



Fordypningsoppgave

Ungdom og psykisk helse

"Hjelp jeg sliter - men ingen ser meg"

"Help I struggle - but nobody sees me"

Mona Sundstrøm

MPH 451

Fordypningsoppgave i Psykisk helsearbeid

Avdeling for helsefag Namsos/Levanger

Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015

Antall ord: 7713



HINT

"Føles som jeg er i helvete
Styggen på ryggen har blitt en av mine nærmeste
På skulderen min og minner meg på
Hvor jævla skeis det here livet mitt går
Er det rart jeg er redd
Når styggen på ryggen er han jeg prater med mest?
Oppå skulder`n min og sier at jeg kommer ingen vei her i livet"

OnkelP.



Sammendrag

Hensikten med denne studien var å se på mulige risikofaktorer for utvikling av depresjon hos ungdom og om det er mulig å bremse depresjonsutvikling med forebygging.

For å komme frem til aktuelle studier som besvarer problemstillingen, ble det benyttet en systematisk litteraturstudie.

I min jobb som helsesøster kommer jeg i kontakt med ungdommer som synes de kan ha en slitsom hverdag. Tanker og bekymringer legger bånd på hverdagslykken. Det å kjenne til mulige risikofaktorer for depresjonsutvikling blir viktig for å kunne gi disse ungdommene en adekvat og riktig hjelp. Samtidig er det nyttig å se på om forebygging innenfor psykisk helse nytter. Omfanget av risikofaktorer er stort, denne oppgaven gir kun et lite innblikk i dette temaet. Relasjoner, selvoppfatning, psykosomatikk, faktorer i miljøet hvor ungdommen vokser opp og livsstil er alle faktorer som bidrar til god eller dårlig psykisk helse. I praksis som helsesøster er det viktig å kunne se sammenheng mellom ungdommene og det miljøet de vokser opp i, hvilke utfordringer de unge står opp i med krav fra både seg selv, foreldre, venner og skole.

I forhold til risikofaktorene er det viktig å drive forebygging på flere nivå; universelt og indikert, individ og grupper. Ungdommer og foreldre, helsepersonell og lærere bør skoleres i symptomene på de vanligste psykiske lidelsene. Hvilke risikofaktorer finnes og hvor man kan søke hjelp bør være allmenn-kunnskap. I forhold til den praksis jeg kjenner i dag har vi et stykke jobb og gjøre. Vi har ikke lov til å tro annet enn at forebygging nytter.

Nøkkelord:

adolescent/ ungdom, adolescence/oppvekst, mental health/ psykisk helse, depression/depresjon, risk factors /risikofaktorer, prevention/ forebygging,

Innhold

1	<i>Innledning</i>	6
1.1	Introduksjon	6
1.2	Bakgrunn	9
1.3	Problemstilling	11
1.4	Begrepsavklaringer.....	11
1.4.1	<i>Ungdom</i>	11
1.4.2	<i>Forebygging</i>	11
1.4.3	<i>Depresjon</i>	13
1.5	Avgrensning	13
2	<i>Metode</i>	15
2.1	Databaser	15
2.2	Søkeord.....	15
2.3	Manuelle søk	16
2.4	Inklusjon og eksklusjonskriterier	16
2.5	Kvalitetsbedømming av artikler	16
2.6	Utvalgsstrategi.....	17
2.7	Analyse.....	19
2.7.1	<i>Etisk forsvarlighet</i>	19
2.7.2	<i>Analysemetode</i>	19
3	<i>Resultat</i>	22
3.1	Forebygging	22
3.2	Miljøfaktorer	23
3.3	Relasjoner.....	24
3.4	Selvoppfattelse	25
3.5	Kompetanse hos fagpersoner.....	26

3.6	Biologi.....	26
4	<i>Diskusjon</i>	27
4.1	Resultatdiskusjon.....	27
4.2	Metodediskusjon	32
4.3	Avslutning	33
	Litteraturliste.....	35
	VEDLEGG 1.....	39
	VEDLEGG 2.....	66
	VEDLEGG 3.....	77

1 Innledning

Som helsesøster i skolehelsetjenesten er jeg opptatt av forebygging av ungdommers fysiske og psykiske helse. Jeg møter mange ungdommer i alderen 13 – 20 år som beskriver seg selv som nedstemte, eller deppa som de selv betegner det. I møte med ungdommene er det viktig å slå fast at det er normalt å være trist, at dette ikke er det samme som en lege ville kalt for depresjon.

I møte med ungdommene vil det være viktig å ha kunnskap om hvilke risikofaktorer som kan være med på å drive frem en depresjon. Det er disse mulige risikofaktorene jeg vil se mer på i min oppgave. Dersom man har gode kunnskaper om risikofaktorer som kan drive frem en depresjon kan man ha en større mulighet til å oppdage disse ungdommene på et tidlig tidspunkt, slik at de kan få hjelp på et tidlig tidspunkt, før problemene har satt seg skikkelig fast. Kanskje kan man gjennom forebygging gi ungdommer kunnskaper og verktøy til å hjelpe seg selv når man kjenner håpløsheten komme.

1.1 Introduksjon

Ungdomstiden er for de fleste en spennende og utfordrende tid. Ungdommene skal finne sin plass i samfunnet og utvikle seg mot gode kompetente voksne. Denne ferden fra barn til voksen kan for mange fortone seg både kronglete og vanskelig. I løpet av ungdomstiden må ungdom forholde seg til store psykiske og fysiske kroppslige forandringer. Kroppen vokser og forandrer seg, følelsene blir sterkere og ofte mer kaotisk. Humøret svinger fra lykkerus til fortvilelse, det kan være vanskelig å ha kontroll på følelsene sine. Samvær med venner er av stor betydning for velvære, samtidig som det er viktig å ha stabile voksne å støtte seg til (Glavin & Erdal, 2013).

Ungdommenes oppfattelse av seg selv alene og sammen med andre formes i denne tiden. Selvoppfatning betegnes som den oppfatning, vurdering, forventning, tro eller viten en person har omkring seg selv (Skaalvik & Skaalvik, 2008). Selvoppfattelsen vil formes oppgjennom ungdomstiden, påvirket av miljø og biologi.

I min praksis har jeg sett en utvikling som tenderer mot flere henvendelser angående dårlig psykisk helse. Ungdommene tar gjerne kontakt selv, forteller at de sliter, er trist og deppa.

Foresatte og lærere tar også kontakt og er bekymret for ungdommens psykiske helse.

I mange tilfeller har ungdommene gått lenge med sine plager, problemene har satt seg skikkelig fast og mange blir raskt viderehenvist til fastlege med ønske om vurdering og eventuelt viderehenvist til Barne - og ungdomspsykiatrien.

Ungdommer kan bli gående gjennom ungdomsårene med sine problemer, verken de selv eller andre ser at de strever, de selv vet ikke at det de strever med kan de få hjelp med. Mange makter ikke eller vet ikke hvor de kan gå for å få hjelp.

I Trondheim gjennomførte man i 2005,2009 og 2013 en ungdomsundersøkelse med fokus på helse, trivsel og velferd. I 2013 ble denne ungdomsundersøkelsen, Ungdata, gjennomført med bistand fra Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). Denne type undersøkelse ble også gjennomført i flere andre norske kommuner i 2013.

Når en ser på hovedtrekkene fra Ungdata 2013 – nasjonal oversikt, viser den at vi har en veltilpasset, hjemmekjær, men kanskje litt stresset ungdomsgenerasjon. Skoletrivselen er høy, de aller fleste rapporterer at de har gode venner og er fornøyd med sine foreldre. Det rapporteres om mindre rusbruk, vold og kriminalitet.

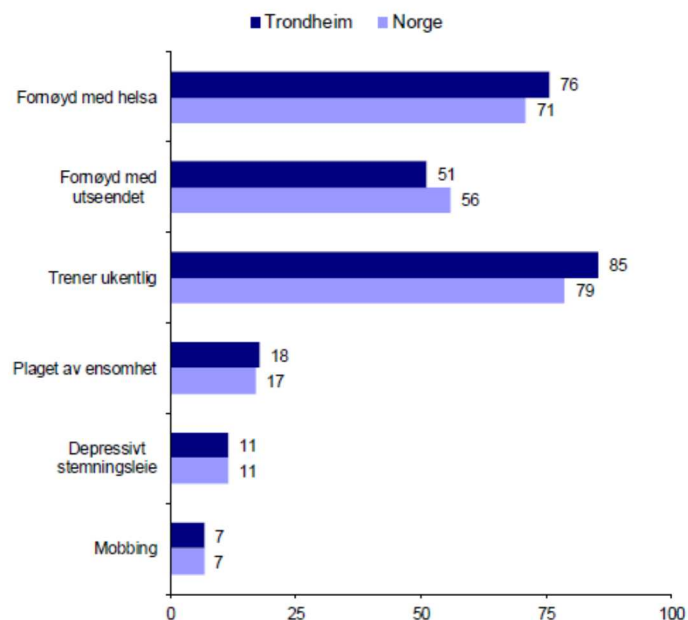
Det er imidlertid ett område som gir særlig grunn til bekymring både nasjonalt og lokalt, det er at et økende antall ungdommer rapporterer om økende psykiske helseplager i hverdagen.

Det skaper grunn til bekymring når graden av psykiske helseplager blant ungdom øker. Har vi en generasjon med ”flinke og arbeidsomme” ungdommer som gjennom sin hang til å skulle være flink og vellykket får psykiske helseplager (NOVA, 2014) ?

HELSE OG TRIVSEL

DEFINISJONER:

- **Fornøyd med helsa:**
Andel som svarer «svært» eller «litt fornøyd» på spørsmålet: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med helsa di?
- **Fornøyd med utseendet:**
Andel som svarer «svært» eller «litt fornøyd» på spørsmålet: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med utseendet ditt?
- **Trener ukentlig:**
Andel som minst ukentlig deltar i enten idrett og trening på skolen (utenom skoletida), trener eller konkurrer i et idrettslag, trener på treningsstudio eller helsestudio, trener eller trimmer på egen hånd, danser (som trening) eller er på kampsport eller selvforsvarstrening.
- **Plaget av ensomhet:**
Andel som svarer «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» på spørsmålet: Har du vært plaget av ensomhet i løpet av sist uke?
- **Depressivt stemningsleie:**
Andel som har vært «ganske mye plaget» eller «veldig mye plaget» av følgende ting sist uke: Følt at alt er et slit, hatt søvnproblemer, følt deg ulykkelig, trist eller deprimeret, følt håpløshet med tanke på framtida, følt deg stiv eller anspent og bekymret deg for mye om ting.
- **Mobbing:**
Andel som svarer «minst hver 14. dag» på spørsmålet: Bli du utsatt for plaging/trusler/utfrysing av andre unge på skolen eller i fritida?



ungdata

fig.1(Fra Ungdata 2013:Trondheim)

Resultatet, som beskrives fra Trondheim og andre kommuner i Norge, føyer seg inn i en mer langsiktig og verdensomfattende trend. WHO viser også til studier, som bekrefter at psykiske plager, og da spesielt depresjon topper listen over de fem mest fremtredende helseplagene blant ungdommer (WHO, 2015).

Personer med psykiske plager i barne- eller ungdomsårene kan ha økt risiko for å oppleve psykiske plager og psykiske lidelser senere i livet.

Med dette som bakteppe vil jeg se nærmere på hvilke risikofaktorer man skal være oppmerksomme på i møte med ungdom, for derfor prøve å fange opp ungdommer som trenger hjelp på et tidlig tidspunkt.

1.2 *Bakgrunn*

Som vist i Fig.1 fra Ungdataundersøkelsen 2013 fra Trondheim, svarer 11 % av ungdommene at de til tider har eller har hatt et depressivt stemningsleie. Nasjonalt viser tallene at 16,7 % bekymrer seg for mye om fremtiden og forskjellige "ting". 13,8 % føler seg nedstemt eller trist og 29,5 % av respondentene svarer positivt på spørsmål som kan indikere høyere grad av egenrapporterte vansker (NOVA, 2014). Folkehelseinstituttet antar at fra 12-14 års alder og fremover er angst og depresjoner de klart største diagnosegruppene, da det rammer rundt 10 – 15 % av ungdommene våre (Major, et al., 2011). Vi vet også at globalt sett er depresjon øverst på lista over helseplager, suicid ligger på en tredje plass. I følge WHO's "Health for the world's adolescents" er depresjon den dominerende lidelsen blant både jenter og gutter i alderen 10 – 19 år. Det viser seg at halvparten av de som utvikler psykiske plager, hadde sine første symptomer i 14 års alderen. WHO konkluderer med at dersom ungdommer med psykiske plager får den hjelpen de skal ha til rett tid, kan det forebygge død og lidelser oppigjennom livet (WHO, 2015).

Det har i de siste tiårene blitt satt mer fokus på at også barn og unge kan utvikle psykiske lidelser.

Store endringer har skjedd de siste årene for barn og unge med psykiske plager. Tidligere skjedde det meste av behandlingen og oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 la nye føringer for denne type arbeid. Det innebar bl.a. at tilbudet til barn og unge skulle ligge nært der hvor barn/ungdom bor. Et overordnet mål var at kommunene skulle gi barn og unge et likeverdig tilbud, like utviklingsmuligheter, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet man bor (Sosial- og helsedepartementet, 1996-97). Barn og unge skal være en prioritert gruppe. Psykisk helsearbeid for barn og unge er dermed et ansvar som også ligger til kommunene, det omhandler både forebyggende arbeid og koordinerende arbeid i forhold til barn og unge som allerede har utviklet psykiske lidelser av ulik art og alvorlighetsgrad (Sosial og helsedirektoratet, 2007).

Sosial og helsedirektoratet (2007) skriver i sin "Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, 2007" at kommunenes overordnede oppgaver i arbeidet med barn og

ungdom er følgende:

”• Legge til rette for gode og trygge oppvekstmiljøer, og iverksette forebyggende tiltak for å hindre psykiske vansker hos barn og unge

• Fange opp barn og unge i risiko, eller som har psykiske vansker eller lidelser

• Gi hjelp og behandling for de som trenger det på laveste effektive omsorgsnivå

(LEON-prinsippet). De som kan behandles i kommunen, skal behandles i kommunen

• Sørg for bistand fra, og samarbeid med, spesialisthelsetjenesten eller andre aktører ved behov

I det forebyggende arbeidet bør kommunene ha særlig oppmerksomhet rettet mot barn og unge som lever med risiko for eller er i ferd med å utvikle psykiske vansker eller lidelser.”

(s.12)

Dette innebærer en helhetlig tenkning rundt barnet/ungdommen noe som krever et samarbeid mellom flere etater. Barnehager, skoler, kultur og fritid og de kommunale helsetjenestene vil være sentrale aktører (Sosial og helsedirektoratet, 2007).

Det ligger politiske føringer for hvorfor man skal ha psykisk helse på dagsorden innenfor f. eks. skolen. Det skal og kan være med på å bidra til større åpenhet og aksept i forhold til psykiske plager. Det skal gi elevene økt kunnskap om de mest vanlige psykiske plager/lidelser, hvordan kan de være en god venn, hvilke symptomer skal de være oppmerksomme på og hvor kan de søke hjelp dersom de selv eller en venn sliter (Sosial og helsedirektoratet, 2007).

Oppgaven vil ha fokus på hvilke risikofaktorer som kan ligge til grunn for utvikling av depresjon og om det mulig å forebygge en uheldig utvikling mot depresjon som diagnose. Risikofaktorene for depresjon kan ligge i miljø og relasjoner rundt ungdommene, også kalt *kontekstuelle predisponerende faktorer* og i ungdommene selv – biologiske og psykologiske faktorer, også kalt *individuelle predisponerende faktorer* (Martinsen & Hagen, 2012).

Hovedfokus i oppgaven vil være å identifisere noen av risikofaktorer med hovedfokus på å finne noen kontekstuelle risikofaktorer som kan bidra til depresjonsutvikling hos ungdom.

Problemstillingen presenteres under punkt 1.3.:

1.3 Problemstilling

”Hvilke risikofaktorer ser ut til å være sentrale i utviklingen av depresjon hos ungdom - er det mulig å bremse depresjonsutviklingen med forebygging?”

1.4 Begrepsavklaringer

Her vil jeg klargjøre en del begreper som er vesentlig i oppgaven.

1.4.1 Ungdom

Ungdom blir mye omtalt i min oppgave, jeg vil derfor kort si noe om hva som ligger i ordet ungdom. Ungdom og ungdomstiden betegner perioden mellom barndom og det voksne liv. Vi omtaler alderen fra 10 år og opp til 20 år som ungdomstiden. Ungdomstiden kan grovt deles inn i tre perioder; tidlig ungdom fra 10 – 12 år, midtre ungdomstid 13 – 15 år og sen ungdomstid 16 – 20 år (Økland & Glavin, 2005). Med kroppslige endringer kommer også den mentale omstillingen, følelser i berg og dalbane, grublerier om man f.eks. er normal eller ikke. I min oppgave vil ungdomsbegrepet gjelde ungdommer i ungdomsskolen – altså aldersgruppen mellom 13 -15/16 år.

1.4.2 Forebygging

Begrepet forebygging anvendes på den ene siden om innsatser og tiltak der formålet er å hindre eller begrense skade, sykdom eller problemer (det sykdomsforebyggende

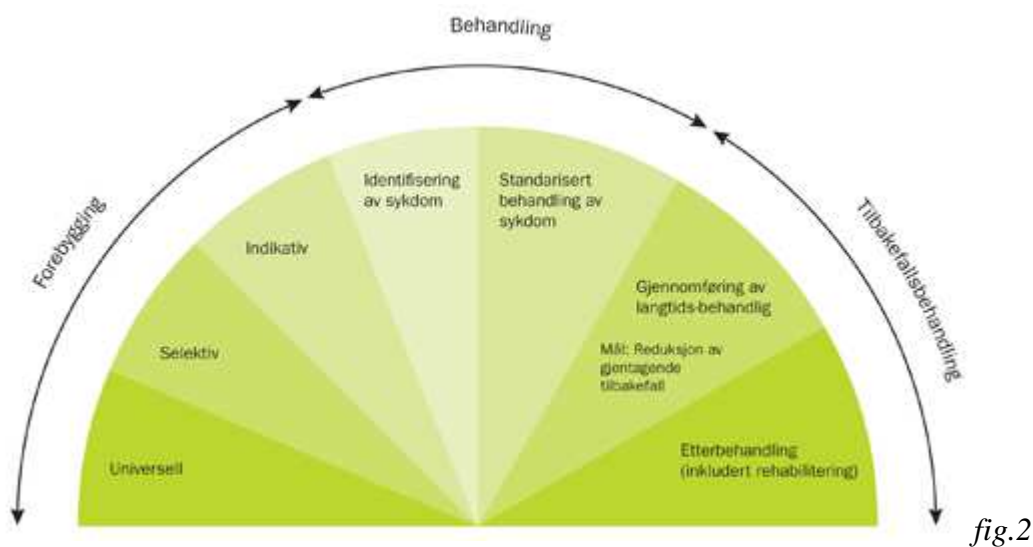
perspektivet). Forebygging betegner på den annen side innsatser, tiltak og prosesser som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse (det helsefremmende perspektivet).

Forebygging deles inn i tre nivåer, dette illustreres også i fig.2;

Universell: tiltak rettet mot hele befolkningsgrupper uten å ha identifisert forhøyet sykdomsrisiko.

Selektiv: tiltak som rettes mot bestemte grupper av befolkningen som har kjent og forhøyet risiko for utvikling av helseplager. Grupperettet forebygging.

Indikativ/indisert: tiltak rettet mot enkeltindivid i befolkningen, som står i høy risiko for å utvikle sykdom eller som allerede har utviklet sykdom (Major, et al., 2011).



Figur 2 beskriver forebygging i et samspill mellom forebygging, behandling og tilbakefallsbehandling (Major, et al., 2011).

1.4.3 Depresjon

Jeg velger å benytte definisjon av depresjon som er hentet fra Martinsen og Hagen(2012):

”depressiv episode (kan deles i mild, moderat og alvorlig) kjennetegnes med nedsatt stemningsleie, mangel på glede og interesse, redusert energi og aktivitet og økt trettbarhet. To av disse symptomene må være tilstede for å få diagnosen depresjon. I tillegg må minst to av følgende tilleggskriterier være oppfylt:

- *redusert konsentrasjon og oppmerksomhet*
- *redusert skyldfølelse og selvtillit*
- *økt skyldfølelse og opplevelse av verdiløshet*
- *pessimisme i forhold til fremtida*
- *tanker om selvmord eller selvskading*
- *forstyrrelse i appetitt eller søvnmønster*

Ved moderat depresjon må helst fire av kriteriene være innfridd. For alvorlig depresjon gjelder at de fleste kriterier er innfridd, og at de i tillegg er markerte og plagsomme.”

(s.89)

Depresjonen har mange ansikt og kan derfor arte seg på forskjellig vis avhengig av alder. Hos ungdommer kan depresjon ha samme uttrykk som hos voksne. I tillegg kan man hos ungdom se f. eks irritabilitet, søvnevansker, avvikende spisemønster og konsentrasjonsvansker som igjen går utover skoleprestasjoner (Martinsen & Hagen, 2012).

I oppgaven vil depresjon og dårlig psykisk helse bli brukt om en annen. Dette fordi flere artikler bruker disse benevnelsene om en annen.

1.5 Avgrensning

Oppgaven begrenser fokuset til forebygging innenfor psykisk helsearbeid blant ungdommer i alderen 13 – 15/16 år – altså ungdomsskolen. Forebyggendeperspektivet vil ligge i kryssningspunktet mellom det universelle og selektive nivå. Her ser en på hvilke risikofaktorer som kan være med på å dra i gang en depresjon. Arv som risikofaktor ifht

depresjonsutvikling blir vanligvis ikke undersøkt i forebyggende arbeid, og vil ikke bli vektlagt i denne oppgaven.

Jeg ønsker å se på om det er en eller flere bestemte metoder som egner seg til forebygging av depresjoner. På grunn av oppgavens begrensninger vil det ikke bli gått noe detaljert inn på eventuelle typer av forebyggingsprogram.

Depresjon har og blir i teorien beskrevet med flere forklaringsmodeller. Disse modellene vil ikke bli beskrevet i oppgave, da det vil ta alt for stor plass.

2 Metode

Metoden eller fremgangsmåten i oppgaven er gitt av HiNT. Det skal være en systematisk litteraturstudie. Det finnes flere definisjoner på hva et systematisk litteraturstudie er, Mulrow og Oxman presiserer at et systematisk litteraturstudie utgår fra et tydelig formulert spørsmål/problemstilling som besvares systematisk gjennom og å identifiser, velge, vurdere og analysere relevant forskning. (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

Forsberg og Wengstrøm(2008) sier i sin bok at den største forutsetningen for å gjøre en systematisk litteraturstudie er at det finnes et stort nok antall artikler som kan belyse den problemstillingen du har valgt deg. En systematisk litteraturstudie kan også føre til endringer eller ny praksis (Forsberg & Wengstrøm, 2008).

2.1 Databaser

For å finne frem til mine artikler har jeg valgt å bruke 4 forskjellige databaser. Søkestrategien innebar søk i Oria, Psychinfo, British Nursing Index og Medline. Bakgrunn for at jeg valgte disse databasene var at jeg underveis i søkeprosessen fant ut at disse databasene var velrenommerte og inneholdte artikler innen tema helse, psykiatri og sykepleie. Disse databasene favner både norske og utenlandske artikler.

2.2 Søkeord

I forhold til problemstillingen valgte jeg å søke med følgende fritekstord: forebygging (prevention), psykisk helse (mental health), oppvekst(adolescence) og ungdom(adolescent) Jeg prøvde også med søkeord som risikofaktorer (risk factors), depresjon(depression) kombinert med ungdom (adolescence). Jeg brukte AND mellom søkeorden. Jeg brukte engelske søkeord.

Ved søk på hvert enkelt ord separat, kom det frem et stort antall artikler på samtlige ord. Jeg valgte derfor å gå rett på kombinasjon av ord for å nedskalere søkene.

2.3 Manuelle søk

Det ble foretatt to manuelle søk på enkeltnavn, henholdsvis Anne Mari Undheim og Marit Indredavik. Disse manuelle søkene ble gjort i Oria.

2.4 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Alle søkene ble utført med begrensninger til engelsk full tekst og fagfelleverderte artikler. Der det var mulig, avgrenset jeg også søket til ungdom mellom 13 og 16 år.

Der søket ikke kunne graderes i årstall valgte jeg å krysse av for ”adolescent”. Der hvor det var mulig ble søket også begrenset til studier utført i USA og Europa, dette for å få fatt på studier som var utført i land som er kulturelt sammenlignbare med Norge.

Årstall for publisering av artiklene ble begrenset til de 7 siste årene, altså artikler som ble publisert mellom 2008 og 2014. Unntak for denne årstallsbegrensningen ble gjort i British Nursing Index, dette fordi det var få treff på et mer begrenset søk. De manuelle søkene i Oria ble kun regulert av navn og ikke årstallsbegrensninger.

2.5 Kvalitetsbedømming av artikler

Kvalitetssjekk av tidsskriftene og artiklene ,ble gjort med bruk av Database for statistikk om høgre utdanning (NSD). Her klassifiseres tidsskriftene med nivå 1 og nivå 2, med nivå 2 som det høyeste nivå.

Artikler eller tidsskrift vurdert i nivå 2 skal være begrenset til vitenskapelige tidsskrifter, serier, årbøker, nettsteder og bokutgivere som oppfattes som de mest ledende i en bred fagsammenheng. Disse publiseringskanalene gir ut publikasjoner av de mest betydelige forskerne i verden.

Nivå 1 inkluderer f. eks artikler/tidsskrifter som omfattes av definisjon på en vitenskapelig publikasjon, den skal presentere ny innsikt være etterprøvbar i ny forskning. Publikasjonene skal være tilgjengelige for de fleste forskerne som kan være interessert i et gitt tema.

Fagfellevurdering er påkrevd (Christensen, Kirsti Koch, 2004).

2.6 *Utvalgsstrategi*

Totalt antall treff ble 1044 artikler, etter en rask gjennomgang ved å lese titler og abstrakt ble 33 tatt ut til fase 1, etter å ha lest artiklene i sin helhet gikk 18 til fase 2, etter nok en gjennomgang og kvalitetsvurdering ble 15 artikler forkastet. Totalt 15 artikler ble inkludert i studien. Tabell 1 gir en oversikt over utvalgsstrategien.

Fremgangsmåten er skjematisk fremstilt i sin helhet i tabell 1. Utvalgte artikler består av kvantitative artikler og reviewer. De inkluderte artiklene ligger som Tabell 2: *Oversikt over inkluderte artikler* vedlegg nr. 1. Oversikt over de 15 artiklene som ble forkastet i siste fase ligger i tabell 4, som vedlegg nr. 3.

Grunnen til at jeg har valgt å ta med reviewer er at de beskriver status på et forskningsfelt ved å gjennomgå all vesentlig litteratur innenfor et gitt område. På den måten får man en god oversikt over forskning som er gjort innenfor et gitt forskningsfelt og hvilke resultater de har kommet frem til. (Database for statistikk om høre utdanning(NSD), 2012). Det å benytte reviewer gir ikke direkte adgang til primærkilden, det kan i og for seg være en svakhet, da forskernes tolkninger kan farge resultatene i reviewene.

Tabell 1. Oversikt over utvalgsstrategien

Database	Søkeord	Antall treff	Antall valgte etter leste titler og abstrakt(fase1)	Antall valgte etter artikler lest i sin helhet(fase2)	Antall inkluderte etter kvalitetsvurdering (fase3)
Psycinfo	Prevention and mental health and adolescence	58	3	2	2
Psycinfo	Mental health and adolescence	348	14	6	4

British Nursing Index	Mental health and adolescence	59	0	0	0
British Nursing Index	Prevention and mental health and adolescent	36	4*	2	2*
British Nursing Index	Risk factors and depression and adolescence	19	1	1	1
Medline	Mental health and adolescence	426	6**	3	3
Medline	Forfatter: Anne Mari Undheim	8	1	1	1
Medline	Forfatter:Marit Indredavik	71	1	1** Utgår da samme artikkel ligger I Medline: ”Mental health and adolescence”	0
Oria	Risk factors and depression and adolescence	19	3	2	2
SUM		1044	33	18	15

*samme artikkel finnes både i British Nursing Index og Medline

2.7 *Analyse*

2.7.1 *Etisk forsvarlighet*

Etisk forsvarlighet er grunnprinsipp i all forskning. All forskning skal behandle alle informanter med den største respekt og integritet. Forskerne skal etterstrebe at ens aktivitet har gode konsekvenser og enhver forsker skal opptre ansvarlig og være ærlig og åpen ovenfor kollegaer og offentlighet (Helsinkideklarasjonen, 2009).

I denne studien er det brukt artikler skrevet på engelsk. I og med at man leser på et annet språk kan det oppstå misforståelser. Jeg har så langt det lar seg gjøre forsøkt å oversette og forstå artiklenes innhold objektivt.

Ved analyse av artiklene har jeg også hatt fokus på studienes/artiklenes etiske fundament og godkjenninger fra etisk komité.

2.7.2 *Analysemetode*

Det er utelukkende brukt kvantitative artikler. Alle inkluderte artiklene ble lest igjennom i sin helhet. Under lesing av artiklene var fokuset på hensikten med studien og hvilke hovedfunn som ble presentert. Problemstillingen var hele tiden i fokus, dette for å se om artiklenes hovedfunn kunne svare ut tema i problemstillingen. Etterstrebet å lete etter artikler som var fagfellevurderte, engelskspråklige og utført i land som kan sammenlignes med Norge, derfor ble artikler fra f.eks Japan forkastet. De inkluderte artiklene har sitt utspring fra USA, Australia og europeiske land.

For å finne subkategoriene ble det fokusert på risikofaktorer som mulig årsak til utvikling av depresjon, deretter ble risikofaktorene samlet i hovedgrupper – hovedkategorier. Dette er i sin helhet illustrert i tabell 3, vedlegg 2.

Dette ble det brukte noe tid på, da det var en utfordring å finne gode benevninger på hovedkategoriene. Det utkrystalliserte seg i alt 8 hovedkategorier. Her er en illustrasjon av tabellen.

Tabell 3, eksempel på analyse av hovedresultat

Forfattere	Hovedresultat	Sub – kategori	Hovedkategori
Durlak JA (1998) USA “Primary prevention mental health programs for children and adolescents are effective”.	Universelle forebyggingsprogram er effektive mtp forebygging av psykisk uhelse. Det gjelder både individrettet, miljøsentrerte, foreldre – og lærerbaserte program. Selvrapporterte endringer hos ungdommene varte over tid.	Universell forebygging Ungdommer Foreldre Lærere	Forebygging

Tabell 3 ligger i sin helhet som vedlegg 2.

En av de inkluderte artiklene faller utenfor årstallsbegrensningene, det er J.A. Durlak sin artikkel fra 1998: ”*Primary prevention mental health programs for children and adolescents are effective*”. Årsaken til dette valget er at det er en god og interessant artikkel som omhandler forebygging.

Ved gjennomgang av artiklenes hovedfunn kom jeg frem til 8 hovedkategorier: Forebygging, miljøfaktorer, relasjoner, selvoppfatning, kompetanse hos fagpersoner, biologi, livsstil og psykosomatikk. Jeg syntes dette ble for mange kategorier og valgte derfor å slå sammen følgende kategorier: Miljø og livsstil til hovedkategori: miljø, disse faktorene er beskrivende for mye av det samme og påvirker hverandre, det gjelder også selvoppfatning og psykosomatikk som er slått sammen til hovedkategori: selvoppfatning. Selvoppfatning påvirker både kropp og sjel og kan derfor sees på under samme hovedkategori som psykosomatikk. Endte dermed opp med 6 hovedkategorier. For å skaffe meg en bedre oversikt over hvor mange artikler som inneholdte hvilke hovedkategorier satte jeg opp et søylediagram, vist i fig 3. Flere artikler omhandlet flere av hovedkategoriene.

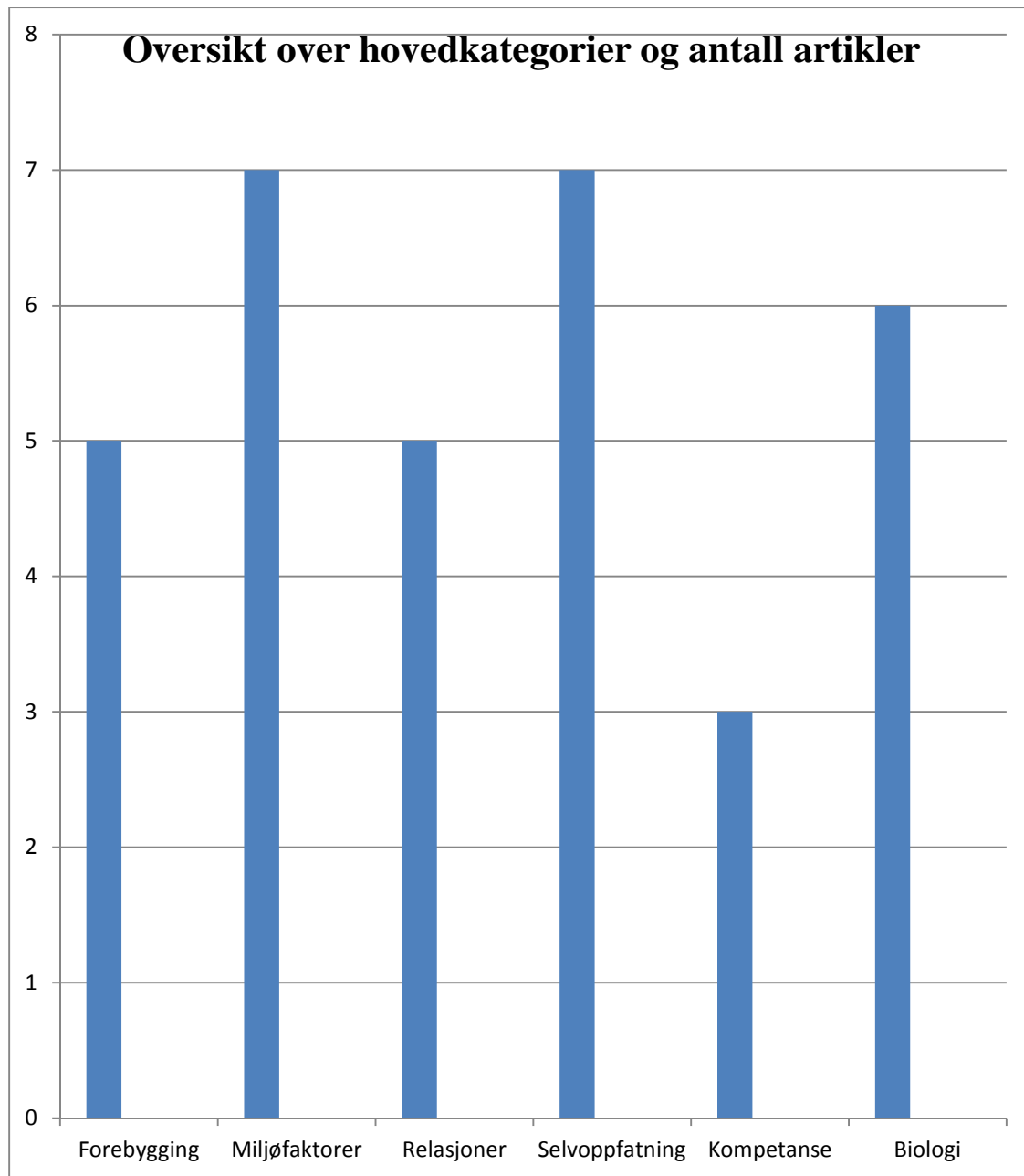


fig.3

3 Resultat

Resultatet i denne litteraturstudien omfatter i alt 15 vitenskapelige artikler. De innbefatter 11 kvantitative studier, 3 reviewere og 1 litteraturstudie. Artiklene er hentet fra land som kan være sammenlignbare med Norge. Studiene er utført i følgende land: USA, Australia, England, Spania, Danmark, Finland og Norge. Etter analysen av artiklene var det i alt 6 kategorier som utskryliserte seg, se figur 3. Resultatet av analysen munnet ut i 6 hovedkategorier, sub-kategoriene i hver enkelt hovedkategori vil bli presentert i dette kapitlet

3.1 Forebygging

Forebygging er et sentralt tema for å redusere dårlig psykisk helse blant ungdom. Her er det fem artikler som setter fokus på forebygging.

Under denne kategorien presenteres følgende sub - kategorier: Universell forebygging på flere nivå, universell og selektiv forebygging, tidlig intervensjon, universelle forebyggingsprogram i skolen, lærere som viktige personer i forebygging, øke handlingskompetanse rundt hjelp og støtte og redusering av stigma.

Universelle forebyggingsprogram for ungdommer viser seg å ha effekt med tanke på forebygging av depresjon. Forebygging på flere nivå viser seg hensiktsmessig. Det vil si at forebygging mot enkeltindivid, familie og gjennom kompetanseheving av personell i skolen er sentrale forebyggingsstrategier (Durlak, 1998). En studie fremhever spesielt skolen som en vesentlig aktør i forebygging av depressive symptomer, lærerne har en viktig rolle i å drive forebygging ved å være støttende og deltagende i skole/klasse miljøet (Undheim & Sund, 2005).

Der hvor man ser et negativt utviklingsforløp innen psykisk helse hos ungdommer, er det hensiktsmessig med tidlig forebyggende intervensjon, dette med tanke på å forebygge nedsatt levealder og generell dårlig livskvalitet (McDougall, 2011). Tidlig intervensjon og målrettet forebygging med tanke på og redusere risiko for dårlig psykisk helse blant ungdom støttes også av Pelkonen et.al.(2008).

Skre et.al(2013) fant i sin studie at et tredagers universelt forebyggingsprogram i skolen var

med på å øke kunnskapen omkring psykisk helse blant ungdommer. Med fokus på psykoedukasjon rundt de mest vanlige psykiske lidelsene (depresjon og angst) samt økt kompetanse på hvor du kan få hjelp, var det med på å redusere stigma og kunnskap rundt de mest vanlige psykiske lidelsene.

3.2 *Miljøfaktorer*

I denne kategorien slås det sammen to hovedkategorier, miljøfaktorer og livsstil.

I syv av de utvalgte artiklene fremheves risikofaktorer som i oppgaven defineres som miljøfaktorer.

Følgende subkategorier presenteres: sosioøkonomisk status, økt velstand, forverret inntektsgrunnlag, skolemiljø og karakterer, opplevd vold hjemme og ute, bruk av alkohol, illegale rusmidler, tobakk og grad av fysisk aktivitet.

Bor et.al. (2014) sier i sin studie at familie som opplever sviktende inntektsgrunnlag gir grobunn for en uheldig utvikling av ungdommers psykiske helse, det rapporteres også at økt velstand og sosioøkonomisk status i seg selv er risikofaktorer for utvikling av depresjon. Økt press på ungdommer i å gjøre det bra på skolen og ta utdanning er også medvirkende faktorer i utvikling av depresjonssymptomer hos ungdom. En studie fra Spania støtter funnet om at familiens sosioøkonomiske status og uønskede livshendelser er avgjørende med tanke på utvikling av depresjon blant ungdom (Olives, et al. 2012). Undheim og Sund (2005) sier i sin undersøkelse at ungdommer rapporterer mye selvopplevd stress i forbindelse med skole og skoleprestasjoner, press og stress, selvpålagt eller fra foresatte er faktorer som kan utløse depresjonssymptomer. Forskerne fant en signifikant sammenheng mellom ungdommer med dårlige karakterer og depressive symptomer og opplevd negativ klassetilhørighet og depressive symptomer. Spesielt for jenter utgjorde manglende lærerstøtte en risikofaktor for utvikling av depressive symptomer.

Studier viser også at ungdommers bruk av alkohol, tobakk og illegale rusmidler er faktorer som kan bidra til depresjonsutvikling (Skrove et.al. 2013; Padron et.al. 2012; Cairns et.al. 2014). Padron et.al. (2012) sier i sin studie at mangel på fysisk aktivitet kan være en risikofaktor for depresjonsutvikling, spesielt blant gutter, mens Cairns et.al. (2014) er usikre på om mangel på fysisk aktivitet kan være risikofaktorer for depresjonsutvikling. Denne

studien fremholder også usundt kosthold som en risikofaktor for depresjonsutvikling. Her konkluderer man med at livsstilsrelaterte faktorer har stor innvirkning på depresjonsutvikling blant ungdom og at dette kan forebygges med fokus på positive livsstilsfaktorer som sunt kosthold, gode søvnvaner, reduksjon i bruken av alkohol, tobakk og illegale rusmidler (Cairns et.al. 2014).

Skrove et.al.(2013) sier i sin studie at ungdommer som ikke driver med fysisk aktivitet opplever et større symptomtrykk på bl. annet depresjon enn ungdommer som var fysisk aktiv. En Dansk undersøkelse viser at vold hjemme og ute kan sees i sammenheng med utvikling av angst og depresjonsymptomer. Jentene var mer affektet av vold utenfor hjemmet mens guttene var mer affektet av vold utført i hjemmet (Helweg-Larsen et.al.2011).

3.3 *Relasjoner*

Fem av artiklene er plukket ut med fokus på relasjoner som hovedkategori. Under denne kategorien presenteres følgende subkategorier: Skilsmisser, familiekonflikter, foreldres psykiske helse, sosial støtte, bli sett og bekreftet av sine foreldre, samhold i familien, tilgjengelige venner, selvopplevd støtte fra lærer.

Manglende samhold og sosial støtte fra familie, foreldre som ikke evner å se og bekrefte sine ungdommer er risikofaktorer for utvikling av depresjon i ungdomsårene (Olives, et al.2012: Derdikman-Eiron et.al.2013). I to av studiene betegnes foresattes psykiske helse som en avgjørende faktor for depresjonsutvikling hos ungdom (Bor et.al.2014: Olives, et al.2012). I to av studiene beskrives også mangel på tilgjengelige venner som en risikofaktor (Olives et. al. 2012: Derdikman-Eiron et.al.2013). To studier viser at det er en sammenheng mellom depresjonsutvikling og skilsmisse hos foreldrene (Bor et.al.2014: Pelkonen et.al.2008).

Relasjoner i skolen er også av betydning for depresjonsutvikling, en studie peker spesielt på viktigheten av gode relasjoner mellom elev og lærer, jenter med opplevd dårlig relasjon til lærerne opplever større symptomtrykk på depresjon enn guttene (Undheim & Sund, 2005).

3.4 *Selvoppfattelse*

Seks av artiklene fokuserer på tema som kommer inn under kategorien selvoppfattelse. Følgende subkategorier presenteres: selvfølelse, mestring, egendefinert stress, negativt fokus på kropp, psykosomatiske plager og date erfaring.

Trygghet i seg selv, selvtillit, er et fokusert område innenfor studier av psykisk helse og ungdom. To av studiene konkluderer med at opplevelsen av dårlig selvtillit i ungdomsårene predikere dårlig psykisk helse (Isomaa et.al.2012: Pelkonen et.al. 2008). Den ene studien konkluderer med at jentene rapporterer større grad av dårlig selvtillit enn guttene (Isomaa et.al.2012) mens den andre studien ikke fokuserer på kjønns spesifikke forskjeller (Pelkonen et.al.2008). Selvopplevd og selvdefinert stress betegnes også som risikofaktorer for utløsning av depresjon. Dette er spesielt uttalt blant jenter (Undheim & Sund, 2005).

To av studiene fokuserer på opplevelsen av egen kropp, et negativt kroppsfokus eller det å være misfornøyd med egen kropp om den er for tynn eller tykk, kan øke risiko for depresjon i ungdomsårene (Padron et.al.2012: Cairns et.al.2014). Padron et.al.(2012) finner i sin studie at forstyrret spisemønster er en risiko for å utvikle depresjon. Dersom man utsetter seg for flere risikofaktorer samtidig, som for eksempel uheldig spisemønster, tobakk og ikke bedrev fysisk aktivitet, er det større sjans for depresjonsutvikling. Jenter rapporterte større grad av stress enn gutter.

Kinnunen et.al.(2010 b) finner i sin studie at det er en sammenheng med dårlig mestringsfølelse over tid og utvikling av depresjon seinere i livet.

To studier har også sett på manglende date erfaring som en risikofaktor for depresjonsutvikling. Den ene studien finner helt klart en sammenheng mellom manglende date erfaring og depresjonssymptomer (Pelkonen et.al 2008) mens Cairns et.al(2014) er mer usikker på om det finnes en sammenheng.

Mange unge oppsøker helsepersonell på skolen med somatiske plager. En studie har sett spesielt på dette med sammenheng mellom somatiske plager og dårlig psykisk helse, deriblant depresjon. Her finner man en sammenheng mellom somatiske, også benevnt som psykosomatiske plager, og utvikling av begynnende psykiske symptomer. De hyppigst rapporterte symptomet var hodepine deretter utmattelse, irritabilitet, nervøsitet, søvnvansker og nedstemthet. Jentene rapporterte hyppigere plager enn guttene (Kinnunen et.al.2010 a).

3.5 *Kompetanse hos fagpersoner*

Fire av artiklene i denne studien hadde et fokus på kompetanse hos fagpersoner.

Subkategorier som presenteres her er følgende: identifisere psykiske plager, identifisere risikofaktorer, kompetanse hos helsepersonell i skolen, kompetanse hos lærere.

Alle fire artikler påpeker at det er viktig med kompetanse blant lærere og helsepersonell som er ansatt ved skolene, dette for å avdekke og intervensere i forhold til dårlig psykisk helse.

(Undheim & Sund, 2005; Isomaa et.al.2012: Kinnunen et.al 2010 a: Kinnunen et.al. 2010 b).

Helsepersonell i skolen bør ha kompetanse innen psykisk helse, dette for å forebygge,

avdekke og intervensere samt samarbeide med spesialisthelsetjenesten når det trengs

(Kinnunen et.al.2010 a).

3.6 *Biologi*

Seks av artiklene i denne studien rapporterte om kjønnsforskjeller når det gjelder utvikling av psykiske plager. Subkategoriene som presenteres her under biologi, er kjønn: jenter og gutter.

Padron et.al(2012) mener at en av årsakene til at jenter er mer utsatt for psykisk

stress,deriblant depresjon,enn gutter, kan komme av at jenter er mer bekymret for sine sosiale relasjoner enn guttene. Isoma et.al(2012) rapporterer i sin studie at jenter rapporterer lavere

grad av selvfølelse enn guttene. Dette støttes av Kinnunen et.al (2010b). Skrove et.al(2013)

rapporterer at jenter opplever høyere symptomtrykk på depresjon enn guttene. Dette støttes av

Derdikman-Eiron et.al(2013) og Bor et.al(2014).

4 *Diskusjon*

I dette kapittelet vil hovedfunnene i artiklene bli sett i lys av oppgavens problemstilling:

”Hvilke risikofaktorer ser ut til å være sentrale i utviklingen av depresjon hos ungdom - er det mulig å bremse depresjonsutviklingen med forebygging?”

Her vil det først komme en resultatdiskusjon hvor funn i oppgaven diskuteres opp mot hverandre, eventuell annen aktuell teori og selvrefleksjon rund tema. Hovedkategoriene vil diskuteres etter en annen rekkefølge enn tidligere presenteret i oppgaven, dette for å få en bedre flyt i diskusjonskapitlet. Hovedkategoriene presenteres i følgende rekkefølge: Biologi, miljø, relasjon, selvoppfatning, kompetanse hos fagpersoner og forebygging.

Metodediskusjon og avslutningskapittel kommer som en avsluttende del i dette kapitlet.

4.1 *Resultatdiskusjon*

De funn som er presentert ovenfor viser at det er mange og sammensatte årsaker til mulig utvikling av depresjon hos ungdom. Hovedfokuset i oppgaven er å finne mulige risikofaktorer for utvikling av symptomer på depresjon og depresjonsutvikling hos ungdommer. Det er i hovedsak sett på *kontekstuelle predisponerende faktorer* og i mindre grad *individuelle predisponerende faktorer*

I flere av artiklene i denne oppgaven har det kommet frem at det er en forskjell på kjønn når det gjelder opplevelse av symptomer på depresjon og opplevelse av depresjon. Det fremkommer at jentene ofte viser mer symptomer på depresjon og har mer opplevelse av depresjon enn guttene (Bor et.al.2014: Skrove et.al.2013:Padron et.al.2012: Isomaa et.al.2012: Kinnunen et.al.2010 b : Derdikman-Eiron et.al.2013). Samme resultat viser også den nasjonale Ungdata undersøkelsen foretatt i Norge i 2013 (NOVA, 2014) hvor i alt ca. 20% av jentene rapporterer på opplevelse av depressive symptomer, mens det samme tallet for

guttene lå på rundt 10 % (NOVA, 2014). En undersøkelse i Nord - Trøndelag støtter også denne kjønnsforskjellen, med å vise at jentene har to til tre ganger høyere risiko for utvikling av depresjon enn guttene (Derdikman-Eiron et.al.2013). Kan noe av kjønnsforskjellårsaken ligge i at jenter er mer opptatt av å være perfekte, noe som gjenspeiler seg f. eks i at det er viktig for jentene og bli godtatt i venneflokket\ ha gode relasjoner med venner, lærere og foreldre ?

I en studie utført i Finland scorer jentene jevnt over høyere på dårlig selvfølelse enn guttene. Da vi kan definere selvfølelse med positiv eller negativ atferd, holdninger og tanker om seg selv, vil høy selvfølelse reflektere gode tanker om seg selv mens lav selvfølelse vil reflektere devaluerende tanker og følelser om seg selv (Isomaa et.al.2012). Uten å knytte dette til annet enn egen refleksjon rundt dette med kjønn, kan det å være jente i seg selv, se ut til å være en risikofaktor.

Miljøfaktorer og livsstil er med på å påvirker mennesker i deres utvikling og forming av hvem de blir på godt og vondt. På samme måte ser en at miljøfaktorer, som i denne oppgaven innbefatter både miljøfaktorer og livsstilsfaktorer, er risikofaktorer i utvikling av depresjon og depresjonssymptomer. Vi lever i et land med stadig større velstand for de fleste av oss. Samtidig får vi større "klasseforskjeller" der noen familier får et forverret inntaktsgrunnlag, eksempelvis p.g.a. arbeidsledighet, sykdom, uforutsette livshendelser(eks. skilsmisse, ektefellers død, uførhet). Det er relativt få barn, ca 8% ,som i dag lever under fattigdomsgrensen i Norge, men man ser at antallet stiger (Fløtten & Grødem, 2014). Da forskningen peker på at forverret inntektsgrunnlag er en risikofaktor for utvikling av dårlig psykisk helse blant ungdom, er det viktig å forbygge barnefattigdom (Bor et.al.2014). Dette vil være et politisk prioriteringsspørsmål. Politiske løsninger for å bedre eller forsøke å utjevne sosiale ulikheter vil indirekte bedre den psykiske helsen.

Livsstilen vi fører er også med på å forme oss som mennesker. De unges utprøvelser i forhold til alkohol, tobakk og andre illegale rusmidler kan for mange være en utprøvende atferd, som for de aller fleste ikke fører til endring i atferd eller skaper dårligere helse. Studiene representert i denne oppgaven peker på at ungdommer som har et jevnt over og høyere tobakk og rusbruk enn gjennomsnittsungdommen utsetter seg selv for en større risiko for å utvikle dårlig psykisk helse. Det er ikke sagt noe om hva som først kommer til uttrykk hos ungdommene . Starter de med tobakk eller rusmidler fordi de føler det er en form for

selvmedisinering eller er det tobakken eller rusmidlene som etter hvert utløser de psykiske symptomene?

Det er interresant å se at det er sammenfallende funn i forhold til rus og tobakk som risikofaktorer i studier utført i Norge i Nord-Trøndelag (Skrove et.al.2013), Spania (Padron et.al.2012) og Australia (Cairns et.al.2014). Dette forteller oss at disse risikofaktorer ser ut til å ha betydning for utvikling av psykiske vansker uavhengig av hvor du bor i verden.

Der hvor det er enstemmighet om bruk av tobakk og rusmidler som risikofaktorer er det en usikkerhet mellom forskerne når det gjelder fysisk aktivitet. Spørsmålet om fravær av fysisk aktivitet er en risikofaktor for utvikling av symptomer på depresjon og dårlig psykisk helse er ikke entydig. Man kan tenke seg at fysisk aktivitet gir overskudd og følelse av velvære og dermed genererer en positiv livsopplevelse og økende selvfølelse. Forskningen, som er inkludert i denne oppgaven, er litt sprikende. Tre av studiene i oppgaven har hatt et fokus på fysisk aktivitet og utvikling av dårlig psykisk helse. Padron et.al.(2012)hevder i sin studie at det er vanskelig å se om det er en risikofaktor å ikke drive med fysisk ativitet. Studien forteller oss at fysisk aktivitet kan være positivt for den mentale helsen generellt, men noe mer usikker på om det å ikke drive med fysisk aktivitet er en risikofaktor for utvikling av depresjon og angst. UNG-HUNT studien i Nord -Trøndelag konkluderer med at det å ikke drive med fysisk aktivitet kan være en risikofaktor (Skrove et.al.2013). Samtidig hevder Cairns et.al.(2014) i sin reviw, at det er tvetydige resultater i forhold til om manglende fysisk aktivitet er en risikofaktor i depresjonsutvikling hos ungdom. Det er tydelig at det trengs ytterligere forskning på dette området.

Familiens sosiale og økonomiske kapital er viktige faktorer med tanke på ungdommers utvikling både fysisk og psykisk. De aller fleste ungdommer i Norge kommer fra det vi kan kalle vanlige familier. Med vanlige familier menes det i denne sammenhengen familier med tilstrekkelige sosiale og økonomiske ressurser, relativt velfungerende og har ingen spesielle kjennetegn på risiko (Major, et al., 2011). I takt med velstand og velferdsøkning i samfunnet har også antall skilsmisser økt. I flere av studiene påpekes det at skilsmissebarn er mer utsatt for å kjenne på depressive symptomer og utvikle dårlig psykisk helse. Skilsmisse blant foreldre ser ut til å være en risikofaktor for utvikling av depressive symptomer, faren for mer vedvarende depressive episoder øker dersom det i tillegg er konflikt mellom foreldre (Bor et.al.2014).

I min praksis møter jeg ungdommer som har et høyt konfliktnivå hjemme, det kan være at

foreldre er skilt og er kronisk i konflikt eller hjem hvor foreldrene bor sammen, men med et høyt konfliktnivå alikevel.

I skilsmisefamilier er det en del av ungdommene jeg møter som beskriver seg selv som ”til overs”. Både mor og far har stiftet nye familier og fått nye barn. Ungdommene føler at det ikke er plass til dem verken hos mor eller hos far. Dette er en gruppe en bør være oppmerksomme på i forhold til utvikling av depressive symptomer. Det fordi de selv beskrive seg som nedstemte, triste og slitene. Det å ikke føle tilhørighet til familien og oppleve relasjonsbrudd er med på å forme deg som person og opplevelsen av hvem du er. Det vil også bidra til å påvirke hvordan du vil forholde deg til verden rundt deg. Det å ikke føle seg sett eller verdsatt av sine foreldre er et alvorlig og sterkt signal som kan være med på å degradere den unge som et familiemedlem og menneske. Olives, et al.(2012) konkluderer med at det er viktig å fokusere på familien når man skal forebygge depressive symptomer og psykisk helse blant ungdom. Relasjonsbrudd eller mangel på relasjoner på flere arenaer utkrystaliserer seg i forhold til det å være risikofaktorer for utvikling av depresjon. Studier påpeker at mangel på venner/vennerelasjoner eller det å ikke møte venner er faktorer vi skal være oppmerksomme på hos ungdommer som sier de ”sliter” (Derdikman-Eiron et.al.2013). I skolesituasjon ser det ut til at det å ikke ha noen relasjon til lærere kan bidra til depressiv symptomatikk (Undheim & Sund, 2005). Ut fra dette ser det ut til at manglende relasjoner innenfor en eller flere arenaer er bidragsytere til økt symptomtrykk når vi tenker på ungdommer og utvikling av depressive symptomer.

Det er ikke slik at alle som opplever relasjonsbrudd og mangel på venner utvikler symptomer på depresjon eller dårlig psykisk helse. Det er i høyeste grad individuelt og kommer i stor grad an på hvordan hver enkelt ungdom opplever seg selv i denne verden. Ungdommenes selvoppfatning er av avgjørende betydning for hvordan de opplever seg selv og ser seg selv i verden. Innenfor psykiatrien er dette et viktig aspekt. Selvoppfatning inkluderer både hvordan en ser på seg selv, og hvilken rolle en har innenfor en spesiell kontekst (Skaalvik & Skaalvik, 2008). Ut fra dette kan en lett se at manglende relasjoner og manglende tilhørighet i familien kan påvirke ungdommer i negativ retning. Det å ikke bli bekreftet på hvem man er eller at man ikke opplever seg selv som verdifull for andre er i seg selv risiko. Isomaa et.al.(2012) konkluderer med at det er en sammenheng mellom lav

selvfølelse, depresjon og angst. De påpeker at det blir viktig å få gode screeningsmetoder for å avdekke ungdommer med lav selvfølelse.

I skolehelsetjenesten er det ofte at ungdommene oppsøker helsesøster pga hodepine, magevondt, vond rygg/nakke, de er trette og slitne og har bekymringer. Her er det viktig å være lydhør for hva ungdommene egentlige sier. Ta ungdommene på alvor og sammen med ungdommene prøve å finne ut hva dette kan dreie seg om. Det er da viktig å ha klart for seg risikofaktorer inne både soma og psyke. Grunnen til at man bør tenke slik er at vi vet at depresjonssymptomer kan ha flere ansikt og at depresjon er en av de mest utbredte psykiske lidelsene blant ungdom.

Denne erfaringen fra praksis støttes av finske forskere. De mener psykosomatikk, som opptrer en gang i uka eller hyppigere, er sterke prediktorer for de første symptomene på depresjonsutvikling. Igjen viser det seg at jentene rapporterer flere og hyppigere somatiske symptomer enn guttene, eksempelvis hodepine og magevondt (Kinnunen et.al.2010 a).

For å kunne avdekke om det er symptomer på depresjonsutvikling eller om det er andre bakenforliggende årsaker til ungdommens symptomtrykk, er det viktig å ha klart for seg hvilke mulige risikofaktorer som kan være med på å utløse en begynnende depresjonsutvikling.

Finske forskere påpeker viktigheten av kompetanseheving av profesjonelle som jobber i skolen, det være seg helsesøstre eller lærere. Samtidig er skolen en viktig arena for helsefremmende og forebyggende arbeid innen psykisk helse. (Kinnunen et.al.2010 b).

Samarbeid mellom skole og skolehelsetjeneste er viktig. Lærerne har en unik mulighet til å se endringer i humør hos elevene, med kompetanse på psykisk helse kan lærere bidra til tidlig avdekking av symptomer hos de unge. Dette støttes også av Undheim & Sund(2005).

De som jobber i skolehelsetjenesten bør ha kompetanse på psykisk helse både i et forebyggendeperspektiv og som et tema i samtalen med de unge. Mange unge vet ikke selv at de egentlig kan ha typiske trekk på depresjon, de har ingen referanserammer for hvordan de skal og kan oppdage dette selv. Mange ganger kan den unge bli avfeid med at det er typiske ungdomsproblemer, humøret svinger opp og ned. I samtalen med den unge er det viktig at de unge selv prøver å identifisere sine tanker og følelser, dersom de ikke klarer det er det helt klart et profesjonelt ansvar og hjelpe de unge med dette. Skolehelsetjenesten er et lavterskeltilbud for ungdom, et viktig tilbud som er nær ungdommen. Her kan ungdommene

komme å dele sine bekymringer og gleder samt få råd og hjelp når det trengs. Denne praksisen støttes av de finske forskerne, de fremhever hvor viktig det er med lavterskeltilbud nære ungdommene, på ungdommers arena (Kinnunen et.al.2010 b).

Forebygging er et tveegget sverd. Det er vanskelig å måle om man lykkes med forebygging eller ikke. Men tør vi la være ?

Forebygging kan og må foregå på flere nivå. Hovedfokus må være å komme tidlig inn i forhold til når problemet oppdages, uavhengig om det er på universielt eller selektivt nivå. Fokus i denne oppgaven har vært å se på forebygging på universielt og selektert nivå – nå ut til mange før det blir et problem eller intervenere i grupper der hvor det er et felles symptomtrykk. Det er ikke mange studier som dekker dette området. En studie fra 1998 konkluderer med at forebygging nytter, tidlig intervensjon kan forebygge depresjon blant barn og unge. Det viser seg at intervensjon på et universelt nivå vedvarer over tid, videre så man også at barn og unge som hadde opplevd endringer i livet som f.eks opplevd skilsmisse hadde god effekt av å være med i skilsmissegrupper, forebygging på selektert nivå (Durlak, 1998). Durlak(1998) mener det er viktig å sett inn forebygging på flere arenaer, det være seg blant ungdommer,foreldre og skole.

Skre et al. (2013) viser i sin studie at forebygging nytter. Etter et tredagers psykoedukasjonsprogram var det flere unge som hadde kunnskap om de mest vanlige psykiske plagene og hvor de kunne søke hjelp for seg selv eller en venn. De konkluderer med at undervisningsprogram bør fokusere på å styrke kunnskapen om de mest vanlige psykiske sykdommene. Dette er også viktig med tanke på å redusere stigma og skape mer åpenhet rundt psykiske lidelser. Vi må ha tro på at forebygging nytter. Studier som er nevnt i denne oppgaven viser at forebygging nytter. Ytterligere forskning på hva som er hensiktsmessige forebyggingsprogram vil være nyttig i jobben videre innen forebygging av psykisk helse.

4.2 *Metodediskusjon*

Metoden som ble brukt i denne oppgaven var en systematisk litteraturstudie. Begrensninger i oppgaven går på restriksjoner på antall ord og kunnskap om søking i databaser. Databasene som ble brukt i oppgaven er helsefaglige databaser, delvis foreslått av HiNT. Forfatterens manglende kunnskaper om MeSH termer kan gi begrensninger i funn av aktuelle artikler. Søk

i databasene kunne kanskje blitt mer presis med bruk av MeSH termer. Valg av søkeord kan også vurderes. Valg av søkeord ble vurdert ut fra oppgavens problemstilling.

Problemstillingen omfatter to store områder som risikofaktorer for utvikling av depresjon og forebygging. Det ble gjort en begrensning i risikofaktorer ved å konsentrere søket omkring kontekstuelle predisponerende faktorer og ikke ha så mye fokus på individuelle predisponerende faktorer. Allerede her mister man flere antatt viktige risikofaktorer for depresjonsutvikling. Det var derfor viktig å presisere i problemstillingen at det var ønskelig å se på mulige risikofaktorer. Det innebærer at oppgavens liste over mulige risikofaktorer ikke er uttømmende.

Valget om å slå sammen flere hovedkategorier ble vurdert nøye, samtidig ser en at dette kan ha en tendens til å gjøre hovedkategoriene uklare.

Valg av studier ble i mest mulig grad hentet fra land som kan være sammenlignbare med den norske kulturen, dette er en styrke i oppgaven.

Flere av artiklene i oppgaven omtaler depresjon i et samlebegrep som psykisk helse. Det at disse begrepene brukes om hverandre kan virke noe forvirrende.

4.3 *Avslutning*

Depresjon ligger øverst på listen over helseplager blant de unge. Depresjon blant unge er, både lokalt og globalt, en helseutfordring. WHO(2015) dokumenterer at halvparten av de som utvikler psykiske plager hadde sine første symptomer i 14 års alderen. Det er en utfordring som vi i hjelpeapparatet må ta på alvor. Dersom vi kan avdekke depresjon på et tidlig tidspunkt kan mange få riktig hjelp til rett tid. Det er derfor viktig at vi har og tar i bruk forebyggingsprogram som vi vet vil gir resultater.

Sosial og helsedirektoratet skriver i sin veileder ”Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunen, 2007” (2007) at det skal være en helhetlig tenkning rundt barn og unge, dette krever et samarbeid mellom flere etater. Videre sier de at arbeidet skal foregå så nært barn og unge som mulig. I forhold til forebygging av psykiske plager blant barn og unge blir samarbeid mellom pedagogisk personell og helsepersonell i skolen en viktig faktor.

For å kunne komme tidlig inn er det en forutsetning at vi som jobber i førstelinjen vet hvilke risikofaktorer som kan være sentrale i utvikling av depresjon.

I denne oppgaven har det utkrystallisert seg 6 hovedkategorier: forebygging, miljøfaktorer, relasjoner, selvoppfattelse, kompetanse hos fagpersoner og biologi. For å drive forebygging er det viktig å heve kompetansen blant fagfolk som jobber med ungdom både på skolene og i helsetjenesten ute på skolene.

Denne oppgaven viser at utvikling av depresjon kan være påvirket av mange faktorer.

Hvordan den unge ser på seg selv, hvilke relasjoner de har til foresatte, venner og skole kan være avgjørende faktorer for den psykiske helsen.

Listen over risikofaktorer er ikke uttømmende og videre forskning rundt hvordan de unge påvirkes av miljø, livsstil og samfunn er viktig.

Funn som er gjort i oppgaven tilsier at det er mulig å bremse depresjonsutviklingen dersom det drives godt forebyggingsarbeid blant barn og unge på deres arenaer. Det trengs imidlertid mer forskning innen forebygging av psykisk helse. I fremtiden blir det viktig å se på hvilke metoder og forebyggingsprogrammer som er mest hensiktsmessige og treffsikre i arbeidet med å gi de unge et best mulig verktøy for å skape seg en god psykisk helse.

Litteraturliste

- Bor, W., Dean, A. J., Jacob, N., & Hayatbakhsh, R. (2014). Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol.48(7), ss. 606-616.
- Cairns, K., Yap, M., Pilkington, P., & Jorm, A. (2014, 08 12). Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders* 169, ss. 61-75.
- Christensen, Kirsti Koch. (2004). *Vekt på forskning. Nytt system for dokumentasjon av vitenskapelig publisering*. Hentet fra http://www.uhr.no/documents/Vekt_p_forskning_sluttrapport.pdf (Lastet ned 12.12.14).
- Database for statistikk om høgre utdanning(NSD). (2012). Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>. (Lastet ned 12.12.14).
- Derdikman-Eiron, R., Hjemdal, O., Lydersen, S., Bratberg, G., & Indredavik, M. (2013). Adolescent predictors and associates of psychosocial functioning in young men and women: 11 year follow-up findings from the Nord-Trøndelag Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology*, ss. 95-101.
- Durlak, J. D. (1998, 10). Primary prevention mental health programs for children and adolescents are effective. *Journal of Mental Health*, ss. 463-469.
- Fløtten, T., & Grødem, A. (2014, 03. 18). *Et helhetlig tiltak mot barnefattigdom - en kunnskapsoppsummering*. Hentet fra <http://www.fafo.no/images/pub/2014/20365.pdf> (Lastet ned 06.02.15).
- Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis-til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Helsinkideklarasjonen. (2009, 09 01). Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/> (Lastet ned 12.12.14)
- Helweg-Larsen, K., Frederiksen, M., & Bøving Larsen, H. (2011, 10 26). Violence, a risk factor for poor mental health in adolescence: A Danish nationally representative youth survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, ss. 849-856.
- Isomaa, R., Väänänen, J., Fröjd, S., Katiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2012). How low is low? Low self-esteem as an indicator of internalizing psychopathology in adolescence. *Health Education & Behavior* 40(4), ss. 392-399.
- Kinnunen, P., Laukkanen, E., & Kylmä, J. (2010a). Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. *International Journal of Nursing Practice*;16, ss. 43-50.
- Kinnunen, P., Laukkanen, E., Kiviniemi, V., & Kylmä, J. (2010b). Association between the coping self in adolescence and mental health in early adulthood. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, vol 23, ss. 111-117.
- Major, E., Mathisen K, S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. (2011). *Rapport 2011:1; Bedre føre var. Psykisk helse: helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Martinsen, K., & Hagen, R. (2012). *Håndbok i kognitiv atferdsterapi - i behandling av barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- McDougall, T. (2011, 12 07). Mental health problems in childhood and adolescence. *Nursing Standard*, ss. 48-56.
- NOVA. (2014). *Ungdata, Nasjonale resultater 2013*. Oslo: NOVA.
- Olives, E. V., Forero, C. G., Maydeu-Olivares, A., Almansa, J., Vieira, J. A., Valderas, J. M., . . . Alonso, J. (2012, 03 16). Environmental risk and protective factors of

- adolescents`and youths`mental health:differences between parents`appraisal and self-reports. *Springer Science+Business*, ss. 613-622.
- Padron, A., Galan, I., & Rodriguez-Artalejo, F. (2012). Behavioral risk factors and mental health.Single and cluster associations in Spanish adolescents. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 33, ss. 698-704.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Kaprio, J., Hurre, T., & Aro, H. (2008). Adolescent risk factors for episodic and persistent depression in adulthood. A 16-year prospective follow-up study of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, ss. 123-131.
- Skaalvik, E., & Skaalvik, S. (2008). *Skolen som læringsarena*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skre, I., Friberg, O., Breivik, C., Johnsen, L. I., Arnesen, Y., & Wang, C. E. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents:effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, ss. 2-15.
- Skrove, M., Romundstad, P., & Indredavik, M. S. (2013). Resilience,lifestyle and symptoms of anxiety and depression in adolescence:the Young-HUNT study. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, ss. 407-416.
- Sosial- og helsedepartementet. (1996-97). *Stortingsmelding nr.25 "Åpenhet og helhet"*. Oslo: Sosial -og helsedepartementet.
- Sosial og helsedirektoratet. (2007). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge-i-kommunene/Publikasjoner/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge-i-kommunene.pdf> (Lastet ned 22.11.14).
- Undheim, A., & Sund, A. (2005). School factors and the emergence of depressive symptoms among young Norwegian adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*.Vol.14, ss. 446-453.
- WHO. (2015). *WHO*. Hentet fra http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/. (Lastet ned 01.02.15).

Økland, T., & Glavin, K. (2005). *På ungdoms premisser-helsestasjon for ungdom*. Oslo:
Akribe.

VEDLEGG 1

Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere Årstall Land Tittel	Studiens hensikt	Design/ Intervensjon/ Instrument	Deltagere(/fr af all)	Analysemetode	Hovedresultat	Kvalitet
Durlak JA (1998) USA “Primary prevention mental health programs for children and adolescents are effective”.	Å se på program ifht primærforebygging av barn og unges psykiske helse. Man vil også se på om forebygging har vært effektiv, har deltagerne i de forskjellige programmene hatt en positiv utvikling og har intervensjon vært holdbar over tid.	Litteraturstudie	N:177 program inkludert i studien		Studien svarer ut de tre hovedspørsmålene. Resultat etter gjennomgang av 177 program viste at universelle forebyggingsprogram hadde effekt ifht å forebygge psykisk uhelse blant barn og unge. Det er verd å merke seg at unge som opplever endringer i relasjoner – som ex.skolebytte eller skilsmisser hadde god effekt av å være med i forebyggende program som	Nivå 1

					<p>hadde til hensikt å forebygge utvikling av psykisk uhelse.</p> <p>Studien viste også at deltagerne hadde en positiv utvikling innen skole, atferd – og humør.</p> <p>Videre viser studien at forebyggende intervensjon holder over tid. Dette bekreftes med betydelig reduksjon i selvrapporterte vansker.</p>	
<p>McDougall T (2011) England</p> <p>”Mental health problems in childhood and adolescence”</p>	<p>I denne studien vil man se på hvordan sykepleiere kan øke kunnskapen og forståelsen av psykiske plager hos barn og ungdom, lære seg og identifisere noen av</p>	<p>Review</p>			<p>Internasjonal forskning viser at ubehandlet psykiske lidelser hos barn og unge fører til en rekke uheldige konsekvenser. I England antar man at 10 % av barn og unge har synlige psykiske plager og omtrent 1 million barn og unge har kliniske symptomer på psykisk</p>	<p>Nivå 1</p>

	<p>risiko og beskyttelsesfaktorene og hvordan disse virker inn på barn og ungdoms trivsel og psykiske helse.</p>				<p>uhelse. Flere undersøkelser viser at beskyttelsesfaktorer produseres av sosiale, psykososiale og miljømessige faktorer. Effekten av beskyttelsesfaktorene er avhengige av balansen mellom faktorene og effekt av tidligere positive og negative livshendelser. Barn og unge som har gode beskyttelsesfaktorer er gladere, sunnere og kompetente i skole. Som voksne har de lengre levealder, er trygge i sine relasjoner og mindre utsatt for depresjoner. Barn og unge med gode beskyttelsesfaktorer kan takle uforutsette hendelser, motstand og traumer på en god måte. Her deler man risiko og</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					<p>beskyttelsesfaktorene inn i 3 kategorier: Individuelle, Familie og miljømessige forhold.</p> <p>Forskjellige forebyggende program med fokus på sosial og emosjonell læring viser seg på å ha positiv forebyggende effekt.</p> <p>Skolehelsesøstre kan gjøre en god jobb i skolen ved å være pådrivere for og utøve forebyggingsprogram i skolen – sykepleierne selv mener de har for lite trening i akkurat denne rollen, sykepleiernes tilstedeværelse på skolene er viktig for å avdekke psykisk uhelse på et tidlig stadium ex. Psykoser.</p> <p>Tidlig intervensjon i forhold til</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>barn og unge som har et negativt utviklingsforløp i forhold til utvikling av psykiske plager er viktig – dette for å hindre nedsatt levealder, dårlig sosial fungering – generell dårlig livskvalitet. Sammen med andre faggrupper bør sykepleiere i skolen forebygge psykisk uhelse ved å fokusere på barn og unges sosiale ferdigheter, relasjonsbygging og redusere tabu og stigmatisering rundt psykiske plager.</p>	
<p>Olives EV et.al. (2012) Spania ”Environmental risk and protective factors</p>	<p>Studien har til hensikt å undersøke hvilken effekt foreldrenes psykiske helse, livshendelser</p>	<p>Longitudinell</p>	<p>N:840(396)</p>	<p>Statistisk analyse</p>	<p>For å forebygge psykisk uhelse er sosial støtte fra familien en viktig faktor. Samtidig er samholdet i familien, familiens økonomi, sosial kapital og</p>	<p>Nivå 1</p>

of adolescents` and youths` mental health: differences between parents` appraisal and self-reports”	og ungdommenes hjemmeforhold har på ungdommenes psykiske helse.				foreldrenes evne til å se og bekrefte ungdommene viktige faktorer for å forebygge psykisk uhelse. Foreldrenes psykiske helse og eventuelle uønskede negative livshendelser var de største risikofaktorene for utvikling av psykisk uhelse.	
Skre I et.al (2013) Norge ”A school intervention for mental health literacy in adolescent: effects of a non-randomized cluster controlled trial”.	Hensikten med studien var å finne ut om kunnskap rundt mental helse kan forbedres ved hjelp av et 3 dagers universelt utdanningsprogram ved a) lære seg å gjenkjenne	Kontrollert klyngestudie	N:1100(30)	Statistisk analyse	Hovedfunnene i studien konkluderer med at kunnskapen omkring de mest vanlige psykiske lidelser og deres symptomer økte etter denne 3 dagers intervensjonen. Det viste seg at flere ungdommer ikke hadde kunnskap om symptomer på angst og depresjon – til tross for at disse to lidelsene er de	Nivå 1

	<p>symptomer på psykiske lidelser</p> <p>b)forebygge fordommer c)øke kunnskap om hvor man kan søke hjelp.</p> <p>Et annet poeng var å finne ut om det er forskjeller mellom kjønnene ifht ovenfornevnte punkt.</p> <p>Et tredje poeng var å finne ut om fordommer er til hinder for å søke hjelp.</p>				<p>mest vanlige blant ungdom i dag. Flere ungdommer kjente til bl.a. anorexia. Når de sammenlignet kjønn viste det seg at jentene hadde mer kunnskap om angst, depresjon og anorexia enn guttene. Jentene hadde også færre fordommer mot psykisk sykdom enn guttene. Kjønn utgjorde minimal forskjell i kunnskapen om hvor de kunne søke hjelp. Man vet fra tidligere studier i Nord Norge at jenter bruker primærhelsetjenesten(lege, helsesøster) mer enn guttene og at spesialisthelsetjenesten benyttes likt mellom kjønnene. Det viser seg at fordommer knyttet til psykisk sykdom er</p>	
--	---	--	--	--	--	--

					<p>sterkt knyttet til kunnskap om hvor man kan få hjelp. Derfor bør man sette fokus på å se sammenheng mellom fordommer, stigmatisering og mulig sjølstigmatisering og at dette kan være til hinder for adekvat hjelp både for en selv og andre.</p> <p>Universelle forebyggendeprogram bør fokusere på å styrke kunnskapen om de mest vanlige psykiske lidelsene som eks. angst, depresjon – dette fordi denne studien viser at ungdom vet lite om akkurat disse to lidelsene. Det er viktig å utfordre ungdommene på fordommer og gi ungdommene kompetanse om</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					hvor de kan søke hjelp.	
Bor W et. al. (2014) Australia "Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21 st century? A systematic review.	Hensikten med rewiwen er å se om det har vært en økning i psykiske plager blant barn og unge i det 21. århundre	Omfattende litteraturstudie	N:19 studier inkludert i review		Hovedfunnene i denne studien viser at internaliserende vansker(ex.angst, depresjon, tristhet) øker blant ungdommer, da spesielt blant jenter. Man er litt usikre på om denne utviklingen gjelder guttene. Disse observasjonene er ikke utelukkende knyttet til den vestlige verden. Sammenheng mellom symptomer som rapporteres i ungdomsalder og deres utfall gjør at man må styrke forebygging, identifikasjon og behandlingsprogram innenfor psykisk helsearbeid samt at programmene blir godt	Nivå 1

					<p>implementert i forebyggings – og behandlingsstrategier.</p> <p>Studien påpeker en rekke sosiale faktorer i det 21. århundre som kan ha innvirkning på den negative utviklingen av psykiske symptomer blant barn og unge.</p> <p>Australske undersøkelser viser at økt velstand og forverret inntektsgrunnlag er begge faktorer som kan bidra til økte psykisk uhelse blant barn og unge. Skilsmisser, familiekonflikter, foreldres psykiske helse, økt skjermtid, bruk av sosiale media og økt skole/utdanningspress er alle faktorer som kan virke negativt inn på barn og unges psykiske</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					helse.	
<p>Pelkonen M et.al. (2008) Finland "Adolescent risk factors for episodic and persistent depression in adulthood. A 16-year prospective follow-up study of adolescents"</p>	<p>Hensikten med studien er å se om det er en sammenheng mellom depressive symptomer i tidlige ungdomsår og depresjoner senere i ungdomsårene og tidlig voksen alder.</p>	<p>Kvantitativ/longitudinell</p>	<p>N:2269(1007)</p>	<p>Logistisk og multinomisk regresjonsanalyse</p>	<p>Studien viser at av depresjonssymptomer som var tilstede v 16 års alder så hadde 7,7 % jenter og 5,1% av guttene depresjon v 22 års alder. Ved 32 års alder hadde 12 % av jentene og 8,8 % av guttene depresjon og vedvarende depresjon hos 5.0 % av jenten og 4.0 % av guttene. Ved bruk av logistisk regresjonsanalyse viser det seg at lav selvtillit, uro i hjemmet og skillsmisse hos foreldre var signifikante prediktorer på episodisk depresjon ved 22 års alder. Selvdefinert dårlig helse, kriminalitet, dårlig relasjon med</p>	<p>Nivå 1</p>

					<p>moro og skillsmisse hos foreldre var signifikante prediktorer for episodisk depresjon ved 32 års alder. Man ser også at missnøye med akademisk karriere, kriminalitet, depressive symptomer, fravær av date erfaringer er faktorer som kan predikere vedvarende depresjon. Ved bruk av multinominal regresjonsanalyse viser det seg at symptomer på depresjon ved 16 års alder kan predikere vedvarende depresjon, lav selvtillit var en risikofaktor for både depresjon ved 22 års alder og vedvarende depresjon. Misnøye med akademisk karriere var en risikofaktor for vedvarende depresjon.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					<p>Problemer med kriminalitet v 16 års alder øker risikoen for både episodisk og vedvarende depresjon ved 32 års alder. Ungdomstiden er en viktig fase for forbygging av depresjon. Man ser at dårlig psykososial fungering i ungdomsåra kan gi depresjoner i senere ungdomsår og tidlig voksen alder. Disse funnene bidrar til at vi må sette fokus på å identifisere subkliniske depressive symptomer i tidlig ungdomsår og viktigheten med målrettet intervensjon.</p>	
Undheim AM og Sund AM (2005)	Studiens hensikt: finne ut om det er en sammenheng mellom	Kvantitativ/Longitudinellundersøkelse	N: 2465	Statistisk analyse	Studien viser at skolemiljø kan ha en svak sammenheng med utvikling av depressive	Nivå 1

<p>Norge ”School factors and the emergence of depressive symptoms among young Norwegian adolescents”</p>	<p>selvrapporterte depressive symptomer og skolehverdagen. Man så på stress i forbindelse med skolen, lærerstøtte, god klassesilhørighet og karakterer og mulige prediktorer for endring ett år etter.</p>				<p>symptomer. Alle fire variablene viser seg å ha en innvirkning på utvikling av depressive symptomer, men kunne bare predikere senere symptomer i en liten utstrekning og da bare blant jentene. Studien understreker også skadevirkninger av å ha høyt nivå av depressive symptomer både på de sosiale og pedagogiske områdene – det ser ut til at jenter er mer sensitive enn guttene.</p> <p>Forebyggende arbeid i skolen kan være med å påvirke den allmenne helsen til ungdommene. Lærerne er i en unik situasjon til å oppdage endringer i følelsene til ungdommene over tid. Opplevd</p>	
---	--	--	--	--	--	--

					positiv lærerstøtt kan bidra til forebygging av depressive symptomer på sikt, spesielt blant jenter.	
Skrove M et.al (2012) Norge ”Resilience lifestyle and symptoms of anxiety and depression in adolescence: the Young-HUNT study”.	Studien søker å finne symptomer på angst og depresjon hos ungdom, deres sammenheng med livsstil og beskyttelsesfaktorer og muligheter for at beskyttelsesfaktorer kan dempe sammenhengen mellom usunn livsstil og symptomer på angst og depresjon.	Tversnitt – undersøkelse /kvalitativ	N:7639	Statistisk analyse	Studien viser at ungdommer hyppig rapporterer på symptomer på angst og depresjon, spesielt jenter. Gode relasjoner med foreldre og venner ser ut til å være gode beskyttelsesfaktorer, mens bruk av alkohol og andre rusmidler og lav grad av fysisk aktivitet ser ut til å bli assosiert med en høyere grad av symptomtrykk på angst og depresjon. Studien viser et nytt perspektiv og det er betydningen av den dempende effekten beskyttelsesfaktorer har	Nivå 1

					på sammenhengen mellom usunn livsstil og symptomer på angst og depresjon. Dette understreker hvor viktig det er med sosial støtte, gode familierelasjoner og opprettholdelse av en sunn livsstil – dette må man ta høyde for innenfor forebyggende tiltak og behandling.	
Padron A et.al (2012) Spania “Behavioral risk factors and mental health: single and cluster associations in Spanish adolescents”.	Hensikten med studien er å identifisere enkeltstående og sammensatte risikofaktorer som kan bidra til å utløse psykiske plager hos ungdom.	Tverrsnittundersøkelse/kvantitativ	N:4054	Statistisk analyse	Gjennom ungdomsårene kan type livsstil, kroppsbilde og spiseatferd være risikofaktorer mtp utvikling av psykiske plager. Sammenfall av flere risikofaktorer gir større risiko for å utvikle psykiske plager. Dette er viktig i forhold til forebygging, at man har fokus på	Nivå 1

					<p>flere risikofaktorer samtidig og ikke forebygger kun enkeltfaktorer. Studien viser at psykiske plager var mer uttalt hos ungdommer som ikke drev med fysisk aktivitet, røykte eller brukte illegale stoffer. Dersom man utsetter seg for flere risikofaktorer samtidig er risikoen for å utvikle psykiske plager større. Man ser at jenter rapporterer en større grad av stress og depressive symptomer enn guttene.</p>	
<p>Cairns KE et.al (2014) Australia “Risk and protective factors for depression</p>	<p>Hensikten med arbeidet var å identifisere risiko og beskyttelsesfaktorer som kan knyttes til</p>	<p>Longitudinell</p>	<p>N:113 publikasjoner</p>	<p>Metaanalyse</p>	<p>Det er flere og komplekse faktorer som kan føre til utvikning av depresjon blant ungdom. Her har man sett på beskyttelsesfaktorer og faktorer</p>	<p>Nivå 1</p>

<p>that adolescents can modify: a systematic review and metaanalysis of longitudinal studies”</p>	<p>depresjon blant ungdommer i alderen 12 – 18 år, med fokus på hva ungdommene selv kan gjøre for å redusere risiko for depresjonsutvikling. Forfatterne mener det er gjort få studier på dette området</p>				<p>som kan bidra til depresjonsutvikling hos ungdom i større eller mindre grad. Her ser man at bruk av alkohol, illegale rusmidler, negative mestringsstrategier, mangel på søvn, tobakksbruk, overvekt og slanking er faktorer som i høy grad kan bidra til depresjonsutvikling. Det å flytte tidlig ut av barndomshjemmet, tidlig sexdebut, fritidsaktiviteter er faktorer som i liten grad har betydning for depresjonsutvikling. Man er usikker på hvordan det å drive med fysisk aktivitet/idrett, eller å ha venner og dateerfaring virker inn på depresjonsutvikling eller i hvilken grad det kan være</p>	
---	---	--	--	--	---	--

					<p>beskyttelsesfaktorer mtp depresjonsutvikling. Forfatterne mener at disse faktorene må det forskes mer på. Et sunt kosthold ser ut til å ha beskyttende effekt ifht depresjonsutvikling. Bruk av media ser ut til å ha en beskyttende faktor for de eldste ungdommene men motsatt effekt for de yngste ungdommene. Man konkluderer med at livsstilrelaterte problemer har en stor innvirkning på utvikling av depresjon hos ungdom. Forfatterne mener at små justeringer på de unges livsstil kan være med på å forebygge depresjon. Det er viktig at dette, i et forebyggendeperspektiv,</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					kommuniseres ut til ungdommene og deres familier	
Isomaa R et.al (2012) Finland ”How low is low? Low self-esteem as an indicator of internalizing psychopathology in adolescence”.	Hensikten med studien var å finne ut om det er en sammenheng mellom lav selvtillit, depresjon og sosial angst hos ungdom samt finne metode/r for å avdekke symptomer på et tidlig tidspunkt.	Kohortstudie/ prospektiv “follow – up”studie.	N:2070	Statistisk analyse	Studien støtter tanken om at lav selvtillit kan brukes som en indikator på forskjellige former av psykososialt stress. Studien viser også at det er en sammenheng mellom lav selvtillit, depresjon og angst. Man ser også at jentene hadde lavere selvtillit, mer depressive symptomer og høyere grad av sosial angst enn guttene. Studien viser at man kan bruke RSES (Rosenberg Self-esteem Scale)for å screene selvtillit hos ungdom. Med bruk av RSES kunne man også diskriminere mellom depresjon og sosial fobi.	Nivå 1

					<p>Lav selvtillit kan fungere som en indikator på forskjellige former for internalisert psykopatologi. Forfatterne anbefaler videre studier på dette feltet.</p>	
<p>Helleweg-Larsen K et. al. (2011) Danmark "Violence, a risk factor for poor mental health in adolescence: A Danish nationally representative youth survey"</p>	<p>Hensikten med studien var å se på sammenheng mellom ungdommers psykiske helse og opplevelse av vold i hjemmet eller utenfor hjemmet. Man ville også se om det var forskjell mellom kjønnene og om vitne til vold i hjemmet kunne innvirke på de unges</p>	<p>Survey</p>	<p>N: 6203(194)</p>	<p>Statistisk analyse</p>	<p>Jenter rapporterte oftest vold i hjemmet utført av et familiemedlem, oftest fedre, mødre eller samboere. Gutter rapporterte å bli utsatt for vold av ukjente mennesker utenfor hjemmet. For begge kjønn ble det funnet en direkte sammenheng mellom utvikling av angst og depresjon og opplevelse av vold utført både hjemme og ute. Sammenlignet med guttene gir vold utenfor hjemmet en større risiko for</p>	<p>Nivå 1</p>

	<p>psykiske helse. Man hadde også en forestilling om at vitne til vold mot mor kunne føre til psykiske plager hos ungdommene.</p>				<p>psykisk uhelse blant jentene – hos guttene oppleves det motsatte, altså større risiko for utvikling av psykisk uhelse ved opplevelse av vold i hjemmet. Man konkluderer også med at vitne til vold mot mor ikke kunne predikere dårlig psykisk helse.</p>	
<p>Kinnunen P et.al (2010) Finland "Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood"</p>	<p>Med denne studien ønsker man å undersøke om det er en sammenheng mellom psykosomatiske problemer i ungdomsårene og symptomer på</p>	<p>Longitudinell studie</p>	<p>Statistisk analyse</p>	<p>N:235(86)</p>	<p>Psykosomatiske symptomer i tidlig ungdomsår kan være de første tegn på begynnende symptomer på psykiske plager. De mest gjennomgående symptomene var hodepine, deretter kom utmattelse, irritabilitet, nervøsitet, søvnvansker. Studien</p>	<p>Nivå 1</p>

	psykiske uhelse i tidlig voksen alder.				<p>konkluderer med at psykosomatiske symptomer i ungdomsårene er sterke prediktorer for psykisk uhelse senere i ungdomstiden/tidlig voksen alder. Helsesøstre og annet personell i skolen har en viktig rolle med å avdekke symptomer og hjelpe ungdommene slik at de får adekvat hjelp. Psykosomatiske plager er en av de vanligste grunnene til at ungdommer oppsøker helsesøster på skolen. Dette omhandler symptomer som hodepine(26 %), magevondt(29 %) deretter kommer nakke – og ryggsmarter, bekymringer og nedstemthet. Helsesøster bør</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					intervenere når ungdommer rapporterer psykosomatiske problemer over tid.	
<p>Kinnunen P et.al (2010)</p> <p>Finland</p> <p>”Assosiations between the coping self in adolescence and mental health in early adulthood”.</p>	<p>Hensikten med studien var å få svar på følgende spørsmål: Er det en sammenheng mellom mestringsfølelse i ungdomsåra og psykiske helse i tidlig voksen alder? Hvilke symptomer kan vise seg ved 24 års alderen? Hva er forskjellen mellom menn og kvinner og er det sammenheng mellom</p>	<p>Longitudinell studie</p>	<p>N:259(90)</p>	<p>Statistisk analyse</p>	<p>Hos kvinner fant man en signifikant sammenheng mellom mestringscore og psykotiske symptomer og mellom score på emosjonell helse og depressive symptomer. Hos menn så man en sammenheng mellom mestring og grad av tvangslidelser og interpersonelle symptomer. Ved 24 års alder hadde kvinner flere symptomer på psykisk uhelse enn menn. Sammenhengen mellom mestringsfølelse i ungdommen og symptomer på psykisk uhelse i tidlig voksen alder varierte</p>	<p>Nivå 1</p>

	<p>mestringsfølelse i ungdommen og symptomer på psykisk helse – er det forskjell mellom menn og kvinner?</p>				<p>mellom kjønnene – høyere frekvens blant kvinner enn menn. Studien undersøkte flere symptomer samtidig, det viste seg at flere deltakere hadde flere symptomer samtidig. Mange unge kan håndtere flere symptomer samtidig, når symptomene begynner å skape problemer og går utover daglige gjøremål har det blitt et problem. Mange ungdommer er ikke selv klar over sine egne problemer eller benekter problemene sine, det er derfor viktig at de profesjonelle er klar over dette. Viktig at de som jobber med ungdommer prøver å få de unge til å snakke om sine følelser og opplevelser. I det forebyggende</p>	
--	--	--	--	--	--	--

					og helsefremmende arbeidet er det viktig å legge fokus på ungdommers opplevelse av sin emosjonelle helse og mestringsfølelse.	
Derdikman-Eiron R. et.al (2013) Norge ”Adolescent predictors and associates of psychosocial functioning in young men and women: 11 year follow – up findings from the Nord – Trøndelag Health Study”.	Hensikten med denne studien var å undersøke om psykososial fungering i ungdomsårene kunne være påvirket av psykisk helse, subjektiv velbefinnende, sosiale relasjoner og adferdsproblemer i ungdomsårene og kunne kjønn være en	Kvantitativ/Tv errsnittsundersøkelse	N:9000	Statistisk analyse	Funn I denne studien viser at 12,5 % av jentene scorer på opplevde angst og depressive symptomer, mens 5,7 % av guttene rapporterer dette. I denne studien hadde angst og depresjonssymptomer liten effekt på psykososial fungering i ungdomsårene. Sosial støtte – hyppige treff med venner hadde en positiv effekt for begge kjønn. Dette var kanskje den sterkeste prediktoren for god psykososial fungering i	Nivå 1

	moderator?				<p>ungdomsårene. Sammen med hyppig treff med venner var selvoppfattelse de viktigste indikatorene for å predikere god psykososial fungering i ungdomsårene. I et forebyggendeperspektiv blir det viktig og fokusere på relasjonsbygging mellom ungdommer og utvikling av ungdommens positiv selvfølelse.</p>	
--	------------	--	--	--	--	--

VEDLEGG 2

Tabell 2 Analyse av hovedresultat

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Hovedkategori
(1)Durlak JA (1998) USA “Primary prevention mental health programs for children and adolescents are effective”.	Universelle forebyggingsprogram er effektive mtp forebygging av psykisk uhelse. Det gjelder både individrettet, miljøsentrerte, foreldre – og lærerbaserte program. Selvrapporterte endringer hos ungdommene varte over tid.	Universell forebygging Ungdommer Foreldre Lærere	Forebygging
(2)McDougall T (2011) England ”Mental health problems in	Tidlig intervensjon mot ungdommer som har et negativt utviklingsløp mtp psykiske plager er viktig for å forebygge og hindre nedsatt levealder, dårlig sosial	Tidlig intervensjon både universelt og selektivt.	Forebygging

childhood and adolescence”	fungering, generell dårlig livskvalitet.		
(3)Olives EV et.al. (2012) Spania ”Environmental risk and protective factors of adolescents` and youths` mental health: differences between parents` appraisal and self-reports”	Sosial støtt fra familie, samhold i familien, foreldrenes evne til å se og bekrefte barnet/ungdommen er viktig for å forebygge psykisk uhelse. Foresattes psykiske helse og sosioøkonomisk status er en sterk risiko/beskyttelsesfaktor. Uforutsigbare livshendelser er en faktor som har betydning for god eller dårlig psykisk helse	Sosial støtte blant familie Foresattes psykiske helse Sosioøkonomisk status Uforutsigbare livshendelser	Relasjoner Relasjoner Miljø Miljø
(4)Skre I et.al (2013) Norge ”A school intervention for mental health literacy in adolescent: effects of a non-randomized cluster controlled trial”	Kunnskap om psykisk helse øker med et 3 dagers universelt forebyggingsprogram i skolen. Fokus på psykoedukasjon rundt de vanligste psykiske lidelsene, hvor kan du søke hjelp og reduksjon i stigma.	Universelt forebyggingsprogram i skolen. Øke handlingskompetanse rundt hjelp og støtte Stigma	Forebygging Forebygging Forebygging
(5)Bor W et. al. (2014) Australia	Internaliserte vansker (angst og depresjon) øker blant jenter. Flere risikofaktorer bidrar til økt	Større økning av internaliserte vansker blant jenter enn gutter	Biologi

<p>”Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21 st century? A systematic review.</p>	<p>psykisk uhelse blant ungdom: økt velstand og forverret inntektsgrunnlag er begge faktorer som kan bidra til økte psykisk uhelse blant barn og unge. Skillsmisses, familiekonflikter, økt skjermtid, bruk av sosiale media og økt skole/utdanningspress er alle faktorer som kan virke negativt inn på barn og unges psykiske helse.</p>	<p>Forverret inntektsgrunnlag Skillsmisses Familiekonflikter Økt skjermtid Bruk av sosiale medier Økt skole og utdanningspress.</p>	<p>Miljø Relasjoner Miljø Miljø Miljø</p>
<p>(6)Pelkonen M et.al. (2008) Finland ”Adolescent risk factors for episodic and persistent depression in adulthood. A 16-year prospective follow-up study of</p>	<p>Ungdomstiden er en viktig utviklingsfase hvor man kan forebygge depresjonsutvikling. Lav selvtillit, misnøye med utdanningsnivå, kriminalitet, skillsmisses, ingen dateerfaring er alle prediktorer for episodiske</p>	<p>Lav selvtillit Skillsmisse hos foreldre Misnøye med utdanningsnivå Kriminalitet Ingen date-erfaring</p>	<p>Selvoppfatning Relasjoner Selvoppfatning Miljø Selvoppfatning</p>

adolescents”	<p>eller vedvarende depresjoner.</p> <p>Disse funnene bidrar til at vi må sette fokus på å identifisere subkliniske depressive symptomer i tidlig ungdomsår og viktigheten med målrettet intervensjon.</p>	<p>Identifikasjon av symptomer på et tidlig tidspunkt.</p>	<p>Forebygging</p>
<p>(7)Undheim AM og Sund AM (2005) Norge</p> <p>”School factors and the emergence of depressive symptoms among young Norwegian adolescents”</p>	<p>Studien viser at skolemiljø kan ha en svak sammenheng med utvikling av depressive symptomer. Alle fire variablene(karakterer, opplevd stress, lærerstøtte og klassetilhørighet) viser seg å ha en innvirkning på utvikling av depressive symptomer hos ungdom, og hos flest jenter.</p> <p>Skolen spiller en vesentlig rolle i forebygging av depressive symptomer, lærerne har en viktig</p>	<p>Selvopplevd stress</p> <p>Selvopplevd lærerstøtte</p> <p>Selvopplevd klassetilhørighet</p> <p>Karakterer</p> <p>Skolen som en god forebyggingsarena. Lærernes støtte kan bidra til et godt</p>	<p>Selvoppfatning</p> <p>Miljøfaktorer</p> <p>Relasjoner</p> <p>Forebygging</p>

	rolle i å drive forebygging via et godt skolemiljø.	læringsmiljø og forebygge depressive symptomer, spesielt blant jenter.	Kompetanse
(8)Skrove M et.al (2012) Norge ”Resilience lifestyle and symptoms of anxiety and depression in adolescence: the Young-HUNT study”.	Ungdommer rapporterer hyppig på symptomer på angst og depresjon, spesielt jenter. Gode relasjoner med foreldre og venner ser ut til å være gode beskyttelsesfaktorer, mens bruk av alkohol og andre rusmidler og lav grad av fysisk aktivitet ser ut til å bli assosiert med en høyere grad av symptomtrykk på angst og depresjon.	Jenter rapporterer høyere symptomtrykk enn gutter Bruk av alkohol, andre rusmidler gir større symptomtrykk på angst og depresjon Lav grad av fysisk aktivitet	Biologi Livsstil Livsstil
(9)Padron A et.al (2012) Spania “Behavioural risk factors and	Psykiske plager var mer uttalt hos ungdommer som ikke drev med fysisk aktivitet, som røykte og brukte illegale stoffer. Dersom	Lav grad av fysisk aktivitet Røyk og bruk av illegale stoffer Forskjell jenter og gutter	Livsstil Livsstil Biologi

<p>mental health:single and cluster associations in Spanish adolescents”.</p>	<p>man utsetter seg for flere risikofaktorer samtidig er risikoen for å utvikle psykiske plager større. Man ser at jenter rapporterer en større grad av stress og depressive symptomer enn guttene. Negativt kroppsbilde hadde også negativ innvirkning på ungdommers psykiske helse</p>	<p>Oppfatelse av eget kroppsbilde</p>	<p>Selvoppfatning</p>
<p>(10)Cairns KE et.al (2014) Australia “Risk and protective factors for depression that adolescents can modify: a systematic review and metaanalysis of longitudinal studies”</p>	<p>Alkohol, illegale rusmidler, negative mestringsstrategier, mangel på søvn, tobakksbruk, overvekt og slanking er faktorer som i høy grad kan bidra til depresjonsutvikling. Det å flytte tidlig ut av barndomshjemmet, tidlig sex deby, fritidsaktiviteter er faktorer som i liten grad har betydning for depresjonsutvikling.</p>	<p>Bruk av alkohol og illegale rusmidler, tobakk. Mangel på søvn, slanking, overvekt Fritidsaktiviteter/fysisk aktivitet Erfaringer med dating</p>	<p>Livsstil Selvoppfatning Livsstil Selvoppfatning</p>

	Man er usikker på hvordan det å drive med fysisk aktivitet/idrett, eller å ha venner og date-erfaring virker inn på depresjonsutvikling		
(11)Isomaa R et.al (2012) Finland ”How low is low? Low self-esteem as an indicator of internalizing psychopathology in adolescence”.	Lav selvtillit kan brukes som en indikator på forskjellige former av psykososialt stress. Studien viser også at det er en sammenheng mellom lav selvtillit, depresjon og angst. Man ser også at jentene hadde lavere selvtillit, mer depressive symptomer og høyere grad av sosial angst enn guttene. Med bruk av RSES kunne man også screene og diskriminere mellom depresjon og sosial fobi.	Lav selvtillit Jenter og gutter Identifisere problemer	Selvoppfatning Biologi Kompetanse hos fagpersoner
(12)Helleweg-Larsen K et. al. (2011) Danmark	Hos både jenter og gutter ble det funnet en direkte sammenheng mellom utvikling av angst og	Vold i sammenheng med utvikling av depresjon og angst	Miljøfaktorer

<p>”Violence, a risk factor for poor mental health in adolescence: A Danish nationally representative youth survey”</p>	<p>depresjon og opplevelse av vold utført både hjemme og ute.</p>		
<p>(13)Kinnunen P et.al (2010) Finland ”Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood”</p>	<p>Risikofaktorer for utvikling av psykisk uhelse: Hodepine, utmattelse, irritabilitet, nervøsitet, søvnevansker. Studien konkluderer med at psykosomatiske symptomer i ungdomsårene er sterke prediktorere for psykisk uhelse senere i ungdomstiden/tidlig voksen alder. Helsesøstre og annet personell i skolen har en viktig rolle med å avdekke symptomer og hjelpe ungdommene slik at de får adekvat hjelp.</p>	<p>Opplevelse av somatiske plager</p> <p>Helsesøstre og annet personell på skolene trenger kompetanse rundt ungdom og psykisk helse</p>	<p>Psykosomatikk</p> <p>Kompetanse hos fagpersoner</p>

<p>(14)Kinnunen P et.al (2010) Finland "Assosiations between the coping self in adolescence and mental health in early adulthood".</p>	<p>Det finnes en sammenheng mellom mestringsfølelse i ungdommen og symptomer på psykisk uhelse i tidlig voksen alder, variasjon mellom kjønnene – høyere frekvens blant kvinner enn menn.</p> <p>Mange ungdommer er ikke selv klar over sine egne problemer eller benekter problemene sine, det er derfor viktig at de profesjonelle er klar over dette. Viktig at de som jobber med ungdommer prøver å få de unge til å snakke om sine følelser og opplevelse. I det forebyggende og helsefremmende arbeidet er det viktig å legge fokus på ungdommers opplevelse av sin emosjonelle helse og</p>	<p>Sammenheng mellom mestringsfølelse og utvikling av psykisk uhelse.</p> <p>Variasjoner mellom kjønnene</p> <p>Identifisering og forebygging</p>	<p>Selvoppfattelse</p> <p>Biologi</p> <p>Kompetanse hos fagpersoner</p>
--	--	---	---

	mestringsfølelse.		
(15)Derdikman-Eiron R. et.al (2013) Norge ”Adolescent predictors and associates of psychosocial functioning in young men and women: 11 year follow – up findings from the Nord – Trøndelag Health Study”.	<p>Angst og depresjonssymptomer hadde liten effekt på psykososial fungering i ungdomsårene. Sosial støtte – hyppige treff med venner hadde en positiv effekt for begge kjønn. Dette var kanskje den sterkeste prediktoren for god psykososial fungering i ungdomsårene.</p> <p>Sammen med hyppig treff med venner var selvoppfattelse de viktigste indikatorene for og predikere god psykososial fungering i ungdomsårene. I et forebyggendeperspektiv blir det viktig og fokusere på</p>	<p>Større grad av angst og depresjon blant jenter enn gutter</p> <p>Hyppig treff med venner</p> <p>God relasjon med venner gir gode muligheter for psykisk helse</p>	<p>Biologi</p> <p>Relasjoner</p> <p>Relasjoner</p>

	relasjonsbygging mellom ungdommer og utvikling av ungdommens positiv selvfølelse.		
--	---	--	--

VEDLEGG 3

Tabell 3 Oversikt over ekskluderte artikler

Forfatterens navn	Artikkelens tittel	Årsak til ekskludering
Kim, Young-Ho (2001)	Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: final results from a 2-year study	For så vidt aktuell for problemstilling. Velger å ekskludere da studien er utført i Korea i 2001.
Roberts, Clare et.al (2003)	The prevention of Depressive Symptoms in Rural School Children: A Randomized Controlled Trial	Feil målgruppe ifht problemstilling
Browne, Graeme (2011)	Children with Behavioral/Mental Health Disorders and School Mental Health Nurses in Australia	Feil målgruppe i fht problemstilling
Lund, Line K et. Al (2012)	Low birth weight and psychiatric morbidity; stability and change between adolescence and young adulthood	Feil målgruppe ifht problemstilling
Reyes-Rodriges, Mae Lynn et.al (2012)	Depression symptoms and stressful life events among college students in Puerto Rico	Omhandler en minoritet, derfor uaktuell for min problemstilling

Carr, Clara Passmann et.al (2013)	The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorder. A Systematic Review According to Childhood Trauma Subtypes	Studie utenfor Europa
Johnson, Samantha and Wolke, Dieter (2013)	Behavioural outcomes and psychopathology during adolescence.	Ikke forenlig med min problemstilling
Bomann, Hannes et.al (2012)	Prognostic significance of functional somatic symptoms in adolescence: a 15 – year community-based follow-up study of adolescent with depression compared with healthy peers.	Ikke forenlig med problemstilling.
Rapee, Ronald M (2013)	The preventative effects of a brief, early intervention for preschool-aged children at risk for internalising: follow-up into middle adolescence.	Ikke forenlig med problemstilling, feil målgruppe.
Patel, Vikram (2013)	Why Adolescent Is a Global Health Priority and What We Should Do About it.	Ikke forenlig med problemstilling.

Browne,Graeme et.al (2012)	Children with Behavioral/Mental Health Disorders and School Mental Health Nurses in Australia	Ikke forenlig med problemstilling, feil målgruppe.
Chisholm,Katharine Elizabeth et.al (2012)	A randomized controlled feasibility trial for an educational school-based mental health intervention: study protocol.	Ikke forenlig med problemstilling.
Bertha EA og Balazs J (2013)	Subthreshold depression in adolescence: a systematic review	Ikke forenlig med problemstilling
Bouma,E et.al (2007)	Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: The influence of parental depression, temperament and family environment	Ikke forenlig med problemstilling
Ando,S et.al (2013)	A great number of somatic pain sites is associated with poor mental health in adolescents: a cross-sectional study.	Artikkel fra Japan.Forenlig med problemstilling men ikke innenfor inklusjonskriteriene engelsktalende land eller Europa.

