

Eirin Anzjøn Gran

Ungdoms fornøydhhet med livet: betydningen av psykisk helsefremmende kompetanse

Masteroppgave i Folkehelse
Veileder: Hanne Nissen Bjørnsen
Mai 2024

Eirin Anzjøn Gran

Ungdoms fornøydhhet med livet: betydningen av psykisk helsefremmende kompetanse

Masteroppgave i Folkehelse
Veileder: Hanne Nissen Bjørnsen
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Fornøydhhet med livet er et subjektivt mål på livskvalitet, og livskvalitet er fremhevet som en egen målsetting i helsepolitikken. Det store flertallet av ungdommer er fornøyd med livet, men fornøydhhet med livet i Norge er ujevnt fordelt i befolkningen. Arbeid med mål om å fremme god psykisk helse kan bidra til å øke livskvaliteten hos den enkelte og i befolkningen. Dette samsvarer med at psykisk helsekompetanse (PHK) har gått fra å ha et fokus på psykisk uhelse og risikofaktorer, til å bli en ressurs. Psykisk helsefremmende kompetanse (PPHK) er en komponent av PHK som omhandler forståelse for hvordan man kan bygge og vedlikeholde en god psykisk helse. PPHK er pekt på å potensielt kunne bidra til økt fornøydhhet med livet (FL), men det er ikke funnet noen tidligere studier som har utforsket dette og det er generelt lite forskning på PPHK. Hensikten med denne studien var derfor å få økt kunnskap om nivå av FL og PPHK hos ulike grupper av ungdom, samt hvordan PPHK påvirker FL hos ungdom.

Studien er en tverrsnittstudie basert på data innhentet gjennom en spørreundersøkelse våren 2017. Utvalget (N=995) består av ungdommer på 16-21 år fra 4 videregående skoler i Trondheim. Deskriptiv statistikk er utarbeidet, samt at det er gjennomført t-tester, en korrelasjonsanalyse og en regresjonsanalyse.

Resultatene viser at det er forskjeller i fornøydhhet med livet og psykisk helsefremmende kompetanse mellom ulike grupper av ungdom. Ungdom som opplever psykiske plager, som har lavere generell mestringstro og har lavere sosioøkonomisk status oppgir lavere FL. Kvinner og ungdommer med lavere PPHK har også lavere skårer for FL. PPHK er lavere blant gutter, yrkesfagelever, ungdom som ikke er fornøyd med livet, som er født i et annet land enn Norge og som har lavere skårer for generell mestringstro. Denne studien finner ingen signifikant sammenheng mellom FL og PPHK etter det er kontrollert for bakgrunnsvariablene.

Studien har gitt økt kunnskap om forskjeller i nivå av fornøydhhet med livet og psykisk helsefremmende kompetanse blant og mellom grupper av ungdom. Dette kan indikere hvilke grupper av ungdom som bør få en økt innsats i folkehelsearbeidet for å øke fornøydhhet med livet og psykisk helsefremmende kompetanse. Det er behov for mer kunnskap om hvilke faktorer som påvirker de utsatte gruppenes FL, for å vite hvordan man kan fremme økt FL blant disse gruppene. Intervensjoner for å øke PPHK blant ungdom som treffer særlig gutter, yrkesfagelever og ungdom som er født i et annet land enn Norge kan også tenkes å være særlig relevant. Det er i denne studien ikke funnet en signifikant sammenheng mellom PPHK og FL etter det er kontrollert for bakgrunnsvariablene. Det ser i liten grad ut til at SØS er en betydelig konfunderende faktor i denne sammenhengen, men at generell mestringstro har noen betydning. Likevel konkluderes det med at universelt fokus på PPHK i folkehelsearbeidet, deriblant skolehelsetjenesten, ikke bør utelukkes. Tidligere studier har vist at PPHK har andre positive utfall som økt psykisk velvære, samt kan potensielt bidra som en ressurs i ulike utfordringer ungdommene kan møte senere i livet, som samsvarer med et salutogent perspektiv på helse. Det er behov for mer forskning som utfordrer eller støtter opp funnene i denne studien, samt studier som utforsker årsakssammenhenger mellom FL, PPHK og andre aktuelle faktorer.

ABSTRACT

Satisfaction with life is a subjective measure of quality of life (QoL), and QoL is highlighted as an objective of Norwegian health policy. The majority of adolescents are satisfied with their life, but life satisfaction in Norway is unevenly distributed among the population. Mental health promotion may contribute to increasing the QoL for the individuals and the population. This corresponds to the fact that mental health literacy (MHL) has shifted from a perspective of mental illness and risk factors to a resource. Positive mental health literacy (positive MHL) is a component of MHL that deals with understanding how to build and maintain good mental health. According to a previous study positive MHL can potentially contribute to increased life satisfaction, but this is yet to be confirmed in studies, and the research on positive MHL is generally scarce. The purpose of this study was therefore to increase knowledge about the level of life satisfaction and positive MHL in different groups of adolescents, as well as how positive MHL affects life satisfaction in adolescents.

This study is a cross-sectional study based on data obtained through a survey administered during the spring of 2017. The sample (N=995) consists of adolescents aged 16-21 from 4 upper secondary schools in Trondheim, the third most populous municipality in Norway. Descriptive statistics, t-tests, a correlation analysis and a regression analysis was performed.

The results indicate that there are differences in life satisfaction and positive MHL between different groups of adolescents. Adolescents who experience psychological problems, who have lower general self-efficacy (GSE) and have a lower socio-economic status (SES) report lower life satisfaction. Women and adolescents with lower positive MHL also report lower scores for life satisfaction. Positive MHL is lower among boys, vocational students, adolescents that's not satisfied with life, those who were born in another country than Norway and have lower scores for GSE. This study finds no significant relationship between life satisfaction and positive MHL after controlling for the control variables.

This study have provided increased knowledge about differences in life satisfaction and positive MHL among and between groups of adolescents. This may indicate which groups of adolescents could benefit from an increased effort in public health work, to increase life satisfaction and positive MHL. More knowledge about factors that affect the vulnerable group's life satisfaction is needed, to better understand how to promote increased life satisfaction among these groups. Interventions to increase positive MHL among adolescents – particularly boys, vocational students and adolescents born in foreign country can be thought to be particularly relevant. In this study, no significant relationship was found between positive MHL and life satisfaction after controlling for the control variables. SES seems to have a minor impact on the relationship between life satisfaction and positive MHL, but GSE matters to some extent. Nevertheless, it is concluded that a universal focus on positive MHL in public health work, including the school health services, should not be ruled out. Previous studies have shown that positive MHL brings other positive outcomes such as increased psychological well-being and can potentially contribute as a resource in various challenges adolescents may face later in life, which corresponds to a salutogenic perspective on health. However, more research is needed to get a better understanding of positive MHL and life satisfaction among adolescents, and how they can be increased in the best possible way.

FORORD

Som helsesykepleier på ungdomsskole møter jeg mange ungdommer i arbeidshverdagen. Jobben oppleves givende, men jeg sitter også ofte med en opplevelse av å ikke strekke til. Som helsesykepleier i skolen skal man i stor grad jobbe universelt forebyggende og helsefremmende. Imidlertid brukes mye tid på individuelle samtaler på kontoret. Jeg har derfor vært og er interessert i å utforske hvordan jeg som helsesykepleier kan jobbe på en mer effektiv og hensiktsmessig måte, for å nå flere ungdommer.

Da jeg skulle begynne å skrive denne masteroppgaven i folkehelse fikk jeg høre om en datainnsamling som omhandlet helsekompetanse. Noe jeg da ble umiddelbart interessert i. Når veileder på oppgaven i tillegg var Hanne Nissen Bjørnsen, som jeg faglig har sett opp til siden jeg gikk helsesykepleieutdanningen på NTNU, ble det ikke et vanskelig valg. Det tok likevel noe tid å lande hva jeg egentlig ønsket å utforske i oppgaven, da det var mye i data materialet jeg oppfattet som interessant. Til slutt landet jeg på at jeg ønsket å utforske fornøydhet med livet hos ungdom og psykisk helsefremmende kompetanse, noe som utviklet seg til å etter hvert bli denne masteroppgaven.

Arbeidet med masteroppgaven har vært svært læringsrikt og gøy, men også krevende. Jeg syns det er veldig gøy å lære nye ting, så å ha flere dager i uken satt av til å fordype seg har vært veldig givende. Jeg har under hele oppgaveskrivingen samtidig jobbet som helsesykepleier, noe jeg tror har vært berikende for oppgaven, i form av et tydeligere bilde av hva jeg opplever som relevant å utforske ut fra egen arbeidserfaring. Det har også skjedd flere store endringer i livet i løpet av denne prosessen, som bytte at arbeidssted – og ikke minst at jeg ble mamma til min kjære datter, Live, for litt under 2 år siden. Å bli mamma er noe som har beriket livet ekstremt mye, og som jeg også er helt sikker på at har gjort at det har vært lettere å legge fra seg arbeidet med oppgaven og fokusere på å bare være sammen. Samtidig har det også vært krevende, særlig i innspurten før levering.

Jeg vil gjerne takke min veileder Hanne Nissen Bjørnsen for god veiledning gjennom hele prosessen, både i de gode periodene og i periodene hvor jeg tidvis har kjent på maktesløshet og frustrasjon. I tillegg ønsker jeg å takke familie og venner for all tålmodighet og heiarop under hele oppgaveskrivingen. En ekstra takk til mamma og pappa, som alltid stiller opp: barnepass, middag eller bare et godt og trygt sted å være. Og sist men ikke minst: Sindre, tusen takk for at du er den du er og at du alltid stiller opp! Jeg er så heldig som har så mange fine, støttende mennesker rundt meg.

15. mai 2024, Trondheim,

Eirin Anzjøn Gran

INNHold

Figurer.....	xi
Tabeller	xi
Forkortelser.....	xii
1.0 Introduksjon	1
2.0 Bakgrunn.....	2
2.1 Livskvalitet i folkehelsearbeidet.....	2
2.1.1 Systematiske forskjeller i helse.....	2
2.2 Ungdom som satsningsområde i folkehelsearbeidet	4
2.2.1 Fornøydhet med livet blant ungdom	5
2.2.2 Psykisk helse blant ungdom	6
2.3 Folkehelsearbeid basert på salutogenese og empowerment	7
2.3.1 Opplevelse av mening	7
2.3.2 Empowerment.....	8
2.4 Psykisk helsekompetanse	9
2.4.1 Psykisk helsefremmende kompetanse.....	10
2.5 Skolehelsetjenestens rolle	11
2.5.1 Hensikt og forskningsspørsmål	12
3.0 Metode.....	13
3.1 Studiedesign og studiepopulsjon	13
3.2 Rekruttering	13
3.3 Utvalg.....	13
3.4 Variabler	15
3.4.1 Avhengig og uavhengig variabel	15
3.4.2 Bakgrunnsvariabler	16
3.5 Statistiske Analyser	19
3.5.1 Deskriptiv statistikk	19
3.5.2 Vurdering før gjennomføring av analyser	19
3.5.3 Forskjeller i gjennomsnitt	20
3.5.4 Korrelasjon	21
3.5.5 Forskningsetikk	24
4.0 Resultater.....	25
4.1 Varierende fornøydhet med livet	25
4.1.1 Blant grupper av ungdom	25

4.1.2 Mellom grupper av ungdom.....	26
4.2 Varierende positiv psykisk helsefremmende kompetanse	28
4.2.1 Blant grupper av ungdom	28
4.2.2 Mellom grupper av ungdom.....	30
4.3 Korrelasjoner mellom fornøydhet med livet, positiv psykisk helsefremmende kompetanse og flere bakgrunnsvariabler.....	32
4.4 Ingen signifikant assosiasjon mellom fornøydhet med livet og positiv psykisk helsefremmende kompetanse i regresjonsanalysen	33
5.0 Diskusjon av resultater og metode.....	34
5.1 Ulikt nivå av fornøydhet med livet og psykisk helsefremmende kompetanse blant grupper av ungdom.....	34
5.1.1 Hvorfor er det ulikt nivå av fornøydhet med livet blant grupper av ungdom?	34
5.1.2 Hvorfor er det ulikt nivå av psykisk helsefremmende kompetanse blant grupper av ungdom?	37
5.2 Sammenhengen mellom psykisk helsefremmende kompetanse og fornøydhet med livet blant ungdom	41
5.2.1 Kan psykisk helsefremmende kompetanse predikere fornøydhet med livet blant ungdom?.....	42
5.3 Metodediskusjon	44
5.3.1 Tidligere forskning	45
5.3.2 Design og studiepopulasjon.....	45
5.3.3 Spørreskjema og valgte instrumenter	46
5.3.4 Analyse av data	47
5.4 Framtidige perspektiver	49
5.4.1 Implikasjoner for forskning	49
5.4.2 Implikasjoner for folkehelsearbeid	50
6.0 Konklusjon.....	51
Referanseliste.....	52
Vedlegg	61
Vedlegg 1: Godkjenning fra REK	62
Vedlegg 2: Spørreskjema.....	65
Vedlegg 3: Analyseplan	77

FIGURER

Figur 1: Påvirkningsfaktorer for psykisk helse og livskvalitet i befolkningen.	3
Figur 2. Posisjonerer salutogenese i helsefremming.	8
Figur 3. En konseptuell modell som illustrerer linken mellom psykisk helsefremmende kompetanse sine antecedenter, attributter og positive konsekvenser.	10
Figur 4: Gjennomsnittlig fornøydhet med livet blant ulike grupper av ungdom.	25
Figur 5: Gjennomsnittlig stress for kategorier av fornøydhet med livet blant ungdom.	26
Figur 6: Gjennomsnittlig generell mestringstro for kategorier av fornøydhet med livet blant ungdom.	26
Figur 7: Gjennomsnittlig psykisk helsefremmende kompetanse blant grupper av ungdom i utvalget.	28
Figur 8: Fordeling av tilfredsstillende psykisk helsefremmende kompetanse (PPHK) og ikke tilfredsstillende PPHK i de ulike gruppene av ungdom i utvalget.	29
Figur 9: Gjennomsnittlig stress for kategorier av psykisk helsefremmende kompetanse blant ungdom.	30
Figur 10: Gjennomsnittlig generell mestringstro (GM) for kategorier av psykisk helsefremmende kompetanse blant ungdom.	30

TABELLER

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget i studien.	14
Tabell 2. Oversikt over måleverktøy som er brukt for å måle PPHK og FL.	15
Tabell 3: Oversikt over de studiespesifikke bakgrunnsvariablene.	16
Tabell 4: Oversikt over måleverktøy for bakgrunnsvariablene.	17
Tabell 5: Gjennomsnittskår for kontinuerlige variabler.	25
Tabell 6: Forskjeller i gjennomsnitt av fornøydhet med livet, symptomer på stress og generell mestringstro for ulike grupper i utvalget.	27
Tabell 7: Forskjeller i gjennomsnitt av psykisk helsefremmende kompetanse, symptomer på stress og generell mestringstro for ulike grupper av ungdom i utvalget.	31
Tabell 8: Pearson korrelasjonskoeffisient (r) mellom par av ulike variabler.	32
Tabell 9: Sammendrag av hierarkisk multippel regresjonsanalyse som viser assosiasjoner mellom fornøydhet med livet, bakgrunnsvariablene og den uavhengige variabelen psykisk helsefremmende kompetanse (PPHK).	33

FORKORTELSER

FL	Fornøyd med livet
HK	Helsekompetanse
PHK	Psykisk helsekompetanse
PPHK	Psykisk helsefremmende kompetanse
SØS	Sosioøkonomisk status
GM	Generell mestringstro
OAM	Opplevelse av mening
GMR	Generelle motstandsressurser
NTNU	Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
FN	Forente Nasjoner
WHO	Verdens helseorganisasjon

1.0 INTRODUKSJON

Et godt folkehelsearbeid er nødvendig for å nå FN sine bærekraftsmål (Meld. St. 19 (2018-2019)). I Norge er livskvalitet, som er FNs tredje bærekraftsmål, fremhevet som en egen målsetting i helsepolitikken i de siste tre folkehelsemeldingene (Meld. St. 15 (2022–2023); Meld. St. 19 (2014-2015); Meld. St. 19 (2018-2019); Nes et al., 2021). Livskvalitet kan måles på ulike måter, og i Folkehelse rapporten er fornøydhet med livet (FL) definert som en del av den subjektive livskvaliteten (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 156; Nes et al., 2021). Ungdata-undersøkelsen fra 2022 viser at det store flertallet av ungdommer er fornøyd med livet (Bakken, 2022), men FL i Norge er ujevnt fordelt i befolkningen (Helsedirektoratet, 2023). Dette samsvarer med det er systematiske forskjeller i helse (Syse et al., 2022), og at mange faktorer påvirker fornøydhet med livet (Dahlgren & Whitehead, 2021; Meld. St. 23 (2022–2023)). Det er kjent at helse relatert atferd og ferdigheter utvikles allerede fra barndommen (Borzekowski, 2009; Bröder et al., 2017; Meld. St. 19 (2018-2019), s. 8), da det som skjer i ungdomsårene gir retning og grunnlag for fremtiden (Befring & Moen, 2011, s. 19). Å jobbe målrettet med folkehelsearbeid til barn og unge kan derfor fremme sunn helseatferd og forebygge framtidige helserisikoer (Bröder et al., 2017), som igjen kan spare samfunnet for store kostnader (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13). Ut fra et folkehelseperspektiv bør derfor barn og unge være en målgruppe for forskning på folkehelsearbeid (Borzekowski, 2009; Bröder et al., 2017; Meld. St. 19 (2018-2019), s. 8).

Livskvalitet kan økes av det psykisk helsefremmende arbeidet, som har til hensikt å styrke den psykiske helsen (Meld. St. 23 (2022–2023)). Psykisk helsekompetanse (PHK) er blitt anerkjent som en determinant av befolkningens psykiske helse (Carvalho et al., 2022), og regjeringen stadfester at de skal bidra til økt PHK i befolkningen (Meld. St. 23 (2022–2023)). De siste årene har PHK gått fra å ha et fokus på psykisk uhelse og risikofaktorer, til å heller bli en ressurs som kan styrkes gjennom utdanningstiltak (Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016), noe som samsvarer med et salutogent teorigrunnlag. Psykisk helsefremmende kompetanse (PPHK) er et relativt nytt begrep, som regnes som en komponent av PHK (Carvalho et al., 2022) og handler om forståelse for hvordan man kan bygge og vedlikeholde en god psykisk helse (Bjørnsen, 2019a, s. 14). På bakgrunn av at det er et relativt nytt begrep er det så langt svært lite forskning på begrepet. Carvalho et al. (2022) peker på at PPHK potensielt kan føre til økt FL, men det er ikke funnet noen tidligere studier som har utforsket dette.

Stort sett alle sektorer og alle forvaltningsnivå må samarbeide for å nå folkehelsemålene (Meld. St. 19 (2018-2019)). Skolehelsetjenesten er beskrevet som den viktigste forebyggende og helsefremmende tjenesten rettet mot unge (Meld. St. 23 (2022–2023)). Tjenesten skal blant annet bidra til å fremme god psykisk helse hos unge, samt utjevne sosiale helseforskjeller (Meld. St. 23 (2022–2023)). Skolehelsetjenesten kan derfor ansees som en svært viktig bidragsyter når det kommer til å påvirke faktorer som kan føre til at ungdom sin FL beveger seg i positiv retning. En systematisk oversiktsstudie indikerer at det er relativt robuste bevis for at PPHK kompetanseprogrammer implementert for voksne kan ha signifikante positive effekter for psykisk helse (Carvalho et al., 2022; Teixeira et al., 2019). Denne studien har derfor til hensikt å gi økt kunnskap om nivå av FL og PPHK hos ulike grupper av ungdom, samt utforske hvordan PPHK påvirker FL hos ungdom.

2.0 BAKGRUNN

2.1 LIVSKVALITET I FOLKEHELSEARBEIDET

De siste årene har det blitt et økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid (Bang Nes et al., 2021). I Norge er folkehelsearbeidet regulert av Lov om folkehelsearbeid, som definerer folkehelsearbeid som:

Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, og arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Folkehelseloven, 2011, §3b).

Et godt folkehelsearbeid er nødvendig for å nå FNs bærekraftsmål (Meld. St. 19 (2018-2019)). I Norge er livskvalitet, som er en del av FNs tredje bærekraftsmål, fremhevet som en egen målsetting i helsepolitikken i de tre siste folkehelsemeldingene, og i regjeringens strategi for psykisk helse i folkehelsearbeidet, *Mestre hele livet* (2018), ble livskvalitetsmåling introdusert som et viktig styringsverktøy i folkehelsearbeidet (Meld. St. 15 (2022-2023); Meld. St. 19 (2014-2015); Meld. St. 19 (2018-2019); Nes et al., 2021). Ifølge Nes et al. (2021) kan økt fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid trolig relateres til økt kunnskap om sekundære gevinster ved bedre livskvalitet. Dette kan for eksempel være lavere sykefravær, sosial integrering, økt innovasjon og produktivitet, sunnere levevaner, økt levealder og bedre helse (Bang Nes et al., 2021).

2.1.1 SYSTEMATISKE FORSKJELLER I HELSE

Syse et al. (2022) stadfester at dersom en sammenligner ulike grupper i samfunnet blir det funnet systematiske forskjeller i helse (Syse et al., 2022). Disse systematiske forskjellene i helse følger sosiale og økonomiske kategorier – som yrke, utdanning og inntekt (Helsedirektoratet, 2018). Disse helseforskjellene er skapt sosialt, og er dermed mulig å gjøre noe med (Helsedirektoratet, 2018). De sosioøkonomiske forskjellene (SØS) danner det en kaller en gradient gjennom befolkningen (Helsedirektoratet, 2018; Marmot et al., 2020; Syse et al., 2022). Dette betyr at det er en lineær sammenheng mellom helse og SØS (Helsedirektoratet, 2018). Med andre ord vil litt bedre SØS statistisk sett gi litt bedre helse, noe som gjelder gjennom hele inntektsskalaen (Helsedirektoratet, 2018; Marmot et al., 2020). En nasjonal livskvalitetsstrategi er under utvikling, og er planlagt lansert i løpet av 2024 (Helsedirektoratet, 2023). Den har til hensikt å bidra til et mer helsefremmende og rettferdig samfunn, samt å utjevne sosiale forskjeller (Bang Nes et al., 2021). Som samsvarer med at et godt folkehelsearbeid innebærer utjevning av sosial ulikhet i helse (Helsedirektoratet, 2016).

Folkehelsearbeidet omfatter både helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak (Mæland, 2016). Helsefremmende tiltak kan defineres som: «prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse» (Mæland, 2016, s. 17), og sykdomsforebygging har til hensikt å redusere risiko for sykdom eller skade (Mæland, 2016). Det finnes flere ulike måter å jobbe sykdomsforebyggende på: universelt, selektivt og indikativt (Nordentoft, 2021). Universell forebygging har hele eller deler av befolkningen som målgruppe, uansett risikofaktorer og risikoatferd (Nordentoft, 2021). Selektiv forebygging er rettet mot befolkningsgrupper med kjente risikofaktorer eller risikoatferd (Nordentoft, 2021). Indikativ forebygging har

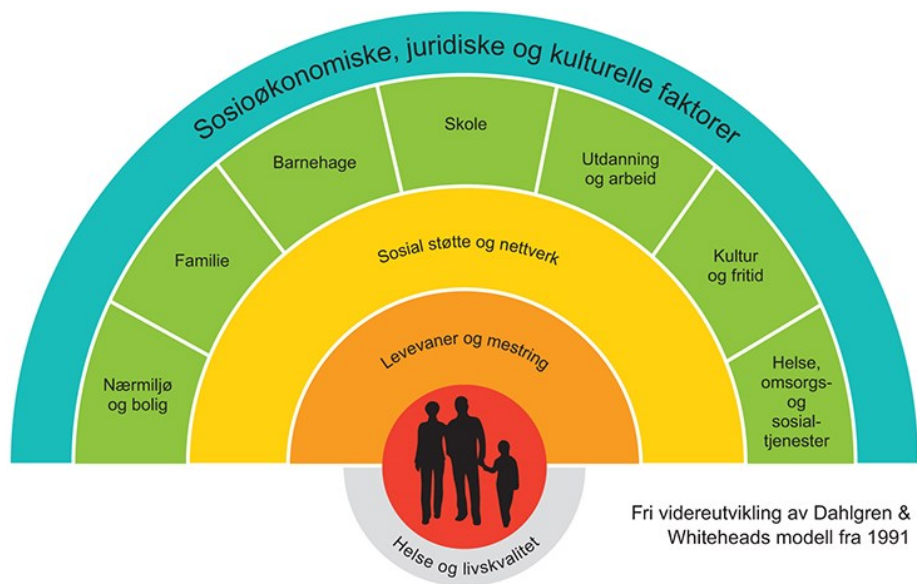
individer med kjente risikofaktorer eller risikoatferd (Nordentoft, 2021). En rapport som omhandler sosial ulikhet i helse i England, kalt The Marmot Review, introduserte et nytt konsept: universell proporsjonalisme (Carey et al., 2015). Forfatterne hevder at det er viktig å være sensitiv til den sosiale gradienten – og derfor respondere proporsjonalt med behovet (Marmot et al., 2020). Dersom man jobber universelt på denne måten hevder Marmot et al. (2020) at man kan utjevne den sosiale gradienten i helse. Carey et al. (2015) beskriver det med andre ord som at Marmot et al. hevder at universelle strategier, ikke målrettede strategier, bør brukes i folkehelsearbeidet – men med en skalering og intensitet proporsjonalt med nivå av sosial ulikhet i helse. Ifølge Mæland (2016) er sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid komplementære tilnærminger, som påvirker og støtter opp om hverandre.

I «*Nasjonale faglige råd for lokale helsetiltak – veiviser for kommunen*» pekes to prinsipper på som viktige for i utforming av tiltak for å bedre befolkningens helse: strategier bør være både befolkningsrettede, i kombinasjon med høyrisikostrategier og innsats rettet mot de grunnleggende årsakene til helseforskjellene, altså helsedeterminantene (Helsedirektoratet, 2016).

2.1.1.1 FAKTORER SOM PÅVIRKER LIVSKVALITET

Det er avdekket mange faktorer som har enten indirekte eller direkte påvirkning på helse (Helsedirektoratet, 2018). Dahlgren og Whitehead har utviklet en visuell modell, se figur 1, over faktorer som påvirker helse og livskvalitet i befolkningen – også kalt helsedeterminanter (Dahlgren & Whitehead, 2021; Meld. St. 19 (2014-2015), s. 24).

Figur 1:
Påvirkningsfaktorer for psykisk helse og livskvalitet i befolkningen.



Note: Fra *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter* (s. 24), Fri videreutvikling av Dahlgren og Whiteheads modell fra 1991, 2015, Helse- og omsorgsdepartementet ([Meld. St. 19 \(2018-2019\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)).

I figuren er individet satt i en samfunnskontekst, med ulike nivåer for helsepåvirkning (Dahl, 2020). Det innerste nivået (rødt) omhandler individuelle faktorer – som biologi,

kjønn, alder og genetikk (Dahl, 2020). Det neste nivået (oransje) innebærer kosthold, fysisk aktivitet, mestringsstrategier og bruk av alkohol/røyk (Dahl, 2020). Evnen til å oppleve mestringsstrategier og bruk av alkohol/røyk i hverdagen er essensielt for psykisk helse og livskvalitet (Meld. St. 19 (2014-2015)). Neste del (gul) innebærer sosial status og samspill med vennekrets og familie (Dahl, 2020). Sosial støtte og sosiale nettverk er positivt for psykisk helse, mens ensomhet, stress og utenforskap har negativ effekt (Meld. St. 19 (2014-2015)). Det nest siste nivået (grønt) er sosiale determinanter – som oppvekst- og bomiljø, utdanning, helse- og sosialtjeneste, familieøkonomi og fysiske omgivelser (Dahl, 2020). Det ytterste nivået (blå) representerer samfunnsmessige faktorer – som velferdsordninger og miljøtiltak (Dahl, 2020).

De ulike nivåene har betydning for den enkeltes helse både alene og i samspill med hverandre (Dahl, 2020). Faktorene som er nærmest individet i modellen er de faktorene man selv har størst mulighet til å påvirke – sett bort fra alder, genetikk og sosiale forutsetninger i familien man er født inn i (Dahl, 2020).

2.2 UNGDOM SOM SATSNINGSOMRÅDE I FOLKEHELSEARBEIDET

Røysamb og Nes (2022) hevder at fokus på barn og unges livskvalitet kan være en viktig investering for fremtiden. Dette støttes opp under av en rekke undersøkelser har fremhevet betydningen av barndom og tidlig intervensjon når det kommer til helsefremmende- og forebyggende arbeid (Bang Nes et al., 2021; Borzekowski, 2009; Bröder et al., 2017; Meld. St. 19 (2018-2019)). Ungdomstiden er en periode i livet der ungdom får økende selvstendighet og utvikling preger dem: de tar i økende grad egne valg, og frigjør seg fra sine foreldre (Bjørnsen & Holmen, 2023). En slik frigjøring fra sine foreldre fører også med seg større ansvar for egen helse (Bjørnsen & Holmen, 2023) og det som skjer i ungdomsårene gir retning og grunnlag for fremtiden (Befring & Moen, 2011, s. 19). Å jobbe målrettet med folkehelsearbeid til barn og unge kan dermed fremme sunn helseatferd og forebygge framtidige helserisikoer (Bröder et al., 2017). Det kan igjen spare samfunnet for store kostnader forbundet med frafall i skolen, lavere deltakelse i arbeidslivet og økt risiko for psykiske plager og lidelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s. 13). Ut fra et folkehelseperspektiv bør derfor barn og unge være en målgruppe for forskning på folkehelsearbeid (Borzekowski, 2009; Bröder et al., 2017; Meld. St. 19 (2018-2019), s. 8).

Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) defineres ungdomstid som perioden fra 10 år til 19 år. Imidlertid er det en pågående diskusjon hvilken definisjon som bør brukes (Sawyer et al., 2018). Ifølge Sawyer et al. (2018) har det skjedd flere endringer når det kommer til både biologisk vekst og sosiale rolleoverganger det siste århundret (Sawyer et al., 2018). Ungdomstiden er livsfasen som strekker seg mellom barndom og voksenliv, og er en tid som omfatter både elementer av biologisk vekst og store sosiale rolleoverganger (Sawyer et al., 2018). Ungdomstiden er en intens utviklingsperiode, som preges av forhåpninger, forventninger, bekymringer, store muligheter og kompetansekrav (Befring & Moen, 2011; Bjørnsen & Holmen, 2023). Blant annet har, i nesten alle populasjoner, tidligere pubertet akselerert starten på ungdomsårene (Sawyer et al., 2018). Parallelt med dette er tidspunkt for rolleoverganger forsinket, blant annet når det kommer til fullføring av utdanning, ekteskap og foreldreskap, som bidrar til å endre oppfatningen av når voksenlivet begynner (Sawyer et al., 2018). Overgangsperioden fra barndom til voksenliv opptar derfor nå en større del av livsløpet

enn noen gang tidligere, så en utvidet og mer inkluderende definisjon av ungdomsår mener Sawyer et al. (2018) er avgjørende for utviklingsmessig hensiktsmessig utforming av tjenestestrukturer (Sawyer et al., 2018). Sawyer et al. (2018) konkluderer derfor med at ungdomstid heller bør defineres som perioden fra 10 til 24 år. Det er denne definisjonen denne studien tar utgangspunkt i når det refereres til begrepet ungdomstid.

2.2.1 FORNØYDHET MED LIVET BLANT UNGDOM

Livskvalitetsbegrepet kan brukes på flere ulike måter (Bang Nes et al., 2021). I enkelte sammenhenger brukes begrepet for å beskrive subjektive opplevelser, mens i andre sammenhenger kan det benyttes for å beskrive objektive opplevelser (Bang Nes et al., 2021). Ifølge Bang Nes et al. (2021) blir den subjektive livskvaliteten ofte målt i psykologi- og helseforskning, og inkluderer både vurderinger av livet som helhet og av sentrale livsarenaer, fungering i det daglige, samt negative og positive følelser (Bang Nes et al., 2021). Den subjektive livskvaliteten kan variere fra god til dårlig – og kan oppleves som god på tross av eventuelle belastninger som helseplager eller økonomiske vansker (Bang Nes et al., 2021).

I Folkehelse rapporten er fornøydhet med livet (FL) definert som en del av den subjektive livskvaliteten (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 156; Nes et al., 2021). Diener et al. (1985) definerer FL som: «a global assessment of a person's quality of life according to his chosen criteria» (Diener et al., 1985, s. 71). Vurdering av FL er dermed ifølge Diener et al. (1985) avhengig av sammenligning av ens egne omstendigheter med hva en selv tenker er en tilfredsstillende standard (Diener et al., 1985). Ungdata-undersøkelsene og UNG-HUNT undersøkelsene gir et godt innblikk i FL blant ungdom i Norge. Data fra Ung-HUNT4 bruker barn og unges opplevelse av egen helsetilstand som en indikasjon på deres livskvalitet (Kvaløy & Rangul, 2020). Opplevelsen av egen helse er altså en viktig faktor når det kommer til livskvalitet (Lindström & Eriksson, 2015).

Ungdataundersøkelsen fra 2022 viser at det store flertallet av de unge er godt fornøyd med livet og fornøydhet med livet er relativt stabil gjennom videregående skole for både gutter og jenter (Bakken, 2022). Så mange som 8 av 10 plasserer seg selv over midtpunktet på skalaen, mens halvparten ga seg selv 8 poeng eller mer – på en skala fra 1-10 (Bakken, 2022).

På tross av at mange unge er fornøyd med livet, er det også flere ungdommer i Norge som ikke er fornøyd med livet (Bakken, 2022). På skala for FL plasserer hver 10 ungdom seg under midtpunktet – mange av disse har det ikke spesielt godt (Bakken, 2022). Tidligere forskning har vist at FL hos ungdom er negativt assosiert med ensomhet, sosial angst, skyhet, kjønn, skolerelatert stress – og positivt assosiert med selvkonsept, fysisk aktivitet og mestringstro (Burger & Samuel, 2017; Mikkelsen et al., 2020; Neto, 1993).

Tidligere forskning viser at kjønn, alder og utdanning kan ha betydning for fornøydhet med livet (Bakken, 2022; Kvaløy & Rangul, 2020). Ifølge ung-HUNT rapporterer en større andel jenter enn gutter dårlig selvopplevd helse (Kvaløy & Rangul, 2020). Noe som også samsvarer med funn i ungdata, hvor flere gutter oppgir høyere FL enn jentene (Bakken, 2022). Ca. 30% ikke er fornøyd med egen helse blant guttene, og ca. 42% blant jentene (Bakken, 2022). Det er ca. 21% av jentene i aldersgruppen 16-19 år som oppgir dårlig selvopplevd

helse (Kvaløy & Rangul, 2020). Ungdataundersøkelsen fra 2022 viser at målene på livskvalitet ifølge resultatene skiller lite etter alder (Bakken, 2022). Resultatene i ung-HUNT viser på den andre siden at andelen ungdommer som oppgir dårlig selvopplevd helse øker med økende alder for begge kjønn (Kvaløy & Rangul, 2020). Studien har også funnet at selvopplevd helse har en sammenheng med planlagt utdanningsnivå: andelen av ungdommene som rapporterer dårlig selvopplevd helse er høyest blant ungdommene som planlegger at videregående skole skal være deres høyeste utdanning (jenter: 23.1%, gutter: 12.7%), enn de med planer om utdanning på universitet/høyskole (jenter: 15.4%, gutter: 10.7%) (Kvaløy & Rangul, 2020).

2.2.2 PSYKISK HELSE BLANT UNGDOM

Ifølge Røysamb og Nes (2022) er livskvalitet knyttet til god psykisk helse. Psykisk helse er et av de viktigste satsningsområdene i folkehelsearbeidet, og regjeringen ønsker økt fokus på helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid (Meld. St. 23 (2022–2023), 2023). Å forebygge psykiske plager og lidelser kan bidra til økt livskvalitet, samt at tiltak som fremmer blant annet positive emosjoner og mestring kan forebygge psykiske vansker (Røysamb & Nes, 2022).

Internasjonale studier viser at det er en forskjell mellom menns og kvinners psykiske helse, en forskjell som øker allerede i tenårene (Jenssen, 2022). Ifølge Campbell et al. (2021) har rikere europeiske land, inkludert Skandinavia, de største kjønnsforskjellene i psykisk helse. WHO definerer psykisk helse som: «en tilstand av psykisk velvære som gjør mennesker i stand til å takle livets påkjenninger, realisere sine evner, lære og jobbe godt, og bidra til fellesskapet» (WHO, 2022). Psykisk helse er mer enn kun fravær av psykisk sykdom, og eksisterer i et komplekst kontinuum, som oppleves ulikt fra menneske til menneske (WHO, 2022). Vesentlig flere kvinner enn menn oppgir å ha utfordringer relatert til psykiske plager, som angst, depresjon og stress, og disse kjønnsforskjellene er synlige fra tidlig ungdomsalder (Bakken & Sletten, 2022; Campbell et al., 2021; Kvaløy & Rangul, 2020; Mikkelsen et al., 2020). Psykiske plager kan defineres som: «plager som kan være belastende, men som kan ses på som vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv. Plagene kan gi ulik grad av symptombelastning, fra lette til sterke plager, utenat det nødvendigvis karakteriseres som en lidelse» (Meld. St. 23 (2022–2023), s. 8).

En rekke undersøkelser viser en betydelig økning i selvrapporterte psykiske plager blant ungdom (Kvaløy & Rangul, 2020; Meld. St. 23 (2022–2023)). Økningen har skjedd gradvis siden 1990-tallet, særlig blant jenter (Meld. St. 23 (2022–2023)). Bare siden 2011 er det ifølge ungdata vært en økning i selvrapporterte psykiske plager på ca. 30% - 44% for jenter og 14% for gutter (Meld. St. 23 (2022–2023)). Imidlertid er det store forskjeller mellom ulike undersøkelser som har utforsket dette (Bakken, 2022; Kvaløy & Rangul, 2020; Meld. St. 23 (2022–2023)). Det antas at ulike definisjoner av psykiske plager kan være årsaken til forskjellene (Meld. St. 23 (2022–2023)). Ungdommer fra familier med lavere sosioøkonomiske ressurser oppgir flere psykiske plager (Meld. St. 23 (2022–2023)). Om ungdommer med innvandrerbakgrunn har flere psykiske plager enn den øvrige befolkningen er usikkert – da ulike studier gir sprikende funn (Abebe et al., 2014; Hynek & Ababe, 2022; Meld. St. 23 (2022–2023)).

En undersøkelse fra 2015 konkluderer med at godt over 50% av alle kommuner i Norge opplevde psykisk helse som en av de største folkehelseutfordringene i deres kommune (Riksrevisjonen, 2015, s. 44). Et tall som har økt ytterligere til 60% ifølge en kartlegging fra 2017 (Helgesen et al., 2017, s. 9). Psykiske lidelser er en betydelig del av den samlede sykdomsbyrden i Norge (Meld. St. 23 (2022–2023)). Psykiske lidelser kan defineres som «når symptombelastningen er stor, varer over tid og er av en slik karakter at kriteriene for en klinisk diagnose er oppfylt» (Meld. St. 23 (2022–2023), s. 8). De fleste aldersgruppene rammes av psykiske lidelser, men utgjør en særlig stor andel av helsetapet blant unge i arbeidshøyr alder, samt i deler av innvandrerbefolkningen (Meld. St. 23 (2022–2023)). Da kan det tenkes at det er naturlig å utforske hvordan vi som samfunn jobber for å fremme god helse blant ungdom, og om vi som samfunn lykkes i å legge til rette for at barn og unge kan leve et godt liv og håndtere sin egen helse (Bjørnsen & Holmen, 2023).

2.3 FOLKEHELSEARBEID BASERT PÅ SALUTOGENESE OG EMPOWERMENT

Tidligere hadde forskningen på folkehelse og helsefremmende arbeid i all hovedsak hatt et risiko- og sykdomsbasert perspektiv på helse, ut fra en forståelse av hva som er avgjørende faktorer ved dårlig helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 15). Aaron Antonovsky ga derimot et nytt teorigrunnlag for helse, da han lanserte begrepet salutogenese (Lindström & Eriksson, 2015). Salutogenese handler om faktorer som skaper helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 17), og defineres ofte som: «Bevegelsen i retning av helse på kontinuumet mellom helse og uhelse» (Lindström & Eriksson, 2015, s. 27). Ifølge Antonovsky befinner alle mennesker seg et sted på kontinuumet mellom helse og uhelse: fra den subjektive opplevelsen av dårlig helse (H-) til den subjektive opplevelsen av god helse (H+) (Antonovsky, 1987; Lindström & Eriksson, 2015, s. 19).

Eriksson og Lindström (2015) konkluderer med at helsefremmende arbeid kan være effektivt hvis det drives på en salutogen måte. Når folk og systemer utvikler den salutogene måten å leve på, kan en få populasjoner og individer som lever lenger, er mer tilbøyelige til å velge positiv helseatferd, og som hvis de blir syke (både akutt eller kronisk), klarer seg bedre og håndterer belastninger på en bedre måte (Lindström & Eriksson, 2015, s. 16). De opplever også at de har god helse, livskvalitet og psykisk helse (Lindström & Eriksson, 2015, s. 16). Ungdomstiden pekes på som en unik arena for utvikling, også basert på et salutogent teorigrunnlag (Braun-Lewensohn et al., 2016, s. 133).

2.3.1 OPPLEVELSE AV MENING

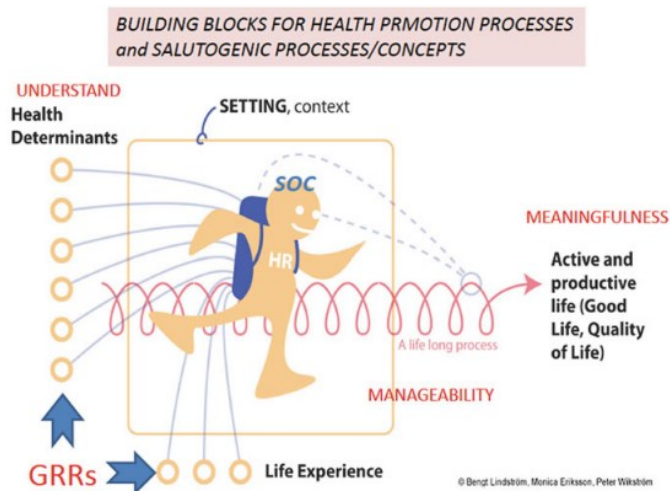
Opplevelse av mening (OAM) er et nøkkelbegrep i salutogenese (Lindström, 2020), og defineres ofte som:

En generell innstilling som sier noe om i hvilken grad man har en gjennomgående, bestandig, men også dynamisk tillit til at (1) stimuli i ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til å kunne håndtere kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i (Lindström & Eriksson, 2015, s. 28).

OAM utvikles i samspillet mellom eksterne og interne ressurser, også kalt generelle motstandsressurser (GMR) (Lindström, 2020). GMR som helhet skaper en sammenhengende og

strukturert livsløp eller evnen til å opprettholde en slik utvikling både i gode og tøffe negative livsbetingelser (Lindström, 2020). Det gir altså en mulighet til å dra konstruktive konklusjoner om hva som er ledende i livet, basert på hva livshendelser man møter og hvilke livserfaringer disse blir formet til (Lindström, 2020). Lindström (2020) hevder at OAM er noe som øker over livsløpet, og yngre mennesker har lavere OAM enn eldre mennesker. Særlig som barn og ungdom kan derfor ha behov for å få støtte fra andre med mer erfaring (f.eks. foreldre, lærere, helsesykepleier) for å dra konstruktive konklusjoner, også når man møter motgang (Lindström, 2020). Sammen bygger dette opp under en salutogen prosess og en evne til å forstå hva som foregår, finne måter å håndtere dette på, og å utvikle konstruktive måter å reagere på, og avslutningsvis finne motivasjonen til å bevege seg i denne retningen (Lindström, 2020). Sterkere OAM fører til bedre evne til å håndtere livet og alle dets utfordringer (Lindström, 2020). Denne sammenhengen er illustrert i figur 2, som er illustrert av Bengt Lindström, Monica Eriksson og Peter Wikström (Espenes, 2017, s. 445). GMR er i denne figuren henvist til som GRR.

Figur 2.
Posisjonerer salutogenese i helsefremming.



Note: Fra Kapittel 29: *Salutogenesis: The Book's Editors Discuss possible Futures I The handbook of salutogenesis* (s. 445), illustrert av Bengt Lindström, Monica Eriksson og Peter Wikström, gjengitt av Espenes, 2016, Cham: Springer open.

2.3.2 EMPOWERMENT

Empowerment er sterkt knyttet til Antonovskys salutogene helsebegrep (Lindström & Eriksson, 2010; Lønne, 2019), og kan ifølge Sørensen et al. (2002) defineres som: «en prosess hvor individer, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere sine utfordringer» (Sørensen et al., 2002, s. 2379). Empowerment blir beskrevet som en viktig strategi for å stryke folkehelsearbeidet (Sørensen et al., 2002), da helsefremmende arbeid ønsker å empowere befolkningen til å få makt og kontroll over sin egen helse (Mæland, 2016). Å få mer kunnskap om forholdene som påvirker helsen er viktig, for å ha mulighet til å påvirke beslutninger som har betydning for egen helse, og på denne måten bidra aktivt i arbeidet for et sunnere samfunn (Mæland, 2016).

2.4 PSYKISK HELSEKOMPETANSE

Psykisk helsekompetanse (PHK) regnes som en komponent av helsekompetanse (HK), og kan forventes å ha lignende egenskaper (Kutcher, Wei, Costa, et al., 2016). PHK har blitt definert på ulike måter siden det først ble brukt i 1997 av Jorm et al. (Wei et al., 2015). En mye brukt definisjon av PHK består av 4 nøkkelkomponenter:

- (1) Understanding how to obtain and maintain good mental health;
- (2) understanding mental disorders and their treatments;
- (3) decreasing stigma related to mental disorders;
- and (4) enhancing help-seeking efficacy (knowing when, where, and how to obtain good mental health care and developing competencies needed for self-care) (Bjørnsen, 2019b, s. 14; Kutcher, Wei, Costa, et al., 2016, s. 567).

HK har fått et økt fokus både nasjonalt og internasjonalt de siste årene (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019), og pekes på å ha en sentral rolle i folkehelsearbeidet (Lindström, 2020). PHK er blitt anerkjent som en determinant av en befolknings psykiske helse (Carvalho et al., 2022), og regjeringen skriver i: «Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)» at de skal bidra til økt PHK i befolkningen (Meld. St. 23 (2022–2023), 2023).

For barn kan foreldrene sin HK ha betydning når det kommer til foreldrenes evne til å ta gode helsevalg for sine barn (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019). Økt selvstendighet og utvikling i ungdomstiden fører imidlertid til at man får større ansvar og økt bevissthet når det kommer til egne helsevalg (Bjørnsen & Holmen, 2023). Samtidig stilles økte krav til egne beslutninger og tolking av helseinformasjon som også synliggjøres ved at ungdom i Norge regnes som helserettslig myndig når de er fylt 16 år (Bjørnsen & Holmen, 2023; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021, §4-3). En systematisk oversiktsstudie konkluderer med at å intervensere for å øke HK hos ungdom sannsynligvis kan forbedre deres helseatferd, da de på denne måten får verktøyene de trenger for å oversette kunnskap til atferd, noe som styrker (empower) ungdommene i beslutninger som gjelder deres helse her og nå, samt over tid og inn i voksenlivet (Fleary et al., 2018). På bakgrunn av dette regnes ungdomstiden som en innflytelsesrik periode i livet å bygge HK i befolkningen (Bjørnsen & Holmen, 2023).

De siste årene har PHK gått fra å ha et fokus på psykisk uhelse og risikofaktorer, til å heller bli en ressurs som kan styrkes gjennom utdanningstiltak (Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016). I tidligere studier er det funnet en assosiasjon mellom HK og ulike komponenter av livskvalitetsbegrepet blant ungdommer fra 12-15 år og blant voksne (Hirooka et al., 2022; Ran et al., 2018; Zheng et al., 2018). Det er også funnet en assosiasjon mellom generell mestringstro (GM) og PHK blant universitetsstudenter i USA (Beasley et al., 2020). Det er også funnet at PHK er en negativ prediktor for psykologisk stress hos ungdom, samt har en negativ korrelasjon med symptomer på angst og depresjon blant kinesiske ungdommer (Lam, 2014; Zhang et al., 2023). Loer et al. (2020) fant en sammenheng mellom å ha ensidig migrasjonsbakgrunn og å oppleve mange eller noen utfordringer med å håndtere helseinformasjon. Kvinner er funnet å ha høyere PHK enn menn (Gorczyński et al., 2020; Pehlivan et al., 2021), samt at PHK er positivt korrelert med subjektiv SØS (Zhang et al., 2023).

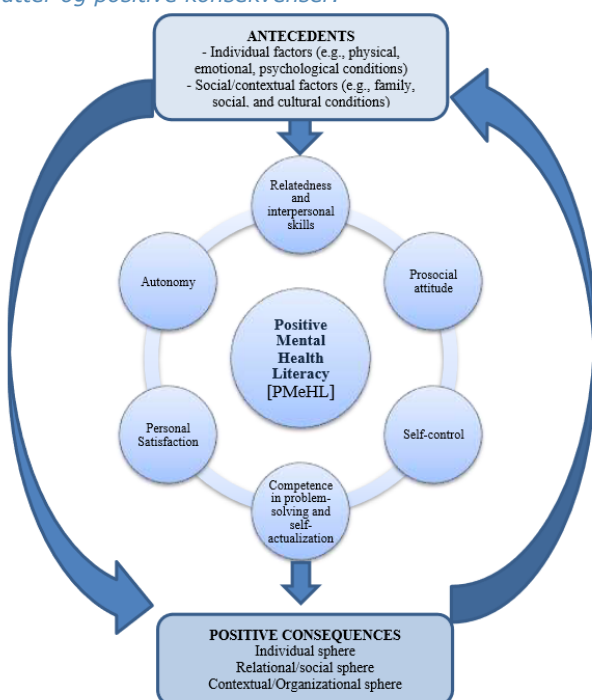
2.4.1 PSYKISK HELSEFREMMEDE KOMPETANSE

Psykisk helsefremmende kompetanse (PPHK) er et relativt nytt begrep, som regnes som en komponent av PHK (Carvalho et al., 2022). Kutcher et al. (2016) definerer PPHK som: «(1) understanding how to obtain and maintain positive mental health» (Bjørnsen, 2019a, s. 14). Bjørnsen og Holmen (2023) hevder at vi ikke kan forvente at barn og unge vokser opp og tar gode helsevalg, dersom gode helsevalg ikke er lett tilgjengelig, eller de ikke har lært eller fått muligheten til å kunne ta gode helsevalg for seg selv (Bjørnsen & Holmen, 2023).

Imidlertid presiseres det samtidig at PPHK ikke kan sees i et vakuum (Bjørnsen, 2019b). Carvalho et al. (2022) har gjennomført en systematisk oversiktsstudie som hadde til hensikt å identifisere attributter og karakteristikk ved PPHK. Forfatterne hevder at PPHK fortjener fokus gjennom hele livsløpet i ulike kontekster og på ulike intervensjonsnivå (Carvalho et al., 2022). Ut fra denne studien har forfatterne illustrert funnene i den systematiske oversiktsstudien ved å utarbeide en illustrasjon, se figur 3 (Carvalho et al., 2022, s. 6).

Figur 3.

En konseptuell modell som illustrerer linken mellom psykisk helsefremmende kompetanse sine antecedenter, attributter og positive konsekvenser.



Note: Fra *Positive Mental Health Literacy: A Concept Analysis* (s. 6), av Carvalho et al., 2022, *Frontiers in Psychology* ([Positive Mental Health Literacy: A Concept Analysis - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)).

Det pekes på to grupper av faktorer som av betydning for individers PPHK, også kalt antecedenter: (1) Individuelle faktorer (f.eks. kjønn, rase og etnisitet, utdanningsnivå, PHK, kognitive og emosjonelle evner, følelser av sårbarhet og resiliens, fysisk og mental tilstand, selvbestemmelse og evne til å søke hjelp), og (2) sosiale/kontekstuelle faktorer (f.eks. kulturell bakgrunn, sosiale og mellommenneskelige forhold, miljøhendelser, eksponering for helseinformasjon og sosiale ressurser i samfunnet) (Carvalho et al., 2022). Dette samsvarer med at Bjørnsen (2019b) presiserer at PPHK ikke kan sees i et vakuum (Bjørnsen, 2019b).

Videre hevdes det at det er flere definerende attributter: (1) kompetanse i problemløsning og selvaktualisering, (2) personlig fornøydhets, (3) autonomi, (4) slektskap og mellommenneskelige relasjoner, (5) selvkontroll og (6) prososial holdning (Carvalho et al., 2022).

Konsekvenser av PPHK blir videre gruppert i 3 sfærer: (1) individuell sfære (f.eks. potensielt fremme, beskytte og gjenopprette psykisk helse, forebygge psykisk sykdom, økt mentalt velvære, økt fornøydhets i livet, økt autonomi), (2) Relasjonell/sosial sfære (f.eks. fremming av sosialt velvære, sosial funksjon og fornøydhets på familie-, samfunns- eller samfunnsnivå) og (3) kontekstuell/organisatorisk sfære (f.eks. utvikling av psykisk helsefremmende programmer som inneholder flere profesjoner og som tar utgangspunkt i utviklingsfaser i livet som ungdomstiden og mindre stigma relatert til psykisk sykdom). (Carvalho et al., 2022).

I studien konkluderes det avslutningsvis med at PPHK kan bli operasjonalisert på to måter: (1) som en ressurs eller potensiell moderator mellom individuelle påvirkningsfaktorer for helse og helserelaterte utfall, og/eller (2) som et utfall når man forsøker å påvirke sosioøkonomiske forskjeller på helse(relaterte) utfall (Carvalho et al., 2022).

Det er generelt gjennomført lite forskning på PPHK, trolig fordi det er et relativt nytt begrep. Carvalho et al. (2022) hevder at mennesker med høyere PPHK mer sannsynlig vil delta i selvivaretagelse og å utnytte ressursene i familien, den sosiale strukturen, samfunnet og helsesystemet rundt dem. Tidligere forskning har vist at nivå av PPHK hos ungdom varierer mellom ulike land (Bjørnsen, 2019a; Guimarães et al., 2022; Liu et al., 2023; Özpulat et al., 2022), samt at økt PPHK er funnet å ha en sammenheng med økt psykisk velvære (Bjørnsen, 2019a). Det er imidlertid ikke funnet forskning som tidligere har sett på forskjeller i PPHK blant ulike grupper av ungdom, eller som har utforsket om det er en sammenheng mellom PPHK og fornøydhets med livet hos ungdom.

2.5 SKOLEHELSETJENESTENS ROLLE

I «Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)» er helsestasjons- og skolehelsetjenesten beskrevet som den viktigste forebyggende og helsefremmende tjenesten rettet mot barn, unge og deres familier i Norge (Meld. St. 23 (2022-2023), 2023). Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt tjeneste kommunen skal tilby barn og ungdom fra 0-20 år (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, §3b). Tjenesten har en svært høy oppslutning i befolkningen, og når dermed ut til nesten alle i sin målgruppe (Meld. St. 23 (2022-2023), 2023).

Ifølge nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom bør skolehelsetjenesten gi et tilbud som er tilpasset brukernes forutsetninger og behov (Helsedirektoratet, 2022). Dette samsvarer med at det er et overordnet politisk mål som tilsier at alle i den norske befolkningen skal ha et likeverdig helsetilbud som er av god kvalitet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2024, §1-1). Særlig for å utjevne den sosiale gradienten i helse pekes universelle tiltak og tidlig innsats i skolehelsetjenesten som viktige (E. Dahl et al., 2014; Helsedirektoratet, 2022). Ifølge Carvalho et al. (2022) kan PPHK tenkes å bidra til utjevning av SØS i helse.

Skolehelsetjenesten skal ifølge Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten blant annet bidra til forebygging av sykdom, å fremme god psykisk helse hos ungdom, samt utjevne sosiale helseforskjeller (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, §1c). En av oppgavene til helsesykepleier i skolehelsetjenesten er å styrke ungdommers autonomi og ferdigheter når det kommer til å mestre egen hverdag og forhold tilknyttet deres psykiske helse (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, §6i). Dette samsvarer med at skolehelsetjenesten pekes på som å stå i en unik posisjon når det kommer til å jobbe universelt for å fremme HK hos ungdom (Meld. St. 23 (2022–2023)), samt at Carvalho et al. (2022) hevder at kompetanse i problemløsning og autonomi er viktige attributter for PPHK. I samsvar med dette har også skolen et ansvar for at elevene utvikler både kompetanse og kunnskap som bidrar til å fremme god psykisk helse, både nå og i et livslangt perspektiv (Meld. St. 23 (2022–2023)). En systematisk oversiktsstudie viser at det er relativt robuste bevis for at kompetanseprogrammer implementert for voksne som har til hensikt å øke PPHK kan ha statistisk signifikante positive effekter for psykisk helse (Carvalho et al., 2022; Teixeira et al., 2019). Samme studie konkluderer med at PHK-intervensjoner rettet mot ungdommer i skolesetting hadde positiv effekt på PHK (Carvalho et al., 2022; Olyani et al., 2021). Samtidig som at Bjørnsen (2019a) konkluderer i sin studie med at det er særlig relevant at skolehelsetjenesten gjennomfører helseopplysning med mål om økt PPHK til barn og unge. Skolehelsetjenesten, som har tilstedeværelse på skolen, kan derfor tenkes å være en viktig bidragsyter inn i arbeidet med å fremme god psykisk helse hos ungdom, som ifølge Røysamb og Nes (2022) har en sammenheng med FL. Det er imidlertid ikke funnet noen forskning på om det faktisk er en sammenheng mellom PPHK og FL blant ungdom.

For at skolehelsetjenesten skal ha mulighet til å jobbe kunnskapsbasert for å på best mulig måte bidra til økt FL og PPHK hos ungdom, kan det ansees som det nødvendig med inngående kunnskap om ungdoms FL og PPHK, og om det eventuelt er en sammenheng mellom disse.

2.5.1 HENSIKT OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Hensikten med denne studien er å få økt kunnskap om nivå av FL og PPHK hos ulike grupper av ungdom, samt hvordan positiv psykisk helsefremmende kompetanse (PPHK) påvirker fornøydhet med livet (FL) hos ungdom. For å besvare hensikten med studien, skal studien utforske følgende forskningsspørsmål:

- Hva er nivået av PPHK og FL blant ungdom i utvalget?
- Er det forskjell i PPHK og FL mellom ulike grupper av ungdom i utvalget?
 - o H0: Det er en forskjell i PPHK og FL mellom ulike grupper av ungdom i utvalget.
 - o H1: Det er ikke en forskjell i PPHK og FL mellom ulike grupper av ungdom i utvalget.
- Er ungdommenes FL predikert av PPHK i utvalget?
 - o H0: Ungdommens FL er predikert av PPHK i utvalget.
 - o H1: Ungdommenes FL er ikke predikert av PPHK i utvalget.

3.0 METODE

3.1 STUDIEDESIGN OG STUDIEPOPULSJON

Denne kvantitative tverrsnittstudien baserer seg på data innhentet ved bruk av et studie-spesifikt spørreskjema som ble designet for bruk i «health promotion worthwhile»-prosjektet (Bjørnsen, 2019b). For å utvikle det studiespesifikke spørreskjemaet ble det først gjennomført en pilotstudie våren 2016 (Bjørnsen, 2019a). Data ble deretter innhentet ved bruk av det utarbeidede spørreskjemaet i to omganger i løpet av skoleåret 2016/2017: T1 høsten 2016 og T2 våren 2017 (april-juni) (Bjørnsen, 2019a). HK ble inkludert i spørreundersøkelsen først i T2, som er bakgrunnen for at denne studien baserer seg på data fra T2.

3.2 REKRUTTERING

Den første spørreundersøkelsen (T1) ble gjennomført blant ungdommer på 5 videregående skoler i Trondheim, etter godkjenning fra rektor (Bjørnsen, 2019a). Bakgrunnen for valg av skoler, var at skolehelsetjenesten på de spesifikke skolene tilbydde et helsefremmende og forebyggende arbeidsstrategi kalt MEST (Bjørnsen, 2019a). En skole valgte å trekke seg ved innhenting av data til den andre spørreundersøkelsen (T2) (Bjørnsen, 2019a). Datasettet denne studien baserer seg på består derfor av ungdommer fra 4 videregående skoler i Trondheim. Data ble innhentet ved at rektor oppmuntret lærerne til å dele ut spørreskjemaene en dag etter deres valg, i en 45-minutters undervisningstime. Det var opp til hver enkelt lærer å bestemme om de gjorde dette eller ikke. Dette vil si at de elevene som hadde en lærer som ikke delte ut spørreskjemaene til dem, ikke fikk muligheten til å delta i undersøkelsen (Bjørnsen, 2019a). Ungdommene fikk informasjon om undersøkelsen via en video lagt ut på læringsplattformen på skolen, som skriftlig informasjon, på forsiden av spørreskjemaet, samt via at lærer leste et informasjonsbrev høyt før spørreskjemaet ble besvart av elevene (Bjørnsen, 2019a). Elever som valgte å ikke delta leverte blankt spørreskjema, og kunne heller gjennomføre skolearbeid i timen som var avsatt til gjennomføring av spørreundersøkelsen (Bjørnsen, 2019a). Rektorene på de ulike skolene fikk tilbud om at forskere kunne informere lærerne før spørreundersøkelsen, samt at forskerne var tilgjengelig på skolen i 2 timer før spørreundersøkelsen ble gjennomført første gang (T1) (Bjørnsen, 2019a).

3.3 UTVALG

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget i studien.

	N	%
Kjønn		
Kvinne	477	47,9
Mann	509	51,2
Missing	9	0,9
Alder		
16 år	270	25,6
17 år	371	35,2
18 år	229	21,73
19 år	82	7,78
20 år	35	3,3
21 år	8	0,8
<16 år eller >21 år	26	2,5
Missing	33	3,1
Studieretning		
Yrkesfag	472	47,4
Studiespesialisering	500	50,3
Annet	4	0,4
Missing	19	1,9
Foresatte er samboere		
Ja	580	58,3
Nei	385	38,7
Missing	30	3,0
Fødeland		
Norge	911	91,6
Annet land	71	7,1
Missing	13	1,3
Foresattes høyeste fullførte utdanning*		
Grunnskole	106	10,7
Videregående skole	295	29,6
Høgskole/universitet, opptil 4 år	247	24,8
Høgskole/universitet, mer enn 4 år	141	14,2
Vet ikke	174	17,5
Missing	32	3,2
Foresattes yrkesmessige status*		
I arbeid	754	75,8
Ikke i arbeid	190	19,1
Annet	21	2,1
Missing	30	3,0
Sosioøkonomisk status		
Dårlig	60	6,0
Verken dårlig eller god	181	18,2
God	722	72,6
Missing	32	3,2

Note: N=995.

*Innhentet ved å spørre om hver enkelt foresatt. Gjennomsnittskåren mellom foresatte er presentert her.

Rekrutteringen resulterte i at spørreundersøkelsen (T2) ble administrert til 1127 av de 2811 (40,1%) av elevene som gikk på de fire skolene. Av de 1127 elevene som fikk utdelt spørreskjemaet responderte 1054 elever med anvendelig informasjon. Responsraten ble derfor beregnet til 93,5%, beregnet ut fra de elevene som fikk utdelt spørreskjemaet (Bjørnsen, 2019a). I denne studien ble ungdom som oppga alder under 16 år eller over 21 år (N=26) og de med mangelfull besvarelse på alder, missing (N=33) ekskludert. Bakgrunnen for ekskluderingen var at det ble vurdert at det var for få respondenter innenfor de ulike aldersgruppene for å ha mulighet til å sikre ungdommens anonymitet. Dermed består utvalget i studien av 995 ungdommer.

Tabell 3.1 beskriver utvalget i studien. Tabellen viser at utvalget har en jevn fordeling av kjønn: 477 kvinner (47,9%) og 509 menn (51,2%), og studieretning: yrkesfag (47,4%) og studiespesialiserende (50,3%). Gjennomsnittsalder i utvalget er 17,26 år (SD=1,10). De fleste elevene hadde foresatte som var i arbeid (75,8%) og som ungdommene opplevde at hadde god råd (72,6%). Over halvparten av ungdommene i utvalget hadde foresatte som var samboere (58,3%), og de aller fleste ungdommene er født i Norge (91,6%). Foresattes høyeste fullførte utdanning var noe spredt, men flest ungdommer hadde foresatte med videregående utdanning (29,6%) og høyskole/universitet opptil 4 år (24,8%). Det imidlertid nødvendig å merke seg at det var en god del av ungdommene som svarte: «Vet ikke» (n=174). Bjørnsen (2019b) vurderte utvalget til å samlet representere norske videregående skoler, som er relativt like når det gjelder sosiodemografiske faktorer og kjønn – sett bort fra immigrasjonsbakgrunn, hvor det var få elever med immigrasjonsbakgrunn som deltok i denne studien (Bjørnsen, 2019b). Dette drøftes nærmere i metodetisk diskusjonen, kapittel 5.3.2.

3.4 VARIABLER

For å besvare hensikten og forskningsspørsmålene i studien er det brukt flere variabler. Enkelte av variablene er brukt for å beskrive utvalget i tabell 3.1 og enkelte skal anvendes i de statistiske analysene. Hvordan variablene er målt beskrives nærmere videre i dette kapitlet.

3.4.1 AVHENGIG OG UAVHENGIG VARIABEL

Tabell 2 redegjør for hvilket måleverktøy som er brukt for å måle PPHK og FL, måleverktøyets egenskaper, samt validering av måleverktøyet. I delen av tabellen som tar for seg validering av de ulike måleverktøyene er Cronbach alpha oppgitt. Disse er vurdert ut fra Pallant (2020) anbefaling om at verdier over .7 vurderes som akseptable, men at verdier over .8 er ønskelig (Pallant, 2020).

Tabell 2. Oversikt over måleverktøy som er brukt for å måle PPHK og FL.

Variabel	Måleverktøy	Validering	Presentasjon av resultater
Positiv psykisk helse-fremmende kompetanse (PPHK)	<p><i>Mental Health Promoting Knowledge measure (MHPK-10)</i>. MHPK-10 er utviklet for måling av PPHK hos ungdom. (Bjørnsen et al., 2017).</p> <p>Det består av 10 spørsmål, som skal besvares ved en seks-punkts likert-skala. Svaralternativene er (1) Helt feil, (2) Litt feil, (3) Verken/eller (4) Litt riktig, (5) Helt riktig, (0) Vet ikke.</p>	<p>Instrumentet ble utarbeidet i 2017 av Bjørnsen et al. (2017), og er vurdert som validert og reliabelt. Det er også i senere tid vurdert som valid og reliabelt for brukt blant kinesiske og tyrkiske ungdommer (Liu et al., 2023; Özpulat et al., 2022). Bjørnsen et al. (2017) fant, i studien sin blant ungdommer i Norge, at MHPK-10 hadde en god indre konsistens, med en Cronbach alpha på .86. I denne studien var Cronbach alpha koeffisient .909.</p>	<p><i>Gjennomsnittlig PPHK</i>: Beregnet ved å summere den samlede skåren for avgitte svar på spørsmålene, delt på antall spørsmål (10). Totalskår er derfor fra 0-5. En høyere gjennomsnittscore indikerer høyere PPHK, mens en lavere gjennomsnittscore indikerer en lavere PPHK (Bjørnsen et al., 2017).</p> <p><i>Tilfredsstillende PPHK og ikke tilfredsstillende PPHK</i>: Beregnet ved bruk av cut-off point på 4, som anbefales av Bjørnsen et al. (2017) på bakgrunn av at svaralternativ 4 og 5 ansees som riktig svar (Bjørnsen et al., 2017). Respondenter med gjennomsnittlig PPHK <4 ble plassert i kategorien: «Ikke tilfredsstillende PPHK», og respondenter med gjennomsnittlig PPHK >4 ble plassert i kategorien: «Tilfredsstillende PPHK».</p>

Satisfaction with life scale (SWLS) (Diener et al., 1985). SWLS er et av de mest brukte instrumentene for å måle den kognitive dimensjonen av subjektivt velvære (Jovanović et al., 2022). De 3 første spørsmålene omhandler nåværende fornøydhhet med livet og positiv vurdering av ens eget liv. Spørsmål 4 og 5 handler om tidligere fornøydhhet i eget liv (Jovanović et al., 2022).

Består av 5 spørsmål, som besvares på en 7-punkts likert-skala fra (1) Stemmer dårlig til (7) Stemmer perfekt.

SWLS har blitt vurdert å ha sterk reliabilitet og konvergent validitet (Moksnes et al., 2014). I studien til Moksnes et al. (2014), blant ungdom fra rurale strøk i Norge, er SWLS funnet å ha en god indre konsistens, med cronbach alpha koeffisient på .87. Cronbach alpha i denne studien var .899.

Gjennomsnittlig fornøydhhet med livet: Beregnet ved å summere den samlede skåren for svarene på SWLS. Total skår er derfor 5-35, hvor 20 representerer et nøytralt punkt i skalaen (Moksnes et al., 2014). En høyere skår indikerer mer fornøydhhet med livet, en lavere skår indikerer lavere tilfredshet i livet.

Fornøyd med livet, nøytral fornøyd med livet og ikke fornøyd med livet: Ifølge måleverktøyet anbefalinger skal respondentene deles inn i flere ulike kategorier ut fra hvilket nivå av tilfredshet og ikke tilfredshet de opplever i livet (Diener et al., 1985). I denne oppgaven er det valgt å heller dele respondentene inn i 3 ulike kategorier, for å få en mer oversiktlig fremstilling av resultatene. De 3 kategoriene tilfredshet i livet er inndelt i er: (1) «Fornøyd med livet» (skår ≥ 21), (2) «Nøytral fornøydhhet med livet» (skår 20) og (3) «Ikke fornøyd med livet» (skår < 20).

3.4.2 BAKGRUNNSVARIABLER

Kjønn ble besvart ved bruk av svaralternativene (1) Kvinne, og (2) mann, og er brukt som en dikotomisk variabel i alle analysene. Alder ble innhentet som en kontinuerlig variabel, men kun elevene med en oppgitt alder mellom 16-21 år er en del av analysene i denne studien. Ungdommene ble først fordelt i kategorier tilsvarende den alderen de hadde for å beskrive gjennomsnittlig TL og PPHK i alder. Siden dette ikke viste noen klar forskjell i gjennomsnitt blant ungdommene i de ulike aldersgruppene, ble aldrene videre delt inn i kategoriene «16-18 år» og «19-21 år» i deskriptive analyser og t-test. I korrelasjonsanalysene er alder brukt som en kontinuerlig variabel. I tillegg ble en del bakgrunnsvariablene innhentet ved bruk av studiespesifikke spørsmål, som redegjøres for i tabell 3. Noen av bakgrunnsvariablene er også innhentet ved bruk av måleverktøy, og er presentert i tabell 4.

Tabell 3: Oversikt over de studiespesifikke bakgrunnsvariablene.

Variabel	Opprinnelig spørsmål og svaralternativer	Presentasjon av resultater
Studieretning	«Din studieretning». Svaralternativer: liste med 15 ulike studieretninger.	Delt inn i kategoriene: (1) «Yrkesfag», (2) «Studiespesialisering» og (3) Annet, ut fra hvordan de kategoriseres i Norge (<i>Videregående opplæring - vilbli.no</i> , u.å.) I analysene brukes studieretning som en dikotomisk variabel. Da brukes kategoriene (1) «Yrkesfag» og (2) «Studiespesialisering».
Foresatte er samboere	«Hva er dine foreldres sivilstatus?». Svaralternativer: (1) Gift/samboere med hverandre, (2) Separert/skilt/bor ikke sammen, (3) Enke/enkemann.	Svaralternativ (1) er kategorisert som (1) «Ja», og svaralternativ (2) og (3) er kategorisert som (2) «Nei».

Fødeland	«I hvilket land er du født?». Svaralternativer: (1) Norge og (2) Annet land	Svaralternativ (1) er kategorisert som (1) «Norge», og svaralternativ (2) er kategorisert som (2) «Annet land».
Foresattes høyeste fullførte utdanning	«Hva er dine foreldres/foresattes høyeste fullførte utdanning?». Et svaralternativ ble fylt ut for mor/kvinnelig foresatt, og et svaralternativ for far/mannlig foresatt. Svaralternativer: (1) Grunnskole, (2) Videregående skole, (3) Høgskole/universitet, opptil 4 år, (4) Høgskole/universitet, over 4 år, (5) Vet ikke.	Svaralternativ (5) Vet ikke, ble rekodet til (0) Vet ikke. For å finne et felles mål på foresattes høyeste fullførte utdanning ble summen av foresattes høyeste fullførte utdanning slått sammen og delt på 2, for deretter å bli kategorisert inn i de ulike kategoriene igjen.
Foresattes yrkesmessige status	«Hva er dine foreldres/foresattes yrkesmessige status?». Et svaralternativ for mor/kvinnelig foresatt, og et svaralternativ for far/mannlig foresatt. Ble besvart med svaralternativene: (1) I arbeid på heltid, (2) I arbeid på deltid, (3) Permittert/arbeidsløs, (4) Hjemmeværende, (5) Annet.	Alle svaralternativ ble rekodet: (0) Annet, (1) Hjemmeværende, (2) Permittert/arbeidsløs, (3) I arbeid på deltid, (4) I arbeid på heltid. For å finne et felles mål på foresattes yrkesmessige status ble summen av foresattes yrkesmessige status slått sammen og delt på 2, for deretter å bli kategorisert inn i de ulike kategoriene igjen. Videre ble kategoriene fordelt igjen i følgende kategorier: svaralternativ (0) ble plassert i kategorien: (0) «Annet», svaralternativ (1) og (2) plassert i kategorien: (1) «Ikke i arbeid» og svaralternativ (3) og (4) plassert i kategorien: (2) «I arbeid».
Familieøkonomi, brukte siste to årene? på sosioøkonomisk status (SØS)	«Hvordan har familiens økonomi vært på sosioøkonomisk status (SØS)?». Svaralternativer: (1) Vi har hatt dårlig råd hele tida, (2) Vi har stort sett hatt dårlig råd, (3) Vi har verken hatt dårlig råd eller god råd, (4) Vi har stort sett hatt god råd, (5) Vi har hatt god råd hele tida.	Svaralternativene ble kategorisert: svaralternativ (1) og (2) ble kategorisert som: (1) «Dårlig», svaralternativ (3) ble kategorisert som: (2) «Verken god eller dårlig» og svaralternativ (4) og (5) ble kategorisert som: (3) «God». Disse kategoriene ble brukt i de deskriptive analysene. I t-testen ble SØS brukt som en dikotomisk variabel. Da er gruppene (1) «Dårlig» og (3) «God» brukt. I korrelasjonsanalysen og regresjonsanalysen er de opprinnelige svaralternativene beholdt og brukt i analysene.

Tabell 4: Oversikt over måleverktøy for bakgrunnsvariablene.

Variabel	Måleverktøy	Validering	Presentasjon av resultater
Generell mestringstro (GM)	<i>The general self-efficacy scale (GSE)</i> . GSE er utviklet for å måle generell mestringstro hos den enkelte, for å kunne forutsi mestring av daglige utfordringer (Schwarzer & Jerusalem, 1995a).	I studier som undersøkte psykometriske egenskaper ved GSE vurderes skalaen som reliabel og validert (Leganger et al., 2000; Scholz et al., 2002; Schwarzer & Born, 1997; Schwarzer & Jerusalem, 1995a). Dette gjelder for mennesker over 12 år (Leganger et al., 2000; Schwarzer & Jerusalem, 1995a), samt på tvers av flere nasjoner (Scholz et al., 2002). Leganger et al. (2000) fant, i studien sin blant ungdommer i Norge, GSE til å ha en god indre konsistens, med en Cronbach alpha på .88. I denne studien var Cronbach alpha koeffisient .93.	<i>Gjennomsnittlig GM</i> : Beregnet ved å summere den samlede skåren for avgitte svar på spørsmålene, delt på antall spørsmål (10). Den samlede skåren vil da være fra 1 til 4. Høyere skår reflekterer høyere GM, mens lavere skår reflekterer lavere GM.
	Skalaen består av 10 spørsmål som besvares med en firepunkts likert-skala med svaralternativene (1) Helt galt, (2) Nokså galt, (3) Nokså riktig, (4) Helt riktig.		

Hopkins symptom checklist (HSCL-10). HSCL-10 har til hensikt å måle symptomer på angst og depresjon (Derogatis et al., 1974; Strand et al., 2003).

HSCL-10 består av 10 spørsmål, to eksempel er: (1) Svimmel eller kraftløs, (2) Plutselig redd uten grunn. Spørsmålene besvares med en fire-punkts likert-skala, med svaralternativene: (1) Ikke i det hele tatt, (2) Litt, (3) En god del, (4) Svært mye.

HSCL-10 er konkludert med å være et passende og valid instrument for å drive med epidemiologisk forskning blant aldersgruppen 14-16 år i primærhelsetjenesten (Haavet et al., 2011). I en studie blant ungdom i Norge mellom 13 og 19 år ble det konkludert med at det er noen potensielle svakheter ved instrumentet som kanskje kan relateres til upresise oversettelser av spørsmålene til norsk (Finbråten et al., 2021). Imidlertid konkluderer de likevel med at HSCL-10 er et passende instrument for å måle psykiske plager hos ungdom, samt at resultatene viste at HSCL-10 var endimensjonal og hadde akseptabel reliabilitet (Finbråten et al., 2021). Finbråten et al. (2021) fant en Cronbach alpha på .913, altså en god indre konsistens. I denne studien var Cronbach alpha koeffisient .929.

Gjennomsnittlig angst/depresjon: Beregnet ved å summere den samlede skåren for avgitte svar på spørsmålene delt på antall spørsmål (10). Totalskår er derfor fra 1-4. En høyere gjennomsnittskår indikerer flere symptomer på angst og depresjon, en lavere gjennomsnittskår indikerer færre symptomer på angst og depresjon.

Mange symptomer på angst/depresjon og få symptomer på angst/depresjon: Cut-off point på 1,85 er brukt for å skille disse kategoriene. Strand et al. (2003) anbefaler dette cut-off pointet for befolkningen i Norge ≥ 16 år (Strand et al., 2003). Respondenter med gjennomsnittskår for angst/depresjon $\geq 1,85$ ble plassert i kategorien: «Mange symptomer på angst og depresjon» og respondenter med gjennomsnittskår for angst/depresjon $< 1,85$ ble kategorisert som: «Få symptomer på angst og depresjon».

Adolescent stress Questionnaire (ASQ-N). ASQ er et instrument designet for å måle stress hos ungdom (Byrne et al., 2006). ASQ-N er en norsk versjon av instrumentet, som er blitt modifisert med 7 faktorer og færre spørsmål, enn det originale skjemaet (Moksnes & Espnes, 2011). ASQ-N omhandler 7 dimensjoner av stress: relatert til lærer/voksen interaksjoner, gruppepress, livet hjemme, romantiske relasjoner, skoleoppmøte, skole/fritidskonflikt og skoleresultater (Moksnes & Espnes, 2011).

Består av 30 spørsmål Spørsmålene besvares på en 5-punkts likert-skala, med svaralternativene (1) Ikke stressende, (2) Litt stressende, (3) Moderat stressende, (4) Ganske stressende, (5) Svært stressende.

ASQ-N er blitt vurdert som valid og reliabelt (Moksnes & Espnes, 2011). Moksnes og Espnes (2011) fant en Cronbach alpha for hver faktor mellom .77-.87, altså en akseptabel til god indre konsistens. Cronbach alpha koeffisient i denne studien var .953.

Gjennomsnittlig stress: Beregnet ved å summere den samlede skåren for avgitte svar på spørsmålene delt på antall spørsmål (30). Totalskår er derfor fra 1-5. En høyere skår indikerer et høyere stressnivå, en lavere skår indikerer lavere stressnivå.

3.5 STATISTISKE ANALYSER

Innledningsvis, før analysene ble gjennomført, ble det utarbeidet en analyseplan – se vedlegg 3. Analysene ble deretter gjennomført ved bruk av SPSS versjon 27.

Først ble Cronbach's alpha koeffisienter utforsket for å utforske indre konsistens av skalaene. Disse verdiene er oppgitt i tabell 2 og 4. Ingen elementer fra de originale skalaene ble derfor fjernet. Respondenter med en annen alder enn 16-21 år ble videre ekskludert fra alle analyser.

I både deskriptiv statistikk og i de videre analysene ble respondenter ekskludert parvis, med mindre annen eksklusjon er redegjort for. Pallant (2020) og Kang (2013) anbefaler bruk av parvis ekskludering av manglende data, med mindre man har en presserende grunn til å ikke bruke det (Pallant, 2020, s. 20). Denne måten å ekskludere manglende data på er ensbetydende med at respondentene i studien kun ble ekskludert hvis de manglet data som var nødvendig for den spesifikke analysen (Pallant, 2020). Dette til si at respondentene fortsatt ble inkludert i de analysene de hadde nødvendig informasjon for å delta i (Pallant, 2020). Valget om å ekskludere data på denne måten er årsaken til at missing og antall respondenter i de ulike gruppene varierer i både deskriptiv statistikk og de statistiske analysene.

3.5.1 DESKRIPTIV STATISTIKK

Først ble deskriptive analyser gjennomført. Utvalget er beskrevet ved bruk av variablene alder, studieretning, om foresatte er samboere, fødeland, foresattes høyeste fullførte utdanning, foresattes yrkesmessige status og familieøkonomi. Hvordan disse variablene er målt er beskrevet nærmere i tabell 3. Gjennomsnitt og standardavvik for GM, PPHK, FL, stress og symptomer på angst og depresjon er også presentert. Hvordan disse variablene er målt er nærmere beskrevet i tabell 2 og 4.

For å beskrive utvalget er det utarbeidet ulike stolpediagram. Noen stolpediagram visualiserer gjennomsnitt av FL og PPHK for ulike grupper i utvalget: kjønn, alder, studieretning, fødeland, familieøkonomi og symptomtrykk når det kommer til angst og depresjon. I tillegg er fordeling av tilfredsstillende og ikke tilfredsstillende PPHK i ulike grupper i utvalget i et stabilt liggende stolpediagram med prosentfordeling presentert. Siden stress og GM er en kontinuerlig variabel uten anbefalt cut-off i tidligere litteratur, er det valgt å presentere gjennomsnittlig nivå av stress og GM i de ulike kategoriene for FL (fornøyd med livet/ikke fornøyd med livet) og PPHK (tilstrekkelig PPHK/ikke tilstrekkelig PPHK).

3.5.2 VURDERING FØR GJENNOMFØRING AV ANALYSER

Videre ble det gjort en vurdering for å velge de riktige statistiske teknikkene for å analysere datamaterialet og besvare studiespørsmålene. Ulike analysemetoder ble utforsket, og forutsetninger for ulike tester ble utforsket. Denne prosessen resulterte i valg av statistiske analyser, som er nærmere beskrevet i dette underkapittelet. Signifikansnivået for alle analyser er satt til $p \leq .05$, som generelt er et anbefalt signifikansnivå (Pallant, 2020).

For de statistiske analysene som er valgt for å analysere data i denne studien, er det noen felles forutsetninger for gjennomføring av parametriske tester, hentet fra Pallant (2020, s. 213-220):

- 1) Uavhengige observasjoner: Observasjonene i dataene må være uavhengige av hverandre.
- 2) Normalfordeling: Kontinuerlige avhengige og uavhengige variabler er normalfordelte.
- 3) Homogenitet i varians: Utvalget er innhentet fra en populasjon med lik varians, altså at variabiliteten av skårer i hver gruppe er lik.

Disse forutsetningene vurderes som møtt i dette datamaterialet. (1) Hver observasjon i utvalget er uavhengig av hverandre, da det er en observasjon for hver enkelt respondent i studien. (2) Antagelsen om normalfordeling er brutt, men denne antagelsen kan imidlertid brytes uten at dette har noen store konsekvenser for analysen, se metodediskusjon kapittel 5.3.4. (3) Variansen ble utforsket ved bruk av Levene's test. For flere av gruppene var $p \leq .05$. Dette vil si at variansen i flere av gruppene som ble analysert i t-testene, eks. kvinner/menn, ikke var den samme. En stor del av dataene bryter derfor forutsetningen om lik varians mellom begge grupper (Pallant, 2020). Pallant (2020) hevder imidlertid at analyse av varians er rimelig robust mot brudd av denne forutsetningen. Se metodediskusjon kapittel 5.3.4.

3.5.3 FORSKJELLER I GJENNOMSNIITT

3.5.3.1 UAVHENGIG T-TEST

For å utforske om det er en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittskår for FL og PPHK mellom to ulike grupper ble uavhengig t-test brukt, som anbefalt av Pallant (2020).

Før valg av denne analysen ble også de spesifikke forutsetningene for uavhengig t-test (i tillegg til de felles forutsetningene redegjort for i underkapittelet 3.5.2) vurdert. Forutsetningene er ifølge Pallant (2020, s. 251-256):

- 1) Målemetode: Den avhengige variabelen er målt på et intervall eller forholdstallsnivå (ratio level).
- 2) Tilfeldig utvalg: Skårer er innhentet fra et tilfeldig utvalg i populasjonen.

Forutsetningene for gjennomføring av parametrisk test i denne studien vurderes som møtt. (1) De avhengige variablene (FL og PPHK) er målt ved bruk av kontinuerlige skalaer. (2) Skårene er innhentet basert på et tilfeldig utvalg i populasjonen, for mer inngående informasjon se metodediskusjon kapittel 5.3.2.

Det ble gjort noen valg når det kommer til gjennomføringen av den uavhengige t-testen. Respondenter ble ekskludert analyse for analyse, som anbefalt av Pallant (2020). I t-testene hvor variansen ble brutt ($p \leq .05$ på Levenes test) ble de alternative resultatene brukt – som anbefalt av Pallant (2020). Signifikansnivået i t-testen er satt til $p \leq .05$. For å kalkulere effektstørrelsen for t-testene ble Eta squared brukt. Eta squared er ifølge Pallant (2020) et

av de mest brukte verktøyene for å måle effektstørrelse (Pallant, 2020). Eta squared tilsvarer en verdi mellom 0 til 1 og representerer proporsjonen av variansen i den avhengige variabelen som er forklart av den uavhengige grupperte variabelen (Pallant, 2020). Eta squared ble kalkulert ved bruk av formelen: $\text{Eta squared} = t^2 / (t^2 + (N1 + N2 - 2))$. Ifølge Pallant (2020, s. 255) har Cohen (1988, s. 284-287) anbefalt følgende vurderinger ut fra verdien på eta squared: .01=liten effekt, .06=moderat effekt og .14=stor effekt.

3.5.3.2 SENSITIVITETSANALYSE: MANN-WHITNEY U TEST

Som tidligere redegjort for i denne studien er det noen avvik fra forutsetninger for gjennomføring av t-test, som er vurdert å sannsynligvis ha liten innvirkning på resultatene. En sensitivitetsanalyse kan bidra til å vurdere robustheten til resultatene i studier, og Stavset (2020) skriver at slike analyser med fordel kan benyttes i større grad enn de vanligvis gjøres. Stavset (2020) definerer det på følgende måte: «*En sensitivitetsanalyse er en undersøkelse av hvor følsom en resultatvariabel eller konklusjon er for endringer i forskjellige faktorer*» (Stavseth, 2020).

Mann Whitney U-test er det ikke-parametriske alternativet til uavhengig t-test (Pallant, 2020), og ble besluttet gjennomført som en sensitivitetsanalyse. Forutsetningene om å gjennomføre Mann Whitney U-test vurderes som møtt: utvalget er tilfeldig og observasjonene er uavhengige av hverandre (Pallant, 2020). I stedet for å sammenligne gjennomsnitt i de 2 gruppene (som i uavhengig t-test), sammenligner Mann-Whitney U test medianer (Pallant, 2020). Den konverterer skårene på de kontinuerlige variablene (FL og PPHK) til rangeringer på tvers av de to gruppene (Pallant, 2020). Videre evaluerer testen om rangeringene for de to gruppene er signifikant forskjellige (Pallant, 2020). Siden skårene er konvertert til rangeringer, har ikke de faktiske fordelingen av skårene noe å si (Pallant, 2020). I denne analysen ble også respondenter ekskludert analyse for analyse, samt at signifikansnivået er satt til $p \leq 0.05$ (Pallant, 2020). En statistiker bidro i prosessen med å sammenligne resultatene mellom Mann-Whitney U test og uavhengig t-test.

3.5.4 KORRELASJON

Det er flere statistiske analyser som kan bli brukt for å utforske forhold mellom variabler (Pallant, 2020). Flere av disse er basert på korrelasjon, og korrelasjonsteknikker blir ofte brukt av forskere når forskningen ikke har et eksperimentelt studiedesign (Pallant, 2020). I eksperimentelle studier blir ofte variabler manipulert og kontrollert, noe de ikke blir i analyser basert på korrelasjon – da data i slike analyser blir beskrevet som de eksisterer naturlig (Pallant, 2020).

Det er flere forutsetninger som bør være møtt for å gjennomføre parametriske statistiske analyser basert på korrelasjon, ifølge Pallant (2020, s. 131-142) (i tillegg til de felles forutsetningene redegjort for i underkapittel 3.5.2):

- 1) Målemetode: Variablene bør vanligvis være målt ved intervall eller forholdstallsnivå. Eventuelt en dikotomisk (kun 2 verdier, f.eks. kjønn) uavhengig variabel og en kontinuerlig avhengig variabel. Ved bruk av en dikotomisk variabel bør det imidlertid være samme antall respondenter i hver kategori.

- 2) Relaterte par: Hver respondent må ha en skår for begge variablene man ønsker å utforske, og begge delene av informasjon må være fra den samme respondenten.
- 3) Linearitet: Forholdet mellom to variabler bør være lineært.

Forutsetningene vurderes som møtt. (1) Alle variablene et målt ved intervall, forholdstallsnivå eller dikotomisk variabel. Det er imidlertid ikke likt antall respondenter i hver kategori. Likevel vurderes det at parametrisk analyse av korrelasjonskoeffisient er passende, se metodetisk diskusjon kapittel 5.3.2. (2) Par for hver respondent ivaretas ved bruk av ekskludering av respondenter parvis i analysene, og at hver respondent har hatt mulighet til å besvare alle variablene (3) Ifølge scatterplot vurderes forholdet mellom de ulike variablene som lineært.

Det finnes flere ulike måter å utforske korrelasjon på, avhengig av egenskaper i datamaterialet (Pallant, 2020). I denne studien er det valgt 2 ulike statistiske analyser for å utforske korrelasjoner i datamaterialet.

3.5.4.1 PEARSON'S PRODUKT-MOMENT KORRELASJON

Siden forutsetningene for gjennomføring av parametrisk analyse av korrelasjonskoeffisient (se redegjørelse i underkapittel 3.5.2 og 3.5.5) er møtt, ble det derfor konkludert med å gjennomføre det parametriske alternativet for korrelasjonsanalyse: Pearson's produkt-moment korrelasjon (Pallant, 2020). Korrelasjonskoeffisienten er vurdert med utgangspunkt i nivåene utarbeidet av Cohen (1988, s. 79-81), som anbefalt av Pallant (2020, s. 140): svak korrelasjon ($r=0.10-0.29$), moderat korrelasjon ($r=0.3-0,49$) og sterk korrelasjon ($r=0.5-1$).

Hensikten med analysen er å utforske den lineære sammenhengen mellom 2 og 2 av variablene FL, PPHK, GM, kjønn, alder, studieretning, fødeland, familieøkonomi, stress og angst/depresjon (Pallant, 2020). Kontinuerlige data ble brukt som mål på FL, GM, PPHK, stress, angst/depresjon, alder og familieøkonomi. Kategoriske dikotomiske data ble brukt som mål på kjønn, studieretning og om ungdommen er født i Norge eller ikke. Respondenter ble i analysene ekskludert parvis, som anbefalt av Pallant (2020).

3.5.4.2 HIERARKISK MULTIPPEL REGRESJON

En korrelasjonskoeffisient kan imidlertid ikke alene predikere en forventet verdi for en den andre variabelen, basert på observert verdi av den andre variabelen (Pripp, 2018). Da er det nødvendig med en regresjonsanalyse (Pripp, 2018). Regresjonsanalysen har til hensikt å utforske om PPHK predikerte respondentenes TL, etter å ha kontrollert for variablene GM, kjønn, alder, studieretning, fødeland, familieøkonomi, stress og symptomer på angst/depresjon. På bakgrunn av dette ble hierarkisk multipel regresjon vurdert som passende metode for å gjennomføre regresjonsanalysen (Pallant, 2020).

Innledende analyser ble gjennomført for å sikre at forutsetningene for gjennomføring av hierarkisk multipel regresjon: normalfordeling, linearitet, mulikolinearitet og homoskedastisitet – ikke ble brutt. Ifølge Pallant (2020) er det ekstra viktig i regresjonsanalyser at forutsetningene ikke blir brutt, for å få et mest mulig riktig resultat. Pallant (2020, s. 155-156) redegjør for følgende forutsetninger:

- 1) Utvalgsstørrelse. Tabachnick og Fidell (2013) har utviklet en formel for å kalkulere utvalgsstørrelsesstørrelse, ved bruk av antall uavhengige variabler som man ønsker å bruke i modellen: $N > 50 + 8m$ (m =antall uavhengige variabler) (Pallant, 2020, s. 155; Tabachnick & Fidell, 2013, s. 123). Det er behov for flere respondenter dersom den avhengige variabelen har en skjevfordeling.
- 2) Multikolaritet og singularitet. Multikolaritet finnes når de uavhengige variablene er sterkt korrelert ($r = .7$ og over). Singularitet oppstår når en uavhengig variabel er en kombinasjon av andre uavhengige variabler. Hvis man inkluderer høyt ikke-korrelerte variabler i modellen har multippel regresjon utfordringer med å separere det unike bidraget for hver prediktor og kan rapportere dem som ikke statistisk signifikant.
- 3) Uteliggere. Det er to typer uteliggere som kan påvirke resultatene i en multippel regresjonsanalyse: univariate uteliggere og multivariate uteliggere. Univariate uteliggere kan oppstå når en respondent har en uvanlig skår på en av prediktorvariablene i modellen. Multivariate uteliggere kan oppstå når respondenten har en uvanlig kombinasjon av skårer på den avhengige og uavhengige variablene.
- 4) Normalfordeling, linearitet, homoskedastisitet og uavhengighet av residualer. Normalfordeling i denne sammenheng omhandler at residualene bør være normalfordelt rundt de antatte avhengige variabelskårene. Linearitet betyr at residualene bør ha et rett-linjet forhold av de forventede avhengige variabel skårene. Homoskedastisitet omhandler variansen av residualene rundt forventet avhengig variabelskårer bør være den samme for alle forventede skårer. Uavhengighet av residualer handler om at det kun kan være en måling for hvert individ.

Forutsetningene for bruk av regresjonsanalyse vurderes som møtt, og ingen respondenter er blitt ekskludert i analysen. (1) Utvalgsstørrelsen vurderes som møtt. Ifølge utregningen bør det være minst 122 respondenter i studien, noe det er ($n=722$). (2) Ut fra Pearson's korrelasjonsanalyse og utforsking av koeffisienter for de ulike variablene er det ikke funnet multikolaritet i datasettet. Det er heller ikke funnet singularitet blant variablene. (3) Ifølge Pallant (2020, s. 164) kan uteliggere defineres som respondenter som har en standardisert residual på mer enn 3.3 eller under -3.3. Ifølge Pallant (2020, s. 164) er det i store utvalg normalt å finne noen uteliggende residualer, men om man kun finner noen få – er det kanskje ikke nødvendig å gjøre noe. Cook's distance verdi på maksimum 0,066 støtter opp under denne antagelsen, da kun Cook's distance over 1 fører til at man på vurderer å fjerne respondenter (Pallant, 2020, s. 166; Tabachnick & Fidell, 2013, s. 75). Mahal distance ble også kontrollert for, og det ble kun funnet 7 respondenter over kritisk verdi, som betyr at det er under 5% av alle respondentene – og derfor sannsynligvis ikke vil ha noen stor betydning for utfallet (Pallant, 2020, s. 165; Tabachnick & Fidell, 2013, tab. C.4). (4) Det blir ikke funnet noen store avvik fra normalfordeling ved P-P plot, og fordelingen regnes derfor som tilnærmet normalfordelt. Ut fra residuals plot blir det ikke observert systematiske mønster for residualene, og de fleste verdiene er konsentrert rundt 0, og ellers er de fleste mellom 2 og -2. Data vurderes derfor til å ha uavhengighet av residualer.

De dikotomiske kategoriske variablene kjønn, studieretning og fødeland, samt de kontinuerlige variablene GM, familieøkonomi, alder, stress og angst/depresjon ble inkludert i første

steg av analysen. Den kontinuerlige variabelen PPHK ble inkludert i andre steg av analysen. Respondenter ble også i denne analysen ekskludert parvis, som anbefalt av Pallant (2020). Signifikansnivå er satt til $p \leq .05$. Når alle variablene er satt inn i modellen, vil den ferdige modellen vurderes med tanke på dens evne til å forutsi den avhengige variabelen (Pallant, 2020).

3.5.5 FORSKNINGSETIKK

Før datainnhenting ble gjennomført ble det innvilget godkjenning fra den Regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt 2014/1996) jf. Helseforskningsloven §9-10, se vedlegg. Informert passivt samtykke ble gitt av elever over 16 år ved at de gjennomførte spørreskjemaet, mens de under 15 år måtte ha foreldrenes samtykke for å gjennomføre spørreundersøkelsen jf. Helseforskningsloven kapittel 4. For nærmere forklaring, se underkapittel 3.2. For at forfatteren av denne oppgaven fikk tilgang til datasettet, ble det sendt en endringsmelding fra REK – som ble godkjent. Dette er med på å opprettholde taushetsplikten jf. Helseforskningsloven §7. Anonym datafil ble da overlevet kryptert med passordbeskyttelse til forfatteren av gjeldende oppgave, og datafil ble lagret på masterstudentens område på NTNU server og slettes etter innlevert oppgave. Dette følger derfor krav til fortrolighet.

Det er ingen kjent risiko ved å gjennomføre prosjektet.

4.0 RESULTATER

Nivåer av FL, PPHK, GM, stress og angst/depresjon i utvalget er presentert i tabell 5. Gjennomsnittskåren for FL var 21,44 (SD:7,3). Dette er akkurat over 20, som representerer et nøytralt punkt i skalaen (Moksnes et al., 2014), og kategoriseres derfor som å være akkurat være innenfor kategorien: «Fornøyd med livet» i denne studien. PPHK hadde en gjennomsnittskår på 4,31 (SD: 0,84), som kategoriseres som: «Tilstrekkelig PPHK» (Bjørnsen, 2019a). Gjennomsnittskåren GM var 3,02 (SD: 0,57). For stress var gjennomsnittskåren 2,22 (SD: 0,86). For angst/depresjon var gjennomsnittskåren 1,83 (SD: 0,76). Dette tilsvarer så vidt kategoriseres i kategorien: «Få symptomer på angst og depresjon» i denne studien.

Tabell 5:

Gjennomsnittskår for kontinuerlige variabler.

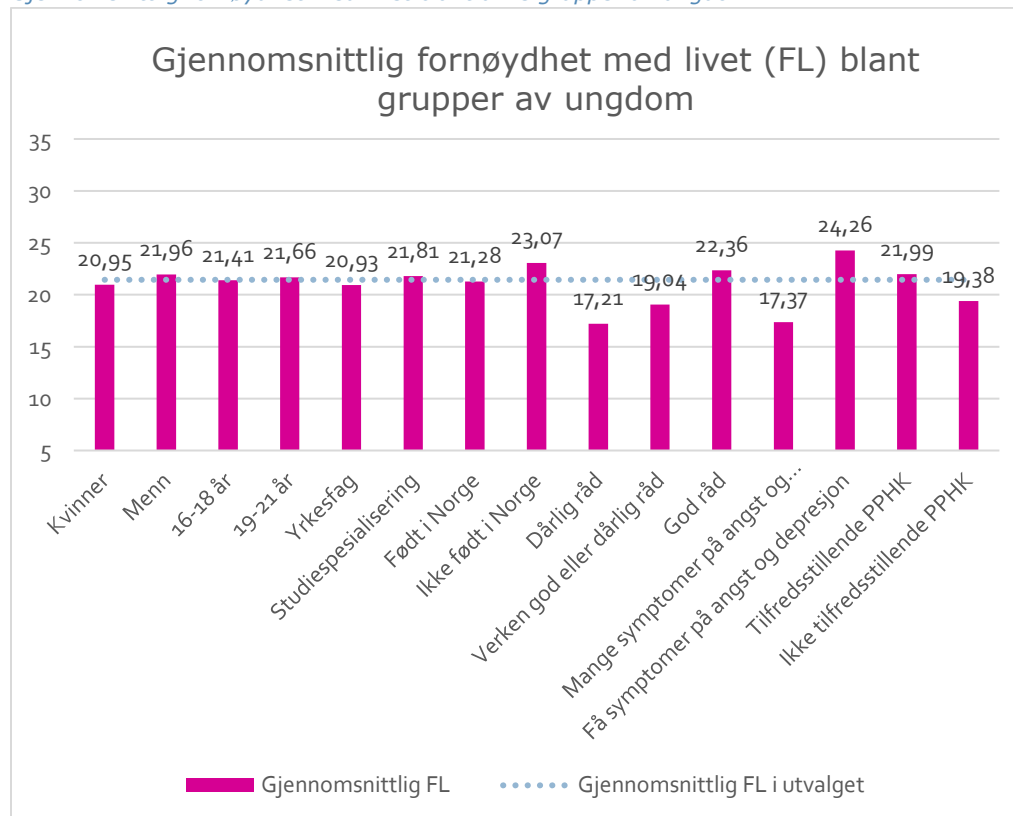
Variabel	N	M (SD)	Mulige skårer
FL	839	21,44 (7,30)	5-35
PPHK	945	4,31 (0,84)	0-5
GM	821	3,02 (0,57)	1-4
Stress	722	2,22 (0,86)	1-5
Angst og depresjon	904	1,83 (0,76)	1-4

4.1 VARIERENDE FORNØYDHET MED LIVET

4.1.1 BLANT GRUPPER AV UNGDOM

Figur 4:

Gjennomsnittlig fornøydhet med livet blant ulike grupper av ungdom.

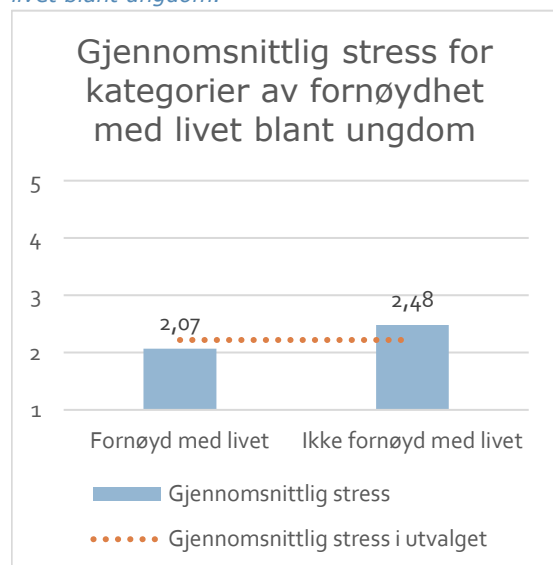


Note: De ulike gruppene presentert på x-aksen med hver sin tilhørende søyle og gjennomsnittlig poengskår for FL er presentert på y-aksen. Den blå stiplede linjen visualiserer gjennomsnittlig FL (M=21.44, n=839) i utvalget. Legg merke til at y-aksen representerer mulig totalskår (5-35) for FL.

Figur 4 viser at kvinner (n=423), 16-18-åringene (n=753), ungdom som går yrkesfag (n=366), ungdom som er født i Norge (n=773), ungdom som er fra familier med dårlig råd (n=52), samt verken god eller dårlig råd (n=153), de med mange symptomer på angst og depresjon (n=336) og de som ikke har tilfredsstillende PPHK (n=144) har lavere gjennomsnittlig FL sammenlignet med gjennomsnittet i utvalget. Menn (n=410), 19-21-åringer (n=105), ungdom som gikk studiespesialisering (n=456), ikke er født i Norge (n=54), ungdommer med god familieøkonomi (n=617), ungdom med få symptomer på angst og depresjon (n=486) og som har tilfredsstillende PPHK (n=675) har gjennomsnittlig FL over gjennomsnittlig FL i utvalget.

Figur 5:

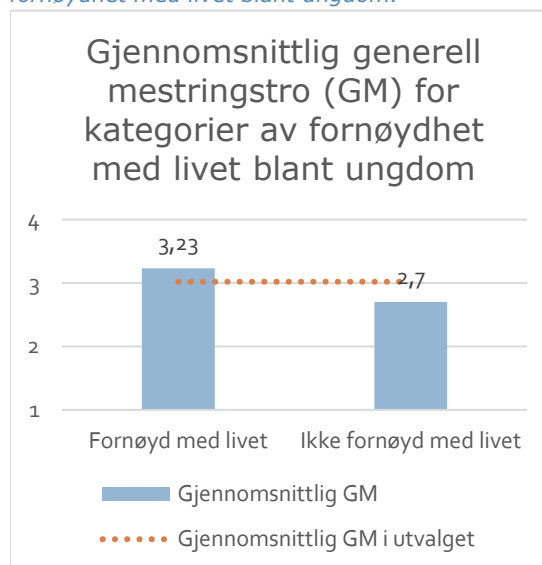
Gjennomsnittlig stress for kategorier av fornøydhets med livet blant ungdom.



Note: De ulike gruppene er presentert på x-aksen med hver sin tilhørende søyle og gjennomsnittlig poengskår for stressnivå er presentert på y-aksen. Den oransje stiplede linjen visualiserer gjennomsnittlig stressnivå (2,22, n=722) i utvalget. Legg merke til at y-aksen representerer mulig totalskår (1-5) for stress.

Figur 6:

Gjennomsnittlig generell mestringstro for kategorier av fornøydhets med livet blant ungdom.



Note: De ulike gruppene er presentert på x-aksen med hver sin tilhørende søyle og gjennomsnittlig poengskår for GM er presentert på y-aksen. Den oransje stiplede linjen visualiserer gjennomsnittlig GM (3,02, n=821) i utvalget. Legg merke til at y-aksen representerer mulig totalskår (1-4) for GM.

Figur 5 viser at ungdommene som er i kategorien som er fornøyd med livet har et lavere gjennomsnittlig stressnivå (n=406) enn gjennomsnittlig stressnivå i utvalget (2,22, n=722), og at ungdommene som ikke er fornøyd med livet (n=318) har et høyere gjennomsnittlig stressnivå enn gjennomsnittet i utvalget. Figur 6 viser at ungdommene som er FL har høyere GM (n=436) enn gjennomsnittet i utvalget og ungdommene som ikke er FL har lavere GM (n=288) enn gjennomsnittet i utvalget.

4.1.2 MELLOM GRUPPER AV UNGDOM

Independent samples t-test ble brukt for å utforske forskjeller i gjennomsnittlig fornøydhets med livet (FL) blant ulike grupper i utvalget. Forskjeller i skår for stress og GM blant ungdommene som er fornøyd med livet og ungdommene som ikke er fornøyd med livet er også utforsket med denne analysen. Resultatene fra sensitivitetsanalysen, ved bruk av Mann-

Whitney U test, viser like resultater som t-testene. Resultatene fra independent samples t-test blir presentert videre i resultatdelen – og er sammenfattet i tabell 6.

Tabell 6:

Forskjeller i gjennomsnitt av fornøydhets med livet, symptomer på stress og generell mestringstro for ulike grupper i utvalget.

Variabel	Ulike grupper i utvalget	n	Gjennomsnitt (SD)	FG	95% KI	f	t	Eta squared
Fornøydhets med livet (FL)	Kjønn							
	Kvinner	423	20.95 (6.97)	-1.01	-2.01, -.02	831	-2.00*	.01
	Menn	410	21.96 (7.63)					
	Alder							
	19-21 år	105	21.66 (7.37)	-.24	-1.25, 1.74	837	.32	.00
	16-18 år	736	21.41 (7.30)					
	Studieretning							
	Yrkesfag	366	20.93 (7.89)	-.89	-1.91	725,58	-1.70	.00
	Studiespesialisering	456	21.81 (6.83)					
	Fødeland							
	Norge	773	21.28 (7.28)	-1.80	-3.81, .22	825	-1.75	.00
	Annet land	54	23.07 (7.71)					
	Familieøkonomi							
	Dårlig familieøkonomi	52	17.21 (7.43)	-5.15	-7.16, -3.14	667	-5.03**	.04
God familieøkonomi	617	22.36 (7.06)						
Angst/depresjon								
Mange symptomer angst/depresjon	336	17.37 (6.43)	-6.89	-7.79, -5.99	820	-15.00**	.22	
Få symptomer angst/depresjon	486	24.26 (6.51)						
Nivå av PPHK								
Ikke tilfredsstillende PPHK	144	19.38 (7.20)	-2.61	-3.92, -1.31	817	-3.94**	.02	
Tilfredsstillende PPHK	675	21.99 (7.23)						
Stress	Fornøydhets med livet							
	Ikke fornøyd med livet	248	2.48 (0.87)	0.42	.29, .56	638	6.20**	.06
	Fornøyd med livet	392	2.06 (0.82)					
Mestringstro (GM)	Fornøydhets med livet							
	Ikke fornøyd med livet	288	2.70 (0.55)	-.53	-.61, -.46	722	-13.82**	.21
	Fornøyd med livet	436	3.23 (0.48)					

Note: *= $p \leq 0.05$ **= $p \leq 0.01$.

I tabellen er følgende presentert: antall observasjoner for hver gruppe (n), gjennomsnittlig FL, stress eller GM i hver enkelt gruppe, standardavvik (SD) for gjennomsnittet, forskjell i gjennomsnitt mellom gruppene (FG), 95% konfidensintervall (95% KI) for forskjellen i gjennomsnitt, frihetsgrader (f), t-test (t) for forskjellen i gjennomsnitt blant gruppene og tilhørende Eta squared.

Tabell 6 viser at det er en signifikant forskjell i skår for FL for kjønn ($p \leq 0.05$), familieøkonomi ($p \leq 0.01$), symptomer på angst/depresjon ($p \leq 0.01$) og nivå av PPHK ($p \leq 0.01$). Menn i utvalget har en signifikant høyere FL enn kvinner (FG=-1.01). Effekten er imidlertid vurdert som liten (.01). De med god familieøkonomi har en signifikant høyere FL enn de med dårlig familieøkonomi (FG=-5.15). Effekten er imidlertid her også vurdert som liten (.04). Ungdommene med få symptomer på angst/depresjon har en signifikant høyere FL enn de med mange symptomer på angst/depresjon (FG=-6.89). Effekten er vurdert som stor (.22). De med tilfredsstillende PPHK har en signifikant høyere FL enn de som ikke har tilfredsstillende

PPHK (FG=-2.61). Effekten er også her vurdert som liten (.02). Det er også funnet en signifikant forskjell i symptomer på stress og GM mellom ungdommene som er fornøyd med livet og de som ikke er fornøyd med livet ($p \leq 0.01$). Ungdommene som er i gruppen som ikke er fornøyd med livet har flere symptomer på stress enn ungdommene som er fornøyd med livet (FG=0.42). Effekten er vurdert som moderat (.06). Ungdommene som ikke er fornøyd med livet har lavere GM enn ungdommene som er fornøyd med livet (FG=-.53). Effekten er vurdert som stor (.21).

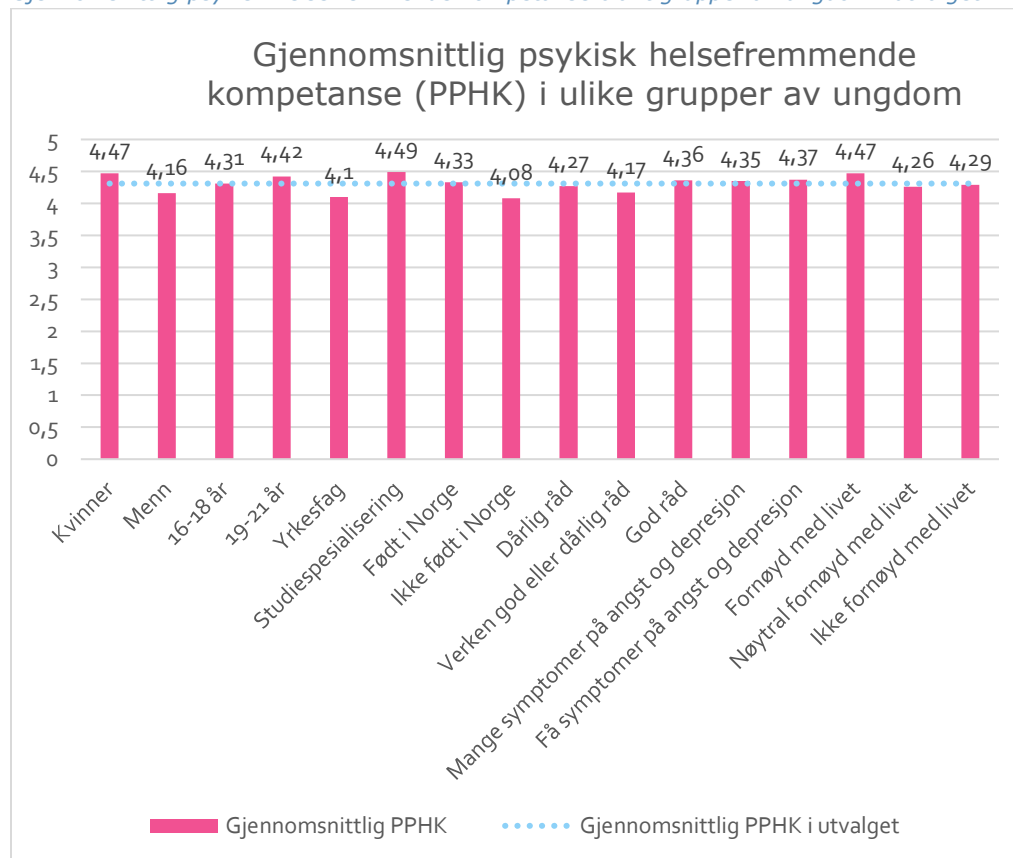
Det er ikke funnet noen signifikant forskjell i gjennomsnittlig FL ($p \geq 0.05$) for de ulike aldersgruppene, om ungdommen går studiespesialiserende eller yrkesfag, samt om ungdommen er født i Norge eller ikke.

4.2 VARIERENDE POSITIV PSYKISK HELSEFREMMEDE KOMPETANSE

4.2.1 BLANT GRUPPER AV UNGDOM

Figur 7:

Gjennomsnittlig psykisk helsefremmende kompetanse blant grupper av ungdom i utvalget.



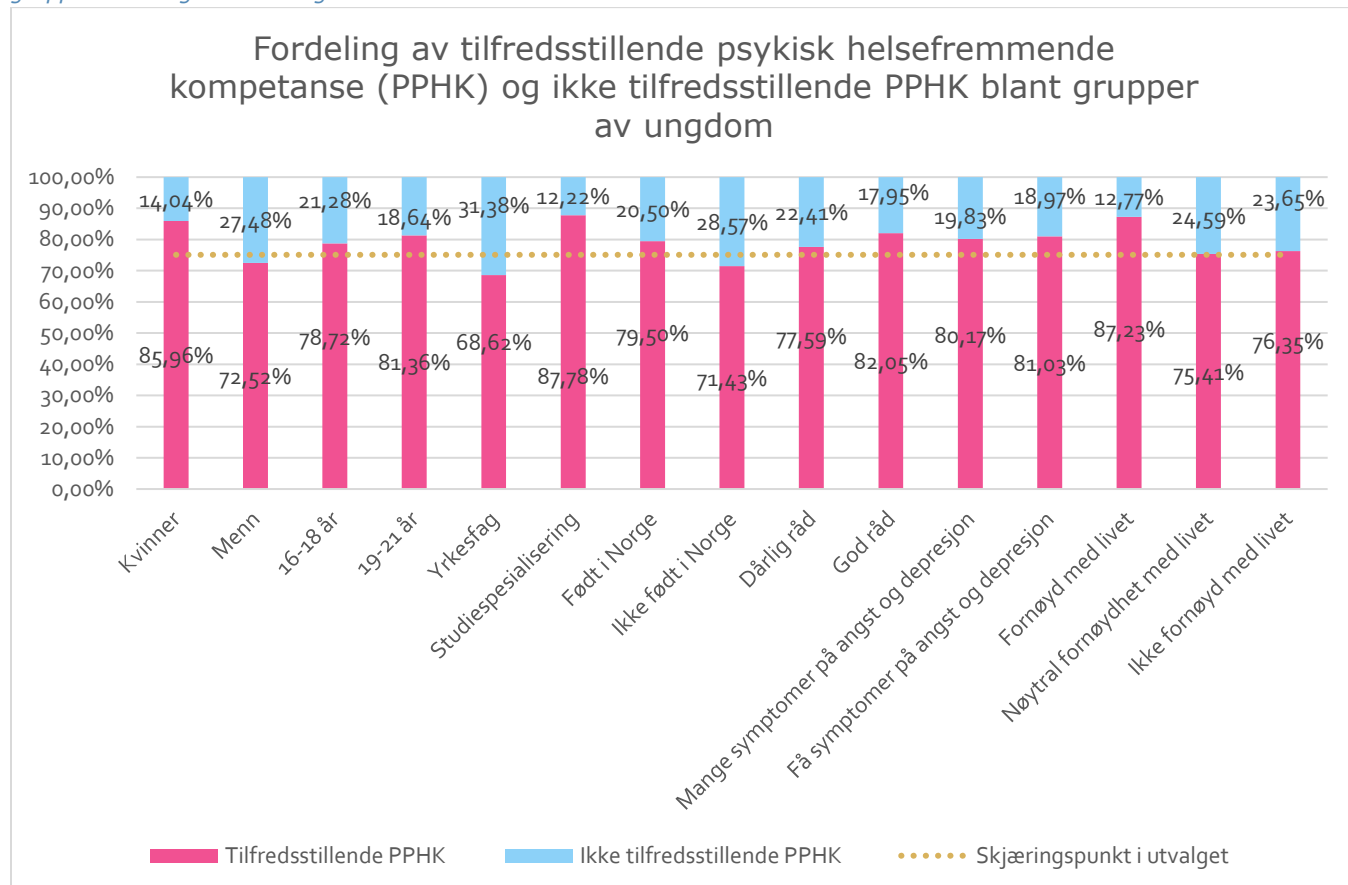
Note: Den blå linjen gjennomsnittlig PPHK (4,31) i utvalget. X-aksen representerer de ulike gruppene og y-aksen består av mulige skår for PPHK (0-5). Alle gruppene har et gjennomsnitt over cut-off pointet (4).

Figur 7 viser at kvinner (n=456), 16-18 år (n=827), 19-21 år (n=118), studiespesialisering (n=483), født i Norge (n=873), god råd (n=691), mange symptomer på angst og depresjon (n=353), få symptomer på angst og depresjon (n=353) og er fornøyd med livet (n=467)

har en PPHK på det samme eller over gjennomsnittet i utvalget. Menn (n=484), yrkesfag-elever (n=443), ungdommer som er født i et annet land enn Norge (n=63), som verken har god eller dårlig råd (n=175), dårlig råd (n=58) og som ikke er fornøyd med livet (n=357) har en gjennomsnittlig PPHK under gjennomsnittet i utvalget.

Figur 8:

Fordeling av tilfredsstillende psykisk helsefremmende kompetanse (PPHK) og ikke tilfredsstillende PPHK i de ulike gruppene av ungdom i utvalget.

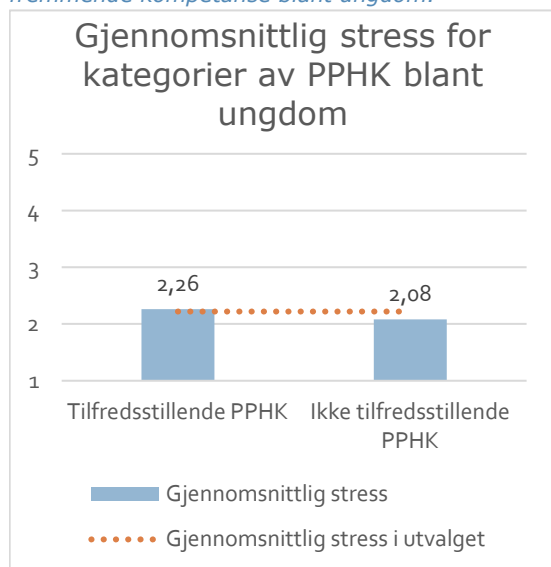


Note: Figuren synliggjør fordelingen mellom tilfredsstillende og ikke tilfredsstillende PPHK i de ulike gruppene i utvalget. Cut-off point: <4=ikke tilfredsstillende PPHK. De ulike kategoriene er listet opp på x-aksen med tilhørende søyle. Prosentandel av de ulike gruppene som har tilfredsstillende PPHK er markert med rosa farge og prosentandelen av de ungdommene i kategorien ikke tilfredsstillende PPHK er markert med blå farge. Den gule stiplede linjen illustrerer skjæringspunktet mellom tilfredsstillende PPHK og ikke tilfredsstillende PPHK i utvalget som helhet (24,9% har ikke tilfredsstillende PPHK).

Figur 8 viser at det i alle gruppene er flere av ungdommene som ikke har tilfredsstillende PPHK. Menn (27,48%), ungdom som går yrkesfaglige linjer på videregående (31,38%) og ungdommer som ikke er født i Norge (28,57%) er de gruppene hvor flere av ungdommene ikke har tilfredsstillende PPHK enn i utvalget som helhet (24,9%). Ungdommer som er nøytralt (24,59%) eller ikke er fornøyd med livet (23,65%) er i nærheten av skjæringspunktet i utvalget.

Figur 9:

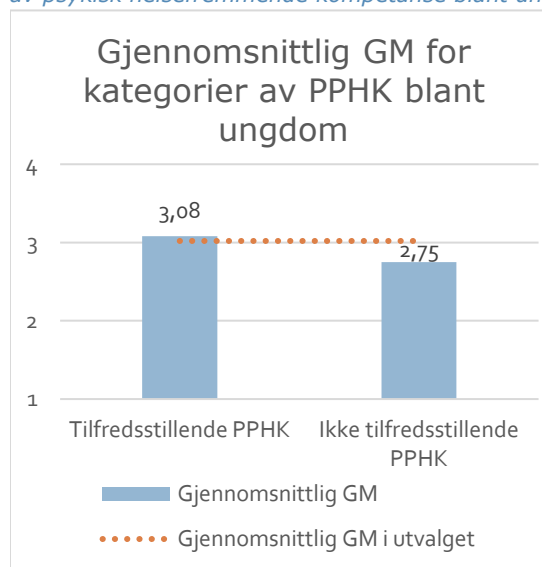
Gjennomsnittlig stress for kategorier av psykisk helsefremmende kompetanse blant ungdom.



Note: De ulike gruppene er presentert på x-aksen med hver sin tilhørende søyle og gjennomsnittlig poengskår for stressnivå er presentert på y-aksen. Den oransje stippledde linjen visualiserer gjennomsnittlig stressnivå (2,22, n=722) i utvalget. Legg merke til at y-aksen representerer mulig totalskår (1-5) for stress.

Figur 10:

Gjennomsnittlig generell mestringstro (GM) for kategorier av psykisk helsefremmende kompetanse blant ungdom.



Note: De ulike gruppene er presentert på x-aksen med hver sin tilhørende søyle og gjennomsnittlig poengskår for GM er presentert på y-aksen. Den oransje stippledde linjen visualiserer gjennomsnittlig GM (3,02, n=800) i utvalget. Legg merke til at y-aksen representerer mulig totalskår (1-4) for GM.

Figur 9 viser at ungdommene som har tilfredsstillende PPHK har høyere gjennomsnittlig stress (2,26, n=573) enn ungdommene som ikke har tilfredsstillende PPHK (2,08, n=133) og gjennomsnittet i utvalget (2,22, n=722). Figur 10 viser at ungdommene med tilfredsstillende PPHK har høyere GM (3,08, n=655), enn ungdommene som ikke har tilfredsstillende PPHK (2,75, n=145).

4.2.2 MELLOM GRUPPER AV UNGDOM

Independent samples t-test ble også gjennomført for å utforske forskjeller i gjennomsnittlig PPHK for ulike grupper i utvalget. Forskjeller i skår for stress og GM blant ungdommene som er fornøyd med livet og ungdommene som ikke er fornøyd med livet er også utforsket med denne analysen. Resultatene fra sensitivitetsanalysen, ved bruk av Mann-Whitney U test, viser like resultater som t-testene. Resultatene fra independent samples t-test blir presentert videre i resultatdelen – og er oppsummert i tabell 7.

Det er funnet en signifikant forskjell i gjennomsnittlig PPHK ($p \leq 0.01$) for kjønn, studieretning og FL. Kvinner har en signifikant høyere gjennomsnittlig PPHK enn menn ($FG = .3$). Effekten er imidlertid liten ($.03$). Ungdommene som går studiespesialiserende linjer har høyere gjennomsnittlig PPHK enn elevene som går yrkesfaglige linjer ($FG = -.39$). Effekten er også her liten ($.05$). Ungdom som er FL har høyere PPHK enn ungdommene som ikke er FL ($FG = -.18$). Her er også effektstørrelsen liten ($.02$).

Det er også funnet signifikant forskjell i GM mellom ungdommene som ikke har tilfredsstillende PPHK og de som har tilfredsstillende PPHK (FG=-.33). Effekten vurderes imidlertid som liten (.05).

Det er ikke funnet noen signifikant forskjell i gjennomsnittlig PPHK ($p \geq 0.05$) for de ulike aldersgruppene, om ungdommen er født i Norge eller ikke, om ungdommen har god eller dårlig familieøkonomi og om ungdommen har mange eller få symptomer på angst/depresjon. Det er heller ikke funnet noen signifikant forskjell i skår for stress ($p \geq 0.05$) for ungdom med tilfredsstillende PPHK og ikke tilfredsstillende PPHK.

Tabell 7:

Forskjeller i gjennomsnitt av psykisk helsefremmende kompetanse, symptomer på stress og generell mestringstro for ulike grupper av ungdom i utvalget.

Variabel	Ulike grupper i utvalget	n	Gjennomsnitt (SD)	FG	95%KI	f	t	Eta squared
Psykisk helsefremmende kompetanse (PPHK)	Kjønn							
	Kvinner	456	4.47 (0.63)	.30	.20, .41	834,46	5.68**	.03
	Menn	484	4.16 (0.98)					
	Alder							
	19-21 år	118	4.42 (0.68)	.12	-.04, .28	943	1.47	.00
	16-18 år	827	4.30 (0.86)					
	Studieretning							
	Yrkesfag	443	4.10 (1.04)	-.39	-.50, -.28	667,48	-7.05**	.05
	Studiespesialisering	483	4.49 (0.56)					
	Fødeland							
	Norge	873	4.33 (0.80)	.25	-.06, .56	66,01	1.64	.00
	Annet land	63	4.08 (1.20)					
	Familieøkonomi							
	Dårlig familieøkonomi	58	4.27 (0.79)	-.10	-.32, .12	747	-0.88	.00
God familieøkonomi	691	4.36 (0.82)						
Angst/depresjon								
Mange symptomer angst/depresjon	353	4.35 (0.75)	-.02	-.12, .09	873	-0.33	.00	
Få symptomer angst/depresjon	522	4.37 (0.76)						
Fornøydhet med livet								
Ikke fornøyd med livet	296	4.29 (0.76)	-.18	-.29, -.08	664	-3.51**	.02	
Fornøyd med livet	462	4.47 (0.60)						
Stress	PPHK							
	Ikke tilfredsstillende PPHK	143	2.11 (0.81)	-.15	-.31, .01	738	-1,90	.00
	Tilfredsstillende PPHK	597	2.26 (0.88)					
Generell mestringstro (GM)	PPHK							
	Ikke tilfredsstillende PPHK	145	2.75 (0,58)	-.33	-.43, -.23	798	-6.47**	.05
	Tilfredsstillende PPHK	655	3.08 (0.55)					

Notering: *= $p \leq 0.05$ **= $p \leq 0.01$.

Resultatene er presentert ved antall observasjoner for hver gruppe (n), gjennomsnittlig PPHK, GM eller stress i hver enkelt gruppe, standardavvik (SD) for gjennomsnittet, forskjell i gjennomsnitt mellom gruppene (FG), 95% konfidensintervall (95% KI) for forskjellen i gjennomsnitt, frihetsgrader (f), t-test (t) for forskjellen i gjennomsnitt blant gruppene og tilhørende Eta squared.

4.3 KORRELASJONER MELLOM FORNØYDHET MED LIVET, POSITIV PSYKISK HELSEFREMMEDE KOMPETANSE OG FLERE BAKGRUNNSVARIABLER

Korrelasjonen mellom ulike variabler i studien ble utforsket ved bruk av Pearson's produktmoment korrelasjonskoeffisient (r), og er presentert i tabell 8.

Tabell 8:

Pearson korrelasjonskoeffisient (r) mellom par av ulike variabler.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Fornøydhet med livet	-									
2. Generell mestringstro	.56**	-								
3. PPHK	.14**	.26**	-							
4. Kjønn	.07*	.17**	-.18**	-						
5. Alder	-.03	-.02	.09**	.03	-					
6. Studieretning	.06	.12**	.23**	-.18**	.10**	-				
7. Fødeland	.06	.01	-.08*	-.02	.11**	-.05	-			
8. Familieøkonomi	.21**	.17**	.07*	.05	-.05	.26**	-.11**	-		
9. Stress	-.28**	-.30**	.05	-.30**	-.00	.13**	.01	-.05	-	
10. Angst/depresjon	-.51**	-.41**	.01	-.33**	-.03	.04	.00	-.20**	.56**	-

Notering: PPHK = positiv psykisk helsefremmende kompetanse

* $p \leq .05$, ** $p < .01$.

Høyere FL har en sterk korrelasjon med høyere GM ($r=.56$, $p \leq .01$) og færre symptomer på angst/depresjon ($r=-.51$, $p \leq .01$). Det er en moderat korrelasjon mellom høyere FL og lavere nivå av stress ($r=.28$, $p \leq .01$). En svak korrelasjon er funnet mellom høyere FL og høyere PPHK ($r=.14$, $p \leq .01$) og bedre familieøkonomi ($r=.21$, $p \leq .01$). En svært svak korrelasjon er funnet mellom høyere FL og det å være mann ($r=.07$, $p \leq .05$).

En svak korrelasjon er funnet mellom høyere PPHK og GM ($r=.26$, $p \leq .01$), å være 19-21 år ($r=.09$, $p \leq .01$), gå studiespesialiserende linje ($r=.23$, $p \leq .01$) og å være kvinne ($r=-.18$, $p \leq .01$). En svært svak korrelasjon er funnet mellom høyere PPHK og bedre familieøkonomi ($r=.07$, $p \leq .05$) og at ungdommen er født i Norge ($r=-.08$, $p \leq .05$).

En sterk korrelasjon er funnet mellom høyere nivåer av stress og flere symptomer på angst/depresjon ($r=.56$, $p \leq .01$). En moderat korrelasjon er funnet mellom menn og lavere nivå av stress ($r=-.30$, $p \leq .01$), samt at menn har færre symptomer på angst/depresjon ($r=-.33$, $p \leq .01$). En moderat korrelasjon er funnet mellom høyere GM og lavere stress ($r=-.30$, $p \leq .01$) og færre symptomer på angst/depresjon ($r=-.41$, $p \leq .01$).

Det er også funnet flere svake korrelasjoner. Blant annet mellom det å være mann og gå en yrkesfaglig linje ($r=-.18$, $p \leq .01$). Samt mellom høyere GM og å være mann kjønn ($r=.17$, $p \leq .01$), å gå studiespesialiserende linje ($r=.12$, $p \leq .01$) og å ha bedre familieøkonomi ($r=.17$, $p \leq .01$). Samt mellom å gå studiespesialiserende linje og ha bedre familieøkonomi ($r=.26$, $p \leq .01$). Det samme gjelder når det kommer til å gå en studiespesialiserende linje og oppleve høyere stress ($r=.12$, $p \leq .01$). Ungdommene som ikke er født i Norge har oftere dårligere familieøkonomi ($r=-.11$, $p \leq .01$). Samt at ungdommene som oppgir god familieøkonomi har færre symptomer på angst/depresjon ($r=-.20$, $p \leq .01$). Hos den eldre delen av

ungdommene er det flere som går studiespesialiserende linjer ($r=.10$, $p\leq.01$), samt som ikke er født i Norge ($r=.11$, $p\leq.01$).

4.4 INGEN SIGNIFIKANT ASSOSIASJON MELLOM FORNØYDHET MED LIVET OG POSITIV PSYKISK HELSEFREMMEDE KOMPETANSE I REGRESJONSANALYSEN

Hierarkisk multipl regressjonsanalyse ble også brukt for å utforske assosiasjon mellom ulike variabler i studien. Resultater er presentert i tabell 9.

Tabell 9:

Sammendrag av hierarkisk multipl regressjonsanalyse som viser assosiasjoner mellom fornøydhets med livet, bakgrunnsvariablene og den uavhengige variabelen psykisk helsefremmende kompetanse (PPHK).

Steg og prediktorvariabel	B	SE B	Beta	sk	Endring i R ²	R ²
Steg 1					.43**	.43
Konstant	13.14	4.08				
Angst/depresjon	-3.60	.38	-.37**	-.28		
Stress	.29	.31	.04	.03		
Familieøkonomi	.65	.24	.09**	.08		
Studieretning	.68	.47	-.01	-.01		
Alder	-.20	.20	-.03	-.03		
Fødeland	1.85	.84	.07*	.07		
Kjønn	-1.74	.47	-.12**	-.11		
GM	5.33	.42	.42**	.37		
Steg 2					.00	.43
Konstant	12.90	4.11				
Angst/depresjon	-3.60	.38	-.38**	-.28		
Stress	.29	.31	.03	.03		
Familieøkonomi	0.65	.24	.09**	.08		
Studieretning	-.24	.47	-.02	-.02		
Alder	-.21	.20	-.03	-.03		
Fødeland	1.89	.85	.07*	.07		
Kjønn	-1.70	.47	-.12**	-.11		
GM	5.26	.44	.41**	.35		
PPHK	.14	.28	.02	.01		

Notering: *= $p\leq.05$, **= $p\leq.01$

R² forteller hvor mye av variansen i den avhengige variabelen (FL) som forklares av modellen (Pallant, 2020). Endring i R² viser endringer i denne variansen ut fra de to ulike stegene i regressjonsanalysen. Beta forteller hvor mye den avhengige variabelen (FL) øker eller avtar for hver enkelt enhet av den uavhengige- eller kontrollvariabelen. Ustandardiserte beta koeffisienter (B) representerer linjen mellom den avhengige variabelen (FL) og den uavhengige- eller kontrollvariabelen. SE B er standardfeilen for B. Den semipartiell korrelasjonskoeffisienten (sr) viser hvor mye hver enkelt variabel unikt bidrar til R².

Kontrollvariablene kjønn, alder, studieretning, fødeland, familieøkonomi, stress, angst/depresjon og GM ble inkludert i det første steget i analysen, og forklarer 43% av variansen i FL. Etter PPHK ble inkludert i steg 2 av analysen ble den totale variansen forklart i modellen fortsatt 43%, og førte derfor ikke til noen endring i R². I den endelige modellen var angst/depresjon, familieøkonomi, fødeland, kjønn og GM statistisk signifikant. GM har den høyeste semipartielle korrelasjonskoeffisienten ($sk=.35$, $p\leq.01$), symptomer på angst/depresjon har den nest høyeste ($sk=-.28$, $p\leq.01$), for deretter å bli fulgt opp av kjønn ($sk=-.11$, $p\leq.01$), familieøkonomi ($sk=.08$, $p\leq.01$) og fødeland ($sk=.07$, $p\leq.05$).

5.0 DISKUSJON AV RESULTATER OG METODE

Funnene i denne tverrsnittstudien har gitt økt kunnskap om ungdoms nivå av FL og PPHK, samt hvordan PPHK påvirker FL hos ungdom. Studien viser at ungdommene i gjennomsnitt var fornøyde med livet og hadde tilstrekkelig PPHK, men at det er forskjeller i FL og PPHK blant og mellom ulike grupper av ungdom. En svak positiv sammenheng er funnet mellom FL og PPHK, imidlertid er ikke sammenhengen lenger signifikant etter at det er kontrollert for bakgrunnsvariablene i dette utvalget.

5.1 ULIKT NIVÅ AV FORNØYDHET MED LIVET OG PSYKISK HELSEFREMMEDE KOMPETANSE BLANT GRUPPER AV UNGDOM

Dahl (2020) og Marmot et al. (2020) hevder at man kan bedre den generelle befolkningens helse og utjevne sosiale helseforskjeller ved å legge særlig vekt på grupper i befolkningen som har behov for en spesiell innsats. Ifølge Marmot et al. (2020) bør det responderes proporsjonalt med behovet for ulike grupper – også kalt universal proporsjonalisme. Med andre ord bør det legges særlig vekt på grupper i befolkningen som har behov for en ekstra innsats kan bidra til nettopp å heve befolkningens generelle helse, samt utjevne sosiale helseforskjeller (Dahl, 2020; Marmot et al., 2020). Dette kan antyde at det er nødvendig med økt kunnskap om nivåer av FL og PPHK blant ulike grupper av ungdom – og dersom det er ulikheter i nivåer av FL og PPHK kan det derfor være behov for en ekstra innsats rettet mot ungdommene med lav PPHK og FL.

Helsesykepleier i skolehelsetjenesten er ifølge Dahl (2020) en viktig bidragsyter i dette arbeidet. Dette samsvarer med nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom, hvor det er presisert at tjenestene bør gi et tilbud som er tilpasset brukernes forutsetninger og behov (Helsedirektoratet, 2022). Samtidig hevdes det at helsetjenesten, deriblant skolehelsetjenesten, først kan tilby likeverdige tjenester når den er tilrettelagt til den enkelte (Kulturdepartementet, 2019; Le et al., 2021). Kunnskap om faktorer som påvirker FL og PPHK hos ungdom kan derfor være viktig informasjon for at skolehelsetjenesten og andre aktuelle bidragsytere skal ha mulighet til å fremme økt FL og PPHK blant ungdom. Dette kan blant annet gi informasjon om hvilke grupper av ungdom som i gjennomsnitt har lavere nivå av FL og/eller PPHK, som videre gir implikasjoner for hvilke grupper av ungdommer som det kan være hensiktsmessig for folkehelsearbeidet, deriblant skolehelsetjenesten, å nå med intervensjoner som har til hensikt å øke FL og PPHK. Første forskningsspørsmål i denne studien var derfor å få økt kunnskap om nivå av FL og PPHK hos ulike grupper av ungdom.

5.1.1 HVORFOR ER DET ULIKT NIVÅ AV FORNØYDHET MED LIVET BLANT GRUPPER AV UNGDOM?

Resultatene viser at ungdommene i denne studien er i gjennomsnitt fornøyd med livet. Noe som samsvarer med ungdomsundersøkelsen fra 2022, som viser at det store flertallet av de unge er godt fornøyd med livet (Bakken, 2022). Samtidig er det i denne studien funnet forskjeller i FL blant grupper av ungdommer. Denne studien støtter derfor opp under at Bakken (2022) og Kvaløy og Rangul (2020) hevder at det er en variasjon i FL blant ungdom. Som videre samsvarer med tidligere forskning som har vist at det er systematiske forskjeller i

helse dersom man sammenligner ulike grupper i samfunnet (Syse et al., 2022). I dette kapittelet vil forskjellene som er funnet i FL blant de ulike gruppene av ungdom drøftes.

5.1.1.1 BETYDNINGEN AV SOSIOØKONOMISK STATUS OG MIGRASJONSBAGGRUNN

I studien er det funnet en svak positiv sammenheng mellom FL og familieøkonomi, som i denne oppgaven er brukt som et mål på sosioøkonomisk status (SØS). Dette funnet samsvarer med forskning blant voksne i Norge som viser at personer med høy inntekt er blant gruppene som oppgir å være mest fornøyd med livet (Bang Nes et al., 2021; Helsedirektoratet, 2023). Mellom FL og SØS er det i studien funnet en gradient i denne sammenhengen, noe som samsvarer med de systematiske forskjellene i helse som blir beskrevet av Syse et al. (2022). Ungdom fra familier med lav og middels SØS oppgir i gjennomsnitt en skår som i denne studien tilsvarer ikke fornøyd med livet, mens de ungdommene fra familier med høy SØS oppgir en gjennomsnittsskår som tilsvarer at de er fornøyd med livet. Dette funnet samsvarer også med funn i ungdomsundersøkelsen (Bakken et al., 2016). Jevnt over har SØS en sterkere sammenheng med FL hos jenter enn hos gutter ifølge Bakken et al. (2016). En mulig forklaring på dette kan være at det i denne studien er funnet en sammenheng mellom lavere SØS og flere symptomer på angst og depresjon – hvor flere symptomer på angst og depresjon også er funnet å ha en sammenheng med å være jente og å ha lavere FL. Denne sammenhengen vil drøftes nærmere i kapittel 5.1.1.2. SØS er dermed en faktor som påvirker FL blant ungdom.

På den andre siden er det også enkelte grupper med lavere SØS, som likevel oppgir høyere FL. I denne studien gjelder dette mennesker som er født i et annet land enn Norge. Dette samsvarer med flere andre studier som også har funnet likheter i helserelatert livskvalitet, eller til og med bedre helserelatert livskvalitet, hos innvandrerungdom i Norge og Sverige (Dekeyser et al., 2011; Hynek & Ababe, 2022; Vaage et al., 2009). Noe som også støttes opp under av at tidligere forskning blant innvandrere over 18 år i Norge har denne gruppen i snitt like høy opplevd livskvalitet som den øvrige befolkningen (Dalen & Larsson, 2022). Denne studien kan tyde på at SØS ikke har en betydelig innvirkning på FL blant innvandrerungdom og at det er andre faktorer som påvirker innvandrerungdom enn SØS. Dette samsvarer med en systematisk oversiktsstudie som konkluderer med at generelt dårligere helseutfall blant ikke-vestlige immigranter, sammenlignet med barn født i skandinaviske land, ikke kan bli fullt forklart av SØS: at individuelle, familiære, samfunns- og politiske faktorer – inkludert kultur og bakgrunn for migrasjon - også har betydning (De Luna et al., 2019; Hynek & Ababe, 2022).

Samtidig er det viktig å påpeke at dette funnet kan være misvisende, da ungdommene som er født i et annet land enn Norge i denne studien ikke nødvendigvis er representative for befolkningen, noe som er redegjøres for i metodediskusjonen kapittel 5.3.2. En kan også stille spørsmål ved om målet for SØS i denne studien er et godt og troverdig mål, noe som diskuteres nærmere i metodediskusjonen kapittel 5.3.3. Det er derfor behov for mer forskning som ser på sammenhengen mellom ungdom som er født i et annet land enn Norge, FL og SØS, for å kunne konkludere.

5.1.1.2 BETYDNINGEN AV KJØNN OG PSYKISKE PLAGER

I denne studien oppgir jentene noe lavere skårer for FL enn guttene, en forskjell som er vist å være signifikant. Jentene er ifølge denne studien i gjennomsnitt nøytralt fornøyd med livet, mens guttene i gjennomsnitt er fornøyd med livet. At guttene har høyere FL enn jentene samsvarer med funn i tidligere studier (Bakken, 2022; Bakken et al., 2016; Campbell et al., 2021; Kvaløy & Rangul, 2020; Mikkelsen et al., 2020). Det kan være flere årsaker til dette.

Lindstöm og Eriksson (2015) hevder at opplevelsen av god helse er en viktig faktor som bidrar til livskvalitet. Ifølge Nes et al. (2021) har mennesker som vurderer helsen sin som god eller svært god høyere gjennomsnittsskår av FL, enn menneskene som vurderer helsen sin som svært dårlig eller dårlig. Ung-HUNT4 viser at det er større andel jenter enn gutter rapporterer dårlig selvopplevd helse (Kvaløy & Rangul, 2020). Noe som også samsvarer med ungdagsundersøkelsen, en studie blant 14-15 år gamle ungdommer i Norge og en systematisk oversiktsstudie som tok for seg psykisk helseutfall blant ungdom i 73 land som fant at jenter typisk har lavere skårer for livskvalitet enn guttene (Bakken, 2022; Campbell et al., 2021; Mikkelsen et al., 2020).

At opplevelsen av god helse er en viktig faktor for livskvalitet samsvarer også med at tidligere forskning, hvor det er funnet en tydelig negativ sammenheng mellom FL og psykiske plager (Røysamb & Nes, 2022). Noe som også støttes opp under funn i denne studien – som viser en sterk sammenheng mellom høyere FL og færre symptomer på angst/depresjon, samt en moderat sammenheng mellom høyere FL og lavere stress. Sammenhengen mellom FL og angst/depresjon er også tilstede etter å ha kontrollert for bakgrunnsvariablene. I en norsk studie blant ungdom er stress en av faktorene som ble funnet å være sterkest assosiert med helserelatert livskvalitet hos ungdommene, samt at det i en studie blant ungdom i Sveits ble konkludert med at skolerelatert stress var negativt assosiert med FL (Burger & Samuel, 2017; Mikkelsen et al., 2020). Dette kan bidra til å belyse sammenhengen mellom at flere jenter i denne studien oppga høyere skårer for angst, depresjon og stress – som kan påvirke deres selvopplevde helse – og dermed deres FL.

Røysamb og Nes (2022) hevder imidlertid at FL ikke nødvendigvis er det motsatte av psykisk uhelse, da mange kan oppleve å leve et godt liv på tross av psykiske vansker. Dette samsvarer med denne studien som fant at å være jente er korrelert med flere symptomer på angst og depresjon og nivå av stress, men samtidig at jentene i snitt oppgir det som kategoriseres som FL – og at de ikke har en mye lavere skår enn guttene.

5.1.1.3 BETYDNINGEN AV STUDIERETNING OG GENERELL MESTRINGSTRO

I Ung-HUNT4 framkommer det også et mønster der andelen av ungdommene som rapporterer dårlig selvopplevd helse er høyest blant ungdommene som planlegger at videregående skole skal være deres høyeste utdanning (jenter: 23.1%, gutter: 12.7%), enn de med planer om utdanning på universitet/høyskole (jenter: 15.4%, gutter: 10.7%) (Kvaløy & Rangul, 2020). Dette samsvarer også med resultatene i denne studien, hvor elever som går yrkesfag har noe lavere skår for FL enn ungdommene som går studiespesialiserende linje. Dette funnet er imidlertid ikke statistisk signifikant i denne studien. En kan stille spørsmål

ved om ungdommer med dårlig selvopplevd helse ikke planlegger høyere utdanning, nettopp fordi de opplever at de har dårlig helse. Dette må eventuelt utforskes nærmere i en annen studie for å kunne trekke noen konklusjon.

Det kan se ut til at GM spiller en vesentlig rolle for ungdoms FL. Høyere GM er i denne studien funnet å ha en sterk sammenheng med høyere FL – som også er tilstede etter det er kontrollert for bakgrunnsvariablene. Dette funnet samsvarer også med tidligere forskning på GM og FL (Burger & Samuel, 2017; Mikkelsen et al., 2020). En studie blant ungdom fra Sveits på tidlig 2000-tallet konkluderte med at GM hadde en positiv sammenheng med FL (Burger & Samuel, 2017). Mestringstro er også en av faktorene som ble funnet å ha sterkest sammenheng med helserelatert livskvalitet hos ungdom på 14-15 år i Norge (Mikkelsen et al., 2020). Samt at GM har en positiv sammenheng med helserelatert livskvalitet hos friske barn i Norge (Kvarme et al., 2009).

5.1.2 HVORFOR ER DET ULIKT NIVÅ AV PSYKISK HELSEFREMMEDE KOMPETANSE BLANT GRUPPER AV UNGDOM?

Resultatene i denne studien viser at ungdommene i gjennomsnitt har tilstrekkelig PPHK. Det er funnet noen forskjeller i PPHK blant grupper av ungdom, men forskjellene er imidlertid ikke veldig store. Dette kan forklares av takhøydeeffekten ved bruk av MHPK-10, som diskuteres nærmere i metodediskusjonen kapittel 5.3.3. Forskjellene som er funnet i PPHK blant grupper av ungdom vil diskuteres nærmere i dette underkapittelet. Så vidt forfatteren i denne studien bekjent finnes det imidlertid ingen tidligere forskning som har sett på lignende ulikheter for PPHK tidligere, så drøftingen vil i stor grad baseres på tidligere funn i studier angående PHK. Det er derfor behov for mer forskning på PPHK, som kan utfordre eller støtte funnene i denne studien.

5.1.2.1 BETYDNINGEN AV MIGRASJONSBAKGRUNN

At ungdommene i denne studien i gjennomsnitt har tilstrekkelig PPHK samsvarer med en studie blant Portugisiske ungdommer (M=4,28) (Guimarães et al., 2022). Imidlertid viser studier blant ungdom fra Kina (M=3,74) og Tyrkia (M=2,9) gjennomsnittskårer som tilsvarende ikke tilstrekkelig PPHK (Liu et al., 2023; Özpulat et al., 2022). Det er flere mulige forklaringer på de de sprikende funnene. Lui et al. (2023) peker på at PPHK er høyere blant vestlige land som Norge og Portugal, og er lavere i ikke-vestlige land som Kina og Tyrkia. Öspulat et al. (2022) foreslår at kulturelle holdninger til psykiske helseproblemer og forskjellene mellom tilgjengelige psykologiske helsetjenester i de ulike landene kan være en mulig forklaring på de ulike gjennomsnittskårene for PPHK. Dette samsvarer også med funn i oversiktsstudien til De Luna et al. (2019) og at Carvalho et al. (2022) hevder at sosiale/kontekstuelle faktorer har betydning for PPHK. Dette kan bidra til å belyse at blant ungdommene som er født i et annet land enn Norge er det ca. 3/10 som oppgir ikke tilfredsstillende PPHK, et tall som er ca. 2/10 blant de som er født i Norge. Dette samsvarer med at Loer et al. (2020) i sin studie, blant ungdom i Tyskland mellom 14-17 år, fant en sammenheng mellom å ha en ensidig migrasjonsbakgrunn og å oppleve mange, eller i det minste noen, utfordringer med å håndtere helserelatert informasjon (Loer et al., 2020). Le et al. (2021b) hevder at det er nødvendig at helsepersonell har kultursensitiv kompetanse, samt kjennskap til forståelse av helse og sykdom i ulike religioner og kulturer, for å tilpasse helseinformasjon til personer med innvandrerbakgrunn. Dette gir mulighet for å gi tilpasset helseinformasjon,

så den enkelte i større grad kan ha mulighet til å ta helsevennlige valg, og på denne måten også i større grad ha mulighet til å mestre egen helsesituasjon (Le et al., 2021). Dette kan antyde at det er hensiktsmessig med et økt fokus på å øke PPHK blant innvandrerungdom, særlig fra ikke-vestlige land, for at de skal få kunnskap om hvordan de kan ivareta sin egen psykiske helse. Dette kan tenkes å samsvare med at tidligere forskning har vist at psykisk helse varierer betydelig innenfor ulike etniske minoritetsgrupper, og påvirkes blant annet av ulike opplevelser og eksponeringer både før, under og etter innvandring – som kan påvirke deres psykiske helse (Abebe et al., 2014; Hynek & Ababe, 2022).

Resultatene i denne studien viser imidlertid ingen sammenheng mellom å være født i et annet land enn Norge og høyere nivåer av angst, depresjon eller stress. I denne studien er det ikke skilt mellom ungdom med innvandrerbakgrunn fra vestlig- eller ikke vestlige land, som kan tenkes å ha hatt en innvirkning på resultatet i studien. En kan derfor stille spørsmål ved generaliserbarheten av resultatene blant innvandrerungdom i denne studien, noe som diskuteres nærmere i metodediskusjonen kapittel 5.3.2. Det er derfor vanskelig å konkludere med om den svært svake sammenhengen som er funnet mellom lavere PPHK og å være født i et annet land enn Norge er riktig – eller om den kunne vært annerledes, f.eks. sterkere, i et annet utvalg hvor det kan skilles mellom vestlige og ikke-vestlige innvandrere. Det er derfor nødvendig med mer forskning for å kunne konkludere.

5.1.2.2 BETYDNINGEN AV KJØNN OG STUDIERETNING

Holdninger til psykisk helse innad i Norge kan også tenkes å ha betydning, og bidra til å forklare at jentene i denne studien har høyere PPHK enn guttene. Resultatene viser at ca. 3/10 av guttene ikke har tilfredsstillende PPHK, hvor kun ca. 1/10 av jentene oppgir det samme. Dette samsvarer med en studie blant studenter i Storbritannia som fant at kvinner har høyere nivå av PHK enn menn (Gorczynski et al., 2020; Pehlivan et al., 2021). Det kan tenkes å kunne forklares av at det blant annet er flere sosiale og kulturelle aspekter ved kjønn (Jenssen, 2022), noe som Carvalho et al. (2022) peker på at har betydning for PPHK. Sosialt kjønn omhandler forestillinger om kjønn som er i samfunnet, samt hvordan kvinner og menn skal oppføre seg – kvinner skal være feminine, og menn skal være maskuline (Jenssen, 2022). Kjønnroller viser til forventningene samfunnet har knyttet til hvordan kvinner og menn skal uttrykke og identifisere seg, for eksempel oppførsel og utseende (Jenssen, 2022). Dette kan ha betydning for hvordan man ser på psykisk helse hos gutter og jenter ulikt, som kan tenkes å gi utslag når det kommer til nivå av PPHK.

Tidligere studier blant studenter viste at de med psykisk sykdom og/eller som hadde at et familiemedlem med en psykisk diagnose eller mottok behandling for dette, hadde en signifikant høyere skår for PHK enn gjennomsnittet i utvalget (Gorczynski et al., 2020; Pehlivan et al., 2021). Pehlivan et al. (2021) undrer seg over om dette potensielt kan bidra til at ungdommene kan bli dyktige på å administrere prosessen og gjenkjenne sykdommen. En annen mulig forklaring på at jenter har høyere PPHK enn gutter kan dermed være at jentene, som både i denne studien og tidligere studier er funnet å ha flere symptomer på psykisk uhelse (Bakken, 2022; Campbell et al., 2021; Kvaløy & Rangul, 2020), oftere vil oppsøke og bli gitt informasjon om psykisk helse fordi de opplever flere psykiske plager. Dette kan tenkes å kunne bidra til høyere PPHK, på tross av flere psykiske plager og/eller lidelser, uten at det gir noe utslag når det kommer til sammenheng mellom PPHK, stress og angst og depresjon.

Det kan også være en potensiell forklaring på at ungdommene med tilfredsstillende PPHK oppgir noe høyere skår for stress enn ungdommene som ikke har tilfredsstillende PPHK – funnet er imidlertid ikke signifikant og det er ikke funnet en sammenheng.

I tillegg er det funnet at 3/10 av ungdommene som går yrkesfaglige linjer ikke har tilfredsstillende PPHK, mot 1/10 av ungdommene som går studiespesialiserende linjer. En mulig forklaring på at flere yrkesfagelever oppgir ikke tilstrekkelig PPHK kan være at ifølge SSB, og resultatene i denne studien, er det flere menn som går yrkesfaglige linjer (Andresen, 2021), som i seg selv er funnet å ha lavere PPHK. Denne antagelsen kan støttes opp under av at det også er funnet en svak sammenheng mellom å gå studiespesialiserende linje og å være jente, samt en svak sammenheng mellom å gå studiespesialiserende linje og å oppleve økt stress. Imidlertid viser denne studien ikke noen sammenheng mellom studieretning og symptomer på angst og depresjon. Dette kan derfor bidra til å stille spørsmål ved om forklaringen i forrige avsnitt også er aktuell for PPHK. Dette må utforskes nærmere i senere forskning, for å konkludere.

5.1.2.3 BETYDNINGEN AV PSYKISKE PLAGER OG GENERELL MESTRINGSTRO

I Norge er det sett en økning i psykiske plager blant ungdom de siste tiårene, og det er en pågående diskusjon relatert til økningen (Bakken & Sletten, 2022). Bakken og Sletten (2022) stiller spørsmål ved om hverdagssliggjøring av begreper rundt psykisk helse kan ha ført til at flere ungdommer både identifiserer og fortolker normale følelser i ungdomstiden som psykiske plager (Bakken & Sletten, 2022). Imidlertid viser resultatene i denne studien at PPHK ikke har noen sammenheng med hverken stress eller symptomer på angst og depresjon hos ungdom. Både blant ungdommene med mange og få symptomer på angst og depresjon er det 2/10 som oppgir ikke tilfredsstillende PPHK. Det er ikke funnet noen andre studier som har sett på sammenhengen mellom PPHK og symptomer på angst og depresjon, men det er gjennomført noen studier på sammenhengen mellom PHK, angst og depresjon, som har funnet en sammenheng (Lam, 2014; Pehlivan et al., 2021; Zhang et al., 2023). Den ene studien er gjennomført blant kinesiske ungdommer, og viser en negativ korrelasjon mellom PHK og symptomer på angst og depresjon blant ungdom (Zhang et al., 2023). En annen studie blant kinesiske ungdommer viste at et inadekvat nivå av PHK er assosiert med høyere grad av depresjonssymptomer (Lam, 2014). En tredje studie viser også at når PHK øker, synker tyrkiske studenters opplevelse av symptomer på depresjon (Pehlivan et al., 2021).

Det kan være flere mulige forklaringer på hvorfor denne studien viser noe annet enn studiene som tidligere har sett på sammenhengen mellom PHK, angst og depresjon. En mulig forklaring kan være at studiene på PHK er gjennomført i Kina og Tyrkia, som ikke nødvendigvis er land som er sammenlignbare med Norge. En annen mulig, og mer plausibel forklaring, kan være forskjellen mellom PHK og PPHK. PHK består av 4 komponenter, hvor PPHK kun er en av disse komponentene. En kan derfor anta at PPHK ikke i seg selv er en avgjørende faktor – og at det er behov for fokus på flere av komponentene i PHK for å kunne bidra til mindre angst og depresjon. Dette samsvarer med at Bjørnsen (2019b) påpeker at det er viktig å ikke se PPHK i et vakuum, men også blant annet sammen med andre deler av PHK-begrepet. Dahl og Orvik (2020) hevder at en viktig påvirkningsfaktor for helse er ev-

nen til å nyttiggjøre seg helseinformasjon. En kan ut fra dette anta at det faktisk er en forskjell mellom å ha kunnskapen om hva som skaper god psykisk helse, og å faktisk bruke kunnskapen til å bedre den psykiske helsa – som igjen kan ha påvirkning på FL. På den andre siden viser samtidig resultatene at PPHK heller ikke har en negativ sammenheng med stress, angst og depresjon – og kan derfor tenkes å potensielt være en GMR ungdommene kan ta med seg videre i livet og ta i bruk når de kommer i situasjoner i livet hvor de får bruk for kunnskapen – som illustrert i figur 2.

Samtidig er høyere GM er i denne studien funnet å ha en svak sammenheng med høyere PPHK, noe som samsvarer med tidligere forskning som fant en sammenheng mellom mestringstro og PHK blant universitetsstudenter i USA (Beasley et al., 2020). Carvalho et al (2022) har også pekt på kompetanse i problemløsning og autonomi som attributter for PPHK, som kan tenkes å kunne ha en sammenheng med GM. Dette kan bidra til å belyse at tidligere forskning har vist at PPHK er positivt assosiert med psykisk velvære hos ungdommer i Norge, samt at økt PPHK bidrar til endring av holdninger og grunnleggende literacy ferdigheter (Bjørnsen et al., 2019; Carvalho et al., 2022).

5.1.2.4 BETYDNINGEN AV SOSIOØKONOMISK STATUS OG ALDER

PPHK har i denne studien en svært svak sammenheng med SØS. Dette samsvarer med en tidligere studie blant videregående elever i Kina, hvor PHK også funnet å være positivt korrelert med subjektiv SØS (Zhang et al., 2023) og at Carvalho et al. (2022) peker på sosiale/kontekstuelle faktorer som å ha betydning for PPHK. I denne studien er det imidlertid funnet en svært liten forskjell i gjennomsnittskår for PPHK mellom de med høy og de med lav SØS, og det er ganske likt hvor mange i hver av gruppene som oppgir ikke tilstrekkelig PPHK – med noen flere i gruppen med dårlig råd. En mulig forklaring på at det kun er funnet en så svak sammenheng kan være relatert til hvordan SØS måles i denne studien, som drøftes nærmere i metodetalkusjonen i kapittel 5.3.3. En annen mulig forklaring kan være at det er få deltakere i gruppen med ungdommer som har dårlig råd (N=63), som også drøftes i metodetalkusjonens kapittel 5.3.4. I tillegg kan takhøydeeffekten for måling av PPHK ha betydning, noe som drøftes nærmere i kapittel 5.3.3. En fjerde mulig forklaring kan være at det faktisk kun er en svært svak sammenheng. Det kan tenkes at dette også kan forklares av forskjellene mellom PHK og PPHK – som redegjort for tidligere i dette underkapitlet. Det er imidlertid behov for mer forskning for å kunne konkludere.

Samtidig er lavere SØS funnet å ha sammenheng med flere andre faktorer, som å gå yrkesfaglig linje og å være født i et annet land enn Norge – som i seg selv er grupper som har lavere skår for PPHK. Noe som samsvarer med at Carvalho et al (2022) hevder at individuelle faktorer som utdanningsbakgrunn og sosiale/kontekstuelle faktorer har betydning for PPHK. Tidligere forskning har vist at innvandrere og deres barn overrepresentert blant lavinntektsfamilier i Norge (Epland & Kirkeberg, 2014; Hynek & Ababe, 2022). Loer et al. (2020) foreslår faktisk at tilgjengelige utdanningsressurser og økonomiske ressurser har innvirkning på nivå av HK i større grad enn migrasjonsbakgrunn. SØS kan dermed tenkes å kunne være en bidragende faktor til at særlig disse to gruppene har lavere skår for PPHK.

Høyere PPHK er også funnet å ha en svært svak sammenheng med stigende alder. Dette kan forklares at OAM øker over livsløpet, da en blir bedre til å bruke tilgjengelige ressurser

og muligheter på mest mulig effektiv måte (Lindström, 2020). Dette kan tenkes å samsvare med de definerende attributtene Carvalho et al (2022) peker på ved PPHK, som kompetanse i problemløsning og selvaktualisering og autonomi. En annen mulig forklaring på funnet kan være at det i utvalget er flere som går studiespesialiserende linje – som i denne studien oppgir høyere skårer for PPHK. En tredje mulig forklaring er at PPHK faktisk har en svak sammenheng med stigende alder. Dette må imidlertid utforskes nærmere i flere studier for å kunne konkludere.

5.2 SAMMENHENGEN MELLOM PSYKISK HELSEFREMMEDE KOMPETANSE OG FORNØYDHET MED LIVET BLANT UNGDOM

Helsedirektoratet (2016) hevder at det er flere grunner til at et effektivt folkehelsearbeid må inkludere brede, universelle, strategier i tillegg til høyrisikotiltak – som foreslått av Marmot et al. (2020) og Dahl (2020). Forebyggingsparadokset er et eksempel, som satt på spissen innebærer at den totale folkehelseeffekten av et forebyggende tiltak i utgangspunktet er minst hvor problemene er størst (Helsedirektoratet, 2016). Det er viktig å nå de som trenger det mest, men i et folkehelseperspektiv er det ikke nødvendigvis det som er det mest effektive (Helsedirektoratet, 2016). Forebyggingsparadokset poengterer dette, da dette bygger på at man tvert imot oppnår det største effekten ved universelle tiltak som treffer bredt (Helsedirektoratet, 2016). Nes et al. (2021) hevder tilsvarende at tiltak rettet mot hele befolkningen antageligvis er både mer virkningsfulle og kostnadseffektive enn tiltak rettet mot enkeltpersoner eller risikogrupper, sett samlet. Bjørnsen og Holmen (2023) mener i tråd med denne påstanden at universelt helsefremmende og forebyggende arbeid, for å møte ungdommenes økte behov for økt HK, må prioriteres for å utvikle en bærekraftig skolehelsetjeneste (Bjørnsen & Holmen, 2023). Dette kan antyde at det er viktig at skolehelsetjenesten har fokus på å øke FL og PPHK blant alle ungdommer, ikke kun de som er i større risiko for å ha lavere skårer for FL og PPHK.

Skolehelsetjenesten pekes på som å stå i en unik posisjon til å kunne jobbe universelt blant ungdom (Meld. St. 23 (2022–2023), s. 23), og kan dermed tenkes å ha en sentral rolle i arbeidet med å fremme FL og PPHK. Det samsvarer med at en av skolehelsetjenestens oppgaver er å jobbe helsefremmende, hvor man skal sette ungdom i stand til å få økt kontroll over forhold som påvirker deres helse, så de har mulighet til å bedre sin egen helse (Mæland, 2016). At skolehelsetjenesten har fokus på å fremme FL og PPHK kan også argumenteres for å være i tråd med et salutogent perspektiv på helse, da fokuset er på å legge til rette for et godt liv og god livskvalitet (Lindström & Eriksson, 2015). Det er ikke en oppskrift på hvordan skolehelsetjenesten kan bidra til økt FL og PPHK blant ungdom. Bjørnsen (2019a) har imidlertid i sin studie vist at skolehelsetjenesten har mulighet til å påvirke PPHK og psykisk velvære hos ungdom. I tillegg sier FNs barnekonvensjon at alle barn skal ha informasjon om hvordan de kan holde seg trygge og friske – og at de har rett til å få denne informasjonen på en alderstilpasset måte (Barnekonvensjonen, 1989; Bjørnsen & Holmen, 2023). Ifølge Carvalho et al. (2022) kan PPHK potensielt fremme FL, men det er imidlertid ikke funnet noen studier som utforsker dette enda. Det siste forskningsspørsmålet i denne studien var derfor å utforske om PPHK predikerer FL hos ungdom.

5.2.1 KAN PSYKISK HELSEFREMMEDE KOMPETANSE PREDIKERE FORNØYDHET MED LIVET BLANT UNGDOM?

FL er funnet å ha en svak sammenheng med PPHK i denne studien. Dette samsvarer med tidligere forskning på ulike deler av livskvalitets- og helsekompetansebegrepene (Hirooka et al., 2022; Ran et al., 2018; Zhang et al., 2023; Zheng et al., 2018). Som ytterligere støttes opp under av at flere tidligere studier blant både voksne og barn, som har utforsket sammenhengen mellom HK og FL, funnet en assosiasjon mellom disse begrepene – hvor høyere HK gir høyere FL (Hirooka et al., 2022; Ran et al., 2018). Samt at Carvalho et al. (2022) i sin oversiktsstudie pekte på at en konsekvens av PPHK kan være økt FL.

Hofgaard et al. (2021) hevder at FL kan fremmes av intervensjoner som kan bidra til å øke psykologisk resiliens. Med andre ord evnen til å håndtere utfordringer i livet og oppleve sin psykiske helse som stabil (Hofgaard, 2022). PPHK kan derfor tenkes å potensielt kunne bidra til økt psykologisk resiliens. Gjennom livet opplever vi mange ulike livshendelser, som er både positive og negative (Lindström, 2020). Ifølge en salutogen tankegang er ikke det viktigste i seg selv disse hendelsene, men hvordan vi forholder oss til hendelsen over tid og hvordan vi lærer å håndtere den enten selv, basert på tidligere erfaringer, eller med støtte fra andre som kan rettlede oss (Lindström, 2020). Basert på denne måten å tenke på kan man lære hvordan man kan håndtere ulike erfaringer, hvordan de kan bli en del av vår totalopplevelse og bli integrert i vårt livsløp (Lindström, 2020). PPHK kan basert på denne måten å tenke på potensielt bidra til OAM i situasjoner ungdommen vil komme inn i senere i livet (se figur 2), som en del av psykologisk resiliens, som igjen kan bidra til motivasjon til å bevege seg i retning H+ og dermed også mulighet til å oppleve økt FL. PPHK kan dermed anses på som en ressurs som kan utløse prosesser i retning H+ og økt FL. Dette samsvarer også med at Carvalho et al. (2022) peker på at konsekvenser av PPHK kan være å potensielt fremme, beskytte og gjenopprette psykisk helse og forebygge psykisk sykdom – som vi vet har påvirkning på FL, da psykiske plager som særlig symptomer på angst og depresjon har betydning for FL (Røysamb og Nes, 2022).

Imidlertid viser resultatene i studien at det ikke lenger er en signifikant sammenheng mellom FL og PPHK når det er kontrollert for bakgrunnsvariablene kjønn, GM, symptomer på angst og depresjon, stress, SØS, alder, fødeland og studieretning. En mulig forklaring kan være at noen av bakgrunnsvariablene har en konfunderende effekt på sammenhengen mellom PPHK og FL (Thoresen, 2018). Dette vil drøftes videre i dette kapittelet.

5.2.1.1 SOSIOØKONOMISK STATUS SOM KONFUNDERENDE FAKTOR

En potensiell konfunderende faktor kan være SØS, da det i denne studien er funnet en positiv sammenheng mellom SØS og både FL og PPHK. Disse funnene samsvarer med at SØS ifølge Dahlgren og Whitehead sin modell er en faktor som har betydning helse og livskvalitet, samt bekrefter at det også er systematiske forskjeller i PPHK og FL ut fra SØS.

Forskning har vist at foreldrenes HK har betydning når det kommer til ungdommenes evne til å ta gode helsevalg for sine barn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019), noe som kan tenkes å også være overførbart når det gjelder PPHK. Dette samsvarer med at Zhang et al. (2023) i sin studie konkluderer med at subjektiv SØS har en rolle som en moderator i forholdet mellom PPHK og psykologisk resiliens. Videre konkluderer forskerne med at særlig for

ungdom med lav subjektiv SØS har PHK en sterkere prediktiv effekt på psykologisk resiliens (Zhang et al., 2023). Dersom dette også er overførbart i forholdet mellom PPHK og SØS kan det støtte opp under at PPHK potensielt kan bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller, ved at PPHK faktisk kan føre til økt empowerment og evne til å ivareta sin egen psykiske helse, som kan bidra til økt FL og utjevning av sosiale helseforskjeller. Dette samsvarer med at Carvalho et al. (2022) i sin studie konkluderer med at PPHK kan bli operasjonalisert på denne måten: som et utfall når man forsøker å påvirke sosioøkonomiske forskjeller på helserelaterte utfall.

Imidlertid er det i studien, som tidligere drøftet, kun funnet en svak positiv sammenheng mellom FL og SØS, og en svært svak sammenheng mellom PPHK og SØS. Resultatene i denne studien ser derfor ut til å indikere at SØS ikke er en betydelig konfunderende faktor i sammenhengen mellom FL og PPHK. Det må imidlertid flere studier til for å kunne konkludere.

5.2.1.2 GENERELL MESTRINGSTRO SOM KONFUNDERENDE FAKTOR

En annen potensiell konfunderende faktor er GM, som også har en sammenheng med både FL og PPHK. Når man har en tilnærming basert på helsefremmende arbeid, rettes oppmerksomheten mot å finne ressurser som kan utløse prosesser i retning av ikke bare helse, men også velvære og livskvalitet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 23). Det endelige målet for helsefremmende aktiviteter er å legge til rette for et godt liv, hvor opplevelsen av god helse er en viktig faktor som bidrar til livskvalitet (Lindström & Eriksson, 2015, s. 23). Å mestre hverdagen har stor betydning når det kommer til helse og livskvalitet – samt at mestring påvirker levevanene til den enkelte (Meld. St. 15 (2022–2023), 2023). Bjørnsen og Holmen (2023) hevder at dersom man ikke har kunnskap om hva som er viktig for god psykisk helse, så kan man heller ikke forvente at ungdommene bevisst tar de gode helsevalgene til fordel for psykisk helse. Vi kan heller ikke forvente at ungdom kjenner til normalvariasjoner når det kommer til psykisk helse, eller aktiviteter som fremmer god psykisk helse (Bjørnsen & Holmen, 2023). Dette kan tenkes å støttes opp under av at det er funnet en svak positiv sammenheng mellom PPHK og GM.

En tidligere studie blant norske ungdommer på 14-15 år har funnet at jenter skårer dårligere på grad av mestringstro enn gutter (Mikkelsen et al., 2020). Denne sammenhengen er også funnet i denne studien, hvor det er en svak sammenheng mellom høyere GM og å være gutt. Et funn som kan belyse denne forskjellen er at jenter i studien har høyere skår for stress og angst/depresjon, som er noe som har en moderat negativ sammenheng med lavere GM. Noe som samsvarer med tidligere forskning. GM og symptomer på depresjon er i en studie blant norske ungdommer 13-19 år også funnet å ha en negativ sammenheng (Bonsaksen et al., 2022). Det er også funnet en svak sammenheng mellom GM og å gå studiespesialiserende linje. Et funn som kan bidra til å forklare dette er at det å gå studiespesialiserende linje har en svak sammenheng med høyere nivå av stress. En studie blant den voksne befolkningen i Tyskland, samt blant tyske, russiske og kinesiske studenter har også funnet at subjektiv mestringstro var en mediator mellom effekten av daglig stress på positiv og negativ mental helse – inkludert symptomer på angst, depresjon og stress (Schönfeld et al., 2016).

Mestringstro blir i den systematiske gjennomgangsstudien til Bröder et al. (2017) ansett som en grunnleggende dimensjon av HK hos barn og unge (Bröder et al., 2017). Freitan et al. (2020) påpeker imidlertid i sin studie at det er en pågående diskusjon rundt om mestringstro kan sees på som en del av hva som blir målt ved subjektiv HK, eller om det faktisk er en sterk fasilitator når det kommer til å håndtere helseinformasjon (Fretian et al., 2020). Forskerne påpeker videre at dersom mestringstro blir konkludert med å være en konfundende faktor, kan likevel mestringstro være en lovende og gjennomførbar tilnærming til å empowere mennesker til å suksessfullt håndtere helseinformasjon (Fretian et al., 2020). Dette er i samsvar med at Dahl (2020) hevder at det er de faktorene som er nærmest individet, i Dahlgren og Whitehead sin modell, en selv i størst grad kan påvirke – sett bort fra alder, genetikk og sosiale forutsetninger i familien man er født inn i (Dahl, 2020). Dette funnet kan tenkes å støtte opp under at Syse et al. (2022) hevder at det kan være hensiktsmessig å bygge helse nedefra i Dahlgren og Whitehead sin modell. Noe som også samsvarer med konklusjonen til Bröder et al. (2017) sin studie, hvor HK konkluderes med å kunne bidra med å empowere til barn og unge voksne til å bli mer engasjert i deres helse, bli mer informert og mer reflektert rundt deres framtidige helsevalg (Bröder et al., 2017). En kan på bakgrunn av dette anta at dersom helsesykepleier bidrar til økt PPHK hos ungdommene, kan det bidra til økt GM – og på denne måten indirekte bidra til økt FL. Dette kan bidra til å forklare at det er funnet en sammenheng mellom PPHK og FL, men at denne sammenhengen ikke lenger er signifikant etter at det er kontrollert for bakgrunnsvariablene i studien – deriblant GM.

5.2.1.3 TVERRSEKTORIELT SAMARBEID

En annen mulig forklaring på at det kun er funnet en svak sammenheng mellom FL og PPHK, og at denne ikke lenger er signifikant etter at det er kontrollert for bakgrunnsvariablene, er at PPHK og FL påvirkes av mange ulike faktorer. PPHK eksisterer ikke et vakuum, men påvirkes av flere ulike antecedenter (Bjørnsen, 2019b; Carvalho et al., 2022) og livskvalitet bygges der ungdommer lever livene sine: i familien, på skolen og i nærmiljøet (Bang Nes et al., 2021). Derfor er ikke livskvalitet og PPHK kun et enkelte individs ansvar, men et samfunnsansvar (Bjørnsen & Holmen, 2023; Meld. St. 23 (2022–2023); Nes et al., 2021), hvor stort sett alle sektorer og alle forvaltningsnivå må samarbeide for å nå målet om økt livskvalitet i ungdomsbefolkningen (Bjørnsen & Holmen, 2023; Meld. St. 19 (2018-2019), 2018, s. 8; Nes et al., 2021). Dette er også illustrert i Dahlgren og Whitehead sin modell. Det er viktig at det på øverste nivå blir lagt til rette for at nivåene under kan bidra til å fremme FL og PPHK i form av klare politiske føringer og tilstrekkelig økonomisk ramme for gjennomføring (Dahl, 2020). Med andre ord er det viktig å legge til rette for en utjevning av SØS og økt mestringstro også på det organisatoriske nivået i samfunnet, da dette i større grad vil gjøre det mulig å fremme helse og livskvalitet på de lavere nivåene i modellen (Dahl, 2020).

5.3 METODEDISKUSJON

Som ved alle studier, innebærer også denne studien flere stryker og svakheter, som vil drøftes videre i dette kapitlet.

5.3.1 TIDLIGERE FORSKNING

Det er gjennomført systematiske søk med relevante søkeord for å finne relevant litteratur i medline og pubmed. Disse søkene ble i begynnelsen utført med en bibliotekar, og senere søk er gjennomført basert på kunnskap som ble ervervet i dette arbeidet med bibliotekar i begynnelsen av søkeprosessen. Bakgrunnen for at det ble gjennomført søk i flere omganger er fordi denne studien er skrevet over flere år, samtidig som at det også ble vurdert som relevant å gjennomføre flere systematiske søk underveis i oppgaveskrivingen når det etter hvert ble mer tydelig hva det ble vurdert behov for mer kunnskap om relatert til funn i oppgaven. Det er også gjennomført et systematisk søk i google scholar, samt at noen artikler også er funnet via en kilde funnet i de tidligere søkene. Det er imidlertid lite forskning på PPHK fra tidligere, så forskningsartikler om PHK og HK har derfor blitt tatt i bruk som tidligere empiri. En kan derfor anta at litteraturen som er funnet dekker store deler av det kunnskapsgrunnlaget som allerede finnes når det kommer til disse temaene. Kunnskapen som presenteres i denne oppgaven er imidlertid ikke uttømmende, og det vurderes som et stort behov for mer forskning særlig relatert til PPHK.

5.3.2 DESIGN OG STUDIEPOPULASJON

Denne studien er en tverrsnittstudie, og bruker derfor data fra en avgrenset periode (Johannessen et al., 2021, Kapittel 16). Studien kan altså bidra til å finne sammenhenger mellom ulike variabler når studien ble gjennomført, men det vil ikke være mulig å trekke konklusjoner som sier noe om utvikling over tid (Johannessen et al., 2021, Kapittel 16). En kan derfor stille spørsmål ved relevansen ved funnene i denne studien, da datamaterialet studien baserer seg på ble innhentet våren 2017, mens studien ferdigstilles i 2024. Dette vil si at det altså er 7 år siden datamaterialet ble innhentet, når denne studien publiseres, noe som kan ha betydning for relevansen av funnene. Det er derfor viktig å presisere at det må tas høyde for at det potensielt kan ha vært en endring i løpet av disse årene fra innhenting av data til publisering av denne studien. På den andre siden hadde ikke denne studien til hensikt å trekke konklusjoner mellom variablene over tid, som Bjørnsen (2019b) også presiserer i sin studie, og at studien derfor opprinnelig også var planlagt å være en studie som kan gi kunnskap om temaet – ikke en avsluttende konklusjon.

Det er flere faktorer som styrker generaliserbarheten til resultatene i studien. Blant norske 16- til 18-åringer, går 92,3% av disse på videregående skole (Bjørnsen, 2019b; SSB, 2017). Studien har også en relativt lik deltakelse av gutter og jenter (Bjørnsen, 2019b). Samt at deltakelse mellom ungdommer som gikk yrkesfaglige linjer og studiespesialiserende linjer er også i nærheten av fordelingen som er funnet på landsbasis (Bjørnsen, 2019b). En stor del av ungdom i Norge er derfor potensielt tilgjengelig for å delta i forskning som gjennomføres på videregående skoler, samt at utvalget er representativt når det kommer til kjønn og studielinje (Bjørnsen, 2019b). I tillegg representerer utvalget ca. 60% av studentene i området studien er gjennomført, samt at det typisk er små forskjeller i SØS blant de ulike skoledistriktene i Norge (Bjørnsen, 2019b). Det er også et stort utvalg med høy responsrate (93,5%), som styrker funnene (Bjørnsen, 2019b).

På den andre siden er det viktig å påpeke at det er en svært høy responsrate. Bakgrunnen for at den er så høy er at responsraten ble beregnet ut fra kun de elevene som fikk utdelt spørreskjemaet (Bjørnsen, 2019a). Dersom responsraten heller hadde blitt rapportert ut fra

elevantallet på de inkluderte skolene, hadde responsraten blitt lavere. En kan derfor stille spørsmål ved om resultatet kunne blitt en annet, dersom disse ungdommene også var inkludert i studien. I tillegg er det enkelte ungdommer som velger å ikke gå på videregående skole, som derfor heller ikke fikk tilbud om å delta i undersøkelsen. Det kan tenkes at det ofte er en årsak til at ungdommene ikke går på videregående skole, som blant annet rusproblemer og/eller psykisk uhelse. Dette kan også tenkes å kunne påvirke resultatene i studien. I tillegg er det også færre blant ungdommer som er født i et annet land, enn det er i befolkningen som helhet. I 2017, da dette datamaterialet er innhentet, utgjorde innvandrerbefolkningen 13,8% av den norske befolkningen (Dzamarija, 2017). I denne studien representerer ungdommer som ikke er født i Norge kun 5,4% av utvalget. Samtidig er det i datamaterialet heller ikke mulig å skille innvandrere som har vestlig bakgrunn fra ikke-vestlig bakgrunn, som har ulike bakgrunner og historier som kan påvirke psykisk helse (Bjørnsen, 2019b). I tillegg er det er relativt lite utvalg fra én by i Norge i videregående-alder.

5.3.3 SPØRRESKJEMA OG VALGTE INSTRUMENTER

De kvantitative dataene, som denne studien baserer seg på, ble innhentet ved bruk av et studiespesifikt spørreskjema som ble designet for bruk i «health promotion worthwhile»-prosjektet (Bjørnsen, 2019b). Ifølge Ringdal (2014) er det hovedsakelig to typer feil det er viktig å være observant på i en slik datainnsamling: måleprosessen og et representativt utvalg (Bjørnsen, 2019b). Forskerne som hentet inn datamaterialet hadde til hensikt å redusere den totale muligheten for feil i studien så mye som mulig (Bjørnsen, 2019b). Skjemaet består blant annet av validerte, anerkjente instrumenter og enkelt-element-spørsmål for bruk i ungdomsbefolkningen (Bjørnsen, 2019b). I tillegg ble validitet i dette utvalget utforsket med Cronbach alpha, hvor alle instrumentene ble vurdert som tilfredsstillende: $>.7$.

I denne studien brukes for eksempel subjektiv opplevelse av familieøkonomi som et mål på SØS. En kan stille spørsmål ved om dette er et godt mål for SØS, da det for eksempel kan tenkes at ungdommer med migrasjonsbakgrunn sammenligner seg med andre med migrasjonsbakgrunn eller personer i hjemlandet – som gjør at de mindre trolig vil oppleve egen SØS som dårlig sammenlignet med andre. Det er imidlertid gjennomført flere studier som ser på faktorer som har en assosiasjon med subjektiv SØS hos ungdom (Haugan et al., 2021; Quon & McGrath, 2014). En metaanalyse fant positiv assosiasjon mellom subjektiv SØS og helseutfall hos ungdom – hvor høyere SØS var assosiert med bedre helseutfall (Quon & McGrath, 2014). Subjektiv SØS viste størst effektstørrelser for psykisk helse utfall, fulgt av selvvurdert helse og fysiske helseutfall – som alle var positivt assosiert med subjektiv SØS (Quon & McGrath, 2014). Innen psykisk helseutfall var depresjon sterkest linket til subjektiv SØS, fulgt av generell psykologisk velvære og andre psykologiske variabler (Quon & McGrath, 2014). En studie blant ungdom på 16-18 år i Norge viser et økt symptomtrykk for psykologisk stress ved lavere familievelstand (Haugan et al., 2021). Samtidig hevder Bøe (2015) en rekke studier påvist en sammenheng mellom en oppvekst med lav SØS og økt risiko for problemer med kognisjon, atferd og sosioemosjonell utvikling i barndommen – uavhengig av om foreldreutdanning, foreldrenes yrke, familiens økonomi eller subjektive opplevelse blir brukt som indikator på å ha lav SØS (Bøe, 2015). Det kan dermed se ut til at subjektiv opplevelse av familieøkonomi kan være et godt mål på SØS, men det ser også ut til å kunne ha noen svakheter en med fordel kan være observant på.

En svakhet ved studien er et spørreskjemaet er langt (Bjørnsen, 2019b). Det var en estimert svartid på 45 minutter, men ikke alle ungdommene rakk å besvare hele skjemaet på denne tiden (Bjørnsen, 2019b). Stress og FL er blant de siste instrumentene som måles i denne studien, og GM er det siste instrumentet som måles i spørreskjemaet. Dette kan bidra til å forklare at det er flere ungdommer som har besvart PPHK (N=945), enn stress (N=722), FL (N=839) og GM (N=821). Det er flest gutter, yrkesfagelever og ungdom i den yngre aldersgruppen som har falt fra. Flere yrkesfagelever er gutter, og ungdommene som går yrkesfag går ofte 2 år på skole for så å ha 2 år praksis – noe som kan bidra til å forklare at det er særlig disse gruppene som skiller seg ut. Det kan være mange grunner til å velge en yrkesfaglig retning. En av dem kan tenkes å være at enkelte kan oppleve utfordringer med teoretiske fag, og noen kan dermed tenkes å ha lavere kognitiv fungering og lavere lese- og prosesseringshastighet. En tidligere studie har vist at det er en sammenheng mellom psykiske vansker og lese- og skrivevansker (Aspeland, 2009). En kan derfor undre seg over om dette kan være en systematisk feil som har påvirket resultatene, og at guttene, yrkesfagelevene og ungdommene i den laveste aldersgruppen kunne tenkes å ha lavere FL og PPHK, dersom også disse elevene hadde svart på hele spørreskjemaet.

I tillegg påpeker Bjørnsen (2019b) at en svakhet relatert til måling av PPHK ved bruk av MHPK-10, da det er funnet en takhøydeeffekt for PPHK. Dette indikerer at instrumentet har begrensninger når det kommer til å måle og skille blant ulike nivåer av PPHK over et visst nivå (Bjørnsen, 2019b). Ifølge Bjørnsen (2019b) kan en takhøydeeffekt føre til at det er umulig å skille ungdommene med høye skårer for PPHK, da det er liten varians i PPHK blant disse ungdommene – fordi toppen av skalaen er for lav – som igjen kan påvirke tolkningen av resultatene relatert til PPHK. Dette kan forklare at det er mange grupper av ungdom som har en relativt lik skår for PPHK i de deskriptive analysene i denne studien. Dette kan også tenkes å kunne påvirke sammenhengen funnet mellom FL og PPHK både før og etter det er kontrollert for bakgrunnsvariablene, hvor sammenhengen kan tenkes å potensielt kunne vært større og også statistisk signifikant etter det er kontrollert for bakgrunnsvariablene. Samtidig er MHPK-10 vurdert som det mest passende instrumentet som så langt er laget for måling av PPHK (Cresswell-Smith et al., 2023) og vurderes som valid og reliabelt til bruk blant norske, kinesiske og tyrkiske ungdommer (Bjørnsen, 2019b; Liu et al., 2023; Özpulat et al., 2022). En studie blant det Portugisiske befolkningen konkluderte imidlertid med at MHPK-10 kanskje ikke nødvendigvis måler helheten av konseptet det i utgangspunktet skal måle (Guimarães et al., 2022). Det er derfor behov for videre forskning og eventuell videreutvikling av MHPK-10 som et hensiktsmessig instrument for å måle PPHK hos ungdom i Norge.

5.3.4 ANALYSE AV DATA

Det finnes flere ulike metoder som kan brukes for å analysere data. Det er i studien forsøkt å redegjøre for analyseprosessen så nøye som mulig, så det skal være tydelig hvilke valg som er tatt. I denne oppgaven ble parametriske tester valgt over ikke parametriske tester, på tross av at noen av forutsetningene for parametriske tester er brutt. Disse vil drøftes i de to neste avsnittene.

I t-testen ble (1) antagelsen om normalfordeling er brutt. Imidlertid kan denne antagelsen brytes uten at dette har noen store konsekvenser for analysen dersom utvalget er ≥ 30 (Pallant, 2020; Skovlund, 2017). Utvalget i denne datasettet er betydelig større enn dette, og det vurderes derfor at denne forutsetningen kan brytes, og at det sannsynligvis ikke vil ha en betydelig innvirkning på utfallet av testen. (2) i tillegg er antagelsen om lik varians mellom dikotomiske grupper brutt. Pallant (2020) hevder imidlertid at analyse av varians er rimelig robust mot brudd av denne forutsetningen, så lenge størrelsene på gruppene er rimelig like (Pallant, 2020). Imidlertid er noen av gruppene ikke så like i størrelse. Ifølge Skovlund (2017) er en t-test mindre sårbar for ulik varians enn ikke-parametriske tester, i alle fall når utvalgene er omtrent like store. T-testen tåler relativt godt standardavvik inntil 2-3 ganger større i den ene gruppen enn den andre (Skovlund, 2017). En mulighet kan også være å bruke en annen variant av t-testen, Welch test (Skovlund, 2017). I denne studien er det valgt å gjennomføre en vanlig t-test, og i tillegg gjennomføre en sensitivetsanalyse med en ikke-parametrisk test, Mann Whitney U-test som en kontroll. Både uavhengig t-test og Mann Whitney U-test viste relativt like resultater. Disse resultatene ble videre tolket sammen med en statistiker, som konkluderte med at t-test var en god analysemetode i dette datasettet, på tross av enkelte brudd i antagelser for bruk av t-test.

I korrelasjonsanalysene bør variablene vanligvis være målt ved intervall eller forholdstallsnivå – men dikotomisk variabel kan også brukes (Pallant, 2020). I denne analysen ble kjønn, studieretning og om ungdommen er født i Norge eller ikke brukt som dikotomisk variabel. Ifølge Pallant (2020) bør det være samme antall respondenter i hver kategori. Blant kjønn og studieretning har de ulike gruppene lik fordeling av deltakere, men i variabelen som ser på om ungdommen er født i Norge eller ikke, er det en betydelig forskjell. Det kan tenkes at det er naturlig at det er færre ungdommer som ikke er født i Norge enn som er født i Norge, når man ønsker et representativt utvalg av den norske befolkningen i utvalget. Som tidligere drøftet er det noe færre deltakere i studien som ikke er født i Norge, enn det skulle vært ifølge SSB. Imidlertid er ikke denne forskjellen særlig stor. Lydersen (2018) hevder at antall personer tilgjengelig for den ene gruppen i en dikotomisk variabel kan være begrenset av slike årsaker. Videre hevder forfatteren at styrken da kan økes en betydelig del ved å inkludere flere i den andre gruppen (Lydersen, 2018). At det er ulikt antall deltakere i disse to gruppene i denne studien vurderes derfor som å sannsynligvis ikke ha noen betydning for resultatene.

På tross av at det er blitt vurdert at oppdelingen av de dikotomiske variablene sannsynligvis ikke har påvirket resultatet i studien, kan en kan stille spørsmål ved oppdeling av enkelte dikotomiske variabler: familieøkonomi og alder. I familieøkonomi ble det delt inn i kategoriene god, hverken god eller dårlig og dårlig. En kan for eksempel stille spørsmål ved om ungdommene i kategorien hverken god eller dårlig familieøkonomi heller kunne vært en del av gruppen med dårlig økonomi, da disse familiene ofte er i en usikker økonomisk situasjon. Når man er i en usikker økonomisk situasjon kan det argumenteres for at man da heller hører hjemme i gruppen med dårlig familieøkonomi enn god familieøkonomi, noe som ville ført til at flere ungdommer ble inkludert i analysen vedrørende SØS i t-testen – og potensielt kunne endret noe på resultatet. Det er også en del færre elever i gruppen 19-21 år, enn gruppen 16-18 år. I denne studien ble ungdommene imidlertid først fordelt i kategorier tilsvarende den alderen de hadde for å beskrive gjennomsnittlig TL og PPHK i alder. Siden

dette ikke viste noen klar forskjell i gjennomsnitt blant ungdommene i de ulike aldersgruppene, ble aldrene også delt inn i kategoriene «16-18 år» og «19-21 år». En endring av sammensetningen av disse gruppene antas derfor å sannsynligvis ha lite utslag på resultatene.

I denne studien ble det gjennomført parvis ekskludering av manglende data. Ifølge Kang (2013) er listwise ekskludering den mest vanlige måten å håndtere manglende data på – hvor man utelater respondentene som har manglende data på kun en av variablene i analysen. Kang (2013) hevder imidlertid at listwise ekskludering ikke er en optimal strategi ved små utvalg eller dersom manglende data ikke er relatert til hverken den spesifikke verdien som skal oppnås eller settet med observerte svar, som ifølge Kang (2013) ofte er en urimeelig antagelse. Parvis ekskludering av data er på den andre siden ensbetydende med at respondentene i studien kun ble ekskludert hvis de manglet data som var nødvendig for den spesifikke analysen (Kang, 2013; Pallant, 2020). Dette til si at respondentene fortsatt ble inkludert i de analysene de hadde nødvendig informasjon for å delta i (Pallant, 2020). Ifølge Kang (2013) er parvis ekskludering kjent for å være mindre forutinntatt for et datasett som dette, og de riktige mekanismene er inkludert som kovariater. Imidlertid vil analysen være mangelfull dersom det er mange manglende observasjoner (Kang, 2013). I denne studien vurderes det ikke som at det er mange manglende observasjoner, og at det derfor var hensiktsmessig å ekskludere manglende data parvis.

Når det kommer til tolking av resultater, bør en være observant på er statistisk signifikant versus klinisk signifikans (Pallant, 2020; Pripp, 2018). Med store datasett vil til og med små korrelasjonskoeffisienter (eks. $r=.2$) kunne være statistisk signifikante (Pallant, 2020). Selv om resultatet er statistisk signifikant kan den kliniske signifikansen være veldig begrenset (Pallant, 2020). For å tolke styrken av korrelasjonskoeffisienten, bør man sammenligne med annen forskning som har blitt gjennomført innen samme tema (Pallant, 2020). Dette har vært utfordrende i denne studien, da det finnes lite til ingen forskning på tema fra tidligere. Mer forskning er derfor nødvendig, for å kunne konkludere. Ifølge Pallant (2020) er det derfor nyttig å bruke et mål på effektstørrelse, for å vurdere når noe er statistisk signifikant, men har liten klinisk eller teoretisk signifikans (Pallant, 2020). Eta squared er derfor brukt som et mål på dette i denne studien, som anbefalt av Pallant (2020).

På tross av at det i dette kapitlet er drøftet flere mulige svakheter med studien, er det også viktig å understreke styrkene. Utvalget er stort, og vurderes som relativt representativt. Studien har bidratt med ny empiri om et tema som er teoretisk interessant. I tillegg er det relativt god kontroll på bakgrunnsvariabler i studien. Samtidig som at studien også er vurdert å ha nok power til å finne relativt små effektstørrelser, som ellers kunne blitt oversett.

5.4 FRAMTIDIGE PERSPEKTIVER

5.4.1 IMPLIKASJONER FOR FORSKNING

Denne studien er ut fra forfatterens kunnskap den første studien som utforsker nivåer av PPHK blant ulike grupper av ungdom. Det er derfor behov for mer forskning på dette for å bekrefte eller finne motstridende funn enn i denne studien. I denne sammenheng er det også aktuelt med en videre vurdering av validitet og reliabilitet ved bruk av MHPK-10 for

måling av PPHK, særlig grunnet takhøydeeffekten. Det kan også være interessant å utforske om PPHK kan være en moderator i forholdet mellom symptomer på angst og depresjon og opplevelse av egen psykiske helse, samt mellom stress og opplevelse av egen psykiske helse. Det kan også være interessant å utforske hvilke faktorer som påvirker at enkelte grupper av ungdom er mindre fornøyd med livet enn andre, for å bedre kunne utvikle hensiktsmessige intervensjoner for å øke FL blant disse gruppene av ungdom. I tillegg er det også behov for mer forskning på sammenhengen mellom PPHK og FL, for å sammenligne med resultatene i denne studien – for å kunne konkludere og studere det i andre aldersgrupper, og andre større utvalg. Studiene kan med fordel være longitudinelle, for å ha mulighet til å observere endring over tid i variablene, og om de har en sammenheng.

5.4.2 IMPLIKASJONER FOR FOLKEHELSEARBEID

Studien bidrar med ny kunnskap relatert til nivåer av FL, men særlig PPHK, blant ungdom. Dette gir et overblikk over grupper av ungdom som kan være særlig utsatt for lavere nivåer av FL og PPHK, som gir mulighet til å vurdere om noen grupper av ungdommer som kan trenge en ekstra innsats for å få økt FL og PPHK hos de aktuelle gruppene. Skolehelsetjenesten kan være en bidragsyter inn i dette arbeidet. Denne kunnskapen kan også være nyttig å ha med seg inn i undervisning og individuelle samtaler med ungdom, da det gir oversikt over utsatte grupper for lavere PPHK og FL. Imidlertid er det også viktig å huske at det er variasjoner innad i gruppene av ungdom også.

I tillegg bidrar studien med ny kunnskap relatert til sammenhengen mellom FL og PPHK hos ungdom. Ut fra denne studien er det ingen sterk indikasjon på at å øke PPHK isolert sett bør prioriteres for å øke FL blant ungdom. Da ser heller økt GM og færre symptomer på angst og depresjon ut til å være faktorer som i større grad har sammenheng med økt FL. Uansett hevder Bjørnsen (2019b) at, fra et folkehelseperspektiv, er selv små endringer viktige – da det å bidra til at mange ungdommer flytter seg i en positiv retning kan ha en betydning for befolkningen som helhet. Intervensjoner med mål om å øke PPHK kan derfor tenkes å kunne påvirke FL hos ungdom i positiv retning. Samtidig blir det pekt på at PPHK ikke skal sees i et vakuum, men også blant annet i sammenheng med de andre delene av PHK begrepet (Bjørnsen, 2019b; Carvalho et al., 2022). I tillegg vet man at forebyggende intervensjoner ser man ofte ikke virkningen av før lang tid etter tiltaket er gjennomført, og det kan være utfordrende å gjennomføre eksperimenter med mennesker hvor menneskene må følges opp over mange år (Mæland, 2016). Dette samsvarer med et salutogent teorigrunnlag, hvor PPHK kan tenkes å være en GMR som kan tas i bruk i møte med endringer i livskontekst, og dermed potensielt påvirke FL i positiv retning hos ungdom.

6.0 KONKLUSJON

Denne studien har gitt økt kunnskap om nivå av FL og PPHK blant ulike grupper av ungdom. Funnene i denne studien tyder på at ungdom som opplever psykiske plager (symptomer på angst/depresjon/stress), har lavere GM og bor i familier med lavere SØS særlig rapporterer lavere FL. Ungdommer med lavere PPHK og kvinner er også blant gruppene med lavere FL. Økt kunnskap om faktorer som påvirker disse spesifikke gruppene FL kan derfor være aktuelt å utforske nærmere, for å vite hvordan man kan fremme økt FL blant disse gruppene. PPHK er lavere blant gutter, yrkesfagelever, ungdom som ikke er fornøyd med livet, som er født i et annet land enn Norge og som har lavere skårer for GM. Intervensjoner for å øke PPHK blant ungdom som treffer særlig gutter, yrkesfagelever og ungdom som er født i et annet land enn Norge kan derfor tenkes å være særlig relevant i folkehelsearbeidet, der skolehelsetjenesten vil kunne være en viktig bidragsyter. Imidlertid er dette den første studien som utforsker nivå av PPHK blant ulike grupper av ungdom, så det er behov for mer forskning som utfordrer eller underbygger funnene i denne studien for å kunne konkludere.

Denne studien har også gitt økt kunnskap om hvordan PPHK påvirker FL hos ungdom. Sammenhengen mellom PPHK og FL er svak, og etter det er kontrollert for bakgrunnsvariabler, ikke signifikant. Det ser i liten grad ut til at SØS er en betydelig konfunderende faktor i denne sammenhengen, men at GM er en faktor som har noe innvirkning på sammenhengen mellom PPHK og FL. PPHK ser derfor ikke i seg selv ut til å predikere FL blant ungdom i noen betydelig grad i dette utvalget.

Denne studien har gitt økt kunnskap om det varierende nivået av FL og PPHK blant og mellom grupper av ungdom, samt at ungdommenes FL ikke er predikert av PPHK i dette utvalget. Likevel konkluderes det med at fokus på PPHK i folkehelsearbeidet, deriblant skolehelsetjenesten, ikke bør utelukkes: tidligere studier har vist at PPHK er vist å ha andre positive utfall som økt psykisk velvære (Bjørnsen, 2019b), samt kan potensielt bidra som en ressurs i ulike utfordringer ungdommene kan møte senere i livet (Carvalho et al., 2022), for eksempel i form av GM, som samsvarer med et salutogent perspektiv på helse. Det konkluderes derfor med at det er behov for mer forskning på FL og PPHK for mer kunnskap om temaene og hvilke intervensjoner som kan iverksettes for å øke FL og PPHK i ungdomsbefolkningen.

REFERANSELISTE

- Abebe, D. S., Lien, L., & Hjelde, K. H. (2014). What We Know and Don't Know About Mental Health Problems Among Immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health, 16*(1), 60–67. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9745-9>
- Andresen, S. M. H. (2021, september 17). *Norge blant landene med lavest kvinneandel i yrkesfag*. SSB. <https://www.ssb.no/utdanning/videregaende-utdanning/artikler/norge-blant-landene-med-lavest-kvinneandel-i-yrkesfag>
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (s. xx, 218). Jossey-Bass.
- Aspeland, A. (2009). *Lese- og skrivevansker og psykisk helse: Finnes det en sammenheng mellom lese- og skrivevansker og psykiske vansker hos 10. klassinger? Hvordan kan en eventuell sammenheng forklares?* [Master thesis]. <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/132678>
- Bakken, A. (2022). Ungdata. Nasjonale resultater 2022. I 62 [Report]. NOVA/OsloMet. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3011548>
- Bakken, A., Frøyland, L. R., & Sletten, M. A. (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene?* (Report Nova Rapport 3/16). Oslo Metropolitan University - OsloMet: NOVA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/20.500.12199/5103>
- Bakken, A., & Sletten, M. (2022, mars 31). *Glade gutter og triste jenter – overdrives kjønnsforskjeller av negative indikatorer på psykisk helse?* Rådet for psykisk helse. <https://psykiskhelse.no/psykiskoppvekst/perspektiver/glade-gutter-og-triste-jenter/>
- Barnekonvensjonen. (1989). *Konvensjon om barnets rettigheter (20-11-1989 nr 1 Multilateral)* [Lovdata]. <https://lovdata.no/dokument/TRAKTAT/traktat/1989-11-20-1>
- Beasley, L., Kiser, R., & Hoffman, S. (2020). Mental health literacy, self-efficacy, and stigma among college students. *Social Work in Mental Health, 18*(6), 634–650. <https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1832643>
- Befring, E., & Moen, B.-E. (2011). *Ungdom, læring og forebygging*. Cappelen Damm akademisk. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991118157624702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Bjørnsen, H. N. (2019a). *Promoting adolescent mental health: Positive mental health literacy as a concept and working strategy for school health services: Bd. 2019:140*. Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine and Health Sciences, Department of Public Health and Nursing.
- Bjørnsen, H. N. (2019b). *Promoting adolescent mental health: Positive mental health literacy as a concept and working strategy for school health services: Bd. 2019:140*. Norwegian University of Science and Technology, Faculty of Medicine and Health Sciences, Department of Public Health and Nursing.
- Bjørnsen, H. N., Eilertsen, M.-E. B., 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*(1), 717–717. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4733-6>
- Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M.-E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2019). The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *The Journal of School Nursing, 35*(2), 107–116. <https://doi.org/10.1177/1059840517732125>

- Bjørnsen, H. N., & Holmen, N. S. (2023). Kapittel 6: Helsekompetanse i skolehelsetjenestens arbeid. I H. N. Bjørnsen & B. M. Dahl, *Helsesykepleie i praksis* (1. utgave., s. 70–79). Fagbokforlaget. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_pliktmonografi_000025793
- Bonsaksen, T., Steigen, A. M., Stea, T. H., Kleppang, A. L., Lien, L., & Leonhardt, M. (2022). Negative social media-related experiences and lower general self-efficacy are associated with depressive symptoms in adolescents. *Frontiers in Public Health, 10*, 1037375. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1037375>
- Borzekowski, D. L. G. (2009). Considering children and health literacy: A theoretical approach. *Pediatrics, 124 Suppl 3*, S282–288. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1162D>
- Braun-Lewensohn, O., Idan, O., Lindström, B., & Margalit, M. (2016). Salutogenesis: Sense of coherence in adolescence. I *The Handbook of Salutogenesis* (s. 123–136). https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_14
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., Saboga-Nunes, L., Bond, E., Sørensen, K., Bitzer, E.-M., Jordan, S., Domanska, O., Firnges, C., Carvalho, G. S., Bittlingmayer, U. H., Levin-Zamir, D., Pelikan, J., Sahrai, D., Lenz, A., ... Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: A systematic review of definitions and models. *BMC Public Health, 17*(1), 361–361. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>
- Burger, K., & Samuel, R. (2017). The Role of Perceived Stress and Self-Efficacy in Young People's Life Satisfaction: A Longitudinal Study. *Journal of Youth and Adolescence, 46*(1), 78–90. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0608-x>
- Byrne, D. G., Davenport, S. C., & Mazanov, J. (2006). Profiles of adolescent stress: The development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence (London, England.), 30*(3), 393–416. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.04.004>
- Bøe, T. (2015). Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familietressmodellen og familieinvesteringsperspektivet. 27. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/handle/11250/2722380>
- Campbell, O. L. K., Bann, D., & Patalay, P. (2021). The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries. *SSM - Population Health, 13*, 100742–100742. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100742>
- Carey, G., Crammond, B., & De Leeuw, E. (2015). Towards health equity: A framework for the application of proportionate universalism. *International Journal for Equity in Health, 14*(1), 81–81. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0207-6>
- Carvalho, D., Sequeira, C., Querido, A., Tomás, C., Morgado, T., Valentim, O., Moutinho, L., Gomes, J., & Laranjeira, C. (2022). Positive Mental Health Literacy: A Concept Analysis. *Frontiers in Psychology, 13*, 877611–877611. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.877611>
- Cresswell-Smith, J., Solin, P., Wahlbeck, K., & Tamminen, N. (2023). Conceptualising and measuring positive mental health literacy: A systematic literature review. *Journal of public mental health, 22*(2), 47–59. <https://doi.org/10.1108/JPMH-12-2022-0128>

- Dahl, B. M. (2020). Kapittel 3: Helseesykepleierens arbeid—Utviklingstrekk i et folkehelseperspektiv. I B. M. Dahl (Red.), *Helseesykepleie: En grunnbok* (1. utg., s. 39–56). Fagbokforlaget.
- Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. [Høgskolen i Oslo og Akershus]. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/738/Sosial%20ulik-het%20i%20helse%20En%20norsk%20kunnskapsoversikt.%20Hovedrapport.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public Health (London)*, *199*, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- Dalen, H. B., & Larsson, M. R. (2022). *Store forskjeller i innvandreres livskvalitet (Publisert 01.03.2022, lest 10.01.2024)*. SSB. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/artikler/store-forskjeller-i-innvandreres-livskvalitet>
- De Luna, C. J. M.-M., Vitus, K., Torslev, M. K., Krasnik, A., & Jervelund, S. S. (2019). Ethnic inequalities in child and adolescent health in the Scandinavian welfare states: The role of parental socioeconomic status – a systematic review. *Scandinavian Journal of Public Health*, *47*(7), 679–689. <https://doi.org/10.1177/1403494818779853>
- Dekeyser, L., Svedin, C. G., Agnafors, S., & Sydsjö, G. (2011). Self-reported mental health in 12-year-old second-generation immigrant children in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, *65*(6), 389–395. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.566936>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, *19*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Dzamarija, M. T. (2017). Innvandrere og deres norskfødte barn – gruppene sammensetning. I T. Sandnes (Red.), *Innvandrere i Norge 2017* (s. 16–36). Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrere-i-norge-2017>
- Epland, J., & Kirkeberg, M. I. (2014, mars 18). *Flere innvandrerbarnfamilier med lavinntekt*. ssb.no. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/flere-innvandrerbarnfamilier-med-lavinntekt>
- Espenes, G.-A. (2017). Kapittel 49: Salutogenesis: The Book's Editors Discuss Possible Futures. I M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Red.), *The Handbook of Salutogenesis* (1st ed. 2016, s. 439–449). Cham: Springer Open. https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_14
- Finbråten, H. S., Kleppang, A. L., & Steigen, A. M. (2021). Using the Rasch measurement theory to assess the psychometric properties of the Hopkins Symptom Checklist-10 in adolescents. *Health and Quality of Life Outcomes*, *19*(1), 1–248. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01884-9>
- Fleary, S. A., Joseph, P., & Pappagianopoulos, J. E. (2018). Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescence*, *62*, 116–127. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.11.010>

- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (FOR-2018-10-19-1584)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Fretian, A., Bollweg, T. M., Okan, O., Pinheiro, P., & Bauer, U. (2020). Exploring associated factors of subjective health literacy in school-aged children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1720-. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051720>
- Gorczyński, P., Sims-Schouten, W., & Wilson, C. (2020). Evaluating mental health literacy and help-seeking behaviours in UK university students: A country wide study. *Journal of Public Mental Health*, 19(4), 311–319. <https://doi.org/10.1108/JPMH-10-2019-0086>
- Guimarães, A. C., Trigueiro, M. J., Coelho, T., Maia, I., Simões de Almeida, R., Simões-Silva, V., Portugal, P., Sousa, S., Campos, F., & Marques, A. (2022). Validation of the Mental Health Promoting Knowledge Scale (MHPK-10) for the Portuguese population. *RevSALUS*, 4(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v4i1.184>
- Haugan, T., Muggleton, S., & Myhr, A. (2021). Psychological distress in late adolescence: The role of inequalities in family affluence and municipal socioeconomic characteristics in Norway. *PloS One*, 16(7), e0254033–e0254033. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254033>
- Helgesen, M. K., Abebe, D. S., & Schou, A. (2017). *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk*. (NIBR/NOVA 1502–9794). <https://bufdir.no/Bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00004536>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019-2024)*. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/barn-og-unge/retningslinjer/opptappingsplan-for-barn-og-unges-psykiske-helse-2019-2024?lenkedetaljer=vis>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Folkehelse [Tema]*. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/id10877/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2024, januar 1). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. (LOV-2023-12-20-106). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonale faglige råd for lokale folkehelse tiltak – veiviser for kommunen*. Oslo: Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelse-tiltak-veiviser-for-kommunen>
- Helsedirektoratet. (2018, august 30). *Sosial ulikhet påvirker helse – tiltak og råd*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad>
- Helsedirektoratet. (2022, mai 9). *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Oslo: helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten?fbclid=IwAR2uXNt2tipLNRR7fIEEn2pGuCs5zdI40aQQbAvW2tOvotrbTzkHEq9gsR0Y>

- Helsedirektoratet. (2023). *Livskvaliteten i befolkningen er fortsatt ujevnt fordelt [nettdokument]*. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 16.11.2023, lest 10.01.2024). <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/livskvaliteten-i-befolkningen-er-fortsatt-ujevnt-fordelt>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023 [Plan]*. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
- Hirooka, N., Kusano, T., Kinoshita, S., Aoyagi, R., Saito, K., & Nakamoto, H. (2022). Association between health literacy and purpose in life and life satisfaction among health management specialists: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 12(1), 8310–8310. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11838-w>
- Hofgaard, L. S. (2022, januar 5). *Slik kan du trene ditt psykologiske immunforsvar*. <https://www.forskersonen.no/meninger-populaervitenskap-psykologi/slik-kan-du-trene-ditt-psykologiske-immunforsvar/1959650>
- Hynek, K. A., & Ababe, D. S. (2022, april 7). *Psykisk helse hos barn og unge med innvandrerbakgrunn i Norge*. Rådet for psykisk helse. <https://psykiskhelse.no/psykiskoppvekst/relasjoner/psykisk-helse-hos-barn-og-unge-med-innvandrerbakgrunn-i-norge/>
- Haavet, O. R., Sirpal, M. K., Haugen, W., & Christensen, K. S. (2011). Diagnosis of depressed young people in primary health care—A validation of HSCL-10. *Family Practice*, 28(2), 233–237. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm078>
- Jenssen, R. S. (2022, april 7). *Et kjønnsperspektiv på psykisk helse*. Rådet for psykisk helse. <https://psykiskhelse.no/psykiskoppvekst/fellesskap/et-kjonnsperspektiv-pa-psykisk-helse/>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave.). Abstrakt forlag. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_pliktonografi_000016149
- Jovanović, V., Rudnev, M., Arslan, G., Buzea, C., Dimitrova, R., Góngora, V., Guse, T., Ho, R. T. H., Iqbal, N., Jámbori, S., Jhang, F.-H., Kaniušonytė, G., Li, J., Lim, Y.-J., Lodi, E., Mannerström, R., Marcionetti, J., Neto, F., Osin, E., ... Žukauskienė, R. (2022). The Satisfaction with Life Scale in Adolescent Samples: Measurement Invariance across 24 Countries and Regions, Age, and Gender. *Applied Research in Quality of Life*, 17(4), 2139–2161. <https://doi.org/10.1007/s11482-021-10024-w>
- Kang, H. (2013). The prevention and handling of the missing data. *Korean Journal of Anesthesiology*, 64(5), 402–406. <https://doi.org/10.4097/kjae.2013.64.5.402>
- Kulturdepartementet. (2019, desember 11). *Regjeringens handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunn av etnisitet og religion 2020-2023 [Plan]*. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-mot-rasisme-og-diskriminering-pa-grunn-av-etnisitet-og-religion-2020-2023/id2681929/>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present and Future. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>

- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., & Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(6), 567–569. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>
- Kvaløy, K., & Rangul, V. (2020). *Selvopplevd helse, kroppsmasse og risikoatferd blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017-19* (Helsestatistikk-rapport nummer 1 fra Ung-HUNT4; ISBN 978-82-91725-18-5). HUNT forskningscenter.
- Kvarme, L. G., Haraldstad, K., Helseth, S., Sørsum, R., & Natvig, G. K. (2009). Associations between general self-efficacy and health-related quality of life among 12-13-year-old school children: A cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 85–85. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-85>
- 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(1), 26–26. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-8-26>
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Joranger, P., & Guttersrud, Ø. (2021). Befolkningens helsekompetanse, del II: Helsekompetansen i fem utvalgte innvanderpopulasjoner i Norge: Pakistan, Polen, Somalia, Tyrkia og Vietnam. Rapport IS-2988. 121. <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/2759457>
- Leganger, A., Kraft, P., & Røysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behaviour research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology & Health*, 15(1), 51–69. <https://doi.org/10.1080/08870440008400288>
- Lindström, B. (2020). Kapittel 8: Frontiers of salutogenesis from the origin to public health implications. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie: En grunnbok* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2010). *The hitchhiker's guide to salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion: Bd. 2010:2*. Folkhälsan.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal akademisk. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991512959054702202"&mediateype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Liu, Z., Yuan, F., Zhao, J., & Du, J. (2023). Reliability and validity of the positive mental health literacy scale in Chinese adolescents. *Frontiers in Psychology*, 14, 1150293–1150293. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1150293>
- Loer, A.-K. M., Domanska, O. M., Stock, C., & Jordan, S. (2020). Subjective Generic Health Literacy and Its Associated Factors among Adolescents: Results of a Population-Based Online Survey in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8682. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228682>
- Lydersen, S. (2018). Balanserte eller ubalanserte utvalg? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0539>
- Lønne, A. (2019). Salutogenese. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/salutogenese>
- Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldbatt, P., & Morrison, J. (2020). *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*. Institute of Health Equity. <https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>
- Meld. St. 15 (2022–2023). (2023). *Folkehelsemeldinga—Nasjonal strategi for utjevning av sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/nn/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>

- Meld. St. 19 (2014-2015). (2015). *Folkehelsemeldingen—Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Meld. St. 19 (2018-2019). (2018). *Folkehelsemeldinga—Gode liv i eit trygt samfunn*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/nn/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Meld. St. 23 (2022-2023), H. (2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>
- Mikkelsen, H. T., Haraldstad, K., Helseth, S., Skarstein, S., Småstuen, M. C., & Rohde, G. (2020). Health-related quality of life is strongly associated with self-efficacy, self-esteem, loneliness, and stress in 14-15-year-old adolescents: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes, 18*(1), 352–352. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01585-9>
- Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2011). Evaluation of the Norwegian version of the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ-N): Factorial validity across samples. *Scandinavian Journal of Psychology, 52*(6), 601–608. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00907.x>
- Moksnes, U. K., Løhre, A., Byrne, D. G., & Haugan, G. (2014). Satisfaction with Life Scale in Adolescents: Evaluation of Factor Structure and Gender Invariance in a Norwegian Sample. *Social Indicators Research, 118*(2), 657–671. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0451-3>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Universitetsforl.
- Nes, R. B., Røysamb, E., Eilertsen, M. G., Hansen, T., & Nilsen, T. S. (2021, desember 17). *Livskvalitet i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/>
- Neto, F. (1993). The Satisfaction with Life Scale: Psychometrics Properties in an Adolescent Sample. *Journal of Youth and Adolescence, 22*(2), 125–134. <https://doi.org/10.1007/BF01536648>
- Nordentoft, M. (2021). Kapittel 7: Psykiske lidelser. I F. Kamper-Jørgensen, G. Almind, & B. Bruun Jensen (Red.), *Forebyggende sundhedsarbejde: Baggrund, analyse og teori, arbeidsmetoder* (7. udg., s. 121–137). Munksgaard.
- Olyani, S., Gholian Aval, M., Tehrani, H., & Mahdizadeh-Taraghdari, M. (2021). School-based mental health literacy educational interventions in adolescents: A systematic review. *Savād-i Salāmat, 6*(2), 69–77. <https://doi.org/10.22038/jhl.2021.58551.1166>
- Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (7th edition.). Open University Press.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2021). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pehlivan, Ş., Tokur Kesgin, M., & Uymaz, P. (2021). Psychological distress and mental health literacy in university students. *Perspectives in Psychiatric Care, 57*(3), 1433–1441. <https://doi.org/10.1111/ppc.12709>
- Pripp, A. H. (2018). Pearsons eller Spearmans korrelasjonskoeffisienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0042>

- Quon, E. C., & McGrath, J. J. (2014). Subjective Socioeconomic Status and Adolescent Health: A Meta-Analysis. *Health Psychology, 33*(5), 433–447.
<https://doi.org/10.1037/a0033716>
- Ran, M., Peng, L., Liu, Q., Pender, M., He, F., & Wang, H. (2018). The association between quality of life(QOL) and health literacy among junior middle school students: A cross-sectional study. *BMC Public Health, 18*(1), 1183–1183.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-6082-5>
- Riksrevisjonen. (2015). *Undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2014-2015/offentlig-folkehelsearbeid/>
- Røysamb, E., & Nes, R. B. (2022, mars 31). *Livskvalitet og gode liv*. Rådet for psykisk helse. <https://psykiskhelse.no/psykiskoppvekst/perspektiver/livskvalitet-og-gode-liv/>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet. Child & Adolescent Health, 2*(3), 223–228.
[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment: Official Organ of the European Association of Psychological Assessment, 18*(3), 242–251. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.18.3.242>
- Schwarzer, R., & Born, A. (1997). Optimistic self-beliefs: Assessment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures. *World Psychology, 3*, 177–190.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. I J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Red.), *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and control beliefs* (s. 35–37).
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A., Zhang, X. C., & Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 16*(1), 1–10.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.005>
- Skovlund, E. (2017). Når bør man velge en ikke-parametrisk metode? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0219>
- SSB. (2017). *Videregående opplæring og annen videregående utdanning*. SSB.
<https://www.ssb.no/utdanning/videregaende-utdanning/statistikk/videregaende-opplaering-og-annen-videregaende-utdanning>
- Stavseth, M. R. (2020). Sensitivitetsanalyser – hvor robust er resultatet? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0099>
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry, 57*(2), 113–118.
<https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Syse, A., Grøholt, E.-K., Madsen, C., Aarø, L. E., Strand, B. H., & Næss, Ø. E. (2022, september 16). *Folkehelse rapporten: Sosiale helseforskjeller i Norge*. FHI.
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/sosiale-helseforskjeller/>
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.-T., Enger-Karlsen, T., Narum, I. G., & Nybø, A. (2002). «Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/empowerment-i-helsefremmende-arbeid>

- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed., International ed.). Pearson.
- Teixeira, S. M. A., Coelho, J. C. F., Sequeira, C. A. da C., Lluch i Canut, M. T., & Ferré-Grau, C. (2019). The effectiveness of positive mental health programs in adults: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 27(5), 1126–1134. <https://doi.org/10.1111/hsc.12776>
- Thoresen, M. (2018). Konfundering – et tilbakevendende problem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0795>
- Videregående opplæring—Vilbli.no. (u.å.). Hentet 31. oktober 2023, fra <https://beta.vilbli.no/nb/no>
- Vaage, A. B., Tingvold, L., Hauff, E., Ta, T. V., Wentzel-Larsen, T., Clench-Aas, J., & Thomsen, P. H. (2009). Better mental health in children of Vietnamese refugees compared with their Norwegian peers—A matter of cultural difference? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 34–34. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-3-34>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 291–291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- WHO. (2022, juni 17). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Zhang, X., Yue, H., Hao, X., Liu, X., & Bao, H. (2023). Exploring the relationship between mental health literacy and psychological distress in adolescents: A moderated mediation model. *Preventive Medicine Reports*, 33, 102199–102199. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102199>
- Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., & Li, X. (2018). The relationship between health literacy and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 201–201. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1031-7>
- Özpulat, F., Öztaş, D., & Günaydin, N. (2022). Reliability and Validity of the Positive Mental Health Literacy Scale in Turkish Adolescents. *Alpha Psychiatry : (Online)*, 23(2), 76–81. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2022.21165>

VEDLEGG

Vedlegg 1: Godkjenning fra REK

Vedlegg 2: Spørreskjema

Vedlegg 3: Analyseplan

VEDLEGG 1: GODKJENNING FRA REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Karoline Tammert	73597509	24.04.2015	2014/1996/REK midt
			Derec dato:	Derec referanse:
			26.02.2015	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Unni Karin Moksnes
HIST

2014/1996 Psykisk helse hos ungdom: Implementering av en helsefremmende intervensjon utført av helsesøster i skolen

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Sør-Trøndelag
Prosjektleder: Unni Karin Moksnes

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble første gang behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 28.11.2014. Vedtak ble da utsatt. Tilbakemelding ble mottatt 26.02.2015. Tilbakemeldingen ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 10.04.2015. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektomtale

Prosjektet "Psykisk helse hos ungdom: Implementering og evaluering av en helsefremmende intervensjon utført av helsesøster i skolen" vil evaluere implementeringen av en skolebasert intervensjon om psykisk helse blant elever i videregående skole, ledet av helsesøster. Et sentralt forskningsspørsmål er: Hvordan virker en skolebasert intervensjon om psykisk helse på ungdoms kunnskap, holdninger og mestringsressuser? Prosjektet vil anvende kvalitative og kvantitative metoder. Den kvalitative delen vil undersøke ungdoms meninger om resultater som foreligger i Ungdata undersøkelsen for Trondheim. Den kvantitative delen vil være et ikke-randomisert intervensjonsstudie med eksperiment og kontrollgruppe. Intervensjonen vil gjennomføres i skoletiden. Data vil samles ved hjelp av elevers selvrappotering i spørreskjema

Vurdering

Komiteens representant for sykepleie, Anne G. Vinsnes, meldte seg inhabil og deltok ikke i vurderingen av prosjektet.

Saksgang

Komiteen vurderte prosjektet første gang i møtet 28.11.2014. Prosjektet hadde noen uklarheter, og komiteen ba derfor om en tilbakemelding før endelig vedtak ble fattet.

Tilbakemeldingen datert 26.02.2015

Prosjektleder har i tilbakemeldingen beskrevet nærmere hva intervensjonen innebærer og hvordan rekrutteringen vil foregå. Selve intervensjonen er en del av den obligatoriske undervisningen, mens utfylling av spørreskjemaene og fokusgruppeintervjuene er en del av prosjektet. Videre har prosjektleder gjort rede for hvordan de skal sikre at studiedeltakelsen er reelt frivillig. Dette gjøres blant annet ved at det informeres om at de som ikke ønsker å delta leverer blanke spørreskjema. Prosjektleder viser samtidig til at denne studien tar for seg generell psykisk helse. Det legges derfor opp til at elever ved behov kan kontakte

Besøksadresse:
Det medisinske fakultet
Medisinsk teknisk
forskningssenter 7489
Trondheim

Telefon: 73597511
E-post: rek-midt@medisin.ntnu.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i
saksbehandlingen, bes adressert til REK
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to
the Regional Ethics Committee, REK
midt, not to individual staff

helsesøster.

Prosjektleder søker om tillatelse til å samle inn elevenes fødsels- og personnummer. Dette er ønskelig for å kunne analysere data opp mot registerdata i framtidige prosjekter.

Vurdering

Forsvarlighet

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting, plan for gjennomføring og tilbakemeldingen datert 26.02.2015. Komiteen godkjenner ikke at fødsels- og personnummer samles inn i forbindelse med spørreskjemaene, da det ikke fremkommer nok informasjon om hvorfor dette er nødvendig. Under forutsetning av at vilkårene nedenfor tas til følge, framstår prosjektet som forsvarlig og hensynet til deltakernes velferd og integritet er ivaretatt.

Forbedring av informasjonsskrivene

Komiteen ber om en revisjon i samsvar med følgende punkter.

- I informasjonsskrivene som gjelder fokusgruppeintervjuene: At "...bestå av omtrent 10 skolelever..." endres til "...bestå av 5-8 skoleelever..."
- At det opplyses om mulige fordeler og ulemper i alle informasjonsskrivene.

Vilkår for godkjenning

1. Komiteen ber om at forskningsprotokollen revideres i henhold til informasjonen gitt i tilbakemeldingen datert 26.02.2015. Revidert protokoll og de reviderte informasjonsskrivene skal sendes komiteen til orientering. Venligst benytt e-postadressen post@helseforskning.etikk.no og "REK midt 2014/1996" i emnefeltet. Den reviderte protokollen og reviderte informasjonsskrivene skal sendes komiteen for studien igangsettes.
2. Komiteen godkjenner ikke at fødsels- og personnummer samles inn i forbindelse med spørreskjemaene, da det ikke fremkommer nok informasjon om hvorfor dette er nødvendig. Komiteen ber om at prosjektleder sender inn søknad om prosjektendring, dersom det blir aktuelt å koble mot et eller flere spesifikke register.
3. Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, protokollen og tilbakemeldingen datert 26.02.2015. Prosjektet må også gjennomføres i henhold til REKs vilkår i saken og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven (hfl.) med forskrifter.
4. Komiteen forutsetter at ingen personidentifiserbare opplysninger kan framkomme ved publisering eller annen offentliggjøring.
5. Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Av kontrollhensyn skal prosjektdata oppbevares i fem år etter sluttmelding er sendt REK. Data skal derfor oppbevares til denne datoen, for deretter å slettes eller anonymiseres, jf. hfl. § 38.

Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge godkjenner prosjektet med de vilkår som er gitt.

Komiteen var enstemmig i sin beslutning.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK midt på eget skjema senest 30.06.2024, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK midt dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.
Leder, REK midt

Karoline Tammert
Seniorkonsulent

Kopi til: ingeborg.o.kamsvag@hist.no

SKOLEHELSETJENESTEN OG PSYKISK HELSE HOS UNGDOM SPØRREUNDERSØKELSE

Bakgrunn: Med dette spør vi deg om å delta i en spørreundersøkelse om skolehelsetjenesten og psykisk helse hos ungdom. Undersøkelsen gjennomføres ved NTNU Senter for helsefremmende forskning og Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, i samarbeid med Trondheim kommune og Sør-Trøndelag fylkeskommune. Kunnskapen fra prosjektet kan brukes for å styrke skolehelsetjenestens helsefremmende og forebyggende arbeid når det gjelder psykisk helse hos ungdom.

Hva innebærer studien? Du som elev forespørres om å delta i en spørreundersøkelse som besvares individuelt i løpet av en skoletime. Spørreskjemaet har tidligere blitt delt ut høsten 2016, og nå er det andre /siste runde. Spørsmålene handler om skolehelsetjenesten, psykisk helse, familie, venner, mestring og opplevelse av stress. De som ikke ønsker å delta kan jobbe med skolearbeid og levere et blankt spørreskjema.

Mulige fordeler og ulemper: Besvarelse av spørreskjema innebærer ingen kjente negative konsekvenser for deg som deltager og ditt bidrag kan gi viktig kunnskap om ungdoms helse og mestringressurser. Hvis besvarelse av spørreskjema oppleves ubehagelig er det mulig å ta kontakt med helsesøster ved din skole.

Frivillig deltagelse: Besvarelse av spørreskjemaet er frivillig og er ikke del av undervisningen på skolen. Dersom du ikke vil delta, har det ingen konsekvenser for deg. Du samtykker til deltagelse ved å fylle ut dette spørreskjemaet. Spørreundersøkelsen er anonym og derfor er det ikke mulig å trekke seg etter at du har levert fra deg spørreskjemaet, fordi vi ikke kan spore svaret tilbake til deg.

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge (REK). Prosjektet er del av et større studie finansiert av Norges Forskningsråd og NTNU. Av kontrollhensyn vil prosjektdata oppbevares i 5 år etter at sluttmelding er sendt REK.

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

Regine Ringdal
doktorgradsstipendiat
E-post: regine.ringdal@ntnu.no
Tlf. 73 41 21 08

Hanne Nissen Bjørnsen
doktorgradsstipendiat
E-post: hanne.n.bjornsen@ntnu.no
Tlf. 73 41 24 46

Unni Karin Moksnes
førsteamanuensis, prosjektleder
E-post: unni.moksnes@ntnu.no
Tlf. 73 41 21 56



Kunnskap for en bedre verden
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

LES DETTE FØR DU STARTER!	<p>Skjemaet skal leses maskinelt. Vennligst følg disse reglene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Bruk svart/blå kulepenn. Skriv tydelig, og ikke utenfor feltene. Kryss av slik: <input checked="" type="checkbox"/>.</i> • <i>Feilkryssinger kan strykes ved å fylle hele feltet. Kryss så i rett felt.</i> • <i>Sett bare ett kryss på hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.</i>
--	---

Les spørsmålene i tur og orden. Det er ingen «riktige» eller «gale» svar – det er dine egne oppfatninger og meninger vi er interessert i. Er det spørsmål som du synes er for vanskelige, eller som du ikke vil svare på, kan du hoppe over dem, men husk at det er viktig for kvaliteten til undersøkelsen at alle spørsmålene blir besvart. Ikke bruk for lang tid på noen av spørsmålene.



KS-17
3-4

Undersøkelsen gjennomføres
med støtte fra SFT/NTNU



T2

1

C



Denne undersøkelsen vil bli gjennomført i to omganger. For å kunne sette sammen dine svar fra de to omgangene, trenger vi en «kode» som gjør dette mulig, samtidig som du forblir anonym. Til dette bruker vi informasjonen som vi ber deg skrive i feltene til høyre: ⇒
NB: Vi har ingen mulighet til å spore svarene deres tilbake til enkeltpersoner, da vi ikke har tilgang til klasselistene.

STORE, TYDELIGE BLOKKBOKSTAVER, ett tegn pr. felt.

De to første bokstavene i *din mors første fornavn*: ⇒

De to første bokstavene i *navnet på gata der du bor* (din folkeregistrerte gateadresse): ⇒

De to første bokstavene i *fornavnet ditt*: ⇒

A. BAKGRUNNSINFORMASJON

1. Kjønn: ⇒ Kvinne.. ₁ Mann.... ₂ 2. Din alder (antall år): ⇒

3. Din studieretning:

Bygg- og anleggsteknikk..... <input type="checkbox"/> ₁	IKT servicefag..... <input type="checkbox"/> ₂	Service og samferdsel..... <input type="checkbox"/> ₁₁
Design og håndverk..... <input type="checkbox"/> ₂	Media og kommunikasjon..... <input type="checkbox"/> ₇	Studiespesialisering..... <input type="checkbox"/> ₁₂
Elektro..... <input type="checkbox"/> ₃	Musikk, dans og drama..... <input type="checkbox"/> ₃	Teknikk og industriell produksjon..... <input type="checkbox"/> ₁₃
Helse- og oppvekstfag..... <input type="checkbox"/> ₄	Naturbruk..... <input type="checkbox"/> ₃	Toppidrett fotball..... <input type="checkbox"/> ₁₄
Ideeltfag..... <input type="checkbox"/> ₃	Påbygging til generell studiekompetanse..... <input type="checkbox"/> ₁₀	Annet..... <input type="checkbox"/> ₁₅

4. Hvilket trinn går du på? ⇒ 1. trinn..... ₁ 2. trinn..... ₂ 3. trinn..... ₃ 4. trinn..... ₄

5. Hva er dine foreldres sivilstatus? ⇒ Gift/samboere med hverandre..... ₁ Enkeltenkemann..... ₂
Separert / skilt / bor ikke sammen .. ₃

6. I hvilket land er du og foreldrene dine født?

1. Du: Norge ₁ Annet land ₂ 2. Mor: Norge ₁ Annet land ₂ 3. Far: Norge ₁ Annet land ₂

7. Hvor mange år har du bodd i Norge? NB: Avrund til nærmeste antall hele år. ⇒

8. Hva er dine foreldres/foresattes høyeste fullførte utdanning? ⇒

NB: Sett ett kryss for mor / kvinnelig foresatt, og ett for far / mannlig foresatt.

	Mor ↓	Far ↓
Grunnskole.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
Videregående skole.....	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Høgskole/universitet, opptil 4 år.....	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
Høgskole/universitet, mer enn 4 år.....	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
Vet ikke.....	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅

9. Hva er dine foreldres/foresattes yrkesmessige status? ⇒

NB: Sett ett kryss for mor / kvinnelig foresatt, og ett for far / mannlig foresatt.

	Mor ↓	Far ↓
I arbeid på heltid.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₁
I arbeid på deltid.....	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₂
Permittert/arbeidsløs.....	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₃
Hjemmeværende.....	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₄
Annet.....	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₅

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål

10. Hvordan har familiens økonomi vært de siste to årene? ⇒
- NB: Her setter du bare ett kryss.
- | | |
|---|--------------------------|
| Vi har hatt dårlig råd hele tida | <input type="checkbox"/> |
| Vi har stort sett hatt dårlig råd | <input type="checkbox"/> |
| Vi har verken hatt dårlig råd eller god råd | <input type="checkbox"/> |
| Vi har stort sett hatt god råd | <input type="checkbox"/> |
| Vi har hatt god råd hele tida | <input type="checkbox"/> |

B. INFORMASJON OG KUNNSKAP OM HELSE

1. På skalaen fra 1 til 5, synes du at du har nok kunnskap til å kunne ta vare på ... ⇒
- | | Nei, i liten grad | | | Ja, i stor grad | | Vet ikke |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ↓ |
| 1. ... egen fysisk helse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ... egen psykisk helse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Her er 18 utsagn om ting som kan være viktige for god psykisk helse. På skalaen fra 1 til 5, hvor riktig er hvert utsagn?
- | | Helt feil
1 | Litt feil
2 | Verken /eller
3 | Litt riktig
4 | Helt riktig
5 | Vet ikke
↓ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Å være i fysisk aktivitet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Å bruke rusmidler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Å spise nok sunn mat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Å ha minst én god venn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Å håndtere stressende situasjoner på en god måte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Å ha innflytelse på egen hverdag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Å handle ut fra egne ønsker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Å ha tro på seg selv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Å ha gode søvnrutiner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Å ta valg basert på egen vilje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Å sette grenser for egne handlinger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Å være en god venn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Å ha det trygt hjemme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Å kjenne at man hører til i et fellesskap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Å mestre sine egne negative tanker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Å sette grenser for hva som er OK for meg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Å føle seg verdifull uavhengig av egne prestasjoner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Å oppleve skolemestring | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KS-17
2-4

Informasjon gjennomføres
med spørretiltalt (IT/IT)

T2 3 C

Før du fortsetter: Kontroller at du ikke har glemt noe på denne sida.

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål.

- | | Helt
feil
1 | Litt
feil
2 | Litt
nådig
3 | Helt
nådig
4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3. Jeg er sikker på at jeg ... | | | | |
| 1. ... har god kunnskap om helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ... ved behov kan komme med forslag til hvordan helsesituasjonen i mine nære omgivelser kan forbedres (f.eks. i nærmiljøet, familie, venner) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ... kan vurdere helserelatert informasjon fra ulike kilder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ... kan følge instruksjoner gitt av helsepersonell (f.eks. sykepleier, lege) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ... enkelt kan gi eksempler på ting som er viktig for god helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ... kan vurdere hvordan mine handlinger påvirker miljøet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ... kan finne forståelig informasjon om helse når jeg trenger det | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ... kan vurdere hvordan mine handlinger påvirker helsen min | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ... vanligvis kan avgjøre om helserelatert informasjon er rett eller feil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ... kan begrunne valg jeg tar når det gjelder helsen min | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. HELSESØSTER/SKOLEHELSETJENESTEN

- | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hvor ofte har du oppsøkt helsesøster/skolehelsetjenesten det siste skoleåret? ⇒ | Ingen
gang
1 | 1 - 3
ganger
2 | Mer enn 3
ganger
3 | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 2. Hvis du har vært hos helsesøster/skolehelsetjenesten det siste skoleåret: Hva var grunnen(e) til dette? | I liten
grad
1 | 2 | 3 | 4 | I stor
grad
5 | I liten
grad
1 | 2 | 3 | 4 | I stor
grad
5 | |
| 1. Fysisk helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Trivsel og vennskap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Psykisk helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Mobbing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Seksuell helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Rus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Familiesituasjon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Annet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har du i løpet av det siste skoleåret ønsket å gå til helsesøster, men ikke gjort det? ⇒ | | | | | | Nei
1 | Ja
2 | | | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 4. Hvordan synes du helsesøster/skolehelsetjenesten fungerer på din skole? ⇒ | Svært
dårlig
1 | Dårlig
2 | Verken
/eller
3 | Bra
4 | Svært
bra
5 | Vet
ikke
6 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | |

KS-17
5-4

Utdanningen gjennomfører
meldingene til EIT-07, v702

T2

4

C

Før du fortsetter: Kontroller at du ikke har glemt noe på denne sida.

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål.

5. Hvor enig eller uenig er du i disse utsagnene?
- | | Svært uenig
1 | Litt uenig
2 | Verken /eller
3 | Litt enig
4 | Svært enig
5 | Uaktuelt
6 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Jeg synes helsesøster/skolehelsetjenesten i tilstrekkelig grad er tilgjengelig på skolen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jeg har tillitt til helsesøster/skolehelsetjenesten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Det er nyttig at helsesøster/skolehelsetjenesten kommer til klassen og har undervisning/seminar med oss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Det er nyttig å snakke med helsesøster/skolehelsetjenesten individuelt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
6. Hva ønsker du av helsesøster/skolehelsetjenesten?
- | | I liten grad
1 | 2 | 3 | 4 | I stor grad
5 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Åpen dør og individuelle samtaler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Resept på prevensjon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Prevensjonsveiledning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Undervisning om fysisk helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Undervisning om psykisk helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Undervisning om seksuell helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
7. Hvis du ønsker at helsesøster/skolehelsetjenesten skal drive undervisning: Hvordan mener du at denne undervisningen fortrinnsvis bør gis? ⇒
- | | I klassen
1 | I mindre grupper
2 | Individuelt
3 | Ønsker ikke
4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Undervisning om fysisk helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Undervisning om psykisk helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Undervisning om seksuell helse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- NB: Bare ett kryss på hver linje
8. Ønsker du at helsesøster/skolehelsetjenesten skal være tilgjengelig i sosiale media? ⇒
- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| Nei... <input type="checkbox"/> | Vet ikke ... <input type="checkbox"/> |
| Ja ... <input type="checkbox"/> | |
9. Hvis ja: På hvilke sosiale media ville du fulgt helsesøster/skolehelsetjenesten? ⇒
- | | Nei
1 | Ja
2 | | Nei
1 | Ja
2 |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Facebook | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Instagram | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Snapchat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Youtube | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Blogg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Annet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
10. «MEST» er seminar eller undervisning i regi av skolehelsetjenesten/helsesøster. Eksempler på temaer som kan ha vært tatt opp er søvn, stress, avslapning og psykisk helse. Har du deltatt på MEST-seminar, -undervisning, -grupper dette skoleåret? ⇒
- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| Nei... <input type="checkbox"/> | Vet ikke ... <input type="checkbox"/> |
| Ja ... <input type="checkbox"/> | |
- Hvis nei eller vet ikke: Vennligst hopp til del D (Familie, venner og skole) på neste side!
11. Vil du anbefale at MEST tilbys til andre elever i videregående skoler? ⇒
- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| Nei... <input type="checkbox"/> | Vet ikke ... <input type="checkbox"/> |
| Ja ... <input type="checkbox"/> | |

KS-17
3-4

Undersøkelser gjennomføres
med utgangspunkt i 2017-01-01

T2 5 C

Før du fortsetter: Kontroller at du ikke har glemt noe på denne sida.

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål.

12. Hvor enig er du i følgende påstander om seminar/undervisning i regi av helsesøster/skolehelsetjenesten (MEST) dette skoleåret?
- | | Svært uenig
1 | Litt uenig
2 | Verken /eller
3 | Litt enig
4 | Svært enig
5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Tema som har vært tatt opp på seminarene er relevant for meg..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Seminarene har vært strukturerte..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Jeg ønsker flere seminar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Seminarene har vært nyttige for meg..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jeg ønsker andre tema på seminarene enn de som har vært tatt opp..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Tidspunkt for seminarene har vært passende..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Seminarene har vært engasjerende..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Lengden på seminarene har vært passende..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Jeg har lært noe ved å delta på seminarene..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Jeg har lært nyttige verktøy/teknikker på seminarene som jeg har brukt i ettertid..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Jeg skulle ønske det var mindre grupper på seminarene..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Jeg skulle ønske det var mer tid til aktiv deltagelse under seminarene (f.eks. diskusjon med medelever, praktiske øvelser)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D. FAMILIE, VENNER OG SKOLE

1. Hvor godt forhold synes du at du har til din nære familie og omgangskrets? ⇒
- | | Svært dårlig
1 | Dårlig
2 | Verken /eller
3 | Godt
4 | Svært godt
5 | Ikke aktuelt
6 |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Far..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Søskene..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Stesøsken/halvsøsken..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Stemor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Stefar..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Besteforeldre..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Kjæreste..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Venner..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Lærer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Nabo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- NB: Hvis det er noen av disse du ikke har eller ikke har kontakt med, krysser du av for «Ikke aktuelt».*
- Hvis flere personer tilhører samme kategori, vennligst tenk på den personen du har best forhold til.*
2. Hender det at du føler du deg ensom? ⇒
- | | Svært sjelden
el. aldri
1 | Sjelden
2 | Av og til
3 | Ofta
4 | Svært ofte
5 |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KS-17
9-4

Undersøkelser gjennomføres
med spørsmål 2, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

T2

6

C

Før du fortsetter: Kontroller at du ikke har glemt noe på denne side.

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål.

3. Hvor mange nære venner har du? *Regn bare med de du kan snakke fortrolig med, og som kan gi deg god hjelp når du trenger det.* ⇒
- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ingen | Én | To | 3 - 5 | 6 el. flere |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
4. Hvor ofte er du sammen med venner som du ikke bor sammen med? ⇒
- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aldri | Under én gang i året | 1 - 2 ganger i året | Ca. hver måned | Ca. hver uke | Flere ganger i uka |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
5. Hvor godt stemmer følgende for deg?
- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Stemmer svært dårlig | Stemmer ganske dårlig | Verken /eller | Stemmer ganske godt | Stemmer svært godt |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
1. Å ha kontakt med venner på sosiale medier er svært viktig for meg
2. Jeg hadde følt meg utenfor hvis jeg ikke var på de samme sosiale mediene som vennene mine
3. Personene jeg har kontakt med på sosiale medier, er de samme som jeg har kontakt med utenom nettet
6. Hvor enig eller uenig er du i hvert av disse utsagnene?
- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sterkt uenig | Litt uenig | Verken /eller | Litt enig | Sterkt enig |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
1. Jeg har noen som er der når jeg trenger dem
2. Jeg har noen jeg kan dele mine gleder og sorger med
3. Familien min prøver virkelig å hjelpe meg
4. Jeg får den følelsesmessige hjelpen og støtten jeg trenger fra familien min
5. Jeg har noen som virkelig kan trøste meg
6. Vennene mine prøver virkelig å hjelpe meg
7. Jeg kan stole på at vennene mine vil støtte meg når ting går galt
8. Jeg kan snakke om mine problemer med familien min
9. Jeg har venner som jeg kan dele mine gleder og sorger med
10. Det er noen i livet mitt som bryr seg om mine følelser
11. Familien min er villig til å hjelpe meg med å ta avgjørelser
12. Jeg kan snakke om mine problemer med mine venner
7. Hvor ofte opplever du følgende?
- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Aldri | Av og til | Minst 1 gang pr. mnd. | Minst 1 gang i uka | Nesten hver dag |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
1. Jevnaldrende anklager deg for ting du ikke har gjort eller ikke kan noe for
2. Jevnaldrende viser at de ikke liker deg, f.eks. ved å erte, hviske eller gjøre narr av deg ..
3. Én eller flere jevnaldrende slår deg, eller gjør deg vondt på andre måter
4. Du blir plaget av jevnaldrende på sosiale medier

KS-17
5-4

Undersøkelser gjennomføres med samarbeid fra T2, T7, T8, T9

T2 7 C

Før du fortsetter: Kontroller at du ikke har glemt noe på denne sida.

Husk: Børn ett kryss på hvert spørsmål!

- Hvor ofte opplever du følgende?
5. Du er med på å plage jevnaldrende..... Aldri Av og til Minst 1 gang pr. mnd. Minst 1 gang i uka Nesten hver dag
6. Du er med på å plage jevnaldrende på sosiale medier.....
8. Trivsel på skolen: ⇒
1. Trives du på skolen din?..... Svært dårlig Dårlig Verken /eller Godt Svært godt
2. Trives du sammen med de andre elevene i klassen din?.....
3. Trives du med lærerne dine?.....
9. Hvor mange hele dager er du vanligvis borte fra skolen i løpet av en måned? ⇒
- Ingen dager Én dag To dager 3 - 4 dager 5 - 6 dager 7 dager el. mer
10. Føler du press fra andre enn deg selv når det gjelder noe av dette? ⇒
1. Utseendet ditt..... I liten grad I stor grad
2. Skoleprestasjoner.....
3. Idrettsprestasjoner.....
4. Å være sosial.....
5. Å være vellykket.....
6. Stort sett alt i livet.....
7. Annet.....

E. DU OG HELSEN DIN

1. Hvordan er helsen din nå? ⇒
- Svært dårlig Dårlig Verken god eller dårlig God Svært godt
2. Hvor ofte deltar du i idrett/sport eller fysisk aktivitet hardt nok til at du puster fort, svetter eller at hjertet banker fort i 20 minutter? ⇒
- Hver dag 4 - 6 dager i uka 2 - 3 dager i uka 1 dag i uka Under 1 dag i uka Under 1 dag pr. mnd. Aldri
3. Hvor mange timer sover du vanligvis pr. natt på uke-dagene (ikke i helgen)? ⇒
- Under 6 timer 6 - 7 timer 8 - 9 timer Over 9 timer
4. Hvor mange timer sover du vanligvis om ettermiddagen etter en skoledag? ⇒
- Sovor ikke Opptil 30 min. 30 min. - 1 time 1 - 2 timer Over 2 timer

KS-17
5-4

Undersøkelser gjennomføres
med samtykke til T2, T8, C

T2 8 C

Før du fortsetter: Kontroller at du ikke har glemt noe på denne side.

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål.

		Aldri	Sjelden	1 dag	2 – 4 dager	5 – 7 dager
		1	2	3	4	5
5.	Hvor ofte gjør du følgende? ⇒					
	1. Røyker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Snuser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Driker alkohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Spiser frokost.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Spiser lunsj.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Spiser middag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Hvor ofte har du hatt noen av disse plagene i løpet av de tre siste månedene? ⇒	Aldri/sjelden	Ca. én gang i måneden	Ca. én gang i uka	Flere ganger i uka	Nesten hver dag
	1. Hodepine/migrene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Nakke-/skuldersmerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Smarter i øvre del av ryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Smarter i nedre del av ryggen / setet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Smarter i brystkassen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Magesmerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Smarter i venstre arm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Smarter i høyre arm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Smarter i venstre bein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Smarter i høyre bein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Andre smerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Her er en liste med plager og problemer som man av og til har. Hvor mye har hvert enkelt problem plaget deg i løpet av de siste 2 ukene (til og med i dag)? ⇒	Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Svært mye	
	1. Plutselig frykt uten grunn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. Følt deg redd eller engstelig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. Svimmel eller kraftløs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4. Følt deg anspent eller urolig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5. Lett for å klandre deg selv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6. Søvnproblemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7. Følt deg nedfor eller trist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8. Følelse av å være lite verdt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9. Følelse av at alt er et slit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10. Følelse av håpløshet når du tenker på fremtiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

KS-17
5-4

Undersøket gjennomført med spørre 217-17, 17/12

T2 9 C

Før du fortsetter: Kontroller at du ikke har glemt noe på denne sida.

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål.

8. Her er en del utsagn om følelser og tanker. Vennligst kryss av for det som best beskriver din opplevelse de siste 2 ukene: ⇒

	Ikke i det hele tatt 1	Sjelden 2	En del av tiden 3	Ofta 4	Hele tiden 5
1. Jeg har vært optimistisk med hensyn til fremtiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg har følt meg nyttig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg har følt meg avslappet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg har følt interesse for andre mennesker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg har hatt masse energi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg har håndtert problemer godt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg har tenkt klart.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jeg har vært fornøyd med meg selv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jeg har følt nærhet til andre mennesker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg har følt meg selvsikker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Jeg har vært i stand til å ta beslutninger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Jeg har følt meg elsket.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jeg har vært interessert i nye ting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Jeg har vært i godt humør.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. STRESS OG MESTRING

1. Her er en liste med ting eller situasjoner du kanskje opplever som stressende. Hvor stressende har hver av disse tingene eller situasjonene vært for deg i løpet av det siste året?
NB: Hvis det er noe du ikke har opplevd, krysser du i rute nr. 1 (Ikke stressende).

Hvor stressende er (det)...

	Ikke stressende 1	Litt stressende 2	Moderat stressende 3	Ganske stressende 4	Svært stressende 5
1. ... uenigheter mellom deg og faren din?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... å stå opp tidlig om morgenen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... å være nødt til å lære ting du ikke forstår?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... å ha lærere som forventer for mye av deg?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... å bli ertet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... å ha vanskeligheter med noen skolefag?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... å følge regler du er uenig i hjemme?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... å måtte lese ting du ikke er interessert i?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... å bli oversett eller avvist av en person du er interessert i?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... å ikke ha nok tid til å ha det gøy?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... uenigheter med søsknene dine?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ... å ikke ha nok tid til å drive med fritidsaktiviteter?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K5-17
5-4

Utskriftsvennlig versjon med svar fra 2014/15

T2 10 C

Før du fortsetter: Kontroller at du ikke har glemt noe på denne side.

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål!

Hvor stressende er (det)...

	Ikke stressende 1	Litt stressende 2	Moderat stressende 3	Ganske stressende 4	Svært stressende 5
13. ... å ha for mye hjemmelekser?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ... å ikke få nok tilbakemelding på skolearbeidet tidsnok til at det er hjelp i det?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ... å få forholdet til kjæresten til å fungere?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ... å bli nedvurdert av vennene dine?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ... uenigheter mellom foreldrene dine?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ... å ha for mye fravær fra skolen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ... hvordan du ser ut?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ... uenigheter mellom deg og mora di?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ... å gå på skolen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ... å ikke ha nok tid til kjæresten din?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ... lærere som erter deg?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ... å adlyde regler du er uenig i på skolen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ... å ikke bli hørt på av lærere?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ... å ikke komme overens med kjæresten din?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ... mangel på respekt fra lærere?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ... uenigheter mellom deg og dine venner?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ... å ikke komme overens med lærerne dine?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ... å slå opp med kjæresten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Her er fem utsagn om tilfredshet med livet som helhet. Hvor godt eller dårlig stemmer hvert utsagn for deg og ditt liv?

	Stemmer dårlig					Stemmer perfekt	
	1	2	3	4	5	6	7
1. På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Forholdene i livet mitt er utmerket.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg er fornøyd med livet mitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Så langt har jeg oppnådd de viktige tingene jeg ønsker i livet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hvis jeg kunne leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hvor enig eller uenig er du i hvert av disse utsagnene om selvfølelse?

	Sterkt uenig 1	Uenig 2	Enig 3	Sterkt enig 4
1. I det store og hele er jeg fornøyd med meg selv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Av og til synes jeg ikke at jeg er god i noe i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg føler jeg har flere gode egenskaper.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg er i stand til å gjøre ting like bra som de fleste andre folk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KS-17
5-4

Utdanningen gjennomføres
med bruk av IKT-UTVIK

T2 11 C

Før du fortsetter: Kontroller at du ikke
har glemt noe på denne side.

Husk: Bare ett kryss på hvert spørsmål!

- | | Sterkt uenig
1 | Uenig
2 | Enig
3 | Sterkt enig
4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Til tider føler jeg meg absolutt ubrukkelig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Jeg føler at jeg er en person som er verdt noe, i alle fall på lik linje med andre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Jeg skulle ønske jeg hadde mer selvrespekt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Alt i alt har jeg en tendens til å føle meg mislykket | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Jeg har en positiv holdning til meg selv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hvor riktige eller gale er disse utsagnene for deg? | | | | |
| | Helt galt
1 | Nokså galt
2 | Nokså riktig
3 | Helt riktig
4 |
| 1. Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Takker være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnen min | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har du en kommentar til temaene som tas opp i dette spørreskjemaet, kan du skrive her.

NB: Ikke skriv noe som kan identifisere enkeltpersoner, verken deg selv eller andre.

VEDLEGG 3: ANALYSEPLAN

Analyseverktøy: SPSS.

Hensikten med studien er å få økt kunnskap om nivå av FL og PPHK hos ulike grupper av ungdom, samt hvordan PPHK påvirker FL. MHPK-10 brukes som instrument for å måle PPHK, og SWLS brukes som instrument for å måle FL. I tillegg skal det inkluderes bakgrunnsvariabler: GM, kjønn, alder, studieretning, fødeland, familieøkonomi, stress og angst/depresjon – basert på funn i tidligere forskning.

1. Utforske hvilke tester som skal gjennomføres basert på egenskapene i datamaterialet, og beskrive valgene som er gjort i metodedel og drøfte dem i metodediskusjonen. Statistisk signifikansnivå settes til: $p \leq 0.05$. Det konkluderes med at basert på egenskapet i datamaterialet og for å besvare hensikt med studien og forskningsspørsmålene bør følgende tester gjennomføres:
 - Deskriptiv statistikk
 - Skal beskrive nivå av PPHK og FL blant ulike grupper av utvalget (GM, kjønn, alder, studieretning, fødeland, familieøkonomi, stress og angst/depresjon).
 - T-tester: Uavhengig t-test og Mann-Whitney u test (sensitivitetsanalyse)
 - Utforske forskjeller i gjennomsnittskår for FL og PPHK hos ulike grupper i utvalget (GM, kjønn, alder, studieretning, fødeland, familieøkonomi, stress og angst/depresjon).
 - Korrelasjonsanalyse: Pearson's produkt-moment korrelasjon
 - Utforske korrelasjon mellom FL, PPHK, GM, kjønn, alder, studieretning, fødeland, familieøkonomi, stress og angst/depresjon.
 - Regresjonsanalyse: Hierarkisk multippel regresjonsanalyse
 - Utforske assosiasjonen mellom FL og PPHK, kontrollert for bakgrunnsvariablene: GM, kjønn, alder, studieretning, født i Norge, familieøkonomi, stress og angst/depresjon.
2. Gjennomføre tester

