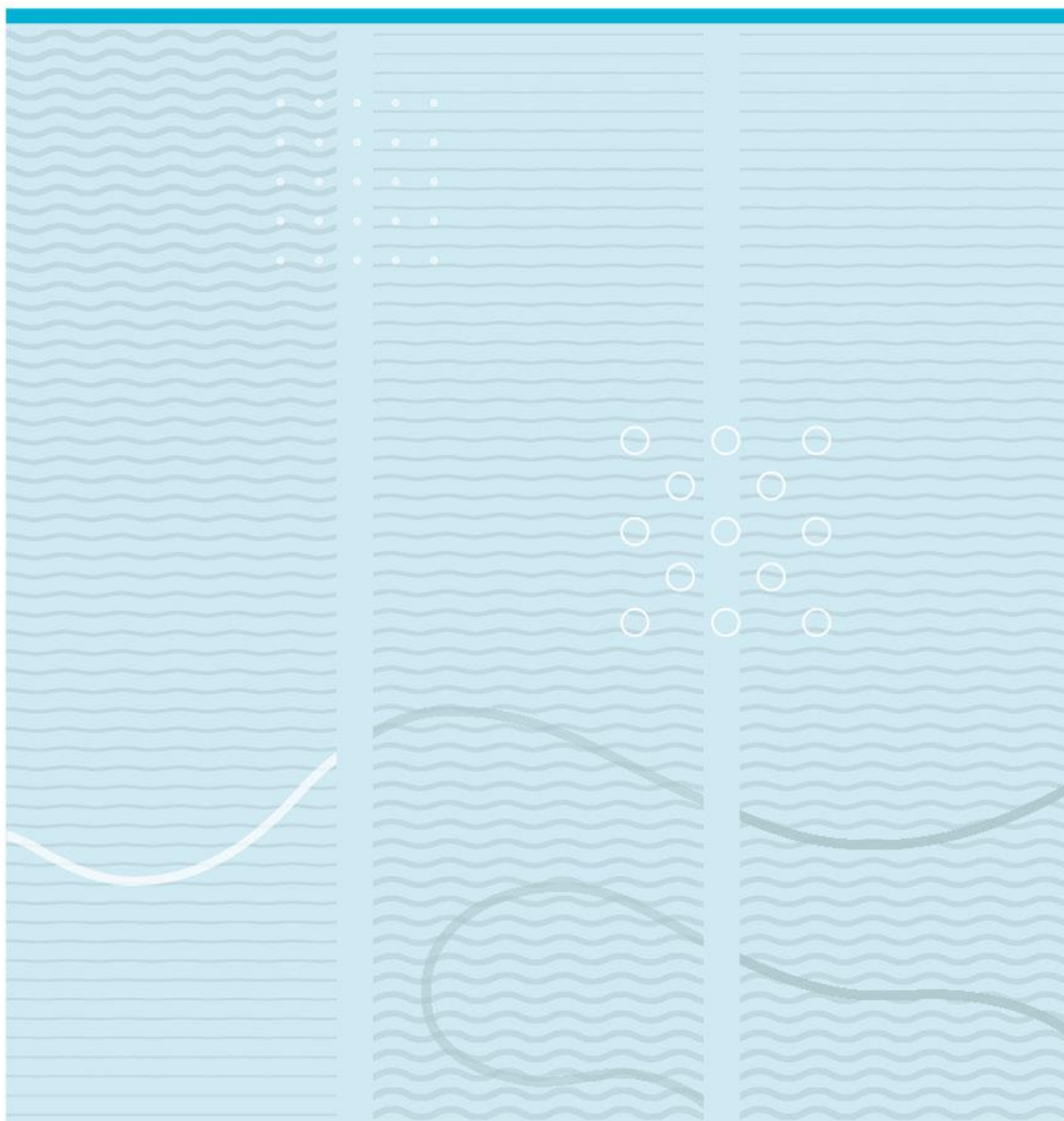


Jon Håkestad

Ungdoms psykiske helse i møte med koronapandemiens smitteverntiltak

En kvantitativ studie av sammenhengen mellom smitteverntiltak og psykiske helseplager



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Jon Håkestad

Denne oppgaven representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

12. mars 2020 vedtok Helsedirektoratet strenge og inngripende tiltak for å hindre spredning av Covid-19. De innførte strategier inkluderte fysisk distansering som tiltak, med blant annet stenging av skoler og organiserte fritidsaktiviteter. Ekspertene på området har reist bekymring for at disse tiltakene kan ha stor innvirkning på den psykiske helsen til barn og unge. Det er tiltagende empirisk støtte på økte psykiske belastninger hos de unge under koronapandemien. Undersøkelsen tar utgangspunkt i ungdoms psykiske helse i møte med pandemiens smitteverntiltak. Studien sikter på å belyse sammenhengen mellom forskjellige nivåer av smitteverntiltak og omfang av psykiske helseplager blant ungdom. I tillegg undersøkes ungdommenes opplevde stemningsleie under pandemien med to ulike tidsperspektiv.

I denne studien, av norske ungdommers opplevelse av sin psykiske helse under koronapandemien, er en kvantitativ metodetilnærming anvendt. Datamaterialet er hentet fra den nasjonale Ungdataundersøkelsen i 2021, som er en spørreskjemaundersøkelse. Utvalget besto av 140 000 ungdommer fra ungdomsskolen og videregående skole. Et underutvalg (N = 46 246) av denne undersøkelsen bestående av fylkene Møre og Romsdal, Vestfold og Telemark, og Oslo ble inkludert i analysene.

Resultatene antyder en sammenheng mellom forskjellige nivåer av smitteverntiltak og omfang av psykiske helseplager blant ungdom i de fylkesvise utvalgene. Videre tyder funn på at stemningsleie var lite påvirket hos ungdom i regioner med lave nivåer av smitteverntiltak, mens i områder med høye nivåer av tiltak var ungdom mer nedstemt. Ellers viser resultatene at jenter generelt, og jenter på videregående skole spesielt, var mest psykisk plaget.

Studien indikerer at det er en sammenheng mellom nivået av smitteverntiltak og omfanget av psykiske helseplager blant ungdom. De fleste av funnene i studien er i tråd med de som tidligere er rapportert i forskningslitteraturen. Samlet sett framhever resultatene av undersøkelsen den økende psykiske helsebelastningen på barn og unge under koronapandemien. Pandemien og påfølgende smitteverntiltak utgjør en psykisk helserisiko for barn og unge, både på kort og lang sikt. Det bør derfor foretas grundige overveielser av hvor gjennomgripende tiltakene trenger å være for å overholde tilstrekkelig smittevern, og samtidig vektlegge ungdoms psykososiale helse. De psykiske helsetjenestene må være forberedt på en mulig økning i psykisk helserelaterte problemer hos barn og unge. De som er i faresonen må

identifiseres og støttes på et tidlig stadium, for å unngå progresjon av psykiske helseproblemer til psykiske lidelser.

Abstract

On the 12th of March 2020, the Norwegian Directorate of Health adopted strict and intrusive measures to prevent the spread of Covid-19. The strategies introduced included physical distancing as a measure, including the closure of schools and organized leisure activities. Experts in the field have raised concerns that these measures may have a major impact on the mental health of children and adolescents. There is increasing empirical support for increased mental strain in adolescents during the Covid-19 pandemic. The study is based on adolescents' mental health in the face of the pandemic's infection control measures. The study aims to shed light on the connection between different levels of infection control measures and the extent of mental health problems among adolescents. In addition, the adolescents' perceived mood during the pandemic is examined from two different time perspectives.

In this study, of Norwegian adolescents' experience of their mental health during the Covid-19 pandemic, a quantitative methodological approach has been used. The data material is taken from the national Youth Data Survey in 2021, which is a questionnaire survey. The sample consisted of 140,000 adolescents from secondary school and upper secondary school. A subselection (N = 46,246) of this survey consisting of the counties of Møre and Romsdal, Vestfold and Telemark, and Oslo was included in the analysis.

The results suggest a connection between different levels of infection control measures and the extent of mental health problems among adolescents in the county-specific selections. Furthermore, findings indicate that emotional state was little affected among adolescents in regions with low levels of infection control measures, while in areas with high levels of measures, adolescents were more depressed. Otherwise, the results show that girls in general, and girls in high school in particular, were affected the most.

The study indicates that there is a connection between the level of infection control measures and the extent of mental health problems among adolescents. Most of the findings in the study are in line with those previously reported in the research literature. Overall, the results of the study highlight the increasing mental health burden on children and adolescents during the Covid-19 pandemic. The pandemic and subsequent infection control measures pose a mental health risk to children and adolescents, both in the short and long term. Thorough considerations should therefore be made of how far-reaching the measures need to be to

comply with adequate infection control and at the same time emphasize the psychosocial health of adolescents. The mental health services must be prepared for a possible increase in mental health-related problems in children and adolescents. Those who are at risk must be identified and supported at an early stage, in order to avoid the progression of mental health problems into mental disorders.

Innhold

Sammendrag	1
Abstract	3
Innhold.....	5
Forord.....	7
1 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn	8
1.2 Begrepsavklaring.....	11
1.2.1 Psykisk helse	11
1.2.2 Psykiske helseplager og psykiske lidelser.....	11
1.2.3 Smitteverntiltak	12
1.3 Problemstilling	12
2 Kunnskapsstatus	14
2.1 Ungdommers psykiske helse.....	14
2.2 Konsekvenser av smitteverntiltak for ungdoms psykiske helse.....	15
2.2.1 Internasjonale studier	15
2.2.2 Nasjonale studier og rapporter	19
2.3 Oppsummering og vurdering av kunnskapsstatus.....	23
3 Teoretiske betraktninger.....	26
3.1 Psykiske lidelser blant ungdom.....	26
3.2 Stress-sårbarhetsmodellen.....	27
3.3 De første leveårene.....	28
3.4 Sårbare barn og unge.....	29
3.5 Sårbarhetsfaktorer	30
3.6 Resiliensfaktorer	31
3.7 Psykiske helseplager	32
3.7.1 Nåtidspregede risikofaktorer	33
4 Metodetilnærming	37
4.1 Kvantitativ metode	37
4.2 Datagrunnlaget – Ungdataundersøkelsen.....	38
4.2.1 Masterstudiets utvalg.....	39
4.3 Kravet om intersubjektivitet i forskning	39
4.3.1 Datamaterialets pålitelighet – reliabilitet	40

4.3.2	Metodens og datas relevans – validitet	41
4.4	Forskningsetiske vurderinger	41
4.5	Statistiske analyser	43
4.5.1	Faktoranalyse	43
4.5.2	Reliabilitetsanalyse	44
4.5.3	Deskriptiv statistikk	44
4.5.4	Enveis variansanalyse (ANOVA)	45
4.5.5	Multippel lineær regresjonsanalyse.....	45
4.6	Operasjonalisering av problemstilling – variabler	46
4.6.1	Psykiske helseplager	47
4.6.2	Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv	48
4.6.3	Nedstemthet under koronapandemien	49
4.6.4	Kontrollvariabler	50
5	Analyseresultater	54
5.1	Smitteverntiltak og psykiske helseplager.....	54
5.1.1	Enveis variansanalyse (ANOVA)	56
5.1.2	Multippel lineær regresjonsanalyse.....	59
5.2	Nedstemthet under koronapandemien	61
6	Diskusjon	63
6.1	Ungdommers psykiske helse.....	63
6.2	Smitteverntiltak og psykiske helseplager.....	63
6.3	Styrker og begrensninger	68
6.3.1	Frafallsfeil	69
6.3.2	Kritikk av Ungdataundersøkelsene	70
6.3.3	Styrker	71
7	Konklusjon	72
7.1	Praktiske implikasjoner	72
7.2	Betraktninger rundt videre forskning	73
	Referanser	75
	Oversikt over tabeller og figurer.....	82
	Vedlegg	83

Forord

Denne masterstudien har på mange måter vært en utfordrende opplevelse, og ikke minst en lærerik prosess. Først og fremst i forbindelse med å skulle tilegne seg tilstrekkelig kunnskap om en rekke statistiske analyser, men også å skulle forholde seg til stadig ny forskning på området. Da jeg begynte med prosjektbeskrivelsen i januar 2021 var det lite tilgjengelig kunnskap om hvordan smitteverntiltak kan påvirke norske ungdommers psykiske helse. Siden den gang har det blitt publisert mange nasjonale og internasjonale studier og rapporter innen dette feltet. Noe som medførte at masteroppgaven jevnlig ble faglig oppdatert. Formålet med masterprosjektet var å kunne bidra til mer kunnskap innenfor temaet. Den nye forskningen har her langt på vei kommet meg i forkjøpet. Problemstillingen og forskningsspørsmålene ble derfor noe justert, med sikte på å finne nye nyanser ved forskningen. Disse spørsmålene kan av den grunn oppfattes som litt underlige. Jeg er allikevel godt fornøyd med oppgaven og stolt av sluttresultatet. Masterprosessen har gitt meg ny kunnskap og stor mestringsfølelse.

Takk til Velferdsforskningsinstituttet NOVA for tilgang til data fra det nasjonale datasettet for Ungdata 2010-2021. Det rettes en ekstra takk til min veileder, Lars Bauger, som har bidratt med nyttige innspill og navigert meg i et krevende analyseterrenge. Den største takken går til alle ungdommene som deltok i den nasjonale Ungdataundersøkelsen i 2021, og besvarte mange spørsmål om hvordan dere opplevde et samfunn med inngripende smitteverntiltak under koronapandemien.

Til slutt vil jeg takke mine aller nærmeste, Eivind, Håvard og Gry, for oppmuntrende sosial støtte.

Tønsberg, mai 2022

Jon Håkestad

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Over hele verden er psykiske lidelser en betydelig og ofte ignorert årsak til plager som forstyrrer barn og unges helse, utdanning og deres evne til å nå sitt fulle potensial (UNICEF, 2021). Byrden av psykiske lidelser fortsetter å vokse med store konsekvenser for helse, sosiale forhold, menneskerettigheter og økonomi verden over (World Health Organization, 2019). Omtrent halvparten av den norske befolkningen vil i løpet av livet tilfredsstille kriteriene for en psykisk lidelse (Malt & Mykletun, 2018, s. 15). Depresjon er en av hovedårsakene til uførhet, og er en stor belastende sykdom for både samfunnet og hvert enkelt individ (World Health Organization, 2020). Det er anslått at mer enn 13 prosent av de unge i alderen 10-19 år lever med en diagnostisert psykisk lidelse globalt, og av disse utgjør angst og depresjon rundt 40 prosent (UNICEF, 2021). Denne globale gruppen rapporterer også om psykososiale plager, uten at kriteriene for diagnoser er tilfredsstilt, men som forstyrrer deres liv, helse og framtidsutsikter. I Norge har om lag 8 prosent av barn og unge en psykisk lidelse, og rundt 15-20 prosent av denne gruppen har nedsatt funksjon på grunn av psykiske helseplager (Mykletun et al., 2009, s. 43). Den globale økonomiske kostnaden ved passivitet forårsaket av psykiske utfordringer er enorm. Det årlige tapet i menneskelig kapital som oppstår fra psykiske helsetilstander i barn i alderen 0-19 år er 387,2 milliarder dollar, og av dette utgjør angst og depresjon 166 milliarder USD (UNICEF, 2021). Menneskelig kapital handler om befolkningens kunnskap og ferdigheter som kan skape økonomiske verdier (Store norske leksikon, 2021). Når psykiske plager forstyrrer barn og unges utdanning, opplæring og deres evne til å nå sitt fulle potensial, kan det bidra til tapt arbeidskraft, behandlingstkostnader og andre samfunnsmessige og sosiale kostnader.

Mange lands økonomi er også hardt rammet av koronakrisen, og verdensøkonomien vil være preget av pandemien i lang tid framover. Koronapandemien regnes i nyere tid som en av de største globale folkehelsekrisene, med historisk omfattende og langvarige smitteverntiltak. Innvirkningene på verdens befolknings fysiske og psykiske helse er kompliserte. Pandemien med koronavirussykdommen Covid-19 har betydelig endret livene til milliarder av mennesker over hele verden. Koronapandemien og påfølgende begrensninger på daglige aktiviteter har gjentatte ganger blitt beskrevet som en trussel mot psykisk helse (Danese & Smith, 2020). World Health Organization (WHO) har definert pandemien som en internasjonal helsekrise (Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 14).

12. mars 2020 vedtok Helsedirektoratet strenge og inngripende tiltak for å hindre spredning av Covid-19, og for å bidra til å opprettholde nødvendige helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2020). De innførte strategier inkluderte fysisk distansering som tiltak, med blant annet isolering, bruk av hjemmekontor, stenging av skoler og organiserte fritidsaktiviteter. Disse begrensingene har ofte blitt omtalt med begrepet *sosial distansering*. Denne nedstengningen ga voldsomme endringer i livet til folk flest. Tiltakene har imidlertid variert i omfang, både nasjonalt og lokalt, siden nedstengningen våren 2020. De strenge og inngripende smitteverntiltakene er tiltak som ofte fører til at sosiale behov ikke blir tilstrekkelig dekket, og som igjen kan påvirke folks psykiske helse og livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2021c).

Koronapandemien og de påfølgende smitteverntiltakene har satt sitt tydelige preg på årene 2020-2022 for unge mennesker, og barn og unge har måttet mestre sosial distansering som smitteverntiltak. For de unge var digital hjemmeundervisning, flere hjemme samtidig og stans av organiserte fritidsaktiviteter blant de tiltakene som mest umiddelbart påvirket hverdagen deres. Da skolene stengte måtte elevene brått omstille seg til hjemmeundervisning. Våren 2020 varte disse nasjonale tiltakene i to måneder. Etter gjenåpningen av skolene ble trafikklysmodellen introdusert, med en nivåinndeling av smitteverntiltakene (Utdanningsdirektoratet, 2020). Hensikten med denne modellen var å kunne tilpasse tiltakene til den lokale smittesituasjonen. Hvert tiltaksnivå beskriver hvilke tiltak skolene skal ta i bruk i en gitt smittesituasjon. På grønt nivå kan skolehverdagen organiseres tilnærmet som vanlig. På gult nivå kan hele skoleklasser regnes som en kohort, men skolene må fremdeles ha flere tiltak for å redusere kontakt og sørge for avstand mellom ansatte og elever. På rødt nivå skal elevene deles inn i faste kohorter, og det kan være nødvendig å begrense oppmøte (Utdanningsdirektoratet, 2020). I løpet av en kort periode før og etter sommerferien gikk skoledagene tilbake til det normale, kun avbrutt av lokale utbrudd som krevde at de enkelte skolene eller klassene ble satt i karantene. I november ble imidlertid skoler igjen stengt i mange kommuner etter den andre smittebølgen.

Koronapandemien preget også skoleåret 2020-21. Det var ikke en fysisk stenging nasjonalt, men lokale utbrudd førte allikevel til at mange skoler i perioder måtte stenge helt eller delvis. Det har vært store geografiske forskjeller i smitteverntiltak, og skolene fulgte i hovedsak tiltak etter gult eller rødt nivå (Utdanningsdirektoratet, 2021). I mange kommuner har elever

nesten fått et ordinært tilbud, mens i andre kommuner har tilbudet vært preget av hyppige vekslinger mellom gult og rødt nivå og nedstengninger. Slike mange og raske omstillinger kan oppleves som krevende og stressende. På grunn av arealmangel/lærermangel hadde en del skoler rullerende oppmøte ved rødt nivå. Elevene møtte da enten på skolen på ulike tidspunkt av dagen eller på ulike dager. I tillegg har mange elever vært i karantene. Mange elever på de videregående skolene har hatt lange perioder på rødt nivå med mye hjemmeundervisning. Våren 2021 var hele 60 prosent av grunnskolen i Oslo helt eller delvis stengt (Utdanningsdirektoratet, 2021). Til sammenligning var bare 11 prosent i Møre og Romsdal stengt. Dette er et godt eksempel på de store geografiske forskjellene i smitteverntiltak. Skolen er en viktig sosial arena, og stengte eller delvis stengte skoler reduserer elevenes mulighet til samspill. Samlet sett i perioden 2020-2022 forårsaket en gjentatt kombinasjon av nasjonale, kommunale og lokale tiltak forstyrrelser i ungdomshverdagen, med reduksjon og uforutsigbarhet i sosial kontakt, fysisk skolegang og tilgang til fritidsaktiviteter. Det er grunn til å anta at dette har ført til usikkerhet og langvarig slitasje, og har nok særlig rammet barn og unge som er ekstra sårbare.

Ekspertene på området har reist bekymring for at disse tiltakene kan ha stor innvirkning på den psykiske helsen til de unge (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2020, s. 11-13; Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 13). Ifølge en undersøkelse utført av Gallup for UNICEF i 21 land i første halvdel av 2021, selvrapporterte 19 prosent av 15- til 24-åringene at de ofte følte seg deprimerte eller hadde liten interesse for å gjøre ting (UNICEF, 2021). Mye tyder på at sårbare barn og unge (de som var utsatt fra før) har fått betydelige økte psykiske belastninger, og kan også ha ført til at flere er kommet i en sårbar situasjon (Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Potensielt uheldige effekter av koronapandemien for de unges psykiske helse, både på kort og lang sikt, kan gi grunn til bekymringer. Det er tiltagende empirisk støtte på økte psykiske belastninger hos barn og unge under pandemien. Mye forskning har etter hvert blitt foretatt, og da hovedsakelig tverrsnittstudier. Fegert et al. (2020) nevner blant annet belastninger som sosial distansering, økt press på familier og redusert tilgang til støttetjenester under den akutte fasen. Videre nevnes konsekvenser av tiltagende angst og psykisk stress som et mulig problemområde etter pandemien.

1.2 Begrepsavklaring

1.2.1 Psykisk helse

Begrepet rommer en rekke aspekter, og benyttes på forskjellige måter. Verdens helseorganisasjon (WHO) har en definisjon av helse som ofte brukes. WHO definerer helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller svakhet (World Health Organization, u.å.-a). I Ottawa-charteret framheves det at for å nå en slik tilstand må et individ eller en gruppe kunne realisere ønsker, tilfredsstille behov og mestre endringer i miljøet. Helse blir derfor sett på som en viktig ressurs for hverdagen, og er en viktig dimensjon av livskvalitet (World Health Organization, u.å.-b). Psykisk helse er mye stigmatisert og misforstått. Det er faktisk en positiv tilstand av velvære, og et grunnlag som gir barn og unge muligheten til å skape sin framtid (UNICEF, 2021). I likhet med fysisk helse bør psykisk helse betraktes som positivt. Den ligger til grunn for menneskets evne til å tenke, føle, lære, jobbe, etablere meningsfulle relasjoner og bidra i lokalsamfunn og verden over. Videre er psykisk helse en iboende del av individuell helse og et grunnlag for sunne samfunn og nasjoner, og den er en grunnleggende rettighet og avgjørende for å nå globale mål, inkludert FNs bærekraftsmål (UNICEF, 2021). Psykisk helse eksisterer på et kontinuum som kan inkludere perioder med velvære og perioder med plager, hvorav de fleste aldri vil utvikle seg til en diagnostiserbar lidelse (UNICEF, 2021).

En krise som en pandemi endrer individets forutsetninger for selv å påvirke sin hverdag og omgivelser gjennom blant annet nødvendige smitteverntiltak, som igjen kan påvirke psykisk helse. Dette vil ikke utelukkende være negative effekter, fordi noen kan også oppleve endringer som gir en positiv psykisk helseeffekt (Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 11).

1.2.2 Psykiske helseplager og psykiske lidelser

Når det snakkes om psykisk helse, skilles det mellom psykiske helseplager og psykiske lidelser. Masteroppgaven skal undersøke ungdommers subjektive opplevelse av psykiske helseplager. Dette er også et vidt begrep som blir brukt synonymt med blant annet psykiske vansker og psykiske utfordringer. Disse begrepene kan vise til en symptombelastning som hemmer trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre. Belastningen er likevel ikke så stor som ved psykiske lidelser, hvor det kan stilles en diagnose (Mykletun et al., 2009, s. 43). «Psykisk lidelse er en fellesbetegnelse for lidelser og sykdommer som er kjennetegnet

ved subjektivt plagsomme psykiske symptomer med eller uten funksjonssvikt i dagligliv eller arbeid» (Malt & Mykletun, 2018, s. 15). Forfatterne påpeker at denne definisjonen av psykisk lidelse kan være problematisk i forhold til hvor grensen går mellom plagsomme psykiske symptomer, som må sies å være en del av det å være menneske, og psykiske symptomer som er så tydelig at det kan kalles lidelse eller sykdom i diagnostisk forstand. En psykisk lidelse kan også forstås som det samlede uttrykk for en persons forsøk på å mestre en situasjon som vedkommende opplever som vanskelig eller belastende, og som kan innebære både byrder og funksjonssvikt (Andreassen et al., 2018).

Mange vil i kortere eller lengre perioder oppleve å ha betydelige psykiske helseplager. Det er viktig å undersøke omfanget av slike plager i befolkningen, for blant annet å kunne identifisere risikogrupper og sette inn målrettede forebyggende tiltak. Disse plagene kan måles ved bruk av en symptomskala, mens kartlegging av psykiske lidelser krever mer omfattende målinger som for eksempel gjennom diagnostiske intervju (Folkehelseinstituttet, 2021c).

1.2.3 Smitteverntiltak

I denne oppgaven brukes smitteverntiltak om forskjellige tiltak som i stor grad rammer ungdommer. Det handler om inngripende tiltak for å oppnå fysisk distansering, som blant annet stenging av skoler og organiserte fritidsaktiviteter. Her utsettes ungdommene for uheldige påvirkninger av sosial tilbaketrukkethet.

1.3 Problemstilling

Masteroppgavens tematikk som ønskes utforsket er ungdoms psykiske helse under koronapandemien. Som en konsekvens av pandemien har myndighetene iverksatt strenge og inngripende smitteverntiltak. Disse forholdene kan påvirke den psykiske helsen til ungdom, men dette er ennå ikke fullt ut utforsket. Det er fortsatt uklart i hvilken grad og på hvilken måte disse tiltakene påvirker ungdoms psykiske helse, både på kort og lang sikt.

Masteroppgaveprosjektets problemstilling er:

«Hvilken sammenheng er det mellom inngripende smitteverntiltak og ungdommers opplevelse av psykiske helseplager?»

Denne masteroppgaven er en studie om sammenhengen mellom smitteverntiltak og psykiske helseplager hos ungdom på ungdomsskolen og i den videregående skolen. Som empirisk grunnlag anvendes et landsdekkende utvalg basert på Ungdataundersøkelsen som ble gjennomført i 2021. Et strategisk utvalg av fylker, hvor det har vært forskjellige nivåer av smitteverntiltak, skal undersøkes. Med utgangspunkt i dette er følgende forskningsspørsmål utarbeidet for å belyse problemstillingen:

1. «Hvilken sammenheng er det mellom forskjellige nivåer av smitteverntiltak og omfang av psykiske helseplager blant ungdom?»

I Ungdatas spørreskjema for 2021 svarer ungdommene på to nesten identiske spørsmål om nedstemthet under koronapandemien. Skilnaden går på tidsperspektivet for stemningsleien, i løpet av den siste uka og det siste året under pandemien. Ungdommene vurderer altså her eget stemningsleie rundt tidspunktet for undersøkelsen og et lengre tilbakeblikk under koronatiden. Årets tilbakeblikk strakk seg fra starten av pandemien (våren 2020) til gjennomføringen av spørreundersøkelsen (våren 2021).

2. «Hvilke forskjeller i opplevd stemningsleie kan identifiseres mellom disse to tidsangivelsene?»

Spørsmål 1 er det sentrale spørsmålet som tillegges størst vekt i denne oppgaven (hovedspørsmålet), mens spørsmål 2 utgjør bare en liten del av arbeidet (tilleggsspørsmål).

Ved å besvare disse forskningsspørsmålene kan jeg bidra til mer kunnskap om hvordan smitteverntiltak kan påvirke ungdommers psykiske helse. Slik kunnskap er viktig for å støtte opp om lavest mulig tiltaksbyrde for ungdom, for i størst mulig grad kunne skåne dem. Dette er også viktig som kunnskapsgrunnlag for å kunne sikre gode helsetjenester som kan forebygge langsiktige psykiske helseproblemer. I planlegging for seinere pandemier er det avgjørende at myndighetene kan basere tiltak for ivaretagelse av ungdom på solid kunnskap.

2 Kunnskapsstatus

Det pågår fortsatt mye forskning på koronapandemiens og smitteverntiltakenes konsekvenser for ungdoms psykiske helse, og stadig publiseres nye artikler innen dette feltet. Det har derfor blitt utført gjentatte litteratursøk gjennom hele masterprosjektet, med siste søk 4 uker før innlevering. Litteraturutvalget består av til sammen 20 nasjonale og internasjonale studier og rapporter innenfor temaet. Avslutningsvis følger en oppsummering og vurdering av kunnskapsstatusen.

2.1 Ungdommers psykiske helse

Forekomst av psykiske lidelser blant ungdommer varierer med kjønn, alder, familiære forhold og sosioøkonomiske forhold. Omfanget varierer også fra studie til studie, i forhold til blant annet respondentgruppe og målemetode. Ved å sammenholde funn fra større norske undersøkelser, antar Mykletun et al. (2009, s. 43) i en rapport at 15-20 prosent av barn og unge har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker. De bruker psykiske vansker i denne rapporten når de unge har så mye symptomer at dette går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre, men uten at kriteriene for diagnoser er tilfredsstillt. Hos mange er imidlertid denne belastningen forbigående. Mykletun et al. (2009, s. 43) hevder at om lag 8 prosent av barn og unge i Norge har en psykisk lidelse, og at symptombildet på psykiske lidelser i barne- og ungdomsalderen domineres av overdrevne eller uvanlige følelsesmessige reaksjoner og normbrudd.

Har norske ungdommer dårligere psykisk helse enn tidligere? Befolkningsstudier i Norge indikerer en økt belastning av psykiske symptomer hos tenåringsjenter de seinere årene (Folkehelseinstituttet, 2018b, s. 59). Flere tenåringsjenter får behandling for sine lidelser. Det er en overhyppighet av tilpasningsforstyrrelser, depresjon, angstlidelser og spiseforstyrrelser hos disse jentene. Blant jenter i alderen 15-17 år har andelen som får diagnoser i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) steget fra 5 prosent til 7 prosent per år, i perioden fra 2011 til 2016 (Folkehelseinstituttet, 2018b, s. 59). Dette er en relativ økning på 40 prosent i løpet av denne femårsperioden. Det har nesten vært en dobling i bruk av antidepressiva innenfor denne aldersgruppen av jenter. Fra 2010 til 2013 økte andelen som brukte slike legemidler fra 1,2 prosent til 2 prosent (Folkehelseinstituttet, 2018b, s. 82). Folkehelseinstituttet så ikke tilsvarende økning hos gutter i samme alder.

Internasjonale studier viser at også i andre land stiger andelen som behandles for psykiske lidelser mest for tenåringsjenter. Studier fra Finland og Sverige viser den samme tendensen som i Norge, og at det var depresjon og angstlidelser som sto for en stor del av økningen (Surén, 2018).

Flere nasjonale Ungdataundersøkelser de siste årene viser at tenåringsjenter også selvrappporterer om mer psykiske helseplager enn tidligere. I den nasjonale Ungdataundersøkelsen i 2021 vises en oversikt over utviklingen av rapporterte psykiske plager (Bakken, 2021, s. 39). Ungdommene blir spurt om omfanget av vanlige depresjonssymptomer som slitenhet, nedstemthet, håpløshet, anspenhet, søvnproblemer og bekymring. De som på disse spørsmålene i gjennomsnitt svarer «ganske mye plaget», benyttes «mange psykiske plager» i rapporten. Dette betyr ikke nødvendigvis at de ut fra kliniske kriterier har en psykisk lidelse, men gir et bilde av hvor mange som har hatt en del psykiske utfordringer (Bakken, 2021, s. 39). Prosentandelen for jenter på ungdomsskolen som har hatt mange plager har i perioden fra 2012 til 2021 økt fra 16 prosent til 25 prosent. Jenter på videregående hadde en høyere andel, men her kan tallene de seinere årene tyde på en utflating. Til sammenligning hadde gutter betydelig lavere andeler, med en noe høyere andel på videregående i forhold til på ungdomsskolen. I 2021 viser guttenes andeler henholdsvis 9 og 12 prosent. Utviklingen over tid viser en liten og ujevn stigning for gutter på ungdomsskolen, og en utflating for gutter på videregående.

2.2 Konsekvenser av smitteverntiltak for ungdoms psykiske helse

Gjennom to år har koronapandemien og påfølgende smitteverntiltak rammet livet for hele verdens befolkning. Smitteverntiltakene får ulike konsekvenser i ulike land, men også innenfor egne landegrenser. Tiltak som stengte skoler, begrensede fritidstilbud og andre sosiale møter har vært utbredt, men smittebølger har gitt store svingninger i tiltaksnivå. Det har blitt publisert mange studier av ungdoms psykiske helse under pandemien verden over.

2.2.1 Internasjonale studier

Argentina

Andrés et al. (2022) undersøkte foreldres oppfatning av barn og unges psykiske helse under koronapandemien i Argentina. Målet var å analysere endringer i symptomatologi og positive emosjoner siden begynnelsen av isolasjonen. Det var en betydelig andel av

foreldre/omsorgspersoner som opplevde endringer i barn og unges psykiske helse sammenlignet med før pandemien. Spesielt rapporterte de om økte symptomer på angst og depresjon hos sine barn, samt en reduksjon i positive emosjoner som trygghet, livlighet og lysten til aktivitet. Barn og unge i en fase med et lavere nivå av smitteverntiltak viste imidlertid mindre symptomer på angst/depresjon og mer positive emosjoner enn jevnaldrende i streng isolasjon. Foreldrene observerte blant annet mindre stress hos sine barn når de fikk muligheten til å aktivisere dem ute. Resultatene viste også at den psykiske helsen til foreldre/omsorgspersoner var relatert til barnas psykiske helseplager. Spesifikt var foreldres angst/depresjon assosiert med større angst/depresjon og mindre positiv innvirkning hos ungdom. Når det gjaldt foreldres positive påvirkning, var det assosiert med større positiv innvirkning hos de unge.

Irland

En kvalitativ studie av barn og unges psykiske helse under pandemien i Irland, viste at de unge opplevde psykiske helseutfordringer av de iverksatte begrensningene (O'Sullivan et al., 2021). Depresjon og angst var ofte en del av ungdommenes opplevelser, og mange foreldre søkte psykiske helsetjenester for sine tenåringsbarn. Studien intervjuet 48 familier, og en fortolkende fenomenologisk analyse ble anvendt.

Kina

En tverrsnittsundersøkelse av grunnskoleelever fra Wuhan og Huangshi i Kina etter 30 dager med nedstengt skole og hjemmeisolering, viste tydelig en høyere forekomst av angst- og depressive symptomer, sammenlignet med hva tidligere studier har vist (Xie et al., 2020). En annen tverrsnittsstudie av elever i alderen 12-18 år fra 21 provinser i Kina, viste også høy forekomst av angst- og depressive symptomer (Zhou et al., 2020). Målet for begge disse studiene var å vurdere utbredelse av symptomer på angst og depresjon blant barn og unge i den kinesiske befolkningen etter Covid-19 utbruddet.

I en undersøkelse av psykisk helsestatus hos barn og unge i Kina under utbruddet av Covid-19, påviste Duan et al. (2020) psykologiske virkninger på de unge koblet til pandemien. Forskerne undersøkte spesielt påvirkningsfaktorer relatert til angst og depresjon. De uttrykte at utbruddet har hatt en betydelig psykososial innvirkning på de unge, og viste til mange faktorer assosiert med økte nivåer av angst og depresjon.

Zhang et al. (2021) undersøkte utbredelsen av og risikofaktorer for angst- og depresjonssymptomer hos et stort utvalg kinesiske ungdommer etter ett år med koronapandemien. Deres funn viste at forekomsten av selvrapporterte angst- og depresjonssymptomer blant kinesiske ungdommer var høy. Omtrent en av fire hadde slike symptomer, hvor jenter hadde høyest forekomst. Videre viste studien at også urbane regioner, familier med et konfliktfylt foreldreforhold og enslige forsørgerfamilier kan være risikofaktorer for disse symptomene blant ungdom.

Tyskland

Ravens-Sieberer, Kaman, Otto, et al. (2021) undersøkte psykisk stress, livskvalitet og psykisk helse hos tyske barn og unge i den første smittebølgen av pandemien – COPSY-studien (en landsdekkende representativ nettundersøkelse). Resultatene ble sammenlignet med resultatene fra den representative longitudinelle BELLA-studien fra før pandemien. Totalt ble 1586 foreldre med 7 til 17 år gamle barn undersøkt, hvorav 1040 barn mellom 11 og 17 år også selvrapporterte i et nettbasert spørreskjema. 71 prosent av de unge og 75 prosent av foreldrene følte seg belastet av tiltak som nedstengning, sosial distansering og hjemmeundervisning, i form av psykisk stress. Mer enn halvparten syntes hjemmeundervisning var vanskelig. Sammenlignet med tiden før pandemien rapporterte barn og unge om betydelig redusert livskvalitet, og andelen barn og unge med psykiske helseplager økte fra 17,6 prosent til 30,4 prosent. I tillegg rapporterte 24,1 prosent av barn og unge under pandemien om symptomer på generalisert angstlidelse, mot 14,9 prosent før krisen. Når det gjaldt hyppigheten av depressive symptomer, viste resultatene ingen tolkbar forskjell sammenlignet med perioden før pandemien. Sosialt vanskeligstilte barn og unge var spesielt hardt rammet av pandemiens konsekvenser.

Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart, et al. (2021) har gjennomført en ny tysk landsomfattende longitudinell undersøkelse, om endringer i livskvalitet og psykisk helse hos barn og unge, med to smittebølger under pandemien (mai/juni 2020 og desember 2020 / januar 2021). Det er en oppfølging av ovennevnte studie (den første smittebølgen). Totalt deltok 1923 barn i alderen 7 til 17 år og deres foreldre. I den første bølgen opplevde de unge lavere livskvalitet, og betydelig flere psykosomatiske og psykiske helseplager enn før pandemien. I den andre bølgen forverret denne utviklingen seg noe. Imidlertid var helhetsendringen i psykiske helseplager fra 1. bølge til 2. bølge ikke signifikant. Barn fra sosialt vanskeligstilte familier og barn av psykisk belastede foreldre hadde en betydelig lavere livskvalitet og mer uttalte

psykiske helseplager under pandemien. Det ble ikke funnet noen endringer i alders- og kjønns spesifikk fordeling av psykiske plager. Et positivt familieklima og sosial støtte ble identifisert som viktige ressurser som beskyttet deres livskvalitet og psykisk helse under pandemien.

Kunnskapsoppssummeringer

En omfattende gjennomgang av relevant faglitteratur ble utført av Marques de Miranda et al. (2020), for blant annet å finne svar på følgende problemstilling: Hva er barn og unges psykiske helsepåvirkninger av pandemien og den påfølgende sosiale distanseringen? Høye forekomster av symptomer på angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse ble identifisert, men graden av påvirkning var avhengig av beskyttende- og risikofaktorer.

En annen studie utforsket virkningen av koronapandemien på barn og unges psykiske helse gjennom en metaanalyse (Nearchou et al., 2020): En integrert blandet metodetilnærming ble anvendt på studier med kvalitativ, kvantitativ og blandet metodededesign, for å fange opp en større bredde på feltet (Nearchou et al., 2020). Resultatene viste også her at påvirkningen spesielt var assosiert med depresjon og angst i ungdomsgrupper.

(Oliveira et al., 2022) gjennomførte en metastudie om utbredelse av psykiske helseplager hos barn og unge opptil 18 år under koronapandemien. Litteratursøk ble utført 23. oktober 2020 og oppdatert fram til 1. februar 2021. Det ble funnet store variasjoner mellom land og regioner i forekomsten av psykiske plager blant de unge. Forfatterne rapporterte at andelen følelsesmessige symptomer og atferdsproblemer varierte fra 6 til 69 prosent, angstsymptomer 18 til 44 prosent, depresjonssymptomer 6 til 72 prosent og psykisk stress 7 til 25 prosent. Psykiske helseplager var mer uttalt for jenter enn gutter under pandemien. Et annet funn var at psykisk stress i forbindelse med pandemien var relatert til økt ensomhet og depressive symptomer, spesielt for ungdom som brukte mer tid på sosiale medier. Generelt var mer tid på sosiale medier relatert til økte depresjonssymptomer. Det ble funnet en utbredt tendens i redusert psykisk helse for ungdom, og forfatterne påpekte at det sannsynligvis var på grunn av pandemien. De fleste inkluderte studiene var fra Kina, noe som kan påvirke generaliserbarheten til resultater globalt.

2.2.2 Nasjonale studier og rapporter

I en norsk spørreundersøkelse utført våren 2020, i forbindelse med den første nedstengningen, svarte ungdommer innenfor Bergen kommune i alderen 12-19 år på hvordan pandemien og de inngrepene smitteverntiltakene påvirket livene deres (Lehmann et al., 2021). Samlet sett tolket forskerne sine funn med at en betydelig del av ungdomsutvalget delvis hadde tilpasset seg gunstig til nedstengningen, men at de opplevde konsekvensene og bekymringene varierte mellom sosiodemografiske grupper. Eldre ungdommer, jenter, innvandrerungdommer fra utviklingsland og ungdommer med lav sosioøkonomisk bakgrunn meldte at de strevde mer enn de andre under nedstengningen våren 2020.

Lehmann et al. (2022) undersøkte endringer i psykiske helseplager blant ungdom under koronapandemien fra april (ovennevnte studie) til desember 2020. Det er en longitudinell studie der 1598 ungdom i Bergen kommune i alderen 11-19 år fullførte begge undersøkelsene. Ungdommene svarte først på hvordan de hadde det i april 2020 (begynnelsen av pandemien). Så igjen en oppfølging i desember samme år. Det ble observert en generell økning i psykiske helseplager over de to tidspunktene. Forskerne anså at den generelle økningen var knyttet til økning i emosjonelle vansker og jevnaldrende utfordringer (ungdomsutvikling), og at den var mer markert blant de antatt minst sårbare ungdommene. Det ble imidlertid fortsatt identifisert en høyrisikogruppe med høye nivåer av psykiske helseplager, som også rapporterte mer ensomhet og krevende familieforhold, men situasjonen for denne gruppen virket mer stabil og uten sammenheng med varigheten av pandemien. De konkluderte med at det i kjølvannet av pandemien også bør rettes oppmerksomhet på nye psykiske helseutfordringer blant antatt motstandsdyktig ungdom, i tillegg til de mer forventede og uttalte psykiske helsebehovene til sårbare grupper.

Rapport fra regjeringsoppnevnt ekspertgruppe

Regjeringen satte i mars 2021 ned en ekstern ekspertgruppe som skulle sammenstille tilgjengelig kunnskap om de konsekvensene koronapandemien har hatt for blant annet barn og unges livskvalitet og psykiske helse (Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Ekspertgruppen har tatt utgangspunkt i foreliggende forskning og erfaringer på konsekvenser pandemien har hatt, og det ble her også sett hen til andre land (Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

Psykolog Peder Kjøs, ekspertgruppens leder, oppsummerer noe av rapportens innhold i dens forord (Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 5). I dette forordet kan følgende trekkes fram: Koronapandemien har rammet oss på ulike måter, og vi har hatt ulike forutsetninger for å håndtere utfordringene. For mange har det vært en vanskelig tid med betydelig redusert livskvalitet. Virkningene på den psykiske helsen synes likevel å ha vært begrenset for de fleste. Men for noen har pandemien vært en katastrofe. Mye tyder på at det er de mest sårbare som har fått de største belastningene, og da særlig barn og ungdom som var utsatt fra før. Denne gruppen har opplevd betydelige økte psykiske helseplager som følge av langvarige smitteverntiltak og begrenset tilgang til meningsfylte opplevelser (Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 9). Det har i perioder vært endringer og reduksjon i tilgang til helse- og omsorgstjenester under pandemien. Flere tilbud rettet mot blant annet sårbare barn og unge, som barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og psykiske helsetjenester, ble redusert eller stengt i den første fasen av pandemien (Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 37).

Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har meldt om flere henvisninger og økt omfang av mer alvorlige tilstander blant ungdommer som henvises til psykisk helsevern. Dette gjaldt blant annet alvorlige spiseforstyrrelser og selvskading. Hjelpetelefonene fortalte også om økt pågang og mer alvorlige samtaler enn før pandemien (Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 13).

Smitteverntiltakene har ikke kun hatt negative konsekvenser, for noen har situasjonen også hatt positive konsekvenser (Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 18). En del barnefamilier har fått mer tid sammen på grunn av forhold som hjemmekontor, hjemmeskole og begrenset tilgang til fritidsaktiviteter. Noen fikk også en pause fra vanskelige situasjoner som mobbing eller sosial angst på skolen.

Ungdatarapport fra Velferdsforskningsinstituttet NOVA

Ungdata er spørreundersøkelser som gjennomføres på ungdomsskoler og videregående skoler over hele landet. Den nasjonale undersøkelsen i 2021 har en særlig oppmerksomhet på hvordan situasjonen for ungdom var under koronapandemiens første år. 140.000 ungdommer svarte på undersøkelsen som ble gjennomført i 209 kommuner. Resultatene fra undersøkelsen framkom dels gjennom analyser av de koronaspesifikke svarene og dels gjennom å sammenligne andre relevante svar med tidligere gjennomføringer (Bakken, 2021, s. 1). Siden

de fleste spørsmålene i undersøkelsen er identiske med spørsmål i tidligere Ungdatagjennomføringer, gir rapporten et godt sammenligningsgrunnlag for å studere hvordan det første året med pandemi og smitteverntiltak har påvirket ungdommers liv (Bakken, 2021, s. 2).

Hovedfunn fra spørreundersøkelsen viste at de fleste av norsk ungdom opplevde negative virkninger av blant annet reduserte fritidsaktiviteter og sosiale møter, men at de stort sett har mestret pandemiens utfordringer bra (Bakken, 2021, s. 2). Imidlertid så tyder resultatene på at en mindre gruppe av ungdommer ikke har mestret utfordringene like godt. Gruppen av ungdom som ikke har det så bra har blitt større, og denne økningen har vært størst blant jenter på ungdomstrinnet (Bakken, 2021, s. 7). Av andre interessante funn kan følgende nevnes: Rundt tre av ti ungdommer rapporterte at de følte seg mer ulykkelig, trist eller deprimert under koronatiden enn før. Samme andel mente at de bekymret seg mer for ting eller opplevde mer ensomhet enn før koronatiden (Bakken, 2021, s. 10). Dette tyder på at pandemien og smitteverntiltakene har vært en stor utfordring for disse ungdommene.

Resultatene fra den helsespesifikke delen viser at det store flertallet av ungdommen ikke har hatt større psykiske helseutfordringer enn at de bare var «litt plaget», men det var likevel noen flere som rapporterte om hodepine, psykiske plager, skolepress og vansker med å håndtere stress under pandemien enn før (Bakken, 2021, s. 36). Dette gjaldt særlig for jenter på ungdomstrinnet.

Pandemien har ikke bare påvirket ungdommers liv i negativ retning. Hele 68 prosent svarte at de også opplevde positive endringer med Covid-19 pandemien. En av tre erfarte at de gjorde flere hyggelige ting med familien enn før, og 23 prosent opplevde mindre stress under koronatiden (Bakken, 2021, s. 10).

Rapport fra Folkehelseinstituttet

Nøkleby et al. (2021) har, på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), utarbeidet en oppdatert kunnskapsoppsummering om konsekvenser av pandemien for barn og unges liv og psykiske helse. Målet var å hente ut resultater fra studier publisert i OECD-land. De fleste studiene bygger på data fra våren og sommeren 2020. Forfatterne presenterer en omfattende kunnskapsoversikt over eksisterende studier innen temaet, med en lang liste med studienes funn. Nedenfor følger noen av de som vekket størst oppmerksomhet:

- Alle studiene rapporterte om en økning i symptomer på depresjon. Tre studier fant nedgang i symptomer fra perioder med strenge smitteverntiltak til perioder med gradvis gjenåpning, og det ble også konstatert at barn og unge rapporterte om dårligst psykisk helse i periodene hvor de strengeste tiltakene var iverksatt.
- Hoveddelen av studiene rapporterte om en nedgang i skårer på livskvalitet og trivsel.
- De fleste studiene fant at barn i familier med lav sosioøkonomisk status indikerer betydelig mer negativ påvirkning av pandemien på flere psykiske helseutfall.
- Majoriteten av studiene rapporterte at jenter ble mer negativt påvirket av pandemien, for det meste relatert til emosjonelle vansker og depresjonssymptomer. Både for livskvalitet og depresjonssymptomer var forverringen, fra før til under nedstengningen, mer tydelig for jenter enn gutter.
- To studier som målte selvskading, selvmordstanker eller selvmordsforsøk blant barn og unge som var innlagt, uavhengig av årsak, fant økninger av dette for våren 2020. I studien av selvmordstanker eller selvmordsforsøk så det ut til at månedene med økning samsvarte med månedene med strengere smitteverntiltak.
- To studier som målte spiseforstyrrelser, viste at flere pasienter i 2020 hadde mer alvorlige spiseforstyrrelser.
- Enkelte studier observerte også forbedring i noen psykiske helseutfall blant noen grupper.
- Mange studier fant at noen faktorer, som Nøkleby et al. (2021) kaller sårbarhetsfaktorer, så ut til å øke risikoen for negative konsekvenser av pandemien. Faktorene var på ulike nivå knyttet til blant annet; det enkelte barn/ungdom (for eksempel nedsatt funksjonsevne og kjønn), familien (for eksempel lav sosioøkonomisk status og minoritetsspråklig bakgrunn), det sosiale nettverket rundt (for eksempel svak sosial tilknytning og mangel på støtte rundt familien) og tjenestenivå (for eksempel stengte skoler og begrensninger i helsehjelp).

Folkehelse rapportens temautgave fra Folkehelseinstituttet

Koronapandemien har rammet skeivt på flere måter i Norge, og gjelder blant annet konsekvenser av smitteverntiltakene. Noen grupper ble rammet hardere enn andre, ifølge en rapport fra Folkehelseinstituttet (2021c). Rapporten er skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og er en temautgave av Folkehelse rapporten. Den oppsummerer hvordan pandemien har påvirket folkehelsen så langt, og peker på hvilke grupper som må

følges opp spesielt. Det er en bred rapport med mange interessante funn. Nedenfor følger noen av de mest sentrale som angår ungdom og temaet i oppgaven:

- Det var store forskjeller mellom fylker og mellom by og land i omfanget av smitteverntiltak. Deler av landet har i perioder hatt mye strengere lokale smitteverntiltak enn andre. Oslo og Viken har hatt en betydelig tiltaksbyrde sammenlignet med resten av landet, og Oslo peker seg ut med størst andel helt eller delvis stengte skoler våren 2021. Mye tyder på at de negative konsekvensene av stengte skoler spesielt har rammet noen allerede sårbare grupper barn og unge.
- Det har vært en økning i psykiske helseplager i perioder med strenge smitteverntiltak. Enkelte grupper kan ha vært særlig sårbare for de endringene som tiltakene har medført, og kan ha blitt rammet hardt. Det gjelder blant annet de som har psykiske helseplager fra før og unge mennesker.
- Stengning og andre begrensninger på skoler har sannsynligvis vært tiltaket med størst innvirkning på ungdom. Det er fordi det er en arena for læring og sosial omgang. Skolestudier har vist at omtrent halvparten trivdes like godt eller bedre på hjemmeskolen, mens den andre halvparten trivdes dårligere. Elever som satte særlig pris på hjemmeskole var en sammensatt gruppe, blant annet elever med sosial angst, lettere skolevegring eller som synes klasseromssituasjonen var utrygg eller forstyrrende.
- Det har vært større aktivitet og økt antall nye henvisninger i barne- og ungdomspsykiatrien, og dette gjaldt også i primærhelsetjenesten med en økning i antall unge med symptomer og diagnose innen psykisk helse sammenlignet med i 2019.

Ifølge rapporten trengs det mer kunnskap om blant annet mulige langtidskonsekvenser for barn og unge. Virkningene av smitteverntiltakene kan ligge mange år fram i tid.

Koronapandemien kan få store langsiktige effekter på befolkningens helse dersom den påvirker samfunnets evne til å fremme sunne liv og motstå nye helsetrusler i framtiden (Folkehelseinstituttet, 2021c).

2.3 Oppsummering og vurdering av kunnskapsstatus

Mye forskning har etter hvert blitt foretatt om ungdom under koronapandemien, men det er fortsatt begrenset kunnskap om konsekvensene av smitteverntiltak for ungdoms psykiske helse. De fleste studiene bygger på data fra 2020, så kommende studier vil også kunne

avdekke langtidskonsekvenser. Mye av den forskningen som er publisert er artikler og rapporter fra enkeltundersøkelser, og det er få systematiske oversikter. Majoriteten av enkeltundersøkelsene er nettbaserte spørreundersøkelser. Til dags dato er det få studier som har brukt en longitudinell design for å utforske stabilitet og endring i ungdoms psykiske helseutfordringer i løpet av pandemien. De fleste av de omtalte enkeltundersøkelsene ble gjennomført tidlig i pandemien, så kommende studier om hvordan ungdom blir påvirket av pandemirestriksjoner over lang tid kan gi et annet bilde av den psykiske helsetilstanden. En bedre forståelse av hvordan pandemien virker inn på de unges psykiske helse er viktig, for å sikre gode støttetiltak som forebygger langsiktige negative konsekvenser.

Nasjonale og internasjonale forskningsfunn hittil indikerer at emosjonelle reaksjoner på koronapandemien og påfølgende restriksjoner, som blant annet sosial distansering, er assosiert med en rekke negative konsekvenser for barn og unges psykiske helse. Av disse var symptomer på angst og depresjon mest framtrædende når det gjaldt ungdommer. Pandemien var imidlertid også forbundet med andre psykiske helsevansker, slik som psykisk stress, bekymring, somatiske symptomer og økende atferdsvansker. Samlet sett viser litteraturgjennomgangen at psykiske helseutfordringer blant ungdom kan endre seg på forskjellige måter i løpet av pandemien, avhengig av individuelle og kontekstuelle faktorer som økende alder, kvinnelig kjønn, lav sosioøkonomisk status og sosial tilknytning. Omfanget varierer også fra studie til studie, i forhold til blant annet respondentgruppe og målemetode. I flere av studiene framkom det at psykiske helseplager var mer uttalt for jenter enn gutter, og for sårbare grupper av barn og unge under pandemien. Her var forverringen, fra før til under nedstengningen, også mer tydelig. De nasjonale resultatene samsvarer i stor grad med de internasjonale funnene, men viste et mer dempet bilde av de negative konsekvensene.

Noen norske rapporter viser til at for en god del barn og unge har situasjonen med smitteverntiltak også hatt positive konsekvenser. Her nevnes blant annet: En del barnefamilier fikk mer tid sammen, og gjorde flere hyggelige ting med familien enn tidligere. Noen fikk også en pause fra vanskelige situasjoner som mobbing eller sosial angst på skolen, og noen opplevde mindre stress under koronatiden.

Ifølge Nearchou et al. (2020) sin kvalitetsvurdering i deres metaanalyse, indikerte alle studiene lav eller moderat metodisk kvalitet. Dette samsvarer også med min vurdering av flere av mine utvalgte studier. Nearchou et al. (2020) påpeker at den metodiske kvaliteten på

framtidig forskning må forbedres, for å kunne frambringe sterke forskningsbelegg som grunnlag for politiske beslutninger. Vi trenger her mer solid forskning generelt, og om norske barn og unge spesielt.

3 Teoretiske betraktninger

De teoretiske betraktningene belyser først og fremst forskjellige aspekter ved ungdoms psykiske helse, men teoriene knyttes også opp mot tidligere forskning som omhandler sammenhengen mellom smitteverntiltak og psykiske helseplager. Mange av de ulike aspektene blir til dels drøftet i dette kapittelet, mens noen løftes over i diskusjonskapittelet for videre drøftelser.

3.1 Psykiske lidelser blant ungdom

Litteraturgjennomgangen viser hvordan ungdommer har blitt påvirket av pandemirestriksjoner. Forskningsfunn hittil indikerer at koronapandemien og påfølgende smitteverntiltak er assosiert med en rekke negative konsekvenser for ungdoms psykiske helse. Ravens-Sieberer, Kaman, Otto, et al. (2021) fant at andelen barn og unge med psykiske helseplager hadde økt fra 17,6 prosent til 30,4 prosent, sammenlignet med tiden før pandemien. Danese og Smith (2020) påpeker at psykiske plager kan føre til langvarige psykiske lidelser hos unge mennesker.

Malt og Mykletun (2018) belyser begrepet psykiske lidelser og beskriver forekomst i et kapittel i «Lærebok i psykiatri», og her presenteres noen interessante punkter:

- Omtrent halvparten av befolkningen vil rammes av minst én psykisk lidelse i løpet av livet.
- Det er generelt en høyere forekomst av psykiske lidelser i byer enn på landsbygder, og forekomsten av psykiske lidelser i ulike vestlige land er relativt lik.
- Psykiske lidelser er hyppigere blant personer med intellektuelle ressurser i den yngre del av befolkningen.
- Psykiske lidelser er den betydeligste enkeltårsak til funksjonssvikt og sykmelding i den yrkesaktive befolkning. Uførepensjon for psykiske lidelser innvilges oftere ved yngre alder enn for somatiske sykdommer, og medfører derfor flest tapte arbeidsår blant alle sykdommer.
- Angstlidelser, depresjoner og stressrelaterte kroppslige plager (psykosomatiske lidelser) utgjør tallmessig de største gruppene.

De fleste ungdommer i Norge har god psykisk helse. Likevel er det en betydelig andel ungdommer som sliter psykisk, og som får diagnostisert en psykisk lidelse i løpet av sin

ungdomstid. For en del innebærer det tilstander som kan vare livet ut. Det er, som tidligere nevnt, anslått at om lag 8 prosent av norske barn og unge har en psykisk lidelse (Mykletun et al., 2009, s. 43). Hos tenåringsjenter er det en overhyppighet av depresjon, angstlidelser, tilpasningsforstyrrelser og spiseforstyrrelser, mens gutter har størst risiko for utviklingsforstyrrelser (ADHD) og atferdsforstyrrelser (Folkehelseinstituttet, 2018a).

3.2 Stress-sårbarhetsmodellen

Strengt og inngripende tiltak for å hindre spredning av Covid-19 ga betydelige endringer i livet til folk flest. Smitteverntiltak har utløst en rekke miljø- og stressfaktorer for milliarder av mennesker over hele verden. Foreliggende forskning på området har vist at påvirkning fra disse faktorene kan for mange gi utslag i psykisk uhelse. Årsaken til psykiske helseplager eller lidelser er sammensatt, men det er stor enighet om at dette skyldes samspill mellom flere faktorer. Stress-sårbarhetsmodellen kan brukes til å forklare ulik robusthet i forhold til den psykiske helsebelastningen under koronapandemien. Denne modellen ble introdusert av Joseph Zubin og Bonnie Spring i 1977. Den er særlig en forståelsesmodell for schizofreni, men modellen kan også gi en viss forståelse av andre psykiske utfordringer. Denne teorien gjør oppmerksom på at individuelle biologiske sårbarheter, medfødt og ervervet i forskjellige «blandingsforhold», kan gi psykiske plager eller lidelser ved økte påkjenninger (Zubin & Spring, 1977). Den skiller grovt mellom genetiske faktorer, tidligere livsopplevelser og aktuell livssituasjon. Det å tåle belastningen av smitteverntiltakene kan altså være avhengig av sårbarhetsgraden. Ved lav motstandsevne tåles det mindre stress og påkjenninger, og faren for psykisk uhelse vil øke.

Den biopsykososiale forståelsesmodellen, som kan betraktes som en versjon av stress-sårbarhetsmodellen, kan kort beskrives på følgende måte: Grad av sårbarhet er avhengig av virkningen av interaksjonen mellom de påkjenninger personen gjennomgår og har gjennomgått, og egenskaper ved personen og vedkommendes omgivelser (Andreassen et al., 2018). Den legger vekt på å forstå kroppslige og psykiske sykdommer helhetlig på bakgrunn av både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Dette innebærer at oppvekstforhold kan påvirke psyke seinere i livet under individspesifikke uheldige miljøforhold. Påkjenninger fra tidligere livsopplevelser og aktuell situasjon fører blant annet til økt risiko for depresjonsutvikling (Andreassen et al., 2018). Dette viser at medfødte egenskaper og tidligere livsopplevelser har betydning for en persons evne til å mestre ugunstige miljøforhold, som for

eksempel smitteverntiltakene. Miljøfaktorer kan også påvirke biologiske forhold, som igjen kan være med på å forme det miljøet personen opplever (Andreassen et al., 2018). Stress-sårbarhetsmodellen og den biopsykososiale forståelsesmodellen kan gi en forenklet forståelse av sårbarhet og vansker.

3.3 De første leveårene

Oppvekstforhold kan som nevnt påvirke psyke seinere i livet. De første leveårene blir sett på som en spesielt viktig periode i barns psykiske utvikling. Barns tilknytning til omsorgsgiveren har stor betydning for deres sosiale og emosjonelle utvikling. Det er forsket mye på fenomenet tilknytning, og John Bowlbys teori er sentral i denne forskningen. Tilknytning er en følelsesmessig trang hos barnet som er rettet mot noen få, stabilt tilstedeværende omsorgsgivere i barnets daglige omgivelser, og som er uttrykk for grunnleggende tillit og avhengighet (Bjerkan, 2011, s. 157). Omsorgsgiverne tar seg av barnet ved blant annet å sørge for trygghet, mat, reinhold, sosial kontakt og trøst. Disse personene spiller en vesentlig rolle som trygge holdepunkter for barnet. Dette innebærer at barnet søker til en slik person når det blir redd, og bruker tilknytningspersonen som en trygg base ved utforskning av nye omgivelser (Bjerkan, 2011, s. 157). Barn har som oftest minst 4-5 tilknytningspersoner, som for eksempel mor, far, besteforeldre, et eldre søsken og en ansatt i barnehagen. Bowlby mente at barnets avhengighet til omsorgsgiveren reflekterer et biologisk tenkt behov for nærhet som resulterer i beskyttelse og økt sannsynlighet for overlevelse (Bjerkan, 2011, s. 157).

Tilknytningsteorien går ut fra at tilknytningen har størst betydning for barns psykiske utvikling i aldersperioden 1-3 år. I denne fasen kan tilknytningen blant annet vises ved sykdom og trøtthet, i situasjoner som utløser frykt og ved adskillelse fra omsorgsgiveren. Tilknytningens funksjon er fysisk nærhet til tilknytningspersonen og tilbaketrekking fra noe som utløser frykt. Tilknytning har altså beskyttelse som resultat, noe som viser at det har overlevelsesverdi for arten (Bjerkan, 2011, s. 157-158). Forfatteren trekker også fram kvaliteten av baret tilknytningsforhold i tilknytningsperioden, tilknytningspersonens bidrag til denne kvaliteten og hvordan dette påvirker seinere personlighetsutvikling.

Tilknytningspersonens følsomhet overfor barnet er en avgjørende faktor for kvaliteten på barnets tilknytning. En høy grad av følsomhet betyr at tilknytningspersonen raskt reagerer på baret atferd, og det innebærer at vedkommende må være tilgjengelig og oppmerksom. Disse faktorene bidrar til best mulige forhold for utvikling av trygg tilknytning, og som gir det beste utgangspunkt for adekvat sosial fungering seinere i livet. Omtrent 30 prosent av alle barn har

hatt en utrygg tilknytning (Bjerkan, 2011, s. 159), noe som kan gi en latent sårbarhet som under uheldige miljøforhold seinere i livet kan forårsake psykisk uhelse.

Koronapandemiens inngripende smitteverntiltak må kunne sies å være et uheldig miljøforhold. Kan det være en sammenheng mellom den latente sårbarheten og den økte forekomsten av psykiske helseplager blant ungdom som følge av langvarige smitteverntiltak? Unge mennesker kan ha vært særlig sårbare for de endringene som tiltakene har medført, og kan ha blitt rammet hardt (Folkehelseinstituttet, 2021c). De mest sårbare barn og unge har opplevd betydelige økte psykiske plager under koronapandemien (Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 9). Bakken (2021, s. 7) påpeker også at gruppen av ungdom som ikke har det så bra har blitt større. Det kan i den sammenhengen tenkes at uheldige oppvekstforhold har medvirket til psykisk uhelse for en del ungdommer under pandemien.

3.4 Sårbare barn og unge

En koordineringsgruppe som ledes av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) utdyper begrepet «sårbare barn og unge» i en statusrapport (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2020, s. 10-13). Noen vesentlige momenter i denne beskrivelsen presenteres nedenfor:

- Det brukes ulike begreper som sårbar eller utsatt for å få fram at noen barn har større behov for tjenester enn andre. I rapportforfatternes arbeid benytter de begge begrepene om hverandre.
- Sårbarhet hos de unge kan skyldes at de selv har behov for tett oppfølging, at familien er sårbar eller i en utsatt situasjon, eller en kombinasjon av dette.
- Rapportforfatterne anslår at denne utsatte gruppen utgjør minst 20 prosent av landets barn og unge.
- Innenfor denne gruppen viser forfatterne en oversikt over estimer av omfanget av forskjellige risikogrupper. Av de største gruppene kan følgende nevnes:
 - 23 prosent: Barn med foreldre som har gått fra hverandre og hvor det er høy konflikt, og hvor barn bor med kun én forelder.
 - 19 prosent: Barn som bor trangt.
 - 18 prosent: Barn mellom 12 og 16 år som har opplevd gjentatt psykisk vold.

- 15 prosent: Barn mellom 12 og 16 år som har opplevd mindre alvorlig fysisk vold.
- 15 prosent: Ungdomsskoleelever som er mye plaget av depressive symptomer.
- 7-11 prosent: Barn mellom 12 og 16 år som har opplevd at foreldrene enten har hatt alkoholproblemer, har sittet i fengsel eller har vært psykisk syke.

Disse gruppene er ikke gjensidig utelukkende, så barn kan være i flere risikogrupper.

- Nye bekymringer for økt omfang av sårbare grupper av barn og unge har oppstått på grunn av koronapandemien. Rapportforfatterne peker her blant annet på omstendigheter som:
 - Unge som lever i hjem uten gode rutiner og rammer fikk enda færre rammer ved de iverksatte smitteverntiltakene, og mange mistet sitt fristed fra vold, kontroll og omsorgssvikt da skolen stengte.
 - Flere utsatte barn har tilbrakt mer tid i utrygge hjem hvor det var vanskelig å komme seg bort fra familie og å finne trygge voksenpersoner.
 - Unge som har det vanskelig til vanlig, er også de som ble mest utsatt under nedstengningen.
 - Barn med ulike funksjonsnedsettelse har lidd under mangel av tilbud og manglende helhetlig koordinering av de tilbud som gis.

3.5 Sårbarhetsfaktorer

Det er mange faktorer som anses for å ha betydning for hvordan smitteverntiltakene har påvirket barn og unge. På noen områder er konsekvensene for de unge svært ulike, og å identifisere hvilke faktorer som kan ha betydning for ulike konsekvenser er derfor vesentlig (Nøkleby et al., 2021). Forfatterne kaller faktorer som påvirker barn og unge negativt for sårbarhetsfaktorer, og at det vil si at tilstedeværelse av disse faktorene kan øke risikoen for at ungdommen får det vanskeligere under nedstengningen. De har tatt utgangspunkt i Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell for å illustrere hvordan disse faktorene befinner seg i ulike kontekster rundt det enkelte individ, og tilpasset modellen slik at koronapandemien er den ytre og uavhengige faktoren som har ført til iverksetting av ulike samfunnstiltak. Det legges vekt på faktorer ved og utenfor ungdommen som bidrar til negative konsekvenser av pandemien. Forfatterne har samlet forskningsstøtte for de ulike sårbarhetsfaktorene som presenteres i modellen. Det er en bred oversikt med faktorer på flere nivåer og tematiske

områder. Nedenfor presenteres noen av de mest sentrale sårbarhetsfaktorene som angår temaet i oppgaven:

- Det enkelte ungdom; kjønn (å være jente), stress/bekymringer, tidligere historie med angst / tilbaketrekkende atferd, nedsatt funksjonsevne
- Familien; familiekonflikt, psykisk uhelse hos foreldre, lav sosioøkonomisk status, minoritetsspråklig bakgrunn
- Det sosiale nettverket rundt; mangel på støtte rundt familien, svak sosial tilknytning (ungdom)
- Tjenestenivå; stengte skoler, manglende spesialundervisning, digital undervisning (spesifikke grupper), begrensninger i helsehjelp

Disse faktorene vil også kunne stå i interaksjon med hverandre og forsterke en sårbarhet.

Danese og Smith (2020) peker på en rekke kjente risikofaktorer for psykiske helseplager i forbindelse med pandemirelaterte begrensninger av daglige aktiviteter for barn og unge. Av disse kan nevnes: De mange negative konsekvensene av stengt eller begrenset tilgang til skolen – fra sosial isolasjon til forstyrrelse av rutinen, mangel på struktur og usikkerhet om framtiden. Reduserte nivåer av morsomme aktiviteter og fysisk aktivitet. Utover disse individuelle risikofaktorene trekker de også fram de unges påvirkning av familiens stressfaktorer, og ikke minst redusert tilgang til støttetjenester. På grunn av de intense og langvarige stressfaktorene er det forutsigbart at mange barn og unge vil utvikle kortvarige psykiske helseplager (Danese & Smith, 2020). Her peker de blant annet på: Bekymringer for den vedvarende trusselen og usikkerheten. Redsel eller irritabilitet. Hodepine og magesmerter. Videre påpeker de at disse første symptomene kan føre til langvarige psykiske lidelser hos unge mennesker.

3.6 Resiliensfaktorer

Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart, et al. (2021) fant i sin longitudinelle undersøkelse, om endringer i livskvalitet og psykisk helse hos barn og unge under pandemien, at et positivt familieklima og sosial støtte ble identifisert som viktige ressurser som beskyttet deres livskvalitet og psykisk helse under pandemien. Videre fant Marques de Miranda et al. (2020) i sin kunnskapsoppsummering om barn og unges psykiske helsepåvirkninger av pandemien og den påfølgende sosiale distanseringen: Høye forekomster av symptomer på angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse, men at graden av påvirkning var avhengig av beskyttelses- og

risikofaktorer. Det er mange faktorer som har hatt betydning for hvordan smitteverntiltakene har påvirket ungdom, men ovennevnte funn viser altså at beskyttelsesfaktorer kan ha dempet den negative påvirkningen for en del ungdommer.

Motsatsen til sårbarhetsfaktorer kalles resiliens- eller beskyttelsesfaktorer, og er psykologiske faktorer som fremmer psykisk helse. Det er en kapasitet til å håndtere, eller en motstandskraft mot, stress og belastninger. Resiliens eller psykologisk motstandsdyktighet er et begrep som kan defineres som; de ressurser som finnes i og omkring individet og som gjør at vedkommende kan mestre stress og påkjenninger uten å utvikle en psykisk lidelse (Rosenvinge, 2011, s. 220). Psykologisk motstandsdyktighet samsvarer med personlighetstrekk som «åpenhet for inntrykk og nye erfaringer», og er en slags egenkraftressurs som først mobiliseres når individet opplever stress og belastninger (Friborg et al., 2009, sitert i Rosenvinge, 2011, s. 220). Rosenvinge (2011, s. 220) nevner tre forutsetninger for å ha eller kunne opparbeide resiliens:

1. Et sett av individuelle faktorer tilknyttet arvelige disposisjoner, temperament, personlighet, evner og ferdigheter.
2. Emosjonell varme, støtte og samhold i familien.
3. Sosiale ressurser. Det er både det sosiale nettverket som individet kan trekke på når vedkommende trenger støtte, og et nettverk av mennesker som kan speile og bekrefte individets identitet.

Lav grad av psykologisk motstandsdyktighet henger sammen med blant annet psykiske lidelser som angst og depresjon (Friborg et al., 2003, sitert i Rosenvinge, 2011, s. 220-221).

3.7 Psykiske helseplager

Det er ikke noe klart skille mellom psykiske lidelser og psykiske helseplager, og de kan til dels være overlappende. Interaksjonen mellom genetiske og miljømessige forhold kan føre til både psykiske helseplager og psykiske lidelser. Psykiske plager kan også utvikles til en psykisk lidelse. Begge begrepene kan vise til en symptombelastning som reduserer både livskvalitet og funksjonsnivå. Psykiske lidelser har imidlertid en større symptombelastning, og symptomene må stemme overens med kriteriene i et diagnosesystem for psykiske lidelser. En diagnose på en psykisk lidelse stilles av helsepersonell ved hjelp av et diagnostisk intervju, mens det ikke er uvanlig å identifisere omfang av psykiske helseplager ved anvendelse av en spørreskjemaundersøkelse (Sletten & Bakken, 2016, s. 17). Mange vil i perioder kunne

oppleve å ha betydelige psykiske plager. Ungdomstiden kan for eksempel være en slik periode der prestasjonspress og andre former for psykiske utfordringer preger hverdagen. Det er som nevnt anslått at om lag 15-20 prosent av norske barn og unge har nedsatt funksjon i perioder på grunn av psykiske helseplager (Mykletun et al., 2009, s. 43). En del ungdommer vil derfor oppleve vonde tanker og følelser som legger store begrensninger på hva slags liv de kan leve (Bakken, 2021, s. 36). En rekke studier har over mange år vist en økning i bekymringer, nedstemthet og psykisk stress blant unge generelt og jenter spesielt. Spørreundersøkelser, som blant annet Ungdata står bak, har vist en klar økning i omfanget av psykiske plager hos jenter (Bakken, 2021, s. 39). Psykiske helseplager kan deles inn i to hovedgrupper; eksternaliserende (vendt utover) og internaliserende (vent innover), sistnevnte omtales ofte også som emosjonelle vansker (Sletten & Bakken, 2016, s. 16). I denne masteroppgaven er oppmerksomheten først og fremst rettet mot emosjonelle vansker. Disse handler oftest om symptomer på angst og depresjon.

3.7.1 Nåtidspregede risikofaktorer

De tradisjonelle risikofaktorene er nok fortsatt den viktigste miljøforklaringen, men livsstilsfaktorer har også stor betydning for den psykiske helsen. Det er nåtidspregede faktorer som kostholdsvaner, søvn, fysisk aktivitet, vennsrelasjoner og bruk av sosiale medier. Kan en kombinasjon av slike forhold ha bidratt til den økende forekomsten av psykiske helseplager blant ungdom?

Sosiale medier og dataspill – Søvn

De siste 20 årene har det vært en kraftig økning i tilgjengeligheten og bruken av elektroniske gjenstander som smarttelefoner, datamaskiner, videospillkonsoller, TV og lydspillere. På grunn av dette har elektroniske gjenstander blitt en integrert del av ungdomslivet. I tillegg til underholdningsaspektene spiller elektroniske gjenstander en viktig del av ungdommens sosiale liv. Forskning har vist at de unge bruker stadig mer tid på dataspill og sosiale medier, og dette på bekostning av blant annet søvn. Hysing et al. (2015) har gjennomført en stor populasjonsbasert studie som omhandler søvn og bruk av elektroniske enheter. Resultater fra denne undersøkelsen bekrefter tidligere studier om at ungdom bruker mye tid på elektroniske enheter, og at dette var knyttet til økt risiko for søvnmangel. Total skjermbruk på mer enn fire timer etter skoletid, eller skjermtid den siste timen før sovetid, var relatert til innsøvningsvansker og søvnunderskudd. Nesten alle ungdommene rapporterte at de brukte en

eller flere elektroniske enheter i løpet av den siste timen før sengetid. Forfatterne antyder at ungdommens mediebruk er et folkehelseproblem og at primærforebygging kan være nødvendig. De unges søvnevansker bekreftes også i den siste nasjonale Ungdataundersøkelsen, der 32 prosent av elever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring oppgir at de har hatt søvnproblemer i løpet av den siste uka (Bakken, 2021, s. 39). Søvn er viktig for god psykisk helse. Mangel på søvn kan påvirke humøret og gå ut over funksjonen på dagtid. Én av fire norske ungdommer har søvnmangel som gir nedsatt dagtidfunksjon (insomni), og forekomsten er høyere blant jenter enn blant gutter (Folkehelseinstituttet, 2021b). De unge sover i gjennomsnitt litt under 6,5 timer på hverdager, og det er omtrent 2 timer mindre enn anbefalt. Insomni øker risikoen for utvikling av blant annet psykiske helseplager (Folkehelseinstituttet, 2021b).

En av litteraturstudiene viser også et interessant funn som omhandler sosiale medier. Ungdom som brukte mer tid på sosiale medier under koronapandemien var relatert til økte depresjonssymptomer (Oliveira et al., 2022). En mulig årsaksforklaring på den økte forekomsten av depresjonssymptomer kan nettopp være søvnmangel.

Press og stress

Har et moderne samfunn med økende individualisering, krav og forventninger utsatt de unge for mer press og stress? Noen stressfaktorer hos ungdom er ofte definert som en del av aldersrelatert utvikling i overgangsperioden til voksen alder, mens andre kan ses på som mer tids- og kontekstbundne. Wiklund et al. (2010) presenterer i sin studie av unge kvinner i alderen 16-25 år noen stressfaktorer for jenter spesielt, og ved nåtiden og ungdomstiden generelt. De identifiserte tre klynger av stressfaktorer som representerer forskjellige aspekter ved kvinnenens stressopplevelser:

1. «Modernitetens stressfaktorer»
 - «Strebe etter effektivitet og rasjonalitet»
 - «Press på ytelse og perfeksjon»
 - «Kamp om sosial status»
 - «Muligheter til å velge og endre»
2. «Stressfaktorer grunnet kjønn»
 - «Å glede og bry seg om andre»
 - «Å være ansvarlig og ta ansvar»

- «Ulike krav og plikter»
- «Kvinnelig kroppsbilde og selvtillit»
- «Eksponering for undertrykkelse og vold»
- «Motstridende feminine posisjoner»

3. «Stressfaktorer ved ungdomstiden»

- «Stressende overgang til voksenlivet»
- «Kamp for å komme inn på arbeidsmarkedet»
- «Å møte negative livshendelser»
- «Sosial ekskludering og avvisning»
- «Manglende voksen- og samfunnsstøtte»

Forfatterne fant at flere av disse diskursformede stressfaktorene ikke bare bidrar til psykiske vansker, men også til følelser av begrensninger.

Har de inngripende smitteverntiltakene utsatt de unge for mer press og stress? Den nasjonale Ungdataundersøkelsen i 2021 (Bakken, 2021, s. 40) viser her følgende funn: I 2020 mente 14 prosent at de hadde opplevd så mye press at de i stor, eller svært stor grad, hadde problemer med å takle det. I 2021 økte denne forekomsten til 17 prosent. Det er jenter som først og fremst opplever mye stress og press. I 2021 varierte prosentandelen blant jenter på ulike klassetrinn fra 20 til 27 prosent, mens andelen blant gutter varierte fra 6 til 11 prosent. På tross av disse funnene, opplevde 23 prosent av ungdommene mindre stress i hverdagen enn før koronatiden (Bakken, 2021, s. 11).

Vennskapsrelasjoner

Vennskapsrelasjoner spiller en vesentlig rolle i sosialiseringprosessen og identitetsdanningen i ungdomstiden. Videre har venner og gode sosiale nettverk stor betydning for den psykiske helsen. Det finnes mye forskning som bekrefter en slik positiv sammenheng. Sosial støtte kan øke mestring av psykisk stress og motvirke effekten av negative livshendelser (Melle et al., 2018). Kogstad et al. (2012) undersøkte blant annet sammenhengen mellom det å ha gode nettverk og det å ha det bra psykisk hos personer med psykisk uhelse. De fant at trivsel var knyttet til støtte fra sosialt nettverk, og som representerte en mulighet til å snakke ut om vonde erfaringer. Forfatterne konkluderte med at ulike typer sosial støtte fra nettverk ser ut til å gi terapeutiske kvaliteter, som i det minste er sammenlignbare med organisert behandling i det psykiske helsevesenet. Funnene tyder også på at flere kunne hjelpes dersom det ble

etablert et sterkere sosialt nettverk for sårbare grupper med liten sosial støtte (Kogstad et al., 2012). Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart, et al. (2021) fant i sin undersøkelse, om endringer i livskvalitet og psykisk helse hos barn og unge under koronapandemien, at sosial støtte ble identifisert som en viktig ressurs som beskyttet deres livskvalitet og psykisk helse under pandemien.

Fysisk aktivitet

Andrés et al. (2022) fant i sin undersøkelse, om foreldres oppfatning av barn og unges psykiske helse under koronapandemien, at foreldrene observerte blant annet mindre stress hos sine barn når de fikk muligheten til å aktivisere dem ute. Fysisk aktivitet er et vidt begrep som blant annet omfatter kroppsøving, lek, gåing, sykling, friluftsliv, fysisk arbeid og trening. Helsedirektoratets nasjonale faglige råd er at barn og unge bør være i fysisk aktivitet minimum en time hver dag, og at aktiviteten bør være variert med både moderat og hard intensitet (Helsedirektoratet, 2019). Ungdom er for lite fysisk aktive i forhold til dette rådet. Blant 15-åringene tilfredsstillter kun 40 prosent av jentene og 51 prosent av guttene anbefalingene (Folkehelseinstituttet, 2021a). Regelmessig fysisk aktivitet er avgjørende for den fysiske helsen, men er også viktig for god mental helse, kognitiv funksjon og læring (Helsedirektoratet, 2019). Videre begrunner Helsedirektoratet sitt råd med at de unge, gjennom lek, lagspill og allsidig fysisk aktivitet, kan utvikle både gode sosiale egenskaper og fysiske ferdigheter som gir positive effekter som tilhørighet, mestring og glede.

Dersom miljøbelastningen har nådd et bristepunkt for mange ungdommer, tåler de i den sammenhengen også belastningen av smitteverntiltakene? Det trengs her mer kunnskap om langtidsvirkninger av tiltaksbelastningen i forhold til psykiske helseproblemer, for å kunne besvare dette spørsmålet.

4 Metodetilnærming

4.1 Kvantitativ metode

Problemstillinger kan belyses gjennom bruk av samfunnsvitenskapelige metoder. I samfunnsvitenskapelige metoder forskes det på virkeligheten om samfunnsmessige forhold og prosesser (Johannessen et al., 2010, s. 29). En kvantitativ tilnærming handler om tallenes tale, hvor spesielle statistiske prosedyrer anvendes (Johannessen et al., 2010, s. 237). Ved kvantitative metoder forholder man seg til data i form av kategoriserte fenomener, og vektlegger opptelling og utbredelse av fenomenene (Johannessen et al., 2010, s. 99). Kvantitative metoder legger også vekt på; objektiv måling og analyse av årsakssammenhenger mellom variabler, data innsamlet gjennom for eksempel spørreskjemaer, og generalisere data på tvers av grupper av mennesker – inkludert å forklare et bestemt fenomen (Ringdal, 2018, s. 110-112). Analyse av kvantitative data dreier seg også om hvordan data kan tolkes (Johannessen et al., 2010, s. 237).

Det er undersøkelsens problemstilling som bestemmer valg av teori og forskningsmetode, og det gjelder derfor å finne teorier og framgangsmåter som best mulig kan være til hjelp for å besvare problemstillingen (Johannessen et al., 2010, s. 59). Valget av Ungdata som datakilde styrer imidlertid langt på vei forskningsdesign, datainnsamlingsmetode og analysemetode. Ungdataundersøkelsen er en spørreundersøkelse, som er den overlegent mest benyttede datainnsamlingsmetoden i samfunnsvitenskapene (Ringdal, 2018, s. 191). Spørreundersøkelser er en kvantitativ tilnærming, hvor man er opptatt av å kartlegge utbredelse av forskjellige fenomener (Johannessen et al., 2010, s. 31). I denne oppgaven ble derfor en kvantitativ studie av norske ungdommers opplevelse av sin psykiske helse under koronapandemien anvendt.

Ungdataundersøkelsen benytter elektroniske selvutfyllingsskjema for datainnsamlingen, og dette er en tverrsnittsstudie. Tverrsnittsdesign benyttes ofte i kvantitative forskningsstrategier med utgangspunkt i spørreundersøkelser. En slik studie benytter data fra ett bestemt tidspunkt eller en avgrenset og kort periode, og gir et øyeblikksbilde av det fenomenet som studeres (Johannessen et al., 2010, s. 74). Masteroppgaven var basert på data fra ett tidspunkt. Respondentene besvarte et elektronisk spørreskjema i et avgrenset tidsrom (våren 2021). Data registreres bare én gang for hver respondent, og hensikten er først og fremst å beskrive forhold i nåtid (Ringdal, 2018, s. 112).

4.2 Datagrunnlaget – Ungdataundersøkelsen

Ungdata er altså datakilden for masteroppgaven. Ungdataundersøkelsen er en spørreskjemaundersøkelse som regelmessig samler inn data om unges liv og helse, gjennom spørsmål om nære relasjoner, skole, lokalmiljø, fritidsaktiviteter, helse, trivsel, rusmiddelbruk, risikoatferd og vold (Velferdsforskningsinstituttet NOVA, u.å.-a). Siden 2010 har over 665 000 ungdommer på ungdomsskolen og i videregående skole deltatt i ungdataundersøkelsene, og gir dermed et godt innblikk i hvordan det er å være ung i Norge i dag (Velferdsforskningsinstituttet NOVA, u.å.-a). Svarene fra alle disse spørreskjemaundersøkelsene blir samlet i en felles nasjonal database – Ungdatabasen, og NOVA/OsloMet har ansvaret for å forvalte databasen (Bakken, 2021, s. 52).

Ungdataundersøkelsen har gitt mye kunnskap om de unge sin opplevelse av egen helse, på ungdomsskolen og i den videregående skolen (Prop. 121 S (2018–2019), s. 8). Resultatene fra Ungdata brukes blant annet som kunnskapsgrunnlag i forebyggende ungdomsarbeid og politikktutvikling (Velferdsforskningsinstituttet NOVA, u.å.-a).

Datamaterialet i denne masteroppgaven ble basert på den nasjonale Ungdataundersøkelsen i 2021. Denne spørreundersøkelsen hadde også inkludert koronaspesifikke spørsmål som fanget opp de unges opplevelse av koronapandemien (Velferdsforskningsinstituttet NOVA, 2021). Den ble gjennomført av velferdsforskningsinstituttet NOVA i samarbeid med de regionale kompetansesentrene innen rusfeltet (KoRus). Ungdata er finansiert av Helsedirektoratet gjennom et årlig tilskudd via statsbudsjettet (Velferdsforskningsinstituttet NOVA, u.å.-a). Anonyme data fra det nasjonale datasettet for Ungdata 2010-2021 ble tilgjengelig for forskningsformål gjennom en søknad til NOVA. Vedlegg 3 viser avtalen om tilgang til data. Tilgangen til klassetilhørighet for videregående skole ble imidlertid fjernet av NOVA, uten oppgitt begrunnelse. Dette umuliggjorde å skille mellom klassetrinn på videregående skole, og derfor ble skolenivå valgt som variabel. NOVA er ikke ansvarlig for masteroppgavens analyser eller fortolkninger av resultatene.

Spørreundersøkelsen i 2021 ble gjennomført under selve koronapandemien, etter at den hadde vart i cirka ett år. Det var et rekordstort antall kommuner og ungdommer som deltok i undersøkelsen, og totalt svarte 140 000 ungdommer på et elektronisk spørreskjema i skoletiden med en voksen til stede (Bakken, 2021, s. 52). Spørreundersøkelsen ble

gjennomført i omtrent alle kommuner i de berørte fylkene i masterstudien. Den nasjonale svarprosenten var 82 prosent på ungdomskolen og 67 prosent på videregående skole (Bakken, 2021, s. 54).

4.2.1 Masterstudiens utvalg

Denne masterstudiens utvalg ble basert på et underutvalg av den nasjonale Ungdataundersøkelsen i 2021. Utvalget besto av følgende tre fylker; Møre og Romsdal, Vestfold og Telemark, og Oslo. Dette var et strategisk utvalg av fylker hvor det har vært forskjellige nivåer av smitteverntiltak. Samtlige respondenter i de tre fylkene som deltok i den nasjonale undersøkelsen ble inkludert i masteroppgaven. Dette utgjorde til sammen 46 246 ungdommer, hvorav 26 785 var ungdomsskoleelever og 19 461 var elever i videregående skole. Kjønnfordelingen var tilnærmet lik, der 49,4 prosent var jenter og 48,4 prosent var gutter (2,2 prosent hadde ikke oppgitt kjønn). Tabell 4-1 viser fordelingen av respondentene på henholdsvis skolenivå, fylke og kjønn.

Tabell 4-1 Frekvenstabell på skolenivå, fylke og kjønn

Skolenivå			Fylke		Kjønn			
	N	%	N	%	N	%		
Ungdomsskolen	26785	57,9	Oslo	19235	41,6	Gutter	22398	48,4
Videregående	19461	42,1	Møre og Romsdal	4985	10,8	Jenter	22838	49,4
			Vestfold og Telemark	22026	47,6	Ubesvart	1010	2,2
Totalt	46246	100,0	Totalt	46246	100,0	Totalt	46246	100,0

4.3 Kravet om intersubjektivitet i forskning

Hvordan en undersøkelse er gjennomført må tilstrekkelig dokumenteres, slik at det er mulig for andre å vurdere forskningsprosessen og resultatene, for å kunne ta stilling til konklusjonene (Johannessen et al., 2010, s. 398). Dette kravet om intersubjektivitet i forskningen innebærer altså tilgjengeliggjøring av anvendt materiale og resultater, for at det skal kunne kontrolleres av andre. Selv om det forventes at forskningen er transparent, kan det være en etisk utfordring. I Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora blir det redegjort nærmere for dette temaet, og følgende blir framhevet: «Forskningens materiale og resultater bør gjøres tilgjengelig for andre så åpent som mulig, for å legge til rette for læring, etterprøving og kritikk» (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021, s. 12).

Reliabilitet og validitet brukes blant annet som vurderingskriterier for operasjonalisering av variabler, og har også stor betydning for forskningens intersubjektivitet. Reliabilitet knyttes til nøyaktigheten av undersøkelsens data – hvor pålitelige data er (Johannessen et al., 2010, s. 40). Validitet handler om hvor godt, eller relevant, data representerer det fenomenet som skal undersøkes (Johannessen et al., 2010, s. 69). Høy validitet krever også høy reliabilitet. Systematiske målefeil går direkte ut over dataenes validitet, mens reliabilitet påvirkes av tilfeldige målefeil (Ringdal, 2018, s. 103).

4.3.1 Datamaterialets pålitelighet – reliabilitet

Svarprosenten i spørreundersøkelsen var på 75 prosent, og det var cirka fem prosentpoeng under det normale. Årsaken til dette var at lokale restriksjoner, knyttet til koronapandemien, førte til at datainnsamlingen enkelte steder ble for krevende å få gjennomført (Bakken, 2021, s. 54). Datakvaliteten i enkelte kommuner kan derfor være svekket. Hvilke kommuner som her var berørt er utilgjengelig informasjon, og kan av den grunn ikke undersøkes nærmere. Hvilken betydning kan ulik svarprosent mellom kommunene ha for resultatene i undersøkelsen? NOVA dokumenterer i et metodenotat at svarprosenten i Ungdata har begrenset betydning for resultatene i undersøkelsene (Velferdsforskningsinstituttet NOVA, u.å.-c). I notatet dokumenteres det blant annet at omfanget av ulike typer ungdomsproblemer varierer nokså lite med svarprosenten i den enkelte kommune. Selv om svarprosenten øker fra 75 til 95 prosent viser dokumentasjonen at dette ikke får veldig store konsekvenser. Med en fortsatt høy svarprosent og Ungdatas store utvalg av respondenter er det grunn til å tro at kvaliteten på selve datainnsamlingen var tilfredsstillende.

Det hefter en viss usikkerhet rundt selvrapporterte data, for eksempel om ungdommene forsto spørsmålene, om ungdommene svarte ærlig og om alle spørsmålene ble besvart. NOVAs erfaring er at de aller fleste elevene som er med i spørreundersøkelsen tar den på alvor, og at Ungdata gir et treffende bilde av situasjonen til ungdom generelt (Bakken, 2021, s. 55). Ovennevnte metodenotat beskriver også et system for «vasking» av dataene som samles inn, for å luke ut useriøse besvarelser (Velferdsforskningsinstituttet NOVA, u.å.-c). Vaskingen innebærer i hovedsak at en usannsynlig involvering i ulike aktiviteter som etterspørres i samme spørsmålsbatteri (for eksempel at ungdommene svarer maksimumsverdien «6 ganger eller oftere» på alle spørsmålene om fritid) eller usannsynlige kombinasjoner av svar (for

eksempel at ungdommene er veldig mye plaget av depressivt stemningsleie, samtidig som de er svært fornøyde med alle sider i livet sitt) lukes ut. Altså at alle respondentene som har lignende svarkombinasjoner, får svarene sine slettet på de aktuelle spørsmålene.

Ekskluderingen av slike useriøse besvarelser styrker reliabiliteten. Filvaskeprosessen har vist at mindre enn 1 prosent er useriøse besvarelser, og disse elevene vil i liten grad påvirke resultatene (Bakken, 2021, s. 55).

Operasjonalisering av oppgavens problemstilling har også stor innvirkning på reliabiliteten. Den må være velbegrunnet, og utvalgte indikatorer må kunne gi pålitelige bilder av de teoretiske begrepene. Indeksene som ble konstruert for de anvendte statistiske analysene ble testet for reliabilitet, og viste tilfredsstillende kvalitet. En nærmere omtale av testanalysene, samt testresultatene, er beskrevet i kapittel 4.6 Operasjonalisering av problemstilling – variabler.

4.3.2 Metodens og datas relevans – validitet

I tillegg til reliabilitet, er også validitet et vurderingskriterium for operasjonalisering av variabler. Hvordan studiens nøkkelbegreper operasjonaliseres og måles avgjør langt på vei studiens validitet. Validitet går på relasjonen mellom indikatorene og det teoretiske begrepet. Dette handler om i hvilken grad utvalget av indikatorer dekker de viktigste aspektene av det teoretiske begrepet, og kriteriene er forskerens subjektive vurdering (Ringdal, 2018, s. 104-105). Variabler med lav validitet betyr altså at noe annet enn det teoretiske begrepet måles, og dette kan medføre at det trekkes feil konklusjoner. Systematiske målefeil kan imidlertid også oppstå før selve måleprosessen. Ringdal (2018, s. 371) nevner noen mulige feilkilder ved respondentenes besvarelser som kan skape validitetsproblemer. Han trekker her fram enighetssyndromet og sosial ønskelighet som to generelle kilder til målefeil. Videre er Ungdatamålene for psykisk uhelse omdiskutert og kritisert, noe som blir omtalt og diskutert i diskusjonskapittelet.

4.4 Forskningsetiske vurderinger

Innsamling og bruk av data kan by på etiske utfordringer, blant annet forhold knyttet til personvern og triggering av sårbare problemer. Det kan for enkelte ungdommer være belastende å svare på følsomme spørsmål. Spesielt sensitive temaer kan gi skadevirkninger, fordi slike spørsmål kan sette i gang eller forsterke negative følelser og tanker hos enkelte personer

(Ringdal, 2018, s. 64). Nova har det overordnede ansvaret for at respondentenes integritet og konfidensialitet blir ivaretatt (Velferdsforskningsinstituttet NOVA, u.å.-d). NOVA (u.å.-b) informerer om følgende på nettsiden til Ungdata: Ungdataundersøkelsene gjennomføres ordinært som anonyme spørreundersøkelser. Det er frivillig å delta, og foresatte kan reservere sitt barn fra deltakelse. I forkant av undersøkelsene får elever og foresatte tilsendt et informasjonsbrev om undersøkelsen. Alle svar blir behandlet strengt konfidensielt, og resultatene kan ikke identifisere hva enkeltpersoner har svart. Elevene får kontaktinformasjon til hjelpepersonell, og kan om ønskelig få en samtale dersom spørreundersøkelsen skulle utløse vansker. Videre så anvender Nova Tjenester for sensitive data (TSD) som oppfyller krav til behandling og lagring av sensitive forskningsdata (Velferdsforskningsinstituttet NOVA, u.å.-d).

Forskerens teoretiske utgangspunkt og personlige verdier er faktorer som bidrar til å begrense objektivitet i samfunnsvitenskapene (Ringdal, 2018, s. 47). En viktig forskningsetisk utfordring i selve masteroppgaven var derfor å etterstrebe objektivitet, for i minst mulig grad påvirkes av sine egne syn på de fenomenene som studeres. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har som hovedoppgave å utvikle forskningsetiske retningslinjer som fremmer redelighet i forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). I disse fyldige retningslinjene framkommer blant annet at forskere plikter å følge anerkjente vitenskapelige og etiske normer som ærlighet, etterrettelighet og åpenhet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021, s. 10). Det å reflektere over hvordan egne normer, verdier og holdninger kan påvirke forskningen er essensielt for å kunne møte de etiske utfordringene. Et annet viktig element i de etiske vurderingene er ansvaret for å beskytte sårbare gruppers integritet og interesser. Ved forskning på sårbare grupper må beskrivelser som kan medføre stigmatisering unngås (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021, s. 26). Det kan for eksempel være stigmatiserende å legge vekt på at enkelte spesifikke grupper er mer sårbare for psykiske helseplager enn andre.

Forskningsetikk handler også om god henvisningsskikk. «All forskning skal bygge på god henvisningsskikk. Anerkjennelse av andres arbeid er viktig for å opprettholde en kollegial kultur, og det er en forutsetning for etterprøvbarhet og kritikk» (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021, s. 13). EndNote X9, med APA 7th referansestil, ble brukt som hjelpemiddel for å sikre riktig henvisning til kilder.

4.5 Statistiske analyser

I Ungdatabasen er det store mengder med tall. For å gjøre disse tallmengdene håndterbare og forståelige må dataene bearbeides og analyseres (Johannessen et al., 2010, s. 277). Dataene må derfor forenkles, og dette kan gjøres ved hjelp av statistiske analyser. Ringdal (2018, s. 281) beskriver og kommenterer statistiske analyser trinn for trinn: Først velges variabler til analysen, ut fra problemstillingen, og disse klargjøres. Det er rasjonelt å lage et sammensatt mål (indeks) basert på spørsmål som er ment å måle den samme variabelen. Så følger selve dataanalysen, der den beste strategien er å gå fra enkle analyser til mer kompliserte. En enkel måte å undersøke sammenhenger mellom variabler er bivariat analyse, der man ser hvordan enhetene fordeler seg på to variabler samtidig (Johannessen, 2009, s. 109). En litt mer komplisert analyseform er multivariat analyse, som opererer med mer enn to variabler (Johannessen et al., 2010, s. 415). De statistiske analyser som ble anvendt for å belyse problemstillingen blir hovedsakelig beskrevet nedenfor, men noen av disse blir også nærmere omtalt underveis i kapittelet 4.6 Operasjonalisering av problemstilling – variabler.

Det ble gjennomført signifikanstester i analysene, for å kunne generalisere utvalget til populasjonen. Det refereres til p-verdi, hvor signifikansnivået var satt til $p < 0,05$. Dette er et ofte anvendt nivå i samfunnsforskning, og som betyr at inntil 5 prosent sannsynlighet for å forkaste en riktig nullhypotese (H_0) kan aksepteres (Johannessen et al., 2010, s. 345). Det kan med andre ord forklares som at det er en statistisk sammenheng mellom variablene, men at det kan aksepteres en usikkerhet på inntil 5 prosent for at resultatene kan være tilfeldig.

Dataprogrammet IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versjon 28 ble anvendt til behandling av data og utarbeidelse av statistikk.

4.5.1 Faktoranalyse

De fenomener som ønskes undersøkt kan være omfattende og komplekse. Et sett med spørsmål kan belyse et fenomen bredere, i forhold til hva ett spørsmål kan fange opp. Ulike sider ved fenomenet gir mer utfyllende og nyanserte opplysninger. Ved operasjonalisering av aktuelle fenomener kan en faktoranalyse benyttes til å utvikle sammensatte mål. Ved hjelp av faktoranalyse kan det påvises mønstre i de statistiske sammenhengene mellom et sett variabler, med sikte på å undersøke om spørsmålene (indikatorerne) måler en eller flere

dimensjoner (faktorer) av et fenomen eller begrep (Johannessen, 2009, s. 167). Den mest brukte formen for faktoranalyse i samfunnsvitenskapelige undersøkelser er eksplorerende, og det vil si at det på et tidlig stadium i analysen ønskes å undersøke mulige mønstre i korrelasjonene mellom variabler (Johannessen, 2009, s. 168). I masterstudien ble følgelig denne formen benyttet, men noen forhold måtte avklares før den endelige gjennomføringen. Faktoranalysen forutsetter at det må være minst tre variabler, og variablene må være kontinuerlige (minst ordinalnivå) med minimum fire verdier. Videre så forutsettes det at det er lineære sammenhenger mellom variablene, hvis ikke må variablene omkodes slik at sammenhengen blir lineær (Johannessen, 2009, s. 169). Disse forholdene ble oppklart etter noen runder med analysen. Faktoranalysen blir omtalt nærmere i kapittelet 4.6

Operasjonalisering av problemstilling – variabler.

4.5.2 Reliabilitetsanalyse

Spørsmålene som skulle fungere som indikatorer på de latente variablene ble også testet med tanke på reliabilitet. Dersom gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat innebærer det høy reliabilitet (Ringdal, 2018, s. 103). I spørreundersøkelser er det imidlertid ikke realistisk å kunne gjenta målinger, men det finnes en annen måte å vurdere reliabiliteten på. Tverrsnittsdataenes pålitelighet kan vurderes ved å måle graden av intern konsistens mellom indikatorene som skal inngå i en indeks, og dette kan måles med Cronbachs alfa (Ringdal, 2018, s. 104). Fordelen med denne metoden er at reliabilitetsmål kan beregnes på grunnlag av målinger bare på ett tidspunkt, og Cronbachs alfa (α) er det overlegent mest anvendte målet på denne typen reliabilitet (Ringdal, 2018, s. 367). Cronbachs alfa blir også omtalt nærmere i kapittel 4.6.

4.5.3 Deskriptiv statistikk

Deskriptiv statistikk begrenser seg til å analysere hvordan respondenter fordeler seg på variablene, og slik statistikk kan blant annet være gjennomsnitt, median, kvartiler, standardavvik og korrelasjonskoeffisient (Johannessen, 2009, s. 48). I denne masterstudien ble deskriptiv statistikk med gjennomsnitt og standardavvik anvendt til å beskrive variablenes fordelinger. Gjennomsnittet er et statistisk mål på tyngdepunktet i en fordeling, og kan brukes på ordinalvariabler med mange verdier (Ringdal, 2018, s. 296). Spredningsmål beskriver spredning i en fordeling, og standardavviket kan være et mål på denne spredningen. Standardavviket er med andre ord variasjonen i forhold til gjennomsnittet. Det kan i

utgangspunktet bare benyttes på kontinuerlige variabler, men brukes også på ordinale variabler med mange verdier (Ringdal, 2018, s. 299). Variablenes fordelinger ble oppsummert i tilpassede tabeller ved hjelp av SPSS og Excel.

4.5.4 Enveis variansanalyse (ANOVA)

T-testen og variansanalyse (ANOVA) kan anvendes til å analysere forskjeller i gjennomsnitt på en kontinuerlig avhengig variabel mellom grupper etter en eller flere kategorivariabler. Mens t-testen er begrenset til to gruppegjennomsnitt samtidig, muliggjør en enveis variansanalyse («One-Way ANOVA») analyser med flere grupper (Ringdal, 2018, s. 377). I en enveis variansanalyse er det F-testen som benyttes til å undersøke om gruppeforskjellene er statistisk signifikante. Variansanalyser kan innebære mange sammenligninger hvor risikoen for å få tilfeldige signifikante utfall øker. En post-hoc-test kan kompensere for slike tilfeldige feil (Ringdal, 2018, s. 393). Post-hoc-testen viser gjennomsnittsforskjeller og p-verdier til samtlige sammenligninger. Det er utviklet en rekke slike tester med ulike egenskaper, og under One-Way ANOVA i SPSS kan aktuell test velges. Da gruppene i studien som ønskes undersøkt med enveis ANOVA har omtrentlig lik varians og størrelse, ble Tukey HSD testen her anvendt. Tukey HSD testen er også en av de mest brukte post-hoc-testene for flere sammenligninger.

For å kunne sikre pålitelige resultater fra en enveis variansanalyse, må følgende forutsetninger tas hensyn til (Ringdal, 2018, s. 395):

- Avvikene fra gruppegjennomsnittene (residualene) må være normalfordelte, men denne forutsetningen er av mindre betydning i store utvalg (som i denne studien).
- Den avhengige variabelens varians skal være lik i alle gruppene (homogen). Små forskjeller mellom variansene kan imidlertid også tilfredsstille dette kravet. F-testen er rimelig sterk hvis gruppestørrelsene er noenlunde like.
- Observasjonene skal være uavhengige, og dette sikres gjennom tilfeldige utvalg.

Denne analysen ble vurdert som anvendelig i studien.

4.5.5 Multiplert lineær regresjonsanalyse

Hensikten med multiplert regresjonsanalyse er blant annet å gjøre analysen mer realistisk, kontrollere for effekter fra andre uavhengige variabler og redusere residualene (Ringdal, 2018, s. 411). En måte å inkludere de uavhengige variablene er å ordne dem i blokker, kalt

hierarkisk regresjon, og det muliggjør å undersøke effekten i hver blokk (Johannessen, 2009, s. 152). I studien ble følgende tre blokker rangert på denne måten; trinn 1 – smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv, trinn 2 – demografi og trinn 3 – sosiale forhold. Det er vanligvis forskningsdesignen som bestemmer rekkefølgen på blokkene, hvor den sentrale hypotesen inkluderes først og deretter kontrollvariabler (Johannessen, 2009, s. 153). Sammenhengen mellom smitteverntiltak og psykiske helseplager er hovedtemaet i oppgaven, og smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv ble derfor rangert først. Videre så ble demografi, blant annet kjønn, inkludert foran mulige interessante sosiale forhold. Tidligere forskning har vist at sammenhengen mellom kjønn og psykiske helseplager har stor betydning.

Det stilles noen krav for å kunne anvende en lineær regresjonsanalyse. Regresjonsmodellen bygger på følgende tre typer forutsetninger (Ringdal, 2018, s. 422-423):

1. Den viktigste typen er at modellen må være korrekt spesifisert. Dette innebærer at bare de vesentligste uavhengige variablene er tatt med, og at de er uten målefeil. Det er vanlig at begrensninger i data gjør at ikke alle relevante variabler er tatt med eller kontrollert for. Videre så må sammenhengene mellom de uavhengige variablene og den avhengige være lineære. Denne forutsetningen kan imidlertid mykes opp ved bruk av andregradsledd. Linearitet bør undersøkes hvis det er teoretiske grunner til tvil. Det må heller ikke være samspill mellom de uavhengige variablene.
2. Modellen bygger også på noen forutsetninger om residualene. Disse forutsetningene er normalt uproblematisk i store utvalg med tverrsnittsdata.
3. De uavhengige variablene må ikke være perfekt korrelerte (hverken parvis eller gruppevis). Problemer kan oppstå ved høye korrelasjoner, over 0,9.

De mest aktuelle forutsetningene ble gjennomgått, og regresjonsmodellen ble vurdert som hensiktsmessig i studien.

4.6 Operasjonalisering av problemstilling – variabler

Sentrale begreper ble dannet med utgangspunkt i oppgavens problemstilling, og det ble videre søkt etter relevante spørsmål i spørreundersøkelsen som kunne brukes til å identifisere disse begrepene. Hensikten med denne operasjonaliseringen var altså å gjøre de teoretiske variablene målbare, for å kunne besvare problemstillingen. Sammensatte mål (indekser) ble anvendt for de mest sentrale variablene i studien. Indekser er basert på minst to målte variabler. De kan fange inn flere nyanser ved et teoretisk begrep og gi høyere reliabilitet enn

hver enkelt variabel (Ringdal, 2018, s. 355). En rekke spørsmål ble testet før beslutningen om hvilke variabler som skulle inngå i de endelige skalaene ble tatt. Faktoranalyse og reliabilitetsanalyse ble her anvendt i kvalitetssikringen av skalaene.

4.6.1 Psykiske helseplager

Psykiske helseplager er den sentrale og avhengige variabelen i studien, det fenomenet som skal forklares. Dette er et subjektivt mål som er basert på ungdommenes egen helsevurdering. Ungdata bruker Hopkins Symptoms Checklist for å fange opp psykiske helseplager. Det er et sett spørsmål som har vært brukt i mange selvrapporteringsstudier, og som fanger opp symptomer på depresjons- og angstplager (Velferdsforskningsinstituttet NOVA, 2020). Disse spørsmålene er kvalitetssikret gjennom både norske og internasjonale forskningserfaringer, og har vist seg å ha god reliabilitet og validitet etter såkalte psykometriske kriterier (Velferdsforskningsinstituttet NOVA, 2020). Som tidligere nevnt er imidlertid disse Ungdatamålene for psykisk uhelse omdiskutert og kritisert, noe som blir omtalt i diskusjonkapittelet.

Til å måle psykiske helseplager brukes følgende seks spørsmål om ungdommene den siste uka har opplevd ulike symptomer på depresjons- og angstplager; «følt at alt er et slit», «hatt søvnproblemer», «følt seg ulykkelig, trist eller deprimert», «følt håpløshet med tanke på framtida», «følt seg stiv eller anspent» og «bekymret seg for mye om ting». Hvert spørsmål har fire svarmuligheter; «ikke plaget i det hele tatt», «lite plaget», «ganske mye plaget» og «veldig mye plaget». En indeks ble konstruert fra datasettet, basert på Ungdatas spørreskjema for 2021. Tabell 4-2 viser indeksen for psykiske helseplager med den eksakte spørsmålsformuleringen og verdiangivelse av svaralternativene. Der indikatorene og verdiene er identiske med henholdsvis spørsmål og svaralternativer i spørreskjemaet for 2021, med unntak av det siste spørsmålet «Følt deg ensom». Vedlegg 1 viser dette i et utdrag av spørreskjemaet, temaet Psykiske helseplager. Bakgrunnen for at spørsmålet om ensomhet her ble valgt bort er at det i utgangspunktet ikke inngår i skalaene som måler psykiske helseplager (Frøyland, 2017, s. 47). Indikator om ensomhet inngår imidlertid i en annen skala i oppgaven.

Tabell 4-2 Sammensatte mål for psykiske helseplager

Teoretisk variabel	Indikatorer	Verdiangivelse
Psykiske helseplager	Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette: 1) Følt at alt er et slit 2) Hatt søvnproblemer 3) Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert 4) Følt håpløshet med tanke på framtida 5) Følt deg stiv eller anspent 6) Bekymret deg for mye om ting	1 = Ikke plaget i det hele tatt 2 = Lite plaget 3 = Ganske mye plaget 4 = Veldig mye plaget

Til å vurdere kvaliteten til denne og andre skalaer i oppgaven ble egenskapene dimensjonalitet og reliabilitet målt. Dimensjonalitet går på om indikatorene som operasjonaliserer et teoretisk begrep, måler en eller flere dimensjoner. En skala bør være endimensjonal, og det betyr at indikatorene må være homogene. Dette innebærer at det må være korrelasjon mellom indikatorene (Ringdal, 2018, s. 103). Skalaenes dimensjonalitet ble testet ved hjelp av eksplorerende faktoranalyse. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) som mål for utvalgstilstrekkelighet og Bartletts sfæretest er en del av faktoranalysen som undersøker korrelasjonene mellom variablene. KMO må være minst 0,60 (varierer mellom 0 og 1) og Bartletts test må være statistisk signifikant på $p < 0,05$ (Johannessen, 2009, s. 172). Skalaen på psykiske helseplager viste KMO 0,91 og p-verdi i Bartletts test $< 0,01$.

Indeksenes reliabilitet ble testet ved å måle graden av intern konsistens mellom indikatorene. Den interne konsistensen ble målt med Cronbachs alfa (α), som varierer fra 0 til 1. En indeks har en tilfredsstillende reliabilitet hvis alfa er over 0,70 (Ringdal, 2018, s. 104). Indeksen på psykiske helseplager hadde verdien 0,89. Samlet sett viste disse analysene at en reliabel skala for psykiske helseplager kunne dannes på grunnlag av de valgte indikatorene.

4.6.2 Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv

Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv er også en sammensatt variabel, og er den mest sentrale variabelen av de uavhengige variablene i studien. Variabelen fanger opp noen negative konsekvenser for ungdommers hverdagsliv på grunn av strenge og inngripende smitteverntiltak. Til å måle den sammensatte variabelen brukes følgende fire spørsmål om hvordan året under koronapandemien har vært for ungdommene; «hatt færre venner å snakke med», «fått være med på færre fritidsaktiviteter», «hatt mindre sosial kontakt med elevene i klassen» og «følt seg mer ensom». Hvert spørsmål har fire svarmuligheter; «stemmer ikke i det hele tatt», «stemmer litt», «stemmer godt» og «stemmer svært godt». Det var

kombinasjonen av disse indikatorene som utgjorde den teoretiske variabelen. Tabell 4-3 viser indeksen for smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv med den eksakte spørsmålsformuleringen og verdiangivelse av svaralternativene. Vedlegg 2 viser temaet Livet under koronapandemien i Ungdatas spørreskjema for 2021, med samtlige koronaspesifikke spørsmål.

Tabell 4-3 Sammensatte mål for smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv

Teoretisk variabel	Indikatorer	Verdiangivelse
Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv	Sammenliknet med tiden før korona, hvordan har året under koronapandemien vært for deg? 1) Jeg har hatt færre venner å snakke med enn før koronatiden 2) Jeg har fått være med på færre fritidsaktiviteter enn før koronatiden 3) Jeg har hatt mindre sosial kontakt med elevene i klassen enn før koronatiden 4) Jeg har følt meg mer ensom enn før koronatiden	1 = Stemmer ikke i det hele tatt 2 = Stemmer litt 3 = Stemmer godt 4 = Stemmer svært godt

Kvaliteten til denne skalaen var også tilfredsstillende. Den viste KMO 0,70, p-verdi i Bartlett's test $< 0,01$ og $\alpha = 0,72$. Disse verdiene viste at de valgte indikatorene kunne danne en reliabel skala for smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv.

4.6.3 Nedstemthet under koronapandemien

I Ungdatas spørreskjema for 2021 hadde ungdommene svart på to spørsmål om nedstemthet. Det ene inngår i indeksen som målte psykiske helseplager: «Har du i løpet av den siste uka følt deg ulykkelig, trist eller deprimert?» Det andre er et koronaspesifikt spørsmål: «Har du under året med koronapandemien følt deg mer ulykkelig, trist eller deprimert enn før koronatiden?» Skilnaden går på tidsperspektivet for nedstemtheten, i løpet av den siste uka og året under koronapandemien. Ungdommene kunne her vurdere sitt stemningsleie rundt tidspunktet for undersøkelsen og et lengre tilbakeblikk under koronatiden. Nedstemtheten under koronapandemien ble i oppgaven undersøkt med disse to tidsperiodene. Det ble også foretatt signifikanstesting av korrelasjonskoeffisienten, og testen viste en korrelasjon på 0,51 og $p < 0,01$. Tabell 4-4 Studiens andre variabler viser den koronaspesifikke variabelen, covid5, med den nøyaktige spørsmålsformuleringen og verdiangivelse av svaralternativene.

Tabell 4-4 Studiens andre variabler

Variabelnavn	Spørsmålsformulering	Verdiangivelse
Covid5 (stemningsleie det siste året under koronapandemien)	Sammenliknet med tiden før korona, hvordan har året under koronapandemien vært for deg? – Jeg har følt meg mer ulykkelig, trist eller deprimert enn før koronatiden	1 = Stemmer ikke i det hele tatt 2 = Stemmer litt 3 = Stemmer godt 4 = Stemmer svært godt
Venner2 (vennskapsrelasjoner)	Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?	1 = Ja, helt sikkert 2 = Ja, det tror jeg 3 = Det tror jeg ikke 4 = Har ingen jeg ville kalle venner, nå for tida
Famråd1 (sosioøkonomisk status)	Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene?	1 = Vi har hatt god råd hele tida 2 = Vi har stort sett hatt god råd 3 = Vi har verken hatt god råd eller dårlig råd 4 = Vi har stort sett hatt dårlig råd 5 = Vi har hatt dårlig råd hele tida
Skolenivå		1 = Ungdomsskolen 2 = Videregående
Fylke		3 = Oslo 15 = Møre og Romsdal 38 = Vestfold og Telemark
Kjønn	Er du gutt eller jente?	1 = Gutter 2 = Jenter

4.6.4 Kontrollvariabler

Sammenhengen mellom nivået av smitteverntiltak og psykiske helseplager kan skjule utenforliggende faktorer. For å redusere andre mulige årsaker ble det i den lineære regresjonsanalysen lagt til noen kontrollvariabler. Variablene kjønn, skolenivå, fylke og to variabler for sosiale forhold (vennskapsrelasjoner og sosioøkonomisk status) var med i studien som mulige konfunderende faktorer. Disse variablene forventes å kunne påvirke sammenhengen mellom smitteverntiltak og ungdoms psykiske helse. Kontrollvariablene er presentert i Tabell 4-4 Studiens andre variabler. Det var mange andre mulige konfunderende faktorer som ikke ble inkludert i denne masteroppgaven. Det er et generelt problem at mange slike faktorer hverken er kjent eller mulig å kunne måle. Det vil derfor være viktig å ta dette med i betraktning når konklusjoner om årsakssammenhenger skal trekkes.

Kjønn

Kjønn var interessant som kontrollvariabel, fordi tidligere forskning har vist store kjønnsforskjeller i psykiske helseplager. De siste tiårene har det særlig blant jenter vært en øking i selvrapporterte psykiske helseplager. En rapport fra NOVA viser at det var to til tre ganger så mange jenter enn gutter som var veldig mye plaget (Eriksen et al., 2017, s. 34-37).

En nyere rapport fra NOVA viser tilsvarende forskjeller mellom kjønnene (Bakken, 2021, s. 39).

Skolenivå

Tilgangen til klassetilhørighet for videregående skole ble som tidligere nevnt fjernet av NOVA. Dette umuliggjorde å skille mellom klassetrinn på videregående, og derfor ble skolenivå valgt som kontrollvariabel. Alder ble dermed knyttet til elever på henholdsvis ungdomsskolen og videregående skole. I Ungdata 2021 Nasjonale resultater viser Bakken (2021, s. 39) at prosentandelene som hadde mange psykiske helseplager var høyest på videregående for begge kjønn. Det var derfor aktuelt å undersøke om dette også gjaldt for studiens tre fylker, og ikke minst å undersøke mulige forskjeller på skolenivå også i variabelen smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv.

Sosiale forhold

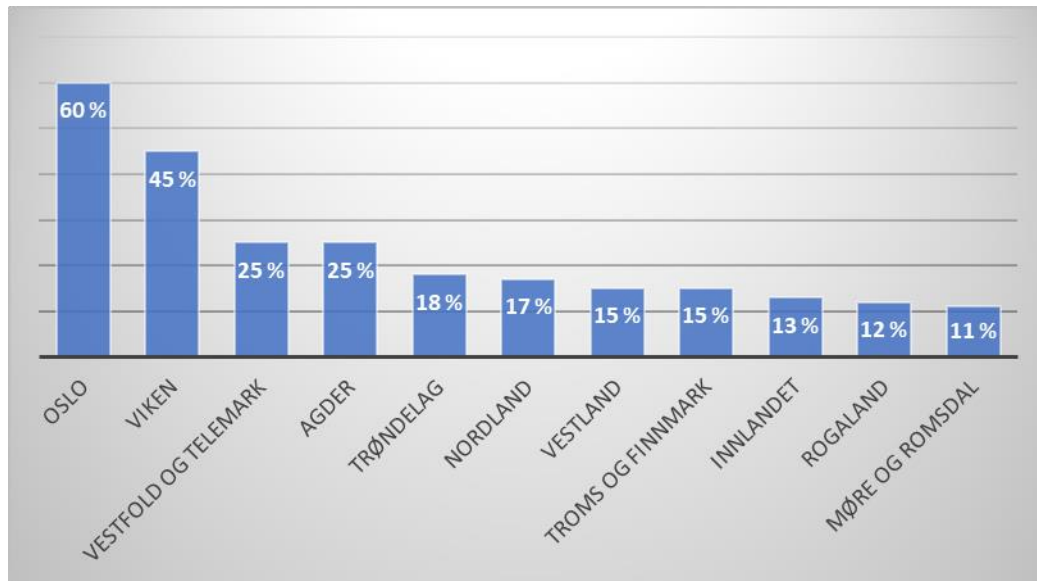
Den ene variabelen for sosiale forhold, sosioøkonomisk status, er et subjektivt mål hvor ungdommene selv vurderer sin families økonomi. Den subjektive økonomiske statusen ble målt gjennom spørsmålet: «Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene?» Den andre variabelen for sosiale forhold, vennsrelasjoner, ble målt gjennom spørsmålet: «Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?» Tabell 4-4 viser svaralternativene med verdiangivelse for disse spørsmålene. Både samlebetegnelsen (sosiale forhold) og variablene dekker bare noen egenskaper av disse teoretiske begrepene, men kan allikevel fange opp deler av konfunderende faktorer.

Fylke

Tabell 4-4 viser hvilke fylker som ble valgt ut i studien. Dette var et strategisk utvalg av fylker hvor det har vært forskjellige nivåer av smitteverntiltak. Vinteren og våren 2021 var det blant annet store geografiske forskjeller i omfanget av stengte skoler, det samme tidspunktet som for gjennomføringen av spørreundersøkelsen. Skolene var i denne perioden preget av midlertidige nedstengninger og tidvis rødt tiltaksnivå (Utdanningsdirektoratet, 2021). Den fylkesvise oversikten over andel stengte grunnskoler, figur 4-1, var grunnlaget for valgte fylker. Oversikten viser at Oslo var hardest rammet, mens Møre og Romsdal var minst rammet. Vestfold og Telemark lå på et omtrentlig gjennomsnitt av andel stengte skoler. Det er grunn til å anta at det var en tilsvarende reduksjon i fritidsaktiviteter og andre sosiale møter. Utdanningsdirektoratet hadde ikke sammenlignbare tall for videregående skole når det gjaldt

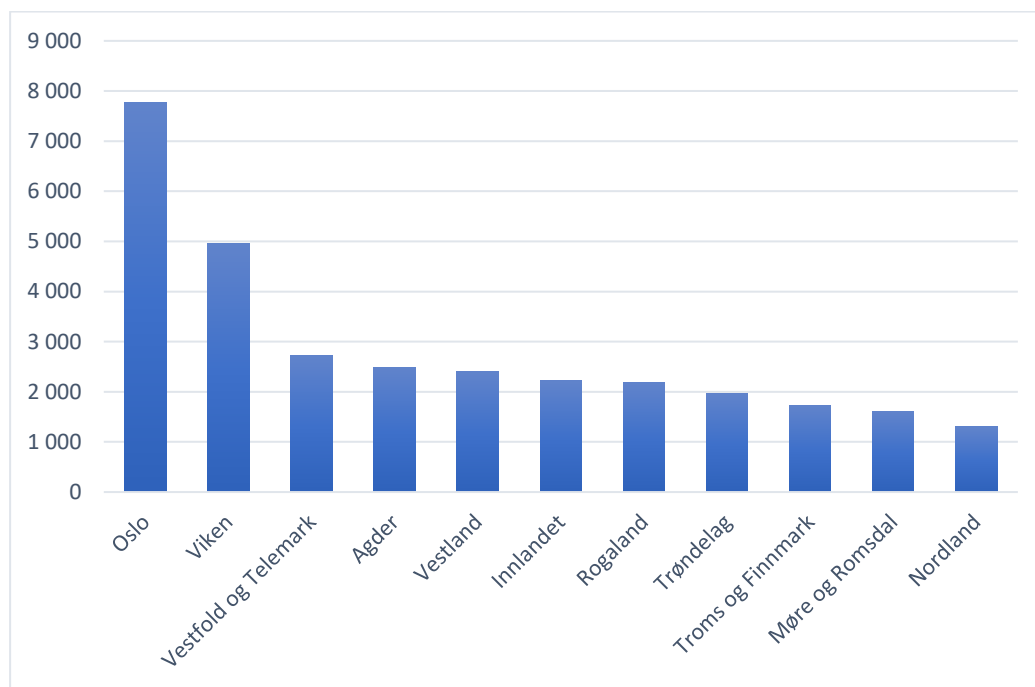
hvor mange skoler som måtte stenge på grunn av smitteutbrudd vinteren 2021. Det er mindre detaljert kunnskap om stenging og smitteverntiltak på videregående, da det er gjennomført få datainnsamlinger om hvordan de har organisert seg og hvilke smitteverntiltak de har hatt (Utdanningsdirektoratet, 2021).

Figur 4-1 Andel stengte grunnskoler våren 2021 fordelt på fylke (Utdanningsdirektoratet, 2021)



Omfanget av stengte grunnskoler kan ses i sammenheng med smittetrykket i de respektive fylkene. Fylker med høyt smittetrykk, som for eksempel Oslo og Viken, hadde også størst andel stengte skoler. Folkehelseinstituttets (FHI) statistikk om utbredelse av sykdommen Covid-19 viser denne sammenhengen, figur 4-2 (Folkehelseinstituttet, 2020).

Figur 4-2 Antall meldte tilfeller per 100 000 innbyggere per fylke hittil i epidemien (Folkehelseinstituttet, 2020)



Oppdatert: 12. oktober 2021

5 Analyseresultater

5.1 Smitteverntiltak og psykiske helseplager

Det første forskningsspørsmålet omhandler sammenhengen mellom smitteverntiltak og psykiske helseplager hos ungdom i tre fylker med forskjellige nivåer av tiltak.

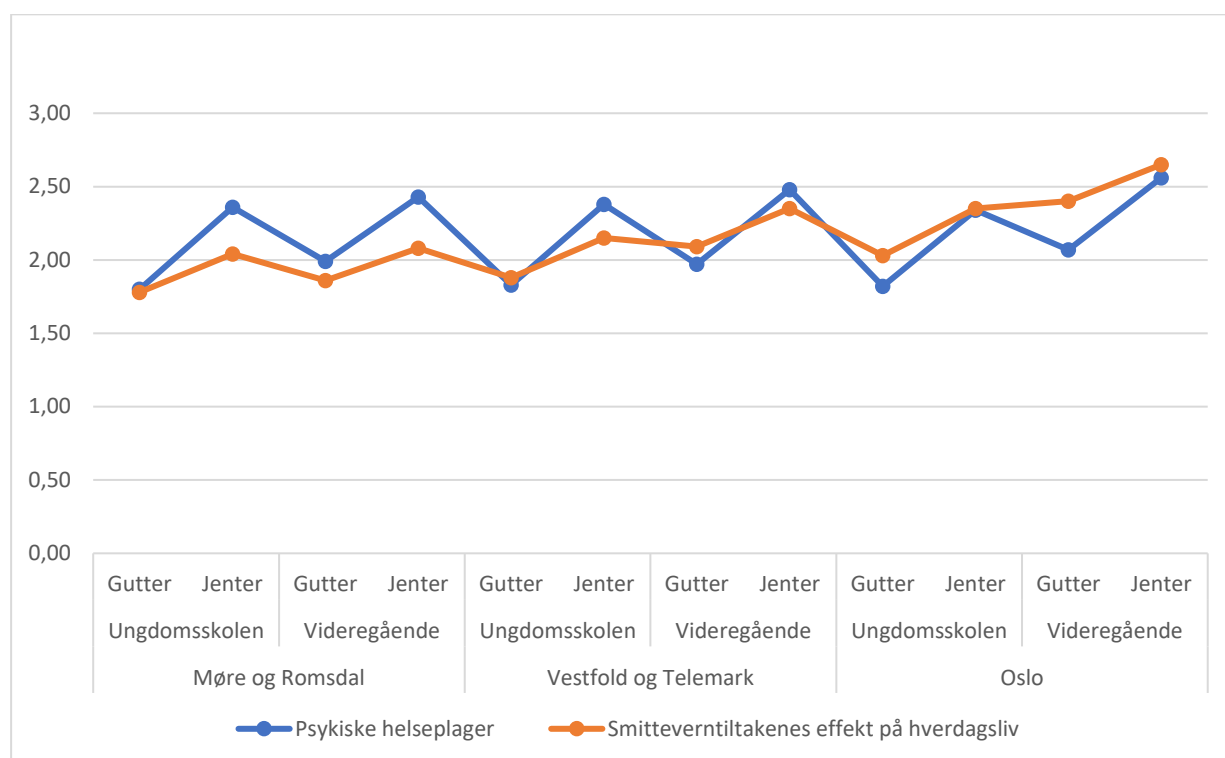
Sammenhengen ble undersøkt ved å utforske gjennomsnittsskår i de sammensatte variablene psykiske helseplager og smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv. Begge skalaene hadde mulige verdier fra 1 til 4 etter omfang av henholdsvis psykiske helseplager og smitteverntiltakenes negative konsekvenser på hverdagsliv. Høye verdier på skalaen til psykiske helseplager innebærer høyt omfang av plager, og høye verdier på skalaen til smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv betyr negativ vurdering av sitt hverdagsliv under koronapandemien. Tabell 5-1 viser de tre fylkene med skolenivå og kjønn som undergrupper.

Tabell 5-1 Sammenstilling av psykiske helseplager og smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv (gjennomsnittsverdier med standardavvik i parentes)

Teoretisk variabel	Møre og Romsdal				Vestfold og Telemark				Oslo			
	Ungdomsskolen		Videregående		Ungdomsskolen		Videregående		Ungdomsskolen		Videregående	
	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter
Psykiske helseplager	1,80 (0,70)	2,36 (0,80)	1,99 (0,72)	2,43 (0,79)	1,83 (0,71)	2,38 (0,81)	1,97 (0,74)	2,48 (0,77)	1,82 (0,72)	2,34 (0,80)	2,07 (0,76)	2,56 (0,76)
Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv	1,78 (0,69)	2,04 (0,75)	1,86 (0,75)	2,08 (0,74)	1,88 (0,72)	2,15 (0,77)	2,09 (0,79)	2,35 (0,79)	2,03 (0,76)	2,35 (0,79)	2,40 (0,83)	2,65 (0,80)

Jenter hadde gjennomgående høyere gjennomsnittsverdier, sammenlignet med gutter i samme skolenivå og fylke. På skolenivå var samtlige verdier på videregående høyere enn ungdomsskolen, uavhengig av kjønn. Når det gjaldt smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv, per fylke, så hadde Oslo de høyeste verdiene. Møre og Romsdal hadde de laveste verdiene, mens Vestfold og Telemark lå mellom disse. På psykiske helseplager var det mindre forskjeller mellom fylkene, med unntak av videregående i Oslo. Her skilte elever seg ut med de høyeste verdiene, også på spørsmålene omkring smitteverntiltak. Figur 5-1 gir et visuelt bilde av resultatene, og hvor kommentarene framtrer tydeligere. Linjenes toppunkter viser jentenes verdier, mens bunnpunktene illustrerer guttenes verdier.

Figur 5-1 Sammenhengen mellom smitteverntiltak og psykiske helseplager

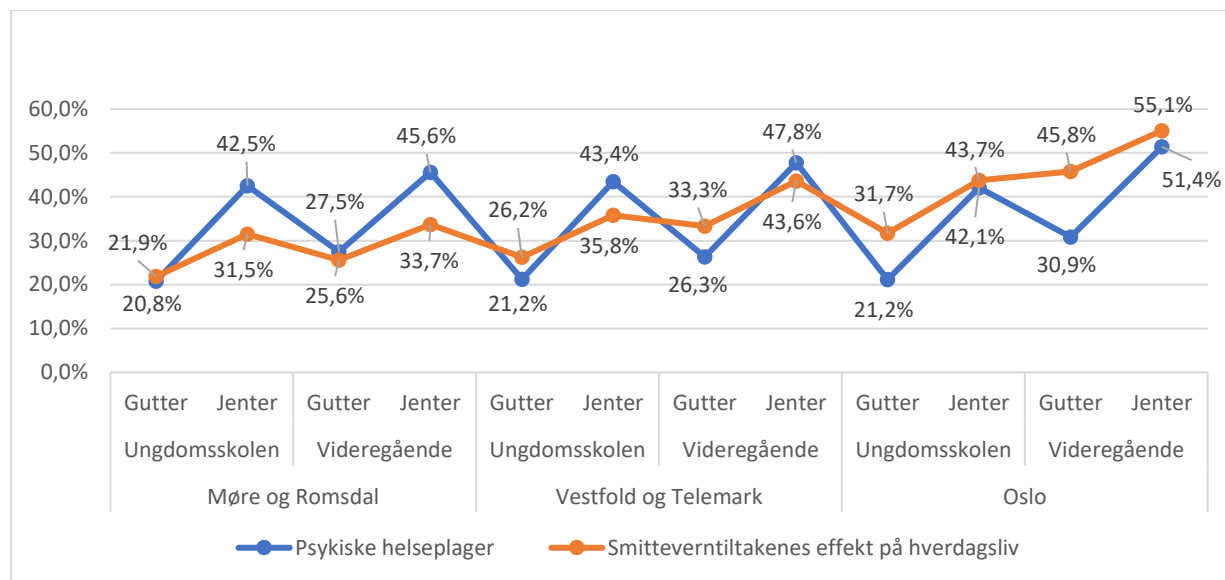


Standardavvikene i tabell 5-1 viser spredningen av verdier fra gjennomsnittet. Et lavt standardavvik betyr at respondentene er konsentrert rundt gjennomsnittet, mens et stort betyr at de avviker mye fra gjennomsnittet (Johannessen, 2009, s. 87). Standardavvikene i ovennevnte tabell viser at det er stor spredning rundt samtlige gjennomsnittsverdier, men at avvikene er forholdsvis jevne. Med det store utvalget av respondenter er disse avvikene lite problematisk, men viser at gjennomsnittstallene skjuler store variasjoner i svardataene.

For å se nærmere på omfanget av psykiske helseplager og redusert hverdagsliv på grunn av smitteverntiltak, ble de høyeste verdiene for hver enkelt av de sammensatte variablene undersøkt nærmere. Her ble verdi 3 og 4 slått sammen, og andelen i prosent ble avlest. De sammenslåtte verdiene tilsvarer da hvor mange som har svart henholdsvis mye plaget (psykiske helseplager) og stemmer godt (redusert hverdagsliv). Videre ble gjennomsnittet for skalaene beregnet på kolonnenivå. Med dette presenteres det et supplerende bilde til de statistiske gjennomsnittsverdiene i tabell 5-1. Det gis et inntrykk av hvor mange som hadde en del psykiske utfordringer, og hvor mange som fikk et betydelig redusert hverdagsliv på grunn av smitteverntiltak. Figur 5-2 viser sluttresultatet av denne undersøkelsen. Figuren gir en sammenstilling av smitteverntiltak og psykiske helseplager, hvor omfanget i tabell 5-1 blir framhevet. Tabellen viste at jenter på videregående var mest psykisk plaget, og figuren

indikerer hvor mange som var mye plaget. Jentene på videregående viser følgende fylkesvise prosenttall; Oslo 51 prosent, Vestfold og Telemark 48 prosent og Møre og Romsdal 46 prosent.

Figur 5-2 Sammenstilling og omfang av redusert hverdagsliv og psykiske helseplager



5.1.1 Enveis variansanalyse (ANOVA)

En enveis variansanalyse ble utført for å sammenligne effektene av de fylkesvise utvalgene på henholdsvis psykiske helseplager og smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv. Først presenteres det en beskrivende statistikktabell som viser gjennomsnittsverdien og standardavviket i hver av de fylkesvise gruppene (tabell 5-2).

Tabell 5-2 Beskrivende statistikk for psykiske helseplager og smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv innenfor de forskjellige fylkene

		N	Gjennomsnitt	Standardavvik
Psykiske helseplager	Oslo	17166	2,1974	,81555
	Møre og Romsdal	4742	2,1327	,80229
	Vestfold og Telemark	20814	2,1717	,81549
	Total	42722	2,1777	,81429
Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv	Oslo	15857	2,3380	,82183
	Møre og Romsdal	4429	1,9371	,74537
	Vestfold og Telemark	19465	2,1128	,78775
	Total	39751	2,1831	,80863

ANOVA gir en oversikt over hvordan variasjonen fordeler seg mellom og innen fylkene. Variansanalysen fant at det var statistisk signifikante forskjeller mellom fylkene med et signifikansnivå på 5 prosent (tabell 5-3).

Tabell 5-3 ANOVA for psykiske helseplager og smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Psykiske helseplager	Between Groups	16,990	2	8,495	12,819	<,001
	Within Groups	28309,807	42719	,663		
	Total	28326,797	42721			
Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv	Between Groups	744,573	2	372,287	586,105	<,001
	Within Groups	25247,448	39748	,635		
	Total	25992,021	39750			

F-testen viser i utgangspunktet at fylkesforskjellene er statistisk signifikante, men variansanalysens mange sammenligninger øker risikoen for å få tilfeldige signifikante utfall. For å kompensere for slike tilfeldige feil ble en post-hoc-test gjennomført, hvor gjennomsnittsforskjeller til samtlige sammenligninger kunne utforskes nærmere (tabell 5-4).

Tabell 5-4 Post-hoc-testresultater

Multiple Comparisons

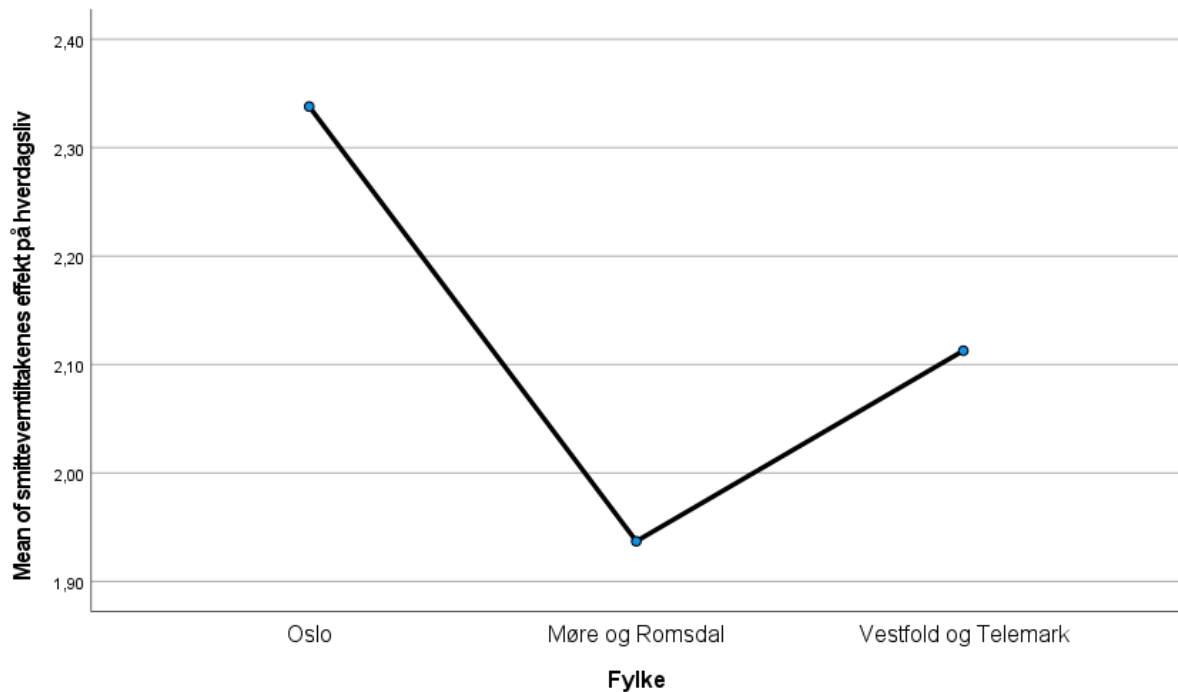
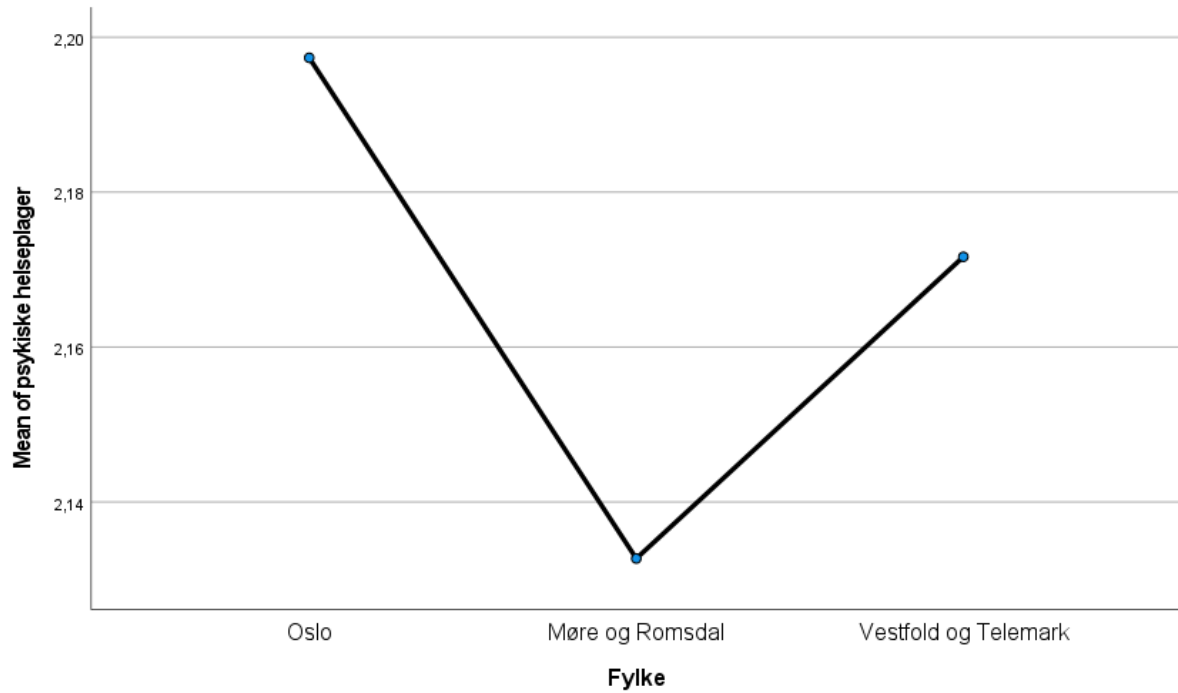
Tukey HSD

Dependent Variable	(I) Fylke	(J) Fylke	Mean Difference (I-J)	Sig.
Psykiske helseplager	Oslo	Møre og Romsdal	,06465*	<,001
		Vestfold og Telemark	,02570*	,006
	Møre og Romsdal	Oslo	-,06465*	<,001
		Vestfold og Telemark	-,03895*	,008
	Vestfold og Telemark	Oslo	-,02570*	,006
		Møre og Romsdal	,03895*	,008
Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv	Oslo	Møre og Romsdal	,40090*	<,001
		Vestfold og Telemark	,22516*	<,001
	Møre og Romsdal	Oslo	-,40090*	<,001
		Vestfold og Telemark	-,17574*	<,001
	Vestfold og Telemark	Oslo	-,22516*	<,001
		Møre og Romsdal	,17574*	<,001

* The mean difference is significant at the 0.05 level.

Tukeys HSD testen, en av flere forskjellige post-hoc-tester for flere sammenligninger, viser tilfredsstillende p-verdier (på 0,05-nivå) for alle gjennomsnittsforskjellene. Dermed kan det konkluderes med at forskjellene i de fylkesvise utvalgene ikke er tilfeldige, og dette styrker tidligere beskrivende statistikk (tabell 5-1 og figur 5-1) om at det er en sammenheng mellom nivået av smitteverntiltak og omfang av psykiske helseplager hos ungdom. Denne sammenhengen illustreres godt i gjennomsnittsplottet nedenfor (figur 5-3).

Figur 5-3 Gjennomsnitt i hvert fylke plottet mot fylkene



5.1.2 Multipl linear regresjonsanalyse

Modellsammendraget av den hierarkiske regresjonsanalysen er vist i tabell 5-5. R^2 for smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv viser 0,14, og med samtlige benyttede variabler økes R^2 til 0,27. Dette kan tolkes som at 14 prosent av variasjonen i den teoretiske variabelen

psykiske helseplager forklares av den teoretiske variabelen smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv (modell 1), og at 13 prosent er forklart av kontrollvariablene (modell 3). Videre viser modellsammendraget at demografi (modell 2) bidrar med 7 prosent og de to benyttede variablene for sosiale forhold (modell 3) bidrar med 6 prosent. 73 prosent av variasjonen kan skyldes andre variabler og tilfældigheter.

Tabell 5-5 Modellsammendrag av hierarkisk lineær regresjon

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,372 ^a	,139	,139	,74610
2	,461 ^b	,213	,212	,71348
3	,522 ^c	,273	,273	,68559

a. Predictors: (Constant), Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv

b. Predictors: (Constant), Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv, Kjønn (ref. gutt), Skolenivå (ref. ungdomsskolen), Vestfold og Telemark fylke (ref. Møre og Romsdal), Oslo fylke (ref. Møre og Romsdal)

c. Predictors: (Constant), Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv, Kjønn (ref. gutt), Skolenivå (ref. ungdomsskolen), Vestfold og Telemark fylke (ref. Møre og Romsdal), Oslo fylke (ref. Møre og Romsdal), Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene?, Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?

Koeffisientene for den hierarkiske regresjonsanalysen er vist i tabell 5-6. De standardiserte regresjonskoeffisientene, som normalt varierer fra -1 til +1, kan benyttes til å sammenligne variablenes effekter (Ringdal, 2018, s. 421). Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv har den største koeffisienten (0,29), tett fulgt av kjønn (0,27). Det er her verdt å merke seg at jenter hadde størst omfang av psykiske plager. Effektene av de to benyttede variablene for sosiale forhold har også betydningsfulle effekter på psykiske helseplager.

Signifikanstesting av regresjonen viste, med ett unntak, tilfredsstillende p-verdier på 0,05-nivå. Signifikanstesten i modell 3, hvor sosiale forhold ble inkludert, viser en p-verdi på 0,29 på Vestfold og Telemark fylke. Dette indikerer at i modell 3 er det ingen signifikant forskjell mellom Vestfold og Telemark og Møre og Romsdal. Ellers viser koeffisientene i tabellen at det er små forskjeller mellom fylkene.

Tabell 5-6 Koeffisienter for hierarkisk lineær regresjon

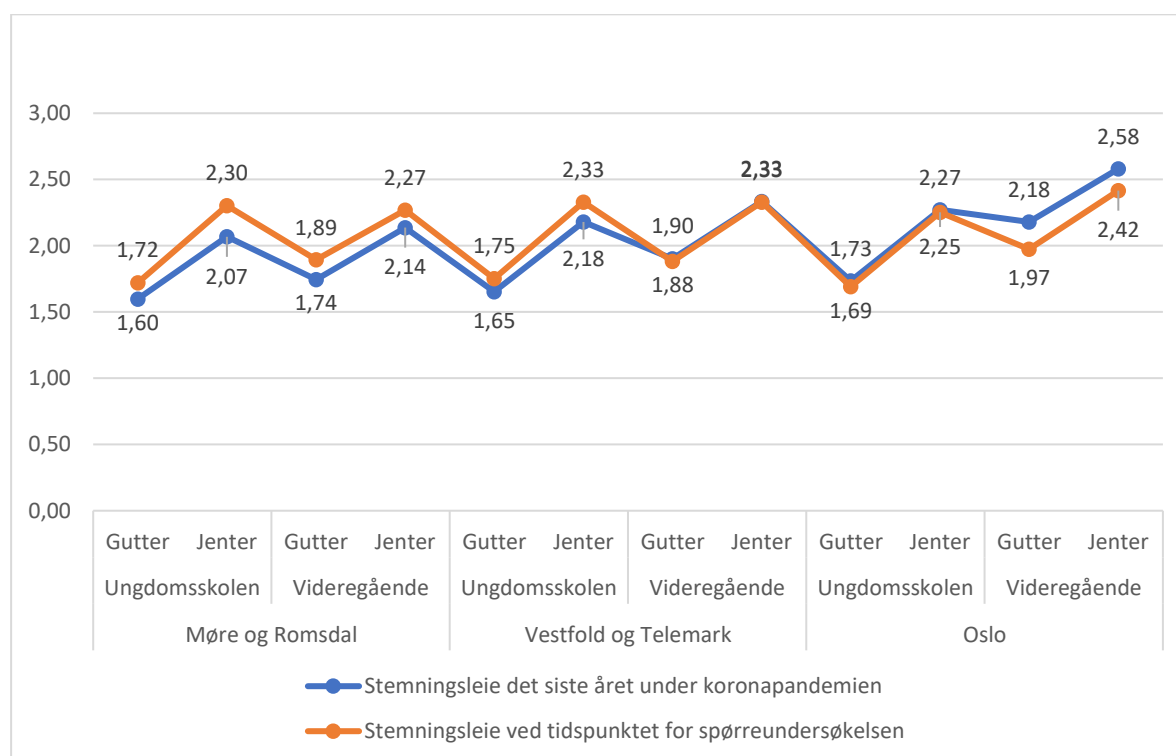
Model	Unstandardized		Standardized		Sig.
	Coefficients		Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	
1 (Constant)	1,364	,011		123,632	,000
Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv	,372	,005	,372	78,546	,000
2 (Constant)	,732	,019		38,025	,000
Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv	,322	,005	,322	68,127	,000
Kjønn (ref. gutt)	,433	,007	,269	58,335	,000
Skolenivå (ref. ungdomsskolen)	,087	,007	,054	11,662	<,001
Vestfold og Telemark fylke (ref. Møre og Romsdal)	-,029	,012	-,018	-2,390	,017
Oslo fylke (ref. Møre og Romsdal)	-,071	,012	-,043	-5,668	<,001
3 (Constant)	,239	,021		11,614	<,001
Smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv	,294	,005	,294	64,215	,000
Kjønn (ref. gutt)	,430	,007	,267	60,219	,000
Skolenivå (ref. ungdomsskolen)	,092	,007	,056	12,720	<,001
Vestfold og Telemark fylke (ref. Møre og Romsdal)	-,012	,012	-,008	-1,069	,285
Oslo fylke (ref. Møre og Romsdal)	-,026	,012	-,016	-2,183	,029
Har familien din hatt god eller dårlig råd/økonomi de siste to årene?	,173	,004	,187	42,164	,000
Har du minst én venn som du kan stole fullstendig på og kan betro deg til om alt mulig?	,151	,005	,137	30,944	<,001

a. Dependent Variable: Psykiske helseplager

5.2 Nedstemthet under koronapandemien

Det andre forskningsspørsmålet omhandler ungdommenes opplevde stemningsleie under koronapandemien med to ulike tidsperspektiv, det siste året under pandemien og i løpet av den siste uka. Nedstemtheten under koronapandemien ble i oppgaven undersøkt med disse to tidsperiodene. Hvilke forskjeller i opplevd stemningsleie kunne identifiseres mellom disse to tidsangivelsene? Svaralternativene ble tillagt verdier fra 1 til 4 etter hvor ulykkelig, trist eller deprimert respondentene hadde følt seg. Høye verdier tyder på høyt omfang av nedstemthet. Sammenstillingen av de to variablene ble undersøkt ved å utforske deres gjennomsnittskår. Figur 5-4 viser analyseresultatene for ungdommenes sitt vurderte stemningsleie ved de omtalte tidsperspektivene.

Figur 5-4 Ungdommenes sitt vurderte stemningsleie ved to forskjellige tidsperspektiver



Figuren viser at begge skolenivåene i Møre og Romsdal og ungdomsskolen i Vestfold og Telemark hadde høyest gjennomsnittsverdier på variabelen «stemningsleie ved tidspunktet for spørreundersøkelsen». Mens videregående i Oslo hadde høyest verdier på den andre variabelen, «stemningsleie det siste året under koronapandemien». For de andre skolene var det små forskjeller mellom variablene. Signifikanstesten av korrelasjonskoeffisienten viste en korrelasjon på 0,51 og $p < 0,01$.

6 Diskusjon

6.1 Ungdommers psykiske helse

De siste årene har det vært en bekymring for psykiske helseplager hos ungdom, utløst av blant annet forskning som har vist en betydelig økende trend. Samtidig med dette har psykisk helse hos de unge fått mye oppmerksomhet i media. Ungdommer har stått fram med sine vansker og flere TV-programmer har løftet fram problematikken. Serier som «Jeg mot meg» og «Sykt perfekt» er eksempler på dette. Det har i den internasjonale forskningslitteraturen spesielt pågått to debatter (Sletten & Bakken, 2016, s. 15). Den ene debatten handler om det virkelig har vært en forverring i ungdoms psykiske helse. Diskusjonen har gått ut på om en eventuell økning i psykiske helseplager kan være et uttrykk for mer oppmerksomhet om og større åpenhet rundt denne typen vansker. Den andre debatten har tatt utgangspunkt i at det reelt har vært en økning i omfanget av psykiske helseplager hos ungdom, og omhandler hvilke årsaker som kan forklare den negative trenden. Denne økende trenden begynte på samme tid som dataspill og sosiale medier ble en integrert del av ungdomslivet. Det spekuleres av den grunn i om økt internettbruk kan være en forklaring (Surén, 2018). Forskning har vist at de unge stadig bruker mer tid bak skjermen, og dette på bekostning av blant annet søvn. Mangel på søvn øker risikoen for utvikling av psykiske helseplager (Folkehelseinstituttet, 2021b). Hysing et al. (2015) antyder at ungdommens mediebruk er et folkehelseproblem.

6.2 Smitteverntiltak og psykiske helseplager

Formålet med denne masterstudien var først og fremst å undersøke sammenhengen mellom inngripende smitteverntiltak og psykisk helseplager hos ungdom i tre fylker med forskjellige nivåer av tiltak. Resultatene indikerer en sammenheng mellom nivået av smitteverntiltak og omfang av psykiske helseplager blant ungdom i de fylkesvise utvalgene. Denne sammenhengen er tydelig blant jenter på videregående skole og blant gutter på samme skolenivå i Oslo, mens for de andre gruppene er sammenhengen noe uklar. Den hierarkiske regresjonsanalysen viste at 14 prosent av variasjonen i den teoretiske variabelen psykiske helseplager kan forklares av den teoretiske variabelen smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv (tabell 5-5). En sterk sammenheng mellom årsak og virkning betyr at sammenhengen mellom smitteverntiltak og psykiske helseplager ikke kan skyldes andre forhold (tilfeldigheter), som er årsak til begge to (Ringdal, 2018, s. 50). En forklaringsprosent på 14 prosent kan nok ikke vurderes som sterk, men kan like fullt indikere en sammenheng.

Ovennevnte hovedfunn er langt på vei i samsvar med en rekke studier som antyder at den psykiske belastningen av inngrepene tiltak for å oppnå fysisk distansering, som blant annet stenging av skoler og organiserte fritidsaktiviteter, har vært særlig stor for barn og unge. Internasjonale forskningsfunn indikerer at smitteverntiltak som medfører sosial distansering er assosiert med en rekke negative konsekvenser for unges psykiske helse. Av disse var symptomer på angst og depresjon mest framtrædende. Det er flere funn fra tidligere forskning som støtter oppgavens hovedfunn. Av disse kan nevnes: Ungdom i en fase med et lavere nivå av smitteverntiltak viste mindre symptomer på angst/depresjon enn jevnaldrende i streng isolasjon (Andrés et al., 2022). Det ble konstatert at ungdom rapporterte om dårligst psykisk helse i periodene hvor de strengeste tiltakene var iverksatt (Nøkleby et al., 2021).

Når det gjaldt smitteverntiltakenes negative konsekvenser på hverdagsliv, per fylke, så hadde Oslo de høyeste verdiene. Møre og Romsdal hadde de laveste verdiene, mens Vestfold og Telemark lå mellom disse. (Tabell 5-1 og figur 5-1). Dette er helt i samsvar med omfanget av stengte skoler (figur 4-1), som var indikator på nivået av smitteverntiltak. Eksempelvis Oslo som var hardest rammet av stengte skoler, så hadde også ungdom herfra mest negativ vurdering av sitt hverdagsliv under koronapandemien.

Ellers viser resultatene at jenter generelt, og jenter på videregående skole spesielt, var mest psykisk plaget. Jenter på videregående som var mye plaget viste følgende fylkesvise omfang: Oslo 51 prosent, Vestfold og Telemark 48 prosent og Møre og Romsdal 46 prosent (figur 5-2). Til sammenligning var omfanget blant gutter på videregående i Oslo på 31 prosent, som var den guttegruppen med høyest omfang av verdien mye plaget (verdi 3 og 4 sammenslått). Koeffisientene for den hierarkiske regresjonsanalysen (tabell 5-6) viste også at kjønn hadde den nest største effekten på psykiske helseplager (0,27). Funnene indikerer altså store kjønnsforskjeller på psykiske helseplager blant ungdom. Det samme gjelder for smitteverntiltakenes negative konsekvenser på hverdagsliv, men her er forskjellene ikke like markante. Denne kjønnsmessige forskjellen samsvarer med tidligere forskning, der det særlig blant jenter har funnet en pågående økning i selvrapporterte psykiske helseplager de siste tiårene. En rapport fra NOVA viser at det var to til tre ganger så mange jenter enn gutter som var veldig mye plaget (Eriksen et al., 2017, s. 34-37). En nyere rapport fra NOVA viser tilsvarende forskjeller mellom kjønnene (Bakken, 2021, s. 39). De tre fylkene i masterstudien var en del av denne nasjonale undersøkelsen, men resultatene i NOVA-rapporten viser mye

lavere verdier enn funnene i masteroppgaven. I rapporten brukes «mange psykiske plager» om de som i gjennomsnitt svarte at de var «ganske mye plaget». Mens i oppgaven benyttes «mye plaget» om gjennomsnittet av de sammenslåtte verdiene «ganske mye plaget» og «veldig mye plaget». Dette gjør det vanskelig å sammenligne direkte. Da NOVA ikke tar med verdien «veldig mye plaget» i sitt begrep «mange psykiske plager», kan deres resultater oppfattes som dempet.

Det høye omfanget av psykiske helseplager som vises i figur 5-2, prosenttall fra 21 til 51, kan stille spørsmål om dette gir et riktig bilde av hvordan ungdom har det. Noe av den kritikken som er rettet mot Ungdataundersøkelsene handler om at omfanget av psykiske helseplager hos unge er overdrevet (kritikken omtales nedenfor). På den ene siden kan kritikken om at Ungdatas spørsmål om psykisk helse er overrapportert støttes. Ole Jacob Madsen påpeker at det er godt dokumentert at bruk av spørreskjemaer gir risiko for overrapportering ved spørsmål om psykisk helse (Skårderud, 2020). På den andre siden kan også NOVAs motargumenter forstås. Anders Bakken, forsker og leder for Ungdatasenteret, uttaler blant annet følgende i en artikkel (Solberg, 2018a): Den psykisk helse-delen av spørreskjemaet har som formål å finne ut om ungdommer sliter med psykiske helseplager. Mange av de symptomene som fanges opp er vanlige fenomener hos ungdom, som søvnproblemer og bekymringer. Slike tidvise problemperioder, vil for noen gå utover hverdagsfungering. Økningen i psykiske plager kan handle om at ungdomstiden for flere har blitt mer krevende enn det den var før. Det kan altså være en mulighet for at ovennevnte funn er overrapportert, men kan like fullt gi et realistisk bilde av hvor mange ungdommer som har hatt en del psykiske utfordringer under koronapandemien. Mange unge kan ha utviklet kortvarige psykiske helseplager på grunn av intense og langvarige stressfaktorer, og disse første symptomene kan føre til langvarige psykiske lidelser hos unge mennesker (Danese & Smith, 2020). Det er derfor viktig å kartlegge og følge med på hvordan ungdommene har det psykisk.

Hvorfor har tenåringsjenter et mye større omfang av psykiske helseplager enn tenåringsgutter? En mulig forklaring er at jenter kan være mer sårbare for stressende livshendelser. Flere jenter enn gutter opplever at de ikke klarer å håndtere presset de står overfor, og koronapandemien kan se ut til å ha forsterket denne kjønnsforskjellen (Bakken, 2021, s. 36). Wiklund et al. (2010) peker, i sin studie av unge kvinner i alderen 16-25 år, på noen stressfaktorer for jenter spesielt. Disse faktorene betegnet blant annet omsorg for andre, ta ansvar, ulike krav og plikter, kroppsbilde og motstridende feminine posisjoner. Hos gutter

generelt er ikke disse aspektene like framtreddende. Det er grunn til å anta at slike kvinnelige egenskaper er mer utviklet blant jenter på videregående skole, enn blant jenter på ungdomsskolen. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor jenter på videregående var den gruppen som hadde høyest omfang av psykiske helseplager.

Nivået av smitteverntiltak forklarer bare noe av variasjonen i omfanget av psykiske helseplager blant ungdom i de fylkesvise utvalgene. Koeffisientene for den hierarkiske regresjonsanalysen (tabell 5-6) viste at spesielt kjønn, men også «sosioøkonomisk status» og «vennskapsrelasjoner», har betydningsfulle effekter på psykiske helseplager. Mange andre studier fant også andre negative effekter på psykiske helseplager hos barn og unge under koronapandemien (Andrés et al., 2022; Lehmann et al., 2021; Nøkleby et al., 2021; Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart, et al., 2021; Zhang et al., 2021), som for eksempel; minoritetsspråklig bakgrunn, familiekonflikt, psykisk uhelse hos foreldre, svak sosial tilknytning og mangel på støtte rundt familien. I tillegg nevner Barne- ungdoms- og familiedirektoratet (2020, s. 11) barn som bor trangt og barn som har opplevd psykisk eller fysisk vold også som risikogrupper for psykisk uhelse under pandemien. Dette er noen eksempler på mulige konfunderende faktorer som ikke ble inkludert i denne masteroppgaven. Slike variabler kan altså skjule noe av variasjonen i omfanget av psykiske helseplager, og dermed svekke virkningen av smitteverntiltak.

Det var også et mål med denne studien å undersøke ungdommenes opplevde stemningsleie under koronapandemien med to ulike tidsperspektiv, det siste året under pandemien og i løpet av den siste uka. Årets tilbakeblikk strakk seg fra starten av pandemien (våren 2020) til gjennomføringen av spørreundersøkelsen (våren 2021). Et tilbakeblikk på et svært annerledes samfunn som i perioder medførte stengte skoler, begrensede fritidstilbud og andre sosiale møter. Sammenligningen mellom «smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv» (tabell 5-1 og figur 5-1) og stemningsleie ved de to tidsperspektivene (figur 5-4), kan tyde på at hos ungdom i regioner med lave nivåer av smitteverntiltak var stemningsleie lite påvirket. Ungdom på videregående skole i Oslo, med høye nivåer av tiltak, var mer nedstemt det siste året enn ved tidspunktet for spørreundersøkelsen. Disse forskjellene i opplevd stemningsleie mellom de to tidsperspektivene, kan indikere at regioner med strenge og inngripende tiltak er krevende og virker belastende på ungdommers psykiske helse. Dette er én mulig årsaksforklaring på de interessante resultatene som linjediagrammet viser (figur 5-4). Det kan imidlertid også være andre årsaksforhold på ungdommenes oppgitte svar. Disse funnene styrker også at det er en

sammenheng mellom nivået av smitteverntiltak og omfanget av psykiske helseplager blant ungdom.

Det er en utbredt forståelse at psykiske helseplager oppstår ut fra en komplisert interaksjon mellom arv, oppvekstforhold og miljø. Denne forståelsen inngår i den biopsykososiale forståelsesmodellen, og innebærer at oppvekstforhold kan påvirke psyke seinere i livet under individspesifikke uheldige miljøforhold (Andreassen et al., 2018). Evnen til å tåle psykisk stress fra smitteverntiltak vil derfor være varierende hos folk, og dermed også risikoen for utvikling av psykiske helseplager eller lidelser. Negative opplevelser i møte med de inngripende smitteverntiltakene har medvirket til økt stress for folk flest, men for noen kan påkjenningen ha blitt for stor. Det er mye som tyder på at det er de mest sårbare som har fått de største belastningene, og da særlig barn og ungdom som var utsatt fra før. Denne gruppen har opplevd betydelige økte psykiske helseplager som følge av langvarige smitteverntiltak og begrenset tilgang til meningsfulle opplevelser (Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 9). Det har vært flere henvisninger og økt omfang av mer alvorlige tilstander blant ungdommer som henvises til psykisk helsevern. Dette gjelder blant annet alvorlige spiseforstyrrelser og selvskading (Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet, 2021, s. 13). Antall henvisninger for pasienter under 23 år til psykisk helsevern økte med 22 prosent fra 2020 til 2021 (Helsedirektoratet, 2022). Det har også i primærhelsetjenesten vært en økning i antall unge med diagnose innen psykisk helse (Folkehelseinstituttet, 2021c). Videre hadde barn fra sosialt vanskeligstilte familier og barn av psykisk belastede foreldre mer uttalte psykiske helseplager under pandemien (Ravens-Sieberer, Kaman, Erhart, et al., 2021).

Den ekstraordinære endringen i måten å leve på under koronapandemien vil ha noen psykologiske konsekvenser for ungdom. Erfaringer som er samlet i barne- og ungdomsårene er kjent for å bidra til å forme det fysiske, følelsesmessige og sosiale velvære i voksenlivet. De unge er svært utsatt for miljøbelastninger, og perioden med smitteverntiltak har potensial til å påvirke deres fysiske og psykiske velvære negativt. Sosial distansering og stenging av skoler har bundet ungdom til hjemmet, og begrenset deres muligheter til fritidsaktiviteter og andre sosiale møter. Denne drastiske endringen i livsstil har som nevnt ført til en rekke sosiale, pedagogiske og psykologiske utfordringer, som kan ha langvarige implikasjoner.

Alle barn og unge har behov for gode sosiale læringsarenaer for å mestre og trives, men skole er spesielt viktig for de utsatte unge. Mye tyder på at sårbare barn og unge har vært særlig utsatt for de smitteverntiltakene som i perioder medførte helt eller delvis stengte skoler. Dette på grunn av at skolen bidrar med struktur, trygghet og sosial læringsarena som ikke de unge får dekket på annen måte, og i tillegg faller tjenesteapparatet rundt barna sammen når skolen stenger (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2020, s. 10). Utsatte barn og unge, som har et identifisert hjelpebehov, trenger et godt og samkjørt støtteapparat for å kunne mestre sitt hverdagsliv. Smitteverntiltakene førte til at faste rammer som skole og organiserte fritidsaktiviteter falt bort, og flere foresatte kan ha hatt utfordringer med å dekke omsorgsbehovet og nødvendig oppfølging (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2020, s. 10). Derfor kan mange barn ha blitt ekstra utsatt i de periodene som medførte sosial distansering og bortfall av rutiner.

Litteraturgjennomgangen viste i all hovedsak negative konsekvenser av koronapandemien på det tematiske området, men noen studier fant også positive konsekvenser. En del familier har tilbrakt mer tid sammen på grunn av forhold som hjemmekontor, hjemmeskole og begrenset tilgang til fritidsaktiviteter. Dette gir muligheter for å styrke relasjoner innad i familien, som igjen kan føre til at ungdommene står bedre rustet til å tåle belastningen av smitteverntiltak. Mange ungdommer har i perioder av pandemitiden hatt hjemmeskole, og det kan ha vært gunstig for ungdom med utfordringer knyttet til skolesituasjonen. Det kan for eksempel være de med relasjonsvansker, sosial angst eller som har opplevd mobbing på skolen. For disse ungdommene kan hjemmeskole ha medvirket til mindre stress.

6.3 Styrker og begrensninger

Det er verdt å merke seg at denne masterstudien har flere begrensninger som kan ha påvirket resultatene. For det første kan den foreliggende tverrsnittstudien ikke konkludere med en direkte årsakssammenheng mellom nivået av smitteverntiltak og omfanget av psykiske helseplager hos ungdom. Studien identifiserte mulige sammenhenger, og altså ikke årsak-virkning forhold. For det andre var det et begrenset antall kontrollvariabler som ble analysert. Det var mange mulige konfunderende risikofaktorer som ikke ble inkludert, som for eksempel personlighetstrekk, livsstil, hjemmeforhold og andre mellommenneskelige forhold. Det er imidlertid et generelt problem at mange slike faktorer hverken er kjent eller mulig å kunne måle. Selv om analyser viser sammenhenger mellom visse risikofaktorer og psykiske

helseplager, er det vanskelig å fastslå om det er en årsakssammenheng. Dette fordi sammenhengene kan gå begge veier, og fordi felles bakenforliggende faktorer kan påvirke både risikofaktorene og den psykiske helsen. Videre kan resultatene ha presentert skjevheter, som for eksempel over- eller undervurderinger av psykiske helseplager, på grunn av egenskapene til nettundersøkelsen. Selvrapporteringsvurderinger kan altså ikke forklare den sanne utbredelsen av psykiske helseplager. Dette viser noen aspekter ved studien som gjør det vanskelig å trekke klare konklusjoner basert på funnene. Imidlertid er resultatene i denne masterstudien hovedsakelig i samsvar med mange tilsvarende internasjonale tverrsnittsstudier om virkninger av smitteverntiltak. Dermed er det sannsynlig at denne studien anskueliggjør en negativ psykisk helseeffekt, som er relatert til koronapandemiens smitteverntiltak. Videre er det også sannsynlig at det er en sammenheng mellom nivået av smitteverntiltak og omfanget av psykiske helseplager blant ungdom.

6.3.1 Frafallsfeil

Det er frivillig å delta i spørreundersøkelsen, og foresatte kan reservere sitt barn fra deltakelse. Videre kan datakvaliteten også være svekket på grunn av elevers skolefravær ved tidspunktet for undersøkelsen. Omfanget av disse forholdene er utilgjengelig informasjon, noe som gjør det vanskelig å vite hvor representative dataene er. Det kan være noen grupper ungdommer som er underrepresentert i datamaterialet. Elever som av ulike grunner ikke har deltatt i undersøkelsen kan blant annet tenkes å skyldes psykiske helseplager. Det er med det sannsynlig at en del ungdommer med psykiske utfordringer ikke er fanget opp i spørreundersøkelsen. Videre er det også en svakhet ved spørreundersøkelsen at noen respondenter ikke svarte på alle spørsmålene i den avhengige variabelen psykiske helseplager. De som unnlot å besvare noen av disse spørsmålene ble ekskludert fra utvalget. Dette utgjorde 3 524 respondenter av totalt 46 246 (7,6 prosent). Det kan være flere grunner til at noen av elevene ikke besvarte alle spørsmålene, men en mulig grunn kan være at det har vært vanskelig å forholde seg til følsomme spørsmål. Slike systematiske frafallsfeil kan gi skjeve utvalg, sånn at nettoutvalgets demografiske profil avviker fra populasjonens (Ringdal, 2018, s. 220-221). Det er derfor mulig at nettoutvalgets representativitet er svekket, og at påliteligheten til de statistiske beskrivelsene av ungdommen i de tre fylkene er redusert. Det er imidlertid ikke usannsynlig at de omtalte frafallsfeilene har medført for lave verdier av psykiske helseplager, og også bidratt til at sammenhengen mellom nivået av smitteverntiltak og omfanget av psykiske helseplager hos ungdom ikke framstod sterkere. Den hierarkiske

regresjonsanalysen viste en forklaringsprosent på 14 prosent (tabell 5-5). Hvor stor innvirkning kan disse frafallsfeilene ha hatt på resultatene? Ungdata har i notatet Metode og dokumentasjon undersøkt hvorvidt svarprosenten har noen innvirkning på svarene som kommer ut av Ungdataundersøkelsene (Velferdsforskningsinstituttet NOVA, u.å.-c). De undersøkte blant annet hvordan variabelen depressivt stemningsleie varierte etter svarprosent i de ulike undersøkelsene. Ungdata fant ingen lineær sammenheng mellom svarprosent og verdien på denne variabelen. Med en fortsatt høy svarprosent og et stort nettoutvalg er det grunn til å tro at kvaliteten på datamaterialet var tilfredsstillende, og med det at analyseutvalget er representativt for de tre fylkenes populasjon.

6.3.2 Kritikk av Ungdataundersøkelsene

Nordtug og Engelsrud (2017) påpeker at det har vært få kritiske analyser av blant annet Ungdataundersøkelsenes teoretiske utgangspunkt og metoder, og bruker Grenseløse målinger som overskrift. De retter her kritikk mot en rekke forhold som for eksempel:

- At utfyllingen av spørreskjemaene skjer i skoletiden med uklare grenser mellom psykiatri, forskning og skole.
- Slike skolebaserte kartlegginger synes både å gi for høye forekomsttall, og å bevege seg i et uklart etisk og faglig farvann.
- Folkehelseinstituttets registerdata knyttet til kartlegginger utført av helsevesenet burde være tilstrekkelig som dokumentasjon.

Marthe Schiller-Rognmo er skeptisk til sykeliggjøring, og mener at Ungdatatallene gir et feilaktig bilde av hvordan unge jenter har det (Solberg, 2018b). Schiller-Rognmo reagerer blant annet på hvordan spørsmålene om psykisk helse er formulert:

- Spørsmålene er negativt ladede og hentet fra diagnostiske verktøy som er utviklet for klinisk praksis. De er ikke formulert for å kartlegge en normalpopulasjons psykiske helse, men handler i praksis om psykisk sykdom.
- Noen av spørsmålene inneholder et unyansert begrepsbruk. Eksempelvis spørsmålet: «Har du i løpet av den siste uka følt deg ulykkelig, trist eller deprimert?» Det skilles her ikke mellom «normale» følelser (tristhet) og diagnoserelaterte begreper (deprimert), men behandles som synonymmer. Ungdata bidrar da til at normalitetsbegreper forskyves, og til at resultatene mister troverdighet. Schiller-Rognmo etterlyser mer måtehold og forbehold i hvordan dataene presenteres.

Schiller-Rognmo er også kritisk til hvordan selve Ungdataundersøkelsen gjennomføres (Solberg, 2018b). Hun påpeker at psykisk helse er et svært komplekst felt, så kontrasten blir stor mellom denne kjappe og litt enkle metodikken Ungdata bruker og de fenomenene som ønskes undersøkt.

Trondheim kommune har valgt å trekke seg fra den årlige Ungdataundersøkelsen, fordi de mener at den har et negativt søkelys på ungdoms psykiske helse og svartmaler livene til dagens unge (Skårderud, 2020). Ole Jacob Madsen gir Trondheim kommune rett i at funnene til Ungdata kan overdrive omfanget av psykiske helseplager hos unge (Skårderud, 2020). Madsen kritiserer Ungdatas kartlegging av unges psykiske helse, og uttaler blant annet følgende i avisartikkelen: Det er godt dokumentert at bruk av spørreskjemaer gir risiko for overrapportering ved spørsmål om psykisk helse. Madsen viser her til forskning som fant tre ganger så mange deprimerte respondenter ved gjennomføring av en spørreundersøkelse, i forhold til en undersøkelse hvor respondentene ble intervjuet. Han presiserer imidlertid at Ungdatas funn kan være verdifulle for å vise trender i ungdoms psykiske helse, og vil ikke oppfordre andre kommuner til å trekke seg.

6.3.3 Styrker

Det er også noen styrker knyttet til studien. En fordel var tilgangen til et stort populasjonsbasert utvalg. Dessuten kan bruken av flere analyser ha økt sannsynligheten for pålitelige funn. Resultatene er basert på ungdoms selvrappotering, og det er en styrke når hensikten er å få innsikt i deres egne opplevelser.

7 Konklusjon

Gjennom denne masteroppgaven ble oppmerksomheten rettet mot ungdoms psykiske helse i møte med koronapandemiens inngripende smitteverntiltak. Prosjektets problemstilling var: «Hvilken sammenheng er det mellom inngripende smitteverntiltak og ungdommers opplevelse av psykiske helseplager?» For å kunne belyse problemstillingen best mulig ble det utarbeidet to forskningsspørsmål (kapittel 1.3). Det første forskningsspørsmålet tok for seg sammenhengen mellom forskjellige nivåer av smitteverntiltak og omfang av psykiske helseplager blant ungdom. Det andre forskningsspørsmålet omhandlet ungdommenes opplevde stemningsleie under koronapandemien med to ulike tidsperspektiv.

Denne studien indikerer at det er en sammenheng mellom nivået av smitteverntiltak og omfanget av psykiske helseplager blant ungdom. De fleste av funnene i masterstudien er i tråd med de som tidligere er rapportert i forskningslitteraturen. Samlet sett framhever resultatene av undersøkelsen den økende psykiske helsebelastningen på barn og unge under koronapandemien. Pandemien og påfølgende smitteverntiltak utgjør en psykisk helserisiko for barn og unge, både på kort og lang sikt. Selv om de unge med psykiske helseplager ikke nødvendigvis vil utvikle en psykisk lidelse, er funnene relevante for folkehelse og politikk.

7.1 Praktiske implikasjoner

Konsekvensene av smitteverntiltakene på barn og unges psykiske helse har vært til stor bekymring for politikere, helse- og sosialtjenester og forskere. Resultatene i studien tyder på at tiltaksnivået har betydning for ungdoms psykiske helse. Selv om det fremdeles er lite kunnskap om langtidseffektene av blant annet skolestengingen, ser det ut til at stengte skoler har betydelige omkostninger for en del elever med hensyn til både læring, trivsel og psykisk helse (Folkehelseinstituttet, 2021c). Videre er skoler også viktige arenaer for sosiale tjenester som blir forstyrret under nedstenging. Derfor er det viktigste forebyggende tiltaket å holde skole, helse og sosiale tjenester i mest mulig normal drift, men innenfor rammene av forsvarlig smittevern (Folkehelseinstituttet, 2021c). Det bør derfor foretas grundige overveielser av hvor gjennomgripende tiltakene trenger å være for å overholde tilstrekkelig smittevern, og samtidig vektlegge ungdoms psykososiale helse. Myndighetene bør også være oppmerksomme på sårbarhetsfaktorer ved rehabiliterende tiltak og ved planlegging for seinere pandemier. Singh et al. (2020) uttrykker at det er et behov for å forbedre de unges tilgang til

støttetjenester for psykisk helse, rettet mot å gi tiltak for å utvikle sunne mestringsmekanismer under krisen.

Fortsatt overvåking av ungdoms psykiske helse er en grunnleggende nødvendighet. Antall henvisninger for pasienter under 23 år til psykisk helsevern økte som nevnt med hele 22 prosent fra 2020 til 2021 (Helsedirektoratet, 2022). De psykiske helsetjenestene må iverksette flere tiltak for å redusere denne svært uheldige utviklingen. De som er i faresonen må identifiseres og støttes på et tidlig stadium, for å unngå progresjon av psykiske helseproblemer til psykiske lidelser. Det bør iverksettes flere målrettede lavterskelforebyggende tiltak og tidlige intervensjonsstrategier for å forhindre eskalering av alvorlige psykiske helseproblemer, spesielt i de gruppene som har blitt hardt rammet av pandemien. Videre bør helsefremmende og forebyggende strategier også prioriteres, for å styrke og opprettholde den psykiske helsen til barn og unge generelt. Innsats for å nå ut til den generelle unge befolkningen med forebyggende tiltak i skolen kan være avgjørende for å normalisere situasjonen for barn og unge, og for å identifisere de som trenger mer målrettede psykiske helsetiltak. Dette er oppgaver som må tas opp av hele samfunnet, inkludert politikere, helsepersonell, sosialarbeidere og utdanningspersonell.

7.2 Betraktninger rundt videre forskning

Mye forskning har etter hvert blitt foretatt om barn og unge under koronapandemien. Sett under ett, tyder studier i varierende grad på at koronapandemien kan ha mange uønskede effekter på den psykiske helsen for enkelte ungdommer. Det er imidlertid til nå lite kunnskap om langtidsvirkninger av tiltaksbelastningen i forhold til psykiske helseproblemer. Hvordan går det med disse ungdommene over lengre tid? De langsiktige innvirkningene kan være vanskelig å måle, og er fremdeles stort sett ukjente. Smitteverntiltak kan også virke indirekte på de unges psykisk helse, for eksempel via bortfall av forebyggende helsetjenester. Derfor kan slike effekter være vanskelig å måle. Det vil også ta flere år før en eventuell langvarig endring kan ses i den psykiske folkehelsen. Litteraturgjennomgangen viste at de studiene som hittil er publisert i stor grad var basert på enkeltundersøkelser. Pandemien og de innførte smitteverntiltakene har ført til både kortsiktige og langsiktige psykososiale og psykiske helsemessige konsekvenser for barn og unge (Singh et al., 2020). Forfatterne konkluderte i sin artikkel med at det er et presserende behov for langsgående studier, og iverksetting av evidensbaserte og grundig utarbeidete handlingsplaner, for å imøtekomme de psykososiale og

psykiske helsebehovene til de utsatte unge. Det bør derfor initieres flere langsgående studier med lengre oppfølgingstid. Slike studier vil kunne gi mer kunnskap om mulige langtidsvirkninger. Dette er viktig for å kvalitetssikre og utdype nåværende resultater, men også for å undersøke og forstå konsekvenser av smitteverntiltakene på lengre sikt. Det er imidlertid flere pågående longitudinelle studier over et lengre tidsperspektiv som etter hvert kan gi denne innsikten. Det er viktig med et godt kunnskapsgrunnlag for å kunne sikre gode helsetjenester som kan forebygge langsiktige psykiske helsevansker. Det er også behov for bedre kunnskap om virkningen og kostnaden av smitteverntiltak.

Referanser

- Andreassen, O. A., Malt, E. A., Malt, U. F., Årslund, D. & Melle, I. (2018). Biopsykososial forståelsesmodell. I U. F. Malt, O. A. Andreassen, E. A. Malt, I. Melle & D. Årslund (Red.), *Lærebok i psykiatri* (4. utg., s. 135-142). Gyldendal Akademisk.
- Andrés, M. L., Galli, J. I., del Valle, M., Vernucci, S., López-Morales, H., Gelpi-Trudo, R. & Canet-Juric, L. (2022). Parental Perceptions of Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic in Argentina. *Child Youth Care Forum*, 1-31.
<https://doi.org/10.1007/s10566-021-09663-9>
- Bakken, A. (2021). *Ungdata 2021: Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 8/21). NOVA, OsloMet. <https://hdl.handle.net/11250/2767874>
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2020). *Utsatte barn og unges tjenestetilbud under Covid19 pandemien* (Statusrapport 1).
https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/bufdir/utsatte_barn_og_unge_tjenestetilbud_under_covid19_pandemien_statusrapport_1-konvertert.pdf
- Bjerkan, B. (2011). Utvikling: De første leveårene. I F. Svartdal (Red.), *Psykologi: En introduksjon* (2. utg., s. 149-165). Gyldendal Akademisk.
- Danese, A. & Smith, P. (2020). Debate: Recognising and responding to the mental health needs of young people in the era of COVID-19. *Child Adolesc Ment Health*, 25(3), 169-170. <https://doi.org/10.1111/camh.12414>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 17. juni). *Om NESH*. Forskningsetikk.no.
<https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/nesh/om-nesh/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Forskningsetikk.no.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Duan, L., Shao, X., Wang, Y., Huang, Y., Miao, J., Yang, X. & Zhu, G. (2020). An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of COVID-19. *J Affect Disord*, 275, 112-118.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.029>
- Eriksen, I. M., Sletten, M. A., Bakken, A. & von Soest, T. (2017). *Stress og press blant ungdom: Erfaringer, årsaker og utbredelse av psykiske helseplager* (NOVA Rapport 6/17). NOVA, OsloMet. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5115>

- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L. & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: A narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 14(1), 20-20.
<https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- Folkehelseinstituttet. (2018a, 14. mai). *Folkehelse rapporten: Livskvalitet og psykiske lidelser hos barn og unge*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2018b). *Psykisk helse i Norge* (Rapport 2018).
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Folkehelseinstituttet. (2020, 9. mars). *Statistikk om koronavirus og covid-19*. Hentet 12. oktober 2021 fra <https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/corona/dags--og-ukerapporter/dags--og-ukerapporter-om-koronavirus/>
- Folkehelseinstituttet. (2021a, 3. desember). *Folkehelse rapporten: Fysisk aktivitet i Norge*.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/?term=&h=1>
- Folkehelseinstituttet. (2021b, 8. november). *Folkehelse rapporten: Søvnvansker i Norge*.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/sovnvansker-folkehelse rapporten/>
- Folkehelseinstituttet. (2021c). *Folkehelse rapportens temautgave 2021. Folkehelsen etter covid-19. Pandemiens konsekvenser for ulike grupper i befolkningen* (Rapport 2021).
<https://www.fhi.no/contentassets/b669d0bbb94943efae9793b33526d415/folkehelse rapportens-temautgave-2021---folkehelsen-etter-covid-19.pdf>
- Frøyland, L. R. (2017). *Ungdata – Lokale ungdomsundersøkelser: Dokumentasjon av variablene i spørreskjemaet*. NOVA. <https://www.ungdata.no/metode-og-dokumentasjon/>
- Helsedirektoratet. (2019, 29. april). *Fysisk aktivitet for barn, unge, voksne, eldre og gravide*.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide>
- Helsedirektoratet. (2020, 12. mars). *Helsedirektoratet har vedtatt omfattende tiltak for å hindre spredning av Covid-19*.
<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsedirektoratet-har-vedtatt-omfattende-tiltak-for-a-hindre-spredning-av-covid-19>

- Helsedirektoratet. (2022, 5. mai). *Flere barn og unge fikk helsehjelp i psykisk helsevern*.
<https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/flere-barn-og-unge-fikk-helsehjelp-i-psykisk-helsevern>
- Hysing, M., Pallesen, S., Stormark, K. M., Jakobsen, R., Lundervold, A. & Sivertsen, B. (2015). Sleep and use of electronic devices in adolescence: Results from a large population-based study. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006748>
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS: Versjon 17* (4. utg.). Abstrakt forlag.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Abstrakt.
- Kogstad, R. E., Mönness, E. & Sörensen, T. (2012). Social Networks for Mental Health Clients: Resources and Solution. *Community Ment Health J*, 49(1), 95-100.
<https://doi.org/10.1007/s10597-012-9491-4>
- Lehmann, S., Skogen, J. C., Haug, E., Mæland, S., Fadnes, L. T., Sandal, G. M., Hysing, M. & Bjørknes, R. (2021). Perceived consequences and worries among youth in Norway during the COVID-19 pandemic lockdown. *Scand J Public Health*.
<https://doi.org/10.1177/1403494821993714>
- Lehmann, S., Skogen, J. C., Sandal, G. M., Haug, E. & Bjørknes, R. (2022). Emerging mental health problems during the COVID-19 pandemic among presumably resilient youth - a 9-month follow-up. *BMC Psychiatry*, 22(1), 67-67. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03650-z>
- Malt, U. F. & Mykletun, A. (2018). Psykiske lidelser: Diagnostikk, utbredelse og behandlingsorganisering. I U. F. Malt, O. A. Andreassen, E. A. Malt, I. Melle & D. Årslund (Red.), *Lærebok i psykiatri* (4. utg., s. 15-38). Gyldendal Akademisk.
- Marques de Miranda, D., da Silva Athanasio, B., Sena Oliveira, A. C. & Simoes-e-Silva, A. C. (2020). How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? *International journal of disaster risk reduction*, 51, 101845-101845.
<https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101845>
- Melle, I., Johansen, R. & Malt, U. F. (2018). Personlighet og sosiale aspekter ved psykiske lidelser. I U. F. Malt, O. A. Andreassen, E. A. Malt, I. Melle & D. Årslund (Red.), *Lærebok i psykiatri* (4. utg., s. 119-134). Gyldendal Akademisk.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Rapport 2009:8). <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmloi/handle/11250/220092>

- Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. S. & Hennessy, E. (2020). Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 17(22), 8479.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>
- Nordtug, B. & Engelsrud, G. (2017). Boken som mangler, ord som går på tomgang og sykt flinke jenter: Kunnskap og helse. *Tidsskrift for kjønnsforskning*, 41(4), 262-278.
<https://doi.org/10.18261/issn.1891-1781-2017-04-06>
- Nøkleby, H., Borge, T. C. & Johansen, T. B. (2021). *Konsekvenser av covid-19-pandemien for barn og unges liv og psykiske helse: oppdatering av en hurtigoversikt* (Rapport 2021). Folkehelseinstituttet. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/handle/11250/2771680>
- O'Sullivan, K., Clark, S., McGrane, A., Rock, N., Burke, L., Boyle, N., Joksimovic, N. & Marshall, K. (2021). A Qualitative Study of Child and Adolescent Mental Health during the COVID-19 Pandemic in Ireland. *Int J Environ Res Public Health*, 18(3), 1062. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031062>
- Oliveira, J. M. D. d., Butini, L., Pauletto, P., Lehmkühl, K. M., Stefani, C. M., Bolan, M., Guerra, E., Dick, B., De Luca Canto, G. & Massignan, C. (2022). Mental health effects prevalence in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs*. <https://doi.org/10.1111/wvn.12566>
- Prop. 121 S (2018–2019). *Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-121-s-20182019/id2652917/>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Otto, C., Devine, J., Löffler, C., Hurrelmann, K., Bullinger, M., Barkmann, C., Siegel, N. A., Simon, A. M., Wieler, L. H., Schlack, R. & Hölling, H. (2021). Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. *European child & adolescent psychiatry*.
<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01889-1>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Napp, A.-K., Becker, M. & Blanck-Stellmacher, U. (2021). Mental health and psychological burden of children and adolescents during the first wave of the COVID-19 pandemic--results of the COPSYS study/Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie -- Ergebnisse der COPSYS-Studie. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(12), 1512. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3>

- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Rosenvinge, J. H. (2011). Psykisk lidelse og psykisk helse. I F. Svartdal (Red.), *Psykologi: En introduksjon* (2. utg., s. 213-221). Gyldendal Akademisk.
- Singh, S., Roy, D., Sinha, K., Parveen, S., Sharma, G. & Joshi, G. (2020). Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. *Psychiatry Res*, 293, 113429-113429.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>
- Skårderud, J. R. (2020, 27. februar). Betviler Ungdatas funn om ungdoms psykiske helse: Stoler ikke på tall. *Klassekampen*.
<https://stolav.no/Documents/KoRus/klassekampen%20og%20madsen.pdf>
- Sletten, M. A. & Bakken, A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer: En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse* (Notat 4/2016). Velferdsforskningsinstituttet NOVA.
<https://utdanningsforskning.no/contentassets/a86bb0fa14dc452695ffc6512e6e9073/web-utgave-notat-4-16.pdf>
- Solberg, P. O. (2018a, 5. februar). *Mener Ungdata gir et nyansert bilde*. Norsk psykologforening. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2018/02/mener-ungdata-gir-et-nyansert-bilde>
- Solberg, P. O. (2018b, 5. februar). *Skeptisk til sykeliggjøring*. Norsk psykologforening. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2018/02/skeptisk-til-sykeliggjoring>
- Statsministerens kontor & Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, 30. april). *Livskvalitet, psykisk helse og rusmiddelbruk under Covid-19-pandemien: Utfordringsbilde og anbefalte tiltak*. Regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/livskvalitet-psykisk-helse-og-rusmiddelbruk-under-covid-19-pandemi/id2846714/>
- Store norske leksikon. (2021, 20. desember). *Humankapital*. snl.no.
<https://snl.no/humankapital>
- Surén, P. (2018). Har ungdommer dårligere psykisk helse enn før? *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0558>
- UNICEF. (2021). *The State of the World's Children 2021 - On My Mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health (summary)*.
<https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>

- Utdanningsdirektoratet. (2020, 9. desember). *Utdanningsspeilet 2020: Hvordan preget koronautbruddet våren 2020 barnehager, skoler og fagopplæring?*
<https://www.udir.no/tall-og-forskning/finn-forskning/tema/utdanningspeilet-2020/del-2/>
- Utdanningsdirektoratet. (2021, 2. november). *Utdanningsspeilet 2021: Hvordan preget koronapandemien barnehager, skoler og fagopplæring i 2020–21?*
<https://www.udir.no/tall-og-forskning/publikasjoner/utdanningspeilet/utdanningspeilet-2021/koronapandemien/>
- Velferdsforskningsinstituttet NOVA. (2020, 23. januar). *Stress, press og psykiske plager blant unge*. Ungdata.no. <https://www.ungdata.no/stress-press-og-psykiske-plager-blant-unge/>
- Velferdsforskningsinstituttet NOVA. (2021, 11. januar). *Gjennomføring av Ungdataundersøkelsen 2021*. Ungdata.no. <https://www.ungdata.no/gjennomforing-av-ungdata-undersokelsen-2021/>
- Velferdsforskningsinstituttet NOVA. (u.å.-a). *Hva er Ungdata?* Ungdata.no. Hentet 5. mars 2021 fra <https://www.ungdata.no/hva-er-ungdata/>
- Velferdsforskningsinstituttet NOVA. (u.å.-b). *Informasjon til foresatte og elever*. Ungdata.no. Hentet 5. mars 2021 fra <https://www.ungdata.no/informasjon-til-ungdom-og-foresatte/>
- Velferdsforskningsinstituttet NOVA. (u.å.-c). *Metode og dokumentasjon*. Ungdata.no. Hentet 29. januar 2022 fra <https://www.ungdata.no/metode-og-dokumentasjon/>
- Velferdsforskningsinstituttet NOVA. (u.å.-d). *Personvern*. Ungdata.no. Hentet 5. mars 2021 fra <https://www.ungdata.no/personvern/>
- Wiklund, M., Bengs, C., Malmgren-Olsson, E.-B. & Öhman, A. (2010). Young women facing multiple and intersecting stressors of modernity, gender orders and youth. *Social Science & Medicine*, 71(9), 1567-1575.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.08.004>
- World Health Organization. (2019, 28. november). *Mental disorders*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization. (2020, 30. januar). *Depression*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- World Health Organization. (u.å.-a). *Frequently asked questions*. Hentet 29. april 2021 fra <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- World Health Organization. (u.å.-b). *Health Promotion: The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986*. Hentet 30. august 2021 fra

<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., Zhang, J. & Song, R. (2020). Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr*, 174(9), 898-900.

<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>

Zhang, X., Yang, H., Zhang, J., Yang, M., Yuan, N. & Liu, J. (2021). Prevalence of and risk factors for depressive and anxiety symptoms in a large sample of Chinese adolescents in the post-COVID-19 era. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 15(1), 80-80.

<https://doi.org/10.1186/s13034-021-00429-8>

Zhou, S.-J., Zhang, L.-G., Wang, L.-L., Guo, Z.-C., Wang, J.-Q., Chen, J.-C., Liu, M., Chen, X. & Chen, J.-X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 29(6), 749-758. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103-126. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.86.2.103>

Oversikt over tabeller og figurer

Tabeller

Tabell 4-1 Frekvenstabell på skolenivå, fylke og kjønn	39
Tabell 4-2 Sammensatte mål for psykiske helseplager	48
Tabell 4-3 Sammensatte mål for smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv	49
Tabell 4-4 Studiens andre variabler	50
Tabell 5-1 Sammenstilling av psykiske helseplager og smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv (gjennomsnittsverdier med standardavvik i parentes)	54
Tabell 5-2 Beskrivende statistikk for psykiske helseplager og smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv innenfor de forskjellige fylkene.....	56
Tabell 5-3 ANOVA for psykiske helseplager og smitteverntiltakenes effekt på hverdagsliv .	57
Tabell 5-4 Post-hoc-testresultater.....	57
Tabell 5-5 Modellsammendrag av hierarkisk lineær regresjon.....	60
Tabell 5-6 Koeffisienter for hierarkisk lineær regresjon.....	61

Figurer

Figur 4-1 Andel stengte grunnskoler våren 2021 fordelt på fylke (Utdanningsdirektoratet, 2021).....	52
Figur 4-2 Antall meldte tilfeller per 100 000 innbyggere per fylke hittil i epidemien (Folkehelseinstituttet, 2020).....	53
Figur 5-1 Sammenhengen mellom smitteverntiltak og psykiske helseplager.....	55
Figur 5-2 Sammenstilling og omfang av redusert hverdagsliv og psykiske helseplager	56
Figur 5-3 Gjennomsnitt i hvert fylke plottet mot fylkene	59
Figur 5-4 Ungdommenes sitt vurderte stemningsleie ved to forskjellige tidsperspektiver.....	62

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjema – Psykiske helseplager

ungdata

Side 26 Psykiske helseplager

Har du i løpet av den siste uka vært plaget av noe av dette:	Ikke plaget i det hele tatt	Lite plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Følt at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg ulykkelig, trist eller deprimert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt håpløshet med tanke på framtida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg stiv eller anspent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymret deg for mye om ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vedlegg 2: Spørreskjema – Livet under koronapandemien

Livet under korona-pandemien

DU VIL NÅ FÅ SPØRSMÅL OM HVORDAN KORONA-PANDEMIEN HAR PÅVIRKET LIVET DITT. SVAR SÅ GODT DU KAN.

Har korona-pandemien påvirket livet ditt i negativ retning?	
<input type="checkbox"/>	Nei, ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/>	Ja, litt
<input type="checkbox"/>	Ja, en del
<input type="checkbox"/>	Ja, mye
<input type="checkbox"/>	Ja, veldig mye

Har korona-pandemien påvirket livet ditt i positiv retning?	
<input type="checkbox"/>	Nei, ikke i det hele tatt
<input type="checkbox"/>	Ja, litt
<input type="checkbox"/>	Ja, en del
<input type="checkbox"/>	Ja, mye
<input type="checkbox"/>	Ja, veldig mye

Sammenliknet med tiden før korona, hvordan har året under korona-pandemien har vært for deg?	Stemmer ikke i det hele tatt	Stemmer litt	Stemmer godt	Stemmer svært godt
Det har vært mindre stress i hverdagen min enn før koronatiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har bekymret meg mer enn før koronatiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har følt meg mer ulykkelig, trist eller deprimert enn før koronatiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har hatt færre venner å snakke med enn før koronatiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har gjort flere hyggelige ting sammen med familien min enn før koronatiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har fått være med på færre fritidsaktiviteter enn før koronatiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har hatt mindre sosial kontakt med elevene i klassen enn før koronatiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har følt meg mer ensom enn før koronatiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det har vært mer krangling i familien min enn før koronatiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du i løpet av koronatiden tatt kontakt med en hjelpetelefon eller en chattetjeneste (for eksempel Alarmtelefonen)?	
<input type="checkbox"/>	Nei
<input type="checkbox"/>	Nei, men jeg har vurdert det
<input type="checkbox"/>	Ja

Vedlegg 3: Avtale om tilgang til data



Dato: 23. august 2021

Saksbehandler: Ellsabeth Gulley

AVTALE OM UTLIVERING AV ANONYME DATA FRA UNGDATA TIL FORSKING

**Mellom Universitetet i Sørøst-Norge (senere kalt virksomheten)
og OsloMet v/NOVA (senere kalt NOVA)**

1. Grunnlag

Grunnlaget for avtalen er basert på en søknad av 1. juli 2021 fra Jon Håkestad om å få bruke opplysninger fra det nasjonale datasettet for Ungdata 2019-2021 i forbindelse med gjennomføring av analyser av utviklingen i ungdoms psykiske helse over tid. Håkestad er student på studiet Master i Samfunn og helse ved USN, og analysene inngår i arbeidet med masteroppgaven. Foreløpig problemstilling er: Hvordan har belastningen av strenge og inngripende smitteverntiltak påvirket ungdommers psykiske helse? Veileder er Lars Bauger, førsteamanuensis, USN.

2. Vilkår

- Datasettet skal utelukkende brukes ut fra formålet som beskrevet i søknaden.
- Tillatelsen til å benytte data er gyldig fra kontrakts undertegnelse til 1.7.2022, med mulighet til forlengelse etter egen søknad om dette.
- Forsøk på bakveidentifisering er ikke tillatt, og resultatene må ikke offentliggjøres på en slik måte at det medfører risiko for identifisering av enkeltpersoner.
- Regler knyttet til personvern og forskningsetiske råd skal følges.
- Virksomheten har ansvar for at ikke andre personer enn de som er nevnt i søknaden får tilgang til data. Opplysningene skal oppbevares på passordbeskyttet område eller sikres på tilsvarende måte.
- NOVA skal få oversendt publikasjoner basert på det utleverte materialet.
- I offentliggjøring av resultater basert på datamaterialet, skal det framgå at «Datamaterialet er basert på en ungdataundersøkelse, gjennomført av NOVA i samarbeid med de regionale kompetansesentrene for rusfeltet (KoRus). Ungdata er finansiert over statsbudsjettet gjennom tilskudd fra Helsedirektoratet. NOVA er ikke ansvarlig for analyser eller fortolkninger av resultatene.»
- Ved muntlig formidling av forskningsfunn basert på det utleverte materialet skal det oppgis at datamaterialet er basert på en ungdataundersøkelse gjennomført av NOVA og KoRus.
- NOVA er ikke ansvarlig for konklusjoner som trekkes av virksomheten i forbindelse med presentasjon av resultater.

3. Sletting / tilbakelevering

Når forskningsprosjektet er avsluttet, og senest ved sluttdatoen for denne kontrakten, forplikter virksomheten seg til å slette alle mottatte opplysninger, inklusive alle utskrifter og kopier av disse. Sletting skal bekreftes på det vedlagte skjemaet.

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Postadresse
Pb. 4 St. Olavs plass, 0130 OSLO

Velferdsforskningsinstituttet NOVA

Telefon
67 23 50 00

Besøksadresse
Pilestredet 46

4. Autorisasjon

Følgende personer tilknyttet skal ha tilgang til opplysningene:

Jon Håkestad

Lars Bauger (veileder, førsteamanuensis, USN)

Dersom det er aktuelt å endre personer med tilgang til opplysningene, må dette søkes spesielt om i hvert enkelt tilfelle.

5. Brudd på avtalen

Ved brudd på vilkårene som er gitt i denne avtalen, kan tillatelsen til å benytte de utleverte opplysningene bli trukket tilbake.

6. Undertegning

Denne avtalen er utarbeidet i to eksemplarer hvorav partene beholder hvert sitt eksemplar.

Dato: 29/9 2021
Sted: Elisabeth Gulløy

For virksomheten:

Underskrift: Elisabeth Gulløy
Representant for virksomheten

Student:

Underskrift: Jon Håkestad

Veileder: Lars Bauger

Underskrift: Lars Bauger

Dokumentet er elektronisk signert av OsloMet v/NOVA og har derfor ikke håndskreven signatur fra NOVA