

Ungdom og psykisk helsefremmende
kompetanse- en kvalitativ validering av
mental health literacy skala

Forord

Når denne oppgaven går i trykken kan jeg se tilbake på en krevende og utfordrende, men mest av alt en utviklende og lærerik prosess. Gjennom mastergradstudiet har jeg fått mulighet til å fordype meg i et svært spennende felt gjennom et annet perspektiv enn jeg har hatt mulighet til i min tidligere yrkesutførelse.

Det er mange som fortjener en takk. Først stor takk til veileder Geir Arild Espnes for optimisme, råd og innspill underveis i skriveprosessen. Takk til informanter som velvillig har stilt opp, og rektor som har gitt meg muligheten til å samle data blant videregående elever.

En stor takk går også til Hanne Nissen Bjørnsen som gav meg muligheten til å delta på hennes prosjekt. Største takken går til mine foreldre for at dere alltid tror på meg, min sønn Fredrick for tålmodighet, og en varm takk til min kjære Eirik for å bringe lys og motivasjon inn i dagene.

Aller sist- takk til mine brødre som ikke lenger er på jorda, men som allikevel er med. Dere vil alltid være mine ledestjerner i arbeidet med psykisk helse.

Camilla Dærga Bjugn

Trondheim 2018

SAMMENDRAG

Bakgrunn:

Forskning viser at til tross for at flesteparten av dagens ungdom er fornøyde med tilværelsen sliter fortsatt en høy andel av ungdomsgenerasjonen daglig med psykiske helseproblemer i større eller mindre grad. Psykiske lidelser har en høy forekomst, både nasjonalt og globalt, og medfører betydelige negative konsekvenser både helsemessig, sosialt og økonomisk. Psykiske problemer og lidelser har ikke bare store konsekvenser for enkeltindividet, men også familier, venner og samfunnet som helhet blir påvirket i ulik grad.

Økt kunnskapsnivå omkring psykisk helse, og ikke minst å sikre riktig kompetanse om hvordan man skaffer til veie, oppfatter og benytter seg av helseinformasjon vil kunne virke positivt i det helsefremmende arbeidet. Om man styrker enkeltindividets og samfunnets kunnskap om hvilke determinanter som virker positivt inn på den psykiske helsen vil man kunne bedre evnen til å ta helsefremmende valg.

Vi vet i dag en hel del om hvilke faktorer som påvirker psykisk helse både i positiv og negativ retning, men det har vært utført lite forskning på befolkningens kunnskap omkring hvordan man skaffer til veie helseinformasjon, hvordan det leses og forstås, og ikke minst i hvilken grad man er i stand til å nyttiggjøre seg av kunnskapen.

Metode:

Denne kvalitative studien baserer seg på et semistrukturert fokusgruppeintervju med norsk ungdom fra videregående skole. Utvalget bestod av totalt ni informanter, fordelt på seks jenter og tre gutter i aldersgruppen 16 til 20 år.

Forskningsspørsmål som har blitt stilt i denne studien handler om hvorvidt mental health literacy skala måler ungdoms psykisk helsefremmende kompetanse. Studien har til hensikt å finne ut om skalaens utsagn er relevante for å fremme egen og andres psykiske helse.

Resultat og konklusjon:

Målet med undersøkelsen var å finne ut om mental health literacy skala er utviklet på en slik måte at den måler kunnskap om determinanter for positiv psykisk helse. Undersøkelsen hadde også som mål å finne ut om noen av spørsmålene burde vært formulert på en annen måte, om noen var overflødige og burde vært strøket, og om skalaen manglet spørsmål som ungdom selv mente var relevant med tanke på å ta vare på sin egen psykiske helse. Studien er liten og med et lite utvalg, og funnene kan ikke dermed direkte generaliseres til hele populasjonen.

Studien indikerer likevel at mental health literacy skala er et valid og reliabelt vurderingsverktøy for å måle kunnskap om positiv psykisk helse.

Nøkkelord:

Psykisk helse, health literacy, mental health literacy, helsefremming, ungdom, risikofaktorer, salutogenese, autonomi, psykisk helsekunnskap

ABSTRACT

Background:

Research shows that despite the fact that most of today's youth are happy with their lives, a high proportion of the youth generation still struggles to a greater or lesser extent with daily mental health problems. Mental disorders have a high incidence, both nationally and globally, and cause significant negative consequences both health, social and economic. Psychological problems and disorders have not only major consequences for the individual, but also families, friends and society as a whole are affected to different degrees. An increased level of knowledge about mental health, and not least to ensure proper competence in how to obtain, perceive and use health information may be beneficial in the health promotion work. Strengthening the individuals and societies knowledge of the determinants that have a positive impact on mental health will improve the ability to take health-promoting choices. Today, we know a lot about the factors that affect mental health both positively and negatively, but little research has been done on the populations knowledge about how to provide health information, how it is read and understood, and not least the degree to which you are able to utilize the knowledge.

Methods:

This qualitative study is based on semi-structured focus group interviews with Norwegian youth from high school. The committee consisted of a total of nine informants, divided between six girls and three boys in the age 16- 20 years.

Research questions that have been asked in this study are about whether the mental health literacy scale measures adolescence mental health promotion skills. The purpose of the study is to determine whether the scales statements are relevant to promoting the mental health.

Results and conclusion:

The aim of the study was to determine if the mental health literacy scale has been developed in such a way that it measures knowledge of determinants of positive mental health. The survey also aimed to determine if any of the questions should have been formulated differently, if any were superfluous and should have been deleted, and if the scale lacked questions that the youth considered relevant with regard to taking care of their own mental health. The study is small, with a small selection, and the findings can't therefore be directly generalized to the entire population. The study nevertheless indicates that the mental health literacy scale is a valid and reliable assessment tool for measuring knowledge about determinants of positive mental health.

Keywords: Mental health, health literacy, mental health literacy, health promotion, youth, risk factors, salutogenesis, autonomy, mental health knowledge

INNHold

Forord

Sammendrag

Abstract

Innholdsfortegnesle

1 Introduksjon	1
1.1 Tema for oppgaven	3
1.2 Litteratursøk	5
1.3 Forsknings spørsmål- Måler mental health literacy skala kunnskap om faktorer som fremmer positiv psykisk helse?	6
2 Teori	6
2.1 Helsebegrepet	6
2.2 Hva er psykisk helse?	8
2.2.1 Psykisk helse og norsk ungdom	10
2.2.2 Risikofaktorer	12
2.3 Helsefremming	15
2.3.1 Health Literacy	18
2.3.2 Hvorfor styrke samfunnets health literacy?	20
2.3.3 Mental health literacy	21
2.4 Selvbestemmelsesteori – Self determination theory	23
2.5 Teorien om Salutogenese	24
2.5.1 Sense of Coherence	25
2.5.2 Empowerment	26
3 Metode	27
3.1 Design	27
3.2 Utvalgskriteriene	28
3.3 Rekruttering	29
3.4 Valg av metode	30
3.5 Intervjuguiden	30
3.5.1 Praktisk gjennomføring av intervjuene	32
3.6 Etiske overveielser	33
3.6.1 Førforståelse	35
3.7 Fremgangsmåte	35
3.7.1 Opplevelser ved intervjuprosessen	35
3.8 Pålitelighet og gyldighet	36
3.8.1 Gyldighet og overførbarhet	36
3.8.2 Pålitelighet og troverdighet	37

3.9 Analyseprosessen	38
3.9.1 Forsknings spørsmål	38
3.9.2 Fasene av dataanalysen	39
4 Resultater	40
4.1 Ungdom og kunnskap om ivaretagelse av psykisk og fysisk helse	40
4.2 Tilhørighet og vennskap	41
4.3 Håndtering av stress	43
4.4 Selvbestemmelse	44
4.5 Opplevelse av mestring	46
4.6 Egenverdi	47
4.7 Er gode søvnrutiner viktig for den psykiske helsen?	47
4.8 Kunnskap om psykisk helse	48
5 Diskusjon og avslutning	49
5.1 Oppsummering	49
5.2 Diskusjon	49
5.3 Konklusjon	57
5.4 Veien videre	57
Litteratur	60

Vedlegg:

1. Intervjuguide
2. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

1 Introduksjon

Psykisk helse blant ungdom har i de senere år blitt viet mye oppmerksomhet. Bakgrunnen for dette kan sies å være at til tross for at flesteparten av dagens ungdom er tilfreds med tilværelsen, viser forskning at det fortsatt er en høy andel av ungdomsgenerasjonen som daglig sliter med psykiske helseproblemer i større eller mindre grad. Norske befolkningsstudier viser at omkring 5 prosent av barn og ungdom i alderen 0-17 år behandles hvert år i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Blant jenter i alderen 15-17 år har andelen som får diagnoser i BUP steget i perioden fra 2011 til 2016, fra 5 prosent til 7 prosent pr. år. Fra pubertetsalder og oppover ser man en overhyppighet av angst, depresjon, spiseforstyrrelser og tilpasningsforstyrrelser, og da spesielt blant jenter (FHI, 2018).

Om man ser på resultater fra en rekke ulike studier som omhandler ungdom og psykisk helse kan man ikke konsekvent si at resultatene er entydige negative. Selv om de fleste studier tyder på en negativ utvikling, finner man også studier som viser at omfanget av psykiske problemer blant ungdom har stabilisert seg. Andre studier igjen viser en nedgang i psykiske plager (Sletten & Bakken, 2016). Selv om disse resultatene er noe motstridende er det et faktum at andelen ungdom som sliter med psykiske problemer og lidelser er høy, og at tiltak må iverksettes for å endre dette.

Som et resultat av økt fokus omkring psykisk helse har det de senere år blitt utarbeidet ulike strategiplaner. Eksempler på dette er *"Opptappingsplan for psykisk helse"* (1998-2008) og *"Strategiplanen for barn og unges psykiske helse i kommunene 2003"*. Planenes overordnede mål har vært å styrke barn og unges psykiske helse gjennom ulike strategier og tiltak. Som oppfølging på disse to planene kom *"Psykisk helse i skolen"* (2004-2008), en nasjonal forebyggende satsning rettet direkte mot det forebyggende arbeidet i skolen.

Samhandlingsreformen (2011), som har en målsetting om å tydeliggjøre kommunenes ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid, kan sies å være dagens verktøy for å snu helsearbeid fra behandling til forebygging (Holte, 2012). Norge har imidlertid ikke hatt en helhetlig plan eller strategi innenfor feltet psykisk helse etter 2008 før Regjeringen i 2017 la frem Regjeringens strategiplan for 2017-2022 *"Mestre hele livet"*. Strategiplanen har en tydelig målsetting om at flere skal oppleve god psykisk helse og at de sosiale forskjellene i psykisk helse skal reduseres. Planen fremhever også at det skal legges til rette for å fange opp mennesker med et hjelpebehov og målrettede tiltak skal iverksettes før sykdom utvikles (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Det faktum at fortsatt en høy andel av ungdomsgenerasjonen sliter med psykiske problemer understreker tydelig nødvendigheten av et forebyggende og helsefremmende arbeid.

Vi vet i dag en hel del om hvilke faktorer som påvirker psykisk helse både i positiv og negativ retning, men forskning om befolkningens kunnskap omkring hvordan man skaffer til veie helseinformasjon, hvordan det leses og forstås, og ikke minst i hvilken grad man er i stand til å nyttiggjøre seg helseinformasjon er mangelfull.

Ungdomstiden er en av livets viktigste overgangsperioder. Ungdom er spesielt følsomme for de kontekstuelle betingelsene, og påvirkes lett av omgivelsene. Denne fasen av livet byr på mange utfordringer, men det ligger også et stort potensial for å fremme og forbedre psykisk helse i denne viktige livsfasen.

I oppgaven gjennomføres en validering av mental health literacy skala, og hovedmålet vil være å avdekke hvorvidt skalaen faktisk måler ungdoms kunnskap om faktorer som fremmer positiv psykisk helse hos seg selv og andre. Det vil være et mål å finne ut om skalaen er utarbeidet slik at den på en tilstrekkelig måte måler ungdoms kunnskap om faktorer som fremmer positiv psykisk helse. Gjennom dataanalysen kartlegges det hvordan skalaens 15 utsagn forstås av ungdommen, om ungdommen mener utsagnene er relevante for å ta vare på sin egen psykiske helse, om de mener det er noen aspekter som mangler, og eventuelt om det er noen av utsagnene som burde vært tatt bort. Det vil også undersøkes om spørsmålene er formulert på en måte som "treffer" ungdom. Gjennom analyse av innhentet data vil oppgaven søke å finne svar på om skalaen har høy validitet, og om skalaen innholdsmessig dekker de tre fokusområdene i Deci & Ryans selvbestemmelsesteori.

Oppgavens formål er at studiens resultater vil kunne nyttiggjøres i en eventuell videreutvikling av skalaen. Studien er liten, med et lite utvalg, og funnene kan ikke dermed direkte generaliseres til hele populasjonen, men den vil likevel kunne ha sin verdi i form av at informantene deler perspektiver og synspunkter, som igjen kan gi ny kunnskap og et bilde av deres opplevelse av skalaen.

Innledningsvis i oppgavens første kapittel presenteres studiens bakgrunn og dagens aktualitet. Videre introduseres studiens hensikt og problemstilling, før studiens oppbygging og struktur legges frem. Kapittel to vil fungere som et bakteppe for de temaene som tas opp i oppgavens diskusjonsdel. Her vil det redegjøres for studiens teoretiske rammeverk; Deci & Ryans selvbestemmelsesteori, samt Aron Antonovskys teori om Salutogenese. Oppgavens hovedteori er Deci & Ryans selvbestemmelsesteori. Aron Antonovskys teori om Salutogenese

er en kjent teori i helsefremming, og er derfor valgt som støttende teori. De følgende teoriene er valgt for å gi en helhetlig ramme om oppgaven. Disse teoriene vil senere være grunnlaget for drøfting av undersøkelsens funn.

På grunn av kompleksiteten vil det være nødvendig med begrepsavklaringer og belysning av ulike definisjoner.

Oppgaven vil også se nærmere på psykisk helse, samt risiko og sårbarhetsfaktorer for utvikling av psykiske problemer og lidelser blant ungdom.

I tredje kapittel vil det redegjøres for den metodiske prosessen, før det kommer en del om valg av metode, samt praktisk gjennomføring av intervjuene. I kapittel fire presenteres studiens resultater. Avslutningsvis, kapittel fem, vil bestå av drøfting av funnene opp mot studiens teoretiske rammeverk, studiens forskningsfunn oppsummeres, og svar på problemstillingen blir presentert.

Som vedlegg ligger intervjuguiden og informasjonsbrev.

1.1 Tema for oppgaven

Oppgaven er utarbeidet i et helsefremmende perspektiv, der fokuset ligger på å forebygge sykdom og styrke helse fremfor å behandle allerede etablert lidelse. Temaet for oppgaven er mental health literacy blant ungdom. Mental health literacy er et relativt nytt begrep innenfor det helsefremmende arbeidet, og forståelsen av begrepet er foreløpig noe mangelfull. Mental health literacy oversettes til norsk som psykisk helsefremmende kompetanse, og omhandler menneskers kunnskap og oppfatning om psykisk helse og lidelser, og hvordan disse kan gjenkjennes, håndteres og forebygges. Med andre ord handler dette om ferdigheter og kunnskap som er nødvendig for å handle til fordel for andres eller egen psykisk helse. I denne oppgaven benyttes begrepet mental health literacy i stedet for den norske oversettelsen. En mer inngående beskrivelse av begrepet vil komme senere i oppgaven.

I følge artikkelen *Positive mental health literacy: development and validation of a measure among norwegian adolescent* av Bjørnsen et. al. har det å måle mental health literacy primært fokusert på kunnskap og oppfatninger omkring psykisk sykdom og ikke psykisk helse. Det har ikke blitt identifisert et verktøy som måler kunnskap om god psykisk helse (Bjørnsen, Ringdal, Espnes & Moksnes 2017).

Hensikten med å utvikle en slik skala er å skape et verktøy som kan måle psykisk helsefremmende kompetanse blant ungdom. For å kunne se om det er en sammenheng

mellom det å ha psykisk helsefremmende kompetanse og god psykisk helse er det nødvendig med et måleverktøy som kartlegger ungdoms psykiske helsefremmende kompetanse.

Mental health literacy har blitt et viktig begrep innen litteraturen, men den metodologiske forskningen er fortsatt begrenset (O'Connor, Casey & Clough 2014).

Eksisterende forskning på mental health literacy blant voksne viser at mange har lav mental health literacy. Blant ungdom er det imidlertid forsket lite på mental health literacy, men eksisterende studier tyder på at nivået av mental health literacy også i dette alderssegmentet er lavt (Marcus & Westra, 2012). Årsaken er at de ikke har kjennskap til vanlige psykiske problemer, ikke kjenner til behandlingsmetoder, har negative holdninger til det å oppsøke hjelp, og mangler kunnskap om hvordan hjelpe andre som rammes (Jorm et al. 2006). En vanlig grunn til at unge mennesker ikke søker hjelp er at de mangler kunnskap til å identifisere symptomer på psykiske problemer og psykisk sykdom (Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi 2005).

Resultatene fra en undersøkelse gjennomført blant australsk ungdom viste at bare halvparten av 202 ungdommer i alderen 15-17 år var i stand til å identifisere depresjon (Burns & Rapee, 2006). Forskning viser også at det er en sammenheng mellom lav psykisk helsefremmende kompetanse og psykisk uhelse som for eksempel depresjon (Lam, 2014). Det ikke er funnet forskning på sammenhengen mellom det å forstå hvordan man fremmer og opprettholder god psykisk helse og faktisk opplevd psykiske velvære (Bjørnsen et al. 2018). Det har vært argumentert for at økt mental health literacy vil øke evnen til å søke hjelp (Jorm et al. 2006).

Doktorgradsstipendiat Hanne Nissen Bjørnsen, ved Senter for helsefremmende forskning, NTNU Trondheim, er i gang med en gjennomføring av en spørreundersøkelse som heter *“Skolehelsetjenesten og psykisk helse hos ungdom”*. Undersøkelsen gjennomføres som et samarbeid mellom Institutt for sykepleievitenskap, senter for helsefremmende forskning ved NTNU, Trondheim kommune og Sør-Trøndelag Fylkeskommune. Kunnskapen som fremkommer av studien ønskes å bli brukt til å styrke skolehelsetjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid når det gjelder psykisk helse blant ungdom. I denne sammenheng har Bjørnsen utviklet en skala som har som hensikt å måle kunnskap om determinanter for positiv psykisk helse, med andre ord; kunnskap om faktorer som fremmer psykisk helse. For å kunne utvikle gode forebyggende strategier er god oversikt over hvilken kunnskap og forståelse ungdom har omkring psykisk helse, og hvilke faktorer som er viktige for å opprettholde og fremme god psykisk helse, helt nødvendig. Hensikten med denne oppgaven er å yte et bidrag i valideringen av denne skalaen, og finne ut om den er utarbeidet på en slik

måte at den faktisk måler kunnskap om faktorer som fremmer psykisk helse. Videre er det et mål å finne ut om skalaen er utarbeidet slik at den er forståelig for den målgruppen den er rettet mot.

Oppgaven vil gå dypere inn i temaet psykisk helse blant norsk ungdom, samt tydeliggjøre hva helsefremming er, og hvorfor det er viktig at forebygging og fremming av ungdoms psykiske helse må vies stor oppmerksomhet i årene som kommer. Det vil også sees nærmere på ungdoms risikofaktorer for utvikling av psykiske problemer og lidelser.

1.2 Litteratursøk

For å skaffe en oversikt over eksisterende kunnskap på området ble det gjennomført et enkelt litteratursøk med mål om å finne ut hvilken forskning som tidligere er gjort på feltet. Det var interessant med forskning både på nasjonalt og internasjonalt plan. Før intervjuprosessen startet høsten 2016 ble det gjennomført et bredere litteratursøk, før søkene ble gjort mer tilspisset, noe som dermed ga mulighet til å gå dypere inn i materien. Det ble gjennomført både manuelle søk og søk i større databaser som “Google Scholar”, den medisinske søkemotoren “PubMed” og biblioteksystemet BIBSYS. Litteratursøk har også blitt gjort gjennom “Digitalt vitenskapelig arkiv- DIVA”, “Norwegian Open Research System in Norway- Cristin”. Jeg har også søkt etter relevante publikasjoner hos “Helsedirektoratet”, og “Folkehelseinstituttet”.

Søkeord som er benyttet ved litteratursøkene er “helse”, “health literacy”, “mental health literay”, “helsefremming”, “health promotion”, “psykisk helse”, “ungdomshelse”, “risikofaktorer” “empowerment”, “Salutogenese”. Søkeordene ble benyttet i ulike sammensetninger for å forsøke å optimalisere mengden av treff. Det ble også lagt vekt på å lese gjennom litteraturlistene både i bøker og i publiserte artikler, hvilket førte til både nye artikler, bøker, publikasjoner og stortingsmeldinger som var relevante for endel av temaene i oppgaven.

1.3 Forsknings spørsmål- Måler mental health literacy skala kunnskap om faktorer som fremmer positiv psykisk helse?

Skalaens hensikt er at den skal måle ungdommens kunnskap om faktorer som fremmer positiv psykisk helse både hos seg selv og andre. Innholdsmessig skal skalaen også dekke de tre faktorene i Deci & Ryans selvbestemmelsesteori; autonomi, tilhørighet og kompetanse.

Teorien presenteres senere i oppgaven.

For å kunne vurdere hvorvidt skalaen er utarbeidet på en slik måte at den kartlegger ungdoms kunnskap om positiv psykisk helse er det en rekke spørsmål som dukker opp. Måler skalaen kunnskap om faktorer som fremmer positiv psykisk helse? Er spørsmålene formulert på en forståelig måte? Er spørsmålene relevante for å ta vare på egen psykisk helse? Er det noen aspekter som mangler blant spørsmålene? Og er det spørsmål som ikke passer og burde vært tatt ut av skalaen?

Dette er forsknings spørsmål som har blitt stilt til deltakerne i undersøkelsen. Informantenes vurdering og uttalelser omkring spørsmålene er blitt analysert, tolket og diskutert i denne oppgaven.

2 Teori

I følgende kapittel presenteres teoretisk materiale som ligger til grunn for undersøkelsen og teori som er aktuell for å belyse problemstillingen.

2.1 Helsebegrepet

Helse er en essensiell verdi for mennesker, og interessen for temaet er derfor naturligvis høy.

Alle mennesker har en helse, men hva betyr begrepet *helse* egentlig?

Vi har kanskje alle en intuitiv forståelse av hva ordet betyr, men det kan synes vanskelig å bli enige om en allmenngyldig definisjon på begrepet helse. Så lenge man føler seg sånn noenlunde frisk er ofte tanken på helse også ganske fraværende. Om man derimot opplever sykdom, skader eller smerter vekkes oppmerksomheten omkring helse. En vanlig oppfatning av helse kan sies å være at helse er fravær av sykdom. Selve ordet *helse* stammer fra det gammelnordiske *heill* og det gammelgermanske *hailson*. Etymologisk har disse ordrøttene tre betydninger: 1) *hel*, det vil si frisk, sunn, hel og fullstendig, 2) *hell*, i meningen lykke, flaks eller hilsen og 3) *hellig*, i forståelsen som guddommelig eller lykkebringende (Mæland, 2009).

WHO's definisjon på helse, og som er nedfelt i første paragraf av WHO's grunnlov av 1948, lyder som følger:

"A state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity." (WHO, 1998)

Definisjonen har blitt mye kritisert for å gjøre helse til noe som er uoppnåelig for de aller fleste mennesker. Ingen mennesker vil til enhver tid oppleve fullkommen fysisk, psykisk og sosial velvære. Definisjonen har av den grunn blitt oppfattet som utopisk og umulig å leve opp til. I følge Mæland (2009) ble definisjonen allerede fra starten sterkt avvist av kritikerne (Mæland, 2009). Om man ser nærmere på denne definisjonen kan man se at den allikevel inneholder ulike dimensjoner. Her er også psykisk helse en integrert del, og det sies at psykisk helse er mer enn fravær av sykdom. Det klargjøres også at psykisk helse er nært knyttet til fysisk helse og væremåte, men allikevel brukes setningen *"fullkommen fysisk, mental og sosial velvære"* og kan dermed tolkes å være synonymt med en definisjon på ren lykke.

Med utgangspunkt i den biomedisinske modellen som forklarer sykdom som funksjonsfeil definerer Boorses (1977) helse slik: *"Health in a member of the reference class is normal, functional ability: The readiness of each internal part to perform all its normal functions on typical occasions with least typical efficiency"* (Fuggeli & Ingstad, 2009).

Mens det med utgangspunkt i den sosialmedisinske modellen, der biologiske faktorer tones ned og sosiale forhold tones opp, definerer Seedhouse (1986) helse slik:

"A persons health is equivalent to the state of the set of conditions which fulfill or enable a person to work to fulfill his or her realistic chosen and biological potential" (Fuggeli & Ingstad, 2009).

I denne definisjonen ser vi at sosiale miljøforhold som fremmer eller hemmer muligheten for selvrealisering integreres i helsebegrepet.

Også Verdens helseorganisasjons definisjon føyer seg inn i den sosialmedisinske forklaringsmodellen der helsebegrepet flyttes ut av den biomedisinske forståelsesrammen og inn i samfunnet og livet (Fuggeli & Ingstad, 2009).

Mennesket som vesen er tenkende og selvstendig som tar i mot, aksepterer, forkaster og omskaper sine virkeligheter gitt i både personlighet og hverdagen man lever i (Fuggeli & Ingstad, 2009). Menneskets forestilling om hva som er normalt versus unormalt, friskt og sykt formes av tiden vi lever i, og ikke minst av samfunnet vi omgir oss med. Grunnleggende verdier i det samfunnet vi lever i vil derfor naturligvis påvirke og prege vår oppfatning av helse.

2.2 Hva er psykisk helse?

Psykisk helse er et sammensatt og komplekst begrep som kan synes vanskelig å definere. Begrepet har av den grunn blitt definert ulikt av forskere fra ulike kulturer. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer psykisk helse på følgende måte:

"a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community" (WHO, 2014).

Psykisk helse defineres altså av WHO som en tilstand av velvære der hvert individ innser sitt eget potensial, kan takle normale påkjenninger, kan arbeide produktivt og fruktbart, og er i stand til å bidra i samfunnet. Det kan være grunnlag for å diskutere om denne definisjonen på psykisk helse kan sies å være mer presis enn WHO sin definisjon på helse som ble lansert i 1946.

Begrepet psykisk helse inkluderer blant annet opplevelsen av mestring, subjektiv velvære, autonomi, kompetanse og selvrealisering av menneskets intellektuelle og følelsesmessig potensial. Å definere psykisk helse grundig fra et tverrkulturelt perspektiv vil i lys av dette være tilnærmet umulig. Det er imidlertid en generell enighet om at psykisk helse må forstås bredere enn som mangel av psykiske forstyrrelser. Å definere psykisk helse er ikke bare viktig, men også nødvendig for at man skal ha mulighet til å forstå kompleksiteten, samt utvikle effektive helsefremmende intervensjoner og tiltak. Verdiulikheter på tvers av land, kulturer, klasser og kjønn kan fremstå som for store til å tillate en konsensus med en definisjon (WHO, 2001, a). Uansett på samme måte som alder eller rikdom også har mange forskjeller rundt omkring i verden, men allikevel har en noenlunde grunnleggende universell betydning, kan også psykisk helse bli konseptualisert uten å begrense sin tolkning på tvers av kulturer (WHO, 2001, a).

Psykiske problemer blir ofte brukt som en samlebetegnelse, og siden det er stor forskjell i alvorlighetsgrad er det nødvendig med en begrepsavklaring der man skiller mellom psykiske problemer og psykiske lidelser. Psykiske problemer er ikke så alvorlige at de kan defineres som psykiske lidelser og dermed diagnostiseres. Psykiske problemer kommer ofte til uttrykk som blant annet angst, uro, fortvilelse, følelse av meningsløshet, konsentrasjonsvansker og søvnvansker. Omkring 15-20 prosent av barn og unge i alderen 0-18 år er så plaget at dette går ut over deres fungering i dagliglivet. Psykiske lidelser er en mer alvorlig tilstand og er bestemt av internasjonale kriterier som genererer en diagnose. En psykisk lidelse medfører ofte endring av personlighet, væremåte og endring i tanker og følelser, og fører til en høy grad av psykologisk smerte og redusert fungering (Arntzen et al. 2007).

Psykiske helseproblemer er i dag ett av vårt største folkehelseproblem. I følge Folkehelseinstituttet vil omtrent halvparten av den norske befolkningen rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og psykiske plager av mindre alvorlighetsgrad rammer langt flere (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Verdens helseorganisasjon anslår at så mange som nærmere 450 millioner mennesker verden over sliter med psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser i større eller mindre grad. Anslagsvis 350 millioner mennesker er rammet av depresjon som er en av de viktigste årsakene til uførhet på verdensbasis (WHO, 2016).

WHO har konkludert med at depresjon er den enkeltdiagnosen som er årsak til flest tapte friske leveår i befolkningen i den vestlige verden, og mentale lidelser forklarer mer enn 30 % av all morbiditet og funksjonsnedsettelse i verden. Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser er universelle og rammer mennesker uavhengig av hvor man kommer fra, og uavhengig av alder, kjønn og sosial status. Å oppleve at man rammes av en psykisk sykdom berører mange ulike aspekter ved menneskelivet, og kan ha en stor innvirkning på livskvaliteten til både enkeltpersoner, familier og ikke minst samfunnet som helhet.

De fleste studier har funnet at forekomsten av psykiske lidelser synes å være omtrent den samme blant menn og kvinner. De alvorlige psykiske lidelser er omtrent like vanlig blant kjønnene, med unntak av depresjon, som er mer vanlig blant kvinner enn menn, og rusmiddelproblemer, som er mer vanlig blant menn enn kvinner (WHO, 2001 b). Man ser allikevel en større forskjell mellom kjønnene blant ungdom. Dette er noe jeg vil komme tilbake til senere i oppgaven.

2.2.1 Psykisk helse og norsk ungdom

Hvordan menneskets psykiske helse er kan sies å påvirkes av en rekke sosioøkonomiske, biologiske og miljømessige faktorer. Vi vet i dag en hel del om norsk ungdoms psykiske helse, og hvilke faktorer som kan påvirke den både i positiv og i negativ retning. Det gjennomføres en rekke undersøkelser, både nasjonalt og internasjonalt, som undersøker barn og ungdoms psykiske helse, og det finnes god dokumentasjon for å slå fast at det har vært en markant økning i psykiske problemer i løpet av de siste 30 år. Særlig tydelig ser man denne økningen blant jenter (Sletten & Bakken, 2016).

På oppdrag fra Helsedirektoratet publiserte nylig Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring kunnskapsoversikten "*Psykiske helseplager blant ungdom- tidstrender og samfunnsmessige forklaringer*", som gir et oppdatert bilde på den nyeste forskningen på endringer i omfanget av psykiske plager blant ungdom de siste 10-30 årene. Bakken & Slettens kunnskapsoversikt vektlegger særlig nordiske og europeiske studier, og det er gjennomført et systematisk litteratursøk som resulterte i særlig to relevante oversiktsartikler, samt 18 artikler som handlet om psykiske vansker og trender blant ungdom (Sletten & Bakken, 2016). Om man ser på resultatene fra de ulike studiene i kunnskapsoversikten kan man derimot ikke si at resultatene er helt entydige. De fleste studier tyder på en negativ utvikling, men man finner også studier som viser at omfanget av psykiske problemer blant ungdom har stabilisert seg, og andre studier igjen som viser en nedgang i psykiske plager. Dette kommer spesielt til uttrykk i undersøkelser fra 2000-tallet og fremover. Her er det altså en del studier som peker mot stabilitet og ikke en økning i omfanget av psykiske problemer (Sletten & Bakken, 2016). Også resultatene fra HEVAS-undersøkelsen i 2014, som gjennomføres blant norske 11-, 13-, 15-, og 16 åringer, indikerer at norsk ungdom i all hovedsak selv opplever at de har god helse og er generelt tilfredse med livet. I denne undersøkelsen ser man på enkelte områder også positive tendenser sammenlignet med tidligere undersøkelser. Dog, også her kommer tydelige kjønnsforskjeller til uttrykk der jenter rapporterer om mer subjektive helseplager og mindre opplevelse av livstilfredshet og god helse enn gutter (Samdal et al. 2014). I Hevas- undersøkelsen rapporterer en stor andel blant de eldste jentene om et høyt nivå av opplevd skolestress, og en eller flere daglige helseplager. Dette kommer til særlig uttrykk blant elever i 10. klasse, samt blant elever i første år på videregående skole. Man ser at så mange som dobbelt så mange av jentene sammenlignet med guttene rapporterte om daglige helseplager. Tendensen er tydelig i alle aldersgrupper, men andelen økte betydelig med økende alder. I 6. klassetrinn rapporterte så mange som 17 % om daglige helseplager, og andelen var doblet til 32 % i løpet av første år på videregående skole

(Samdal et al. 2014). Tilsvarende funn finner man i resultatene fra Ungdata- undersøkelsene gjennomført av velferdsforskningsinstituttet NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA). Siden 2010 har så mange som 330.000 ungdommer fra 375 kommuner deltatt i ungdataundersøkelsene og dataene gir dermed et godt innblikk i hvordan det er å være ung i Norge i dag. Resultatene fra Ungdataundersøkelser i 2013 og 2014 viser også at vi har jevnt over en velfungerende og aktiv ungdomsgenerasjon, samtidig ser vi at det fortsatt er mange unge som opplever stress og bekymringer i sin hverdag (NOVA, 2015). Novarapporten bygger på svar fra 110000 ungdomsskole-elever som deltok i ungdataundersøkelser mellom 2012-2014, og bygger på tall fra alle trinn i den videregående skole. Rapporten viser at selv om at de aller fleste opplever sin helse som god, sliter mange med fysiske smerter som hodepine og magesmerter, samt smerter fra muskulatur, nakke, skuldre og ledd. Man ser også at en del sliter med negativt selvbilde. Denne undersøkelsen viser, i likhet med tidligere funn, systematiske helseforskjeller mellom kjønnene, der guttene er mer fornøyde og rapporterer om færre plager i hverdagen enn jentene. Blant jenter som rapporterer om depressive plager ser man en økning, mens det har vært en nedgang blant guttene. Nærmere 25 % av jentene i Ungdataundersøkelsene opplever depressive symptomer, rundt 20 % sliter daglig med fysiske plager, og hver tredje jente sier de er lite fornøyde med seg selv. Et viktig funn er at det ikke nødvendigvis de med høye ambisjoner og som presterer godt på flere områder i livet som er mest utsatt for psykiske helseplager slik en til dels kan få inntrykk av gjennom media. Tvert imot understreker rapporten at det først og fremst er de ungdommene som ikke er spesielt godt tilpasset på skole-, familie- og fritidsarenaer, som i størst grad rammes av dårlig psykisk helse (NOVA, 2015).

De nyeste Ungdataresultatene for perioden 2014-2016 bekrefter resultatene fra tidligere undersøkelser. Også her ser man at selv om de aller fleste av ungdommer rapporterer at de er fornøyd med egen helse er det noen klare negative utviklingstrekk der en del ungdom opplever mindre trivsel, ensomhet og mangel på vennskap. Det bekreftes i denne undersøkelsen at dette uttrykkes spesielt blant jenter. Videre ser man at denne typen problemer øker gjennom årene på ungdomstrinnet, for deretter å flate ute fra 16-17 års alderen. Denne undersøkelsen viser i tillegg en relativt høy bruk av reseptfrie medikamenter, noe som i seg selv kan sies å være urovekkende. Rapporten viser, i likhet med forutgående undersøkelser, at en god del sliter med daglige helseplager og symptomer på stress (Sletten & Bakken, 2016). Hvis man ser nærmere på de endringene som utelukkende har skjedd blant jentene ser vi en tendens til at stadig flere jenter opplever at de mangler fortrolige venner,

flere føler seg ensomme og omfanget av psykiske plager har økt. Man ser også at andelen jenter som sier at de trives på skolen er nedadgående og flere opplever å bli frosset ut, plaget og truet av andre ungdommer (Sletten & Bakken, 2016). Funnene kan tyde på at ungdom, og særlig jenter, erfarer betydelige belastninger som forringer hverdagen, og som i noen tilfeller slår ut i subjektive helseplager. For jentene kan de opplevde belastningene til dels trolig knyttes til en kombinasjon av eksternt og indre press om vellykkethet knyttet til kropp og helse, og gode skoleprestasjoner. Man kan anta at unge jenter opplever et eksternt press gjennom media og ukeblad som kontinuerlig fokuserer på kroppslig vellykkethet gjennom en slank og attraktiv kropp, men det er også rimelig å anta at miljøet man lever i legger et klart press på dagens ungdom.

Nyere forskning om psykisk helse blant ungdom understreker tydelig nødvendigheten av et forebyggende og helsefremmende arbeid. Ulike forslag til tiltak vi jeg komme tilbake til i oppgavens diskusjonsdel.

2.2.2 Risikofaktorer

Hvordan barn og unge opplever sin egen helse og trivsel er en viktig indikasjon på et lands livskvalitet. Man vet at psykiske problemer i barne- og ungdomsår synes å ha mer alvorlige konsekvenser enn somatisk sykdom, og øker blant annet risikoen for rusmisbruk, frafall i skolen, sviktende sosiale relasjoner, isolering, økonomiske problemer og problemer med å komme i jobb i voksen alder. Tilsvarende vil positive opplevelser, og en sunn og god helsetilstand, bidra til en positiv utvikling der ungdommer finner seg vel til rette i samfunnet (Stoltenberg, 2014).

Sletten og Bakkens litteraturgjennomgang finner kun tre artikler som ser nærmere på et bredt spekter av risikofaktorer. Disse artiklene peker ut tre ulike forklaringer til endringene man ser i omfanget av psykiske problemer. Den ene forklaringen er en økning i bruk av rusmidler, den andre er endringer i ungdommens forhold til eget utseende og kropp, og den siste forklaringen er at relasjonen til utdanning og skole er i endring. Det finnes også en studie som forklarer endringen med ungdommens relasjon til foreldrene, men dette funnet er vurdert som noe mer usikkert (Sletten & Bakken, 2016). Det foreligger altså få studier som undersøker miljømessige forklaringer, så man kan ikke si at kunnskapsoversikten gir grunnlag for å gi tydelig svar på hvordan miljøfaktorer har påvirket endringene i omfanget av psykiske problemer. I de studiene der man finner økt forekomst av psykiske problemer diskuteres det hvorvidt årsaken til dette er at det er en større åpenhet i samfunnet og dermed en lavere

terskel for å melde fra om psykiske problemer. Der det er gjennomført analyser for å finne ut om dette er årsaken til økningen konkluderes det med at dette ikke er hovedforklaringen. Kunnskapsoversikten konkluderer med at det er behov for flere gjentatte longitudinelle studier på dette feltet (Sletten & Bakken, 2016).

Rapporten "*Sosial ulikhet i helse*" utgitt av Folkehelseinstituttet i 2007 trekker frem sosial ulikhet som en direkte risikofaktor for utvikling av psykiske problemer og lidelser. Rapporten sier at utviklingen av psykiske plager og lidelser hos barn og unge er tett forbundet med manglende sosiale ressurser og familiebelastninger. Særlig høy risiko for å utvikle psykiske problemer har barn som vokser opp i hjem hvor foreldre har psykiske lidelser, er voldelige eller har rusproblemer. Det samme har barn med ikke-vestlig minoritetsbakgrunn og barn av enslige forsørgere (Arntzen et al. 2007). Å utjevne sosiale forskjeller i helse er et prioritert satsingsområde i Norge med en tydelig og klar målsetning om å redusere helseforskjeller (Arntzen et al. 2007). Hvis vi skal lykkes i å redusere omfanget av helseskadelige levevaner og livsstil hos ungdom må vi forstå hvordan sosiale miljøfaktorer, psykologiske og individuelle forhold og psykisk helse virker inn på evne til, og motivasjon for, å opprettholde helseskapende levevaner. Kunnskap om risiko og hvordan man oppfatter stress, mestring, konsekvenser, personlighetstrekk og psykisk helse påvirker all helselatert adferd. Regler og normer, og adferd i samfunnet og det sosiale miljøet man er en del av vil også spille inn. Om man ser på sammenhengen mellom levekår og helselatert adferd i Norge er det mye som tyder på at den skjeve sosiale fordeling av disse helsedeterminantene er viktige bakenforliggende årsaker til sosial ulikhet i helse (Arntzen et al. 2007).

Mangel på vennskap og sosial tilhørighet er også en risikofaktor med tanke på utvikling av psykiske problemer og lidelser. Gode sosiale relasjoner vil i så måte fungere som en viktig beskyttelsesfaktor. En studie gjennomført i 2011 ved Universitetet i Bergen viser at det er en sterk sammenheng mellom problematiske og manglende sosiale relasjoner og subjektive helseplager i befolkningen. Studien er basert på data fra Helseundersøkelsen i Hordaland (1997-2000). I sammenheng med problemer i nære relasjoner rapporteres blant annet symptomer på depresjon og angst, samt somatiske plager og søvnvansker (Aanes, 2010).

Når det kommer til søvn og søvnrutiners betydning for psykisk helse viser også Helseundersøkelsen i Hordaland at det er en direkte sammenheng mellom søvnvansker og depresjon blant ungdom. Dataene er basert på en tverrsnitt-undersøkelse, der mer enn 10000 ungdommer i alderen 16-18 år deltok. Sammenlignet med ungdom som sover godt, har

ungdom som sliter med søvn opptil fem ganger høyere risiko for å utvikle depresjon (Sivertsen, B., Harvey, A.G., Lundervold, A. J. & Hysing, M., 2013)

Psykososiale risikofaktorer omhandler psykiske belastninger som oppstår i samspillet mellom det sosiale miljøet og individet. Langvarig utrygghet, tapsopplevelser, sosial isolasjon, lav selvfølelse, og opplevelse av maktesløshet og mangel på kontroll over familiesituasjon er faktorer som kan bidra til å øke risikoen for helseproblemer. I mange tilfeller virker de sosiale og økonomiske levekårene inn på helsa gjennom psykologiske mekanismer (Arntzen et al. 2007).

Genetiske forhold synes også å være av betydning for utvikling av alle typer psykiske lidelser. De genetiske sårbarhetsfaktorer samvirker imidlertid med miljørelaterte forhold som blant annet diskriminering, sosial inkludering, utdanning og levekår (Bang Nes & Clench- Aas, 2011). Utvikling av psykiske plager avhenger dermed både av faktorer i omgivelsene og av den enkeltes genetiske utgangspunkt. Å identifisere risiko- og beskyttelsesfaktorer i miljøet er av den grunn avgjørende for å forebygge sykdomsutvikling selv for psykiske plager og lidelser med høy arvelighet.

Kunnskapsoppsummeringen konkluderer med at fremtidig forskning bør se nærmere på hvordan ungdoms bruk av sosiale medier spiller sammen med andre kjente risikofaktorer for psykiske helseplager som for eksempel relasjoner til jevnaldrende og et negativt forhold til kropp og utseende. Et annet tema det trengs mer kunnskap om er betydningen av ungdoms forhold til skole og utdanning. I litteraturgjennomgangen er det funnet studier som konkluderer med at prestasjonsrelatert stress i skolen har blitt en viktigere risikofaktor for psykiske vansker blant unge jenter over tid, men ikke på samme måte for gutter. Det argumenteres for at jentene opplever et særlig dobbeltpress. De skal både være skoleflinke, og de skal leve opp til en tradisjonell kvinnerolle. Resultatet er hentet fra en studie, i et gitt tidsrom og i en bestemt geografisk kontekst, og det er behov for mer kunnskap før man kan konkludere sikkert. Fordi flere studier tyder på at skolestress fungerer som risikofaktor for psykiske vansker, samtidig som jenter ser ut til å oppleve mer prestasjonsrelatert stress i skolen enn gutter, bør endringer i ungdoms forhold til skolen og hvordan disse spiller sammen med kjønn være et relevant tema for videre forskning på årsaker til økning i psykiske plager blant unge jenter.

Funnene er, i følge publikasjonen, i tråd med resultater fra norske ungdomsundersøkelser som

fra tidlig 1990-tallet og fremover har vist en økning av psykiske plager blant ungdom (Sletten & Bakken, 2016).

Man har i de senere år sett en større oppmerksomhet omkring fenomenet mobbing blant barn og unge. Mobbing kan også sies å være en risikofaktor for utvikling av psykiske problemer og lidelser. Mobbing har store konsekvenser for dem som rammes, men til tross for økt oppmerksomhet og en betydelig innsats for å begrense det er det lite som tyder på at omfanget er redusert. I ungdataundersøkelsene blir ikke mobbing målt direkte, men ungdommene blir forespurt om fenomener som er knyttet til mobbing, som for eksempel om de har blitt plaget, frosset ut eller truet både på skolen og i fritiden. Ungdommen har også blitt spurt om de har blitt utsatt andre for tilsvarende handlinger. Resultatene fra dette viser at flestparten ikke er involvert i mobbing. Undersøkelsen viser allikevel at så mye som sju prosent av elever på ungdomstrinnet har opplevd å bli utsatt for tilsvarende handlinger minst en gang hver 14 dag. Undersøkelsen viser at andelen som opplever mobbing går ned i takt med økende alder, og på videregående nivå ligger andelen på omkring fem prosent. På dette området vises ikke store kjønnsforskjeller, men midt i tenårene kan det se ut som om at jenter opplever større grad av mobbing enn gutter. Siden starten på ungdataundersøkelsen har andelen av jenter som opplever mobbing økt fra omkring seks til åtte prosent. Blant guttene har tallene holdt seg stabile (Bakken, 2016)

Man ser altså av undersøkelsene at det på enkelte områder er til dels store forskjeller mellom kjønn. Både med tanke på hvordan de selv uttrykker opplevelse av egen helse, der man ser at det er jentene som sier at de sliter mest, og med tanke på mobbing. Dette uttrykker et behov for å finne ut hvorfor er det slik, og mer konkret hva man kan gjøre for å endre bildet. Ved å kartlegge årsakene vil man bedre være i stand til å iverksette tiltak.

2.3 Helsefremming

Det helsefremmende arbeidet tar ikke utgangspunkt i sykdom og faktorer som øker risiko for sykdom, men har fokus på faktorene som bidrar til å styrke ressursene for god helse. Dette kan omhandle sosiale, kulturelle, miljømessige eller individuelle forutsetninger for en god helseutvikling. Sentralt i helsefremmende tenkning står ideen om at enkeltindivider selv skal ha kontroll og makt over forhold som har betydning for helsen (Mæland, 2016). Denne tilnærmingen er en radikal endring i forhold til tidligere metoder, der oppmerksomheten i all hovedsak har vært rettet mot forebygging av spesifikke sykdommer med konkrete medisinske virkemidler (Gopinathan & Iversen, 2011).

Gjennom Alma Ata-erklæringen, vedtatt under den internasjonale konferansen om primærhelsetjenester som ble arrangert av Verdens helseorganisasjon (WHO) i 1978, fikk det internasjonale helsefremmende arbeidet et godt grunnlag og står som en viktig milepæl for arbeidet for å utjevne globale og sosiale helseforskjeller (Gopinathan & Iversen, 2011).

Alma Ata-erklæringen slår fast følgende:

"Health is more than the absence of disease and expands the notion of people as being more than independent biological units to one which encompasses the idea that people are affected by their social, economic and natural environments" (Espnes & Smedslund, 2009).

Her presiseres det altså at helse er mer enn fravær av sykdom, og at vi påvirkes av det sosiale, økonomiske og naturlige miljøet vi til daglig lever i. Deklarasjonen fikk imidlertid ikke det gjennomslaget den kunne ha hatt, og det skulle ta 30 år før WHO igjen tok opp prinsippene fra Alma Ata-erklæringen (Gopinathan & Iversen, 2011).

Den første internasjonale helsefremmende konferansen fant sted i Ottawa, Canada, 21. November 1986. Der ble det såkalte Ottawacharteret utarbeidet og godkjent. Gjennom Ottawacharteret defineres helsefremming som: *"den prosess som gjør mennesker i stand til å bedre og bevare sin helse"* Videre heter det: *"for å nå frem til en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, må et individ eller gruppe være i stand til å kunne identifisere og virkeliggjøre sine forhåpninger, tilfredsstille sine behov, og endre eller mestre sitt miljø"* (Mæland, 2016).

Ottawacharteret understreker at helsefremmende arbeid har sammenheng med all politikk, på alle samfunnsnivåer og med lokalmiljøet rundt oss, og legger vekt på at det skal skapes en sunn helsepolitikk der helse skal implementeres i alle beslutningsorganer i samfunnsforvaltningen (WHO, 1986).

Hensikten med å forske på helsefremming er å forsøke å finne ut hvilke faktorer som er viktige for å styrke enkeltmenneskers og befolkningens helse. Man har også til hensikt å finne ut hvilke ressurser man kan se hos samfunn, og enkeltmennesker, som utmerker seg med god helse. Ved å skaffe til veie slik kunnskap vil man kunne se hvilke konkrete faktorer som er viktige for å styrke menneskers helse og opplevelse av mestring, uavhengig om de er syke eller friske. Den tradisjonelle epidemiologiske forskningen har i hovedsak hatt fokus på å studere sykdomsutbredelse, risiko og årsaksfaktorer, med forebygging som overordnet mål.

Man kan dermed si at det er forskjell i både tenkning og empiri om man sammenligner forebygging og helsefremming (Holmen et al. 2016).

Innenfor området psykisk helse er det helsefremmende arbeidet rettet mot å fremme positiv psykisk helse ved å øke livskvalitet og velvære, styrke opplevelse av mestring, bidra til å bygge kompetanse, samt legge til rette for å skape støttende miljøer og livsbetingelser. Helsefremmende arbeid handler altså om enkeltindividets mulighet for å ha aktiv innflytelse over egen situasjon, liv og hverdag. Internasjonalt står begrepet helsefremmende arbeid (*eng. health promotion*) for tiltak som øker befolkningens evne til å kontrollere og bedre sin helsetilstand (Gopinathan & Iversen, 2011).

Helsefremming er i dag en viktig innfallsvinkel til å møte verdens helseutfordringer. Politiske beslutninger er i stor grad viktig og førende for prosessene i helsefremmende arbeid, dog den helsefremmende tenkningen i epidemiologien har enda ikke fått riktig fotfeste. Gjennom Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) er det kartlagt en rekke helsefremmende faktorer. Flere publiserte studier slår fast at faktorer som kosthold, fysisk aktivitet, livssyn, engasjement, sosial kapital, deltakelse i kulturaktiviteter, sans for humor og opplevelsen av sammenheng (sense of coherence) er viktige helsefremmende faktorer (Holmen et al. 2016).

Ulike lover regulerer i dag folkehelsearbeidet og da også med tanke på helsefremming. Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven) skriver i sin formålsparagraf følgende: *"Formålet med denne loven er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse."* (Lovdata, 2012). Her er det tydelig klargjort at folkehelsearbeidet ikke bare omhandler å eliminere risiko for å bli syke, men også iverksette tiltak som fremmer befolkningens helse. Videre i formålsparagrafen står det følgende: *"Loven skal sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte. Loven skal legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid"* (Lovdata, 2012).

I Folkehelseloven § 7 står det følgende: *"Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å møte kommunens folkehelseutfordringer, jf. § 5. Dette kan blant annet omfatte tiltak knyttet til oppvekst- og levekårsforhold som bolig, utdanning, arbeid og inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk og alkohol- og annen rusmiddelbruk. Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og*

befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom" (Lovdata, 2012).

I St. mld. Nr. 19 *Folkehelsemeldingen, Mestring og muligheter* er det en klar prioritering og målsetning at det skal skapes en folkehelsepolitikk som legger til rette for at mennesker skal ha muligheter og forutsetninger for at hver enkelt kan mestre egne liv (Helse og omsorgsdepartementet, 2015, s. 9).

Det helsefremmende arbeidet omfatter altså ikke bare tiltak rettet mot å styrke enkeltindividets grunnleggende ferdigheter og evner, men det handler også i stor grad om å påvirke underliggende sosiale og økonomiske forhold, så vel som fysiske miljøer som har betydning for helseutviklingen.

For å lykkes med å skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen er det nødvendig at helsefremmende tankegang implementeres i alle nivåer i helse samfunnet.

2.3.1 Health Literacy

Innenfor helsefremming er health literacy et relativt nytt begrep. Health literacy har fått betydelig oppmerksomhet over hele verden de siste årene og det forskes bredt for å få en dypere forståelse av hvilket potensial som kan ligge her (Nutbeam, 2000). Til tross for den økende oppmerksomheten er forskningen stadig mangelfull, og kun gjennomført i relativt små populasjoner (WHO, 2013).

Health literacy oversettes til norsk som helsefremmende allmenndannelse. Health literacy handler om evnen til å skaffe til veie, lese og forstå, og å være i stand til å nyttiggjøre seg helseinformasjon (Rudd, Moeykens & Colton, 1999).

Verdens helseorganisasjon definerer health literacy slik:

"the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individual to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health" (WHO, 1998).

Med andre ord handler det om et individs kognitive og sosiale ferdigheter som har betydning for dets motivasjon og evne til å skaffe til veie, forstå og bruke informasjon på en måte som fremmer og opprettholder god helse. Definisjonen fremhever noe mer enn å evne å lese helsebrosjyrer. Den gjør oss også bevisste på at det er konkrete determinanter som vil ha innvirkning på hvordan vi tilegner oss, forstår og bruker helseinformasjon. En slik tilnærming

gir en mer helhetlig forståelse og sikrer at innholdet i helsekommunikasjon ikke bare fokuserer på personlig helse, men også på sosiale helsedeterminanter.

Bruk av begrepet fremhever potensialet for å tilegne samfunnet kunnskap som vil ha betydning for hvilke politiske føringer som legges i det helsefremmende arbeidet (Nutbeam, 2000).

Verdens helseorganisasjon publiserte i 2013 rapporten *Health literacy, the solid facts*, som omtaler funn fra undersøkelsen *European health literacy survey* gjennomført i 2011.

Tilsammen åtte europeiske land deltok og det totale utvalget bestod av 8000 informanter. Studien utviklet en generell indeks der health literacy skulle scores ved hjelp av 47 ulike spørsmål. Skalaen hadde en score fra 0 til 50 der 0 representerte den laveste og 50 den høyeste health literacy. Med utgangspunkt i dette ble det definert fire ulike nivåer av health literacy: utilstrekkelig, problematisk, tilstrekkelig og god health literacy. Undersøkelsen viste at så mange som 47 % hadde begrenset nivå av health literacy og 12 % hadde utilstrekkelig nivå (Sørensen et al. 2015). Det er altså en betydelig andel av studiens deltakere som har lav health literacy, og man ser at selv i land med gode utdanningssystemer er andelen av mennesker med lav health literacy svært høy. Undersøkelsen viser en klar sammenheng mellom utdanningsnivå og grad av health literacy, og man ser at personer med lav health literacy har oftest lavt utdanningsnivå, mens health literacy er betydelig høyere blant personer med høyere utdanning. Undersøkelsen viste også at undergrupper i samfunnet definert av lav sosioøkonomisk status var de som hadde de største utfordringene knyttet til lav health literacy (Sørensen et al. 2015).

Forskningen viser at individer med høy health literacy har bedre helse, er mer utdannet, og har bedre jobber enn individer med lav health literacy. Disse bidrar også i større grad i ulike samfunnsaktiviteter og rapporterer om høyere grad av trivsel sammenlignet med individer med lav health literacy. Videre viser forskningen at begrenset eller lav health literacy påvirker helsen betraktelig i en negativ retning, og er forbundet med lavere deltagelse i helsefremmende aktiviteter og mer risikofylt helseadferd enn individer med høy health literacy. Blant individer med lav health literacy ser man høyere andel røykere, hyppigere arbeidsulykker, redusert håndtering av kroniske sykdommer som for eksempel diabetes, hiv, og astma. Man ser også flere innleggelses og reinnleggelses i sykehus, og økt sykkelighet og tidlig død (WHO, 2013).

Health literacy er en viktig faktor i forebyggingen av psykiske problemer og lidelser. Gjennom tiltak rettet mot de underliggende risikofaktorene som blant annet økt rusbruk, kroppspress, mobbing og endringen man ser i ungdoms forhold til skole kan man i betydelig grad forebygge debut av psykiske plager og lidelser. Dette krever en tilpasset og god helsekommunikasjon og inkluderer planlegging, justering av livsstil, informerte beslutninger og kunnskap om når og hvordan man får tilgang til helsetjenester. Personer med lav health literacy vil ha større utfordringer knyttet til å håndtere psykisk sykdom, enn mennesker med høy health literacy.

2.3.2 Hvorfor styrke samfunnets health literacy?

Å styrke befolkningens helsekompetanse innebærer mer enn å overføre generell helsekunnskap, selv om det fortsatt er en grunnleggende oppgave. Det handler også i stor grad om å hjelpe mennesker til å utvikle tillit til å ta valg på bakgrunn av kunnskap man har ervervet seg, og styrke dem i evnen til å støtte andre, på best mulig måte, gjennom mer personlige former for kommunikasjon (Nutbeam, Harris & Wise, 2010).

Helseopplysning og utdanning har vært en viktig strategi for å forebygge sykdom og fremme helse. Det gjennomføres kontinuerlig helsekampanjer rettet både mot befolkningen som helhet, og kampanjer som er mer rettet mot spesifikke grupper i befolkningen. Eksempler på dette er kampanjer rettet mot småbarnsmødre med hensikt å fremme mødre- og barnehelse, antiroykekampanjer, kampanjer for å hindre utvikling av ikke-smittsomme sykdommer, og kampanjer rettet mot utsatte grupper som har høyere risiko for å få smittsomme sykdommer som for eksempel hiv og hepatitt. Man så allerede på 60 og 70- tallet at kampanjer som i hovedsak kun hadde fokus på overføring av helseinformasjon, og var basert på en forholdsvis forenklet forståelse av forholdet mellom kommunikasjon og adferdsendring, ikke klarte å oppnå ønsket effekt. Man lyktes ikke med å ta hensyn til sosiale og økonomiske forhold som kunne ha innvirkning på gruppenes helseadferd. Man så at mange helseprogrammer kun hadde effekt blant de som hadde høyest utdanning, og de med best økonomi. Det ble antatt at disse gruppene hadde bedre personlige ferdigheter og økonomiske midler til å skaffe seg, og respondere på, helseinformasjon som ble formidlet gjennom tradisjonelle medier. Gjennom 1980- tallet ble intervensjonene for sykdomsforebygging og helseopplysning betydelig utviklet gjennom å fokusere mer på den sosiale konteksten som kan påvirke adferdsmessige beslutninger, og fokusere mer på å utvikle sosiale og personlige ferdigheter som er nødvendige for å gjøre sunne livsstilvalg (Nutbeam, 2000).

I dagens samfunn blir folk i økende grad oppfordret til å gjøre sunne valg, og man må i stor grad selv administrere sine personlige interesser i et stadig mer komplekst system. Et viktig spørsmål er da om man som individ har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse til å tilegne seg, forstå og nyttiggjøre seg tilgjengelig helseinformasjon. Dagens helsesystemer er, selv for utdannende mennesker, krevende og vanskelig å navigere i. Det kan være utfordrende selv for individer med tilstrekkelig kompetanse å forstå, vurdere og utnytte informasjonen i den hensikt å forbedre sin egen helse.

Ved å styrke health literacy bidrar man til å styrke både individet og samfunnet som helhet. Å øke menneskers health literacy krever en helhetlig tilnærming, og er et ansvar som ikke bare ligger til helsesektoren eller enkeltindividet, men tiltak må forankres på tvers av sektorer og i alle deler av samfunnet. Det må utvikles språktiltak, og kommunikasjonen må være følsom for kulturelle forskjeller, kjønnsforskjeller, alder og individuelle forskjeller (Sørensen et al. 2015). Dette igjen vil være avgjørende i bidraget til å redusere helseforskjeller, og for å fremme helse og trivsel.

2.3.3 Mental health literacy

Begrepet mental health literacy ble, i 1997, introdusert av den australske professoren Anthony Jorm og noen av hans kollegaer. Mental health literacy oversettes på norsk til psykisk helsefremmende kompetanse. Jorm definerte begrepet som *"knowlegde and beliefs about mental disorders wich aid their recognition, management or prevention"* (Jorm, 2000). Mental health literacy handler med andre ord om menneskers kunnskap og oppfatning om psykisk helse og lidelser, og hvordan disse kan gjenkjennes, håndteres og forebygges. Med psykisk helsefremmende kompetanse menes det å være i stand til å ta hensiktsmessige valg til det beste for egen og andres psykiske helse (Bjørnsen et al. 2017).

Psykisk helsefremmende kompetanse består, i følge Jorm, av fire ulike komponenter. Disse omhandler kunnskap om hvordan man forebygger psykiske lidelser, kunnskap om hvordan man kjenner en psykisk lidelse under utvikling, at man har kjennskap til hvor og hvordan man kan få hjelp, hvilken behandling som er tilgjengelig, samt å kjenne til førstehjelpstrategier både for å hjelpe seg selv og andre som rammes av psykiske lidelser eller problemer (Jorm, 2012).

Bakgrunnen for utviklingen av mental health literacy var at man stadig opplevde at psykiske lidelser ikke ble inkludert i ulike helseplaner. Det var i tiden å øke kunnskap og ferdigheter

primært i helsetjenesten og da spesielt blant allmennleger. At det var behov for å øke kunnskap og ferdigheter også blant allmenheten ble i stor grad oversett og ikke prioritert. Ved å utvikle mental health literacy rettet man dermed oppmerksomheten mot et tidligere forsømt felt (Jorm, 2015).

Gjennom innføring av begrepet hadde man et ønske om å kunne ha innflytelse på den australske politikken. Dette har gitt resultater, og i dag er mental health literacy inkludert i Australias plan for psykisk helse. Man ser også at mental health literacy er blitt synlig i planer for andre jurisdiksjoner (Jorm, 2015). Den australske regjering har også støttet en nasjonal overvåkning av mental health literacy gjennom senere undersøkelser både i 2003 og 2011. Dette har vist betydelige forbedringer i befolkningens mental health literacy, der man ser at forskjellene mellom befolkningen og de profesjonelle helseutøverne når det kommer til mental health literacy er betraktelig redusert (Reavley & Jorm, 2011).

Mental health literacy har blitt et viktig begrep innen litteraturen, men den metodologiske forskningen er begrenset (O'Connor, Casey & Clough, 2014). Eksisterende forskning på mental health literacy viser imidlertid, som nevnt innledningsvis, at mange har lav mental health literacy. Årsaken er at de ikke har kjennskap til vanlige psykiske problemer, ikke kjenner til behandlingsmetoder, har negative holdninger til det å oppsøke hjelp, og mangler kunnskap om hvordan man kan hjelpe andre som rammes (Jorm et al. 2006). Blant ungdom eksisterer det lite forskning på mental health literacy. Dette er spesielt bekymringsfullt da eksisterende studier tyder på lavt nivå av mental health literacy også blant ungdom (Marcus & Westra, 2012). Resultatene fra en undersøkelse gjennomført blant australsk ungdom viste at bare halvparten av 202 ungdommer i alderen 15-17 år var i stand til å identifisere depresjon (Burns & Rapee, 2006). En vanlig grunn til at unge mennesker ikke søker hjelp er at de mangler kunnskap til å identifisere symptomer på psykiske problemer og psykisk sykdom, hvilket er et direkte resultat av lav mental health literacy (Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005).

Det har vært argumentert for at økt mental health literacy vil øke evnen til å søke hjelp (Jorm et al. 2006).

Anthony Jorm argumenterer i sin artikkel "*Why we need the concept of mental health literacy*" for at det er nødvendig med en mer spisset og spesifikk tilnærming til psykisk helsefremmende kompetanse. Med å spisse konseptet har man gjort det mulig å både utvikle og evaluere intervensjoner. Et eksempel på dette er en treningsintervensjon på psykisk

førstehjelp som ble utviklet for å øke befolkningens mental health literacy. Der har flere evalueringstudier konkludert med at programmet forbedrer mental health literacy. Programmet har hatt stor suksess og har nå spredd seg til over 20 andre land (Jorm, 2015).

I følge verdens helseorganisasjon (WHO) er health literacy selve nøkkelen til å forbedre helse både på individnivå og for hele populasjonen (WHO, 2013).

Det er nå en allmenn oppfatning at 70 % av psykiske lidelser kan diagnostiseres før fylte 25 år og at psykiske lidelser utgjør størstedelen av sykdomsbyrden i løpet av det neste tiåret av leveåret (Kessler et al, 2005). Dette understreker viktigheten av at man sikrer kunnskap på et tidlig stadium i livssyklusen. For å lykkes i å håndtere ungdoms psykiske helse er det viktig at mental health literacy blir satt i fokus for psykiske helseintervensjoner for ungdom. Uten et godt grunnlag av mental health literacy vil ikke ungdom være tilstrekkelig rustet for overgangen til et voksenliv (Kutcher et al. 2016)

2.4 Selvbestemmelsesteori – Self determination theory

Deci og Ryan er innenfor motivasjonsteorien to kjente motivasjonsteoretiker. I 1985 presenterte teoretikerne en motivasjonsteori kalt Self- Determination Theory. Teorien er en omfattende sosialkognitiv teori som er opptatt av å støtte våre naturlige tendenser til å handle på en slik måte at det virker forsterkende i positiv retning med tanke på vår egen helse og effektivitet. Mennesker er i sin natur i utgangspunktet selvmotiverende og nysgjerrig. Likevel er det klart at mennesket påvirkes av ytre faktorer og miljø. Mennesker flest vil høyst sannsynlig på sin vei igjennom livet oppleve påkjenninger og opplevelser som forringer egen selvdrift og sin evne til å ivareta seg selv optimalt.

Motivasjonsteorien skiller mellom to ulike typer motivasjon, indre og ytre motivasjon, basert på hvilke årsaker eller mål som gir opphav til en handling (Deci & Ryan, 2000).

Man kan si at indre motivasjon er en naturlig motivasjon som kommer innenfra, og motiveres av hva vi har lyst til å gjøre. Med andre ord gjenspeiler indre motivasjon menneskets naturlige tilbøyelighet for å lære og bevege seg mot et mål. Et barn i fri lek er et eksempel på en aktivitet som fremdrives av indre motivasjon. Mennesker er i størst grad styrt av indre motivasjon og eksempelet viser at motivasjonen er knyttet til opplevelse og lyst.

Deci og Ryan mener at indre motivasjon er basert på menneskets ønske om å være kompetent og selvbestemt. På den andre siden hevder de at ytre motivasjon derimot påvirkes i stor grad av eksterne faktorer, og det kan være vanskelig å tydeliggjøre den sanne autonomi. Ytre

motivasjon kan reflektere både ekstern kontroll eller sann selvregulering (Deci & Ryan, 2000). I følge Mæland (2016) er et viktig poeng med selvbestemmelsesteorien at ved sterk ytre kontroll vil den indre motivasjonen svekkes. Den indre motivasjonen vil svekkes jo mer individet føler seg styrt gjennom påbud, regler, kontroll og overvåkning (Mæland, 2016).

Deci & Ryan beskriver det "*å være motivert*" som å bli beveget til å gjøre noe. Et individ som ikke opplever noen drivkraft eller inspirasjon til handling er av den grunn karakterisert som umotivert (Deci & Ryan, 2000). Mennesker har ulik mengde motivasjon, forskjellige typer motivasjon og nivået vil være varierende, motivasjon kan dermed ikke sies å være et enhetlig fenomen. På grunn av at indre motivasjon ofte resulterer i høy kreativitet og læring er det viktig å finne ut hvilke faktorer og krefter som forsterker den og hvilke faktorer som bidrar til å undergrave den.

Selvbestemmelsesteorien fokuserer i sin tilnærming til å forklare indre motivasjon primært på medfødte, psykologiske behov, og trekker frem tre behov som må være dekt for at enkeltindiver skal oppleve optimal funksjon og trivsel. Disse er behovet for autonomi (opplevelsen av selvbestemmelse), behovet for kompetanse (at man opplever man har nødvendig kunnskap for å nå et mål), og tilhørighet (opplevelsen av å høre til og være elsket) (Broeck et. Al, 2010). Deci & Ryan argumenterer i sin artikkel "*Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions*" for at indre motivasjon må betraktes som en samfunksjon mellom disse tre grunnleggende menneskelige behov, og at indre motivasjon oppstår når disse tre grunnleggende menneskelige behov oppfylles: behovet for autonomi (selvbestemmelse), kompetanse og tilhørighet (Deci & Ryan, 2000).

2.5 Teorien om Salutogenese

Helsefremmende arbeid er tuftet på teorien om Salutogenese. Ordet Salutogenese består av "*saluto*" som betyr helse eller å være hel, og "*genese*" som betyr opphav (Lindström og Eriksson 2009).

Professor i sosiologi Aron Antonovsky stilte spørsmålet "*Hva skaper helse?*", og presenterte på slutten av 70-tallet den salutogene modell der tilnærmingen har fokus på helse fremfor sykdom. Antonovsky innførte idéen om å se helse som et kontinuum der det er et spenningsfelt mellom total helse og total uhelse. Dette helsekontinuumet illustreres som en horisontal linje med et totalt fravær av helse i den ene enden (H-), og en fullkommen og optimal helse i den andre enden (H+). I følge Antonovsky befinner alle mennesker seg et eller

annet sted langs denne linjen. Antonovsky ønsket med dette å bidra til en mer helhetlig helsetankegang, og mente at helseperspektivet i all hovedsak hadde vært basert på tanken om et grunnleggende dikotomi mellom friske og syke mennesker. Tilhengerne av det første perspektivet retter alle ressurser mot å holde folk friske, men den andre gruppen utelukkende holder fokus på de som er syke og forsøker å hjelpe dem til å gjenopprette sin gode helse, forebygge kronisk sykdom eller utsette døden. Antonovsky argumenterer med at begge gruppene overser at den bakenforliggende dikotomien er et mindre hensiktsmessig utgangspunkt enn det han kaller kontinuumet mellom helse og uhelse. Han vender perspektivet mot at vi er alle døende, og at vi alle, så lenge det finnes liv i oss i en eller annen forstand er friske. Salutogenese handler altså om å finne ut hvor på kontinuumet hvert enkelt individ til enhver tid befinner seg (Antonovsky, 2012). Antonovsky var opptatt av å finne faktorer som beveger oss mot den positive helse-enden av kontinuumet (Lindström & Eriksson, 2010). Hans teori var opprinnelig en teori om stress, og stress som en naturlig del av livet. Av den grunn ble faktorene som kunne rokke ved ens posisjon kalt "stressorer". Antonovsky mente at man under påvirkning av *stressorer*, eller en stressfaktor, kunne føre til at man enten gir etter og bryter sammen, noe som fører én i en patogen retning eller man håndterer og overvinner belastningen og dermed beveger seg mot den andre enden av kontinuumet, det vil si beveger seg i en salutogen retning (Lindström & Eriksson, 2010). En salutogen tilnærming spør oss med andre ord ikke om hva som gjør oss syke, men hva som holder oss friske.

2.5.1 Sense of Coherence

Selve kjernen i teorien om salutogenese kaller Antonovsky for "*Sense Of Coherence*", forkortet til SOC. Sence of coherence kan oversettes som opplevelsen av sammenheng. Aron Antonovsky hevdet at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende (Antonovsky, 2012). Gjennom nære og stabile omsorgspersoner legges dette grunnlaget tidlig i livet, og danner en identitet som strekker seg utenfor individet (Mæland, 2016). Begreper som opplevelse av kontroll og en trygg identitet er nært beslektet med sense of coherence. Psykologiske forskning viser at slike forhold er av stor betydning for den mentale helsen senere i livet. Salutogene faktorer omfatter imidlertid mye mer enn dette og strekker seg ut over individet selv (Mæland, 2016).

Teorien bygger på en forståelse av at man gjennom oppveksten utvikler en verdensforståelse som oppleves som mer eller mindre sammenhengende, meningsfull og håndterbar. Har man

en sterk opplevelse av disse komponentene kan man si at man har en sterk SOC. En sterk SOC vil gi individet en bedre forutsetning til å bedre ivareta sin egen helse (Antonovsky, 2012).

SOC er en grunnleggende holdning som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående stabil, men allikevel en dynamisk opplevelse av, eller tillit til, at stimuli som kommer fra ens indre eller ytre omgivelser i livet er strukturerte, forutsigbare og forklarlige. (*Forståelighet*). Videre må ressurser være tilgjengelige slik at en kan møte kravene stimuliet setter (*Håndterbarhet*). Kravene som stimuliet genererer vil oppleves som utfordrende og verdt engasjement og investering (*Mening*) (Antonovsky, 1987).

Man kan summere opp at Antonovskys viktigste forskningsfunn er hvordan man opplever virkeligheten på i form av forståelighet, håndterbarhet og mening, som tilsammen utgjør SOC, og bidrar til økt grad av mestring, velvære og god helse. Har man en sterk SOC er man motivert til å håndtere stress, man har tro på at en kan forstå, og tro og tillit til at man har egne tilgjengelige ressurser. Med andre ord den enkeltes mulighet til å forstå sin egen situasjon og finne mening i å selv bevege seg i en retning som er helsefremmende. SOC er altså en måte å tenke på og handle på som gir en opplevelse av sammenheng i livet. Disse tre dimensjonene opererer i et gjensidig samspill, der den viktigste er "*meningsfaktoren*", som igjen styrker opplevelsen av forståelse og håndterbarhet. Ved å fokusere på å fremme menneskets aktive evne til helse, mestring og velvære representerer teorien et nytt perspektiv på fysisk og psykisk velvære (Antonovsky, 1979).

2.5.2 Empowerment

Et annet sentralt begrep i det helsefremmende arbeidet er *empowerment*. Verdens helseorganisasjon definerer empowerment som den prosess der folk får større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres helse. Empowerment handler om en sosial, psykologisk eller politisk prosess der enkeltindivider eller sosiale grupper er i stand til å uttrykke sine behov og bekymringer, utvikle strategier for involvering i beslutningsprosessen for deretter å kunne finne tiltak for å møte disse behovene (WHO, 1998).

I NOU 1998:18 "*Det er bruk for alle- styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*" beskrives empowerment på følgende måte:

"Empowerment er et mål, en metode som passer så vel for den profesjonelle som den ikke-profesjonelle og en pedagogisk, sosial og helsefremmende strategi. Empowerment handler om makt og maktesløshet sett ut fra at maktesløsheten ikke bare er et individuelt problem, men i

høy grad sosialt, økonomisk og kulturelt betinget. Empowerment er å styrke den makt den enkelte eller gruppen måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhensiktsmessige forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov" (NOU 1998:18).

Gjennom en slik tilnærming vil mennesker oppleve å se en sammenheng mellom sine mål og hvordan man skal oppnå dem, og en sammenheng mellom deres innsats og hvordan deres liv utspiller seg. For at enkeltindividet og samfunnet skal få større kontroll og innflytelse over forhold som påvirker helsen er det også nødvendig at folk får mer kunnskap om disse forholdene. De må gis mulighet til å påvirke beslutninger som har betydning for helseutviklingen og mulighet til selv å delta aktivt for en bedre helse og et sunnere samfunn. Prosessen i seg selv er i denne sammenhengen like viktig som resultatet. Å oppleve å ha rimelig kontroll over sitt liv vil igjen virke inn på både opplevelse av mestring og selvbildet. Når man ikke betrakter folk som en målgruppe, men som aktive samarbeidspartnere er strategier og mål åpne for diskusjon og påvirkning fra de som er en del av det. Man baserer tiltakene ut fra hva som er ønske og behov fra de som deltar, fremfor hva ekspertene mener er best. Brukere involveres i alle fasene av arbeidet, man åpner for kommunikasjon om de behov og ønsker som befolkningen har og målgruppen foretar prioriteringer og medvirker i gjennomføring av tiltak. En slik *bruker og befolkningsmedvirkning* bidrar til å skape en økt følelse av tilhørighet, identitet og selvfølelse. Når individer på denne måten inkluderes skaper det ofte selvforsterkende sosiale prosesser (Mæland, 2016).

3 Metode

3.1 Design

Denne studien om positiv psykisk helsekompetanse er basert på ett fokusgruppeintervju bestående av 9 informanter fra den videregående skole. Utvalget bestod av seks jenter og tre gutter. Alle informantene var i aldersgruppen 16-20 år.

Hensikten med denne studien har vært å bidra til valideringen av mental health literacy skala. Som beskrevet innledningsvis har skalaen til hensikt å måle kunnskap om determinanter for positiv psykisk helse, altså faktorer som fremmer psykisk helse. Målet med denne studien er å finne ut om skalaen er utarbeidet på en slik måte at den faktisk måler det den er tenkt å måle, altså ungdoms mental health literacy. For å på best mulig måte få besvart denne problemstillingen fant jeg det mest hensiktsmessig å benytte kvalitativ metode.

En slik tilnærming forsøker å forstå sosiale fenomener ut fra informantens eget ståsted. Målet er å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden (Kvale & Brinkmann, 2012).

Innsamling av data ble gjort gjennom fokusgruppeintervju der informantene er rekruttert fra den videregående skole. Å benytte fokusgruppe som metode er spesielt nyttig når målet er å skaffe data om grupperes fortolkninger, refleksjoner og normer om ulike forhold (Malterud, 2012). Siden studiens mål var å finne ut om skalaen måler mental health literacy, og det dermed var behov for informantenes refleksjoner og fortolkninger, var fokusgruppeintervju godt egnet.

Fokusgruppeintervju kjennetegnes av en intervjustil som er "*ikkestyrende*", der man i hovedsak forsøker å få frem ulike synspunkter om emnet som er i fokus (Kvale & Brinkmann, 2012). I følge Kvale og Brinkmann er bruk av fokusgruppe hensiktsmessig i gjennomføringen av eksplorative undersøkelser. Man kan gjennom den kollektive ordvekslingen bringe frem flere spontane og emosjonelle synspunkter i større grad enn når man benytter individuelle intervju (Kvale & Brinkmann, 2012).

Datamaterialet ble samlet inn ved hjelp av ett fokusgruppeintervju høsten 2016. Deltakerne ble rekruttert gjennom å kontakte rektorer på ulike videregående skoler. Studien inneholder kun ni informanter, men informantene ga rike data og nyanserte vinklinger med tanke på deres opplevelse av skalaen. Innsamlingen av data ble gjort ved hjelp av en semistrukturert intervjuguide. Spørsmålene var ikke direkte åpne og kunne i teorien generert ja og nei- svar, men informantene ble invitert til åpen dialog og resultatet ble en naturlig og god samtale. Informantene fikk i forkant av fokusgruppeintervjuet utdelt kopi av intervjuguiden. Hensikten med dette var å gi dem et lite innblikk i hvilke tema vi kom til å berøre og på den måten gi informantene muligheten til å reflektere i forkant av intervjuet. Selve fokusgruppeintervjuet varte i overkant av en time, og flere av informantene ga tilbakemelding om at det hadde vært interessant og lærerikt.

3.2 Utvalgskriteriene

I all forskning er det viktig at vi sørger for utvalgsstrategier der materialet inneholder data om det fenomenet vi ønsker å studere (Malterud, 2013). I denne undersøkelse er det benyttet et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg er sammensatt ut i fra en målsetting om at datamaterialet har det beste mulige potensial for å belyse studiens problemstilling (Malterud, 2013). Studien

hadde som mål å finne ut hvilken oppfatning og mening ungdom hadde om den utarbeidede skalaen. Siden studien omhandler ungdom var dermed et av utvalgskriteriene at informantene ikke skulle være over 20 år. Et annet kriterium som ble lagt til grunn var at informantene skulle være elever i den videregående skole. For at resultatene skulle representere gjennomsnittlige ungdom i videregående skole var et av kriteriene at informantene skulle være frisk, vanlig ungdom. Dette utelukket at informantene bestod av en sårbar gruppe ungdommer. Utvalget bestod av en gruppe på ni ungdommer i alderen 16 til 20 år, fordelt på seks jenter og tre gutter. De var alle etnisk norske. Siden vi lever i et stadig mer flerkulturelt samfunn ville muligens andre nyanser og synspunkter kommet frem om man hadde informanter fra andre kulturer. Gruppen hadde en noe ujevn kjønnsbalanse hvilket kan påvirke resultatene, men mitt inntrykk er at dette hadde liten betydning i denne undersøkelsen.

I planleggingsfasen var jeg noe usikker på hvor mange informanter som ville være nødvendig for at tilstrekkelig datamateriale skulle sikres. I utgangspunktet var tanken at studien skulle bestå av to fokusgrupper, der den ene bestod av elever fra videregående skole og den andre av elever fra ungdomskolen. Dette for å få et enda bredere spenn i alder, flere deltagere og dermed muligens enda mer sikre data. Med to fokusgruppeintervju ville jeg også hatt mulighet til å sammenligne funnene i den ene gruppen med funnene i den andre. Dette ble dessverre ikke gjort siden jeg ikke lyktes med å rekruttere fra ungdomskolenivå.

3.3 Rekruttering

Rekrutteringsprosessen startet i august 2016 da jeg tok kontakt med alle videregående skoler og flere ungdomskoler i den kommunen jeg bor i. Rektorene ved de ulike skolene ble kontaktet og kort presentert for prosjektet. Jeg forsøkte i denne samtalen å få til et møte der jeg kunne forklare nærmere og diskutere muligheten for at elever fra deres skole kunne være villige til å delta. I samtlige henvendelser møtte jeg stor motstand, og ingen ønsket å delta. Begrunnelsen for dette var at de allerede var med i ulike prosjekter som omhandlet psykisk helse. Siden rekrutteringen på dette tidspunktet begynte å bli utfordrende var det nødvendig at jeg beveget meg utenfor kommunen jeg selv bodde i. Da jeg bor i et område med til dels store avstander var jeg nødt til å sette begrensninger for hvor langt jeg kunne reise. Jeg tok allikevel kontakt med en del skoler som lå til dels langt unna og innhenting av data fra disse stedene ville ha generert både lang reising, samt utgifter til overnatting. Også disse skolene var negative til deltagelse, men jeg kom imidlertid i kontakt med en videregående skole noen mil

unna som var svært positive. Jeg fikk i denne samtalen på plass en avtale om å komme ut til skolen i forkant av datainnsamlingen for å informere elevene. Etter samtalen oversendte jeg informasjon om prosjektet skriftlig pr. mail.

3.4 Valg av metode

En kvalitativ tilnærming passer godt når vi ønsker å tilegne oss en større forståelse, snarere enn å finne en forklaring. For å gå mer i dybden av menneskelige egenskaper som erfaringer, tanker, forventninger, opplevelser og holdninger er kvalitativ metode best egnet. Kvantitativ metode resulterer i funn som både kan telles og generaliseres, mens det i kvalitativ forskning fokuseres på å få forståelse for, og innsikt i, mindre grupper og tema (Tjora, 2010). Med å velge kvalitativ metode kan vi belyse spørsmål som *"hva er...?"* *"Hva betyr...?"* *"Hvordan opplever du...?"*. Vi kan med dette finne kunnskap som viser oss hva noe består av, hvordan det kan avgrenses, hva det kan kalles, og hvordan det forholder seg til noe annet (Malterud, 2013). Å velge kvalitativ metode ga meg muligheten til å spørre etter nyanser og meninger på en annen måte enn jeg ville ha hatt om jeg har benyttet meg av en kvantitativ tilnærming. Gjennom bruk av kvalitativ metode kan vi lete etter levende kunnskap i sin naturlige sammenheng, og dermed styrke vår forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør (Malterud, 2013).

Gjennom studiens forskningsspørsmål søkte jeg å få en innsikt i ungdommens mening og oppfatning av skalaen. På bakgrunn av dette var det naturlig å velge kvalitativ metode for min forskningsstudie.

Jeg ønsket å utforske ungdommens oppfatning av skalaen på et generelt plan og søkte å få frem hvilke synspunkter ungdommen hadde omkring skalaen og dens innhold. Når man ønsker å utforske fenomener som omhandler felles erfaringer eller synspunkter vil bruk av fokusgruppe for datainnhenting være en velegnet metode (Malterud, 2012).

Det var et mål å få belyst de ulike utsagnene i skalaen, men jeg ønsket også å en dypere innsikt i hva ungdommene selv mente var viktig for å ha god psykisk helse. Dette kom til syne i undersøkelsens avsluttende spørsmål.

3.5 Intervjuguiden

Intervjuformen som ble benyttet ved innsamling av data til denne studien er semi- strukturert intervju. Ved å benytte en semistrukturert intervjuform har man fastsatte temaer som "grunnmur", men det vil likevel være fleksibilitet i forhold til å følge opp med relevante

oppfølgingsspørsmål som vil kunne utdype temaene og dermed skaffe til veie en bredere informasjon omkring forskningsområdet (Thagaard, 2013).

Intervjuguiden ble bygget opp på bakgrunn av de 15 utsagnene i skalaen. Skalaen er delt opp i to deler, der første del er kalt B1. B1 starter med bakgrunn-spørsmål 1 og 2, og er i skalaen betegnet som *"Informasjon og kunnskap om helse"*. Her skal ungdommen selv vurdere hvorvidt de mener de har kunnskap nok til å ta vare på sin egen fysiske helse, for deretter vurdere det samme når det gjelder egen psykisk helse.

Spørsmålet er formulert på følgende måte:

"- På en skala fra 1-5, synes du at du har nok kunnskap til å ta vare på

1. egen fysisk helse?

2. egen psykisk helse?"

Svaralternativene graderes på en skala fra 1-5 der 1= Nei, i liten grad, 5= Ja, i stor grad og X= vet ikke

Intervjuguiden starter også med det samme spørsmålet, men i fokusgruppeintervjuet skulle ikke ungdommen score svaret, kun svare ja eller nei, og videre snakke fritt om tanker omkring dette.

Andre del av skalaen er kalt B2 og her presenteres 15 utsagn som kan være viktige for god psykisk helse. Også her scores svarene i skalaen på hvor riktig hvert utsagn er på en skala fra 1 til 5 der 1= helt feil, 2= litt feil, 3= verken/eller, 4= Litt riktig, 5= helt riktig.

De 15 utsagnene er som følger:

Å ha minst en god venn, å håndtere stressende situasjoner på en god måte, å ha innflytelse på egen hverdag, å handle ut fra egne ønsker, å ha tro på seg selv, å ha gode søvnrutiner, å ta valg basert på egen vilje, å sette grenser for egne handlinger, å være en god venn, å ha det trygt hjemme, å kjenne at man hører til i et fellesskap, å mestre sine egne negative tanker, å sette grenser for hva som er OK for meg, å føle seg verdifull uavhengig av egne prestasjoner, og å oppleve skolemestring.

I intervjuguiden del B2 ble skalaens utsagn omformulert til spørsmål som ikke skulle scores, men med muligheten til å gi åpne og utfyllende svar.

Første spørsmål ble formulert på følgende måte:

"Er det viktig å ha minst en god venn for å ha god psykisk helse?"

For å finne ut om spørsmålet var forståelig og relevant for ungdommen fulgte jeg opp med tilleggsspørsmålet: *"Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?"*

Videre i intervjuguiden ble alle utsagnene omformulert til spørsmål med samme oppbygging som ovenfor. For å runde av intervjuet stilte jeg følgende avsluttende spørsmål:

1. Hva tenker dere at de 15 spørsmålene egentlig spør om, og er dette viktig?
2. Er spørsmålene relevante for å ta vare på egen psykisk helse?
3. Er det noen aspekter ved ungdoms psykiske helse som mangler blant spørsmålene?
4. Er det noen spørsmål som burde vært tatt bort?
5. Mener dere at spørsmålene "treffer" ungdom generelt, og er det forståelig for ungdom flest?
6. Tror dere at alle elevene vil forstå det slik som dere forstår det?
7. Er det andre ting dere mener er viktig for å ha god psykisk helse som ikke er inkludert her?
8. Er det avslutningsvis noe dere ønsker å tilføye omkring det vi har pratet om her?

3.5.1 Praktisk gjennomføring av intervjuene

I forkant av det første intervjuet besøkte jeg skolen for å fortelle om studien, samt for å rekruttere informanter. Ved dette besøket ble det delt ut invitasjoner til å delta i undersøkelsen med grundig skriftlig informasjon, før jeg informerte elevene om studiens formål, hensikt og gjennomføring.

Før intervjuet startet presenterte jeg meg, og fortalte igjen hva studien gikk ut på, hvordan gjennomføringen ville foregå, og selve dynamikken i et fokusgruppeintervju. Videre ble det informert om at undersøkelsen var ute etter generelle og ikke personlige historier, men det ble poengtert at om noen gjennom intervjuet hadde egne erfaringer de ønsket å dele med gruppa så var de velkomne til det. Vi gikk også igjennom punktet om informert samtykke, og det ble informert om at ved å delta i dette intervjuet samtykket deltakerne også til at data kunne benyttes i forskning. Jeg var opptatt av å skape en trygg og rolig atmosfære preget av en åpen holdning, og informantene ble oppfordret til å snakke med hverandre fremfor meg. Jeg poengterte at det ikke var et mål å finne en felles oppfatning, men at nyanser og hver enkeltes opplevelser var av interesse.

Jeg ønsket at informantene skulle få mulighet til å sette seg litt inn i, og reflektere over, temaet og delte av den grunn ut intervjuguiden på forhånd. Intervjuet startet, som tidligere nevnt, med to generelle spørsmål om hvorvidt ungdommen selv mener de har god nok

kunnskap til å ta vare på sin egen fysiske og psykiske helse, før vi gikk over til de femten utsagnene. Alle spørsmålene var generelle spørsmål som ikke genererte personlige svar. De fleste av informantene deltok aktivt under fokusgruppeintervjuet, men jeg la merke til at et par av informantene var mer tilbakeholdne og sjenerte i forhold til de andre. For å stimulere til mer aktiv deltagelse forsøkte jeg av den grunn å stille oppfølgingsspørsmål som eksempelvis *"hva tenker du om det?"* direkte til de som var mer tilbaketrukkne. Dette ble det respondert positivt på, og det løste seg litt mer opp etterhvert. Noen svarte konkret på utsagnene med korte *"ja"* og *"nei"* svar, men en stor andel ga utfyllende svar, og delte også egne erfaringer fra både hjemmemiljø og skolemiljø. Som moderator tilstrebet jeg å stimulere samtalen på en slik måte at alle fikk komme til ordet. Informantenes synspunkter og erfaringer ble møtt med nysgjerrig interesse.

Jeg var videre bevisst på ikke være styrende eller kontrollerende, samtidig var det nødvendig å styre til en viss grad slik at informantene ikke mistet fokus. Av fokusgruppeintervjuet fremkom noe informasjon som ikke hadde direkte med spørsmålene å gjøre, men som allikevel viste seg å være interessante.

Da intervjuet var ferdig oppsummerte vi litt i felleskap. "En avsluttende samtale" som Dalen (2011) kaller den (Dalen, 2011). Jeg avsluttet med en presisering om at om de hadde spørsmål eller ønsket å snakke med meg etterpå kunne de ta kontakt med meg.

Ved intervjuets slutt reflekterte jeg litt omkring intervjuguiden. Som oppfølgingsspørsmål til alle utsagnene ble det spurt om elevene syntes spørsmålet var relevant, og om de var formulert på en forståelig måte. Det var jo viktig å finne ut dette om hvert av spørsmålene, men det førte til at det ble litt stakkato og gjentakende så det ville vel være en bedre idé og samlet det i et spørsmål helt på slutten. Ellers var spørsmålene basert på utsagnene i skalaen, og i så måte helt nødvendige å få snakket om.

Intervjuguiden ligger som vedlegg nr. 1

3.6 Ethiske overveielser

For å delta i et forskningsprosjekt er det nødvendig med informert samtykke. Alle som blir forespurt deltagelse skal samtykke til dette. Samtykke skal være frivillig og tilstrekkelig informert (Personopplysningsloven, 2001).

Dette betyr med andre ord at informantene skal være godt kjent med at deltagelsen er frivillig og at man på hvilket som helst tidspunkt har mulighet til å trekke seg.

Da rekrutteringsprosessen var i gang ble det delt ut informasjonsbrev til elevene. Informasjonsbrevet inneholdt opplysninger om hvordan datainnsamlingen skulle gjennomføres, samt informasjon om samtykke og frivillig deltagelse. Før intervjuet tok til ble det stilt spørsmål til elevene om de hadde lest og forstått informasjonen. Informasjon om samtykke og deltagelse ble gjentatt. Det faktum at deltagelse var frivillig og at all data ville bli anonymisert ble understreket. Videre ble elevene oppfordret til å stille spørsmål om det var noe som var uklart. Det ble også muntlig gjentatt at intervjuet ville bli tatt opp på lydbånd og at opptaket ville bli slettet så fort transkriberingen var gjennomført. Da intervjuet var gjennomført ble det også gjentatt at studien var frivillig og anonym, og at det var lov til å trekke seg i etterkant om de ikke ønsket å delta. Informantene mottok ingen honorar for deltakelsen. Samtykkeerklæringen ble avgitt muntlig.

I følge Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven) skal det sendes søknad til Regional forskningsetisk komite (REK) dersom formålet med et forskningsprosjekt er å *"skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom"* (NTNU, 2017). Denne studien spør ikke om informantenes helse, men bare om deres meninger om skalaen og den relevansen de mener dette har. Det var av den grunn ikke nødvendig å søke REK om godkjenning. Siden det heller ikke ble samlet inn personopplysninger, eller annen sensitiv data, var det heller ikke nødvendig å sende meldeskjema til personvernombudet. Lydfilene ble slettet umiddelbart etter transkribering, og rådatamateriale samt transkriberingen ble oppbevart innelåst. Navn og andre identifiserbare karaktertrekk ble ikke notert eller benyttet i oppgaven. For å sikre anonymiteten fikk alle informantene fiktive navn.

Et forskningsintervju er ikke en samtale mellom likeverdige deltakere der dialogen er helt fri og åpen. Maktforholdet er klart asymmetrisk mellom intervjuobjektet og forskeren og det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen (Kvale og Brinkmann, 2009). Å delta i et forskningsintervju kan derfor oppleves som en ujevn maktsituasjon, og datamaterialet som fremkommer kan av den grunn påvirkes av dette faktum. Under gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet hadde jeg hele tiden vissheten om dette i bakhodet, og tilstrebet at informantene skulle føle seg ivaretatt og avslappet. Det var en lett og ledig stemning underveis i intervjuprosessen og inntrykket jeg sitter igjen med er at ingen av informantene kjente noe nevneverdig på dette. Det vil imidlertid muligens kunne blitt opplevd forsterkende om intervjuet ikke hadde vært fokusgruppeintervju, men individuelle intervju der informanten i større grad hadde vært nødt til å dele mer personlig informasjon. Det faktum at intervjuet var

basert på generell oppfattelse gjorde muligens at informantene i denne undersøkelsen ikke opplevde dette skjeve maktforholdet like sterkt.

3.6.1 Førforståelse

I forkant av fokusgruppeintervjuet brukte jeg god tid til å tenke igjennom hvordan jeg på best mulig måte kunne skape en tilstrekkelig og god intervjusituasjon slik at jeg fikk sikret gode data. Det er særdeles viktig å være bevisst sin egen førforståelse, og å bruke den på en måte som gir størst mulig forståelse av informantenes uttalelser og opplevelser (Dalen, 2011). Jeg tenkte også gjennom hvordan intervjuguiden var formulert, og de ulike temaene jeg skulle berøre i intervjusituasjonen. Hvilke følelser og opplevelser jeg selv bragte med meg i møtet med informantene ble reflektert over, og jeg tilstrebet under intervjuet å være bevisst egen erfaring. I følge Tjora kan det å ha mye kunnskap om temaet være en fordel for man kan da evne å stille mer presise spørsmål, men det kan også være uheldig siden man da i større grad kan være forutinntatt (Tjora, 2010). Jeg opplevde ikke dette som noen utfordring og var hele tiden oppmerksom på å ha fokus på enkeltindividet, og la deres egne perspektiver og meninger få fritt spillerom.

Før intervjuet startet var jeg bekymret for at dette feltet var lite interessant for ungdom, og jeg hadde en ide om at skalaen ville oppleves som diffus og uforståelig for informantene. Jeg var også svært usikker på kunnskapsnivået sett i lys av deres unge alder. Jeg kan ikke huske at jeg selv var spesielt interessert i temaet psykisk helse da jeg var på deres alder, og jeg fryktet at en del av begrepene som ble benyttet ville være uforståelige. Dette ble fort avkreftet. Det var liten tvil om at ungdommen hadde kjennskap til psykisk helse og at de allerede hadde reflektert endel omkring temaet.

3.7 Fremgangsmåte

3.7.1 Opplevelser ved intervjuprosessen

Til tross for manglende erfaring med denne typen intervjuer opplevdes intervjuprosessen som positiv, og ikke minst svært lærerik. Planen var i utgangspunktet å utføre et prøveintervju med noen medstudenter i forkant, men knapp tid førte til at dette ikke ble noen realitet. Etter å ha lest grundig gjennom relevant litteratur, og i tillegg reflektert over gjennomføringen av fokusgruppeintervju på forhånd, følte jeg meg allikevel godt forberedt. Intervjuene ble gjennomført ved skolen informantene tilhørte. Dette var mest hensiktsmessig, da det var et stykke reisevei og det ville blitt krevende for dem om de skulle vært nødt til å reise. Det ville

muligens medført bortfall også. Jeg tenkte også at det ville være en fordel for informantene at undersøkelsen ble gjennomført i omgivelser de kjente og var trygge i, og at dette kunne påvirke datainnsamlingen positivt. Vi fikk tildelt et grupperom i en egen fløy av skolen og jeg møtte opp i god tid før informantene. Rektor hadde informert om hvor vi skulle møtes, og det faktum at vi ikke gikk samlet til rommet var med å styrke diskresjonen. Jeg tilstrebet å legge til rette for at vi skulle ha god tid til gjennomføringen. Det var viktig å sørge for at tidspress ikke var en faktor som kunne forringe dataene, samtidig merket jeg at dette påvirket informantene positivt med at de var rolige og avslappet. Jeg fikk ikke inntrykk av at noen av informantene virket urolige eller nervøse hverken ved starten eller underveis i intervjusituasjonen. Intervjuet ble gjennomført på formiddagen, et tidspunkt som var gjennomtenkt med tanke på at det var viktig at informantene var våkne og opplagte.

3.8 Pålitelighet og gyldighet

For å vurdere om konklusjonene er gyldige og til å stole på er det også ved bruk av kvalitativ metode nødvendig med kritisk drøfting (Jacobsen, 2010). I dette kapittelet har jeg gjort rede for studiens metodiske prosess, og det er videre blitt reflektert rundt rekrutteringsprosessen, intervjusituasjonen, og de etiske aspektene ved datainnsamlingen. Som kvalitativ forsker må man forsikre seg om at man ikke presenterer et feilaktig bilde, og en må spørre seg om resultatene hadde blitt forskjellig i et intervju med en annen forsker (Kvale & Brinkmann, 2009). På grunn av at forskeren reagerer forskjellig i relasjoner til de ulike informantene vil en kvalitativ studie aldri bli gjennomført på nøyaktig samme måte en gang til (Nilsen, 2012). Høy reabilitet i kvalitativ forskningsmetode er utfordrende, men gjennom argumentasjon og refleksjon over metodevalg, og de ulike prosessene i datautviklingen er det forsøkt å sikre at studiens funn kan sies å være troverdige. I påfølgende del diskuteres gyldighet og pålitelighet ved studiens data ytterligere.

3.8.1 Gyldighet og overførbarhet

Å validere handler om å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet. Når vi snakker om gyldighet eller validitet stiller vi spørsmål om hvorvidt svarene som fremkommer i vår forskning faktisk er svar på de spørsmålene vi stiller (Kvale og Brinkmann, 2010). Siden ingen kunnskap er allmenngyldig, i den betydning at den gjelder under alle omstendigheter og for ethvert formål, er generaliserbarhet et problematisk begrep. Utvalget i denne undersøkelsen bestod av 9 informanter totalt, fordelt på 6 jenter og 3 gutter. Utvalget er lite og funnene kan av den grunn ikke generaliseres til en større populasjon. Målet har imidlertid

vært å få frem ulike perspektiver og oppfatninger om mental health literacy skala. Informantene i studien har gitt meg egne refleksjoner om samtlige spørsmål og utsagn i skalaen, og delt egne erfaringer og tanker omkring psykisk helse blant ungdom. Dette har ført til at jeg sitter med et relevant og rikt datamateriale. Siden utvalget bestod av relativt få informanter vil jeg allikevel måtte finne støtte i andre undersøkelser for å kunne hevde at funnene kan være gjeldende for en større gruppe. Om mine funn samsvarer med annen forskning vil det bidra til å styrke gyldigheten ved funnene i denne studien. Om ulike studier gjennomført i ulike kontekster påviser det samme vil man kunne hevde at fenomenet kan generaliseres (Jacobsen, 2010). Hadde jeg lyktes i målsetningen om å ha flere fokusgrupper ville dette kunne vært med på å styrke funnenes gyldighet, men på grunn av begrenset tid og utfordringer med rekrutteringen så ble det ikke gjort.

For å få et best mulig bilde av informantenes opplevelse av psykisk helsefremmende kompetanse, samt oppbyggingen av skalaen, ble det utformet en semistrukturert intervjuguide, og videre stilt åpne spørsmål som oppfølging underveis. Jeg har også vært oppmerksom på min rolle som moderator, og at jeg ikke, gjennom ledende spørsmål, skulle påvirke informantenes svar. Når det gjelder transkribering og overføring av data fra muntlig til skriftlig form, har jeg gjennom å benytte båndopptak hatt mulighet til å lytte til intervjuene flere ganger. På denne måten har jeg sikret at jeg har fått med meg riktig og nøyaktig informasjon, og jeg har tilstrebet å gjennomføre transkriberingen så lojalt som mulig. Jeg kan ikke svare et entydig *ja* eller *nei* til spørsmålet om det jeg har funnet er sant. I samfunnsvitenskapen snakker man imidlertid heller ofte om *intersubjektivitet* enn *sannhet*. Begrepet innebærer at det faktum at flesteparten er enige om at noe er en riktig beskrivelse er det nærmeste vi kommer sannhet (Jacobsen, 2005). I denne undersøkelsen var imidlertid resultatene rimelig entydige.

3.8.2 Pålitelighet og troverdighet

Reabilitet har med forskningsresultatene troverdighet og konsistens å gjøre (Kvale & Brinkmann, 2009). På grunn av at informanten vil kunne påvirkes av konteksten som intervjuet gjennomføres i var jeg hele tiden bevisst på å forsøke å få informantene til å føle seg trygge, ivaretatt og avslappet. Tonen mellom informantene og meg opplevdes som god gjennom hele forløpet. Ved at det gikk litt tid mellom den første kontakten og frem til intervjutidspunktet, samt forhåndsutdelingen av intervjuguiden, fikk også informantene god tid til å forberede seg. Det faktum at sted for intervjuet ble lagt til deres "hjemmebane" har

forhåpentlig også virket som en positiv betryggende faktor for informantene. Jeg opplever at datamaterialet er pålitelig, og at informantene på en fri måte har gitt uttrykk for sine tanker og meninger. Jeg har forsøkt å styrke troverdigheten og reabiliteten gjennom detaljerte beskrivelser av de ulike valgene jeg har tatt underveis i forskningsprosessen. Jeg hadde heller ingen personlig kjennskap til informantene noe som kunne ha hatt betydning for påliteligheten.

3.9 Analyseprosessen

I kvalitativ forskning starter analysen umiddelbart, og fortsetter underveis fra begynnelse til slutt gjennom hele forskningsprosessen. Jeg har underveis i prosessen forsøkt å se sammenhenger og mønster, gjort meg mange ulike tanker, og stilt spørsmål til meg selv og mine refleksjoner. Fra begynnelsen av prosjektet benyttet jeg meg av loggføring med den hensikt at tanker og refleksjoner som dukket opp underveis ikke skulle gå tapt, men hentes frem underveis for så å ha mulighet til å bygge videre på dem. Gjennom stadig loggføring, kunnskapsinnhenting gjennom å lese tidligere forskning og relevant teori, og ikke minst gjennom skrivearbeidet har den løpende prosessen gjort seg veldig tydelig. Gjennom det teoretiske bakteppet som jeg tilegnet meg i begynnelsen av prosessen var jeg til dels tidlig bevisst på hva som ville være viktig teori å ha med i forhold til oppgavens tema. Gjennom at jeg skaffet meg nødvendig bakgrunnskunnskap opplevde jeg det som enklere å koble opp informantenes meninger mot oppgavens tema, og på denne måten skaffe meg en dypere innsikt i meningsinnholdet. Å loggføre underveis har jeg opplevd som ekstra verdifullt. Dette har vært til god hjelp når jeg underveis i prosessen hadde behov for å gå tilbake i dokumenter, reflektere en ekstra runde, og på den måten fått tilføyd nye assosiasjoner og kommet et steg videre i prosessen. Med utgangspunkt i problemstillingen har jeg stilt spørsmål til materialet, og gjennom kritisk refleksjon tilstrebet å identifisere og gjenfortelle studiens funn.

3.9.1 Forskningsspørsmål

Målet med oppgaven har vært å gjennomføre en validering av mental health literacy skala. Skalaens hensikt er at den skal måle ungdoms kunnskap om faktorer som fremmer positiv psykisk helse hos seg selv og andre. Jeg skal også kartlegge hvorvidt skalaen dekker de tre faktorene i Deci & Ryans selvbestemmelsesteori; autonomi, tilhørighet og kompetanse. For å finne ut om skalaen har høy validitet har jeg stilt forskningsspørsmålet: *"måler mental health literacy skala kunnskap om faktorer som fremmer positiv psykisk helse?"*. Andre forskningsspørsmål jeg søker svar på er om skalaens spørsmål og utsagn er formulert på en

måte som er forståelig for ungdom, om spørsmålene er relevante for å ta vare på egen psykisk helse, og videre hvorvidt det er noen aspekter som mangler blant spørsmålene eller om det er noen som ikke passer og som burde vært tatt ut av skalaen.

3.9.2 Fasene av dataanalysen

Analysen av undersøkelsens data er gjennomført ved hjelp av systematisk tekstkondensering. Systematisk tekstkondensering er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og modifisert av Kirsti Malterud (2013). Metoden er egnet for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener og for utvikling av nye beskrivelser og begreper. I følge Giorgi er formålet med den fenomenologiske analysen å utvikle kunnskap om informantenes livsverden eller erfaringer innenfor det bestemte feltet man undersøker (Malterud, 2013). Siden ønsket var å få belyst ungdommens oppfatninger og erfaringer med tanke på kunnskap om psykisk helse, og deres mening om mental health literacy skala, fant jeg det mest hensiktsmessig å benytte denne analysemetoden. I systematisk tekstkondensering leter vi etter de vanligste kjennetegnene ved fenomenet vi studerer og prøver å plassere vår egen forforståelse i parentes i vårt møte med datamaterialet (*bracketing*). Dette er en vanskelig oppgave, men jeg har hele tiden tilstrebet å være bevisst på min egen innflytelse på datamaterialet. Målet med dette er å sikre at jeg på mest mulig lojal måte gjenforteller informantenes meningsinnhold og erfaringer.

Hovedstrukturen for systematisk tekstkondensering består av fire trinn; 1) å få et helhetsinntrykk, 2) å identifisere meningsbærende enheter, 3) å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene, og 4) å sammenfatte betydningen av dette.

Allerede under intervjuet ble prosessen med å danne et helhetsbilde startet. Helhetsinntrykket formet seg i tydeligere grad gjennom transkriberingsarbeidet, og ikke minst etter gjennomlesningen etterpå. Materialet ble lest gjennom flere ganger for å sikre at ikke nyanser gikk tapt. På dette trinnet, i samsvar med det fenomenologiske perspektivet, jobbet jeg aktivt for å sette min egen forforståelse og teoretiske referanseramme i parentes.

Neste steg i prosessen var å identifisere meningsbærende enheter. På dette trinnet laget jeg en liste over de temaene som intuitivt vekket min oppmerksomhet. Jeg ga de meningsbærende enhetene midlertidige navn. Jeg identifiserte åtte ulike enheter. De meningsbærende enhetene jeg fant på dette tidspunktet var: "*kunnskap om ivaretagelse av psykisk og fysisk helse*",

"mestring", "tilhørighet og vennskap", "stress", "selvbestemmelsesrett", "kunnskap om psykisk helse", "egenverdi", samt "søvnrutiners betydning for den psykiske helsen".

Videre i prosessen ble all tekst sortert etter meningsinnhold, og relevant tekst ble koblet opp mot de ulike meningsbærende enhetene, før jeg abstraherte tekstinnholdet. Avslutningsvis sammenfattet jeg materialet og presenterer resultatene i neste kapittel.

4 Resultater

Med utgangspunkt i de meningsbærende enhetene presenteres resultatene i 8 delkapitler; *Ungdom og kunnskap om ivaretagelse av psykisk og fysisk helse, tilhørighet og vennskap, håndtering av stress, selvbestemmelse, opplevelse av mestring, egenverdi, søvnrutiners betydning for den psykiske helsen, og kunnskap om psykisk helse.*

4.1 Ungdom og kunnskap om ivaretagelse av psykisk og fysisk helse

I studiens første del fikk informantene spørsmål om de opplevde at de hadde nok kunnskap til å ta vare på sin egen fysiske og psykiske helse. Når det gjaldt den fysiske helsen mente alle informantene som deltok i studien at de hadde nok kunnskap om hvordan de skulle ta vare på sin egen fysiske helse. En informant mente at dagens ungdom tilhørte en generasjon som har veldig lett tilgjengelig informasjon om temaet. På oppfølgingsspørsmål fra moderator om hvor ungdommen fikk informasjon og kunnskap fra var svarene at de fikk informasjon gjennom venner, familie, samt sosiale medier og internett.

På spørsmålet om informantene mente de hadde nok kunnskap for å ta vare på sin egen psykiske helse var det også unison enighet om at de hadde tilstrekkelig kunnskap.

Ungdommen presenterte også en oppfatning av at den fysiske og psykiske helse var to sider av samme sak, og at det var en klar sammenheng mellom disse.

"Ja, altså, de to henger jo egentlig ganske mye sammen, sånn for eksempel at jeg vet det når jeg har trent så føler jeg meg mye bedre sånn psykisk og, og at jeg bli gladere og får mer overskudd" (Anne, 19 år).

Resten av gruppen delte den oppfatningen, men en annen informant påpekte viktigheten av å ta pauser innimellom slik at man finner en naturlig balanse.

"Det handler om å finne en balanse" (Lars, 17år).

Jeg fant det hensiktsmessig å gå litt dypere i temaet psykisk helse, og stilte av den grunn oppfølgingsspørsmål om hva informantene mente var viktig for å ta vare på sin psykiske

helse. Her tok flere informanter ordet og mange mente det var viktig å føle at man har mestrer ulike ting. Det ble også påpekt at det var viktig å ha venner.

"Ehm...Det er viktig å føle at man får til forskjellige ting. Skole og sånn. Og at man har venner. Det med vennskap er viktig. Jeg trenger vennene mine" (Oda, 19 år).

"Ja, det med venner er viktig" (Christine, 18 år).

"Ja, man kan jo fort bli ensom, men også det der med at man får til ting er viktig. Det er jo viktig å føle at man mestrer hvis ikke er det fort å tenke negativt om seg selv" (Sivert, 20 år).

Informantene mente de hadde nok kunnskap om å ta vare på sin egen fysiske og psykiske helse. Det ble også poengtert at de selv mente de tilhørte en generasjon som lett kunne skaffe til veie informasjon. Informantene trekker spesielt frem opplevelse av tilhørighet og mestring som viktig for å ha god psykisk helse.

4.2 Tilhørighet og vennskap

Videre i undersøkelsen tok vi for oss skalaens 15 utsagn. For å få en bedre oversikt over de ulike temaene fant jeg det mest hensiktsmessig å ikke presentere resultatene numerisk, men sortert dem inn med utgangspunkt i de meningsbærende enhetene.

Det første spørsmålet til informantene var om det er viktig å ha minst en god venn for å ha god psykisk helse. Samtlige av informantene var av den oppfatningen at dette var viktig. Flere av informantene mente at det var viktig å ha noen å dele tanker og reflektere sammen med, og det ble påpekt at det var en del ting man som ungdom ikke ønsket å snakke med foreldrene om, og at dette var lettere med venner.

"Ja, det er jo noe man ikke prater med foreldrene om, så det er jo lettere å prate med venner. Det er vanskeligere å prate med foreldrene" (Linn, 19 år).

En av informantene trakk frem risikoen for å bli isolert om man ikke hadde venner, mens en annen mente at det å ha en god venn også var viktig for å korrigere tanker.

"Ja, altså, alene så er det ganske lett å tenke ganske negativt om seg selv og det er da man kommer inn i en sånn overtenking og så videre, men hvis man vil prate med folk og se deres reaksjon på deg selv så kanskje man forandrer mening" (Tuva, 16 år).

En informant sier at det er stor forskjell på hvordan gutter og jenter møter negative tanker hos en venn.

"Jeg merker jo, jeg har jo både guttevenner og jentevenner og jeg merker jo stor forskjell på for eksempel om jeg sier til en guttevenn: "åh, jeg har en skikkelig dårlig dag og liksom, og er veldig selvdestruktiv så er det sånn der: ja du har rett, du er litt dårlig til det der, men venninnen bare: nei, det er ikke sånn, det ikke sånn" (Silje, 17 år). Det kan tolkes slik at

informanten her mener at om man deler negative tanker med gutter vil guttene bekrefte de negative tankene, i motsetning til jenter som vil forsøke å snu disse tankene i en annen retning. Det ble stilt et oppfølgingsspørsmål omkring kjønnsforskjeller i forhold til hvordan de opplevde det når de fortalte om negative tanker til venner, og flesteparten mente at det var stor forskjell.

Før vi gikk videre fikk gruppa spørsmålet om utsagnet var formulert på en forståelig måte og om det var relevant for å ta vare på egen psykisk helse. Dette var det felles enighet om, og det kom ikke inn forslag til formuleringsendringer.

Skalaens utsagn nr. 9 spør om det er viktig å være en god venn for å ha en god psykisk helse. Også her var informantene enige om at det var viktig. En informant sier man føler seg bedre når man er en god venn og at sosiale relasjoner er viktige.

"Ja, det er jo også for andre, men det er jo også for deg selv også, for hvis du er grei med andre så føler du deg bedre etterpå. Det er jo viktig for alle" (Lars, 17 år).

Skalaens utsagn nr. 10 handler også om tilhørighet og spør om det er viktig å ha det trygt hjemme for å ha god psykisk helse. Det var heller ingen uenighet på dette punktet om hvorvidt dette var viktig. En informant sier det er selve grunnlaget og mener at det å ha det trygt hjemme er det aller viktigste. En informant beskriver hjemmet som *"ens hellige plass"*. *"det er liksom din hellige plass hvor du har en plass å være trygg, å føle deg god. Hvis noen har krenket det området der så føles ikke det noe godt i ettertid"* (Silje, 17 år).

En annen informant sier at hun tror skoledagen vil oppleves mye verre om man ikke har det trygt hjemme *"Ja, også er det det at man selv om man er på skolen og ikke har det så bra hjemme så er man liksom redd hele tiden, man har det ikke bra og da går det liksom utover alt annet."* (Oda, 19 år).

Utsagn nr. 11 spør om det er viktig for den psykiske helsen å føle at man hører til i et felleskap. Informantene mente at utsagnet var relevant og at det var formulert på en forståelig måte.

En informant trekker frem ensomhet som en konsekvens av det å ikke tilhøre et felleskap, mens en annen mener at det å tilhøre et felleskap kanskje er det viktigste for å ha god psykisk helse og sier videre at det er avgjørende at man føler at man har en betydning og er ønsket.

"Ja, hvis ikke så føler du deg jo veldig alene" (Sivert, 20 år)

"Jeg vil si at det er en av eh ja kanskje de viktigste tingene. Ja hvis man går på skolen eller ja uansett egentlig, det at man er medlem av en gruppe er veldig, veldig viktig. Ja man får jo en følelse av at man er sammen med flere folk, og at man er ønsket og har en betydning"
(Christine, 18 år).

Hovedinntrykket man sitter igjen med er at utsagnene som her har blitt presentert er viktige for å ha god psykisk helse. Ungdommen gir uttrykk for at det ikke bare er viktig å selv ha gode venner og være en del av et felleskap, men at det også er viktig å være en god venn selv. Hjemmet løftes frem som en særskilt viktig arena, og det presiseres at det å føle seg trygg hjemme har stor betydning for den psykiske helsen.

4.3 Håndtering av stress

Utsagn nr. 2 i skalaen sier det er viktig å håndtere stressede situasjoner for å ha god psykisk helse. Da dette spørsmålet ble stilt det først veldig stille blant informantene. Et par av informantene mente at det ikke var så viktig.

"Nei, jeg tror ikke det er så viktig, eller kanskje hvis jeg får et eksempel" (Markus, 19 år).

To andre informanter supplerte med at det handlet om hvordan man taklet stressede situasjoner. Det ble nødvendig for moderator å tydeliggjøre hva dette handlet om. Etter presiseringen svarer flere at det er viktig å håndtere stressede situasjoner for å ha god psykisk helse.

"Ja, det er spørsmål om hvordan man håndterer stress og det går veldig utover det psykiske om man ikke klarer det" (Oda, 19 år).

Det påpekes også av en informant at man kan få fysiske reaksjoner på stress.

"Mange reagerer jo også fysisk på stress, sånn at man kan få utslett eller kanskje bli man dårlig eller kvalm eller" (Anne, 19 år)

En annen informant trekker frem at dagens ungdomsgenerasjon opplever mye press, og at det stilles store krav til blant annet skoleprestasjoner. Informanten mener det av den grunn er veldig viktig at man håndterer dette stresset. For å oppsummere meningene som kom fram ble det stilt oppfølgingsspørsmål fra moderator: *"Så ut i fra det dere sier så er det slik at det er viktig for den psykiske helsen å håndtere stress?"*. De fleste i gruppa svarte bekreftende, og en informant sier at hvis man ikke håndterer stress kan man oppleve å føle at man ikke mestrer. Når moderator avslutningsvis spør om spørsmålet var formulert på en forståelig måte svarer informantene at det er mange ulike typer stress. En trekker frem at noen koser seg med småstress, en annen informant sier det er slitsomt å være stresset.

"Eh, det e veldig mange forskjellige typer stress, forskjellige ting det er stress, forskjellige folk. Ja, for det er jo det at mange stresser på veldig små ting, mens for andre på store og noen koser seg og med stress, men det e sånn småstress, men hvis det er kjempestort stress så går det jo utover det psykiske på alle plan" (Tuva, 16 år).

Det oppleves noe nøling og usikkerhet blant informantene, og spørsmålet som melder seg er om dette kan tolkes dithen at spørsmålet er noe uklart formulert. En annen faktor som kan være av betydning er hvorvidt ungdommen forstår hva begrepet stress kan inneholde. Det er mulig at en presisering eller tydeligere formulering ville vært hensiktsmessig.

Etter litt nøling er allikevel gruppa samlet i at det er viktig for den psykiske helsen å håndtere stress.

4.4 Selvbestemmelse

Skalaen inneholder flere utsagn som faller inn under kategorien autonomi, altså selvbestemmelse. Utsagn nr. 3 spør om det er viktig å ha innflytelse på egen hverdag for å ha god psykisk helse. Også her var det felles enighet innad i gruppen om at ens følelse av å ha innflytelse på egen hverdag er viktig for den psykiske helsen. En informant sier at man føler man har kontroll når man selv har innflytelse på hverdagen. En annen informant trekker frem viktigheten av at man opplever å ha litt frihet.

"Ja, man føler man har kontroll. Ja, man må føle at man har mulighet til å påvirke sin egen hverdag. Det er i alle fall viktig for meg å kjenne at jeg selv kan styre noe" (Anne, 19 år).

Ellers var det lite diskusjon rundt dette utsagnet, og samtlige opplevde at spørsmålet var viktig for å ha god psykisk helse. Informantene var også enige om at utsagnet var formulert på en forståelig måte.

Utsagn nr. 4 i skalaen handler også om autonomi og spør om det er viktig å handle ut fra det en selv vil for å ha god psykisk helse. Svar som "veldig" og "absolutt" går igjen. En informant sier at for å ha det godt så må man ha noe man liker å gjøre. En sier også at hun liker å være litt ulik andre og ikke følge strømmen hele tiden.

"Ja, også når man liker noe som kanskje ikke er så mainstream, så kan det være litt vanskelig å vise det, men det er veldig bra for, jeg kjenner det i hvertfall hvis jeg.. Eh, jeg kan ha litt rar klesstil noen ganger, hehe, for eksempel, og jeg føler meg bedre når jeg kler meg, som når jeg tør å gjøre det jeg har lyst til" (Christine, 18 år).

En annen informant sier at hun tror dette er personavhengig og at hun føler hun må følge strømmen for å ha det bra. Hun sier også at hun tenker at hun ikke kan handle som hun selv vil for da vil hun miste venner.

"Det tror jeg egentlig er veldig fra person til person for jeg er skikkelig sånn der, jeg må følge strømmen føler jeg, eller jeg har ganske sånn, ja, jeg føler meg ganske dårlig når jeg ikke følger strømmen, det er litt slemt å si i dagens samfunn, jeg føler at alle sier at nei jeg følger ikke strømmen, også er det nesten kriminelt å si at jeg følger strømmen liksom, men jeg føler meg egentlig nødt til det for å ha det bra. Jeg tror jeg vil miste venner om jeg ikke følger strømmen, jeg" (Linn, 19 år).

En annen sier videre at det er litt gruppepress og at man må være lik de andre for å bli akseptert.

"Det er jo litt gruppepress, men det er jo ikke meningen at det skal være gruppepress heller, når man er i en sånn vennegjeng er det ingen som tenker at nå skal vi presse henne til å gjøre det og det, men man må være litt lik andre for å bli akseptert og likt, men det er jo det at man ikke sier ifra liksom" (Anne, 19 år).

Informantene mente at å handle ut fra det en selv vil var veldig viktig for den psykiske helsen, men de gir samtidig uttrykk for at det oppleves en del gruppepress blant dagens ungdom.

Informantene opplevde spørsmålet som relevant og forståelig formulert.

Utsagn nr. 8 stiller spørsmål om det er viktig å sette grenser for egne handlinger. En stor del av gruppen svarer spontant "ja" på spørsmålet. En informant sier det er viktig å gå utenfor sine egne grenser, og dermed ut av komfortsonen.

"Altså hvis man allerede er en plass der man ikke har så god psykisk helse så er det viktig å utfordre seg selv og gå utenfor de grensene så man kan bygge opp psyken sin igjen" (Silje, 17 år).

"Jeg har klaustrofobi, men hvis jeg pusher meg selv til å gå inn i en heis frivillig så går det greiere enn hvis noen skulle presset meg, da får jeg jo panikk med en gang" (Oda, 19 år).

Også utsagn nr. 13 omhandler autonomi og spør om det er viktig å sette grenser for hva som er ok for å ha god psykisk helse. Informantene diskuterer litt omkring dette utsagnet og mener at det flyter inn i det samme som utsagn nr. 8 "Å sette grenser for egne handlinger". Dette kan muligens tyde på at disse to utsagnene burde vært omformulert og definert på en bedre måte.

Man kan avslutningsvis konkludere med at informantene er tydelige på at autonomi er svært viktig for den psykiske helse. De påpeker at det er viktig å føle at en selv har kontroll og trekker frem opplevelse av egen frihet som viktig.

4.5 Opplevelse av mestring

Utsagn nr. 5 i skalaen spør om det er viktig å ha tro på seg selv for å ha god psykisk helse. De fleste informantene er enige om at det er viktig. En informant sier at dette handler om å oppleve mestring, og sier at man ikke mestrer om man ikke har tro på seg selv. Videre sier en informant at det er viktig å ikke tenke negativt om seg selv, være positiv og si til seg selv at man er en bra person.

"Ja det er vel det samme som å føle mestring, at du klarer det. Du klarer ikke å mestre noe om du ikke har tro på deg selv" (Sivert, 20 år).

"Ja, og det å si til seg selv at ja du har det bra, og at du er en bra person liksom, det gjør veldig mye med deg for at 50 % av de negative tankene du har om deg selv er bare innbilning liksom" (Anne, 19 år).

Videre omhandler utsagn nr. 12 også mestring, og spør om det er viktig å mestre sine egne negative tanker for å ha god psykisk helse. I likhet med de andre utsagnene var informantene enige om at dette var viktig. En informant sier at for å kunne mestre sin egen psykiske helse må man kunne mestre sine negative tanker, mens en annen mener at det er viktig for å unngå å bryte seg selv ned.

Utsagn nr. 15 spør om det er viktig å oppleve skolemestring for å ha god psykisk helse. Informantene er entydige og er klare på at å føle at man mestrer skolen er viktig for den psykiske helsen. En informant sier at man føler jo at man mislykkes om man ikke mestrer skolen. En annen sier at det er lett å falle utenfor om man ikke mestrer skolen.

"Ja, man føler lett at man mislykkes om man ikke mestrer skolen. Eh, det er jo veldig viktig. Også for selvfølelsen, ja" (Markus, 19 år).

Også dette utsagnet oppleves forståelig formulert og relevant for ungdommene. Ungdommene synliggjør flere ganger gjennom undersøkelsen at det å oppleve mestring er en særs viktig faktor for å oppleve god psykisk helse, og fremhever skolen som en arena det er viktig å håndtere for å oppleve mestring.

4.6 Egenverdi

Utsagn nr. 14 spør om det er viktig å føle seg verdifull uavhengig av egne prestasjoner. Også i forhold til dette utsagnet er det jevnt over enighet om at det er viktig å føle seg verdifull uavhengig av hva man måtte prestere. En informant sier at mange føler at man er verdifull ut fra hvilke karakterer man får på skolen, men mener at så lenge man gjør sitt beste må det være godt nok.

"Ja, jeg tror nok mange føler at man må prestere bra på skolen, ellers så er man ikke verdt noe. Men jeg tenker at så lenge man gjør sitt beste så må det vær godt nok" (Linn, 19 år).

"Sikkert mange som føler det presset da, liksom dem tror du gjør det bra og du tør ikke komme hjem for at du fikk tre på matteprøven og sånn der" (Anne, 19 år).

En informant mente derimot at det var positivt med litt press. Og som oppfølging på dette svarte de fleste at det var bra med litt press, men at det måtte være i sunne mengder.

En informant påpekte at det var mange som ikke var så opptatt av karakterene og at de hadde andre verdier som var mer viktige.

"Ja, men det er jo mange som ikke bryr seg om karakterer, at dem har andre verdier enn det, men andre igjen føler at man har verdi utfra hvilke karakterer man får på skolen" (Markus, 19 år).

En informant knytter avslutningsvis opplevelsen av egenverdi og karakterer opp til mestring, og sier at det å mestre skolen gjør at man føler seg bedre.

"Det er jo en veldig vanlig tanke, og selv om man kan si at det ikke er sånn så er det nok det, jeg vil mestre noe og hvis jeg mestrer skolen så føler jeg meg bedre" (Christine, 18 år).

Informantene er enige i at utsagnet er relevant og forståelig formulert.

4.7 Er gode søvnrutiner viktig for den psykiske helsen?

Utsagn nr. 6 spør om det er viktig å ha gode søvnrutiner for å ha god psykisk helse.

Alle informantene foruten en mente at dette var viktig. Informanten som mente at dette ikke var så viktig mente at om man kun sover tre timer om natten så vil dette til slutt bli en vane.

Denne oppfatningen møtte en del motstand i gruppen, og flere informanter mente at kroppen var laget for å sove på natten, og videre at man ble slitne av å ikke få god sammenhengende søvn på natten.

"Ja, men uansett, kroppen din er laget for at den skal sove på natten, ikke på dagen du blir sliten av å ikke ha den hele nattesøvnen" (Oda, 19 år).

En annen informant mente at med mindre søvn enn 8 timer ble konsentrasjon dårligere og vedkommende merket at det påvirket humøret negativt.

"Jeg merker det at hvis jeg får mindre enn 8 timers søvn så får jeg ikke med meg noe, og jeg blir i kjempedårlig humør" (Lars, 17 år).

Flesteparten mente at utsagnet var relevant og samtlige mente at utsagnet var forståelig.

Informantene gav uttrykk for at mangel på søvn kunne påvirke humøret i negativ retning og at de ble mer ukonsentrert.

4.8 Kunnskap om psykisk helse

En informant trekker frem sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse, og forteller at hun er vokst opp i en familie som ikke ser sammenhengen mellom den psykiske og fysiske helsen. Noen av informantene sier at det er nok en generasjonsendring på gang og at man i større grad nå enn tidligere ser sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse. En informant sier at det er større åpenhet om psykisk helse, at temaet får mye medieoppmerksomhet og at det er ikke så tabubelagt lengre. En informant mener at ungdom i dag forstår at det er forskjell på psykisk sykdom og psykisk helse. En annen informant trekker inn perspektivet med kristen tro, og at mener at mange med denne troen mener at man har en kropp og en sjel, og at man ikke skal fokusere så mye på det kroppslige og at det ikke er en sammenheng der. En informant sier følgende: *"det jeg synes er synd er at om man forteller noen på skolen at jeg har det vanskelig sier de at jeg skal snakke med noen hjemme, og jeg er enebarn og har ikke foreldre jeg kan snakke med slike ting om, foreldrene mine er ignorant når det kommer til psykiske problemer"* (Oda, 19 år).

Dette gjorde meg nysgjerrig på hvordan ungdom blir møtt av voksenpersoner på skolen når de forteller om utfordringer og problemer. Jeg stilte derfor oppfølgingsspørsmål omkring helsesøster rolle, og om de følte de kunne gå og snakke med vedkommende. En informant svarer at hun føler at hun kan det, men at hun da må ha en veldig god grunn. Hun sier: *"ja, jeg kan ikke gå til helsesøster bare å si at nå har jeg det veldig dårlig, jeg må ha en skikkelig god grunn"* (Silje, 17 år).

Dette følges opp av en annen informant som sier at slik føler hun også det, og sier videre at i hennes familie prater de ikke om følelser. Flere av informantene deler sammen oppfatning og forteller at de heller ikke snakker naturlig om følelser, mens andre igjen forteller at de opplever det motsatte, og at de kan snakke om alt med familien sin.

5 Diskusjon og avslutning

5.1 Oppsummering

Hensikten med denne studien har vært å formidle meninger og tanker ungdom har omkring mental health literacy skala, og positiv psykisk helse. Oppgavens mål har vært å svare på de forskningsspørsmålene som ble stilt i introduksjonskapittelet, og handler om å kartlegge hvorvidt mental health literacy skala måler determinanter for positiv psykisk helse. Det har også vært et mål å finne ut hvordan ungdom opplever skalaens utforming, og om skalaen er relevant og formulert på en forståelig måte. Studiens teoretiske ramme er Deci & Ryans selvbestemmelsesteori. Aron Antonovskys helsefremmende teori om salutogenese er blitt benyttet som støtteteori. Det har vært et mål å kartlegge hvorvidt skalaen innholdsmessig dekker de tre fokusområdene i Deci & Ryans selvbestemmelsesteori. I lys av undersøkelsens resultater vil det reflekteres omkring disse teoriene i påfølgende kapittel.

5.2 Diskusjon

Denne studien har vist at mental health literacy skala måler kunnskap om determinanter for positiv psykisk helse. Det er flere funn i studien som underbygger oppfatningen av at skalaens faktorer som tilhørighet, mestring, autonomi, stresshåndtering, egenverdi, søvnrutiner, og kunnskap om psykisk og fysisk helse er viktige determinanter for god psykisk helse.

Informantene fremhever spesielt vennskap og tilhørighet som en viktig faktor for å oppleve god psykisk helse. Vi mennesker er sosiale vesener, og det å føle tilhørighet er ett av våre grunnleggende behov. Sosial tilpasning er viktig for å fungere godt i de ulike rollene vi har i samfunnet og man kan, i et godt sosialt felleskap, finne fortrolighet, støtte og utviklingsmuligheter. Sosial kontakt og tilhørighet er også en avgjørende faktor i utviklingen av kognitive, sosiale og adferdsmessige mønstre. Å mangle sosial tilhørighet fører ofte til ensomhet, noe som kan oppleves både smertefullt og ubehagelig. Problemer i nære relasjoner eller manglende sosial tilhørighet aktiverer stressresponser som på sikt også kan føre til helseplager (Aanes, 2010).

I sammenheng med vennskap og sosial tilhørighet løftes hjemmet frem som en særs viktig arena. Informantene mener at det å føle seg trygg hjemme har stor betydning for den psykiske helsen. At hjemmet trekkes frem som særdeles viktig gjenspeiler seg også i funn fra tidligere studier, som viser at dagens ungdom tilbringer mer tid hjemme enn man har sett tidligere (Bakken, 2016). Som beskrevet tidligere i oppgaven viser forskning at sosial tilhørighet og

gode relasjoner er en viktig beskyttelsesfaktor, og reduserer muligheten for å utvikle psykiske problemer og lidelser (Aanes, 2010).

Å skape trygge psykososiale miljø både på skole, i hjemmet og på fritidsarenaer bør derfor være en prioritert oppgave.

Informantenes opplevelse av vennskap og sosial tilhørighet er helt i tråd med faktoren *"tilhørighet"* i Deci & Ryans selvbestemmelsesteori, som er en av de tre faktorene Deci & Ryan mener må være tilstede for at individet skal føle indre motivasjon, og at enkeltindiver skal oppleve optimal funksjon og trivsel.

På samme måte som selvbestemmelsesteoriens faktor *"tilhørighet"* fremheves teoriens faktor *"autonomi"* som svært viktig for å ha god psykisk helse.

Utsagn nr. 3 *"å ha innflytelse på egen hverdag"*, utsagn nr. 4 *"å handle ut fra egne ønsker"*, og utsagn nr. 8 *"Å sette grenser for egne handlinger"*, handler i likhet med utsagn nr. 13 *"å sette grenser for hva som er ok for meg"* om opplevelsen av selvbestemmelse.

I sammenheng med spørsmål nr. 4 om hvorvidt det er viktig for den psykiske helsa å handle ut fra egne ønsker gir informantene også uttrykk for en opplevelse av høy grad av gruppepress, og frykt for å miste tilhørighet. Flesteparten av informantene oppfatter det som vanskelig å ikke følge strømmen, og de føler de må være lik andre for å bli akseptert og verdsatt. Resultatene her er imidlertid ikke fullstendig entydige. En informant opplever at hun har det best når hun ikke følger strømmen og handler ut fra det hun selv ønsker. Informantene var imidlertid enige om at det å handle ut fra egne ønsker var viktig for den psykiske helsen, men at det ikke alltid var like enkelt å gjøre det.

På den ene siden kan man tolke dette funnet som at det i dette alderssegmentet er lite rom for individualisme. Men det kan også tenkes at opplevelsen av gruppepress til dels kan være personavhengig, og til en viss grad handle om identitetsutvikling, og at dette erfaringsvis endrer seg i takt med aldersutvikling og modenhet.

Det faktum at dette funnet fremkommer så tydelig i studien understreker allikevel nødvendigheten av å ha fokus på å sikre trygge rammer for individuell og sosial utvikling med utgangspunkt i at forskjeller er akseptert.

Mange av informantene i studien gir videre uttrykk for at de opplever store krav til prestasjoner og høy grad av skolestress i hverdagen. En større andel jenter, enn gutter, signaliserer at de opplever høy grad av prestasjonsrelatert stress. Det fremheves at det forventes at man, i tillegg til å mestre det sosiale livet, også skal være skoleflinke. Det

fremkommer ikke av studien om dette presset kommer fra venner, foreldre, lærere, eller seg selv, men man kan anta at prestasjonspresset trolig henger sammen med høye forventninger på ulike arenaer. En informant mener at litt stress er bra, og bidrar til at man presterer bedre. Kan det tenkes at litt stress kan bidra til å øke forventningene til seg selv og dermed føre til at man motiveres til å gjøre en ekstra innsats? I sammenheng med dette funnet kan det kan være av betydning at det finnes ulike typer og grader av stress, og at det også vil være personavhengig hvordan man responderer på stress. Det kan tenkes at hvorvidt det utløser negative følelser er avhengig av hvordan en gitt situasjon, eller forventning, oppfattes av den enkelte.

Som nevnt tidligere antyder imidlertid forskningen at prestasjonsrelatert stress i skolen er en viktig risikofaktor for unge jenter over tid, mens man ikke ser de samme tendensene hos gutter. Hvorfor man ser denne forskjellen er imidlertid noe usikkert. En forklaring på dette kan være at jentene opplever et særskilt dobbeltpress, der man i tillegg til å levere gode resultater skal leve opp til en tradisjonell kvinnerolle.

Når det gjelder kjønnsforskjellene som kommer til uttrykk i denne studien kan det faktum at utvalget bestod av 3 gutter og 6 jenter, og dermed var ujevnt fordelt, påvirke resultatet og bidra til at disse forskjellene blir tydelige. Sett bort fra kjønnsforskjellene er det allikevel tydelig at ungdom opplever høy grad av prestasjonsrelatert stress, og det kan av den grunn være betimelig å stille spørsmål ved om dagens skole fokuserer i for stor grad på prestasjoner fremfor læring. Det kan tenkes at denne faktoren er en bidragsyter til at ungdommen opplever høy grad av prestasjonspress. Endringer i ungdoms forhold til skolen og hvordan disse eventuelt spiller inn sammen med kjønn bør være et relevant tema for videre forskning på årsaker til økning i psykiske plager blant unge jenter.

Å føle seg verdifull uavhengig av egne prestasjoner er også en determinant for positiv psykisk helse. Informantene er jevnt over enige om at det viktig faktor for psykisk helse. Det fremkommer imidlertid av studien at mange føler at man er verdifull ut fra hvilke karakterer man oppnår på skolen. Dette kan tyde på at en del ungdom opplever det som vanskelig å skille sin egen verdi fra skolerresultater. Ungdoms opplevelse av prestasjonspress har vært diskutert tidligere i oppgaven, og dette funnet underbygger oppfatningen om at en mulig årsaksforklaring på dette er at det fokuseres i for stor grad på resultater.

Også det å oppleve mestring oppleves av studiens informanter som viktig for å ha god psykisk helse. Å ha tro på seg selv knyttes av en informant opp mot opplevelsen av mestring, og sier

at man ikke mestrer om man ikke har tro på seg selv. En informant sier at for å kunne mestre sin egen psykiske helse må man kunne mestre sine negative tanker, mens en annen mener at det er viktig for å unngå å bryte seg selv ned. Informantene fremhever skolen som en arena det er spesielt viktig å håndtere for å oppleve mestring.

At ungdommen ser på skolen som en viktig arena å mestre bekrefter, som nevnt tidligere, at skolen er en viktig helsefremmende og forebyggende arena. Barn og unge tilbringer store deler av tiden sin i disse rammene, og mye av både læring og identitetsutvikling skjer akkurat her. Å sikre gode vilkår for skolemestring vil bidra til å øke muligheten for å lykkes i fremtiden og er et viktig tiltak for å forebygge utvikling av psykiske problemer og lidelser.

Et gjennomgående funn ved undersøkelsen er at informantene opplevde skalaen som relevant og forståelig, men de fleste ga uttrykk for at utsagn nr. 2 "*Å håndtere stressende situasjoner*" var for upresist. Informantene hadde vanskeligheter med å forstå hva "*stressede situasjoner*" egentlig omhandlet, og trengte en del tid før de klarte å resonere seg frem til hva som kunne ligge i begrepet. En faktor som kan årsaksforklare dette kan være tidsaspektet i en intervjusituasjon. Riktignok ble intervjuguiden utlevert i forkant av intervjuet, nettopp med den hensikt at informantene skulle få tid til å reflektere over spørsmålene, men det er mulig det hadde vært hensiktsmessig med en muntlig gjennomgang av spørsmålene i tillegg.

Videre mente informantene at utsagn nr. 8 "*Å sette grenser for egne handlinger*" og nr. 13 "*Å sette grenser for hva som er ok for meg*" omhandler det samme. Å skille disse to ulike utsagnene er i utgangspunktet ikke komplisert, men det er samtidig heller ikke vanskelig å forstå at det kan bli uklart for informantene som deltok i studien. Årsaksforklaringen kan også i dette tilfellet handle om tidsbegrensinger. Det er rimelig å anta at ved grundigere redegjørelse ville dette vært mer forståelig for ungdommen. Informantenes alder og modenhetsnivå må også tas med i betraktningen, og man må ta høyde for muligheten for at ungdommen ikke har reflektert over dette på et tidligere tidspunkt i livet.

Et spesielt interessant funn ved undersøkelsen var hvordan ungdommen opplever at lærere møter dem når de henvender seg til dem og forteller om mentale utfordringer og problemer. Ungdommen gav uttrykk for at de opplevde at deres problemer ble bagatellisert og ikke tatt på alvor. At ungdom blir møtt på en tillitsvekkende måte når de henvender seg til lærere og andre voksenpersoner om sine bekymringer og eventuelle problemer er svært viktig. Ikke bare øker det muligheten for å få hjelp til å få løst problemene, men det bidrar også til opplevelsen av trygghet. Det vil også bidra til at unge lærer at det er positivt å snakke om psykiske

problemer, som igjen kan føre til at tabuer og stigmaer reduseres. Gjennom å bli tatt på alvor vil man oppleve av at man blir hørt, hvilket igjen kan virke positivt inn på deres opplevelse av egenverdi. Det kan være ulike grunner til at informantene rapporterer dette. Hvordan og i hvilken sammenheng henvendelsen fant sted vil muligens ha betydning for hvordan mottakeren oppfatter budskapet. Har ungdommen vært tilstrekkelig tydelig i sin kommunikasjon og henvendt seg på en slik måte at læreren har forstått hva som ble sagt? Har viktig informasjon "forsvunnet" i et hektisk klasserommiljø? Det vil allikevel være betimelig å stille spørsmål om hvorvidt lærere og undervisningspersonell har tilstrekkelig kompetanse på området psykisk helse, og om tilpassede kompetansehevende intervensjoner ville kunne ha bidratt med å fremme positiv psykisk helse blant ungdom.

Et annet interessant funn var at ungdommen gav uttrykk for at terskelen for å ta kontakt med helsesøster var veldig høy. Dette ble begrunnet med at om man skulle "forstyrre" helsesøster måtte man ha veldig gode grunner for det. Det er uvisst hvorfor ungdommen opplever det slik, og ikke anser helsesøster som et lavterskeltilbud som man kan henvende seg til uavhengig av hvor stort eller lite problemet måtte være. Det kan spekuleres i hvorvidt det handler om at helsesøster ansees som helsepersonell og at ungdommen føler at de må være psykisk syke og ikke bare ha det litt strevsomt om de tar kontakt. Det kan også tenkes at elevene er påvirket av mediebildet der stor helsesøstermangel kommer til uttrykk. Funnet er imidlertid urovekkende. Helsesøstertjenesten er viktig i det forebyggende og helsefremmende arbeidet, og det skal være lav terskel for å henvende seg dit. Funnet kan tyde på at det er behov for forskning for å kartlegge årsaksvirkningene bak dette.

Også når det kommer til åpenhet fremkommer det av studien at det er forskjeller blant kjønnene. Informantene uttrykker at jentene snakker bedre sammen om følelser, og mente det var stor forskjell blant kjønnene med tanke på hvordan de ble møtt når de delte vanskelige tanker. Her fremkommer det at jenter, i større grad enn gutter, tar vanskelige tanker på alvor og går aktivt inn i forsøk på å hjelpe, mens gutter derimot spøker det bort. En forklaring på dette kan være at gutter også opplever. Informantene ga videre uttrykk for viktigheten av å dele vanskelige tanker med venner. Det ble argumentert for at noen ganger var det temaer man trengte å snakke om, men som man ikke ønsket å dele med foreldre eller andre voksenpersoner, og at venner spilte en stor rolle i så måte.

Dette funnet bør sees i sammenheng med at ungdommen som deltok i studien også opplever at lærere ikke har tilstrekkelig kompetanse på hvordan man skal møte ungdom som gir uttrykk

for at de opplevde utfordringer.

I følge studiens resultater opplever ungdommen at det en generasjonsendring på gang, der man i større grad nå enn tidligere ser sammenhengen mellom psykisk og fysisk helse, og at temaet er mindre tabubelagt nå enn tidligere. Informantene poengterer at de opplever at det er større åpenhet omkring psykisk helse, og at temaet får mye medieoppmerksomhet. Behovet for kompetanse er den tredje faktoren i Deci & Ryans motivasjonsteori. Informantene mente de hadde nok kunnskap om å ta vare på sin egen fysiske og psykiske helse. I følge studien er det en felles oppfatning at dagens unge tilhører en generasjon som lett kan skaffe til veie informasjon, og at denne informasjon og kunnskap nås gjennom internett og sosiale medier, samt venner og familie. Det er liten tvil om at informasjonsstrømmen for dagens ungdom er overveldende massiv sammenlignet med bare noen år siden. Kvalitetsnivået på informasjonen via disse kanalene kan antas å være noe usikkert. Sikrer man økt kunnskap, og øker samfunnets generelle mental health literacy vil dette også dette være med på å redusere sjansene for mulig feilinformasjon.

Som nevnt tidligere beskriver Deci & Ryan i sin selvbestemmelsesteori tre medfødte, psykologiske behov som må være dekt for at man skal oppleve optimal funksjon og trivsel. Et av mine forskningsspørsmål gikk ut på å kartlegge hvorvidt utsagnene i mental health literacy skala dekker disse tre behovene. Den første faktoren er behovet for autonomi (opplevelsen av selvbestemmelse), den andre faktoren er behovet for kompetanse (at man opplever man har nødvendig kunnskap for å nå et mål), og den tredje faktoren er tilhørighet (opplevelsen av å høre til og være elsket). Gjennom analyse av skalaens 15 utsagn kategoriserte jeg utsagnene etter selvbestemmelsesteoriens tre faktorer (se tabell) autonomi, kompetanse og tilhørighet. Resultatet fremkom gjennom egne refleksjoner og forforståelse knyttet opp mot innsamlet data. Man kan se av denne fordelingen at fem utsagn av skalaen handler om tilhørighet, fem om kompetanse og fem om autonomi. Man kan på bakgrunn av dette konkludere med at alle faktorene dekkes gjennom skalaen og at utsagnene er jevnt fordelt.

Tabell 1:

Utsagn:	Kategori:
1. Å ha minst en god venn	Tilhørighet
2. Å håndtere stressede situasjoner på en god måte	Kompetanse
3. Å ha innflytelse på egen hverdag	Autonomi
4. Å handle ut fra egne ønsker	Autonomi
5. Å ha tro på seg selv	Kompetanse
6. Å ha gode søvnrutiner	Kompetanse
7. Å ta valg basert på egen vilje	Autonomi
8. Å sette grenser for egne handlinger	Autonomi
9. Å være en god venn	Tilhørighet
10. Å ha det trygt hjemme	Tilhørighet
11. Å kjenne at man hører til i et felleskap	Tilhørighet
12. Å mestre sine egne negative tanker	Kompetanse
13. Å sette grenser for hva som er OK for meg	Autonomi
14. Å føle seg verdifull uavhengig av egne prestasjoner	Tilhørighet
15. Å oppleve skolemestring	Kompetanse

I likhet med Aron Anonovskys teori om salutogenese er mental health literacy skala utformet med fokus på hvilke determinater som er viktige for å fremme positiv psykisk helse. Som beskrevet tidligere var Antonovsky opptatt av å finne faktorer som beveger oss mot den positive helse-enden av helsekontinuumet (Lindström & Eriksson, 2010). Skalaen, i likhet med teorien om salutogenese, fokuserer på ressurser i motsetning til risikofaktorer og diagnoser. Skalaen retter ikke fokus konkret mot total helse eller total uhelse, men setter lys på faktorer som har positiv betydning for psykisk helse. Skalaen kartlegger i hvilken grad ungdom har tilstrekkelig kompetanse til å ta valg og handle til det beste for seg selv og eventuelt andre. Dette bidrar til en mer helhetlig tankegang helt i tråd med Antonovskys intensjon. Det salutogene perspektivet i skalaen berører i stor grad forhold som bidrar til økt mestring i hverdagen og faktorer som bidrar til å styrke enkeltindividets ressurser.

En avgjørende faktor for en ungdoms grad av mestring, helse og velvære er individets opplevelse av sammenheng i tilværelsen (SOC). Dette blir tilgjengelig gjennom at ungdommen forstår situasjonen (forståelighet), at de har de nødvendige ressursene som er nødvendige for å finne løsninger (håndterbarhet) og at de opplever at utfordringene er motiverende og dermed verd engasjement og investering (mening). Skalaen har gjennom sine utsagn belyst faktorer som vil bidra til å styrke ungdommenes SOC. En persons sense of coherence henger også sammen med ens generelle motstandsressurs (GMR). Skalaen fokuserer også i aller høyeste grad på en persons motstandsressurser. Desto større personlig og kollektiv motstandsressurser individet opplever å ha tilgjengelig og kan benytte seg av, dess sterkere er personens SOC. I følge Antonovsky er sosial støtte, fysiske ressurser, kontroll, mestringsstrategier og kognitive ressurser noen eksempler på motstandsressurser, hvor sosial støtte med nære emosjonelle bånd og egoidentitet er spesielt viktige (Antonovsky, 2012). Dette er i tråd med det ungdommene selv trekker frem i undersøkelsen som viktige for å opprettholde og fremme egen psykisk helse.

En svakhet ved studien er at utvalget består av relativt få informanter. Utvalget bestod av en gruppe på ni ungdommer i alderen 16 til 20 år, fordelt på seks jenter og tre gutter. Som tidligere nevnt vil den ujevne kjønns sammensetningen kunne påvirke resultatene, og det kan tenkes man ville fått andre funn dersom sammensetningen hadde vært mer balansert. Det faktum at alle informantene var etnisk norske er også en faktor som vil kunne ha betydning for resultatene. Vi lever i et stadig mer flerkulturelt samfunn og et utvalg som gjenspeilet dette ville trolig fått frem andre nyanser og synspunkter i undersøkelsen. I planleggingsfasen var jeg noe usikker på hvor mange informanter som ville være nødvendig for at tilstrekkelig datamateriale skulle sikres. I utgangspunktet var tanken at studien skulle bestå av to fokusgrupper, der den ene bestod av elever fra videregående skole og den andre av elever fra ungdomskolen. Dette for å få et enda bredere spenn i alder, flere deltagere og dermed muligens enda mer sikre data. Med to fokusgruppeintervju ville jeg også hatt mulighet til å sammenligne funnene i den ene gruppen med funnene i den andre. Dette ble imidlertid ikke gjort siden jeg ikke lyktes med å rekruttere fra ungdomskolenivå. Videre ville det vært en klar styrke om man hadde lyktes i å rekruttere informanter fra flere skoler slik at man kunne sammenliknet resultatene. Det ville muligens også bidratt til at andre synspunkter hadde framkommet.

5.3 Konklusjon

Denne valideringen av mental health literacy skala indikerer at samtlige utsagn i skalaen er viktige for å ta vare på egen og andres psykiske helse. Ut fra undersøkelsen resultater kan man konkludere med at skalaen måler kunnskap om determinanter for positiv psykisk helse. Informantene mener utsagnene er relevante og til dels forståelige, men mener noen utsagn omhandler det samme og dermed overlapper hverandre. Med bakgrunn i det som kom frem i fokusgruppeintervjuet er det grunn til å tro at noen spørsmål i skalaen burde vært mer presist utformet. Det kan tyde på at det kan være nødvendig med visse forbedringer da ungdommen gir uttrykk for at noen av spørsmålene flyter inn i hverandre. Det kan også være rimelig å tro at det noen av utsagnene kunne vært beskrevet mer grundig da det i undersøkelsen var nødvendig med en del konkrete presiseringer. Det må tas høyde for at utsagnene gir rom for ulike tolkninger. Dette kan føre til at presisjonen ikke er helt nøyaktig, men jeg fant ingen indikasjoner på helt klare feiltolkninger.

Et mål med undersøkelsen var å kartlegge hvorvidt innholdet i mental health literacy skala dekker de tre faktorene i selvbestemmelsesteorien. Den første faktoren er behovet for autonomi (opplevelsen av selvbestemmelse), den andre faktoren er behovet for kompetanse (at man opplever man har nødvendig kunnskap for å nå et mål), og den tredje faktoren er tilhørighet (opplevelsen av å høre til). Kategoriseringen og innhentet data viser at skalaen dekker alle tre faktorene, og at utsagnene fordeler seg jevnt over disse.

Når det gjelder spørsmålet om skalaen er i tråd med det salutogene perspektiv fra Aron Antonovskys teori om Salutogenese, kan vi trekke sammenligninger med at skalaen i likhet med teorien er utformet med fokus på determinanter som er viktige for å fremme positiv psykisk helse. Skalaen fokuserer, på samme måte som teorien, på ressurser i motsetning til risikofaktorer og diagnoser.

Det kan tenkes at skalaen kan være et nyttig verktøy i planleggingen av helsefremmende tiltak og at den kan være et nyttig verktøy i planlegging og gjennomføring av helsefremmende tiltak for ungdom. Studien er liten og med et lite utvalg, og funnene kan ikke dermed direkte generaliseres til hele populasjonen. Studien indikerer likevel at mental health literacy skala er et valid og reliabelt vurderingsverktøy for å måle kunnskap om positiv psykisk helse.

5.4 Veien videre

Det er en stor utfordring at en høy andel av ungdom til daglig sliter med psykiske problemer,

og ikke minst at det viser seg at mange mangler nødvendig kunnskap for å kunne opprettholde og fremme egen psykisk helse. For å kunne utvikle kunnskapsbaserte intervensjoner vil det å øke forskningsmengden på dette feltet være viktig. På den måten vil vi bedre kunne lykkes med å gi mennesker verktøy både for å opprettholde og bedre sin egen psykiske helse.

Å styrke unges mestringsressurser, samt kunnskap om faktorer som er viktige for deres mentale helse er en viktig strategi for å fremme helse og velvære hos ungdom. Et overordnet mål må være å styrke barn og unges evner til å takle utfordringer og belastninger i hverdagen. Selv om forskningen ikke er helt entydig på hvorvidt omfanget av psykiske problemer blant ungdom holder seg stabilt eller går ned, er det allikevel mange som til daglig opplever problemer. Som vi har sett tidligere i oppgaven er det til dels store forskjeller mellom jenter og gutter, der jentene rapporterer om mer subjektive helseplager og mindre opplevelse av livstilfredshet enn gutter (Samdal et al. 2014). Tydelige kjønnsforskjeller indikerer at det må vurderes om det er hensiktsmessig at intervensjoner og tiltak tilpasses målgruppen på en bedre måte. Et godt helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid må i stor grad foregå på individplan, altså på andre arenaer enn helsetjenester og helseforvaltning. For å lykkes i dette er det avgjørende at man har kunnskap om salutogene faktorer som øker muligheten til å ta valg som virker positivt inn på psykisk helse. Samtidig har helseforvaltningen og helsetjenestene et selvstendig ansvar for å følge utviklingen i befolkningens helse, samt identifisere risikofaktorer, og iverksette tiltak når det er behov for det. Når det kommer til punktet om konkrete tiltak til å styrke mental health literacy kan kompetansebygging gjennom språktiltak være et virkemiddel. Det er i denne sammenhengen viktig å sikre en kommunikasjonsstil tilpasset ungdom.

De viktigste forebyggende arenaene, befinner seg utenfor helsesektoren og skolen blir i så måte en viktig arena for å bedre ungdoms psykiske helse. Skolen gir utdanning og kompetanse, som igjen gir arbeid og deltakelse i samfunnet. Skolen gir også venner, fellesskap og følelse av tilhørighet. Opplevelsen av å mestre beskytter mot psykiske plager. En skole som preges av dårlig miljø, mobbing og ekskludering svekker barn og unges muligheter til en god psykisk helse.

Videre er det viktig å påpeke at i det forebyggende psykiske helsearbeidet kan tiltak knyttet til samfunnsøkonomi, arbeidsliv, boforhold, skoler, barnehager, familieliv og livsstil være vel så

virkningsfulle som tiltak i helsevesenet. Et oppvekstmiljø i familier med omsorgsfulle og kompetente foreldre fremmer barn og ungdoms psykiske helse.

Vedlegg:

1. Intervjuguide
2. Informasjonsskriv

Litteratur

- Aanes M. M. (2010) Dårlige forhold gir dårlig helse. Hentet fra: <https://forskning.no/meninger/kronikk/2010/08/darlige-forhold-gir-darlig-helse>
- Antonovsky, A. (1979) *Health, stress and coping*. London: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (2012) *Helsens mysterium* (1.utg, 2. opplag) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Arntzen, A., Dalgard, O., Eberhard-Gran, M., Eggesbø, M., Graff Iversen, S., Grøholt, E., ... Zahl, P.H. *Sosial ulikhet i helse- En faktarapport*. (Rapport 2007:1) Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/eldre/sosial-ulikhet-i-helse.-en-faktarap/>
- Bakken (2016). *Ungdata. Nasjonale resultater 2016*. (NOVA Rapport 2016:8). Oslo: NOVA. hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Ungdata-2016.-Nasjonale-resultater>
- Bang Nes, R., & Clench-Aas, J. (2011) *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. (Rapport 2011:2). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2011/psykisk-helse-i-norge.-tilstandsrap/>
- Bjørnsen, H.N., Bradley Eilertsen, M.E., Ringdal, R., Espnes G.A. & Moksnes U.K (2017). Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC public health*, 17: 717 Hentet fra: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-47336>
- Bjørnsen, H. N., Ringdal, R., Eilertsen, M.E., Espenes, G. A., Holmen, N. S., & Moksnes, U. K. (2018). Kunnskap kan gi ungdom bedre psykisk helse. *Sykepleien* (106). DOI: <https://doi.org/104220/Sykepleiens.2018.65075>
- Broeck, A. Van den., Vansteenkiste, M., De Witte, H., Soenens, B., & Lens, W. (2010): "Capturing Autonomy, Competence, and Relatedness at Work: Construction and Initial Validation of the Work-Related Basic Need Satisfaction Scale." *Journal of Occupational and Organizational Psychology* (83) s. 981-1002. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/1854/LU-1006994>
- Burns, J. R., & Rapee, R. M (2006). Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence*, (29), s. 225-229. Hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2005.05.004>
- Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*, 2.utg, Oslo: Universitetsforlaget

- Deci, E. L., & Ryan, R. M (2000) Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions, *Contemporary Educational Psychology* (25), s. 54-67. Hentet fra: <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Espnes, G.A & Smedslund, G. (2009), *Helsepsykologi*, 5.utg, Oslo: Gyldendal akademisk
- Folkehelseloven. (2012). *Lov av 1. januar 2012 om folkehelsearbeid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Folketrygdloven. (1997) *Lov av 28. Februar 1997 nr. 19 om folketrygd*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Fuggeli, P. & Ingstad, B. (2009), *Helse på norsk*, 1.utg, Oslo: Gyldendal akademisk
- Gopinathan, U. & Iversen, J.H. (2011) Hva kan helsepersonell gjøre med sosiale helseforskjeller? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* (16)
DOI:10.4045/tidsskr.11.0732
- Helsedepartementet, Barne- og familiedepartementet, Justisdepartementet, Kommunal – og Regionaldepartementet, Kultur- og Kirkedepartementet, Sosialdepartementet, Utdanning- og forskningsdepartementet (2003). Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/bro/2003/0004/ddd/pdfv/187063-s.pdf>
- Helse- og omsorgs departementet. (2017) *Mestre hele livet*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/mestre-hele-livet/id2568354/>
- Holmen, J., Espnes, G., Håpnes, O., Rangul, V., Svebak, S., Sørensen, T., Theorell, T. (2016) Jakten på helsefremmende faktorer i epidemiologisk forskning: Eksempler fra Helseundersøkelsen i Nord- Trøndelag (HUNT) *Norsk Epidemiologi* (26) s. 125-137. doi:10.5324/nje.v26i1-2.2025
- Holte, A. (2012). Forord. I N. B. J. Berg (Red.), *Føre var! Forebyggende psykisk helsearbeid i skolen* (s. 9-15). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D.I. (2010) *Forståelse, beskrivelse og forklaring – Innføring i metode for helse og sosialfagene*, 2.utg., Kristiansand: Høyskoleforlagene
- Jorm, A. F., Barney, I. J., Christensen, H., Highet, N. J., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2006). Research on mental health literacy: What we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, (40), s. 3-5. DOI: 10.1080/j.1440-1614.2006.01734x
- Jorm, A.F. (2012) Mental health Literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67, 231-243. doi: 10.1037/a0025957
- Jorm, A.F. (2015) Why We Need the Concept of “Mental Health Literacy”, *Health Communication*, 30:12, 1166-1168, DOI: 10.1080/10410236.2015.1037423

- Kessler R.C, Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K. R., Walters E. E. (2005) Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *arch gen psychiatry* (62) DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kutcher S., Wei Y., Costa S., Gusmao R., Skokauskas N & Sourander A. (2016) Enhancing mental health literacy in young people, *Eur Child Adolesc Psychiatry* (2016) 25:567–569 DOI 10.1007/s00787-016-0867-9
- Kvale, S. & S. Brinkmann (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*, 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lam, L. T. (2014) Mental health literacy and mental health status in adolescents: a population-based survey, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, (8:26) <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-26>
- Lindström, B. og Eriksson, M. (2009) The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy: illustrated by a case study. *Global Health Promotion*. (16) s. 17-28. DOI: 10.1177/1757975908100747
- Lindström, B. & Eriksson, M. Research Report 2010:2, *The Hitchhiker`s guide to Salutogenesis*
- Malterud, K. (2012) *Fokusgruppe som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2013, 3.utg.) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* Oslo: Universitetsforlaget.
- Marcus, M. & Westra, H. (2012) Mental health literacy in Canadian young adults: Result of a national survey, York, *Canadian Journal of community mental health vol.31*, (1)
- Meld. St. 16 (2002-2003). (2003) *Folkehelsepolitikken, Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helsedepartementet
- Meld. St. 19 (2014-2015). (2015) *Folkehelsemeldingen, Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. (Rapport 2009:8) Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/eldre/psykiske-lidelser-i-norge-et-folkeh/>
- Mæland, J. G. (2009). *Hva er helse?*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J.G. (2016) *Forebyggende helsearbeid, folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nes, B. R., Clench-Aas, J. (2011) *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. (Rapport 2011:2) Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2011/psykisk-helse-i-norge.-tilstandsrap/>

- Nicola J. Reavley, Anthony F. Jorm (2011) Recognition of mental disorders and beliefs about treatment and outcome: findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2011; 45:947–956 DOI: 10.3109/00048674.2011.621060
- Nilsen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- NOU, 1998: 18. (1998). *Det er bruk for alle- styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- NOVA (2015). *Ungdata. Nasjonale resultater 2014*. NOVA Rapport 7/15. Oslo: NOVA. Hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2015/Ungdata.-Nasjonale-resultater-2014>
- NTNU (2017) *Regional forskningsetisk komité (REK) og Personvernombudet for forskning* hentet fra: <https://www.ntnu.no/su/forskning/innmelding>
- Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, 15 (3), s. 264- 265) <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D., Harris, E. & Wise, M. 2010 *Theory in a nutshell, a practical guide to health promotion theories 3*. Utgave Australia
- O'Connor, M., Casey, L., Glough, B. (2014) measuring mental health literacy- a review of scale-based measure. *Journal of mental health*, 23(4), DOI:10.3109/09638237.2014.910646
- Personopplysningsloven (2001) *Lov av 1. Januar 2001 om behandling av personopplysninger*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.
- Reneflot A., Aarø L.E, Aase H, Reichborn-Kjennerud T., Tambs K., & Øverland S. (2018) *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. (Rapport 2018). fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- 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), s.1-34. Hentet fra : <http://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=3159&context=hbspapers>
- Rudd, R.E., Moeykens, B. A., & Colton, T.C (1999) Health and Literacy: A Review of Medical and Public Health Literature, *National Center for the Study of Adult Learning & Literacy* (1) kapittel 5, hentet fra: <http://ncsall.net/index.html?id=522.html>
- Sletten M. A., Bakken A. (2016) *Psykiske helseplager blant ungdom- tidstrender og samfunnsmessige forklaringer* (NOVA Notat 4/2016) hentet fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og->

[arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Notat/2016/Psykiske-helseplager-blant-ungdom-tidstrender-og-samfunnsmessige-forklaringer](#)

- Samdal O., Mathisen, FKS., Torsheim T., Diseth, Å., Fismen A-S., Larsen, T., Wold, B., Årdal, E. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land»*. HEMIL-Rapport 1/2016, HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen
- Sivertsen, B., Harvey, A.G., Lundervold, A.J. & Hysing, M. (2013) Sleep problems and depression in adolescence: results from a large population-based study of Norwegian adolescents aged 16-18 years. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. DOI 10.1007/s00787-013-0502-y
- Stoltenberg, C. (2014). *Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge*. (Rapport 2014:4). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G....Brand, H. 2015. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU) *European Journal of Public Health*, 25 (6), s. 1053–1058 Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25843827>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2010) *Fra nysgjerrighet til innsikt – Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, 2.utg., Trondheim: Sosiologisk forlag
- World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: WHO hentet fra: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
- World Health Organization (WHO) 2014. *Mental Health*. Hentet fra: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- World Health Organization (WHO), 2001 a, *The World health report 2001, Mental health: new understanding, new hope*, Geneva. Hentet fra: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
- World Health Organization (WHO), 2001 b, *Strengthening mental health promotion*. (Fact sheet, No. 220). fra: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>
- World Health Organization (WHO) 2013. *Health literacy, The solid facts*. Hentet fra: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-literacy.-the-solid-facts>
- WHO (1986). *Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health*, 17– 21 November. Ottawa, Geneva, Canada: World Health Organization. Hentet fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Vedlegg nr.1:

INTERVJUGUIDE FOKUSGRUPPEINTERVJU PSYKISK HELSEKOMPETANSE HOS UNGDOM VALIDERING AV SKALA

Bakgrunn:

B1 Informasjon og kunnskap om helse

- På en skala fra 1-5, synes du at du har nok kunnskap til å ta vare på

1. egen fysisk helse?

2. egen psykisk helse?

1= Nei, i liten grad, 2, 3, 4, 5= Ja, i stor grad, X= vet ikke

Spørsmål:

1. Synes dere at dere har nok kunnskap til å ta vare på egen fysisk helse?

2. Synes dere at dere har nok kunnskap til å ta vare på egen psykisk helse?

Bakgrunn:

B2 Her er 15 utsagn om ting som kan være viktige for god psykisk helse. På skalaen fra 1 til 5, hvor riktig er hvert utsagn?

1= helt feil, 2= litt feil, 3= verken/eller, 4= Litt riktig, 5= helt riktig

Utsagn 1. Å ha minst en god venn

Spørsmål:

3. Er det viktig å ha minst en god venn for å ha god psykisk helse?

4. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?

Utsagn 2. Å håndtere stressende situasjoner

Spørsmål:

5. Er det viktig å håndtere stressende situasjoner for å ha god psykisk helse?

6. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?

Utsagn 3. Å ha innflytelse på egen hverdag

Spørsmål:

7. Er det viktig å ha innflytelse på egen hverdag for å ha god psykisk helse?

8. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?

Utsagn 4. Å handle ut fra egne ønsker

Spørsmål:

- 9. Er det viktig å handle ut fra det man ønsker selv for å ha god psykisk helse?**
- 10. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?**

Utsagn 5. Å ha tro på seg selv

Spørsmål:

- 11. Er det viktig å ha tro på seg selv for å ha god psykisk helse?**
- 12. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?**

Utsagn 6. Å ha gode søvnrutiner

Spørsmål:

- 13. Er det viktig å ha gode søvnrutiner for å ha god psykisk helse?**
- 14. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?**

Utsagn 7. Å ta valg basert på egen vilje

Spørsmål:

- 15. Er det viktig at valgene man tar baseres på hva man selv vil for å ha god psykisk helse?**
- 16. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?**

Utsagn 8. Å sette grenser for egne handlinger

Spørsmål:

- 17. Er det viktig å sette grenser for egne handlinger for å ha god psykisk helse?**
- 18. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?**

Utsagn 9. Å være en god venn

Spørsmål:

- 19. Er det viktig å være en god venn for å ha god psykisk helse?**
- 20. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?**

Utsagn 10. Å ha det trygt hjemme

Spørsmål:

- 21. Er det viktig å ha det trygt hjemme for å ha god psykisk helse?**

22. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?

Utsagn 11. Å kjenne at man hører til i et fellesskap

Spørsmål:

23. Er det viktig å føle at man hører til i et fellesskap for å ha god psykisk helse?

24. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?

Utsagn 12. Å mestre sine egne negative tanker

Spørsmål:

25. Er det viktig å mestre sine egne negative tanker for å ha god psykisk helse?

26. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?

Utsagn 13. Å sette grenser for hva som er ok for meg

Spørsmål:

27. Er det viktig å sette egne grenser for å ha god psykisk helse?

28. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?

Utsagn 14. Å føle seg verdifull uavhengig av egne prestasjoner

Spørsmål:

29. Er det viktig at man føler seg verdifull uavhengig av hva man presterer for å ha god psykisk helse?

30. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?

Utsagn 15. Å oppleve skolemestring

Spørsmål:

31. Er det viktig å oppleve at man mestrer skolen for å ha god psykisk helse?

32. Er spørsmålet relevant og formulert på en forståelig måte?

Avsluttende Spørsmål:

1. Hva tenker dere at de 15 spørsmålene egentlig spør om, og er dette viktig?
2. Er spørsmålene relevante for å ta vare på egen psykisk helse?
3. Er det noen aspekter ved ungdoms psykiske helse som mangler blant spørsmålene?
4. Er det noen spørsmål som burde vært tatt bort?
5. Mener dere at spørsmålene "treffer" ungdom generelt, er det forståelig for ungdom flest?

6. Tror dere at alle elevene vil forstå det slik som dere forstår det?
8. Er det andre ting dere mener er viktig for å ha god psykisk helse som ikke er inkludert her?
9. Er det avslutningsvis noe dere ønsker å tilføye omkring det vi har pratet om her?

VEDLEGG 2

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I UNDERSØKELSE OM PSYKISK HELSE HOS UNGDOM

Kan du tenke deg å delta i en undersøkelse om psykisk helse hos ungdom? Undersøkelsen gjennomføres av mastergradstudent i helsevitenskap, Camilla D. Bjugn, ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap. Veileder til oppgaven er Professor Geir Arild Espnes, ved NTNU. Kunnskapen fra prosjektet vil bli brukt til å styrke skolehelsetjenestens arbeid med helsefremmeing og forebygging når det gjelder psykisk helse hos ungdom.

Hva innebærer studien? Du som elev forespørres om å delta i en datainnsamling med bruk av fokusgruppeintervju. Undersøkelsen vil bestå av to fokusgrupper med 8-10 elever i hver gruppe. I forkant av undersøkelsen vil du få utdelt 15 utsagn om ting som noen mener kan være viktige for god psykisk helse hos ungdom. Målet med undersøkelsen er å finne ut om dere synes utsagnene vi har laget treffer ungdom med tanke på å ta vare på egen psykisk helse. Dere skal diskutere utsagnene på generell basis og det gjelder ikke din egen helse. Utsagnene handler om psykisk helse, familie, venner, mestring og opplevelse av stress. Det vil bli benyttet lydbånd under fokusgruppeintervjuet. Det vil ikke spørres etter eller noteres navn, eller andre kjennetegn. Alt vi trenger å vite er alder og kjønn. Fokusgruppeintervjuet vil vare 1-11/2 time.

Frivillig deltagelse: Hvis du sier ja til å delta i denne samtalen samtykker du også til at samtalen kan benyttes som underlag for forskning på slike utsagn, og om de treffer ungdom. Når samtalen er ferdig har du gjennom deltagelse bekreftet at der er greit, og siden vi ikke vet hvem som er hvem kan vi ikke slette noe.

Takk for at du er villig til å delta i undersøkelsen!