



Sehrish Andleeb Akhtar

Stress, press og mestring – En salutogen tilnærming

**En undersøkelse av sammenhengen mellom psykososialt
stress og psykiske helseplager blant unge i Asker og Bærum**

**Masteroppgave i sosialt arbeid
OsloMet – storbyuniversitetet
Fakultet for samfunnsvitenskap**

Abstract

For many years, the focus of research has mainly been on the negative effects of biopsychosocial factors on mental health. As a result, many people are under the impression that children and youths who experience a lot of hardship and crisis in their lives will inevitably develop poor mental health. Recently this perspective has changed, and more focus has been devoted to those who flourish despite much hardship. The purpose of this master thesis is to investigate the occurrence of mental health problems among the youth in Asker and Bærum based on a salutogenic approach. More specifically, the goal is to look at the relationship between young people's mental health and various stressors (socioeconomic status, relationship with parents, school relationship, and pressure), as well as investigating whether coping and social support help strengthen the mental health of children and youths.

The present study utilizes data obtained from the Young Data Survey conducted in Asker and Bærum in 2017. The study was conducted by the Norwegian Institute for Research on Childhood, Welfare and Aging (NOVA), and 11034 respondents from both upper secondary school and high school participated in the survey.

The results showed that young people with higher socioeconomic status, strong relationship with their parents, good relationship with the school, and little pressure in their everyday life, report fewer mental health problems. Furthermore, it is concluded that high levels of coping and good social support are health-promoting factors that help young people maintain good health despite much hardship and health issues. It turned out that the experience of pressure had the most importance out of all the stress factors, while coping proved to be the most important protective factor in the face of stress.

The results contribute to increased knowledge about how stress factors and protective factors affect the young people's daily lives. The findings of this study create a basis for optimism for today's youth, and are particularly important for further work with youths based on a salutogenic and systemic perspective.

OsloMet – storbyuniversitetet , Fakultet for samfunnsvitenskap
Oslo 2019

Sammendrag

I mange år har fokuset for forskning hovedsakelig vært på de negative effektene av biopsykososiale faktorer på psykisk helse. Dette har resultert med at mange sitter igjen med en oppfatning om at barn og unge som opplever mye motgang og kriser i oppveksten uunngåelig vil utvikle dårlig psykisk helse. I den siste tiden har dette perspektivet derimot endret seg, og mer fokus har blitt viet til de som klarer seg bra til tross for mye motgang. Hensikten med denne oppgaven er å se på forekomsten av psykiske helseplager blant ungdom i Asker og Bærum ut fra en salutogen tilnærming. Mer spesifikt er målet å se på sammenhengen mellom ungdommers psykiske helse og ulike stressfaktorer (sosioøkonomisk status, foreldrerelasjon, forhold til skolen og opplevd press), samt undersøke om mestring og sosial støtte bidrar til å styrke barn og unges psykiske helse.

Denne studien baserer seg på data hentet fra Ungdata-undersøkelsen gjennomført i Asker og Bærum i 2017. Undersøkelsen ble utført i regi av Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), og 11034 ungdommer fra både ungdomsskolen og videregående skole deltok på undersøkelsen.

Resultatene viste at ungdommer med høyere sosioøkonomisk status, sterk relasjon til sine foreldre, godt forhold til skolen, samt lite press i hverdagen, rapporterer om færre psykiske helseplager. Videre konkluderes det med at høy mestringstro og god sosial støtte er helsefremmende faktorer som bidrar til at ungdommer opprettholde god helse på tross av mye motstand og plager. Opplevelsen av press skilte seg betydelig ut blant alle stressfaktorene, mens mestring viste seg å være den viktigste beskyttelsesfaktoren i møte med stress.

Resultatene bidrar til økt kunnskapen om hvordan stressfaktorene og beskyttelsesfaktorene utspiller seg i de unges daglige liv. Funnene i denne studien skaper et grunnlag for optimisme for dagens ungdomsgenerasjon, og er spesielt viktig for videre arbeid med ungdom ut fra et helsefremmende og systemisk perspektiv.

Førord

Det å skrive masteroppgave har vært spennende og givende, men også tøft og svært utfordrende til tider. Denne oppgaven hadde ikke vært mulig uten god støtte og hjelp fra flere som jeg ønsker å takke.

Først og fremst ønsker jeg å takke min entusiastiske veileder Åsmund Hermansen for hans tålmodighet, smittsomme optimisme og faglige ekspertise. Han har stilt opp med tid, kunnskap og oppmuntring, og har vært en enorm hjelp og motivasjon gjennom hele forskningsprosessen. Videre ønsker jeg å takke min biveileder May-Britt Solem for hennes konstruktive innspill, og for å ha inspirert meg til å utforske psykisk helse som fenomen fra ulike perspektiver. Begge har gitt meg enorm frihet til å forfølge min interesse, og har med engasjement pekt meg i retning av nye muligheter og åpninger. En stor takk til Ungdata ved NOVA som har gitt meg muligheten til å bruke spennende data om ungdom i Asker og Bærum.

Til slutt vil jeg takke min familie og venner for tålmodighet og all støtte de har gitt meg hele veien. Spesielt takk til Kjersti Bjerkebro for motiverende samtaler og for å ha minnet meg på å ta pauser underveis. Og ikke minst en stor takk til Åse Lager for at hun har holdt ut med meg gjennom alle oppturer og nedturer, og jeg er enormt takknemlig for at jeg fikk dele denne opplevelsen med deg.

Oslo, 15. mai 2019

Sehrish Andleeb Akhtar

Figuroversikt

Figur 1: Stress-sårbarhetsmodellen bearbeidet etter originalen fra Zubin og Spring 1977.

Figur 2: Residualdiagram.

Figur 3: Histogram for residualene i de uavhengige variablene.

Figur 4: Spredningsdiagram for identifisering av linearitet.

Tabelloversikt

Tabell 1: Deskriptiv statistikk for den avhengige variabelen og indikatorene.

Tabell 2: Deskriptiv statistikk av fordelingen av de uavhengige variablene på den avhengige variabelen.

Tabell 3: Korrelasjonsmatrise med alle variabler.

Tabell 4: Multippel lineær regresjonsanalyse

Innholdsfortegnelse

Abstract

Sammendrag

Forord

Figuroversikt

Tabelloversikt

1. Innledning	9
2. Teoretiske perspektiver	11
2.1. Hva er psykisk helse – Begrepsavklaring	11
2.2. Systemteori	12
2.3. Den biopsykososiale tilnærmingen	14
2.4. Stress-sårbarhetsmodellen	14
2.5. Teorien om salutogenese	16
3. Psykososiale faktorer	17
3.1. Familiens sosioøkonomiske status.....	17
3.2. Forhold til skolen	18
3.3. Foreldrerelasjon	20
3.4. Opplevd press	21
3.5. Sosial støtte	22
3.6. Mestring	23
4. Data og metode	24
4.1. Ungdata.....	25
4.2. Konstruksjon av variabler.....	25
4.2.1. Avhengig variabel: Psykiske helseplager	26
4.2.2. Uavhengig variabel: Familiens sosioøkonomiske status	26
4.2.3. Uavhengig variabel: Forhold til skolen	28
4.2.4. Uavhengig variabel: Foreldrerelasjon	29
4.2.5. Uavhengig variabel: Opplevd press	30
4.2.6. Uavhengig variabel: Sosial støtte	30

4.2.7. Uavhengig variabel: Mestring	31
4.3. Hypoteser	32
4.4. Dataanalyse	33
4.4.1. Univariat analyse	33
4.4.2. Bivariat analyse – Krysstabellanalyse og korrelasjonsanalyse	33
4.4.3. Multivariat analyse – Faktoranalyse	34
4.4.4. Multivariat analyse – Multippel lineær regresjonsanalyse	35
4.5. Vurdering av kvaliteten på studien	38
4.5.1. Ytre validitet – generaliserbarhet	38
4.5.2. Begrepsvaliditet	39
4.5.3. Reliabilitet	41
4.6. Ethiske overveielser	42
5. Analyseresultater	43
5.1. Deskriptiv statistikk	43
5.2. Bivariat analyse	44
5.2.1. Krysstabellanalyse	44
5.2.2. Korrelasjonsanalyse	47
5.3. Multippel lineær regresjonsanalyse	49
6. Diskusjon	52
6.1. Funn og hypoteser	52
6.2. Teoretiske perspektiver på psykiske helseplager	53
6.2.1. Stressfaktorene	53
6.2.2. Mestring og sosial støtte	58
6.3. Samfunnsrelevans	60
6.4. Oppgavens begrensninger	61
6.5. Videre forskning	62
7. Konklusjon	64
Litteraturliste	65
Vedlegg 1: Tabeller	70

1. Innledning

Psykiske helseproblemer blir sett på som et av de største folkehelseproblemene i vårt samfunn (Nes og Clench-Aas, 2011). Ifølge Mykletun, Knudsen og Mathiesen (2009) vil omtrent halvparten av den norske befolkningen rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet. Langt flere vil bli rammet av psykiske plager. I de siste årene har mye av fokuset blitt rettet mot barn og unges psykiske helse. Folkehelseinstituttet (2018, 14. mai) rapporterer blant annet at omtrent åtte prosent av norske barn og unge har en psykisk lidelse, og mellom 15-20 prosent har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker. Parallelt med dette har enkeltpersoner stått frem og snakket åpent om sine vansker både i aviser og på TV, og serier som ”Sykt perfekt” fra TV2 og ”Jeg mot meg” fra NRK1 har bidratt til å sette problematikken på dagsorden (Sletten og Bakken, 2016).

Forskningsfunn som tyder på en forverring av unges psykiske helse, samt en strøm av medieoppslag om ”generasjon prestasjon” og ”flink pike-syndromet” har bidratt til en økt bekymring for dagens ungdom. Men er det slik at dette bilde media tegner av norske ungdom faktisk samsvarer med hvordan de har det? Sletten og Bakken (2016) påpeker at det er en pågående debatt i den internasjonale forskningslitteraturen hvor det diskuteres om hvorvidt det er snakk om en reell økning av psykiske plager eller om det skyldes mer oppmerksomhet og åpenhet rundt temaet. Mens noen studier påpeker en økning av psykiske plager, er det andre studier som tyder på stabilitet (Sletten og Bakken, 2016). Forskning gir dermed ingen entydig svar på om omfanget øker eller ikke, og ifølge Ungdata-undersøkelsene fra 2018 viser det seg at de aller fleste ungdommer rapporterer at de har det ganske bra (Bakken, 2018).

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) har siden 2010 gjennomført årlige ungdomsundersøkelser der skoleelever over hele landet har svart på spørsmål om hvordan de har det og hva de gjør på fritiden (Bakken, 2018). Resultatene fra disse rapportene viser at de fleste har et godt forhold til foreldrene og opplever dem som viktige støttespillere i hverdagen sin. De har nære venner, trives på skolen og er generelt optimistiske med tanke på framtiden. Rapporten viser i tillegg at de fleste unge er fornøyd med egen helse, men bekrefter at omfanget av selvrapporterte fysiske og psykiske helseplager ser ut til å øke (Bakken, 2018).

Det virker paradoksalt at omfanget av selvrapporterte helseplager øker blant norske ungdommer når flertallet samtidig rapporterer at de stort sett er fornøyde med livene sine. Dette tyder på at det er andre faktorer med i spill som modererer risikoen for å utvikle psykiske helseplager, og i denne oppgaven er jeg interessert i å se på hvilke faktorer som bidrar til at de har det bra. Hensikten med denne oppgaven er dermed å se på forekomsten av psykiske helseplager blant ungdom i Asker og Bærum ut fra en salutogen tilnærming. Mer spesifikt er målet å se på sammenhengen mellom ulike stressfaktorer og unges psykiske helse, samt undersøke viktigheten av gode psykososiale ressurser. Problemstillingen for oppgaven er: *Hvilke psykososiale faktorer gjør unge i stand til å tåle motstand uten å oppleve psykiske helseplager?* Og den vil besvares ved å spesifikt se på om de unges mestringstro og subjektive opplevelse av sosial støtte opptrer som salutogene faktorer i møte med stress.

Masteroppgaven vil være todelt hvor første del er ment å gi et oversiktsbilde over hvilke stressfaktorer som har mest betydning for de unges psykiske helse i dag. Basert på de store overskriftene som preger nyhetene om det økte presset og høye forventningene dagens ungdom opplever, antas det at press er en faktor som vil skille seg betydelig ut i denne oppgaven. Betydningen av stress og press vil dermed være av spesiell interesse her. Videre i del to skal jeg se nærmere på om høy mestringstro og god sosial støtte kan bidra med å moderere betydningen av stress og press i de unges hverdag. Teorien om salutogenese vil bli brukt for å undersøke om mestring og sosial støtte bidrar til at ungdommer opprettholde god helse på tross av mye motstand og plager. I tillegg vil systemteorien, den biopsykososiale tilnærmingen samt stress-sårbarhetsmodellen ha en sentral plass i denne oppgaven for å få et helhetlig perspektiv på fenomenet som studeres.

Oppgaven baserer seg på spørreskjemadata hentet fra Ungdata-undersøkelsen gjennomført i Asker og Bærum i 2017. Undersøkelsen ble utført i regi av NOVA, og 11034 ungdommer fra både ungdomsskolen og videregående skole deltok på undersøkelsen. Dataene fra Ungdata gir et godt og dekkende bilde av hvordan ungdommen i Asker og Bærum har det, og viser blant annet hvordan gutter og jenter fra ulike klassetrinn og med ulike økonomiske situasjoner svarer. Analysedelen vil bestå av en multippel lineær regresjonsanalyse av den utvalgte tverrsnittsundersøkelsen. Mer spesifikt skal jeg se på forholdet mellom psykiske helseplager som den avhengig variabelen, og ulike uavhengige variabler som består av fire stressfaktorer og to beskyttende faktorer som blir presentert nærmere i kapittel 3.

Kort oppsummert vil kapittel 2 bestå av en begrepsavklaring og en redegjørelse av teoretiske perspektiver som er relevante for besvarelsen. For å belyse temaet vil kapittel 3 bestå av en gjennomgang av tidligere forskningsresultater som ser på sammenhengen mellom ulike psykososiale faktorer og ungdommers psykiske helse. Her vil det fokuseres på fire utvalgte stressfaktorer samt to beskyttende faktorer som jeg har valgt basert på tidligere forskning. Kapittel 4 består av data og metode som omfatter en gjennomgang av variablene og hvordan disse blir mål, i tillegg til at hypoteser og fremgangsmåten for analysen vil bli presentert. I kapittel 5 presenterer jeg resultater fra analysen, og kapittel 6 vil bestå av en drøfting av disse resultatene. Oppgaven avsluttes med en konklusjon.

2. Teoretiske perspektiver

Det finnes et bredt spekter med teorier som har blitt utviklet for å forstå hvordan psykiske lider og vansker oppstår, opprettholdes og løses, men det er vanskelig å si noe om de eksakte årsakene som ligger bak. I dette kapitlet vil jeg redegjøre for sentrale begreper og teorier som blir brukt i oppgaven. Kapitlet består av en begrepsavklaring om hva psykisk helse er, en redegjørelse av systemteorien, den biopsykososiale tilnærming samt det salutogene perspektivet.

2.1. Hva er psykisk helse – Begrepsavklaring

Psykisk helse er et omfattende begrep som tar for seg alt fra god helse og velvære til psykiske plager og lidelser (Reneflot, Aarø, Aase, Reichborn-Kjennerud, Tambs, og Øverland, 2018). Dette betyr at psykisk helse har både en positiv og en negativ dimensjon ved seg, og denne forståelsen av begrepet er beslektet med mange andre beskrivelser av helse. Verdens helseorganisasjon definerer helse som fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare som fravær av sykdom og vansker (Nes og Clench-Aas, 2011). Sosiologen Aaron Antonovsky hadde en lignende tilnærming til helse i sin teori om salutogenese, som forklares nærmere senere i kapitlet.

Beskrivelsen av psykisk helse som todimensjonal krever også en tydeliggjøring av forholdet mellom psykiske vansker og psykiske lidelser. Diagnosesystemene benytter seg av et kategorisk skille mellom frisk og syk, og en psykisk lidelse er dermed noe man har eller ikke har (Mykletun et al., 2009). Denne kategoriseringen reflekterer derimot ikke virkeligheten av en lidelse ettersom alle mennesker opplever i blant symptomer eller plager som inngår i en

lidelse uten å ha lidelsen. Innenfor psykologien er det derfor vanlig å skille mellom psykiske lidelser og psykiske vansker (Sletten og Bakken, 2016). Begrepet psykiske lidelser brukes når symptombelastningene oppfyller et bestemt antall kriterier fra diagnosemanualene og kan betegnes som en diagnose. Eksempler på slike diagnoser er depresjon, anoreksi, ADHD og schizofreni. Psykiske plager, eller psykiske vansker, brukes når det er snakk om ulike symptomer som nedsetter funksjonsevnen, men som ikke oppfyller de diagnostiske kriteriene til en lidelse (Mykletun et al., 2009). Symptombelastningen i disse tilfellene er så store at det går utover deres trivsel, læring, daglige gjøremål og sosial deltakelse (Mykletun et al., 2009).

Det kategoriske skille mellom syk og frisk faller inn under et sykdomsorientert perspektiv kjent som den patogene tilnærmingen til helse (Antonovsky, 2012; Langeland, 2014). Her vektlegges risikofaktorer og årsaker til sykdom med hensikt om å kunne minimere risikoene (Langeland, 2014). Tilnærmingen er basert på det tradisjonelle biomedisinske perspektivet om at sykdom er forårsaket av én enkelt forklaringsfaktor (Antonovsky, 2012). En slik tilnærming kan være nyttig for å predikere atferd, forstå hvordan sykdommen utvikles og behandle lidelsen (Kennair og Kleppestø, 2016), men det begrenser forståelsen betraktelig ved å knytte problemet til individet. En mer hensiktsmessig tilnærming vil være å skifte fokuset fra individet til å se på det som skjer mellom mennesker for å forstå hvordan problemer oppstår, opprettholdes og løses (Johnsen og Torsteinsson, 2012), og det er akkurat dette det systemiske perspektivet gjør.

2.2. Systemteori

Systemteori har sin opprinnelse i matematikk, fysikk og ingeniørkunst, men har vært til inspirasjon for mange andre felt, deriblant familieterapifeltet (Johnsen og Torsteinsson, 2012). Biologen Ludwig von Bertalanffy var en av de første til å utforme en generell systemteori. Teorien skulle være altomfattende og brukes i studier av alle levende organismer. Han argumenterte for at organismer er åpne systemer som er i stadig interaksjon med sine omgivelser. Dette utfordret fysikkens forståelse av systemer som lukkede og uten kontakt med noe utenfor seg selv (Knudsen, 2013). Anvender man denne teorien for å forstå familien som et system vil man kunne definere familien som en gruppe individer som er i interaksjon med hverandre over tid. Siden familien er et åpent system er det også i interaksjon med andre systemer som skolen, venner og kollegaer (Johnsen og Torsteinsson, 2012).

Sosialantropologen og biologen Gregory Bateson regnes i dag som en av grunnleggerne av systemisk familierterapi. Han var i likhet med Bertalanffy kritisk til fysikkens forståelse av alt levende som objekter og enkeltstående deler, og mente at denne forståelsen ikke kan brukes på levende livsformer (L. Frøyland, 2017). Han formidlet et helhetlig perspektiv på mennesket og var spesielt interessert i å studere mønstre og relasjoner mellom alle levende organismer og hvordan disse var knyttet sammen i et gjensidig sirkulært samspill (L. Frøyland, 2017). Sirkulær interaksjon ble et viktig aspektet i den systemiske forståelsen i form av noe som ble kalt for feedback-loop. I praksis betyr dette at man ser på individet i et gjensidig samspill med omgivelsene, og en hendelse kan ses i sammenheng med andre hendelser som skjer samtidig (Johnsen og Torsteinsson, 2012). Sirkularitet gjør det vanskelig å si noe om årsak og virkning ettersom alt virker inn på alt. Det gir for eksempel lite mening å forstå et barns problem uten å se det i sammenheng med familien (Johnsen og Torsteinsson, 2012).

Hovedfokuset i et systemisk perspektiv er relasjoner og interaksjonsmønstrene mellom mennesker. Tanken er at det er nødvendig med en bredere kontekst enn individet for å bringe fram en brukbar forståelse av problemer og utfordring. Et system kan også beskrives som et subsystem innenfor et større system, en mor kan for eksempel være del av subsystemet ”foreldre”, men også subsystemet ”ektefelle”, og disse subsystemene skapes av individene. Det systemiske perspektivet er sterkt inspirert av sosialkonstruksjonismen som er basert på ideen om at vi konstruerer vår forståelse av virkeligheten gjennom språket, og denne forståelsen bli konstruert i samspill med andre. Utgangspunktet til dette perspektivet er at det ikke finnes en objektiv virkelighet, men at vår forståelse av virkeligheten er et resultat av våre egne tanker, tolkninger og konstruksjoner (L. Frøyland, 2017). Hvert medlem av systemet vil dermed ha sitt eget bilde av hva dette systemet er, og hvilket subsystem de er del av.

Samtlige terapeuter har argumentert for at systemteorien ikke har tatt nok hensyn til betydningen av tro, verdisystemer og kultur for familiemedlemmene i et system (Johnsen og Torsteinsson, 2012). Men istedenfor å forkaste systemteorien så argumenteres det for en biopsykososial tilnærming til den systemiske modellen. Å ha kjennskap til systemer og subsystemer og forholdet mellom disse er ikke tilstrekkelig nok i seg selv. Man må også inkludere kunnskap om biologiske, psykologiske og sosiale faktorer for å ta vare på kompleksiteten i menneskelige problemer.

2.3. Den biopsykososiale tilnærmingen

Den biopsykososiale modellen ble introdusert som en forståelsesmodell for sykdom for å ta hensyn til helheten ved å vektlegge både biologiske, psykologiske og sosiale forhold (Grøholt et al., 2015). Modellen ble lansert av psykiateren og indremedisineren George L. Engel i 1977, og var et alternativ til den biomedisinske modellen som dominerte på den tid (Engel, 1977). Ifølge Engel er det nødvendig med en systemisk tilnærming for å forstå både somatiske og psykiske problemer (Johnsen og Torsteinsson, 2012). Han mente at man kan ikke forstå en sykdom uten å ta med individets kontekst, og en person kan ikke forstås uavhengig av familien eller det sosiale systemet vedkommende er en del av (Johnsen og Torsteinsson, 2012). Han argumenterte for at de ulike systemene i modellen, fra atomer og molekyler til familie og samfunn, ikke kunne forstås isolert, men måtte forstås som elementer i et hierarkisk system som gjensidig påvirker hverandre (Engel, 1977).

De ulike biologiske, psykologiske og sosiale faktorene påvirker hverandre gjensidig, og kan bidra til å utløse eller opprettholde symptomer på sykdom (Grøholt et al., 2015). Eksempler på biologiske faktorer kan være en genetisk predisposisjon eller sårbarhet hos individet. Psykologiske faktorer kan være personlighetstrekk, atferd, livsstil eller dårlig selvbilde. Sosiale faktorer kan være kulturelle, familiære eller sosioøkonomiske forhold (Grøholt et al., 2015).

2.4. Stress-sårbarhetsmodellen

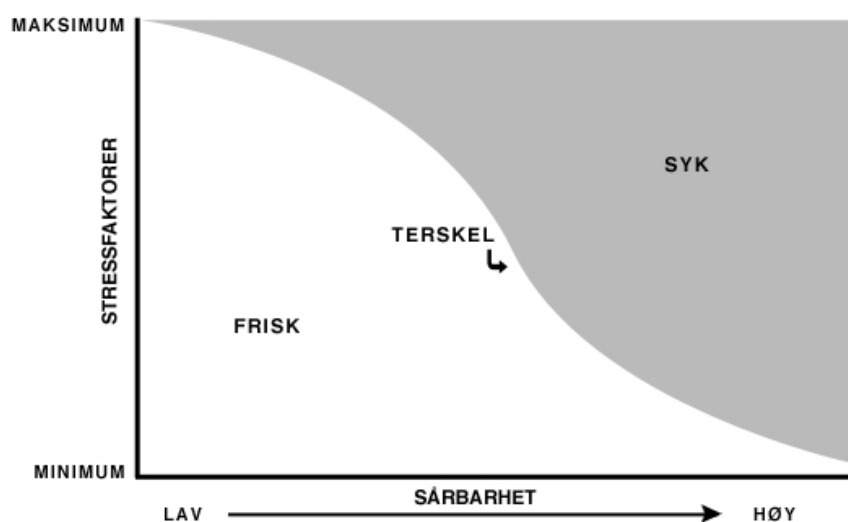
På 1970-tallet introduserte Zubin og Spring (1977) en modell som skulle forklare hvorfor noen mennesker er mer sårbare for å utvikle schizofreni enn andre. Modellen ble kalt for stress-sårbarhetsmodellen, og blir i dag sett på som en sentral versjon av den biopsykososiale modellen. Modellen tar utgangspunkt i at alle mennesker har styrker og sårbarheter for hvordan man takler stress, og denne sårbarheten er en avgjørende faktor for å forstå hvordan man kan utvikle en psykisk lidelse (Zubin og Spring, 1977). Selv om modellen i utgangspunktet ble utviklet for å forklare hvordan man kan utvikle schizofreni, blir den i dag også brukt til å forklare flere andre psykiske plager og lidelser (Ingram og Luxton, 2005).

Slik navnet tilsier, er modellens to hovedelementer stress og sårbarhet. Stress er et vidt begrep, og det finnes mange ulike definisjoner av stress. Begrep ble først introdusert av Hans Selye i 1936 som definerte det som en påkjenning eller belastning av fysiologisk eller psykologisk art (Malt og Svartdal, 2018). Denne oppgaven vil ta utgangspunkt i Selyes

definisjon av begrepet, og den vil hovedsakelig begrense seg til å handle om stress i form av større eller mindre livshendelser som virker utfordrende for en person. Det kan være stressfaktorer i form av vold, tap av familiemedlemmer eller nære, skilsmisse, flytting eller andre lignende situasjoner som krever en omstilling eller omorganisering av et individs liv (Zubin og Spring, 1977; Ingram og Luxton, 2005). Sårbarhet kan videre forstås som vår kapasitet til å tåle en slik belastning eller påkjenning (Ingram og Luxton, 2005). Det er to komponenter ved sårbarhet. Det første er en medfødt sårbarhet som refererer til individets genetiske sammensetning. Den andre komponenten er ervervet sårbarhet som kan være et resultat av traumer, spesifikke sykdommer, lav selvfølelse, dårlig sosialt nettverk og andre belastende livserfaringer (Zubin og Spring, 1977).

I sin artikkel har Zubin og Spring (1977) illustrert det hypotetiske forholdet mellom sårbarhet og utfordrende livshendelser. Illustrasjonen er vist i figur 2. Enkelt forklart illustrerer modellen at så lenge stressnivået som blir fremkalt av utfordrende livshendelser holder seg under sårbarhetsterskelen, så vil en person reagere på stresset på en måte som holder dem godt innenfor normalitetens grenser. Når stressnivået overstiger sårbarhetsterskelen vil risikoen for å utvikle en psykisk lidelse øke (Zubin og Spring, 1977). En person med høy sårbarhet vil dermed tåle mindre stress, og risikoen for å utvikle en psykisk lidelse vil øke (Ingram og Luxton, 2005). Modellen forklarer på denne måten hvorfor noen mennesker har større risiko for å utvikle en fysisk eller psykisk sykdom etter en stressende episode, mens samme livshendelser eller belastning vil være tilsynelatende uproblematisk for andre.

Figur 1. Stress-sårbarhetsmodellen bearbeidet etter originalen fra Zubin og Spring 1977.



2.5. Teorien om salutogenese

Mange av aspektene ved de ulike teoriene som har blitt introdusert så langt kjenner man også igjen i teorien om salutogenese. Det som er spesielt viktig med denne teorien er derimot fokuset på de helsefremmende faktorene, og dette perspektivet er dermed svært viktig for å kunne besvare oppgavens problemstilling.

Teorien om salutogenese ble utviklet av sosiologen Aaron Antonovsky som en motsatsteori til patologien. Teorien fokuserer på hva som fremmer god helse i motsetning til patologien som fokuserer på årsaker til sykdom. Den patogene tilnærming til helse tar utgangspunkt i at mennesker enten er syke eller friske (Antonovsky, 2012; Langeland, 2014). Salutogenese ser derimot på helse som et kontinuum hvor fullstendig helse og fullstendig uhelse er ytterpunkter på en akse, og hvor man er på denne aksene kan variere avhengig av hvilke ressurser man har tilgjengelig (Antonovsky, 2012).

Generelle motstandsressurser og opplevelse av sammenheng ("sense of coherence") utgjør kjernen i teorien. Med generelle motstandsressurser mener man alle forhold som fungerer som en beskyttelse mot stressfaktorer (Antonovsky, 2012). Det kan være forhold som god økonomi, kulturell stabilitet og sosial støtte (Antonovsky, 2012; Solem, 2017). For å forstå hvordan disse forholdene kan fungere som generelle motstandsressurser er *opplevelsen av sammenheng* (OAS) nødvendig. Tanken er at vår helse er avhengig av vår forståelse av situasjonen, og hvorvidt den er håndterbar. Opplevelse av sammenheng består av tre dimensjoner: 1. Om vi opplever situasjonen som *forståelig*, 2. Om vi tror situasjonen er *håndterbar* og 3. om situasjonen er *meningsfull* ved at den er utfordrende og er verdt å engasjere seg i (Antonovsky, 2012; Solem, 2017). Det som er spesielt viktig med generelle motstandsressurser er at de skaper *livsopplevelser* som bidrar til å utvikle og bevare en sterk opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012). Ved å bruke de generelle motstandsressursene til å mestre spenning man møter på i hverdagen, vil man styrke sin opplevelse av sammenheng, som videre vil bevege oss nærmere helseenden av kontinuumet. Salutogenese har i tillegg en forståelse av stress og spenning som potensielt helsefremmende, og ikke nødvendigvis som noe sykdomsskapende. Stress forstås som naturlig stimuli, og avhengig av stressfaktorens karakter og hvorvidt spenningen kan oppløses på en tilfredsstillende måte kan stressfaktorene være helsebringende (Antonovsky, 2012; Langeland, 2014).

3. Psykososiale faktorer

Ingram og Luxton (2005) understreker viktigheten av å ikke forveksle sårbarhet med risiko. Mens sårbarhet kan gi oss informasjon om de faktiske mekanismene som frembringer en psykisk lidelse, kan risikofaktorer fortelle oss noe om hvilke faktorer som korrelerer med en økt sannsynlighet for å utvikle en lidelse. Risikofaktorer er dermed viktige prediktive variabler som handler i samspill med sårbarhet (Rutter, 1988 i Ingram og Luxton, 2005). Denne delen av oppgaven vil bestå av en beskrivelse av ulike psykososiale faktorer som kan ha en påvirkning på ungdommers psykiske helse.

3.1. Familiens sosioøkonomiske status

Norge omtales ofte som et av verdens rikeste land. Store deler av befolkningen har tilgang på utdanning, mat, rent vann og tak over hodet, noe som i mange andre land regnes som luksusgoder. Uavhengig av hvor rikt et land er så eksisterer sosiale ulikheter i alle samfunn (Skirbekk, 2015). I moderne samfunn tas begrepet klassesamfunn sjeldent i bruk, men det snakkes ofte om folks sosioøkonomiske status. Sosioøkonomisk status er et mål som vanligvis kombinerer utdanning, inntekt og yrke (Skirbekk, 2015), men i Ungdata-undersøkelsene måles sosioøkonomisk status blant ungdommene ved å se på foreldrenes utdanning, antall bøker i hjemmet og deres subjektive vurdering av familiens økonomiske situasjon (L. R. Frøyland, 2017). Barn og unges sosioøkonomiske status defineres ut fra hvilke ressurser foreldrene har ettersom forskjeller i deres levekår og livskvalitet er knyttet sammen med foreldrenes sosioøkonomiske status (Bakken, Frøyland og Sletten, 2016).

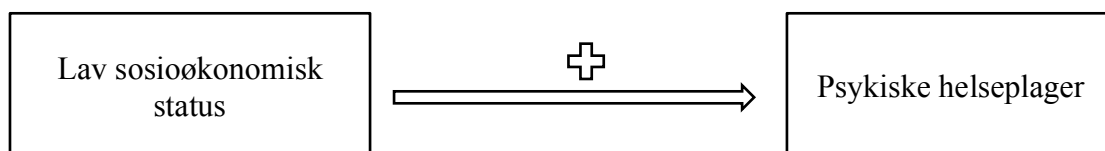
Ifølge Folkehelseinstituttet (2014a) henger helse tett sammen med utdannings- og inntektsnivået til en gruppe. Dette betyr at de med lengre utdanning og høyere inntekt rapporterer også bedre helse enn de med kortere utdanning og lavere inntekt. Dette er et relativt stabilt mønster, så jo høyere opp man befinner seg på det sosioøkonomiske hierarkiet jo bedre helse har man (Helsedirektoratet, 2016). Disse sosiale ulikhetene i helse gjelder for nesten alle sykdommer, skader og aldersgrupper (Folkehelseinstituttet, 2014a; Helsedirektoratet, 2016).

Mye forskning har blitt gjort på sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og psykisk helse. Tidligere studier viser at barn fra lavere sosiale klasser har en høyere forekomst av psykiske vansker enn barn fra øvrige sosiale klasser (Bøe, 2015). I tillegg har barn i familier

med lavere sosioøkonomisk status høyere risiko for å utvikle aggressive forstyrrelser (Broberg, Almqvist og Tjus., 2006). Dette tyder på at ungdommers livskvalitet henger tett sammen med foreldrenes sosioøkonomiske status. Dårlig økonomi eller fattigdom er en av risikofaktorene som påvirker barn og unges psykiske helse (Grøholt et al., 2015). Forskning som har fokusert på familier med dårlig økonomi tyder på at kun en liten økning i familien økonomi kan ha en betydelig positiv effekt på barns psykiske helse (Costello, Compton, Keeler og Angold, 2003). Når det kommer til vurdering av egen helse, er det en høyere andel barn og unge fra familier med lav sosioøkonomisk status som vurderer helsen sin som dårlig i forhold til barn og unge fra familier med høyere sosioøkonomisk status (Dahl, Bergsli, og van der Wel, 2014).

Mye tyder dermed på at sosioøkonomisk status er en viktig risikofaktor å ta hensyn til når man ser på hvilke faktorer som er med på å utløse og opprettholde psykiske helseplager blant barn og unge. Basert på denne informasjonen har jeg formulert den ”sosioøkonomiske-hypotesen” slik:

Hypotese: Ungdom fra familier med en lavere sosioøkonomisk status rapporterer om høyere nivå av psykiske helseplager



3.2. Forhold til skolen

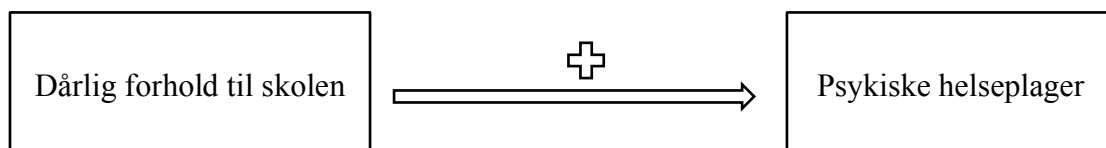
Vi lever i en tid og et samfunn hvor miljøet utenfor hjemmet har blitt viktigere enn noen gang før. Barn og unge befinner seg i større grad i forskjellige sammenhenger utenfor familien, og relasjonene de bygger utenfor familie-kretsen er svært viktig for deres hverdag (Broberg et al., 2006). Utenfor familien er det barnehage og skole som har størst innvirkning på barns utvikling og psykiske helse (Broberg et al., 2006). Broberg et al. (2006) påpeker at en god relasjon med lærere, og et tydelig skoleklima som formidler hva som forventes av elevene er den beste gaven man kan gi de unge. Opplevelsen av å bli sett og oppmuntret av læreren styrker elevens selvfølelse, og deres ønske om å klare seg i livet og være flink til noe øker (Broberg et al., 2006). For et barn med dårlig selvfølelse og som tviler på sin egen verdi, kan

et dårlig forhold til skolen bli en utløsende faktor til at barn og unge utvikler en stemningslidelse (Broberg et al., 2006).

Tidligere studier utført blant ungdommer i Norge tyder på en sterk sammenheng mellom psykisk helse og skoletrivsel (Samdal, 2009). Resultatene viser blant annet at skoletrivselen blant ungdom har vært nokså stabil gjennom årene og mobbing har gått ned, men antall elever som rapporterer om skolerelatert stress har økt betydelig siden 1990-tallet (Samdal, 2009). Et visst nivå av stress kan være bra for elevene, men om man konstant opplever høyt press kan dette bidra til å øke de subjektive helseplagene (Torsheim og Wold 2001; Bakken, 2018). Studier underbygger dette ved å vise til resultater som tyder på at et høyt stressnivå har negativ sammenheng med unges skoletrivsel (Samdal, 2009). Negativt stress kommer av at det er en ubalanse mellom de utfordringene man møter på og ressursene man har tilgjengelig til å håndtere situasjonen (Antonovsky, 2012; Bakken, 2018). Skolestress kan på denne måten ha en svært negativ påvirkning på ungdommer, og i verste fall kan det være helsefarlig (Bakken, 2018).

I tillegg til faktorer som skolemiljø og skolestress blir mobbing og manglende mestring i skolen fortsatt regnet som en av de mest alvorlige risikofaktorene for unges psykiske helse (Major, 2011). Ifølge Samdal (2009) vil et miljø preget av mobbing føre til usikkerhet og mistrivsel blant barn og unge, som igjen kan ha en negativ påvirkning på elevers skolepresentasjon. Forskning tyder på at det er en sterk sammenheng mellom mobbing og psykiske helseproblemer, og på grunnlag av dette er det rimelig å anta at et skolemiljø preget av lite mobbing, hvor elevene opplever å være del av et godt felleskap i tillegg til å oppleve støtte og hjelp fra lærere vil fremme god psykisk helse blant elevene (Major, 2011).

Hypotese: Ungdom som har et dårlig forhold til skolen rapporterer om et høyere nivå av psykiske helseplager



3.3. Foreldrerelasjon

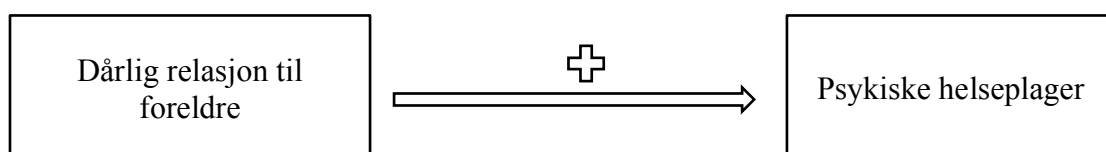
Den tidlige tilknytningen mellom barn og foreldre er en av de viktigste utviklingsoppgavene familien står ovenfor de første leveårene (Bowlby, 1969). Longitudinelle studier som har fulgt opp barn i skoleårene har blant annet vist at den tidlige tilknytningen henger sammen med den videre utviklingen på andre måter. Barn som har hatt tidlig trygg tilknytning har senere i livet vist bedre relasjon til foreldre, andre voksne og jevnaldrende, i tillegg til bedre selvkontroll og følelsesmessig regulering (Broberg et al., 2006).

Er godt oppvekstmiljø med omsorgsfulle foreldre er viktig for unges psykiske helse (Major, 2011). Ungdomstiden er en spesielt sårbar periode hvor mange løsriver seg og blir mer selvstendige. De blir stilt ovenfor større krav fra både skolen og samfunnet, og tenårene er en periode hvor man ofte prøver å finne ut av sin egen identitet (Broberg et al., 2006).

Overgangen fra barn til ungdom kan dermed være utfordrende for både barna og foreldrene, og ofte oppstår det konflikter med tanke på regler og grensesetting (NOVA, 2017; Bakken, 2018). Foreldre regnes likevel som viktige støttespillere når de unge møter på ulike problemer i hverdagen, noe man også ser igjen i Ungdata-rapportene hvor nærmest 85% av ungdommene svarer at de er fornøyd med foreldre sine og de fleste opplever å ha et godt forhold til foreldre sine (Bakken, 2018).

Barn og unge trenger foreldre som skaper trygge rammer for oppveksten, samt viser interesse og gir tid til barna sine (Broberg et al., 2006). Forskning viser blant annet at lav foreldreinvolvering og høyt konfliktnivå i familien har en sammenheng med høyt nivå av depresjon, spesielt blant jenter (Sletten, 2017). Foreldre som er alt for opptatt i sine egne problemer til å gi barna den nødvendige stimuleringen de trenger kan øke risikoen for at de unge utvikler psykiske plager (Broberg et al., 2006).

Hypotese: Ungdom med dårlig relasjon til foreldre rapporterer høyere nivå av psykiske helseplager



3.4. Opplevd press

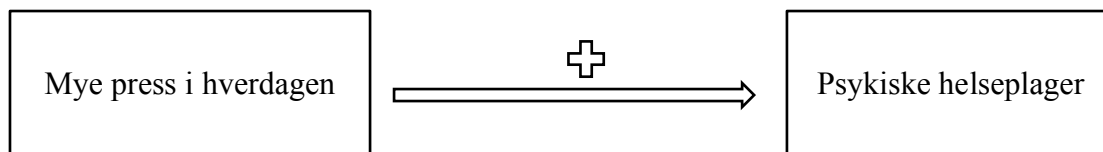
Når man stiller seg spørsmål om hvordan det er å være ung i dag så hører man ofte om det store prestasjonspresset og de høye forventningene om å være best som mange ungdommer opplever (Bakken, 2018). Dagens ungdom skal se bra ut, være flink på skolen og i idretten, samtidig som de skal ha mange ”følgere” og ”likes” på sosiale medier. Mye forskning har dermed blitt gjort nettopp for å fange opp sammenhengen mellom økningen i selvrapporterte helseplager og press på ulike områder i livet som idrett, kropp og utseende og ikke minste sosiale medier (Eriksen, Sletten, Bakken og von Soest, 2017; Bakken, 2018). Ungdata-rapporter viser derimot at selv om en god del opplever press i hverdagen så er det et fåtall som sier at de opplever så mye press at de har hatt problemer med å takle det (Bakken, 2018).

Opplevd press som risikofaktor skiller seg litt ut fra de mer ”tradisjonelle” risikofaktorene for psykiske helseplager. Mobbing, dårlig økonomi og lav trivsel på skolen er blant de faktorene som har blitt mest forsket på som mulige forklaringer på eventuelle økninger i psykiske helseplager (Eriksen, Sletten, Bakken og von Soest, 2017). Press er en risikofaktor som derimot kjennetegnes ved at det rammer de med flest ressurser og høyest sosioøkonomisk status. I følge Sletten og Bakken (2016) så viser det seg at det å ha norskfødte foreldre og gjøre det bra på skolen ikke lenger ”beskytter” unge fra å utvikle psykiske plager.

Forskningen deres viser at økningen av psykiske plager de siste årene har vært størst blant jenter med norskfødte foreldre med høy sosioøkonomisk status (Sletten og Bakken, 2016). Det kan dermed antas at press er en trussel mot faktorer som tidligere har vært beskyttende for unges psykiske helse. Samtidig ser man at de gruppene som forskning tidligere har utpekt som mest sårbare fortsatt er mer utsatt enn andre (Sletten og Bakken, 2016), men forskjellen nå er at psykiske helseplager ikke bare rammer de med få ressurser og dårligst økonomi slik man tidligere antok.

Kroppspress er en faktor mange unge trekker frem når det er snakk om presset de står ovenfor, og mye tyder på at det er noe de fleste unge opplever. Ifølge et gruppeintervju utført av Eriksen, Sletten, Bakken og von Soest (2017), så får man derimot inntrykk av at kroppspress er mer tabubelagt enn for eksempel skolepresset mange opplever. Press om å se bra ut og å være god i idrett kommer likevel på andreplass etter skolestress ifølge ungdommene.

Hypotese: Ungdom som opplever mye press i hverdagen rapporterer høyere nivå av psykiske helseplager



3.5. Sosial støtte

Mye fokus ble tidligere rettet mot hvilke risikofaktorer som kunne kobles til sykdom, men på 1900-tallet begynte man å sette søkelyset på beskyttende faktorer. I 1993 ble det utført et studie som skulle kartlegge noen fellestrekk ved barn som klarte seg til tross for å ha vært utsatt for sosiale belastninger gjennom oppveksten (Werner, 1993). Resultatene viste at barn med høy mestringskapasitet kom fra familier med sterke samhold, felles verdier, klare regler og disiplin (Broberg et al., 2006). Dette tyder på at samhold og familie er viktige vilkår for å fremme barns mestringskapasitet gjennom oppveksten.

God sosial støtte handler om å bli tatt vare på, motta kjærighet og omsorg, bli verdsatt av andre, og å tilhøre et sosialt nettverk og et fellesskap (Folkehelseinstituttet, 2014b). Sosial støtte omhandler kvaliteten på relasjonen man har til de i sitt sosiale nettverk, og et sosialt nettverk består av personer man har regelmessig kontakt med, og som betyr noe for oss (Folkehelseinstituttet, 2014b). Man skiller ofte mellom ulike former for sosial støtte.

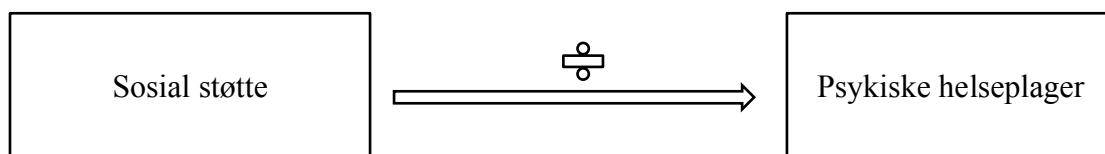
Emosjonell støtte kommer ofte fra familie og nære venner, og handler om å føle seg verdsatt av sine nære og å få støtte i form av empati, omsorg, kjærlig og tillit (Folkehelseinstituttet, 2014b). Informerende støtte omhandler kunnskap, forslag, rådgivning og anbefalinger man får fra offentlige hjelpeapparater. Instrumentell støtte kan både være praktisk hjelp eller økonomisk hjelp enten fra familie og nære eller fra offentlige instanser. Den siste formen er bekræftende støtte eller vurderingsstøtte. Dette er tilbakemeldinger man får fra familie, venner eller sosiale instanser, ofte i form av bekræftelse og sosiale sammenligninger (Folkehelseinstituttet, 2014b).

Ungdata rapporterer at depresjon og angst er de vanligste plagene blant ungdom, og konflikt i hjemmet samt liten grad av sosial støtte er merkbare faktorer som øker risikoen for slike lidelser (NOVA, 2017). Lignende studier av sosial støtte viser at et godt nettverk og tilgang til god sosial støtte kan redusere risikoen for å utvikle psykiske og somatiske lidelser, i tillegg til

at det kan redusere opplevelsen av stress (Grøholt et al., 2015). Antonovsky (2012) mente at bare det å ha en visshet om at man har sosial støtte tilgjengelig var nok til å øke en persons styrke.

Selv om støtte fra familie er viktig, er også gode vennskap en viktig beskyttelsesfaktor som kan hjelpe og beskytte mot psykiske lidelser (Grøholt et al., 2015). Viktigheten av gode vennerelasjoner har ofte blitt glemt grunnet det store fokuset på foreldre-barn relasjonen. Den amerikanske psykologen Judith Rich Harris (1995) er en av de som har vært spesielt kritisk til hvor mye fokus som har blitt rettet mot familiens betydning for barn og unges psykiske helse. Mennesker er svært sosiale vesener, noe som gjør det til en selvfølge at relasjoner også utenfor familien har mye å si for barn og unges utvikling. Derfor har Harris understreket hvor viktig sosialiseringen blant jevnaldrende er for den langsiktige utviklingen i et barns liv (Harris, 1995).

Hypotese: Ungdom som opplever mye støtte fra familie, venner og lærere rapporterer færre psykiske helseplager



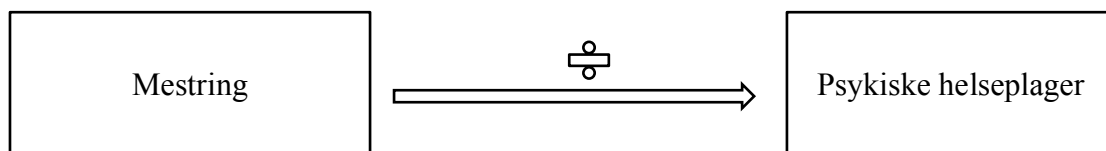
3.6. Mestring

For å forstå hvilke konsekvenser ulike risikofaktorer har for et individ så må man også vite mer om hvordan individet mestrer slike påkjenninger. Antonovsky (2012) mente at jo høyere mestringkapasitet en har jo bedre helse til personen oppleve. Mestring kan forstås som måten individer møter utfordringer på, og hvordan de håndterer indre og ytre krav (Dalgard, Døhlie og Ystgaard, 1995; Eriksen, Sletten, Bakken og von Soest, 2017). Spesielt viktig er troen på egen kapasitet til å takle utfordringer og vanskelig situasjoner. Dette omtales ofte som mestringstro eller "self-efficacy" som er nært beslektet med den salutogene tenkningen. Tanken er at jo høyere mestringstro man har jo mer motstandsdyktig er man i møte med stressende situasjoner (Antonovsky, 2012; Eriksen, Sletten, Bakken og von Soest, 2017).

Studier viser at ved å øke individens mestringstro kan det redusere den negative betydningen av ulike stressende situasjoner betydelig. Et longitudinell studie som undersøkte hvordan

opplevd stress og mestringstro hang sammen med ungdommers livstilfredshet viste blant annet at høy mestringstro nøytraliserte den negative effekten av stress på unges livstilfredshet (Burger og Samuel 2017). Dette samsvarer med ideen om at vår egen vurdering av en situasjon, samt kapasitet til å håndtere den, påvirker hvordan vi responderer på stress og utfordrende livssituasjoner. I tillegg er vår mestringsfølelse utviklet og basert på tidligere vellykkede mestringsituasjoner, noe som igjen kan bidra til at man vil møte fremtidige utfordringer på en mer hensiktsmessig måte (Rutter, 1985). Basert på dette er det rimelig å anta at ungdommer som har mye mestringserfaring vil takle utfordringene i hverdagen sin mye bedre enn de med lav mestringstro og lite erfaring.

Hypotese: Ungdom med høy mestringsfølelse og mestringstro rapporterer færre psykiske helseplager



4. Data og metode

Denne oppgaven baserer seg på data hentet fra Ungdata-undersøkelsen gjennomført i Asker og Bærum i 2017. Hensikten med oppgaven er å undersøke sammenhengen mellom ulike stressfaktorer og unges psykiske helse, samt undersøke viktigheten av gode psykososiale ressurser for deres psykiske helse. Ungdata-undersøkelsen er en tverrsnittsundersøkelse, som betyr at undersøkelsen er egnet til å gi oss et øyeblikksbilde, men den kan ikke si noe om hvordan ting utvikler seg over tid (Ringdal, 2013).

Dette kapittelet starter med en beskrivelse av Ungdata-undersøkelsen og hvordan datainnsamlingen har foregått. Deretter vil jeg redegjøre for hvordan variablene er konstruert med en gjennomgang av hvilke spørsmål som inngår i variablene. Videre vil jeg gi en oppsummering av hypotesene for denne oppgaven, for så å presentere analysemetodene som har blitt brukt i oppgaven. Til slutt vil reliabilitet, validitet og etiske vurderinger bli diskutert.

4.1. Ungdata

Ungdata er ungdomsundersøkelser som tilbys til alle landets kommuner og fylkeskommuner. Siden 2010 har over 510 000 ungdommer fra 412 kommuner og Svalbard deltatt i undersøkelsene (Ungdata, 2016). Målet med Ungdata-undersøkelsene er å kartlegge aspekter ved de unges liv ved å se på deres relasjon til foreldre, skoletrivsel, fysisk og psykisk helse, samt hva de gjør på fritiden. Denne informasjonen gir et godt grunnlag til å blant annet utvikle gode tiltak rettet mot ungdom.

Alle besvarelsene som samles inn gjennomgår en ”vasking” i regi av NOVA, som har laget en standardisert rutine og som brukes på alle datasett som samles inn (L. R. Frøyland, 2017). Dette gjøres for å unngå at de mest useriøse besvarelsene skal påvirke det man finner i analysene, og datafilen brukt i denne oppgaven har vært igjennom en slik ”vasking”.

Denne oppgaven er basert på data fra Ungdata-undersøkelsen som ble gjennomført i Asker og Bærum kommune i 2017. Undersøkelsen ble utført i regi av NOVA, og 11034 ungdommer fra både ungdomsskolen og videregående skole deltok på undersøkelsen. Fra Asker kommune hadde 2028 ungdomsskoleelever svart på undersøkelsen (svarprosent på 87%) mens fra videregående skole hadde 1467 elever svart (svarprosent på 75%). Fra Bærum kommune hadde 4049 ungdomsskoleelever svart (svarprosent på 89%) mens 3490 elever fra videregående skole hadde svart på undersøkelsen (svarprosent på 75%). Dette reflekterer et representativt utvalg ettersom svarprosenten og utvalgsstørrelsen er stor, noe som gir et godt grunnlag for å generalisere funnene til ungdommen i Asker og Bærum. Ungdata-undersøkelsen i Asker og Bærum har tidligere blitt gjennomført i 2014, og undersøkelsen fra 2017 er den nyeste fra disse kommunene. Dette åpner muligheten for å sammenligne resultater fra de to årene, men grunnet oppgavens omfang vil ikke dette bli gjort i denne oppgaven.

4.2. Konstruksjon av variabler

Hensikten med denne studien er å undersøke sammenhengene mellom psykososialt stress og psykiske helseplager blant unge i Asker og Bærum. Variablene som er konstruert for denne oppgaven består av nøye utvalgte spørsmål som omhandler det gitte temaet. Denne delen redegjør for hvordan de ulike variablene i oppgaven er konstruert.

4.2.1. Avhengig variabel: Psykiske helseplager.

Operasjonalisering handler om å definere et begrep slik at de blir målbare og observerbare. Den avhengige variabelen i denne studien er psykiske helseplager, og som vi har sett så langt i oppgaven finnes det mange måter å forstå psykiske plager på. Det er dermed nødvendig med en operasjonalisering av begrepet. Psykiske helseplager defineres her som tilstedeværelsen av angst- og depresjonslignende symptomer som går utover trivsel og fungering i hverdagslivet, men som ikke nødvendigvis tilfredsstillere kriteriene for psykiske lidelser (Nes og Clench-Aas, 2011; Sletten og Bakken, 2016). Plagene er selvrapporterte og spørsmålene er hentet fra "Hopkins Symptom Checklist" (HSCL) og Depressive Mood Inventory som er to velkjente skalaer som fanger opp symptomer på depresjons- og angstplager. Skalaene består i utgangspunktet av et større antall spørsmål, men studier har vist at også kortere varianter av skalaen har svært god validitet (L. R. Frøyland, 2017). Med validitet mener vi om vi faktisk måler det vi er ment å måle, og dette kalles også for begrepsvaliditet (Ringdal, 2013).

Psykiske helseplager er i denne oppgaven en sumvariabel som består av åtte spørsmål om angst og depresjon fra skalaene nevnt over. Spørsmålet som blir stilt er *"Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette"* etterfulgt av åtte påstander: *"Følt at alt er et slit"*, *"Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert"*, *"Følt håpløshet med tanke på framtida"*, *"Bekymret deg for mye om ting"*, *"Følt deg ensom"*, *"Plutselig redd uten grunn"*, *"Nervøsitet, indre uro"*, *"Følt at du ikke er verdt noe"*. Svarkategoriene er *"1= Ikke plaget i det hele tatt"*, *"2= Lite plaget"*, *"3= Ganske mye plaget"* og *"4= Veldig mye plaget"*. Cronbach's alpha for de åtte indikatorene er relativt høy ($\alpha = .905$) som tyder på en høy intern konsistens/reliabilitet.

En kategorisk variabel av den avhengige variabelen ble også konstruert for å brukes i krysstabellanalysen. Her har jeg delt variablene inn i to kategorier og inndelingen ble gjort basert på hvor midtpunktet i svarfordelingen er. Her har verdiene 1-2,43 blitt kategorisert som lite plaget og fått verdien 1, og verdiene 2,50-4 har blitt kategorisert som mye plaget og fått verdien 2. Denne kategoriseringen gir mulighet for å undersøke hvordan de uavhengige variablene fordeler seg mellom lite plaget og mye plaget.

4.2.2. Uavhengig variabel: Familiens sosioøkonomiske status.

Siden 2014 har de fleste Ungdata-undersøkelsene inkludert et sett med spørsmål som skal fange opp tre aspekter ved familiens sosioøkonomiske status - foreldres utdanningsnivå, antall

bøker i hjemmet og familiens velstandsnivå (Sletten og Bakken, 2016). NOVA har kombinert disse til et samlet mål på familiens sosioøkonomiske status, og det er dette målet jeg også bruker i min oppgave.

I Ungdata-undersøkelsene blir foreldrenes utdanningsnivå målt ved å se på hvilken utdanning mor og far har. Spørsmålet som blir stilt er om henholdsvis far og mor *”har utdanning på universitet eller høgskolen”*, hvor svaralternativene er *”ja”* eller *”nei”*. Basert på ungdommenes svar har man konstruert et samlemål på foreldrenes utdanningsnivå, og skalaen går fra 0 til 3. De som har oppgitt at begge foreldrene har høyere utdanning får full skåre på 3. De som har oppgitt at kun den ene har høyere utdanning får skåren 1,5, mens de som har svart *”nei”* på begge har skåren 0 (Sletten og Bakken, 2016). Det er noe usikkerheter rundt dette målet ettersom ungdom sjeldent har nøyaktig kunnskap om hva slags utdanning foreldrene deres har. En del velger derfor å hoppe over spørsmålet, mens andre overrapporterer foreldrenes utdanning. For å se om utdanningsspørsmålet fanger opp det det er ment å måle utførte Sletten og Bakken (2016) en analyse hvor de så på sammenhengen mellom foreldrenes utdanning og ungdommenes skolekarakterer. Tanken var at man ville se tydelige forskjeller i gjennomsnittskarakterer ettersom forskning viser tydelig sammenheng mellom foreldres utdanning og skolekarakterer (Sletten og Bakken, 2016). Basert på resultatene fra analysen de gjennomførte konkluderte de med at målet til en viss grad fanger opp foreldrenes utdanningsnivå, men at man måtte regne med en del *”statistisk støy”* knyttet til målet.

I tillegg til foreldrenes utdanningsnivå blir antall bøker i hjemmet brukt for å måle familiens sosioøkonomiske status. Dette er et mål som blir ofte brukt i mange undersøkelser for å fange opp det som blir kalt for *”kulturell kapital”* (Sletten og Bakken, 2016). Det kan derimot diskuteres om dette er et godt mål på sosioøkonomisk status ettersom vi lever i en tid hvor bøker som fysisk objekt har blitt byttet ut med elektroniske bøker man kan laste ned på lesebrett eller mobiltelefonen. Til tross for denne digitaliseringen blir antall bøker i hjemmet fortsatt brukt som en indikator på sosioøkonomiske bakgrunn i mange undersøkelser. Sletten og Bakken (2016) begrunnet dette blant annet med at det fortsatt er dyrt å kjøpe bøker og at det derfor fortsatt representerer en type kulturell kapital. I tillegg peker de på at det er en god del variasjon i hvor mange bøker ungdommene rapporterer om, og at antall bøker i hjemmet har likt med foreldrenes utdanningsnivå også en tydelig sammenheng med skolekarakterer. Sletten og Bakken (2016) anser det derfor som et godt mål som fanger opp en dimensjon ved familiens sosioøkonomiske status. Antall bøker er her kodet om til å passe en skala fra 0 til 3,

hvor "ingen bøker" er kodet til 0, "mellom 100 og 500 bøker" er kodet til 1,5 og "mer enn 1000 bøker" er kodet til 3.

Den tredje komponenten som inngår i målet på sosioøkonomisk status er familiens velstandsnivå. Dette er målt ved å stille fire spørsmål som omhandler de materielle ressursene familien har tilgang på. De blir spurt om familien har bil, om ungdommen har sitt eget soverom, hvor mange datamaskiner eller nettbrett familien har og om de har vært på ferie med familien i løpet av det siste året. Spørsmålene er hentet fra en skala kalt "Family Affluence Scale II", og den ble opprinnelig utviklet for en undersøkelse om sosioøkonomiske forskjeller i helse utført av Verdens helseorganisasjon (Currie et al., 2008). Svaralternativene har blitt kodet om, og likt de to andre komponentene har hvert spørsmål fått verdier fra 0 (lavest) til 3 (høyest).

Sletten og Bakken (2016) påpeker at spørsmålene som er ment å måle foreldrenes utdanningsnivå, antall bøker i hjemmet og materielle goder i familien har hver for seg noen begrensninger som mål på familiens sosioøkonomiske status. Disse har dermed blitt kombinert for å lage et samlemål slik at man får et mer valid mål på familiens sosioøkonomiske status. For å få et samlemål på familiens sosioøkonomiske status har man laget et gjennomsnitt av de tre komponentene, og skalaen går fra 0 til 3 hvor null representerer den laveste verdien for alle spørsmålene som inngår i målet, og 3 er den høyeste verdien man kan skåre.

En kategorisk variabel av familiens sosioøkonomisk status (SØS) ble senere konstruert for å brukes i krysstabellanalysen. Her har verdien 0-1 blitt kategorisert som lav SØS, verdien 2 har blitt kategorisert som middels SØS, og verdien 3 kategoriseres som høy SØS. Dette gir oss mulighet for å undersøke hvordan den sosioøkonomiske statusen fordeler seg ut fra den avhengige variabelen.

4.2.3. Uavhengig variabel: Forhold til skolen

I denne oppgaven har jeg delt skolevariabelen opp i tre ulike mål; skoletrivsel, skolestress og mobbing.

Skoletrivsel er en sumvariabel som blir målt ved hjelp av følgende spørsmål "Er du enig eller uenig i følgende utsagn om hvordan du har det på skolen?" etterfulgt av fire påstander: "Jeg

trives på skolen”, *”Lærerne mine bryr seg om meg*”, *”Jeg føler at jeg passer inn blant elevene på skolen*” og *”Jeg gruer meg ofte til å gå på skolen*”. Svarkategoriene for den siste påstanden *”Jeg gruer meg ofte til å få på skolen*” er *”1= Helt enig*”, *”2= Litt enig*”, *”3= Litt uenig*”, og *”4= Helt uenig*”. Mens for de tre første påstandene har svarkategoriene blitt snudd til *”1= Helt uenig*”, *”2= Litt uenig*”, *”3= Litt enig*” og *”4= Helt enig*”. Verdiene ble snudd for at alle målene skulle ha samme retning fra lav trivsel til høy.

Skolestress er et samlemaal som består av følgende spørsmål *”Hvor ofte har du hatt det slik de siste månedene?”* med tre påstander: *”Jeg blir stresset av skolearbeidet*”, *”Jeg føler meg utslitt på grunn av skolearbeidet*” og *”Jeg har mer skolearbeid enn jeg klarer å gjøre*”. Svarkategoriene for alle tre har blitt snudd slik at alle målene skal gå fra høyt stressnivå til lavt. Svarkategoriene etter å ha blitt snudd er: *”1= Svært ofte*”, *”2= Ofte*”, *”3= Av og til*”, *”4= Sjelden*” og *”5= Aldri*”.

Mobbing har blitt målt ved hjelp av spørsmålet *”Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida?”* og svarkategoriene er: *”1= Ja, flere ganger i uka*”, *”2= Ja, omtrent én gang i uka*”, *”3= Ja, omtrent hver 14. dag*”, *”4= Ja, omtrent én gang i måneden*”, *”5= Nesten aldri*” og *”6= Aldri*”. Målet tar kun for seg fysisk mobbing som skjer på skolen, og utelukker dermed digital mobbing som foregår utenfor skolens områder.

En kategorisk variabel for de tre dimensjonene ble også konstruert for å brukes i krysstabellanalysen. Jeg valgte å dele skoletrivsel inn i to kategorier hvor lav skoletrivsel (1-2,5) fikk verdien 1, mens høy skoletrivsel (2,6-4) fikk verdien 2. Mye skolestress (1-3) fikk verdien 1, mens lite skolestress (3-5) fikk verdien 2. Mobbing ble omkodet til en tredelt variabel hvor mye mobbing (1-2) fikk verdien 1, middels skåre på mobbing (3-4) fikk verdien 2, og lite mobbing (5-6) fikk verdien 3.

4.2.4. Uavhengig variabel: Foreldrerelasjon

Foreldrerelasjon er et sammensatt mål som består av seks spørsmål som ber ungdommene beskrive forholdet sitt til foreldrene sine. Spørsmålene har følgende påstander: *”Jeg forsøker å holde mesteparten av fritida mi skjult for foreldrene mine*”, *”Jeg krangler ofte med foreldrene mine*”, *”Foreldrene mine er skuffet over meg*”, *”Foreldrene mine pleier å vite hvor jeg er, og hvem jeg er sammen med i fritida*”, *”Jeg stoler på foreldrene mine*”,

"Foreldrene mine stoler på meg". Svarkategoriene for påstandene er *"1= Passer svært godt"*, *"2= Passer ganske godt"*, *"3= Passer ganske dårlig"*, og *"4= Passer svært dårlig"*. Svarkategoriene for de tre siste påstandene har derimot blitt snudd til *"1= Passer svært dårlig"*, *"2= Passer ganske dårlig"*, *"3= Passer ganske godt"* og *"4= Passer svært godt"*. Verdiene ble snudd for at alle målene skulle ha samme retning fra dårlig relasjon til god relasjon.

En kategorisk variabel for foreldrerelasjon ble også konstruert for å brukes i krysstabellanalysen. Jeg valgte her å dele variabelen inn i to kategorier hvor svak relasjon til foreldre (1-2,5) fikk verdien 1, og sterk relasjon til foreldre (2,6-4) fikk verdien 2.

4.2.5. Uavhengig variabel: Opplevd press.

Opplevd press er en sumvariabel som blir målt ved hjelp av følgende spørsmål *"Opplever du press i hverdagen din?"* med fem påstander: *"Press om å se bra ut eller ha en fin kropp"*, *"Press om å gjøre det bra på skolen"*, *"Press om å gjøre det bra i idrett"*, *"Press om å ha mange følgere og likes på sosiale medier"* og *"Press på andre områder"*. Svarkategoriene for alle fem har blitt snudd slik at alle målene skal gå fra mye press til lite press. Svarkategoriene etter å ha blitt snudd er: *"1= Svært mye press"*, *"2= Mye press"*, *"3= En del press"*, *"4= Litt press"* og *"5= Ikke noe press"*.

En kategorisk variabel for opplevd press ble konstruert for å brukes i krysstabellanalysen. Jeg valgte å dele variabelen inn i to kategorier hvor mye press (1-2,83) fikk verdien 1, og lite press (3-5) fikk verdien 2.

4.2.6. Uavhengig variabel: Sosial støtte.

Ungdata-undersøkelsene har siden 1980-tallet brukt spørsmål inspirert av et måleskjema kalt Sarason's social support measure (L. R. Frøyland, 2017). Andre studier har også brukt lignende mål på sosial støtte, og felles for disse er at sosial støtte blir definert som tilgjengeligheten av personer man kan stole på, som viser at de bryr seg om deg og som er glad i deg (L. R. Frøyland, 2017).

Sosial støtte blir i denne oppgaven målt ved hjelp av følgende spørsmål *"Tenk deg at du har et personlig problem. Du føler deg utafør og trist og trenger noen å snakke med. Hvem ville du snakket med eller søkt hjelp hos?"* med følgende seks alternativer: *"Foreldre"*, *"Andre*

familiemedlemmer (søsken besteforeldre eller lignende)", "Venner", "Helsesøster eller en annen i skolehelsetjenesten", "lærere eller andre ansatte på skolen" og "Andre voksne". Svarkategoriene for de seks alternativene er "1= Helt sikkert", "2= Kanskje", og "3= Nei". I tillegg består samlemålet av to spørsmål som omhandler støtte fra foreldre og venner.

Støtte fra foreldre blir målt ved hjelp av følgende spørsmål "Her kommer noen utsagn om hvordan du vil beskrive forholdet ditt til foreldrene dine" med følgende tre påstander: "Foreldrene mine forteller ofte hvor flink jeg er", "Foreldrene mine aksepterer meg som jeg er" og "Foreldrene mine stoler på meg". Svarkategoriene for påstandene er "1= Passer svært godt", "2= Passer ganske godt", "3= Passer ganske dårlig", og "4= Passer svært dårlig". Støtte fra venner blir målt ved hjelp av følgende spørsmål "Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?", og svarkategoriene er "1=Ja, helt sikkert", "2= Ja, det tror jeg", "3= Det tror jeg ikke" og "4= Har ingen jeg ville kalle venner, nå for tida". Svarkategoriene for disse to spørsmålene har blitt omkodet fra fire til tre verdier for å kunne inkluderes i samlemålet, hvor svarkategori 3 og 4 har blitt slått sammen og utgjør nå verdien 3.

En kategorisk variabel for sosial støtte ble også konstruert for å brukes i krysstabellanalysen. Jeg valgte å dele variabelen inn i to kategorier hvor høy sosial støtte (1-2) fikk verdien 1, og lav sosial støtte (2-3) fikk verdien 2.

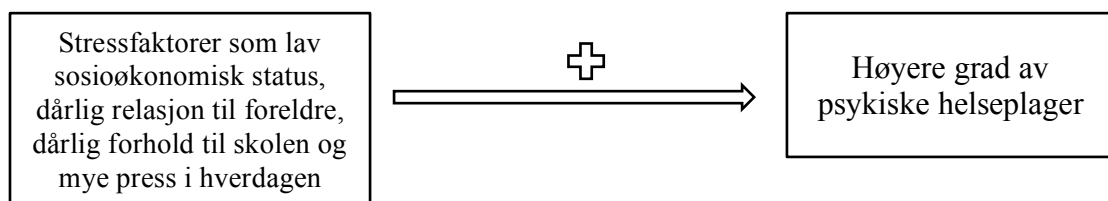
4.2.7. Uavhengig variabel: Mestring.

Mestring er en sumvariabel som består av spørsmålet "Hvor riktige er disse utsagnene for deg?" med følgende fem utsagn: "Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok", "Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil", "Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte", "Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnen min", "Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut". Svarkategoriene for disse påstandene har blitt snudd slik at alle målene skal gå fra høy mestringsskapasitet til lav. Svarkategoriene etter å ha blitt snudd er: "1= Helt riktig", "2= Nokså riktig", "3= Nokså galt" og "4= Helt galt". I tillegg består mestringsvariabelen av følgende spørsmål "Har du opplevd så mye press den siste uka at du har hatt problemer med å takle det?", og svarkategoriene her er "1= Ingen ganger", "2= Noen ganger", "3= Ganske ofte" og "4= Svært ofte".

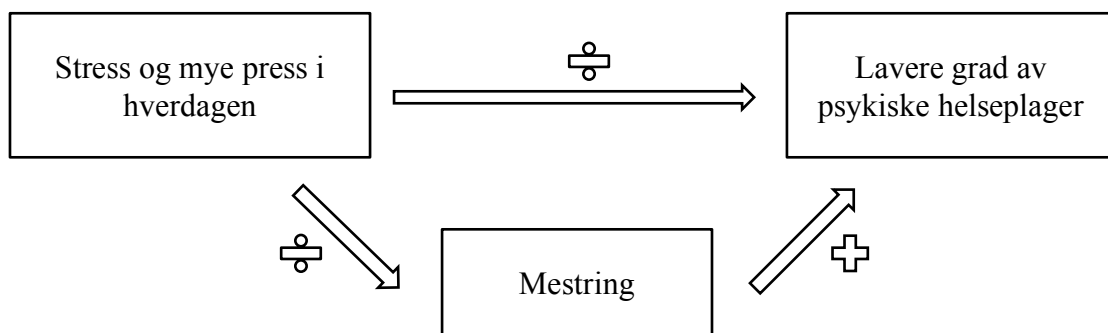
En kategorisk variabel for mestring ble konstruert for å brukes i krysstabellanalysen. Jeg valgte å dele variabelen inn i to kategorier hvor høy mestringstro (1-2,5) fikk verdien 1, og lav mestringstro (2,6-4) fikk verdien 2.

4.3. Hypoteser

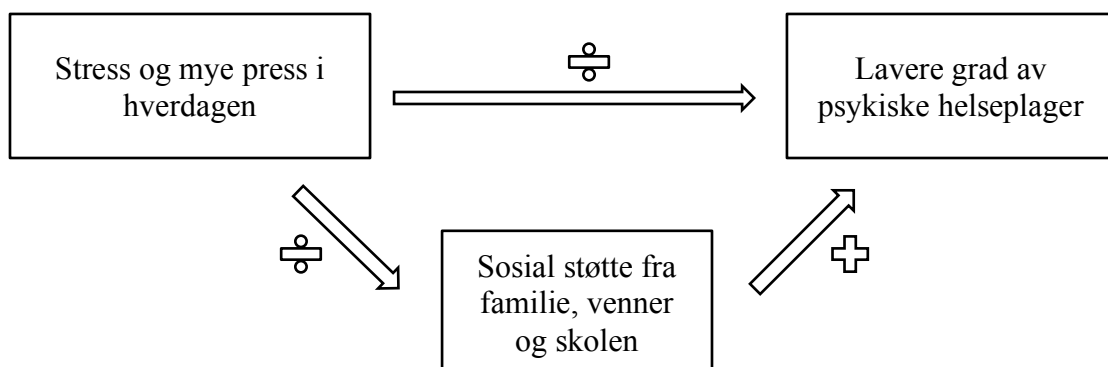
Hypotese 1: Ungdom med lav sosioøkonomisk status, dårlig relasjon til foreldre, dårlig forhold til skolen, samt mye press i hverdagen rapporterer høyere grad av psykiske helseplager



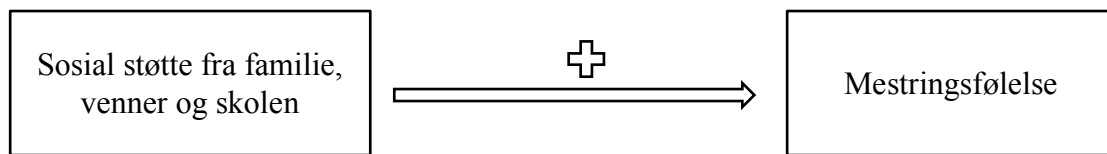
Hypotese 2: Mestring modererer opplevelsen av stress og press



Hypotese 3: Samhold og sosial støtte fra familie, venner og skolen modererer opplevelsen av stress og press



Hypotese 4: Ungdom som opplever samhold og sosial støtte fra familie, venner og skolen har høyere mestringsfølelse



4.4. Dataanalyse

I denne oppgaven bruker jeg både univariat, bivariat og multivariat analysemetoder, og alle analysene er gjort i programmet IBM SPSS Statistics versjon 24 for Mac. Univariat analyse ble utført med hensikt om å beskrive de enkelte variablene i oppgaven. Korrelasjonsanalyse ble utført for å etablere forholdet mellom to variabler, og hypotesene i oppgaven testet jeg ved bruk av multippel regresjonsanalyse. Denne delen presenterer de ulike statistiske testene som ble utført for denne studien, samt en beskrivelse av analyseprosessen og hvilke valg jeg tok underveis.

4.4.1. Univariat analyse

I denne oppgaven ble univariat analyse brukt med hensikt om å undersøke fordelingen av den avhengige variabelen ”*psykiske helseplager*”. Tabell 1 under del 5.1. viser resultatene fra analysen.

4.4.2. Bivariat analyse – Krysstabellanalyse og korrelasjonsanalyse

Bivariat krysstabellanalyse har i denne oppgaven som hensikt å analysere sammenhengen mellom én avhengig variabel og flere uavhengige variabler. Krysstabellen presentert under del 5.2 viser deskriptiv oversikt over hvordan alle de uavhengige variablene i oppgaven fordeler seg i forhold til den avhengige variabelen. En kategorisk variabel av den avhengige variabelen ”*psykiske helseplager*” ble konstruert for å brukes i analysen, hvor jeg delte opp variabelen i to kategorier som er lite plaget og mye plaget. En kategorisk variabel av alle de uavhengige variablene ble også konstruert. Denne kategoriseringen gir mulighet for å undersøke hvordan de uavhengige variablene fordeler seg ulikt ut fra graden av psykiske plager de unge rapporterer om. Resultatene er signifikanttestet med kjikvadrattesten som sier noe om hvorvidt sammenhengene i utvalget også gjelder for populasjonen (Ringdal, 2013).

Korrelasjonsanalyse i denne oppgaven ble utført for å etablere forholdet mellom to variabler. Korrelasjoner kan underbygge en hypotese, men man kan ikke slutte fra korrelasjoner til årsaker. Grunnen til dette er at en korrelasjon kan være et resultat av spuriøse sammenhenger, som betyr at korrelasjonen kan være resultat av en tredjevariabel som ikke er kontrollert for (Ringdal, 2013). I tillegg er det et retningsproblem i tolkningen av årsaksretningen ved korrelasjoner, hvor det er like sannsynlig at den avhengige variabelen er årsaken til en uavhengig variabel, og omvendt. Det er for eksempel like sannsynlig at psykiske helseplager øker stress blant unge som at stress øker psykiske helseplager. Samlet gir resultatene fra krysstabellanalysen og korrelasjonsanalysen inntrykk av hvorvidt hypotesene kan støttes eller ikke, men begge analysene har visse begrensninger og regresjonsanalyse bli videre brukt for å oppnå en bredere forståelse av fenomenet. Analyseresultatene presenteres i tabell 2 og tabell 3 under del 5.2.

4.4.3. Multivariat analyse – Faktoranalyse

Dimensjonalitet brukes for å vurdere kvaliteten på sammensatte mål. Ifølge Ringdal (2013) er det en fordel at indeksene er endimensjonale, som betyr at indikatorene må være homogene. Kravet om homogenitet går ut på at det må være statistisk sammenheng eller korrelasjon mellom indikatorene. Faktoranalyse har blitt utført for å undersøke om psykiske helseplager er endimensjonal, for å se om indikatorene i samlemålet representerer en tilfredsstillende operasjonalisering av det teoretiske begrepet.

Før man utfører en faktoranalyse er det en forutsetning om at variablene er normalfordelt, og at det er en lineær sammenheng mellom variablene. Skjevhet og kurtosis mellom -3 og +3 er vanligvis akseptert, og som vi ser i tabell 1 har variabelen tilfredsstillende verdier for skjevhet og kurtosis, og kan dermed regnes for å være normalfordelt (Christophersen, 2009). De lineære sammenhengene ble undersøkt ut fra to statistiske tester: Keyser-Meyer-Olkin (KMO) og Bartletts signifikanstest. I tabell 1 (vedlegg 1) ser man alle indikatorene til den avhengige variabelen hadde tilfredsstillende styrke på korrelasjonen. Alle korrelasjonene var statistisk signifikant på 0.01 nivå. I tabell 2 (vedlegg 1) ser vi at KMO er på 0,912, noe som tyder på indikatorsettet er egnet for faktoranalyse (Almquist, Ashir og Brännström, 2015).

I tabell 3 (vedlegg 1) kan vi se at den spesifiserte faktoren oppfyller Kaisers kriterium med en eigenvalue > 1 . I tabell 4 se vi at de reproduerte korrelasjonene er på et akseptabelt nivå ettersom avvikene mellom målte og reproduerte korrelasjoner ligger i intervallet mellom -.5

og 0.5 (Christophersen, 2009). Fire av indikatorene ligger utenfor dette intervallet, men de avviker i liten grad og vurderes dersom som akseptabelt. Fellesvariansen utgjør 60,4% av indikatorsettets totale varians (tabell 3 i vedlegg 1). Det settes et veiledende kriterium på at minst 50% av indikatorsettets varians bør være fellesvarians for å ha tilfredsstillende begrepsvaliditet (Almquist, Ashir og Brännström, 2015), noe som betyr at fellesvariansen på 60,4% oppfylle dette kriteriet.

Basert på resultatene fra denne semi-konfirmerende faktoranalysen kan jeg konkludere med at indikatorene til den avhengige variablene måler én dimensjon av selvrapporterte psykiske helseplager. I tillegg er høy reliabilitet en nødvendig forutsetning for høy validitet (Ringdal, 2013), og korrelasjonsmatrisen for de åtte indikatorene varierer mellom .407 og .679 som tyder på at indikatorsettet har et homogent korrelasjonsmønster. Som tidligere nevnt er cronbach's alpha for de åtte indikatorene relativt høy ($\alpha = .905$) som tyder på en høy indre konsistent, som er en form for reliabilitet. Dette kan tolkes som at 90% av variansen til indikatorsettet er reliabel varians (Christophersen, 2009).

4.4.4. Multivariat analyse – Multippel lineær regresjonsanalyse

Regresjonsanalyse er en metode som benyttes for å si noe om forholdet mellom variabler, men til forskjell fra korrelasjonsanalyser ønsker man ved regresjon å predikere verdien på én variabel ved hjelp av en annen (Ringdal, 2013). Dette gjøres ved å regne ut regresjonslinjen som gir et bedre estimat ved at man trekke en linje gjennom fordelingen av enkeltskårer på en slik måte at avstanden fra hver enkeltobservasjon til linjen blir minst mulig. En multippel regresjonsanalyse har to eller flere uavhengige variabler, og brukes for å kontrollere for andre variabler og redusere residualer. Residualer vil si forskjellen mellom observerte skårer og predikerte skårer. Dette gir et mer realistisk bilde av fenomenet som studeres, i tillegg til at en multippel regresjonsanalyse har mer forklaringskraft enn andre analyser (Ringdal, 2013).

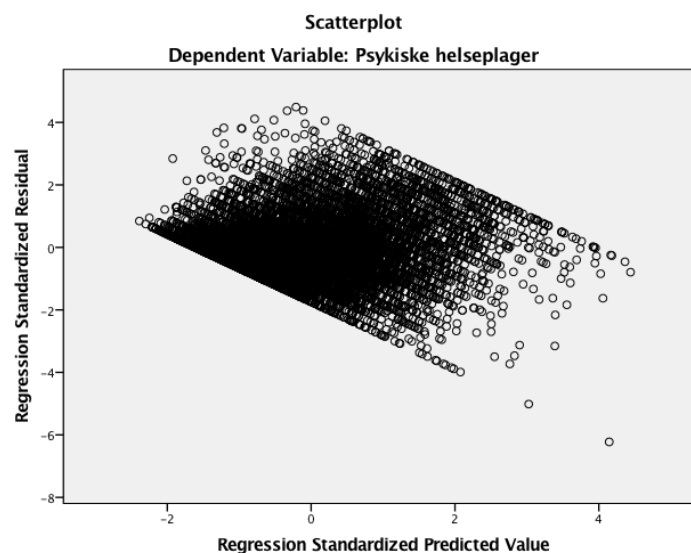
I denne oppgaven utførte jeg en multippel lineær regresjonsanalyse for å teste hypotesene som tidligere er presentert. Lineær regresjonsanalyse brukes når den avhengige variabelen er kontinuerlig, det vil si at variabelen er på intervallnivå eller forholdstallsnivå (Almquist, Ashir og Brännström, 2015). Ordinale variabler er egentlig kategorivariabler, men om variablene har mange kategorier er det akseptert å bruke denne typen variabler i regresjonsanalyser (Ringdal, 2013). Ettersom *psykiske helseplager* er et sammensatt mål i oppgaven, gir dette oss

et langt mer kontinuerlig mål enn det den i utgangspunktet var, noe som betyr at det kan benyttes i denne analysen og oppfattes som tilnærmet kontinuerlig.

Lineær multippel regresjonsanalyse bygger videre på en del forutsetninger som må være oppfylt for at vi kan stole på at resultatene fra analysen er valide (Almquist, Ashir og Brännström, 2015). Den første forutsetningen går ut på at det ikke må være noen ekstreme verdier, det vil si deltakere som ikke følger det overordnede mønstret i dataene. Ettersom deltakerne i denne studien har gitt svarene deres ut fra svarkategorier med forhåndsbestemte verdier er ikke dette et problem her.

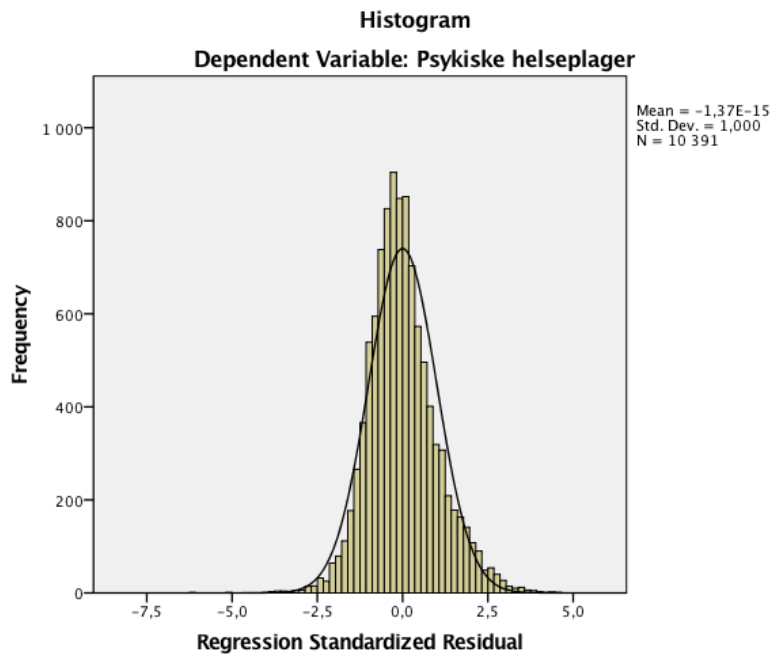
Den andre forutsetningen omhandler *homoskedastisitet*, som betyr at residualene skal ha lik varians for alle de uavhengige variablene (Ringdal, 2013). Denne forutsetningen ble undersøkt ved hjelp av et residualdiagram som er presentert i figur 2. Ettersom punktene er jevnt fordelt vurderes kravet til homoskedastisitet som oppfylt (Almquist, Ashir og Brännström, 2015).

Figur 2. Residualdiagram



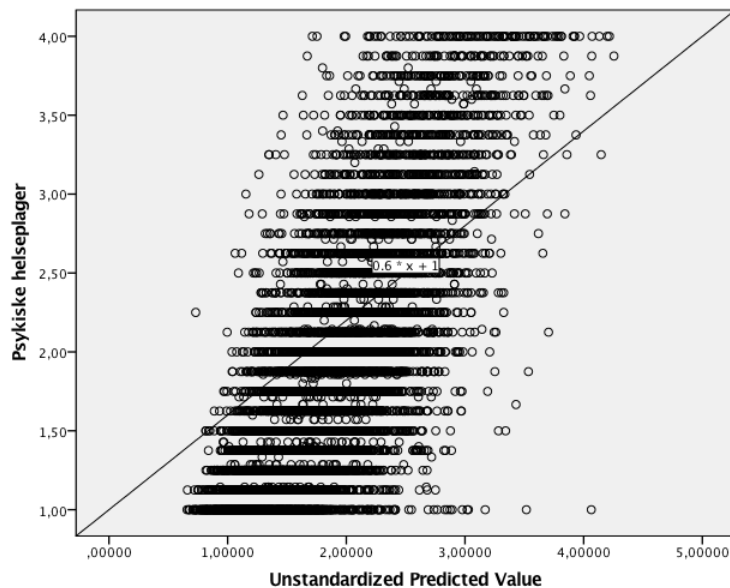
Den tredje forutsetningen går ut på at residualene for de uavhengige variablene skal være normalfordelt (Almquist, Ashir og Brännström, 2015). Som vi ser i figur 3 er residualene normalfordelt, og kravet om normalfordeling vurderes dermed som oppfylt.

Figur 3. Histogram for residualene i de uavhengige variablene



Den fjerde forutsetningen handler om linearitet, som går ut på at sammenhengen mellom de uavhengige variablene og den avhengige variabelen er lineær (Almquist, Ashir og Brännström, 2015). Linearitet har jeg vurdert ut fra et spredningsdiagram som man ser i figur 4. Punktene ligger langs en rett linje, som indikerer en lineær sammenheng mellom de uavhengige variablene og avhengig variabel. Basert på dette vurderes kravet om linearitet som oppfylt.

Figur 4. Spredningsdiagram for identifisering av linearitet



Den siste forutsetningen handler om multikolaritet, som betyr at korrelasjonen mellom de uavhengige variablene ikke skal være sterkt korrelert (Ringdal, 2013). Christophersen (2009) mener at multikolaritet kan utelukkes om toleranseverdien (Tol) er <0.20 og variansinflasjon (VIF) er > 5 . Toleranseverdiene for de uavhengige variablene varierer fra .57 til .97, og fra 1.03 til 1.73 for variansinflasjon (tabell 5 under vedlegg 1). Toleranse ligger dermed over 0.20, og variansinflasjonen ligger under 5, som indikerer at multikolaritet ikke er et problem i denne studien.

Alle forutsetninger for å utføre en regresjonsanalyse er dermed oppfylt, og resultatene fra regresjonsanalysen blir presentert i kapittel 5.

4.5. Vurdering av kvaliteten på studien

Alle målte variabler består av en sann verdi og en målefeil. Den sanne verdien er det vi faktisk måler, mens målefeil er forskjellen mellom en målt verdi og en sann verdi, og disse kan være systematiske eller tilfeldige. Tilfeldige målefeil påvirker reliabiliteten, mens systemiske målefeil påvirker validiteten (Ringdal, 2013). I denne delen vil kvaliteten på variablene i oppgaven bli vurdert med utgangspunkt i reliabilitet og validitet. Dimensjonalitet har blitt brukt for å vurdere kvaliteten på de sammensatte målene tidligere i dette kapittelet ved bruk av en faktoranalyse, og vil dermed ikke kommenteres ytterligere.

4.5.1. Ytre validitet - generaliserbarhet

Med validitet mener vi om vi faktisk har målt det vi er ment å måle, og man skiller mellom ytre validitet og indre validitet (Ringdal, 2013). Ytre validitet handler om hvorvidt funnene kan si noe om resten av populasjonen, også kalt for *generaliserbarheten* til resultatene.

Denne oppgaven er basert på data fra Ungdata-undersøkelsen utført i Asker og Bærum kommune, og man kan dermed ikke snakke om et utvalg ettersom hele populasjonen deltar i spørreundersøkelsen. I denne studien går ytre validitet ut på at man vurderer om funnene som er gjort om den psykiske helsen til ungdommer fra disse to kommunene er representative for populasjonen, som i dette tilfellet er alle ungdommene i Asker og Bærum.

11034 ungdommer fra både ungdomsskolen og videregående skole deltok på undersøkelsen, og det er dermed viktig å vurdere frafall som en mulig trussel mot den ytre validiteten (Ringdal, 2013). Med frafall mener man de som ikke svarer på undersøkelsen, men om

undersøkelsen har en høy svarprosent minker også risikoen for frafallsfeil (Ringdal, 2013). Svarprosenten for ungdomsskolen i Asker kommune var 87%, mens i Bærum kommune var svarprosenten på 89%. På videregående skole var svarprosenten på 75% for både Asker og Bærum kommune. Samlet reflekterer dette et representativt utvalg ettersom svarprosenten og utvalgsstørrelsen er stor, noe som gir et godt grunnlag for å vurdere funnene som representative for populasjonen. I tillegg til frafall, er et høyt antall missing-verdier på hver variabel en trussel mot den ytre validiteten. Om man ser på krysstabellen presentert i tabell 2 under avsnitt 5.2, så ser man at antall missing-verdier er svært få. Det kan dermed argumenteres for at funnene i denne oppgaven er representative for populasjonen, det vil si alle ungdommer i Asker og Bærum.

4.5.2. Begrepsvaliditet

Begrepsvaliditet handler om vi har målt det teoretiske begrepet vi er ment å måle. Ringdal (2013) skiller mellom umiddelbar validitet, innholdsvaliditet og kriterievaliditet. *Umiddelbar validitet* handler om å gi en skjønnsmessig vurdering av om indikatorene fanger opp det teoretiske begrepet man er ment å måle. Under del 4.2 som omhandler hvordan variablene har blitt konstruert, har validiteten til flere av variablene også blitt berørt. Et eksempel er psykiske helseplager som er en sumvariabel som består av åtte spørsmål hentet fra to velkjente skalaer som fanger opp symptomer på depresjons- og angstplager. Alle variablene i denne studien har blitt nøye konstruert basert på tidligere forskning og teori. På bakgrunn av dette kan det dermed argumenteres for at den umiddelbare validiteten er tilstede for disse variabelen. Ringdal (2013) påpeker derimot at teoretiske begreper er langt mer komplekse enn det man kan fange inn med enkle spørsmål. Dette betyr at operasjonaliseringer vil ofte være en forenkling av de teoretiske begrepene. Ringdal (2013) mener dette er kjernen i begrepet *innholdsvaliditet*.

Innholdsvaliditet er en vurdering på om alle leddene i variabelen måler de viktigste aspektene av det teoretiske begrepet vi er ment å måle (Ringdal, 2013). Innholdsvaliditet baserer seg i tillegg på forskerens subjektive vurdering. Den avhengige variabelen i denne oppgaven er som nevnt basert på to velkjente skalaer som har blitt brukt i mange forskningsprosjekter. Skalaene har i utgangspunktet et større antall spørsmål, men forskning har vist at også kortere varianter av skalaen har svært god validitet (L. R. Frøyland, 2017). I tillegg viste resultatene fra den semi-konfirmerende faktoranalysen som ble utført at indikatorene til den avhengige

variablene måler én dimensjon av selvrapporterte psykiske helseplager. Basert på disse resultatene vurderer jeg innholdsvaliditeten til den avhengige variabelen som god.

De fire stressfaktorene som er inkludert i denne studien består av nøye utvalgte spørsmål som omhandler de gitte temaene. Spørsmålene inkludert i pressvariabelen dekker for eksempel rapportering om press på de fleste områder i de unges hverdag. Dette inkluderer kroppspress, skolepress, press om å gjøre det bra i idretten og press på sosiale medier, i tillegg til et generelt spørsmål om man opplever press på andre områder i livet. Det kan dermed argumenteres for at de fire stressfaktorene har god innholdsvaliditet. Mestringsvariablene inkluderer flere spørsmål som samsvarer med komponentene i Antonovskys (2012) *opplevelse av sammenheng*, i tillegg til andre kjente mestringsteorier, og basert på disse teorien kan man si at spørsmålene dekker bredden i begrepet. Sosial støtte er basert på spørsmål inspirert av et måleskjema kalt for Sarason's social support measure (L. R. Frøyland, 2017), som har blitt brukt i Ungdata-undersøkelsene siden 1980-tallet. Målet fanger opp tilgjengeligheten av personer de unge føler de kan stole på, som viser at de bryr seg om dem og er glad i dem. Indikatorene for sosial støtte dekker dermed flere aspekter ved det teoretiske begrepet. Innholdsvaliditeten vurderes dermed som god for disse variablene.

Den tredje formen for validitet er *kriterievaliditet*, som går ut på at man må vise at det er samsvar mellom den sanne og den observerte verdien på et spørsmål. Den sanne verdien representerer her en fasit eller et kriterium. Dette er lite nyttig i praksis fordi det sjeldent er gode kriterier tilgjengelig, og dermed er det svært vanskelig å gjennomføre (Ringdal, 2013). Dette gjelder også for denne studien ettersom de fleste variablene i oppgaven baserer seg på deltakerens subjektive meninger og holdninger, og det er dermed ingen objektiv fasit man kan måle svarene opp mot.

En trussel mot begrepsvaliditeten kan være systemisk målefeil som kan være et resultat av enighetssyndromet eller sosial ønskelighet (Ringdal, 2013). Enighetssyndromet, også kjent som "ja"-effekten, går ut på at noen svarer ja eller nei på alle spørsmålene uten å se på meningsinnholdet. En måte å motvirke dette feilkilden på er å formulere spørsmålene annerledes (Ringdal, 2013). Dette er gjort med stressfaktorene som inngår i denne oppgaven ved at noen av spørsmålene under hver variabel har en negativ dimensjon mens andre har en positiv dimensjon. Mestringsvariabelen består derimot av fem spørsmål som går i samme

retning, og man kan dermed anta at risikoen for systemisk målefeil er noe større for denne variabelen.

Sosial ønskelighet går ut på at en del respondenter svarer i retning av hva de tror er sosialt ønskelig eller sosialt akseptabelt (Ringdal, 2013). I denne studien kunne sosial ønskelighet skape et validitetsproblem ved at de unge rapporterte at de hadde færre psykiske helseplager enn de faktisk hadde for å unngå stigmaet knyttet til det å være psykisk plaget, men ettersom Ungdata-undersøkelsene stort sett er anonyme kan man regne med at dette ikke utgjør et like stort problem.

4.5.3. Reliabilitet

Reliabilitet går ut på om gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultater (Ringdal, 2013). Ifølge Ringdal (2013) kan man skille mellom tre måter å vurdere dataenes reliabilitet på. Det første er basert på *allmenn kildekritikk*, og handler om å se på hvordan dataene er samlet inn for å spore mulige feilkilder. Datasettet brukt i denne oppgaven er hentet fra NOVA, og det er dermed lurt å sette seg inn i hvordan dataene har blitt samlet inn. Ungdataundersøkelsene har siden 2010 blitt utført av NOVA i samarbeid med landets sju regionale kompetansesentre innen rusfeltet (Ungdata, 2016). Flere av de regionale ruskompetansesentrene har en lang historie med å utføre spørreskjemaundersøkelser, og NOVA har en tilsvarende lang historie som går helt tilbake til 1980-tallet (L. R. Frøyland, 2017). I tillegg utfører NOVA en ”vasking” av alle datasett som samles inn for å luke ut useriøse besvarelser. Dette utgjør dermed et godt grunnlag for å vurdere at den kvalitetsmessige kontrollen av data er av høy kvalitet, noe som videre gir grunnlag for høy reliabilitet.

En annen måte å vurdere reliabiliteten på er *test-retest-teknikken*, som går ut på at man måler graden av korrelasjon mellom to gjentatte målinger av samme variabel (Ringdal, 2013). Denne teknikken er en av de beste måtene å måle reliabilitet på men er derimot svært vanskelig å utføre i praksis. Grunnen til dette er at det krever mange ressurser, og det er tidskrevende å utføre samme undersøkelsen to ganger med de samme personene (Ringdal, 2013). Undersøkelsen i Asker og Bærum har tidligere vært utført i 2014, noe som kan gi grunnlag for å vurdere reliabiliteten ut fra denne teknikken, men problemet er at det har vært for lang tidsrom mellom undersøkelsene. Om undersøkelsene ikke har blitt utført med kort

tids mellomrom, kan en reell endring som påvirker svarene ha skjedd, noe som vil føre til mangel på samsvar uten at det kan forklares av målefeil (Ringdal, 2013).

En tredje måte å vurdere reliabiliteten på handler om å måle graden av *intern konsistens* mellom indikatorene som inngår i en indeks. For å måle intern konsistens brukes Cronbach's alpha som er en statistisk størrelse som varierer fra 0 til 1 (Ringdal, 2013). En indeks med Cronbach's alpha over 0.7 vurderes som et akseptabelt nivå for intern konsistens (Almquist, Ashir og Brännström, 2015). I denne oppgaven er psykiske helseplager en sumvariabel som består av åtte spørsmål, og Cronbach's alpha for de åtte indikatorene er relativt høy ($\alpha = .905$) som tyder på en høy intern konsistens. Cronbach's alpha for de uavhengige variablene varierer fra .70 til .86, som indikerer at de har høy intern konsistens. Alle målene har dermed et akseptabelt nivå av intern konsistens, og basert på dette kan reliabiliteten vurderes som god.

4.6. Etiske overveielser

Etikk handler om hva som er rett og galt, og hensikten med de etiske retningslinjene er å beskytte personer mot fysisk og psykisk skade, samt ivareta deres privatliv og frihet (Ringdal, 2013). Denne oppgaven er basert på eksisterende data fra Ungdata, hvor det er NOVA som har hatt det overordnede ansvaret for at datainnsamlingen utføres i tråd med gjeldende lover, regler og forskningsetiske retningslinjer (Ungdata, 2016). Det er dermed NOVA sitt ansvar for at data samles inn og oppbevares slik at deltakernes integritet og konfidensialitet er best mulig ivaretatt (Ungdata, 2016).

Som regel gjennomføres Ungdata-undersøkelsene som anonyme undersøkelser, noe som innebærer at det ikke skal være mulig å identifisere enkeltpersoner i svarene som blir gitt. Dette er en av hovedårsakene til at undersøkelsene ikke inkluderer spørsmål om foreldrenes yrke, ettersom denne typen informasjon ofte er såpass detaljert at det kan bidra til å identifisere enkeltpersoner og dermed også bryte anonymiteten til ungdommene (Sletten og Bakken, 2016).

En av retningslinjene går ut på at personene som deltar i forskningen er informert om hva prosjektet går ut på, at det er frivillig å delta og at de kan trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt. Ungdommene som deltar i undersøkelsene kan selv bestemme om de vil være med eller ikke, men foreldre og foresatte kan også reservere barna sine fra å delta. I tillegg blir det

utsendt et informasjonsbrev i forkant av undersøkelsen for å informere foresatte om undersøkelsen (Ungdata, 2016).

De fleste spørsmålene er stort sett uproblematiske å svare på, men noen spørsmål kan likevel være vanskelige å besvare for noen ettersom de berører personlige og sårbare temaer. Om dette skulle være tilfellet får de unge informasjon om at de står fritt til å hoppe over spørsmål underveis. De unge får i tillegg kontaktinformasjon til sosiallærer, helsesøster eller lignende om de skulle ønske å snakke med en voksen i etterkant av undersøkelsen (Ungdata, 2016).

5. Analyseresultater

I dette kapittelet vil jeg presentere resultatene fra de statistiske analysene som har blitt utført. Kapittelet starter med en gjennomgang av den deskriptive statistikken for den avhengige variabelen (*psykiske helseplager*), etterfulgt av deskriptiv statistikk for de uavhengige variablene, og resultater fra en bivariat korrelasjonsanalyse. Til slutt presenterer jeg resultatene fra en multippel regresjonsanalyse.

5.1. Deskriptiv statistikk

Deskriptiv statistikk blir her brukt med hensikt om å undersøke fordelingen av den avhengige variabelen "*psykiske helseplager*". Den avhengige variabelen er et sammensatt mål på psykiske helseplage basert på åtte spørsmål som fanger opp symptomer på depresjons- og angstplager. Skalaen går fra 1 (*ikke plaget i det hele tatt*) til 4 (*veldig mye plaget*). Tabell 1 viser deskriptiv statistikk for den avhengige variabelen.

Tabell 1. Deskriptiv statistikk for den avhengige variabelen og indikatorene.

Psykiske helseplager	N (missing)	Min	Max	Gjennomsnitt	Std. avvik	Skjevhet (SE)	Kurtosis (SE)	
	10621 (351)	1	4	1.87	.73	.933 (.024)	.174 (.048)	
Psykiske helseplager indikatorer (Skala: 1. Ikke plaget i det hele tatt – 4. Veldig mye plaget) <i>Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette:</i>					Gj.snitt	Std. avvik	Skjevhet (SE)	Kurtosis (SE)
Følt at alt er et slit					2.26	.993	.323 (.024)	-.938 (.048)
Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert					1.92	.967	.757 (.024)	-.480 (.048)

Følt håpløshet med tanke på framtida	1.88	1.00	.833 (.024)	-.488 (.048)
Bekymret deg for mye om ting	2.38	1.040	.140 (.024)	-.1,154 (.048)
Følt deg ensom	1.78	.962	1.023 (.024)	-.053 (.048)
Plutselig redd uten grunn	1.40	.748	1.928 (.024)	3.065 (0.48)
Nervøsitet, indre uro	1.76	.943	.977 (.024)	-.169 (.048)
Følt at du ikke er verdt noe	1.56	.911	1.514 (.024)	1.153 (0.48)

Ut fra denne tabellen ser vi at 10621 besvarelser inngår i indeksen, og gjennomsnittet er på 1,87 som indikerer at de fleste rapporterer at de ikke er plaget i det hele tatt eller svært lite plaget. Gjennomsnittet for indikatorene varierer fra 1,40 (*plutselig redd uten grunn*) til 2,38 (*bekymret deg for mye om ting*), på en skala fra 1 til 4.

Fordelinger kan måles med skjevhet og kurtosis. Skjevhet måler symmetrien av en fordeling, mens kurtosis måler formen på en fordeling. En normalfordeling har en skjevhet og kurtosis på 0. Tabell 1 viser at skjevheten for den avhengige variabelen er på .933, mens kurtosis er på .174 som betyr at formen har en skarpere topp og lengre/tykkere haler. Begge ligger innenfor intervallet +/- 1 som betyr at fordelingsavvik fra normalfordelingen er lite. Skjevhet og kurtosis mellom -3 og +3 er vanligvis akseptert, og variabelen har dermed tilfredsstillende verdier for skjevhet og kurtosis (Christophersen, 2009).

5.2. Bivariat analyse

5.2.1. Krysstabellanalyse

Krysstabellen ble laget for å vise en deskriptiv oversikt over hvordan alle de uavhengige variablene fordeler seg på den avhengige variabelen. Psykiske helseplager har jeg i denne analysen gjort til en todelt variabel hvor ”lite plaget” omfatter verdiene 1-2,43 og ”mye plaget” omfatter verdiene 2,50-4. Kategoriske variabler av de resterende variablene har også blitt konstruert for å brukes i krysstabellanalysen. Tabell 2 viser hvordan de uavhengige variablene fordeler seg på den avhengige variabelen.

Tabell 2. Deskriptiv statistikk av fordelingen av de uavhengige variablene på den avhengige variabelen.

	Missing / %	N / %	Psykiske plager: Lite plaget (1-2)	Psykiske plager: Mye plaget (3-4)	Totalt
Familiens SØS ***	353 / 3,2%	10619			
Lav SØS		187/1,8%	68,4%	31,6%	100%
Middels SØS		1287/12,1%	72%	28%	100%
Høy SØS		9145/86,1%	80,4%	19,6%	100%
Skoletrivsel ***	363 / 3,3%	10609			
Lav skoletrivsel		1013/9,5%	40,7%	59,3%	100%
Høy skoletrivsel		9596/90,5%	83,2%	16,8%	100%
Skolestress ***	360 / 3,3%	10612			
Lite skolestress		3857/36,3%	94,1%	5,9%	100%
Mye skolestress		6755/63,7%	70,6%	29,4%	100%
Mobbing ***	417 / 3,8%	10555			
Lite utsatt for mobbing		9555/90,5%	82,1%	17,9%	100%
Middels utsatt for mobbing		588/5,6%	52,2%	47,8%	100%
Mye utsatt for mobbing		412/3,9%	50,5%	49,5%	100%
Foreldrerelasjon ***	373 / 3,4%	10599			
Svak relasjon til foreldre		983/9,3%	52,2%	47,8%	100%
Sterk relasjon til foreldre		9616/90,7%	81,9%	18,1%	100%
Opplevd press ***	354 / 3,2%	10618			
Lite press		7466/70,3%	89,3%	10,7%	100%
Mye press		3152/29,7%	55,1%	44,9%	100%
Sosial støtte ***	358 / 3,3%	10614			
Lite sosial støtte		3447/32,5%	65,7%	34,3%	100%
Mye sosial støtte		7167/67,5%	85,7%	14,3%	100%
Mestring ***	490 / 4,5%	10482			
Lav mestringstro		887/8,5%	34,4%	65,6%	100%
Høy mestringstro		9595/91,5%	83,3%	16,7%	100%

***p<0.001

Tabell 2 viser blant annet fordelingen av psykiske helseplager ut fra sosioøkonomisk status. 31,6% av de unge med lav sosioøkonomisk status rapporterer at de er mye plaget, 28% av de med middels sosioøkonomisk status rapporterer at de er mye plaget, mens 19,6% av de med høy sosioøkonomisk status rapporterer det samme. Dette tyder på at de med høyere sosioøkonomisk status rapporterer færre psykiske plager enn de med lavere sosioøkonomisk status. Samtidig ser vi at de fleste ungdommer rapporterer at de er lite plaget uavhengig av

hvilken sosioøkonomisk status de har. Dette støtter hypotesen om at ungdommer fra familier med en lavere sosioøkonomisk status rapporterer om høyere nivå av psykiske helseplager.

Man ser også en tydelig forskjell i fordelingen av psykiske plager når det gjelder skoletrivsel. Hele 59,3% av de som trives dårlig på skolen sier at de er mye plaget, mens kun 16,8% av de som trives godt på skolen rapporterer det samme. Dette indikerer at ungdommene som rapporterer om høy trivsel på skolen også rapporterer at de er mindre psykisk plaget (83,2%) enn de med lav trivsel (40,7%).

Når det gjelder skolestress viser tabellen at kun 5,9% av de som opplever lite skolerelatert stress rapporterer at de er mye plaget, og blant de som opplever mye skolerelatert stress er det 29,4% som rapporterer at de er mye plaget. Dette tyder på en liten forskjell i rapporterte helseplager ut fra skolerelatert stress, hvor de med lite skolerelatert stress rapporterer noe færre psykiske plager enn de med mye stress. De fleste rapporterer derimot at de er lite plaget uavhengig av hvor mye stress de opplever.

Tabell 2 viser derimot en tydelig forskjell i fordelingen av psykiske plager når det gjelder mobbing. De som er sjeldent eller aldri utsatt for mobbing rapporterer langt færre psykiske plager (17,9%) enn de som er mye utsatt for mobbing (49,5%). Blant de som sjeldent eller aldri opplever mobbing rapporterer hele 82,1% at de opplever få psykiske plager, mens 17,9% opplever at de er mye plaget. Av de som opplever mye mobbing rapporterer 50,5% at de er lite plaget mens 49,5% rapporterer at de er mye plaget. Resultatene for skolevariablene er med på å underbygge hypotesen om at ungdom som har et dårlig forhold til skolen rapporterer om et høyere nivå av psykiske helseplager.

Tabellen viser også at det er tydelig forskjell i fordelingen av psykiske helseplager ut fra relasjon til foreldre. 47,8% av de med svak relasjon til foreldre rapporterer at de er mye plaget, mens andelen av de med sterk relasjon til foreldrene sine er på 18,1%. Samtidig ser man at flere unge med sterk relasjon til foreldrene sine rapporterer at de er lite plaget (81,9%) sammenlignet med de som har svak relasjon til foreldrene sine (52,2%). Dette støtter hypotesen om at ungdommer med svakere relasjon til foreldrene sine rapporterer høyere nivå av psykiske helseplager.

Tabell 2 viser også en tydelig forskjell i fordelingen av psykiske helseplager ut fra hvor mye press ungdommene opplever i hverdagen. Langt flere unge som opplever mye press, rapporterer at de er mye plaget (44,9%) sammenlignet med de som opplever lite press (10,7%). 89,3% av de som rapporterer om lite press i hverdagen rapporterer at de har få psykiske plager, sammenlignet med de som rapporterer om mye press (55,1%). Dette støtter hypotesen om at ungdommer som opplever mye press i hverdagen rapporterer høyere nivå av psykiske helseplager.

Når det gjelder sosial støtte ser vi at 65,7% av de unge som får lite sosial støtte fra foreldre, venner og skolen rapporterer at de er lite plaget, mens 34,3% rapporterer at de er mye plaget. Samtidig ser vi at av de som får mye sosial støtte rapporterer hele 85,7% at de er lite plaget, mens kun 14,3% rapporterer at de er mye plaget. Dette viser en tydelig forskjell i rapporterte helseplager, hvor de som opplever mye sosial støtte rapporterer færre psykiske plager enn de som opplever lite støtte fra skolen. Flertallet rapporterer derimot at de er lite plaget uavhengig av hvor mye støtte de opplever. Disse resultatene underbygger hypotesene om at ungdommer som opplever mye støtte fra familie, venner og skolen rapporterer om færre psykiske helseplager enn andre.

Samme tendens ser vi for mestring, hvor kun 16,7% av de med høy mestringstro rapporterer at de er mye plaget, mens hele 65,6% av de med lav mestringstro rapporterer det samme. Vi ser også at hele 83,3% av de med høy mestringstro rapporterer at de har få psykiske helseplager sammenlignet med de som har lav mestringstro (34,4%). Dette støtter hypotesen om at ungdommer med høy mestringskapasitet og mestringstro rapporterer færre psykiske helseplager.

5.2.2. Korrelasjonsanalyse

En korrelasjonsanalyse med alle variablene har også blitt utført for å få et inntrykk av sammenhengen mellom den avhengige variabelen, og sammenhengen mellom de uavhengige variablene. Korrelasjonen blir her brukt til å underbygge hypotesene i denne studien, men man kan ikke trekke slutninger om årsakssammenhengen eller årsaksretningen ut fra korrelasjonene (Ringdal, 2013). Tabell 3 viser en korrelasjonsmatrise med alle korrelasjonsverdiene mellom den avhengige variabelen og de uavhengige variablene.

Tabell 3. Korrelasjonsmatrise med alle variabler.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Psykiske plager ¹	1								
2. Familiens SØS ²	-.10**	1							
3. Skoletrivsel ³	-.50**	.13**	1						
4. Skolestress ⁴	-.52**	.03**	.35**	1					
5. Mobbing ⁵	-.31**	.05**	.35**	.14**	1				
6. Foreldrerelasjon ⁶	-.36**	.09**	.36**	.20**	.21**	1			
7. Press ⁷	-.56**	-.009	.34**	.60**	.23**	.26**	1		
8. Sosial støtte ⁸	.34**	-.08**	-.35**	-.16**	-.18**	-.53**	-.17**	1	
9. Mestring ⁹	.52**	-.09**	-.36**	-.34**	-.21**	-.30**	-.36**	.27**	1

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

¹ (1= lite plaget – 4= mye plaget)

² (1= lav SØS – 3= høy SØS)

³ (1= lav skoletrivsel – 4= høy skoletrivsel)

⁴ (1= mye stress – 5= lite stress)

⁵ (1= mye mobbing – 6= lite mobbing)

⁶ (1= svak relasjon til foreldre – 4= sterk relasjon til foreldre)

⁷ (1= mye press – 5= lite press)

⁸ (1= mye sosial støtte – 3= lite sosial støtte)

⁹ (1= høy mestring – 4= lav mestring)

Som vi ser i tabell 3 er den sterkeste korrelasjon på $r = .60$ (*sammenhengen mellom press og skolestress*), og alle korrelasjonene er statistisk signifikante med unntak av ett forhold (*opplevd press og familiens sosioøkonomiske status*). Fire variabler har over .50 i korrelasjon med psykiske plager. Dette gjelder skoletrivsel med en korrelasjon på $r = -.50$, skolestress med en korrelasjon på $r = -.52$, press med en korrelasjon på $r = -.56$ og mestring med en korrelasjon på $r = .52$. De resterende variablene har korrelasjon over .30, mens sosioøkonomisk status har lavest korrelasjon på .10. En vanlig tommelfingerregel når man skal avgjøre styrken på forholdet er at en korrelasjon på 0.1-0.3 er en svak korrelasjon, 0.4-0.6 er en moderat korrelasjon, mens 0.7-0.9 er en sterk korrelasjon (Almquist, Ashir og Brännström, 2015). Dette betyr at disse fire variablene er moderat korrelert med psykiske plager, men man kan argumentere for at korrelasjonen mellom disse variablene og psykiske helseplager utgjør en høy korrelasjon ettersom resultatene bygger på individdata. Korrelasjonene er i tillegg statistisk signifikante på 0.01 nivå. Dette betyr at sannsynligheten for at resultatene skyldes tilfeldigheter er svært lav (Ringdal, 2013).

Ifølge tabell 3 ser vi at det er en negativ lav korrelasjon mellom sosioøkonomisk status og psykiske helseplager (-.10). Dette indikerer at de med høyere sosioøkonomisk status har færre

psykiske plager, men den lave korrelasjonen tyder på at det ikke er særlig store forskjeller i rapportering av psykiske plager på tvers av sosioøkonomisk status. Videre ser vi en negativ moderat korrelasjon mellom psykiske plager og skoletrivsel (-.50), skolestress (-.52) og mobbing (-.31). Disse sammenhengene er signifikante som betyr at sannsynligheten for at resultatene skyldes tilfeldigheter er svært lav. Korrelasjonen mellom psykiske plager og skoletrivsel samt psykiske plager og skolestress er sterkere enn mobbing, noe som tyder på at skolerelatert stress og skoletrivsel kan ha større betydning for de unges psykiske helse enn mobbing. Igjen kan det argumenteres for at korrelasjonen mellom skolevariablene og psykiske helseplager utgjør en høy korrelasjon ettersom resultatene bygger på individdata. Resultatene støtter hypotesen om at dårlig forhold til skolen har sterk sammenheng med utviklingen av psykiske plager.

Videre ser vi at det er en negativ moderat korrelasjon mellom psykiske helseplager og foreldrerelasjon (-.36), noe som indikerer at de med svak relasjon til foreldrene sine opplever flere plager. I tillegg ser vi en negativ moderat korrelasjon mellom psykiske plager og opplevd press (-.56) som tyder på at de som opplever mye press i hverdagen opplever også flere psykiske plager. I tillegg er det viktig å merke seg at press har den sterkeste korrelasjonen på $r = .60$ med skolestress. Samlet underbygge disse resultatene hypotesen om at de som har dårlig relasjon til foreldre samt opplever mye press også rapporterer flere psykiske plager enn andre.

Når det gjelder sosial støtte så ser vi en positiv moderat korrelasjon mellom psykiske plager og sosial støtte fra foreldre, venner og skolen (.34). Resultatene tyder på at de som opplever mye støtte rapporterer om færre plager. Til slutt ser vi en positiv moderat korrelasjon mellom psykiske plager og mestring (.52) som indikerer at de som opplever mye mestring også har færre plager. Disse resultatene underbygger hypotesen om at de med høy sosial støtte fra foreldre, venner og skolen, samt høy mestringstro, har færre psykisk plager. I tillegg ser vi at mestring har en moderat korrelasjon på $r = .27$ med sosial støtte som støtter hypotesen om at unge som opplever mye sosial støtte også har høyere mestringstro.

5.3. Multippel lineær regresjonsanalyse

For å teste hypotesen i denne oppgaven har jeg utført en hierarkisk multippel lineær regresjonsanalyse. Variablene inkluderes stegvis, og dette gir muligheten til å se hvordan forklaringskraften til én variabel endrer seg når man introduserer nye variabler inn i analysen.

I denne studien er det spesielt interessant å se på hvordan sosial støtte og mestring modererer risikoen for å utvikle psykiske helseplager.

Variablene ble testet for multikolaritet ved å se på toleranse og variansinflasjon (VIF). Verdiene varierer fra .57 til .97 for toleranse, og fra 1.03 til 1.73 for VIF, som indikerer at multikolaritet ikke er et problem i denne studien.

Variablene ble fordelt over tre modeller, hvor de ulike uavhengige variablene ble stegvis introdusert. Den første modellen inkluderer de fire stressfaktorene; familiens sosioøkonomisk status, skolevariablene (*skoletrivsel*, *skolestress* og *mestring*), foreldrerelasjon og press. Disse variablene forklarer 49% av den samlede variansen i den avhengige variabelen. I modell 2 blir mestringsvariabelen lagt til, og den forklarte variansen øker til 53,5%. I modell 3 blir sosial støtte lagt til og den forklarte variansen øker minimalt til 53,9%.

Tabell 4. Multippel lineær regresjonsanalyse

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	B	Beta	B	Beta	B	Beta
Konstant	5.42		4.17		3.57	
1. Press	-.24***	-.30***	-.21***	-.25***	-.21***	-.26***
2. Skolestress	-.16***	-.22***	-.13***	-.18***	-.13***	-.19***
3. Skoletrivsel	-.32***	-.24***	-.26***	-.20***	-.24***	-.18***
4. Mobbing	-.07***	-.10***	-.06***	-.09***	-.06***	-.08***
5. Foreldrerelasjon	-.17***	-.12***	-.12***	-.09***	-.06***	-.05***
6. Familiens SØS	-.09***	-.06***	-.07***	-.05***	-.07***	-.05***
7. Mestring			.33***	.24***	.32***	.24***
8. Sosial støtte					.18***	.09***
Justert R²	49		53.5		53.9	

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Tabell 4 viser at alle variablene er signifikante på .001 nivå, som betyr at sannsynligheten for at resultatene skyldes tilfeldigheter er svært lav.

Modell 1 viser at når man går én skalaenhet opp på opplevd press, det vil si å gå fra å se på de som opplever svært mye press til å se på de som opplever litt mindre press, så minker psykiske helseplager (avhengig variabel) med .24 skalaenheter. Dette betyr at mindre press er relatert til færre psykiske helseplager når man kontrollerer for skolevariablene, variabelen som måler foreldrerelasjon og familiens sosioøkonomisk status. Videre i den samme modellen

ser vi at når man kontrollerer for de resterende stressfaktorene så går den gjennomsnittlige verdien på psykiske helseplager ned med .16 skalaenheter når man går én skalaenhet opp på skolestress, .32 skalaenheter når man går én enhet opp på skoletrivsel og .07 når man går én enhet opp på mobbing. I tillegg viser modellen at den gjennomsnittlige verdien på psykiske helseplager minker med .17 skalaenheter når man går én skalaenhet opp på familierelasjon og .09 når man går én skalaenhet opp på sosioøkonomisk status. Den standardiserte koeffisienten (Beta) viser at sosioøkonomisk status har minimal betydning for de unges psykiske helse, mens press har størst betydning blant alle stressfaktorene. Resultatene fra modell 1 støtter dermed hypotese 1 om at ungdom med lav sosioøkonomisk status, svak relasjon til foreldre, dårlig forhold til skolen, samt mye press i hverdagen rapporterer høyere grad av psykiske helseplager.

Videre viser modell 2 at mestring er signifikant relatert til psykiske helseplager når det er kontrollert for alle stressfaktorene. Modellen viser at når man går én skalaenhet opp på mestring, det vil si at man går fra mye mestringsfølelse til mindre mestringsfølelse, så øker den gjennomsnittlige verdien på psykiske helseplager med .33 skalaenheter. Det er dermed lavere forekomst av psykiske helseplager blant de som har høyere mestringstro. Den ustandardiserte koeffisienten (B) for press faller fra -.24 til -.21 når man i modell 2 kontrollerer for de resterende stressfaktorene og mestring. Det samme gjelder koeffisienten for skolestress som faller fra -.16 til -.13 i modell 2 når man kontrollerer for mestring, og koeffisienten for skoletrivsel som faller fra -.32 til -.26. Mobbing og sosioøkonomisk status påvirkes minimalt, mens koeffisienten for foreldrerelasjon faller fra -.17 til -.12. Samlet støtter disse resultatene opp hypotese 2 om at mestring modererer opplevelsen av stress og press. Den ustandardiserte koeffisienten (Beta) viser blant annet at betydningen av press faller fra -.30 til -.25 når man kontrollerer for mestring, og betydningen av skolestress synker fra -.22 til -.18. Hypotese 2 om at mestring modererer opplevelsen av stress og press får dermed støtte.

Modell 3 viser at sosial støtte fra foreldre, venner og skolen er signifikant relatert til psykiske helseplager på 0.001 nivå, når det er kontrollert for alle stressfaktorene og mestring. Den ustandardiserte koeffisienten (B) er på .18, som betyr at det er lavere forekomst av psykiske helseplager blant de som opplever mer sosial støtte fra foreldre, venner og skolen. Den standardiserte koeffisienten (Beta) er på .09, som tyder på at betydningen av sosial støtte, kontrollert for alle de andre faktorene, er svært liten sammenlignet med mestring.

Koeffisienten for foreldrerelasjon faller fra $B = -.12$ til $B = -.06$ når det kontrolleres for sosial støtte, mens de resterende koeffisientene forblir enten uendret eller faller minimalt.

Betydningen av sosial støtte er liten, men man kan argumentere for at hypotese 3 er delvis støttet ettersom sosial støtte har en signifikant betydning for de unges psykiske helse, til tross for at den modererer lite for opplevelsen av stress og press. Modell 3 viser i tillegg at koeffisienten for mestring faller fra $.33$ til $.32$ som indikerer at noe av effekten til mestring på unges psykiske helse går gjennom sosial støtte, som igjen støtter hypotese 4.

6. Diskusjon

Dette kapitlet starter med en oppsummering av analysefunnene og hvorvidt de støtter hypotesene i oppgaven. Videre vil jeg diskutere resultatene nærmere med utgangspunkt i teorien om salutogenese, systemteorien samt den biopsykososiale tilnærmingen.

Avslutningsvis vil oppgavens samfunnsrelevans og begrensninger diskuteres, og forslag til videre forskning vil presenteres.

6.1. Funn og hypoteser

Resultatene fra den univariate analysen viser at de fleste ungdommene fra Asker og Bærum rapporterer at de ikke er psykisk plaget i det hele tatt eller er svært lite plaget med en gjennomsnittsverdi på 1,87. Dette samsvarer med resultater fra tidligere Ungdata-rapporter hvor ungdom rundt om i landet rapporterer at de er fornøyde med helsen sin, og stort sett har det ganske bra (Bakken, 2018; Folkehelseinstituttet, 2018).

Samlet viser resultatene fra de ulike statistiske analysene utført i denne oppgaven at de fleste hypotesene støttes. Resultatene fra multippel lineære regresjonsanalysen viser blant annet at ungdommene med lavere sosioøkonomisk status, svak relasjon til foreldrene sine, dårlig forhold til skolen, og som opplever mye press i hverdagen rapporterer om flere psykiske helseplager enn andre. Disse resultatene støtter dermed hypotese 1, og er i tråd med tidligere forskning som har utpekt disse faktorene som noen av de mest alvorlige risikofaktorene for unges psykiske helse (Mykletun et al., 2009; Major, 2011; Bøe, 2015; Eriksen et al., 2017). Resultatene fra regresjonsanalysen viser i tillegg at press har størst betydning for eventuell utvikling av psykiske helseplage blant de unge, noe som kan fortolkes i lys av resultatene fra krysstabellanalysen som viste at 86,1% av respondentene i denne studien tilhører en familie med høyere sosioøkonomisk status. Dette samsvarer med tidligere antagelser om at press er

en trussel for de som har flest ressurser og høy sosioøkonomisk status (Sletten og Bakken, 2016).

Resultatene fra korrelasjonsanalysen støtter hypotesen om at ungdom som opplever mye sosial støtte fra familie, venner og skolen har høyere mestringsfølelse. Regresjonsanalysen viser samme tendens hvor koeffisienten for mestring faller når man kontrollerer for sosial støtte, som tyder på at sosial støtte forklarer noe av betydningen mestring har for psykiske helseplager. Disse resultatene er i samsvar med tidligere studier som har vist at sosial støtte virker inn på tilpasningen til og mestringen av stressende livshendelse (Cohen og Wills, 1985; Cohen, Gottlieb og Underwood, 2000). Videre viste resultatene fra regresjonsanalysen at når man kontrollerer for mestring faller den ustandardiserte koeffisienten for press fra $B = -.24$ til $B = -.21$, koeffisienten for skolestress faller fra $B = -.16$ til $B = -.13$, og koeffisienten for skoletrivsel faller fra $B = -.32$ til $B = -.26$. I tillegg faller koeffisienten for foreldrerelasjon fra $B = -.17$ til $B = -.12$, mens sosioøkonomisk status og mobbing påvirkes minimalt. Hypotesen om at mestring moderer opplevelsen av stress og press får dermed også støtte.

Resultatet fra regresjonsanalysen som overrasket mest var sammenhengen mellom sosial støtte og psykiske helseplager. Resultatene viste at det er lavere forekomst av psykiske helseplager blant de som opplever mer sosial støtte fra foreldre, venner og skolen, som er i tråd med tidligere forskning som utpeker sosial støtte som en betydningsfull helsefremmende faktor (Kogstad, Mönness & Sörensen, 2013; Folkehelseinstituttet, 2014b). Resultatene viser videre at regresjonskoeffisienten for foreldrerelasjon er derimot den eneste som faller betydelig fra $B = -.12$ til $B = -.06$ når det kontrolleres for sosial støtte, mens de resterende koeffisientene forblir enten uendret eller faller minimalt. Hypotesen om at samhold og sosial støtte fra familie, venner og skolen modererer opplevelsen av stress og press vurderes dermed som delvis støttet.

6.2. Teoretiske perspektiver på psykiske helseplager

Resultatene fra analysene vil her diskuteres mer i dybden med utgangspunkt i de teoretiske perspektivene presentert under kapittel 2.

6.2.1. Stressfaktorene

Antonovsky (2012) mente at helsevitenskapens viktigste oppgave er å utforske hvilke faktorer som gjør at vi klarer å håndtere stressende livshendelser på en adekvat måte. Samtidig påpekte

han at patogenese og salutogenese bør sees på som komplementære perspektiver som er gjensidig avhengig av hverandre, hvor den ene ikke kan forstås uten den andre (Antonovsky, 2012). Basert på denne tenkningen vurderer jeg det dermed som nødvendig å få en forståelse av stressfaktorene før jeg kan drøfte om mestring og sosial støtte er gode salutogene faktorer.

Stressfaktorene i denne oppgaven er lav sosioøkonomisk status, svak relasjon til foreldre, dårlig forhold til skolen (*lav skoletrivsel, mye skolerelatert stress og mye mobbing*), og mye press. Resultatene fra regresjonsanalysen viser blant annet at disse faktorene samlet forklarer 49% av variasjonen i psykiske helseplager. Den høye forklaringsprosenten kan forstås ut fra Rutters teori om den samlede effekten av risikofaktorer. Ifølge Rutter (1979) vil risikofaktorer forsterke hverandre slik at summen av risikofaktorene har en større effekt enn det summen av hver enkelt faktor ville ha hatt. Dette er i tråd med systemteorien som forstår et system som mer enn summen av delene (Johnsen og Torsteinsson, 2012; L. Frøyland, 2017). Bruker man utgangspunktet om at alle levende organismer er åpne systemer i dette tilfellet kan man argumentere for at ungdommer er systemer som er i stadig interaksjon med andre system, som i dette tilfelle utgjør skolen, familien og venner. Det gir dermed lite mening å prøve å forstå ungdommers psykiske helse uten å se på det i sammenheng med kontekstene de befinner seg i og interagerer med.

Den ”sosioøkonomiske hypotesen” antar at ungdommer med lavere sosioøkonomisk status rapporterer om høyere nivå av psykiske helseplager. Basert på funnene fra analysen kan jeg konkludere med at forekomsten av psykiske helseplager er lavere blant de med høyere sosioøkonomisk status. Man ser blant annet at omfanget av psykiske helseplager er mindre blant ungdom som kommer fra familier med flere sosioøkonomiske ressurser. Dette samsvarer med teorien om salutogenese som mener at ulikheter i helse er et resultat av økte ressurser som bidrar til økt fornøydhets med egen helse (Antonovsky, 2012). Det er verdt å merke seg at flertallet har høy sosioøkonomisk status (86,1%), og sammenlignet med de andre stressfaktorene har sosioøkonomisk status svært lite å si. Det at de fleste kommer fra familier med god økonomi og høyere utdanning kan forklare noe av den lave forekomsten av psykiske helseplager ettersom disse ungdommene både vil ha nok kunnskap om fenomenet og ressurser til å håndtere vanskene. Det kunne vært interessant å se om det er forskjeller når det gjelder bruk av helsetjenester eller skolehelsetjenester for å se hvem som har høyere tendens til å søke hjelp for sine problemer. Ifølge Dahl et al. (2014) fant de generelt små sosioøkonomiske forskjeller når det gjaldt bruk av helsetjenester, med unntak av ungdom fra familier med lav

sosioøkonomisk status som oftere enn andre tok kontakt med skolehelsetjenesten grunnet familiære problemer.

Dette fører oss videre til den andre stressfaktoren som er svak relasjon til foreldre.

”Relasjonshypotesen” antar at ungdommer som har dårligere forhold til foreldrene sine rapporterer om høyere nivå av psykiske helseplager. Funnene fra analysen viser at flertallet rapporterer at de har god relasjon til foreldrene sine (90,7%), og kun 18,1% av de med sterk relasjon til foreldrene sine er svært mye plaget. Flertallet med sterk relasjon til foreldrene sine rapporterer at de er lite plaget (81,9%). Funnene viser også at foreldrerelasjon har en sterk sammenheng med de unges psykiske helse, noe som tyder på at det å ha en god relasjon til foreldrene sine kan ha mye å si for deres psykiske helse. Tidligere forskning gjort på det følelsesmessige klimaet i en familie, også kjent som “*Expressed Emotions*”, har vist at kritiske kommentarer fra familien har en negativ påvirkning på individers psykiske helse (Lobban, Barrowclough og Jones, 2006). Dette kan belyse hvorfor ungdommer fra konfliktfylte familier har høyere forekomst av psykiske helseplager. Dette er i samsvar med den systemiske tenkningen og Engels biopsykososiale tenkning som vektlegger at man ikke kan forstå en person isolert fra familien eller andre sosiale systemer personen er en del av (L. Frøyland, 2017). Systemteorien flytter fokuset fra individet til det som skjer mellom mennesker for å forstå hvordan psykiske problemer oppstår, opprettholdes og løses, og dette reflekterer funnene i denne studien. Basert på dette kan man anta at ungdommer som opplever å få lite tillit og anerkjennelse fra foreldre vil være mer sårbare ettersom de har et livsopplevelsesmønster som er preget av lite sammenheng, mye belastning og lite medbestemmelse (Antonovsky, 2012).

Systemteorien tar utgangspunkt i at man er knyttet sammen i et gjensidig sirkulært samspill, og måten man kommuniserer og handler på påvirker hvordan andre handler og kommuniserer tilbake (L. Frøyland, 2017). På denne måten påvirker man hverandre kontinuerlig i noe som kalles for sirkulære feedback-sløyfer. Når man anvender denne tenkningen for å tolke funnene kan det tenkes at når ungdommene opplever at foreldrene ikke stoler på dem kan det føre til konflikter i hjemmet. Dette kan igjen føre til at ungdommen mister tilliten til sine egne foreldre og trekker seg tilbake som respons, som igjen kan føre til at foreldrene maser og uttrykker at de er skuffet over ungdommen, som igjen kan føre til at ungdommene føler de ikke er bra nok eller føler seg alene, og slik vil det fortsette i et kontinuerlig sirkulært samspill hvor den ene hendelsen ikke kan forstås uten å se på de andre hendelsene som skjer samtidig.

Denne sirkulære årsakssammenhengen kan ikke direkte trekkes ut fra dataene eller analysene i denne oppgaven, men den kan være viktig for familierapeuters arbeid med familier. Funnene kan være en påminnelse til familierapeuter om å tenke sirkulært i møte med familier for å bringe fram en bredere forståelse av problemer og utfordringer, og for å unngå å stå fast, noe man ofte gjør med en lineær årsak-virkning tenkning (L. Frøyland, 2017).

Den tredje stressfaktoren er dårlig forhold til skolen. ”Skolehypotesen” antar at ungdommer som trives lite på skolen, samt opplever mye skolerelatert stress og mye mobbing, rapporterer om høyere nivå av psykiske helseplager. Basert på funnene fra analysen kan man konkludere med at forekomsten av psykiske helseplager er lavere blant de som har et godt forhold til skolen. 90,5% rapporterer at de trives svært godt på skolen, og tilsvarende rapporterer 90,5% at de er lite utsatt for mobbing. Flertallet rapporterer derimot at de opplever mye skolestress (63,7%), men til tross for dette rapporterer 70,6% av disse at de er lite plaget. I tillegg er skoletrivsel og skolestress to av faktorene som har mest betydning for de unges psykiske helse, samtidig som betydningen av disse faller litt når man kontrollerer for mestring. Disse funnene samsvarer med det salutogene synet på stress som noe potensielt helsefremmende.

En mulig tolkning av disse resultatene ut fra dette synet er at hvorvidt utfallet av dette stresset blir patologisk eller helsebringende, avhenger sterkt av ungdommenes kapasitet til å håndtere stresset på en adekvat måte (Antonovsky, 2012). Det kan dermed tenkes at selv om mange oppleve mye skolerelatert stress, så er det kun fåtallet som føler at det er så mye at de ikke klarer å håndtere det. Eriksen et al. (2017) fant blant annet i sin studie av stress og press blant unge at de fleste kjenner på skolestresset fordi konsekvensene av å gjøre det dårlig er at man ikke kommer inn på skolen man ønsker å komme inn på, eller at man ikke får den karrieren man vil ha. Dette tyder på at mye av skolestresset kanskje ikke dreier seg om hvorvidt man klarer å gjøre leksene eller ei, men heller at valgene de står i er spesielt avgjørende for deres framtid. På denne måten kan det tenkes at noe av skolestresset medieres av ungdommenes opplevelse av sammenheng ettersom forskning både viser at de unge er motiverte for framtiden og kommer fra ressurssterke familier (Eriksen et al., 2017).

Man kan også se resultatene i lys av stress-sårbarhetsmodellen til Zubin og Spring (1977). Satt inn i deres modell er det snakk om stress i form av for mye skolearbeid. Sårbarheten kan i deres tilfelle være et resultat av dårlig sosialt nettverk, dårlig relasjon med foreldrene og lav selvfølelse. Ideen er at så lenge stressnivået som blir fremkalt av disse forholdene holder seg

under sårbarhetsterskelen til ungdommen, så vil de reagere på stresset på en slik måte at de holder seg innenfor normalitetens grenser (Zubin og Spring, 1977). Hittil har vi sett at de fleste ungdommene rapporterer at de har en sterk relasjon til foreldrene sine, de trives godt på skolen og har høy sosioøkonomisk status. Det kan tenkes at disse ungdommene har lav sårbarhet, og denne modellen kan dermed forklare hvorfor disse ungdommene har mindre risiko for å utvikle en psykisk lidelse til tross for all stresset de opplever.

Den siste stressfaktoren er opplevelsen av press, og ”presshypotesen” går ut på at ungdom som opplever mye press i hverdagen sin rapporterer om høyere nivå av psykiske helseplager. Basert på funnene fra analysen kan man konkludere med at forekomsten av psykiske helseplager er lavere blant de som opplever lite press i hverdagen. Til tross for at 70,3% rapporterte at de opplever lite press i hverdagen, så viste funnene at blant alle stressfaktorene er det press som har mest betydning for de unges psykiske helse. Det kan være hensiktsmessig å se disse resultatene i sammenheng med endringer som skjer i samfunnet vi lever i.

Ungdomsgenerasjonen som vokser opp i dagens samfunn står ovenfor flere muligheter enn begrensninger, og mens noen syntes et hav med muligheter er befriende, kan andre syntes at friheten til å velge mellom så mangt kan ha en lammende effekt (Boscolo og Bertrando, 1997). Å ha ubegrenset med muligheter i livet kan føre til at mange føler de ikke oppnår det de burde oppnå til tross for alle ressursene de har tilgjengelig. Med denne friheten ungdommene har til å velge blant så mangt, følger det implisitt med utallige forventinger om at de skal prestere og gjøre godt på mange områder. Ungdommene har samtidig vokst opp med internett og sosiale medier, som stiller nok et krav til selvpresentasjon, og er nok en arena til å vise at man er best.

Resultatene viste også at press og sosioøkonomisk status var de eneste faktorene som ikke var signifikante under korrelasjonsanalysen, noe som samsvarer med Sletten og Bakkens (2016) funn om at press er den ene faktoren som er en trussel på tvers av sosioøkonomisk status. Det kan dermed spekuleres om press skiller seg ut blant stressfaktorene fordi de fleste ungdommene har høy sosioøkonomisk status. Dette samsvarer med den salutogene tenkningen om at selv om kultur, klasse og bakgrunn er gode prediktorer for god helse, så gir de ingen garanti for at man vil oppleve livshendelser preget av indre sammenheng, belastningsbalanse og medbestemmelse, som igjen vil styrke ens opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012).

For å oppsummere kan man si at disse stressfaktorene har sammenheng med økt psykiske helseplager, og blant disse er det press som har mest betydning for de unges psykiske helse. Det som derimot er av spesielt stor interesse for akkurat denne oppgaven, i lys av den salutogene tilnærmingen, er den andelen som har lav sosioøkonomisk status (68,4%), svak relasjon til foreldre (52,2%), lav skoletrivsel (40,7%) og som opplever svært mye press i hverdagen (55,1%), men som til tross for disse forholdene rapporterer at de er svært lite plaget. Hva kjennetegner disse ungdommene som møter mye motstand men fortsatt har det bra? Det skal jeg nå prøve å svare på ved hjelp av funnene fra analysen av mestring og sosial støtte.

6.2.2. Mestring og sosial støtte

Som vi har sett har disse ungdommene mange ressurser til rådighet, og kombinert med gode livserfaringer kan man anta at de er nærmere helseenden av kontinuumet. Livet er derimot ikke enkelt og smertefritt, selv for den mest privilegerte ungdommen, og man vil stadig møte på nye stressfaktorer i form av små irritasjonsmomenter eller akutte eller kroniske situasjoner (Antonovsky, 2012). Kan mestring og sosial støtte være gode prediktorer for hvor godt ungdommene opprettholder god psykisk helse? Jeg skal nå se på hvordan og hvorfor mestring og sosial støtte kan moderere stressfaktorene.

”Mestringshypotesen” og ”sosial støtte hypotesen” tar utgangspunkt i at *a) ungdom med høy mestringsfølelse og mye sosial støtte rapporterer om færre psykiske helseplager, b) ungdom som opplever mye sosial støtte har høyere mestringsfølelse, og c) mestring og sosial støtte modererer opplevelsen av stress og press*, som betyr at ungdom med høyere mestringsfølelse og mye sosial støtte er mer beskyttet fra stressfaktorene enn andre. Basert på funnene i denne studien kan man konkludere med at ungdom som har høy mestringsfølelse og mye sosial støtte rapporterer om færre psykiske helseplager. De unges mestringsfølelse viser seg derimot å ha langt mer betydning for de unges helse enn sosial støtte har. Dette kan virke overraskende med tanke på hvor sterkt tidligere forskning vektlegger betydning av sosial støtte for forebygging og behandling av sykdom (Cohen og Wills, 1985; Cohen et al., 2000; Torsheim og Wold, 2001; Folkehelseinstituttet, 2014b).

Den utbredte begeistringen over å finne positiv sammenheng mellom sosial støtte og helse har blant annet blitt kritisert ettersom den ofte kommer i veien for å undersøke *hvorfor* og *hvordan* sosial støtte har en positiv effekt (Seeman, Seeman og Sayles, 1985). Antonovsky

(2012) argumenterer videre for at det finnes uendelig mange psykososiale faktorer som har en positiv sammenheng med helse, og sosial støtte er kun én av mange generelle motstandsressurser. Det betyr at faktorer som god økonomi, god selvfølelse og stabile omgivelser kan ha like stor effekt på helsetilstanden til en person som sosial støtte kan ha. Det kan argumenteres for at sosial støtte har blitt satt på en piedestall, men det er viktig å huske at sosial støtte ikke er en tryllestav som fikser alt, og mangel på god støtte betyr heller ikke at man er en målskive for all sykdom. Ser man på funnene i denne studien i lys av dette, kan det forklare hvorfor de unge rapporterer god helse til tross for at sosial støtte har langt mindre betydning enn det man skulle ha antatt.

Dette betyr derimot ikke at man skal undervurdere betydningen av et godt sosialt nettverk og gode relasjoner. Mye forskning viser at sosial støtte ikke bare fungerer som en buffer, men den har også en direkte forebyggende effekt (Antonovsky, 2012), men alle faktorer må vurderes i kontekst (Solem, 2011). Kontekst er spesielt viktig innenfor den systemiske tenkningen for alt vi tenker, føler, opplever og gjør, skjer i en kontekst som avgjør hvordan ting utspiller seg (L. Frøyland, 2017). Solem (2017) illustrerte dette med et eksempel på hvordan en autoritær foreldrestil kan være problemskapende i et middelklassemiljø, men beskyttende ovenfor barn i farlige slummiljøer. Dette kan forklare hvorfor sosial støtte har en noe lavere påvirkning på de unges psykiske helse i akkurat denne konteksten.

Funnene fra analysen tyder på at mye av stresset de unge opplever omhandler skolestress og press på ulike områder. Dette samsvarer med funnene til Eriksen et al., (2017) hvor ungdommene først og fremst utpekte skolen som årsak til stresset de opplevde. Videre mente ungdommene at en av de viktigste kildene til skolestresset var lærere grunnet det store karakterpresset, de konkurrerende kravene fra ulike lærere og uklare mål. Det kan antas at det er vanskelig å oppfatte lærere og skolen som gode støttespiller når det er de som er kilden til de høye kravene som stilles. Antonovsky (2012) påpeker at når andre bestemmer alt for oss, definerer oppgavene som skal utføres samt reglene, så vil man føle seg redusert til et objekt. Dette handler ikke om kontroll, men om medbestemmelse, som Antonovsky mener skaper grunnlaget for *meningsfullhet* dimensjonen i OAS-begrepet. Videre viser funnene til Eriksen et al. (2017) at ungdommene utpeker hovedsakelig seg selv som kilden til all presset de opplever, og at de har vanskeligheter med å finne noen andre å klandre for dette presset. Om man tolker funnene av mestring i lys av dette, kan det forklare hvorfor mestring er en god

moderator for opplevelsen av press. Hvis de unge ser på seg selv som kilden til presset, kan de også være løsningen.

Antonovsky (2012) mener at uansett om kilde til stressfaktorene er det indre eller ytre miljøet eller om de er påtvunget eller selvvalgte, så er vår tilværelse til enhver tid fylt med stimuli vi er tvunget til å reagere på. Ungdommene som har en sterk opplevelse av sammenheng vil dermed være mer tilbøyelig til å tilpasse seg dette presset. Spørsmålene som måler mestring i denne studien overlapper med komponentene i OAS-begrepet, og de fleste rapporterer at de har høy mestringstro (91,5%). Dette betyr at de fleste ungdommene mener at de klarer å løse vanskelige problemer om de prøver hardt nok, de føler seg trygge på at de klarer å takle uventede hendelser på en effektiv måte, de stoler på mestringsevnene sine og hvis de havner i knipe finner de vanligvis veien ut. Ungdommene i dette studien kan dermed argumenteres for å ha en sterk opplevelse av sammenheng. Antonovsky antar at en person med sterk opplevelse av sammenheng har letter for å definere stimuli som ikke-stressfaktorer, og automatisk vil gå ut fra at han eller hun vil kunne tilpasse seg kravet, enn en person med en svak opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012). Dette er noe likt med Banduras teori om mestringstro (1977) som sier at hvis man er overbevist om at man er i stand til å vise den atferden som kreves for å skape ønsket resultat så er ikke stressfaktoren en like stor trussel. Det at de unge har en sterk opplevelse av sammenheng kan forklare betydningen av mestring for deres psykiske helse. En sterk opplevelse av sammenheng er avgjørende for å håndtere stressfaktorer og press av ulik art, og dette vil igjen være med på å bevege dem nærmere helseenden av kontinuumet.

6.3. Samfunnsrelevans

Innenfor familierapien, som er basert på den systemiske tenkningen, blir familien sett på som et system hvor strukturen er viktigere enn de individuelle familiemedlemmene (L. Frøyland, 2017). Ungdommene i denne studien er i tillegg til å være en del av familiesystemet også en del av andre systemer utenfor familien, slik som en vennegjeng, en skoleklasse eller et idrettslag. Videre er den systemiske tenkningen sterkt inspirert av sosialkonstruksjonismen som handler om at vår *forståelse* av virkeligheten konstrueres gjennom språket i samtale med andre. For at ungdommene skal kunne håndtere stimuli som til enhver tid fyller deres tilværelse er en viss grad av forståelighet nødvendig (Antonovsky, 2012).

Funnene fra denne studien viser at det ikke er nok med å fokusere på ungdommen alene for å forstå deres kapasitet til å håndtere stressende livshendelser. Ungdommene er i stadig interaksjon med mennesker rundt seg, og det er dermed nødvendig med et økt fokus på hvordan ulike stressfaktorer og beskyttelsesfaktorer utspiller seg i de ulike systemene ungdommen er en del av. Basert på kunnskapen om hvordan disse faktorene utspiller seg i deres daglige liv kan man lære å forebygge, redusere og mestre utfordrende situasjoner.

Kanskje den største utfordringen for sosialarbeider spesielt vil være å identifisere hvordan en situasjon kan bli mest mulig forståelig, håndterbar og meningsfull for de unge. Disse resultatene er en fin inngang til å komme i dialog med ungdom, foreldre og skolen, som gjør det enklere å utforske hva som kan gi økt forståelse og mening. Å inkludere dimensjonene av OAS-begrepet i arbeid med unge kan dermed være svært nyttig spesielt med tanke på at ungdommer ofte trenger klare normer og regler for å øke forståelighet (Antonovsky, 2012), som igjen kan gjøre situasjoner mer håndterbare.

Disse funnene kan ved hjelp av OAS-begrepet belyse hva som gjør at ungdommer opplever visse situasjoner som stressende, og andre som ikke-stressende. Kunnskapen kan være en guide for videre forskning, og til å utforme strategier for å håndtere stressende situasjoner på en adekvat måte. Resultatene kan i tillegg brukes til undervisning for å øke kunnskap om risikoene og de salutogene faktorene, samt hvordan ting påvirker hverandre i et gjensidig samspill.

6.4. Oppgavens begrensninger

Den første begrensningen omhandler kausalitet. Funnene i denne studien kan si noe om sammenhengen mellom to variabler, men kan ikke si noe om hvilken retning forhold går. Det er dermed like sannsynlig at psykiske helseplager øker press og stress som at stress og press øker psykiske helseplager. For å etablere kausalitet ville et eksperiment med en kontrollgruppe og en eksperimentgruppe vært et bedre alternativ. Å utføre et eksperiment på sammenhengen mellom stressfaktorer og psykiske helseplager ville derimot ha vært svært uetisk. I tillegg har eksperimenter strenge krav om kontroll av alle ytre forhold noe som gjør at eksperimentsituasjonen oppfattes om kunstig, og resultatene ville dermed ha liten gyldighet i verden utenfor laboratoriet (Ringdal, 2013). Dette ville videre ha hatt konsekvenser for forståelsen av fenomenet ettersom det ville ha begrenset muligheten til å se på psykiske helseplager fra et systemisk perspektiv.

Et alternativ kunne ha vært longitudinelle design som lar oss sammenligne over tid, og kan dermed gi en indikasjon om kausalitet. Etersom Ungdata-undersøkelsene er tverrsnittsundersøkelser kan ikke dataene fra disse undersøkelsene bli brukt til å sammenligne over tid. Det er derimot verdt å merke seg at andre har utført longitudinelle studier som undersøker sammenhengen mellom ulike faktorer i barn og unges liv og psykiske helseplager (Folkehelseinstituttet, 2016).

Den andre begrensningen omhandler innholdsvaliditeten til sosial støtte. Sosial støtte er basert på spørsmål inspirert av et måleskjema kalt for Sarason's social support measure, som har blitt brukt i Ungdata-undersøkelsene siden 1980-tallet. Innholdsvaliditeten har blitt vurdert som god på bakgrunn av dette, men hovedspørsmålet i samlemålet har et sterkt fokus på tilgjengeligheten av personer de unge føler de kan stole på. Spørsmål som dekker relasjonen og tillit til foreldre har blitt inkludert i dette målet, men det hadde vært ønskelig med flere spørsmål som dekker relasjonen og tilliten til både venner og lærere eller andre voksne på skolen. Mangel på dekkende spørsmål i datasettet har også gjort det vanskelig å undersøke om sosial støtte fra venner har mest betydning eller om sosial støtte fra foreldre har mest betydning for de unges psykiske helse.

En tredje begrensning omhandler subjektivitet. Alle spørsmålene er ment å måle de unges subjektive opplevelse av ting. I utgangspunktet er ikke dette et stort problem ettersom det er oppgaven er ment å undersøke, men det kan oppstå problemer når det gjelder spørsmål om sosioøkonomisk status. Det kan være noen usikkerheter rundt dette målet ettersom ungdommer sjeldent har nok kunnskap til å svare helt nøyaktig på disse spørsmålene. Spørsmålene som er ment å måle familiens sosioøkonomiske status har derimot blitt kombinert til et samlemål slik at man får et mer valid mål, og dette bør dermed ikke være et problem i denne oppgaven.

6.5. Videre forskning

Funnene i denne oppgaven gir en generell forståelse av sammenhengen mellom utvalgte faktorer og unges psykiske helse. Underveis har det derimot dukket opp spørsmål som denne oppgaven ikke har kunnet svare på eller som ikke har vært avgjørende for oppgavens besvarelse. Disse spørsmålene vil bli drøftet her.

For det første kontrollerer ikke denne studien for kjønn. Forekomsten av psykiske helseplager og betydningen av de salutogene faktorene vil variere avhengig av faktorer som kjønn. Bakken et al. (2016) konkluderte i sin undersøkelse av sosiale forskjeller at kjønn er en viktigere faktor enn sosioøkonomisk status, noe man også så i dette studie hvor sosioøkonomisk status var faktoren med minst betydning for de unges psykiske helse. Det ville dermed ha vært interessant å se på mulige kjønnsforskjeller i graden av psykiske helseplager de unge rapporterer om.

Hvem som bruker helsetjenester mest er også et interessant tema å utforske. Som nevnt tidligere i oppgaven så Dahl et al. (2014) på sosiale forskjeller i unges helse og trivsel, og fant generelt sett nokså små sosioøkonomiske forskjeller når det gjaldt bruk av helsetjenester. Unntaket var derimot ungdom fra familier med lav sosioøkonomisk status som oftere enn andre tok kontakt med skolehelsetjenesten grunnet familiære problemer. Basert på dette funnet kunne det vært interessant å se om man fant samme tendens hos ungdommene i denne studien, og for å se nærmere på hvem som har høyere tendens til å oppsøke hjelp for sine problemer. Det antas at dette vil gi en bredere forståelse av fenomenet spesielt i lys av et systemisk perspektiv og et familieperspektiv.

En grundigere undersøkelse av sammenhengen mellom mobbing og psykiske helseplager kunne vært interessant å forske videre på. Selv om mobbing sies å være stabil, og funnene i denne studien tyder på at den har lite betydning for de unges psykiske helse, reflekterer ikke dette hele virkeligheten. Ved innføring av mobbeprogram som blant annet Olweusprogrammet har man sett en klar reduksjon i forekomsten av mobbing (uni.no). Med den teknologiske utviklingen som har skjedd de siste årene har mobbingen derimot blitt flyttet til andre plattformer utenfor skolen. Denne studien ser kun på mobbing som skjer på skolens områder, men ved å flytte fokuset til mobbing som skjer på andre arenaer utenfor skolen, som for eksempel på sosiale medier, vil man kanskje få et helhetlig bilde av omfanget og alvorligheten.

Videre forskning på sosial støtte og betydningen av ulike relasjoner er også et interesseområde som bør utforskes mer. Målet på *sosial støtte* gikk igjennom mye arbeid før det ble til det samlede målet som blir brukt i denne oppgaven. Det ble forsøkt å lage et samlemaal som målte den sosiale støtten fra foreldre, venner og skolen hver for seg, men grunnet dårlig reliabilitet måtte målet rekonstrueres. Mangel på gode spørsmål som dekket de ulike

aspektene av støtte fra venner og skolen var en annen faktor som spilte inn på valg av indikatorer. Ettersom skolestress og press hadde stor betydning for de unges psykiske helse, hadde det vært interessant å utforske om sosial støtte fra venner, skolen eller foreldre var viktigst for de unge. Videre ville det også ha vært interessant å sammenligne emosjonell støtte i form av omsorg, empati og tillit fra foreldre og venner, med instrumentell støtte i form av praktisk hjelp fra familien og det offentlige.

Avslutningsvis hadde det også vært interessant å utforske betydningen av andre motstandsressurser som Antonovsky nevner i sin teori om salutogenese. En sterk jeg-identitet er en slik generell motstandsressurs som kan ha stor betydning for de unges helse. Videre forskning kunne dermed utforske om selvbilde har en modererende effekt på stressfaktorene.

7. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å se på sammenhengen mellom unges psykiske helse og ulike stressfaktorer, samt undersøke viktigheten av mestring og sosial støtte ut fra en salutogen tilnærming. Resultatene har vist at ungdommer med høyere sosioøkonomisk status, sterk relasjon til sine foreldre, godt forhold til skolen, samt lite press i hverdagen, rapporterer om færre psykiske helseplager. Videre konkluderes det med at høy mestringstro og god sosial støtte er salutogene faktorer som bidrar til at ungdommer opprettholde god helse på tross av mye motstand og plager. Det viste seg at opplevelsen av press hadde størst betydning ut av alle stressfaktorene, mens mestring hadde størst betydning som modererende faktor. I lys av en salutogen tilnærming kan disse resultatene tolkes som at ungdommer som har mange generelle motstandsressurser til rådighet, samt har erfaring med å håndtere livshendelser på en adekvat måte, vil ha sterke opplevelse av sammenheng og plassere seg nærmere helseenden av kontinuumet. Mestring og sosial støtte anses som gode prediktorer for hvor godt ungdommer opprettholder god psykisk helse.

Disse resultatene bidrar til økt kunnskapen om hvordan stressfaktorene og de beskyttende faktorene utspiller seg i de unges daglige liv, som er viktig for sosialt arbeid ettersom dette gir grunnlag for videre arbeid med ungdom ut fra et helsefremmende og systemisk perspektiv. Funnene i denne studien skaper et grunnlag for optimisme for dagens ungdomsgenerasjon, men det trengs likevel videre forskning på hvordan helsefremmende tiltak kan utvikles basert på disse resultatene for å bedre de unges psykiske helse.

Litteraturliste

- Almquist, Y. B., Ashir, S. & Brännström, L. (2015). *A guide to quantitative methods* (version 1.0.3). Stockholm: Chess.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bakken, A., Frøyland, L. R. & Sletten, M. A. (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv: Hva sier Ungdata-undersøkelsene?* Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Bakken, A. (2018). *Ungdata. Nasjonale resultater 2018*. (NOVA Rapport 8/18.) Oslo: NOVA
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1997). *Systemic Therapy with Individuals*. London: Karnac Books.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. (2006). *Klinisk barnpsykologi. Utvikling på avveier*. Bergen: Fagbokforlaget.
- 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. doi: 10.1007/s10964-016-0608-x.
- Bøe, T. (2015). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Christoffersen, K.-A. (2009). *Databehandling og statistisk analyse med SPSS* (4. utg.). Oslo: Unipub.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. doi:10.1037/0033-2909.98.2.310
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationship and health. I Cohen, S., Underwood, L. G. & Gottlieb, B. H. (Red.), *Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientist* (s. 3–25). New York: Oxford University Press.
- Costello, E. J., Compton, S. N., Keeler, G. & Angold, A. (2003). Relationships Between Poverty and Psychopathology: A Natural Experiment. *JAMA*. 290(15), 2023–2029. doi:10.1001/jama.290.15.2023.

- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T. & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine* 66(6), 1429–36.
- Dahl, E., Bergsli, H. & van der Wel, K. A. (2014) *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Dalgard, O.S., Døhlie, E., Ystgaard, M. (1995). *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*. 196(4286), 129-236. Hentet fra: <http://www.jstor.org/stable/1743658>
- Eriksen, I. M., Sletten, M. A., Bakken, A., & von Soest, T. (2017). *Stress og press blant ungdom: Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager*. (NOVA Rapport 6/17). Oslo: NOVA.
- Folkehelseinstituttet. (2011, 11. januar). Fakta om psykiske plager og lidelser hos voksne. Hentet fra: <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/artikler/psykisk-helse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
- Folkehelseinstituttet (2014a). *Helsetilstanden i Norge* (Rapport 2014:4). Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Folkehelseinstituttet. (2014b). Fakta om sosial støtte og ensomhet. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- Folkehelseinstituttet. (2016, 17. juni). TOPP- studien. Hentet fra: <https://www.fhi.no/prosjekter/topp-studien-prosjektbeskrivelse/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 20. mai). Barn og unge: Livskvalitet og psykiske lidelser. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>
- Frøyland, L. (2017). *Systemisk samtale. Psykososialt samarbeid med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Frøyland, L. R. (2017). Ungdata – Lokale ungdomsundersøkelser. Dokumentasjon av variablene i spørreskjemaet. Hentet fra: <http://www.ungdata.no/Forskning/Metode-og-dokumentasjon/Ungdata-dokumentasjonsrapport-2010-2019>
- Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B. & Sommerschild, H. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri* (5.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Harris, J. R. (1995). Where Is the Child's Environment? A Group Socialization Theory of Development. *Psychological Review*, 102(3), 452-489. doi: 10.1037/0033-295X.102.3.458
- Helsedirektoratet. (2016). Sosial ulikhet i helse. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/sosial-ulikhet-i-helse>
- Ingram, R. & Luxton, D. (2005). Vulnerability-stress models. I B. L. Hankin & J. R. Abela (Red.), *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (s. 32-46). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Ltd. doi: 10.4135/9781452231655.n2
- Johnsen, A., & Torsteinsson, V. W. (2012). *Lærebok i familieterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kennair, L. E. O. & Kleppstø, T. H. (2016). Hva er psykopatologi? Risikofaktorer, forskningsmetoder og behandling. I Hagen, R. & Kennair, L. E. O. (Red.), *Psykiske lidelser* (s. 13-45). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Knudsen, O. F. (2013, 5. januar). Systemteori: internasjonal politikk. I *Store norske leksikon*. Hentet 19. februar 2019 fra https://snl.no/systemteori_-_internasjonal_politikk.
- Kogstad, R. E., Mönness, E. & Sörensen, T. (2013). Social Networks for Mental Health Clients: Resources and Solution. *Community Mental Health Journal*, 49(1) 95-100. doi: 10.1007/s10597-012-9491-4
- Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer. En kunnskapsoppsummering* (NAPHA rapport 1/2014). Hentet fra <https://samforsk.no/publikasjoner/napha-rapport-salutogenese.pdf>
- Lobban, F., Barrowclough, C. & Jones, S. (2006). Does Expressed Emotion need to be understood within a more systemic framework? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(1), 50-55. doi: <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0993-z>
- Lunde, E. S. (2001). Større åpenhet om psykiske lidelser. *Samfunnsspeilet*(5), 21-29. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/storre-aapenhet-om-psykiske-lidelser>
- Major, E.F. (red.) (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. (Rapport 1). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Malt, U. & Svartdal, F. (2018). Stress. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/stress>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. (Rapport 2009:8). Oslo: Folkehelseinstituttet.

- Nes, B. R. & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. (Rapport 2011:2). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- NOVA (2017) *Ungdata. Nasjonale resultater 2017*. (NOVA Rapport nr. 10/17). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Nærde, A. & Neumer, S. (2003). *Psykiske lidelser blant barn 0- 12 år*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Reneflot, A., Aarø, L.E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlag.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, 8, 324-38.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity, protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611. doi: 10.1192/bip.147.6.598
- Samdal, O. (2009). Sammenhengen mellom psykisk helse, skolemiljø, skoletrivsel og skoleprestasjoner. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/grunnskole/psykisk_helse_og_skole_hemil_rapport0409-samdal.pdf
- Seeman, M., Seeman, T., & Sayles, M. (1985). Social networks and health status: A longitudinal analysis. *Social Psychology Quarterly*, 48(3), 237-248. doi: <http://dx.doi.org/10.2307/3033684>
- Skirbekk, S. (2015). Sosial Ulikhet. I *Store norske leksikon*. Hentet fra https://snl.no/sosial_ulikhet
- Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Siqveland, J. & Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelseiltak. En kunnskapsoversikt*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra: <https://www.fhi.no/publ/2018/barn-og-unges-psykiske-helse-forebyggende-og-helsefremmende-folkehelseilta/>
- Sletten, M. A. & Bakken, A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer* (NOVA Notat 4/16). Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-OsloMet/Senter-for-velferds-og->

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

- Sletten, M.A. (2017). Psykiske plager blant ungdom: sosiale forskjeller og historien om de flinke pikene. I *Oppvekstrapporten 2017: Økte forskjeller – gjør det noe?* Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. 124–147.
- Solem, M-B. (2011). *Parenting Stress and Coping Practices. A Salutogenic Approach* (Doktoravhandling). Universitetet i Oslo.
- Solem, M-B. (2017). Styrkebaserte perspektiver. I Hansen, R. & Solem, M-B. (Red.), *Sosialt arbeid. En situert praksis*. (s. 94-114). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sosial og Helsedirektoratet (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Torsheim, T., & Wold, B. (2001). School-related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence*, 24(6), 701-713.
- Ungdata. (2016, 10. oktober). Hva er Ungdata? Hentet fra <http://www.ungdata.no/Om-undersokelsen/Hva-er-Ungdata>.
- Werner, E. (1993). Risk, Resilience, and Recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*. 5(4), 503-515. doi: 10.1017/S095457940000612X.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability-a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.

Vedlegg 1: Tabeller

Faktoranalyse:

Tabell 1. Faktoranalyse – Korrelasjon av alle indikatorer for avhengig variabel.

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Følt at alt er et slit	1							
2. Følt deg ulykkelig, trist eller deprimentert	.604**	1						
3. Følt håpløshet med tanke på framtida	.566**	.635**	1					
4. Bekymret deg for mye om ting	.624**	.593**	.586**	1				
5. Følt deg ensom	.471**	.679**	.545**	.504**	1			
6. Plutselig redd uten grunn	.407**	.494**	.443**	.451**	.456**	1		
7. Nervøsitet, indre uro	.502**	-.565**	.521**	.593**	.488**	.626**	1	
8. Følt at du ikke er verdt noe	.473**	.637**	.595**	.485**	.634**	.540**	.546**	1

**p < 0,01

Tabell 2. KMO og Bartletts signifikanstest.

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.912
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	44706,709
	df	28
	Sig.	.000

Tabell 3. Kaisers kriterium.

Total Variance Explained						
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,835	60,444	60,444	4,835	60,444	60,444
2	,726	9,078	69,522			
3	,674	8,426	77,948			
4	,427	5,340	83,288			
5	,397	4,961	88,249			
6	,336	4,195	92,444			
7	,324	4,051	96,496			
8	,280	3,504	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Tabell 4. Reproduserte korrelasjoner.

Reproduced correlation	Følte at alt er et slit	Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert	Følt håpløshet med tanke på framtida	Bekymret deg for mye om ting	Følt deg ensom	Plutselig redd uten grunn	Nervøsit et, indre uro	Følt at du ikke er verdt noe
Følt at alt er et slit	.559 ^a	.633	.592	.583	.578	.526	.581	.593
Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert	.633	.716 ^a	.670	.660	.654	.596	.658	.671
Følt håpløshet med tanke på framtida	.592	.670	.627 ^a	.617	.612	.557	.616	.628
Bekymret deg for mye om ting	.583	.660	.617	.607 ^a	.602	.548	.606	.618
Følt deg ensom	.578	.654	.612	.602	.597 ^a	.544	.601	.613
Plutselig redd uten grunn	.526	.596	.557	.548	.544	.495 ^a	.547	.558
Nervøsit et, indre uro	.581	.658	.616	.606	.601	.547	.605 ^a	.617
Følt at du ikke er verdt noe	.593	.671	.628	.618	.613	.558	.617	.629 ^a
Residual^b								
Følt at alt er et slit		-.027	-.025	.042	-.105	-.119	-.079	-.118
Følt deg ulykkelig, trist	-.027		-.032	-.064	.027	-.099	-.091	-.031

eller deprimert								
Følt håpløshet med tanke på framtida	-.025	-.032		-.032	-.065	-.111	-.093	-.032
Bekymret deg for mye om ting	.042	-.064	-.032		-.098	-.096	-.012	-.133
Følt deg ensom	-.105	.027	-.065	-.098		-.086	-.112	.025
Plutselig redd uten grunn	-.119	-.099	-.111	-.096	-.086		.079	-.019
Nervøsitet, indre uro	-.079	-.091	-.093	-.012	-.112	.079		-.072
Følt at du ikke er verdt noe	-.118	-.031	-.032	-.133	.025	-.019	-.072	

Regresjonsanalyse:

Tabell 5. Forutsetning for regresjonsanalyse - Multikolaritet

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	3,577	,084		42,778	,000		
	sum_press	-,210	,007	-,255	-29,088	,000	,576	1,735
	sum_skolestress	-,131	,006	-,185	-21,524	,000	,602	1,662
	sum_skoletrivsel	-,243	,011	-,183	-22,340	,000	,663	1,508
	Blir du selv utsatt for plaging, trusler eller utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida?	-,061	,005	-,084	-11,661	,000	,846	1,182
	sum_familiereasjon	-,063	,012	-,045	-5,272	,000	,611	1,636
	Familiens sosioøkonomiske status	-,070	,010	-,047	-6,973	,000	,971	1,030
	sum_mestring	,322	,010	,237	30,943	,000	,757	1,321
	sum_ungdatasosialstøtte	,178	,017	,086	10,285	,000	,630	1,587

a. Dependent Variable: Psykiske helseplager