategori: kvinne, teknologi-fakultet, første- og andreåret, oppsøkt hjelp; fikk hjelp.



