

Speciale
Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab
Aarhus Universitet

*Positiv mental sundhedskompetence blandt
gymnasieelever – hvad ved de og hvad gør de?*

*En kvalitativ undersøgelse af gymnasieelevers viden og handlinger
til at fremme mentale sundhed*

Udarbejdet af:

Ida Amalie Richardson
Studienummer: 201608301

Mette Louise Petersen
Studienummer: 201605475

Vejleder:

Lise Juul, Lektor
Institut for Klinisk Medicin, Dansk Center for Mindfulness

Specialets omfang: 174.937 anslag
Afleveringsdato: 1. juni 2022

*Der gives tilladelse til, at dette speciale må gøres tilgængelig hos Dansk Center for Mindfulness,
Aarhus Universitet*

Forord

En stor tak til vores dygtige og støttende vejleder, Lise Juul. Det har været en fornøjelse og en spændende specialeperiode, hvor vi er blevet klogere på både akademiske færdigheder og det vigtige arbejde, som Dansk Center for Mindfulness laver. Dertil har vi nydt gode vejledningstimer med interessante- og konstruktive samtaler. Det skal også lyde en stor tak til de otte unge informanter, som har bidraget med vigtig viden til specialet. God læsning.

Abstract

Title: Positive Mental Health Literacy among high school students – What do they know and what do they do? - A qualitative study of high school student's knowledge and behavior to promote their mental health.

Background: Mental health problems among adolescents are an increasing problem in Denmark and still there is lack of systematic mental health promotion. Previously, the concept *Mental Health Literacy (MHL)* has focused on mental illness, but in the last decade it has been under conceptual development. The most recent definition on MHL involves the knowledge on how to obtain good mental health, however, the measurement tools are not up to date. A limited amount of studies have investigated adolescents knowledge and behavior on how to promote their mental health.

Aim: The aim of this study was to investigate high school student's knowledge on how to promote own mental health and how they act on the basis of this knowledge. Further we investigate factors that may influence their health literacy in promoting their own mental health. Among this we investigate if high school students who had recently engaged in the mindfulness-based intervention study "*On Top of Everything*" had a different approach in promoting their own mental health, compared to other high school students.

Methods: The theoretical approach was based on the conceptual model of *Health Literacy (HL)* produced by Sørensen et al. (2012). We conducted eight semi-structured interviews. The interviews were transcribed and coded in NVivo using systematic text condensation. The results were analyzed and discussed with a theoretical approach from the perspectives of HL and selected dimensions related to mental health promotion introduced by Dahl et al. (2020).

Results: The adolescents showed a wide knowledge on how to promote their mental health. The participants from the intervention study had increased knowledge on how mastering their own thoughts affects their mental health. We found that the participant's behavior did not always correlate with their knowledge. However, we found that awareness towards ones own actions was important in managing their own mental health. Furthermore, we found that the adolescents' management of own mental health where affected by determinants at the micro-, meso- and macro-level.

Conclusion: Knowledge in itself does not seem sufficient in order to promote mental health. Awareness of ones own's behavior in promoting own mental health seems to be essential.

Resumé

Titel: Positiv mental sundhedskompetence blandt gymnasieelever – hvad ved de og hvad gør de?
- En kvalitativ undersøgelse af gymnasieelevers viden og handlinger til at fremme deres mentale sundhed

Baggrund: Den mentale mistrivsel er stigende blandt unge i Danmark og samtidigt er der mangel på sundhedsfremmende populationsbaserede interventioner. Tidligere definitioner af begrebet *mental sundhedskompetence (MHL)* har fokuseret på psykisk sygdom, men begrebet har det sidste årti været under konceptuel udvikling. Den nyeste definition af MHL indbefatter en viden om bibeholdelse af god mental sundhed, om end eksisterende målemetoder ikke er udviklet i overensstemmelse med denne. Et begrænset antal studier har undersøgt unges viden og handlinger til hvordan man kan fremme mental sundhed.

Formål: Formålet er at undersøge gymnasieelevers viden om hvordan egen mental sundhed fremmes, samt hvordan de handler ud fra denne viden. Samtidigt undersøges hvilke faktorer, der kan have indflydelse på deres sundhedskompetence inden for mental sundhed. Herudover undersøges om gymnasieelever, der har deltaget i det mindfulnessbaserede interventionsstudiet ”*Styr på det hele*” har en anden tilgang til fremme af deres mentale sundhed end andre gymnasieelever.

Metode: Det teoretiske afsæt er baseret på den konceptuelle model om sundhedskompetence (HL) udarbejdet af Sørensen et al. (2012). Vi gennemførte otte semistrukturerede interviews. Interviewene blev transkriberet og kodet i NVivo ved brug af systematisk tekstkondensering. Resultaterne blev analyseret og diskuteret med et teoretisk afsæt i HL og udvalgte dimensioner relateret til mental sundhedsfremme introduceret af Dahl et al. (2020).

Resultater: De unge havde en bred viden om hvordan mental sundhed fremmes. Deltagerne fra interventionsstudiet havde øget viden om hvordan egne tanker kan påvirke mental sundhed. Vi fandt at deltagernes handlinger ikke altid stemte overens med deres viden. Samtidigt fandt vi, at bevidsthed om egne handlinger var relevant i håndtering af egen mental sundhed. Desuden fandt vi, at unges håndtering af mental sundhed var under indflydelse af faktorer på mikro-, meso- og makroniveau.

Konklusion: Viden alene ser ikke ud til at være tilstrækkeligt til at fremme mental sundhed. Bevidsthed om egne handlinger forekommer at være af betydning, når mental sundhed fremmes.

Indholdsfortegnelse

Forord	1
Abstract.....	2
Resumé	3
Indholdsfortegnelse.....	4
1. Baggrund.....	7
1.1. Mental sundhed blandt unge	7
1.2. Systematisk mental sundhedsfremme i Danmark.....	8
1.3. Mental sundhedskompetence (MHL)	10
1.3.1. Måling af mental sundhedskompetence	11
1.4. Formål.....	14
2. Teori	15
2.1. Health Literacy	15
2.1.1. Begrebsafklaring	17
3. Metode.....	18
3.1. Systematisk litteratursøgning.....	18
3.2. Forskningsdesign	21
3.3. Videnskabsteoretisk afsæt.....	22
3.4. Dataindsamling	22
3.4.1. Valg af informanter	22
3.4.2. Semistruktureret interview	23
3.4.3. Udarbejdelse af interviewguide.....	23
3.4.4. Afvikling af interviews	25
3.4.5. Ethiske overvejelser	25
3.5. Databehandling	26
3.5.1. Analytisk tilgang	26
3.5.2. Transskribering	27
3.5.3. Analysestrategi.....	28
4. Resultater.....	30
4.1. Mental sundhed.....	31
4.2. Mental sundhedsfremme.....	33
4.2.1. Viden om mental sundhedsfremme.....	33
4.2.2. Handlinger til at fremme mental sundhed.....	35

4.3.	Sammenfatning	41
5.	Diskussion af resultater	43
5.1.	Diskussion af analysens fund med teoretisk afsæt.....	44
5.1.1.	Mental sundhed.....	44
5.1.2.	Individuel karakter	45
5.1.3.	Social karakter.....	48
5.1.4.	Informationssøgning	50
5.2.	Diskussion af analysens fund med eksisterende litteratur	53
5.3.	Diskussion af analysens fund til videreudvikling af MHL.....	54
5.3.1.	Diskussion af vores fund vedr. viden og handlinger.....	54
5.3.2.	Diskussion af vores fund vedr. faktorer	55
6.	Diskussion af metode	57
6.1.	Diskussion af vores teoretiske afsæt.....	57
6.2.	Diskussion af dataindsamling	58
6.2.1.	Rekruttering af informanter.....	58
6.2.2.	Det semistrukturerede interview	59
6.2.3.	Etik	61
6.2.4.	Positionering	62
6.3.	Diskussion af metodevalg.....	63
7.	Konklusion.....	63
8.	Perspektivering.....	64
9.	Referenceliste.....	66
Bilag.....	70
(1)	Spørgeskema udarbejdet af Bjørnsen et al. (2017).....	70
(2)	Søgninger ved systematisk litteratursøgning	71
(3)	Interviewguide	72
(4)	Samtykkeerklæring	76
(5)	Display	80
(6)	Overvejelser ift. interviewtype	86

1. Baggrund

1.1. Mental sundhed blandt unge

Mentale sundhedsproblemer blandt unge er et stigende problem både internationalt og nationalt (Patel et al., 2007). Siden 2010 er danskernes generelle sundhed, sygelighed og trivsel undersøgt ca. hvert 4. år gennem nationale sundhedsprofiler, senest i 2021. Disse sundhedsprofiler er gennemført baseret på spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' i alle landets fem regioner (Sundhedsstyrelsen, 2010; Sundhedsstyrelsen, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2017; Sundhedsstyrelsen, 2021). Unge i aldersgruppen 16-24 år har i alle sundhedsprofilerne flest adspurgte, der vurderer at de har et lavt mentalt helbred og et højt stressniveau. Faktisk scorer mere end hver 5. mand og hver 3. kvinde i alderen 16-24 år i dag lavt på den mentale helbredsscore. Til sammenligning var dette lidt under hver 8. mand og lidt under hver 4. kvinde i samme aldersgruppe i 2017. Samme tendens er også gældende når der ses på oplevelsen af stress blandt målgruppen. I 2013 scorede mere end hver 6. mand og hver 3. kvinde højt på stressskalaen. I dag er dette næsten hver 3. mand og mere end halvdelen af de adspurgte kvinder. De sidste par år er den mentale sundhed blandt unge i Danmark altså taget et markant dyk. Det skal naturligvis ses i lyset af, at sundhedsprofilen i 2021 er udarbejdet under COVID-19 nedlukningen. Alligevel er udviklingen ikke til at tage fejl af. Det er tydeligt, ud fra de nationale sundhedsprofiler, at mentale sundhedsproblemer er et stigende problem blandt unge i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2010; Sundhedsstyrelsen, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2017; Sundhedsstyrelsen, 2021)

I 2001 udviklede verdenssundhedsorganisationen (WHO) en definition på mental sundhed, der i dag anerkendes og anvendes internationalt (World Health Organization, 2013). Sundhedsstyrelsen tager afsæt i denne definition og oversætter den til: "*Mental sundhed er en tilstand af trivsel, hvor det enkelte menneske kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress og indgå i fællesskaber med andre mennesker*" (Sundhedsstyrelsen, 2018). Mental sundhed opdeles altså i to dimensioner; a) *en oplevelsesdimension*: følelsen af at have det godt, overvejende være i godt humør og tilfreds med livet og b) *en funktionsdimension*: i stand til at indgå i fællesskaber, klare dagligdagsgøremål og håndtere hverdagens udfordringer. Mental sundhed er altså mere end fraværet af psykisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2018). I dette speciale anvender vi Sundhedsstyrelsens definition af mental sundhed.

Dårlig mental sundhed over en længere periode kan, udover at nedsætte livskvaliteten, være årsag til udvikling af psykiske lidelser. Netop psykiske lidelser udgør en stor del sygdomsbyrden i alle lande i dag og disse udvikler sig oftest i ungdomsårene (Patel et al., 2007). I Danmark har incidensen af psykiske lidelser blandt unge aldrig været højere end den er i dag og psykiatrien har aldrig været mere presset (Psykiatrifonden, 2021). Dette har affødt et stigende fokus på opsporing og bedre adgang til kvalitetssikrede behandlingstilbud for børn og unge i psykisk mistrivsel (Sundhedsstyrelsen, 2022).

Geoffrey Rose skelner mellem højrisiko- og populationsbaserede strategier (Rose, 1992). Mens højrisikostrategier er individorienteret og målrettet særlige risikogrupper, har populationsbaserede strategier til formål at bedre sundhed blandt hele befolkningen. Førnævnte behandlingstilbud for unge med psykiske lidelser er en højrisikostrategi og påvirker ikke den mentale sundhed hos den generelle befolkning. Det er altså nødvendigt, at der laves populationsbaserede interventioner, så den nedadgående kurve for unges mentale sundhed kan vendes; dels for at fremme unges mentale sundhed og dels for at mindske forekomsten af psykiske lidelser blandt unge (Rose, 1992)

1.2. Systematisk mental sundhedsfremme i Danmark

I 2018 udtalte Patel et al. (2018) at når det kommer til fremme af mental sundhed, kan alle lande betragtes som udviklingslande (Patel et al., 2018). I Danmark er forekomsten af populationsbaserede, systematisk sundhedsfremmende initiativer også begrænset. Det nævnes i Sundhedsstyrelsens 10-års plan for udvikling af psykiatrien fra januar 2022, at der i dag ikke arbejdes målrettet og systematisk til fremme af mental sundhed i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2022). Der er anbefalinger til kommunernes og regionernes arbejde med mental sundhedsfremme, men ingen krav eller lovgivning herom (Sundhedsstyrelsen, 2022; Sundhedsstyrelsen, 2018). I 10-årsplanen opstilles mål til fremme af mental sundhed, hvoraf ét af målene er at udbrede viden om betydningen af mental sundhed og håndtering af stress blandt befolkningen. Der peges på, at mental sundhed skal ses i et befolkningsperspektiv gennem hele livet, idet mange ikke er bevidste om betydningen af god mental sundhed, og hvad der kan fremme og bevare dette. Konkret foreslås en bred oplysningsindsats om mental sundhed med det formål at øge befolkningens opmærksomhed på det mentale helbred. Denne skal desuden bidrage til at aftabuisere psykisk lidelse og mindske stigmatisering af mennesker med psykisk lidelse. Initiativet er et af de første til at favne problematikker, der omhandler både psykisk sygdom og mental mistrivsel i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2022).

Det peger på et begyndende fokus på behovet for udvikling af systematiske, sundhedsfremmende interventioner, der kan øge den generelle mentale sundhed blandt hele befolkningen. Dette svarer til en populationsbaseret strategi, jfr. Rose (Rose, 1992). Dog er der i 10-årsplanen ikke konkrete forslag til hvordan en systematisk sundhedsfremmende intervention målrettet mental sundhed i befolkningen skal se ud. De seneste år er det internationalt anerkendte redskab *ABC – for mental sundhed* dog blevet introduceret i Danmark (Meilstrup C. B. et al., 2021). Indsatsen tager udgangspunkt i tre overordnede principper: *'Gør noget aktivt'*, *'Gør noget sammen'* og *'Gør noget meningsfuldt'*. Dette har til formål at udbrede viden om, hvad der har betydning for mental sundhed samt skabe et sprog og forståelse for mental sundhedsfremme blandt befolkningen. Indsatsen har derfor til formål at fremme mental sundhed blandt den generelle befolkning, men bærer præg af overordnede fokuspunkter, nærmere end konkrete sundhedsfremmende interventioner.

Et igangværende forskningsprojekt hos *Dansk Center for Mindfulness*, Aarhus Universitet, undersøger netop en populationsbaseret, sundhedsfremmende intervention målrettet unge. Interventionen, *"Styr på det hele"* (SPDH) har til formål at formidle viden om, hvad mental sundhed er og give kendskab til metoder, der kan bruges til træning af mental sundhed (Beck et al., Unpublished).

SPDH er en tilpasset version af den evidensbaserede intervention mindfulnessbaseret stressreduktion (MBSR) og består af et 10-ugers undervisningsforløb til unge på gymnasiet. Her modtager eleverne hver uge 45-60 minutters mindfulnessundervisning bestående af øvelser med meditation, bodyscan og yoga. Gennem MBSR trænes en bevidsthed og opmærksomhed på nuet med en venlig og omsorgsfuld indstilling. Der er fokus på, at alle tanker, følelser og sanser mødes med rummelighed og at de kan observeres, frem for kritiseres (Fjorback et al., 2013). MBSR har videnskabelig dokumenteret effekt til fremme af mental sundhed, mindske stress, depression og angst samt øge livskvaliteten hos den almene befolkning og har desuden vist positiv effekt på børn og unges mentale sundhed (Dunning et al., 2019; Khoury et al., 2015; van Agteren et al., 2021). I 2021 fandt van Agteren et al. (2021) desuden gennem et systematisk review og metaanalyse, at mindfulnessinterventioner er de stærkeste interventioner til at fremme trivsel (van Agteren et al., 2021). Interventionen SPDH kan altså være et konkret bud på en sundhedsfremmende populationsstrategi til at fremme mental sundhed blandt unge. Denne indebærer at lave noget *meningsfuldt, aktivt sammen*, som projektet *ABC-for mental sundhed* er fortalende for (Meilstrup C. B. et al., 2021).

1.3. Mental sundhedskompetence (MHL)

Jorm et al. (1997) introducerede for første gang begrebet *Mental Health Literacy* (MHL, mental sundhedskompetence) i 1997 (Jorm et al., 1997). Formålet var at øge individets evne til at forebygge psykisk sygdom (Jorm et al., 1997). Indtil introduktionen af begrebet, var den dominerende overbevisning nemlig, at læger og andre primære sundhedsarbejdere havde ansvaret for at identificere og håndtere psykiske sygdomme i befolkningen (Jorm et al., 1997; Jorm, 2000). Begrebet introduceres og anvendes første gang gennem interviews blandt udvalgte deltagere i Australien, hvor deres viden og opfattelser af depression og skizofreni undersøges ved vignetter (Jorm et al., 1997). Her defineres begrebet, som efterfølgende henvises som den oprindelige definition af MHL, som *'knowledge and beliefs about mental disorders which aid their recognition, management or prevention'* (Jorm et al., 1997; Wei et al., 2015; Mansfield et al., 2020; Nobre et al., 2021). Allerede her nævnes det, at begrebet inkluderer adskillige domæner, men først i 2000 uddybes disse af samme hovedforfatter (Jorm et al., 1997; Jorm, 2000). Her beskrives det, at mental sundhedskompetence indebærer evnen til at genkende specifikke psykiske sygdomme samt viden om risikofaktorer, selvhjælpsinterventioner, tilgængelig professionel hjælp og viden om, hvor man kan søge information om psykisk sygdom (Jorm, 2000). Disse domæner er alle baseret på viden om psykisk sygdom, frem for mental sundhed. Ses på førnævnte definition af Sundhedsstyrelsen, er mental sundhed dog ikke udelukkende fraværet af psykisk sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2018). Denne problematik nævner Steve Kusan i en artikel fra 2013 (Kusan, 2013). Her skriver han, at definitionen af MHL er baseret på viden om psykiske sygdomme ud fra diagnoseapparatet DSM¹. Dette mener han er problematisk, idét definitionen derved ikke dækker sundhedsorienteret færdigheder, herunder resiliens og selvregulerende teknikker, der kan forebygge og øge den generelle mentale sundhed blandt befolkningen (Kusan, 2013). Kusan (2013) redefinerer MHL som *'the self-generated and acquired knowledge with which people negotiate their mental health'* og taler for, at litteratur omhandlende bl.a. resiliens og mindfulness, der associeres med positiv psykologi, bør identificeres som MHL grundet intentionen om at øge kompetencerne til at fremme mental sundhed (Kusan, 2013). I 2012 tilføjede Jorm et al. (2012) da også, at MHL også indeholder *'kendskabet til effektive selvhjælpsstrategier for milde problemer'* samt *'viden om hvordan man kan hjælpe andre, der er i mental sundhedskrise'* (Jorm, 2012). Herved understreges betydningen af den enkeltes kompetencer til at håndtere egne mentale udfordringer og at individer også kan støtte nære

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

relationer. Det anerkendes derved, at MHL ikke udelukkende består af kendskab og viden om psykisk sygdom, men også har komponenter af generel mental sundhed.

I 2015 nævnte Kutcher et al. (2015) et forslag til endnu en uddybelse af begrebet, som samme hovedforfatter i 2016 definerer som (Kutcher et al., 2015; Kutcher et al., 2016):

*”1) Understanding how to obtain and maintain positive mental health;
2) understanding mental disorders and their treatments;
3) decreasing stigma related to mental disorders; and
4) enhancing help-seeking efficacy (knowing when and where to seek help and developing competencies designed to improve one’s mental health care and self-management capabilities)”*
- (Kutcher et al., 2016, p 155)

Ved denne definition indbefatter MHL altså også, at man har en viden om, hvordan man kan opnå og bibeholde en positiv mental sundhed. Dette stemmer i højere grad overens med Sundhedsstyrelsens definition på mental sundhed, idét mental sundhed her ses som mere end fraværet af psykisk sygdom (Kutcher et al., 2016; Sundhedsstyrelsen, 2018).

Selvom mange studier stadig refererer til den originale definition af MHL beskrevet af Jorm et al. (1997), anvendes definitionen af Kutcher et al. (2016) også i litteraturen til beskrivelse af MHL (Nobre et al., 2021; Wei et al., 2015; Bjørnsen et al., 2017; Zenas et al., 2020; Mansfield et al., 2020). Dette har ført til kritik af begrebet som værende upræcis, mangelfuldt og under konceptuel forvirring (Nobre et al., 2021; Wei et al., 2015; Mansfield et al., 2020). Et eksempel på dette er Mansfield et al. (2020), der har undersøgt eksisterende konceptualiseringer og målemetoder til MHL blandt unge gennem et review indeholdende 91 artikler (Mansfield et al., 2020). De nævner, at forskellen mellem *'kompetence til at håndtere psykisk sygdom'* og *'evnen til at række ud, forstå, vurdere og anvende information relateret til alle aspekter af mental sundhed'* er et igangværende diskussionsområde. På baggrund af deres fund anbefaler forfatterne, at man går væk fra *'mental disorder literacy'* og hen mod en *'mental health literacy'*, hvor sundhedskompetence inden for positiv mental sundhed i højere grad får fokus (Mansfield et al., 2020). Selvom begrebet har været igennem en stor udvikling, er der altså stadig langt fra klarhed over begrebet.

1.3.1. Måling af mental sundhedskompetence

I flere reviews er de nuværende, anvendte metoder til måling af MHL undersøgt og konklusionen er samtidigt ensvisende; der er behov for mere konsistente måleenheder med valide skalaer, der omfavner alle komponenter af den nuværende definition af MHL og systematisk anvendes til vurdering af mental sundhedskompetence (Mansfield et al., 2020; Nobre et al., 2021; Wei et al.,

2015). Et eksempel på et sådan review er udarbejdet af Wei et al. (2015), hvor eksisterende målemetoder inden for MHL, herunder med et særligt fokus på fire psykiske sygdomme, blev undersøgt (Wei et al., 2015). I deres analyse undersøgte de viden om psykisk sygdom og viden om positiv mental sundhed under én kategori. Ud af de 69 studier indbefattet i kategorien fandt de ingen mål, der kunne adressere viden om positiv eller god mental sundhed og anbefaler på den baggrund, at fremtidige måleinstrumenter bør undersøge dette (Wei et al., 2015). Disse resultater stemmer overens med et lignende review af Nobre et al. (2021), der gennem 29 studier undersøgte MHL-fremmende interventioner blandt unge i en skolekontekst (Nobre et al., 2021). Ud af de 29 studier inkluderede kun otte studier den første komponent omhandlende mental sundhed i deres definition af MHL. Ingen af dem brugte dog et måleinstrument til at vurdere udfald omhandlende viden om, hvordan man kan opnå og bibeholde et godt mentalt helbred. De anbefaler at fremtidige forskere bør anvende eller udvikle et sådant måleredskab. Forfatterne finder samtidigt, at ingen af de inkluderede studier anvender et instrument til at vurdere alle fire komponenter af MHL og tilføjer, at det sandsynligvis er fordi der ikke er noget instrument der er betragtet som en gylden standard (Nobre et al., 2021).

Også førnævnte Mansfield et al. (2020) har undersøgt eksisterende målemetoder til MHL blandt unge (Mansfield et al., 2020). Her fandt de, at ét studie, Bjørnsen et al. (2017), havde udviklet og valideret en skala til at vurdere unges viden om, hvordan man kan bibeholde et godt mentalt helbred (Mansfield et al., 2020; Bjørnsen et al., 2017). Samtidigt fandt Mansfield et al. (2020), ligesom Nobre et al. (2021), at selvom flere artikler inkluderede komponenten i deres definition af MHL, blev dette domæne sjældent målt (Mansfield et al., 2020; Nobre et al., 2021). Mansfield et al. (2020) tilføjer desuden, at fremtidig forskning bør integrere modeller af HL, som tager livsstadier med og anerkender interaktionen mellem individets mulighed og kontekstuelle krav (Mansfield et al., 2020). De eksisterende interventioner til fremme af MHL bærer da også præg af den manglende konceptualisering og de manglende måleredskaber, der kan favne hele begrebet. Således knytter interventionsstudierne sig primært til den originale definition af Jorm et al. (1997) (Patafio et al., 2021; Freţian et al., 2021; Reis et al., 2021).

Gennem vores systematiske litteratursøgning og efterfølgende kædesøgninger har vi dog fundet få artikler, der enten har udviklet et værktøj til måling af den nye komponent (Bjørnsen et al. (2017) og Zenas et al. (2020)) eller som undersøger den nye komponent af MHL-definitionen i en intervention (Bjørnsen et al. 2019). (Bjørnsen et al., 2017; Bjørnsen et al., 2019; Zenas et al., 2020).

Bjørnsen et al. (2017) har udarbejdet et måleinstrument til måling af den første komponent af Kutcher et al. (2016) definition af MHL. Dette måleinstrument er medtaget i bilag 1. De nævner, at det er en udfordring at udvikle et mål til at vurdere viden om mentale sundhedsfremmende faktorer, idét individers forestilling om, hvad der er behov for, for at bibeholde og fremme mental sundhed, i høj grad er individuelt (Bjørnsen et al., 2017). De nævner, at der dog er velkendte faktorer der kan have betydning for mental sundhed og anvender på den baggrund teorien '*The Basic Psychological Needs Theory*' (BPNT) som teoretisk belæg for deres videre udformning af måleinstrumentet. Forfatterens endelige måleinstrument kaldes '*Mental health promoting knowledge*' (MHPK-10) og er et spørgeskema, der gennem 10 spørgsmål måler unges viden om faktorer, der kan fremme god mental sundhed (Bjørnsen et al., 2017). Selvom Bjørnsen et al. (2017) bidrager med et vigtigt måleredskab til at forstå, hvilke faktorer unge mener er vigtige til at fremme mental sundhed, er det gennem spørgeskemaet ikke muligt at undersøge, hvorvidt unge har redskaber og kompetencer til faktisk at reagere på deres viden. Selvom skalaen har eksisteret siden 2017, er den ikke blevet beskrevet i andre af de reviews, vi har set på fra de efterfølgende år. Vi har dog fundet én artikel af samme hovedforfatter, der i 2019 har anvendt spørgeskemaet til at undersøge sammenhængen mellem norske unges viden om bibeholdelse af god mental sundhed (nævnt PMeHL) og mental trivsel for at diskutere om det bør være en del af skolesundhedsplejerskernes uddannelse (Bjørnsen et al., 2019). Studiet finder, at unge med højere PMeHL rapporterede signifikant bedre mental trivsel end unge, med lavere PMeHL-score og det viser altså, at viden om hvordan man kan bibeholde en god mental sundhed er associeret med fremme af den unges mentale sundhed (Bjørnsen et al., 2019).

Mens spørgeskemaet udviklet af Bjørnsen et al. (2017) udelukkende er målrettet den første komponent i definitionen af Kutcher et al. (2016), har danske Zenas et al. (2020) udviklet et spørgeskema der har til formål at rumme alle komponenterne, navngivet '*The Danish MeHLA questionnaire*' (Zenas et al., 2020). Deres spørgeskema består af to dele; den første del består af spørgsmål om, hvad der kan have betydning for mental sundhed, og den anden del består af fem vignetter. Forfatterne nævner desuden, at de gennem en systematisk litteratursøgning heller ikke har kunnet identificere et måleinstrument målrettet unges MHL, der er baseret på konceptualiseringen af Kutcher et al. (2016) (Zenas et al., 2020). Heller ikke denne skala har vi set nævnt i andre artikler fra vores litteratursøgning, om end det skal nævnes at artiklen endnu er meget ny og det derfor ikke er sikkert at eventuelle artikler omhandlende spørgeskemaet er udgivet endnu.

Kusan (2013) har gennem et eksplorativt studie undersøgt, hvad universitetsstuderende ved om og gør for at håndtere deres mentale sundhed (Kusan, 2013). Igennem semistrukturerede interviews undersøges hvilke evner, de studerende anvender i håndteringen af deres mentale sundhed, samt hvordan disse evner opnås. I analysen identificeres forskellige nøglebegreber til belysning af MHL, herunder opfattelser af mental sundhed, selverkendelse og indsigt i egen mental sundhed. Desuden finder forfatteren at information om mental sundhed særligt tages til efterretning, hvis det skaber mening for individet, og at de studerende anvender metakognitive aktiviteter såsom at observere og evaluere egne tanker til at håndtere mental sundhed (Kusan, 2013). Studiet finder tilmed at miljømæssige påvirkninger har betydning for håndteringen af mental sundhed. Kusan (2013) er det eneste kvalitative studie, vi har fundet, som har bidraget til belysning af den positive komponent i MHL-begrebet.

Den mangelfulde og inkonsistente konceptualisering og måleredskaber af MHL er problematisk grundet det erkendte behov for systematisk, mental sundhedsfremme for at adressere den stigende mentale mistrivsel blandt unge. Intentionen med dette speciale er, ligesom Kusan et al. (2013) at bidrage til forståelse af MHL-begrebet.

1.4. Formål

I denne opgave vil vi tage udgangspunkt i den første komponent af Kutchers definition fra 2016: *how to obtain and maintain good mental health*. Denne komponent er undersøgt meget begrænset i litteraturen, selvom forskning har vist, at god mental sundhed både er sundhedsfremmende og kan forebygge udvikling af psykiske lidelser. Idét mange unge viser tegn på mental mistrivsel, er vi interesserede i at undersøge, om unge har viden om, hvordan de kan bibeholde et godt mentalt helbred. Dette leder os til vores formål med opgaven.

Formålet med dette speciale er at undersøge gymnasieelevers viden om hvordan egen mental sundhed fremmes, samt hvordan de handler ud fra denne viden. Samtidigt undersøges hvilke faktorer, der kan have indflydelse på deres sundhedskompetence inden for mental sundhed. Idét mindfulnessbaserede stressreduktionsinterventioner kan give redskaber til at fremme mental sundhed, vil vi undersøge om gymnasieelever, der har deltaget i interventionsstudiet ”*Styr på det hele*” har en anden tilgang til fremme af deres mentale sundhed end gymnasieelever, der ikke har.

2. Teori

En teori kan beskrives som en abstrakt måde at sige noget om virkeligheden på (Høyer, 2019). I nedenstående præsenteres teori, som skal hjælpe os til at åbne, forstå og afgrænse vores datamateriale (Høyer, 2019). I denne undersøgelse anvendes en deduktiv tilgang, idet vi tager udgangspunkt i eksisterende teori til at belyse P-MHL blandt unge.

2.1. Health Literacy

Begrebet *Health Literacy (HL, sundhedskompetence)* har været under stor udvikling siden det blev introduceret i 1970'erne med det formål at kunne belyse og forbedre befolkningens kompetence til at møde det komplekse krav, der er i et moderne sundhedssystem (Sundhedsstyrelsen, 2009; Sørensen et al., 2012). Det har ført til at der i dag er konceptuel forvirring (Mårtensson and Hensing, 2012; Liu et al., 2020; Sørensen et al., 2012; Jorm, 2019). I 2012 introducerede *The European Health Literacy Consortium* på baggrund af et systematisk review af daværende definitioner og konceptuelle modeller, en definition, der endnu er hyppigt anvendt af blandt andre WHO:

'Health literacy is closely linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competencies to access, understand, appraise and apply information to form judgements and to make decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion, to maintain and improve quality of life during the life course' – (Sørensen et al., 2012, p 3)

Sørensen et al. (2012) introducerer også en integreret model, der sammenholder hoveddimensionerne af eksisterende konceptuelle modeller til én samlet, der specificerer definitionen. Ved modellens korelement illustreres kompetencer relateret til fire dimensioner; at tilgå-, forstå-, vurdere-, og anvende sundhedsinformation. Disse dimensioner genererer viden, kompetencer og motivation, der gør en person i stand til at navigere inden for tre sundhedsdomæner; behandling i en sundhedskontekst, sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Domænerne bevæger sig på et kontinuum fra individbaseret behandling til højrisikobaserede interventioner til populationsbaserede interventioner (Sørensen et al., 2012; Rose, 1992). Modellens dimensioner kan desuden påvirkes af sociale-, miljømæssige-, situationelle- og personlige faktorer (Sørensen et al., 2012).

Der er også konceptuel forvirring, når man ser på HL blandt børn og unge.

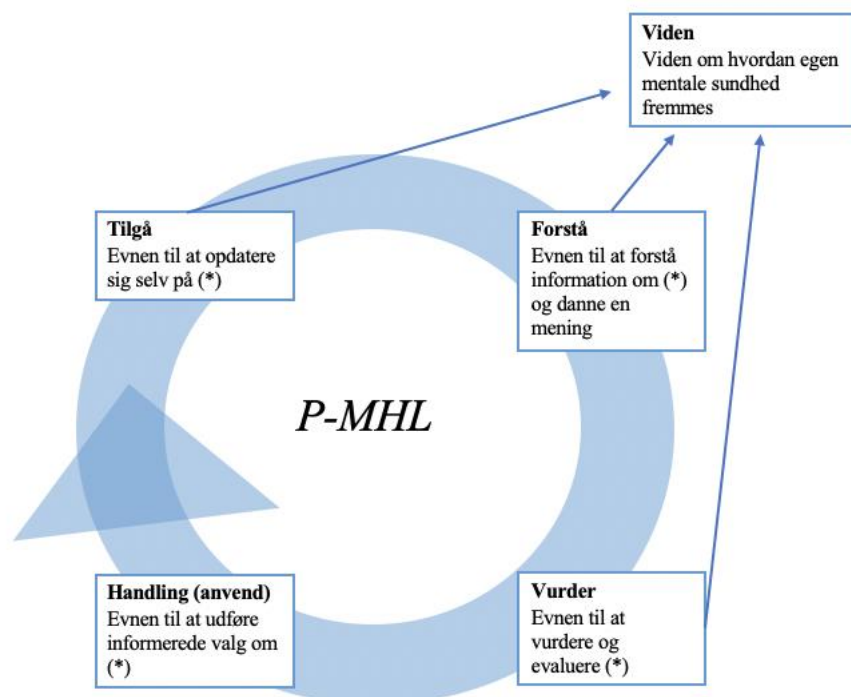
Bröder et al. (2017) fandt gennem et systematisk review 12 definitioner og 20 modeller til beskrivelse af HL blandt børn og unge (Bröder et al., 2017). Forfatterne peger på, at der er en begrænset konsensus over, hvilken sundhedskompetence, børn og unge har brug for, til at kunne tage sundhedsfremmende beslutninger og handlinger (Bröder et al., 2017). De nævner at børn og unge er i en særlig livsfase, kognitivt og udviklingsmæssigt, og dermed bør deres specifikke behov, sårbarheder og sociale strukturer inkorporeres i konceptualiseringen af HL blandt denne målgruppe. Bröder et al. (2017) definerer tre overordnede dimensioner, som peger på vigtige aspekter af HL blandt børn og unge; 1) *kognitive dimensioner*, herunder individets mentale evner og handlinger, der sætter en person i stand til at tænke, lære og bearbejde information, 2) *adfærdsmæssige og operationelle dimensioner*, der relateres til handlinger uden for den enkeltes tanker, f.eks. informationssøgning og interaktion om egen sundhed og 3) *følelsesmæssige og konnotative dimensioner*, der relaterer sig til individets følelser og mentale stadier, der kan påvirke deres stræben mod handling, f.eks. self-efficacy og motivation (Bröder et al., 2017).

I januar i år publicerede Schulenkorf et al. (2022) et kvalitativt-eksplorativt studie, der undersøger den internationale forståelse af HL hos børn og unge (Schulenkorf et al., 2022). Forfatterne taler med 48 eksperter (personer, der er involveret i politisk implementering af HL) fra 32 lande og finder, at ingen af eksperterne kendte til en officiel definition på HL blandt børn og unge. De konkluderer, ligesom Bröder et al. (2017), at der er konceptuel forvirring ved anvendelse af HL begrebet blandt børn og unge og de uddyber, at størstedelen af de komponenter, som eksperterne anvender til beskrivelse af børn og unges HL, er intrapersonelle. Desuden anvendes den generelle definition til hele befolkningen hyppigt (Schulenkorf et al., 2022; Bröder et al., 2017). Dette er dog ikke dækkende, da børn og unge ofte er indlejret i et miljø og i en social kontekst, der ikke tillader dem at træffe deres egen beslutninger om sundhed (Bröder et al., 2017; Schulenkorf et al., 2022). Børn og unges sundhedskompetence er derfor ikke kun afhængig af deres egne evner, men i lige så høj grad af interpersonelle- og strukturelle faktorer (Schulenkorf et al., 2022; Bröder et al., 2017; Higgins et al., 2009). Til at beskrive dette aspekt, henviser forfatterne af begge reviews til Higgins et al. (2009), der har udarbejdet et rammeverk til at identificere faktorer, der kan have indflydelse på unges HL (Higgins et al., 2009; Bröder et al., 2017; Schulenkorf et al., 2022). Dette gør Higgins et al. (2009) ved at relatere Bronfenbrenners socioøkologiske model til HL-begrebet

(Higgins et al., 2009). Her beskrives, at børn og unges sundhedsadfærd udspilles fra et samspil mellem faktorer på mikro-, meso- og makroniveau (Higgins et al., 2009).

2.1.1. Begrebsafklaring

Som tidligere nævnt definerer Kutcher et al. (2016) mental sundhedskompetence (MHL) som et firedeelt begreb, hvor den første komponent lyder: *understanding how to obtain and maintain positive mental health*. Denne indebærer altså en forståelse af, hvordan man kan bibeholde en positivt mental sundhed. Ses på Sørensen et al. (2012) koreelement, er det altså det element, der hedder *forstå* (Sørensen et al., 2012). I nærværende opgave er vi interesseret i både at få information om, hvilken viden unge har til at fremme mental sundhed samt hvilke handlinger de foretager sig. Dette går altså ud over beskrivelsen af Kutcher et al. (2016) første komponent. Med udgangspunkt i Sørensen et al. (2012) har vi valgt at sammensætte *tilgå*, *forstå*, *vrder* til ét element, nemlig *viden*, mens det sidste element *anvend* undersøges for sig og fremover kaldes *handling*. Unges viden og handlinger til at fremme deres mentale sundhed har vi af hensyn til læsevenligheden valgt at beskrive som *positiv mental sundhedskompetence (P-MHL, positive mental health literacy)*. Idét P-MHL beskriver sundhedsfremmende kompetencer, fokuserer vi på domænet *sundhedsfremme* i den integrerede model af Sørensen et al. (2012). Figur 2.1 tager udgangspunkt i korelementet af den integrerede model af Sørensen et al. (2012) og viser, hvordan vi vil belyse P-MHL blandt unge.



Figur 2.1) Illustration af P-MHL med udgangspunkt i korelementet af Sørensen et al. (2012) integrerede model og Kutcher et al. (2016) første komponent af MHL.

() = faktorer i det sociale- og fysiske miljø, der kan have betydning for egen sundhed*

I nærværende analyse vil vi tage teoretisk afsæt i begrebet *health literacy*. Her vil vi med udgangspunkt i figur 2.1. belyse hvilken viden og handlinger adspurgte gymnasieelever har til at fremme deres mentale sundhed, altså deres P-MHL. Grundet den kontekstuelle situation unge befinder sig i, vil vi tage udgangspunkt i HL som et komplekst fænomen samt diskutere betydelige faktorer, der kan have indflydelse på de unges sundhedskompetence ved brug af modellen udarbejdet af Higgins et al. (2009).

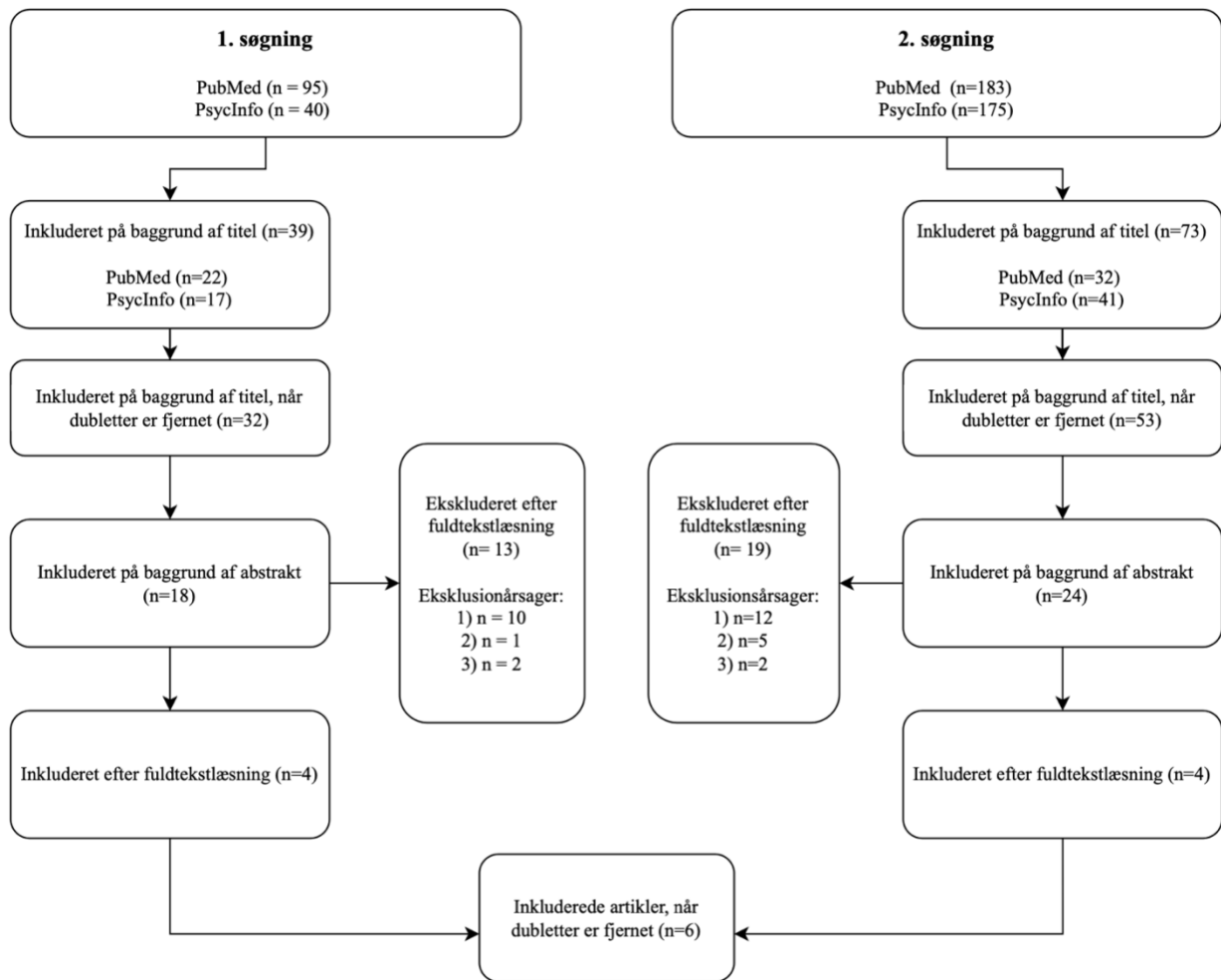
3. Metode

3.1. Systematisk litteratursøgning

Det var vores ønske at opnå viden om udbredelsen af første komponent defineret af Kutcher et al. (2016), nemlig *"how to obtain and maintain good mental health"* (Kutcher et al., 2016). Herunder var det vores ønske at tilegne os viden om eventuelle metoder og resultater om unges viden og handlinger ifbm. mental sundhedsfremme. For at tilegne os viden om den eksisterende litteratur, har vi lavet to systematiske litteratursøgninger og udført kædesøgninger på udvalgte dele af denne litteratur. Til dette er databaserne *PsycINFO* og *PubMed* anvendt, idét førstnævnte er den største medicinske database og sidstnævnte indeholder litteratur relateret til psykologi (Hørmann, 2015). Størstedelen af artiklerne på *PsycINFO* er peer-reviewed, mens det er et krav for artiklerne på *PubMed* (Hørmann, 2015). Forinden den systematiske litteratursøgning lavede vi en bevidst, tilfældig litteratursøgning, hvor vi stødte på begrebet *Mental Health Literacy* (Hørmann, 2015). Herefter søgte vi videre på relaterede ord og synonymer, eksempelvis *empowerment*, *resiliens*, *health awareness*, *health knowledge*, *mental training*, for at udforske litteraturen på disse områder.

Dette ledte os videre til vores systematiske litteratursøgning, der søgte at afdække *det bedste, det nyeste, det første og det danske* litteratur på området (Lindahl and Juhl, 2016). Den første systematiske litteratursøgning blev foretaget d. 14. februar 2022 og herigennem blev *det bedste* undersøgt. Her inkluderedes udelukkende systematiske- og litterære reviews blandt unge i alderen 13-28 år for at få et overblik over artiklerne på området og derved ekskluderes enkeltstående studier (Hørmann, 2015; Lindahl and Juhl, 2016). Gennem en systematisk udvælgelse fandt vi i alt fire artikler, der levede op til vores inklusionskriterier. Fremgangsmåden til den systematiske

udvælgelse kan ses af vores flowchart (figur 3.1), mens vores inklusions- og eksklusionskriterier kan ses af tabel 3.1.



Figur 3.1) Flowchart over den systematiske udvælgelse af artikler fra 1. og 2. søgning i både PubMed og PsycInfo. Eksklusionskriterier:

- 1) Uklar definition af MHL el. definition baseret på viden om psykisk sygdom
- 2) Forkert målgruppe
- 3) Mental sundhedsfremme

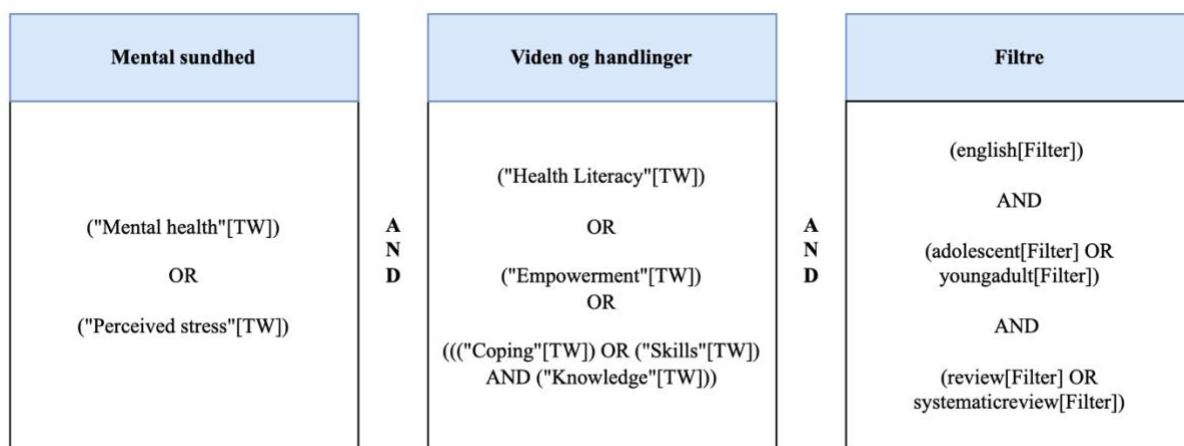
Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Gældende for begge søgninger	
Studier publiceret på engelsk	Studier publiceret på andre sprog
Fremme af <i>mental health literacy</i>	Mental sundhedsfremme
<i>Mental Health Literacy</i> indeholdende positiv mental sundhed eller den første komponent i Kutchers definition fra 2016 (ref.)	<i>Mental Health Literacy</i> udelukkende med blik på psykisk sygdom (jævnfør Jorms originale definition fra 1997 eller en lignende definition) eller Uklar definition af <i>mental health literacy</i>
Belysning eller diskussion af unges viden og handlinger ifbm. fremme af mental sundhed	Forekomst af mental sundhed og psykisk sygdom
<i>Mental health literacy</i> blandt unge	<i>Mental health literacy</i> blandt personer omkring den unge, herunder forældre, lærer og sundhedsprofessionelle
Gældende for 1. søgning	
Systematisk- eller litterært review	Alle andre former for litteratur
Aldersgruppe: 13 – 28 år	Aldersgruppe: <13 el. <29
Gældende for 2. søgning	
Artikler efter datoen: 31.12.2018	Artikler før datoen: 31.12.2018

Tabel 3.1) Overblik over inklusions- og eksklusionskriterier til begge systematiske litteratursøgninger

Vores anden søgning blev foretaget d. 21. februar 2022 og den baserede vi på nøgleord fra de fire artikler, vi inkluderede fra første søgning. Desuden undersøgte vi sidste inklusionsdato i pågældende reviews for at undersøge, hvor gamle de medtagne artiklerne var. På baggrund af dette afgrænsede vi søgningen til artikler efter d. 01.01.2019 grundet en antagelse om, at betydningsfulde artikler før denne dato ville være inkluderet i førnævnte reviews. Derudover søgte vi udelukkende efter de valgte søgeord i titler. Vi valgte ikke at søge på baggrund af en speciel alder som i første søgning, idét vi var interesseret i at undersøge det nyeste viden på området uanset målgruppe. I sidste ende valgte vi dog alligevel at ekskludere studier, hvor målgruppen afvig betydeligt fra vores målgruppe. Herved blev det *nyeste* undersøgt gennem anden systematiske søgning (Lindahl and

Juhl, 2016). I alt inkluderede vi 6 artikler efter at have fjernet dubletter (figur 3.1). Desuden blev *det første* undersøgt gennem kædesøgning, hvor litteratur udarbejdet af grundlæggeren af begrebet *Mental Health Literacy*, Anthony Jorm, blev belyst for at få en forståelse af begrebets udvikling gennem årene (Lindahl and Juhl, 2016). Undervejs havde vi et ønske om at undersøge *det danske*, da udenlandske undersøgelser ikke altid kan overføres til danske forhold (Lindahl and Juhl, 2016). Dog er området endnu så nyt, at dette ikke var en mulighed.

I alle søgningerne har vi anvendt de bool'ske operatører *AND* og *OR* til at kombinere søgeord (Hørmann, 2015). Figur 3.2 viser vores første søgning i *PubMed*. De resterende søgninger kan ses i bilag 2.



Figur 3.2) Vores første systematiske litteratursøgning i PubMed.
TW = Text Word, Adolescent = 13-18 år, Youngadult = 19-24 år

3.2. Forskningsdesign

Vi har valgt at anvende et casestudiedesign som ramme for vores undersøgelse. Et casestudie kan være relevant til at udbygge og nuancere eksisterende teoretiske begreber og koncepter (Yin, 2014). Vores undersøgelse kan karakteriseres som et casestudie, fordi vi udvælger en særlig gruppe af unge til at belyse P-MHL (Yin, 2014). Til dette har vi valgt at gennemføre kvalitative interviews med to grupper af unge, én gruppe unge der har modtaget mindfulnessundervisning og én gruppe, der ikke har. Her har vi gjort brug af formålssampling, hvilket vil sige, at vi har udvalgt en gruppe af unge, som kan bidrage med særlige perspektiver på P-MHL (Flyvbjerg, 2015)

3.3. Videnskabsteoretisk afsæt

Det kvalitative interview kan tage afsæt i forskellige paradigmatisk opfattelser af, hvordan viden bringes frem i en interviewsituation. I nærværende undersøgelse tager vi et postmoderne perspektiv på interviewet, idet vi antager, at interviewet kan give os indsigt i fænomener uden for interviewsituationen, mens vi samtidigt antager, at der undervejs i interviewet vil blive bragt nye aspekter frem, som ikke var en del af informantens livsverden forud for interviewet (Tangaard and Brinkmann, 2015b). Denne undersøgelse tager afsæt i fænomenologien. Inden for fænomenologien er man interesseret i at forstå fænomener, som den opleves af informanterne og virkeligheden hvorpå informanterne opfatter den, antages som den vigtigste (Jacobsen et al., 2015a). Subjektivitet som en selvstændig virkelighed tillægges altså status (Jacobsen et al., 2015b). Ved et fænomenologisk studie fokuseres på individers erfaringer ud fra et særligt fænomen, her P-MHL. Igennem systematisk tekstkondensering (jf. den anvendte analysemetode) udformes en beskrivelse af informanternes fælles erfaringer, så den samlede essens bringes frem (Malterud, 2012; Creswell, 2013). Denne undersøgelse har et fænomenologisk videnskabsteoretisk ståsted, idet vi antager, at forskellige opfattelser af mental sundhed og erfaringer med at varetage egen mentale sundhed, kan give os vigtig indsigt. Således undersøges unges P-MHL igennem en udvalgt gruppe af unges erfaringer.

3.4. Dataindsamling

3.4.1. Valg af informanter

Informanterne i nærværende undersøgelse er rekrutteret gennem *Dansk Center for Mindfulness* på Aarhus Universitet. Vi fik herigennem kontakt til en gymnasielærer på et STX-gymnasium i Region Midtjylland, der efter en mailkorrespondance hjalp os med at udvælge informanter til vores interviewundersøgelse. Vi ønskede at tale med otte elever, fordelt ligeligt mellem køn og deltagelse i SPDH, hvilket lykkedes. Pågældende lærer fortalte, at hun havde udvalgt informanterne ud fra hvilke elever, hun mente kunne bidrage med substantiel viden og perspektiver på mental sundhed. Dermed er informanterne i vores interviewundersøgelse en selekteret gruppe og udvalgt gennem formålssampling (Flyvbjerg, 2015).

3.4.2. Semistruktureret interview

Data til belysning af unges håndtering af eget mentale helbred blev indsamlet gennem semistruktureret interviews. Interviews giver indsigt i menneskers handlinger gennem et livsverdensperspektiv, og dermed er metoden relevant til at frembringe en umiddelbar og nuanceret forståelse af de unges viden og handlinger inden for mental sundhedsfremme (Tangaard and Brinkmann, 2015b). Desuden tillader interviewet os at tilvejebringe en detaljeret analyse af informanternes viden ud fra en begrænset mængde personers oplevelser (Tangaard and Brinkmann, 2015b). Et andet argument for dette metodevalg er desuden, at vi ønskede at udforske nye områder inden for positiv mental sundhedskompetence blandt unge, som er et begreb under udvikling. Interviewviden kan desuden påvirke teoriudvikling, idet det har potentiale til at bringe nye og nuancerede aspekter af et begreb frem (Tangaard and Brinkmann, 2015b).

3.4.3. Udarbejdelse af interviewguide

I udformningen af interviewspørgsmål havde vi overordnet fokus på at undersøge informanternes viden om mental sundhed og konkrete handlinger, som de gjorde for at tage hånd om deres mentale helbred. I nedenstående vil interviewteknikker samt teoretiske overvejelser ifbm. med interviewguiden præsenteres. Interviewguiden kan desuden ses i bilag 3.

En interviewguide kan være mere eller mindre teoristyret afhængig af undersøgelsens overordnede metodologiske ramme (Tangaard and Brinkmann, 2015b). I udformningen af vores interviewguide rettede vi opmærksomhed mod vores eget teoretiske ståsted, samtidigt med at vi ønskede at have et åbent blik på informanternes opfattelser af mental sundhed (Høyer, 2019).

Interviewguiden blev bygget op om tre forskellige temaer, hvorudfra vi udformede vores interviewspørgsmål. Ved det første tema *forståelse af mental sundhed* søgte vi at afdække informanternes umiddelbare kendskab til mental sundhed. Det andet tema *'viden og erfaringer med mental sundhedsfremme'* og det tredje tema *'informationssøgning om sundhed'* bar præg af et mere teoretisk afsæt ud fra HL, herunder hvad informanterne kender til at fremme mental sundhed, deres erfaringer med at handle på denne viden og deres erfaringer med at søge information om mental sundhed (Sørensen et al., 2012). Desuden blev interviewspørgsmålene udarbejdet med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens definition på mental sundhed, hvilket eksempelvis ses ved, at vi spørger informanterne ind til specifikke oplevelser med at håndtere stress i hverdagen

(Sundhedsstyrelsen, 2018). Vi lod os også inspirere af måleinstrumentet udarbejdet af Bjørnsen et al. (2017), eksempelvis idét vi spørger informanterne ind til deres erfaringer håndtering af negative følelser (Bjørnsen et al., 2017). Disse skalaer har bidraget til inspiration og til undersøgelse af relevante aspekter af P-MHL blandt unge. Interviewspørgsmålene blev desuden udformet med afsæt i forskellige interviewteknikker (Tangaard and Brinkmann, 2015b). Vi brugte åbne og brede *sondrende interviewspørgsmål*, eksempelvis ved spørgsmålet: ”Hvilke ord vil du bruge til at beskrive mental sundhed?”. Herved kom informanternes egne, umiddelbare ord til udtryk. I opfølgningen på de mere brede og åbne spørgsmål anvendte vi også mere *direkte interviewspørgsmål*, som bidrog til viden om konkrete beskrivelser af god mental sundhed fra informanternes egen hverdag: ”Kan du komme med et eksempel på, hvornår du føler, du har en god mental sundhed?”. Generelt anvendte vi mange direkte og konkrete spørgsmål, som kunne give os detaljeret beskrivelser af informanternes erfaringer med mental sundhedsfremme i hverdagen. Desuden er vores interviewguide også karakteriseret ved mange *opfølgende* og *specificerende* interviewspørgsmål, som eksempelvis ved ”Hvordan håndterede du det?” i forlængelse af, at vi spurgte informanterne ind til konkrete oplevelser med håndtering af pres og negative følelser/tanker i hverdagen. Til informanterne fra SPDH havde vi desuden udformet få yderligere spørgsmål vedrørende deres oplevelse af mindfulnessforløbet. I afrundingen spurgte vi informanterne, om de havde haft psykisk sygdom tæt på livet, fordi dette kan være en relevant faktor i forhold til viden om mental sundhedsfremme. Desuden sørgede vi for at have god tid til at runde af og give informanterne mulighed for at stille spørgsmål til interviewet og specialeprojektet.

Forinden interviewene gennemførte vi to pilottest, med det formål at validere interviewspørgsmålene. Vi testede spørgsmålene på to bekendte, hvilket bidrog med nye erkendelser, herunder særligt en opmærksomhed på overgangene mellem interviewspørgsmål og relevansen af strukturerende spørgsmål undervejs i interviewet. Dette gjorde vi eksempelvis, da vi bevægede os fra at tale med informanten om deres generelle forståelse af mental sundhed til at tale med dem om konkrete situationer i deres hverdag, som indebar håndtering af mental sundhed: ”Nu kommer der to spørgsmål, der minder om hinanden...”. Dertil fjernede vi også introducerende sætninger og overgange, hvor det fremstod overflødigt. Desuden gav pilottestningen os indblik i, at interviewguiden indeholdt spørgsmål, som kunne igangsætte ubehagelige eller svære følelser hos informanten. Derfor valgte vi at ændre i ordlyden i nogle af spørgsmålene, således at vi ikke bad informanterne fortælle om specifikke oplevelser med håndtering af pres, stress og negative tanker

og følelser. I stedet spurgte vi ind til om de havde oplevet perioder med øget stress eller negative tanker. Således kunne informanterne selv bestemme i hvor høj grad de havde lyst til at udfolde og beskrive deres oplevelser.

3.4.4. Afvikling af interviews

En beskrivelse af den sociale kontekst under interviewet er relevant (Tangaard and Brinkmann, 2015b). De otte interviews fandt sted over to dage på informanternes gymnasium. Vi indledte hvert interview med at fortælle informanterne, at vi undersøgte unges viden om mental sundhed, og hvad man kan gøre for at tage hånd om denne. Vi fortalte dem desuden, at vi ønskede indsigt i netop deres perspektiver på emnet, og at der ikke fandtes rigtige eller forkerte svar i besvarelsen af vores interviewspørgsmål – dette med formålet om at udligne magtforhold mellem os som interviewere og informanterne (Brinkmann and Kvale, 2015). Samtidigt sørgede vi for at skabe hyggelige og trygge rammer for interviewet. Dette gjorde vi f.eks. ved at stille snacks, kage og kaffe frem samt sørge for at give en grundig og afslappet introduktion til interviewet.

Interviewforskning foregår gennem menneskelige relationer og dermed er interviewviden altid styrende for den viden, man opnår (Tangaard and Brinkmann, 2015b). En metode til at håndtere dette er gennem refleksivitet om egen sociale positionering i interviewsituationen (Reyes, 2020). Forud for interviewene gjorde vi os derfor overvejelser om vores uundgåelige positionering, eksempelvis vores køn og alder. Samtidigt rettede vi en opmærksomhed mod vores egen bevidste positionering. Vi besluttede eksempelvis at introducere os selv som studerende fra Aarhus Universitet, og ikke som studerende fra folkesundhedsvidenskab, med det formål ikke træde ind i en ekspertrolle. Dertil ønskede vi heller ikke at forme et intellektualiseret interview, hvor interviewsituationen kunne minde om en mundtlig eksamen (Rubow, 2003).

3.4.5. Ethiske overvejelser

Interviewviden er dannet i relationer til andre mennesker, og fordrer derfor en etisk sans og refleksion (Navne and Segal, 2018). En væsentlig faktor i interaktionen med informanterne er tillid, herunder opmærksomheden på ikke at gøre utilsigtet skade og tage ansvar i situationer hvor sårbarhed opstår (Koning et al., 2019). Vi var opmærksomme på at flere af vores interviewspørgsmål, potentielt set, kunne igangsætte svære følelser hos informanterne, hvorfor vi gjorde dem opmærksomme på, at de ikke behøvede at svare på spørgsmål, som de ikke havde lyst til at besvare.

Forud for interviewene gennemførte vi Aarhus Universitets GDPR-kursus henvendt til studerende med det formål at få viden om, hvordan data retsmæssigt bør indsamles, behandles og opbevares. Forud for interviewene udformede vi samtykkeerklæringer, dels til informanterne og dels til informanternes forældre, hvis de ikke var myndige (se bilag 4). Vi indledte samtlige interviews med at fortælle informanterne, at deres svar vil blive anonymiseret, og at deres svar således ikke kan føres tilbage til dem. Informanterne underskrev samtykkeerklæringerne, og vi lod dem vide, at samtykket til enhver tid kan trækkes tilbage. Desuden informerede vi dem om, at de til enhver tid kunne kontakte os på mail, hvis de havde spørgsmål eller kommentarer til interviewet. Ved hvert interview spurgte vi om tilladelse til at optage interviewet og lod dem vide, at deres svar vil blive behandlet fortroligt.

3.5. Databehandling

Kvalitativ analyse omhandler en opløsning af empiri i dets bestanddele med det formål at bringe en ny forståelse frem. Det er en vedvarende vekselvirkning mellem teori, begreber og empiri, og man foretager hele tiden valg og fravalg i sammenspillet mellem empiri og analyseområde (Malterud, 2017; Maxwell, 2012). I nedenstående præsenteres valg og metoder i forbindelse med analysens udformning.

3.5.1. Analytisk tilgang

I en analyse foretages afgrænsninger af det indsamlede datamateriale (Malterud, 2017). Her er det nødvendigt at bestemme sig for hvilket fokus ens undersøgelsesspørgsmål skal have samt om der er teoretiske begreber, som skal hjælpe til afgrænse ens data. De teoretiske valg, som foretages, har betydning for hvilke muligheder, der er for fortolkningen af data. Analysens resultater er således afhængige af hvilke spørgsmål der stilles til sin data samt hvilke teoretiske begreber, man vælger at arbejde ud fra. Det er desuden vigtigt, at resultaterne fremstilles på en systematisk og relevant måde (Malterud, 2017).

I vores undersøgelse anvendte vi HL til at afgrænse data, hvorfor vores kodning og analyse var baseret på et teoretisk afsæt. Idet analysen er en vekselvirkning mellem empiri og teori blev vi gennem interviews opmærksomme på, at der er væsentlige faktorer, som spiller ind på de unges viden og håndtering af mental sundhed. Dermed valgte vi også at inddrage teori, som kunne være med til at belyse omgivelsernes betydning for unges håndtering af mental sundhed. Af analysen

fremgik det, at en *bevidsthed* om en given handling kan have indflydelse på de unges P-MHL samt mentale sundhed. Dette aspekt blev derfor medtaget i diskussion af analysens fund.

3.5.2. Transskribering

Efter afvikling af interviewene fulgte et større transskriberingsarbejde, hvor lydfileerne blev oversat til skriftligt materiale. I dette arbejde er det vigtigt at transskriberingerne bliver nedskrevet så konsistent som muligt, hvilket kan sikres gennem tydelige retningslinjer for hvordan oversættelsesprocessen foregår (Tangaard and Brinkmann, 2015b). I denne fase fik vi mulighed for at studere samtalerne detaljer, stemmeføringer, stemninger og særligt interaktionen mellem os selv og informanterne. Således bidrog transskriberingsprocessen til rig mulighed for at studere empirien tæt og umiddelbare idéer til analytiske fremgangsmetoder. Inden transskriberingerne udarbejdede vi en transskriberingsnotation, der kunne sikre ensartethed i transskriberingerne (Oliver et al., 2005). I tabel 3.3 ses de konkrete retningslinjer for transskriberingerne. Ved inddragede citater anvendes samme retningslinjer. Derudover anvendes [...], hvis der er tekststykker, der ikke er relevante for pointen og som derfor udelades ved citatet.

<i>Informant og interviewer</i>	Informanter, der har været med i SPDH omtales: MD Informanter, der ikke har været med i SPDH omtales: ID Intervieweren omtales : I
<i>Ufærdige sætninger</i>	Hvis en sætning ikke afsluttes el. hvis der afbrydes. Der skrives ...
<i>Non-verbale kommunikation</i>	Den non-verbale kommunikation noteres, hvis det vurderes værende betydningsfuldt for forståelsen. Dette noteres ved [ord], f.eks. [smiler]
<i>Aktiv lytning</i>	Aktiv lytning i form af bekræftende lyde og ord, f.eks. 'mmhm' eller 'jaer' fraa både informant og interviews side, noteres ikke.
<i>Fyldeord</i>	Fyldeord fra informanter noteres, men ikke fra interviewere. Fyldeord kan f.eks. være 'øh' eller 'hmm'.
<i>Anonymisering</i>	Grundet anonymisering anvendes censurering hvis relevant. Dette illustreres ved et mere overordnet ord i stedet. F.eks. "min bror har angst" bliver til "min [nær person] har [psykisk sygdom]"

Tabel 3.2) Anvendte transskriberingsnotation

3.5.3. Analysestrategi

Til analyse af det indsamlede interviewmateriale anvendte vi Kirsti Malteruds systematiske tekstkondensering (STK). Dette er en datastyret analysemetode, som tager udgangspunkt i Giorgis fænomenologiske analyse (Malterud, 2012). Dette er en deskriptiv analysemetode, som sikrer essenserne af det undersøgte fænomen bringes frem på systematisk måde gennem fire analysetrin. Malterud et al. (2012) nævner, at teoretiske rammer med fordel kan anvendes sammen med den systematiske tekstkondensering (Malterud, 2012). Gennem analysemetodens fire trin opbrydes det indsamlede interviewmateriale og samles til sidst i overordnede sammenfatninger (se nedenstående). I det følgende gennemgås de fire trin i den systematiske tekstkondensering.

Trin 1) Helhedsindtryk

I første trin af analysen har vi hver især lyttet til alle interviews, mens vi har læst alle transskriberingerne igennem. Derved har vi fået et overblik over det empiriske data. I løbet af gennemlæsningen har vi hver især nedskrevet temaer, som vi ud fra en intuitiv læsning mente kunne have relevans for belysning af vores formål. Her har vi forsøgt ikke at have et teoretisk blik på det empiriske data om end vi stadig har haft tanke på vores formål. Efter gennemlæsningerne diskuterede vi vores nedskrevne temaer. Mange af temaerne var ens, men der var også forskellige imellem. Særligt de sidstnævnte var genstand for gode diskussioner om forståelse af de indledende temaer og hvordan de er relateret til formålet. Denne diskussion førte til justering af navne til de indledende temaer og der skete en sammensmeltning af nogle af temaerne. Ud af disse temaer er følgende fire temaer fokuseret på til den følgende analyse:

- *Viden om mental sundhed*
- *Viden om mental sundhedsfremme*
- *Handlinger til at fremme mental sundhed*
- *Faktorer som har indflydelse for de unges viden og handlinger inden for mental sundhedsfremme*

Trin 2) Dekontekstualisering

Første step i dette trin er igen at læse transskriberingerne igennem, denne gang for meningsbærende enheder. En meningsbærende enhed er et tekststykke, vi vurderer, kan være relevant til at belyse vores problemformulering. Ved STK er ikke alle dele af teksterne meningsbærende enheder, hvorfor der kan være tekststykker, der ikke inkluderes, hvis disse ikke synes relevante for formålet.

Vi tager dog hellere for mange meningsbærende enheder med, end for få. Herefter begynder dekontekstualiseringen, hvor vi trækker de meningsbærende enheder ud af interviewene for at tilgå dem i de førnævnte temaer. Dette foregår i den nyeste udgave af NVivo, der er et hyppigt anvendt program til strukturering af kvalitativ data. Her identificerer og sorterer vi de meningsbærende enheder, så de passer til de fire temaer, vi dannede i trin 1. Undervejs i dekontekstualiseringen dannes koder under hvert tema, så de meningsbærende enheder er kategoriseret. Disse koder er udfundet gennem det empiriske data og går altså ud over vores forforståelse – dette viser sig eksempelvis ved kodningen *køn* som vi ikke spurgte ind til gennem interviewguiden, men som er et tema udfundet fra data. Vi har været fleksible i kodningsprocessen og omdøbt, opdelt eller samlet koder ved behov, hvis vi har oplevet at den oprindeligt valgte kode ikke er tilstrækkelig præcis. Eksempelvis forsøgte vi til at begynde med at lave flere koder ud fra hvordan de unge definerede mental sundhed, herunder koderne; a) tilstand, b) dynamisk. Senere i kodningen fandt vi dog ud af, at en sådan sort/hvid kategorisering ikke var mulig, da deres forståelse af mental sundhed er meget mere beskrivende. Derfor valgte vi at samle de to koder til kodningen 'definition'.

Kodningen er en iterativ proces, hvilket betyder at vi har været igennem de meningsbærende enheder flere gange, for at sikre, at de er kodet rigtigt, også efter nye koder er udformet. Eksempelvis har vi kodet meningsbærende enheder fra interview 1 først, hvilket medfører at nogle koder dannes på baggrund af interview 1. Ved de efterfølgende interviews har vi dog erfaret, at nogle koder ikke gav samme mening i de andre interviews, hvilket gjorde at vi samlede nogle koder. Herefter har vi set de meningsbærende enheder, vi allerede havde set på, igennem igen, for at være sikre på, at alt meningsfyldt inden for koden kommer.

Vi har løbende fundet ud af, at der under nogle koder, er behov for subkoder. For ikke at miste overblikket over det empiriske data, vælger vi dog først at lave subkoderne efter alle de meningsbærende enheder er kodet (i 3. trin) og vi derfor kan se dem igennem samlet under de respektive koder. Da nogle af koderne minder om hinanden, men er under forskellige temaer, er det også en fordel at gøre det på den måde, så vi sikrer, at de meningsbærende enheder havner i de rigtige koder.

Trin 3) Kondensering – fra kodning til mening

Nu er det empiriske data reduceret til en dekontekstualiseret selektion af meningsbærende enheder sorteret i tematiske koder. Tredje trin består i at danne en artefakt kondensering ud fra dette.

Til at begynde med læses koderne igennem og subkoder dannes. De meningsbærende enheder inden for hver subkode sættes sammen til en artefakt sammenfatning. Under hver subkode findes først en vigtig meningsbærende enhed, hvorefter tekst tilføjes og redigeres ud fra de resterende meningsbærende enheder omkring den første. Derved genlæses det empiriske data systematisk, mens det igen overvejes, hvad hvert tekstelement kan fortælle os om vores forskningsspørgsmål. Når en sammenfatning er færdig, identificeres citater fra informanterne, der belyser sammenfatningen.

Trin 4) Syntese – fra kondensering til beskrivelse

Ved det fjerde og sidste trin rekonstrueres data, med udgangspunkt i sammenfatningerne, til en sammenhængende, analytisk tekst. Ved dette trin blev det tydeligt, at flere subkoder lå meget tæt op ad hinanden, om end de var i forskellige koder og temaer. Her samlede vi flere subkoder og flettede herudover faktorerne ind der, hvor de havde indflydelse – eksempelvis har sociale medier betydning for de sociale ageren. Resultatafsnittet er derfor opbygget ud fra den analytiske tekst, vi har dannet ud fra sammenfatningerne. Vi har udarbejdet et display over beslutningsvejen med analysens koder og subkoder samt temaer i resultaterne og diskussionen (bilag 5). Herudover har vi lavet et display med understøttende citater for alle subkoderne for at eksemplificere disse (Malterud, 2012; Tangaard and Brinkmann, 2015a).

4. Resultater

I det følgende gennemgås analysens resultater. Her vil informanter, der har været med i '*Styr på det hele*' nævnes MD (Mindfulness-Deltagere), mens de der ikke har været med, vil nævnes ID (Ikke-mindfulness-Deltagere). Grundet anonymisering har vi valgt ikke at sondre mellem køn, når vi nævner om informanten er MD eller ID. Hvis resultatet er kønsafhængigt, vil vi dog nævne, om informanten er en dreng eller en pige, men her ikke nævne om det er MD eller ID. Hvis informanter nævnes, uden hverken køn eller deltagelse i mindfulnessprogrammet beskrives, er det fordi svarerne er uafhængige af dette og her nævnes blot '*informant*'.

4.1. Mental sundhed

I det følgende præsenteres resultaterne om informanternes kendskab til mental. Informanternes kendskab til mental sundhed indebærer hvordan informanterne forstår og beskriver mental sundhed, deres kendskab til mental sundhed blandt unge i samfundet og deres erfaringer med psykisk sygdom.

Beskrivelse af mental sundhed: Generelt beskrev informanterne mental sundhed som en tilstand af at have det godt, at trives i fællesskaber og at være i balance. En væsentlig forskel mellem ID og MD er, at ID i højere grad beskrev mental sundhed som en faktor, de kun selv har begrænset medindflydelse på – det er påvirkeligt af udefrakommende faktorer, såsom skolepres, men kun i begrænset omfang påvirkeligt af dem selv. MD omtalte derimod mental sundhed, som noget de selv kan påvirke gennem tanker og handlinger.

MD: "[...] at man ser tingene i et større perspektiv og øhm man tager sig af sig selv og man tager sig tid til at øh slappe af og sådan at man ikke ligesom bliver alt for stresset over det ting man skal nå... tager tingene som de kommer"

ID: "Altså for mig det at være mental sund... der handler det bare om at have det godt tror jeg... sådan at være glad for sig selv, sin omgangskreds og sin hverdag. Det er sådan det jeg forbinder med det"

Generelt havde informanterne en viden om, hvornår de følte sig mentalt sunde. De fleste MD fortæller, at de føler sig mentalt sunde, når de trives med sig selv, kan stoppe op og kan håndtere udefrakommende faktorer, såsom stress ved eksempelvis at sige nej til en vagt på fritidsjobbet. Modsat fortæller de fleste ID at de føler sig mentalt sunde, når de er glade og når det går godt i skolen og i deres sociale relationer. Alle informanterne svarer, at de har prøvet at være bekymret over deres eget eller andres mentale helbred. Én MD uddyber, at det kan være når en klassekammerat udebliver mere fra skole, mens en ID uddyber, at det kan være hvis en venindes tristhed varer i for lang tid. En anden MD nævner desuden, at når andre ikke længere gør sig umage, så kan man mærke, at de ikke har det godt.

MD: "[...] Altså man kan jo godt mærke på andre når det er, at de ikke har det godt heller"

I: ”Mhmh ja. Hvordan kan du mærke det, altså er det humøret eller er det...?”

MD: ”Hm ja altså meget humøret men også sådan hvor engageret man er, jeg føler sådan at når man har overskud, det ved jeg også med mig selv, at så er man meget kreativ, vil gerne gøre noget ud af de ting man så laver, men kan måske mærke på dem der måske er ved at være skoletrætte af de måske sådan [pause] at der er ingenting man sådan ville gøre sig altså umage med, ik. Altså når det med at gøre sig umage forsvinder, så er der noget galt på en eller anden måde”

Erfaringer med psykisk sygdom: I alt fem informanter, både ID og MD nævner, at de har erfaringer med psykisk sygdom, enten gennem egne erfaringer, som nær pårørende eller begge dele. Tre af informanterne havde erfaringer med at søge professionel psykologhjælp, hvoraf to endnu ikke har fået tilknyttet en psykolog. Den sidste har haft stor glæde af psykologsamtalerne og beskriver selv, at samtalerne har givet vigtig indsigt og viden om informantens eget mentale helbred. Tre informanter har søskende, som har haft en psykisk sygdom mens de alle var hjemmeboende og alle beskriver de, at det har påvirket deres viden om mental sundhed.

MD: ”[græder] Det er fordi jeg kæmper lidt med noget [psykisk lidelse], som ikke rigtig er udredt endnu. Altså jeg ved ikke om det er [psykisk lidelse]. Jeg kan ikke rigtigt få psykologtimer. Så det er en ting der fylder”

Oplevelse af mental sundhed blandt unge: Informanterne havde kendskab til det stigende antal unge med dårligt mentalt helbred og stort set alle fortæller også, at de oplever at der, både på gymnasiet og i medierne, er kommet mere fokus på mental sundhed gennem de seneste par år. Både ID- og MD-informanter fortæller, at de ser det som en norm, at unge føler sig pressede og stressede og det beskrives som en konstatering, nærmere end en undren over, hvorfor det er sådan. Flere beskriver det som en uundgåelig del af det at være ung og én ID mener, at samfundet er bygget op sådan, at det let rammer unge. Flere informanter anvender desuden udtrykket *at knække sammen* eller *at have sammenbrud* som en almindelig af hverdagen.

ID: ”[...] Altså man kan selvfølgelig altid selv føle sig stresset og angst og sådan noget... og det ved jeg da også der er folk omkring mig... især på min alder... der føler... men jeg tror også bare det der med, at det er noget jeg sådan har vokset op med... at det har altid været... ligesom sociale medier... så det er ligesom bare blevet en norm at folk er lidt stressede og angste og sådan noget... øh mm...”

I: "Hvordan ser du at folk er angste?"

ID: "Det er igen det der med at min [søskende]... har også oplevet [psykisk sygdom] og sådan noget, så jeg tror mere det er det, men igen det spiller nok også sammen med karakterer med angst og stress og... og ja at man også selv lidt har oplevet det... ikke sådan i megahøj grad, men jeg tror da det er noget alle de sådan føler..."

4.2. Mental sundhedsfremme

I dette afsnit præsenteres resultaterne inden for informanternes viden og handlinger til at fremme deres mentale sundhed samt faktorer, der kan have indflydelse på dette. Først præsenteres deres viden, herunder hvilke redskaber de kender til at fremme deres egne mentale sundhed.

Efterfølgende præsenteres, hvad de rent faktisk gør, når de tager hånd om deres mentale sundhed. Begge kategorier er opdelt i individuel- og social karakter, afhængig af om den viden eller handling som beskrives, er relateret til det at være alene eller sammen med andre. Der er dog ikke en helt så klar afgrænsning i realiteten af individuel- og social karakter. Løbende præsenteres væsentlige faktorer, der kan have indflydelse på informanternes viden og handlinger.

4.2.1. Viden om mental sundhedsfremme

Træning af mental sundhed: Vi har spurgt alle informanterne, om de har tænkt over, at man kan træne sin mentale sundhed. Alle fire MD har tænkt over, at man kan træne sin mentale sundhed gennem mindfulness. Heraf har to fortalt, at de havde kendskab til meditation og mindfulnessmetoder før forløbet. Tre ID svarer nej, når vi spørger om de har tænkt over at man kan træne sin mentale sundhed, mens den fjerde ID nævner, at denne har fokus på, at en ond spiral kan føre dårligt med sig. Alligevel nævner alle informanterne, at de kender til aktiviteter, der kan fremme deres mentale sundhed. Disse beskrives i det følgende.

4.2.1.1. Individuel karakter

Fysisk aktivitet og selvomsorg: Særligt for viden om de individuelle handlinger er, at aktiviteterne, uanset typen, kan være et frirum i en travl hverdag, give ro i hovedet og øget energi. Eksempler på dette er fysisk aktivitet og selvomsorg, herunder sidstnævnte prioritering af hyggelige aktiviteter i eget selskab. Alle MD-deltagerne fremhæver desuden forskellige øvelser, de har lært gennem mindfulnessforløbet, herunder særligt meditation, stående yoga og bodyscan.

ID: "Ja helt sikkert [taler højt] gør det noget godt for min psyke [taler lavt] ... fordi når jeg kommer hjem efter jeg har trænet, så føler jeg sådan jeg er fornyet... ny energi og så er jeg klar til ligesom at gribe noget nyt ind."

Håndtering af skole: Alle informanterne beskriver en viden om, at deres indstilling til skolen har betydning for deres mentale helbred. Blandt MD nævnes, at en positiv opfattelse af hverdagens gøremål hjælper til bedre at håndtere hverdagen, og at det er vigtigt, at skolearbejdet ikke påvirker humøret i væsentlig grad. To andre ID nævner, at de har en tendens til at udsætte skolearbejde til sidste øjeblik, hvilket de er bevidste om påvirker deres mentale trivsel negativt. Flere af informanterne kommer ind på, hvordan deres forældres tilgang påvirker deres viden om, hvordan de forholder sig til presset i skolen. En MD fortæller, at denne af sine forældre har lært ikke at tage munden for fuld og at det er vigtigt at prioritere i dagligdagens aktiviteter, mens en ID fortæller, at dennes forældre har høje forventninger til, at skolen prioriteres i første række og at alt andet er sekundær prioritet. Desuden nævnes af næsten alle informanterne, at de ser væsentlige kønsforskelle i håndteringen af perioder med stort pres i skolen. Dette fremstod dog ikke ud fra vores samtaler med informanterne. Det nævnes af både drenge og piger, at piger i højere grad påvirkes mentalt af karakterer og afleveringer end drenge. En dreng fortæller, at han ikke mener, at pigernes tilgang til afleveringer og karakterer har positiv indflydelse på deres mentale sundhed, fordi de får det dårligt over ting, som de ikke burde få det dårligt over. Flere nævner også, at de ser at drenge oftere har en fælles kultur, hvor de laver afleveringer i sidste øjeblik. Det nævnes, at hverken pigernes eller drengenes håndtering af presset i skolen er fordelagtig for deres trivsel, men at begge tilgange er yderpunkter og kan forekomme ekstreme.

MD: "[...] men fordi hun havde afleveret den forkerte aflevering, så var hun fuldstændig ødelagt over det... jeg tænker sådan lidt det er ikke det bedste på pigernes mentale sundhed at de får det så dårligt over ting man ikke burde få det så dårligt over... sådan hvordan man bliver påvirket af ting"

4.2.1.2. Social karakter

Sociale relationer og fællesskab: Informanterne nævner også betydningen af sociale relationer og fællesskaber i relation til deres mentale sundhed, hvor særligt dét at være sammen med gode venner og at kunne slappe af i hinandens selskab fremhæves som værende mentalt sundhedsfremmende. Her peger mange af informanterne på, at sociale medier kan påvirke deres trivsel. Det nævnes, at unge gennem sociale medier hele tiden er eksponeret for kontakt, og at de unge derfor altid skal være på og præstere, også selvom de ikke er fysisk sammen. Samtidigt er informanten bevidst om, at sociale medier kan øge frygten for at gå glip af noget socialt (FOMO, fear of missing out), fordi de altid er eksponeret for, hvad deres venner laver. Det ses at sociale medier kan være en faktor, der ofte giver anledning til pres og stress i det sociale samvær.

MD: "Fordi også jeg ved... snapchat. Det er også et eksempel på at man hele tiden føler at man skal svare folk og man hele tiden skal se godt ud på den snap man sender, altså det er ikke kun, når man er færdig med skolen, så er det også når man kommer hjem, man skal præstere godt..."

Tale om mentale sundhed: I alle interviews spørger vi ind til, om de taler med deres familie og venner om mental sundhed og særligt når de føler sig pressede eller nedtrykte. To informanter, én ID og én MD, nævner forinden vores spørgsmål, at det er godt at have nogle at snakke med, hvis man føler sig presset og at det kan være med til at aflaste, når man ved, at der er et sted man kan gå hen. Det tyder på, at de ved, at det at tale med andre i svære perioder kan hjælpe på deres egen mentale sundhed. Herudover nævner flere informanter, både MD og ID, at ved at tale om mental sundhed kan man lettere vide, hvordan man skal agere, hvis man enten selv ikke trives eller hvis man ser nogle, der ikke trives.

ID: "Ja altså min familie har jo som sagt altid været meget åbne omkring sådan noget og mentalitet og sådan... og de har også altid været gode sådan at det ikke er dem der forventer noget af mig... sådan hvis det nu er skolerelateret... øh og ja min mor kan da også godt hjælpe mig, hvis nu hun godt kan se jeg er presset, så sætter hun sig ned og sådan "du kan gøre det den dag og den dag"

4.2.2. Handlinger til at fremme mental sundhed

I dette afsnit beskrives informanternes handlinger til at håndtere egen mentale sundhed. Til forskel fra ovenstående er dette beskrivelser af, hvad de konkret gør, når de gør noget for deres mentale sundhed.

4.2.2.1. *Individuel karakter*

Fysisk aktivitet: Et eksempel er en ID, der dagen forinden interviewet har haft en dårlig dag. Selvom overskuddet var lavt, endte informanten med at tage i fitness, fordi denne vidste, at det ville påvirke informanten positivt. En MD beskriver, at denne i løbet af ugen forinden interviewet måtte aflyse en træning grundet for mange afleveringer, med den begrundelse, at der ikke er nogle der står og venter på at informanten træner, men at der er en afleveringsfrist. En ID nævner, at det kan give en følelse af nederlag og anledning til dårlig samvittighed, hvis informanten har sat sig for at træne, men ikke får det gjort.

MD: "Man føler ikke man har så meget tid til ligesom at tage sig af sig selv... og det med... altså et eksempel i sidste uge, så havde jeg en dansk aflevering til fredag og så blev jeg nødt til at droppe at tage ud at svømme, fordi jeg ligesom skulle lave den der aflevering, ik, øhm så det er tit at man bliver nødt til at vægte ting der egentlig sådan giver energi, fordi at der ligesom er noget andet der skal bare sådan..."

Selvomsorg: En anden ID agerer bevidst kærligt over for sig selv, ved at anerkende at denne er god nok, mens en anden beskriver, at negative tanker og følelser kan forekomme som en negativ spiral i underbevidstheden, hvilket informanten forsøger at være opmærksom på. En informant, der har været i behandling for en psykisk lidelse fortæller, at psykologbehandling har hjulpet med en større bevidsthed på at fokusere på gode oplevelser, idét det gør at informanten trives bedre. Flere nævner, at de en gang imellem prioriterer at være alene. En MD nævner, at denne prioriterer at være alene mellem aktiviteter, f.eks. skole og fritidsjob, fordi det gør dagen mere overkommelig. En ID fortæller, at det er særligt dejligt at være alene, fordi man ikke skal tænke på andre end sig selv og prioriterer det i sin hverdag.

ID: "Jeg elsker det og jeg snakker ikke med nogle og jeg passer bare mig selv. Det er simpelthen bare det bedste jeg ved, det er når det bare er op til mig, bare at være herre over mig selv en gang i mellem"

Håndtering af skolepres: En MD er opmærksom på indimellem at stoppe op og sætte foden ned i hverdagens pres. Denne fortæller, at det kan øge vedkommendes mentale sundhed og eksemplificerer ved at nævne, at denne ugen forinden valgte at stoppe op, mærke efter og som resultat af det, tage et par timer ud af afleveringsdagen for at gå en tur i et naturområde med en god ven. Samme informant ekspliciterer, at det er lettere at håndtere presset i skolen når denne fokuserer på, at det er eget valg, hvor meget skolen skal fylde. På tværs af informanterne nævnes det at gymnasiet er meget travlt og at presset fra lektier, afleveringer og karakterer er højt. Udover presset med mange afleveringer, nævnes et psykisk pres ved skolen. Det er et pres om hele tiden at præstere godt, og hvis ikke det går godt, kan presset vendes indad. En anden MD er af samme overbevisning og nævner, at hvor påvirket man bliver af skolepresset, afhænger af hvordan man opfatter det. Flere informanter fortæller, at de anvender planlægning og struktur til bedre at kunne overkomme og håndtere travle perioder. En MD fortæller, at denne føler en lettelse, når afleveringerne er lavet og forsøger derfor at gøre det hurtigst muligt, mens en anden MD fortæller, at denne forsøger at få lavet sine afleveringer, så der er tid til at lave ting, informantens godte kan lide.

MD: "... At tænke på at det er mit eget liv og det er min egen fremtid jeg kæmper for, så jeg bestemmer også hvad jeg egentlig selv vil gøre for det og også det der med at man må tage tingene som de kommer og hvis jeg ikke får det høje snit altså, der er jo altid en anden måde at komme ind på, der er altid kvote 2"

MD: "Ja, altså i hvert fald... der er i hvert fald meget at se til, og det er jo et pres, men jeg tror også meget det afhænger af, hvordan du opfatter det... altså hvis du faktisk synes godt nok om, at du har noget du skal lave og du føler, du får lavet nogle ting, ja men så er det jo ikke nødvendigvis dårligt, at der er så meget at lave."

En MD og en ID fortæller, at de ofte ser serier og film når de i perioder er stressede. De nævner, at de bruger det som overspringshandlinger fra afleveringerne og at selvom det gør godt i det øjeblik, hvor de kommer ind i en fiktiv verden, så er de bevidste om, at det ikke er hensigtsmæssigt for dem,

fordi det bidrager til en øget følelse af stress efterfølgende. Begge peger på, at de gerne vil være bedre til at strukturere deres tid, men at de har svært ved at få det gjort. MD fortæller, at denne er god til overspringshandlinger, og at ofte laver afleveringer aftenen inden. ID fortæller ofte sig selv, at næste gang vil denne få lavet afleveringerne i bedre tid og laver så halvdelen i god tid og udskyder resten af afleveringen til lige inden deadline. De er ikke alene om at have tendens til at udskyde afleveringer til lige inden deadline og flere fortæller, at det egentlig er noget de gerne vil ændre og at de godt ved hvad de skal gøre; de skal bare lave afleveringerne noget før. En MD oplever faktisk, at mindfulnessforløbet har givet viden og indsigt i, hvordan man kan håndtere stressede perioder – dog føler informanten ikke, at der er tid til at implementere dette i hverdagen. Denne MD nævner samtidigt en bekymring for, hvordan denne fremadrettet vil håndtere arbejdsbelastningen i gymnasiet.

ID: "Men samtidigt med det, så kan jeg også bare virkelig nemt bruge meget tid på det, og når jeg gør det, så har jeg måske også meget nemt ved bare at ligge alle mulige bekymringer væk i lige den situation, og så er det sådan lidt mere stresset bagefter eller dårligere bagefter, fordi at nu har jeg brugt tid på det, og det er måske altså især i en stresset periode, så gør jeg det meget, fordi jeg føler, at jeg har behov for den der break, hvor jeg ikke behøver at tænke på, at jeg skal nå alt muligt"

En dreng nævner, at han i travle perioder godt kan opleve en "fuck-it-mentalitet" blandt ham og hans venner, hvor de i fællesskab vælger at gøre noget end at lave afleveringer. Det nævnes af flere informanter, at de oplever en stor forskel i hvordan pres håndteres på tværs af køn. En pige mener, at der er en ekstrem tilgang til skolepresset blandt drengene, og at der er en usund tilgang blandt pigerne.

Dreng: "Altså drengene og jeg, vi ved godt, at når vi mangler nogle afleveringer, så prøver vi da at skubbe hinanden i den rigtige retning, men det er også svært, hvis vi sådan, fordi så er det mig der har mange nogle afleveringer, og så hjælper de mig, men så hvis vi er flere, så kan vi godt have sådan lidt en fuck-it-mentalitet. Det kan sådan gå lidt i begge retninger"

4.2.2.2. Social karakter

Sociale relationer og fællesskab: Generelt fylder fællesskabsfølelsen meget hos informanterne og deres omgangskreds og særligt frygten for at gå glip af noget, nævner informanterne som en betydelig faktor i relation til deres handlinger med sociale relationer. En ID nævner, at denne i starten af gymnasietiden var meget optaget af at passe ind i fællesskabet. En MD oplever, at unge ikke tager sig tid til sig selv, men i højere grad gør det, som fællesskabet gør – altså tilretter sig gymnasielivets normer og retningslinjer.

MD: "Jeg er måske bare bekymret generelt for folks mentale helbred... Men jeg synes sådan, at folk er meget hurtige til at... f.eks. i klassen hvis der er en der siger, at de skal et eller andet, så er folk meget hurtige til at sige "okay, jeg skal med"[...] altså du ved de kan slet ikke, sådan navigere i det, som om at de ikke sådan tænker inde i sig selv "har jeg selv lyst til det" [...] de tænker mere bare sådan på ikke at altså sådan miss out"

Tale med forældre: Det er forskelligt, hvorvidt informanterne taler om mental sundhed og pressede perioder med deres familie og venner. Seks informanter nævner, at de ofte snakker med deres forældre, når de er pressede. Det hjælper dem både ved at få aflastet og de kan også hjælpe med praktiske ting, såsom strukturering og planlægning af tid eller mere omsorg. Tre informanter nævner desuden, at de fortæller familien, når går ind i en ekstra presset periode. Dette gør, at familien ved at de ikke er sure, hvis de er kortfattede og samtidigt kan de hjælpe med flere praktiske ting.

En informant, der har søgt professionel hjælp, nævner, at da der altid har været et åbent forum i familien var det hverken svært at fortælle forældrene, at informanten havde brug for hjælp eller at anbefale professionel hjælp til en kammerat, da denne fik det svært. To informanter nævner, at det kan være svært at snakke med deres forældre, fordi de ikke forstår situationen, eller fordi der opstår miskommunikation. En ID fortæller, at dennes forældre har høje forventninger til at skolen prioriteres højest, hvilket informanten ikke altid mener er det vigtigste, og derfor ikke deler det med dem, hvis denne føler sig presset. Selvom informanten har et ønske om at tale med sine forældre om pressede perioder, så kan det være svært.

ID: "Hm, især min far har ret høje forventninger til at skolen er det, der bliver prioriteret ALLER først, og det er det altid, så hvis jeg har en vagt, som der ligger mega stresset, så siger han 'du må sige dit arbejde op', og hvis jeg, hvis der er noget med min kæreste, så kan

jeg ikke sige det til mine forældre, fordi de vil bare sige, du bliver nødt til at fokusere på din skole lige nu"

Tale med venner: Informanterne har også forskellige erfaringer med at tale om mental sundhed og pressede perioder blandt deres sociale omgangskreds. Flere informanter nævner, at de føler at de godt kan tale om mental sundhed med deres venner og flere nævner også, at der er åbenhed om at gå til psykolog. Flere informanter nævner også, at der er en indbyrdes opmærksomhed på hinanden – det kommer eksempelvis til udtryk ved, at de unge kontakter hinanden og hjælper til med afleveringer, hvis én er mere fraværende end normalt eller bagud med skolen. En anden informant er af en anden opfattelse og nævner, at man er på egen hånd med afleveringerne og at skolepresset italesættes på samme måde som vejret, at det er noget der bare er der. Sidstnævnt pointerer flere og beskriver, at det gør det svært at snakke mindre overfladisk om hvor presset de egentligt er med afleveringerne.

Vi snakkede med fire informanter af hvert køn, og vi fandt ikke en betydelig kønsforskel i deres håndtering af mental sundhed. Uopfordret af vores spørgsmål nævnte de fleste unge alligevel selv, at de ser væsentlige kønsforskelle omhandlende mental sundhed, herunder italesættelsen og stigmatisering. To drenge nævner, at drenge dels har sværere ved at erkende, hvordan de har det og dels har sværere ved at dele det, hvis de har det skidt. Samtidigt nævner begge, at det blandt drenge er et tabu at tale om mental sundhed. Deres erfaring er, at det blandt drenge opleves som et tegn på svaghed at græde eller at dele sine tanker og følelser.

Dreng: "Jeg føler at hvis min gode kammerat han har det dårligt, så chancen for at han kommer over og siger han har det dårligt, den er nok ikke særlig stor... fordi der er det her tabu omkring det... jeg tror piger er bedre til at fortælle hinanden... det synes jeg faktisk er lidt skidt, at drenge de ikke gør det... jeg tror piger er lidt bedre til at fortælle hinanden, hvordan de har det"

Flere informanter nævner det som værende svært at navigere i egne behov og *FOMO* og det nævnes, at det kan være svært at finde en balance. Her spiller, som tidligere nævnt, sociale medier en væsentlige rolle. Både ID og MD-informanter nævner, at den uafbrudte tilgængelighed kan gøre det svært at tage en aften hjemme, selvom de ved at det vil være bedst for dem, fordi de hele tiden ser at vennerne har det sjovt.

ID: "Når man sidder derhjemme og har valgt at være derhjemme og alle andre tager i byen, så ser man jo hvad alle de andre laver på sociale medier og det påvirker jo helt vildt meget en når man sidder der og tænker 'shit hvor ser det fedt ud' [...] så har jeg nogle gange altså sådan, hvor jeg har sagt at jeg skal på arbejde og så har jeg set at alle er afsted, så tager jeg afsted alligevel derefter og det er nogle gange mega hårdt fordi hvis jeg så skal arbejde den der weekend, så er det sådan man er oppe om natten og skal op på arbejde og lave afleveringer og jeg synes bare tiden går sådan her [knipser] sådan weekend som jeg går og ser frem til hele ugen, den smutter bare [griner lidt] og man når slet ikke at slappe af som er det man sådan har brug for"

4.2.2.3. Informationssøgning

I alt har fem informanter søgt hjælp hos praktiserende læge, psykolog eller en studievejleder grundet mistanke om psykisk sygdom eller faglig- eller social mistrivsel i gymnasiet. To ud af tre informanter har forgæves forsøgt at få tildelt psykologhjælp gennem deres praktiserende læge. Den ene informant nævner, at denne nu er på en venteliste til en privatpraktiserende psykolog og at der er en uoverskuelig lang ventetid. Den anden informant fortæller at dennes læge henviste til gratis psykologtimer i kommunen, men idét informanten allerede vidste, at ventetiden her er flere måneder, mistede informanten motivationen og har ikke kontakten dem. Begge informanter fortæller at det er hårdt og demotiverende, fordi det allerede er svært at søge hjælp og derfor har taget dem tid at gøre og at de samtidigt har vidst fra venner, at der er lang ventetid. Dette viser, at informanternes handlekompetence er udfordret af, at der ikke er direkte og hurtig adgang til psykologhjælp.

ID: "[...] men de [lægen] sagde så at jeg skulle søge det der gratis noget, bruge det der, og det er der jo 3 måneders ventetid til og så fik jeg jo aldrig gjort det, fordi jeg bare vidste at der var det. Og så tænkte jeg bare nå. Det må jeg lige få gjort på et tidspunkt, sætte mig på venteliste, det har jeg ikke gjort. Ja [...] Det var virkelig demotiverende for mig altså sådan"

4.3. Sammenfatning

Informanterne havde generelt kendskab til betydningen af mental sundhed på deres trivsel, herunder havde de viden om handlemuligheder i forbindelse med at varetage deres egen mentale sundhed. Denne var meget heterogen og omfattede mange aspekter af trivsel generelt, snarere end en viden særligt fokuseret på mental sundhedsfremme. Informanter, der havde deltaget i SPDH, havde dog viden om konkrete mindfulnessstilgange til fremme af mental sundhed, herunder øget

opmærksomhed på deres tankemønstre. Alle informanternes beskrivelser af, hvad de gjorde for at håndtere mental sundhed, inkluderede en bred vifte af handlinger, herunder individuelle handlinger der indbefattede fysisk træning, alenetid, selvomsorg og strategier til håndtering af skolepres. Herudover beskrev informanterne handlinger af social karakter, herunder det at indgå i sociale relationer/fællesskaber og at tale med andre. Vi fandt, at forskellige faktorer kan have indflydelse på de unges viden og evne til at håndtere mental sundhed, herunder det arbejdsmæssige pres fra gymnasiets hverdag, sociale medier, køn og forældrestøtte.

5. Diskussion af resultater

I det følgende vil vi diskutere analysens resultater med udgangspunkt i korelementet i Sørensen et al. (2012) integrerede model, som også er vist i figur 2.1. Desuden vil vi diskutere, om informanternes handlinger er udformet med en *bevidsthed* eller en *ubevidsthed* med afsæt i *mindfulness* og udgangspunkt i Dahl et al. (2020). Dahl et al. (2020) har fremhævet fire dimensioner, der har betydning for mental sundhed og som alle kan trænes – herunder bevidsthed (Dahl et al., 2020). Her sondres mellem *bevidste* handlinger (en bevidsthed om hvad man foretager sig) og *metabevidste* handlinger (en opmærksomhed på, hvad man foretager sig, mens handlingen sker). Gennem metabevidsthed kan man opdage, hvis man handler *på autopilot* og derved føre opmærksomheden og bevidstheden tilbage til at være i nuet (Dahl et al., 2020). Herved er det altså muligt at blive bevidst om de handlinger, man foretager sig, mens man foretager dem, hvilket er et afgørende element, hvis man ønsker at ændre en adfærd. Mindfulness fremhæves særligt som en metode til at træne både bevidsthed og metabevidsthed (Dahl et al., 2020).

“Tilstande med øget bevidsthed er således karakteriseret ved at være fuldt bevidst om, hvad man laver, hvem man er sammen med, og sine egne indre tilstande, hvorimod nedsatte bevidsthedsniveauer indebærer, at man bliver distraheret eller opslugt i en given aktivitet eller situation”

(Dahl et al., 2020, p 2)

Desuden peger Dahl et al. (2020) selvindsigt og formål med egne handlinger også er dimensioner af mental sundhed, der kan trænes. Selvindsigt indbefatter en erkendelse af, hvordan egne følelser og tanker påvirker ens oplevelser og formål er evnen til at kunne anvende ens egne mål og værdier i egne handlinger (Dahl et al., 2020)

Med udgangspunkt i dette vil vi diskutere, om informanterne handler efter aktive, opmærksomme og bevidste valg eller om deres handlinger er et udtryk for manglende bevidsthed- og metabevidsthed. Vi vil ikke skildre mellem bevidsthed og metabevidsthed, men blot nævne begge som *bevidsthed* i det følgende. Her antages desuden, at informanternes ord er et udtryk for den bevidsthed, de handler ud fra.

5.1. Diskussion af analysens fund med teoretisk afsæt

Viden om mental sundhed fører ikke nødvendigvis til en sundhedsfremmende adfærd (Bjørnsen et al., 2019). I løbet af interviewene beskriver informanterne flere situationer, hvor de har opmærksomhed og bevidsthed med i deres ageren. Det kan eksempelvis være, når MD bevidst vælger at tage hjem mellem aftaler, for at kunne overkomme dagen, når ID bliver opmærksom på negative tanker, eller når MD aktivt beslutter sig for at stoppe op i hverdagens trummerum for at tage hensyn til egne behov. Der beskrives dog også situationer, hvor det tyder på, at informanter har handlet uden bevidsthed i en given situation, hvilket har påvirket dem negativt. Dette vil vi eksemplificere og diskutere i det følgende. Men først en kort diskussion af informanternes generelle beskrivelser af mental sundhed.

5.1.1. Mental sundhed

Vi fandt en væsentlig forskel i informanternes beskrivelse af mental sundhed afhængig af deltagelse i SPDH. Generelt beskrev informanterne at mental sundhed indebærer at have det godt og at trives både alene og i fællesskab. Som tidligere nævnt beskriver Sundhedsstyrelsen, at mental sundhed kan opdeles i to dimensioner; en oplevelsesdimension og en funktionsdimension (Sundhedsstyrelsen, 2018). Informanternes beskrivelser af mental sundhed stemmer altså overens med *oplevelsesdimensionen*. Størstedelen af informanterne nævnte også, at det at trives i fællesskaber har stor betydning for deres mentale sundhed – en komponent, der beskrives i *funktionsdimensionen* (Sundhedsstyrelsen, 2018). Desuden nævnte deltagerne af SPDH, at mental sundhed indebærer at være i balance og at mental sundhed er påvirkeligt gennem egne tanker og handlinger. Dette tyder på, at deltagerne er bevidste om at evnen til at håndtere hverdagsudfordringer har betydning for mental sundhed. Dette er en væsentlig komponent i *funktionsdimensionen*, der altså ikke benævnes af de informanter, der ikke har deltaget i SPDH (Sundhedsstyrelsen, 2018). Det er ikke muligt at vurdere, om informanterne har haft denne viden før deltagelse i SPDH. Uanset kan denne øget viden om, hvad der har betydning for mental sundhed, også føre til en øget mental sundhed (Bjørnsen et al., 2019).

Den manglende konsensus i beskrivelsen af mental sundhed kan desuden tale for, at der mangler oplysning og information af dette blandt unge. Alligevel havde de fleste informanter viden om den stigende mentale mistro blandt unge. Flere af informanterne, både ID og MD, nævnte også at det er en norm at være stresset og at *knække sammen* – et udtryk flere brugte om sammenbrud. Det tyder på en normalisering i en sådan grad, at informanterne ikke så det som en faktor, der kan

ændres, men blot som en konstatering, at det er en måde samfundet er indrettet. Denne normalisering af sammenbrud kan medføre, at unge ikke er klar over, hvornår det faktisk er nødvendigt at søge professionel hjælp. Såfremt det er en del af sproget og hverdagen at have det dårligt, kan det være svært at vide, hvornår man skal handle anledens. Et skridt mod mental sundhedsfremme er dermed at oplyse om mental sundhedsfremme, give alternative handlemuligheder og øge bevidstheden om, hvornår man bør søge hjælp.

5.1.2. Individuel karakter

Fysisk aktivitet

Alle informanterne nævner, at de har en viden om, at fysisk aktivitet kan fremme deres mentale sundhed, selvom deres handlinger – og bevidsthed forbundet med denne – er forskellig. Tre informanter kommer med specifikke eksempler hvorpå de har ønsket at træne og alle har håndteret det forskelligt. En ID tager en bevidst handling om at tage i fitnesscenteret på en dårlig dag, fordi denne ved, at det vil gøre godt. Det er en bevidst handling, som kommer af den viden, informanten har om mental sundhed og betyder, at informanten formår at anvende sin viden om sundhed til faktisk at handle på den jf. Sørensen integrerede model (Sørensen et al., 2012). En MD nævner, at denne måtte aflyse en træning for at lave aflevering og beskriver det som en bevidst beslutning, fordi afleveringen skulle laves til en deadline. Selvom informanten i denne situation ikke gør, hvad denne ved fremmer egen mental sundhed, agerer informanten ud fra et bevidst valg. Det er altså ikke et udtryk for dårlig sundhedskompetence, men nærmere et udtryk for, at informanten er opmærksom på det vigtigste behov i situationen og vælger at agere efter det (Sørensen et al., 2012; Dahl et al., 2020). Derudover nævner informanten at det er ærgerligt at skulle prioritere i hverdagsaktiviteter, men at det er nødvendigt for at have balance mellem skole og fritid – en balance, der nævnes vigtig ifbm. mental sundhed. Dette tyder på, at informanten kan se et formål med at nedprioritere fysisk aktivitet i den pågældende situation. Dahl et al (2020) peger netop på, at det, at kunne se et formål med egne valg og handlinger øger mental sundhed (Dahl et al., 2020). En ID har svært ved håndtere, hvis denne ikke har tid til at træne, når vedkommende har sat sig det som mål. Dette tyder på, at hvis informanten har besluttet sig for at træne, så ser informanten det ikke som en mulighed bevidst at ændre denne beslutning, hvis situationen ændrer sig – også selvom det er grundet en anden prioritering, såsom at være sammen med venner. Når ID så ikke formår at træne, fører det en negativ spiral med sig, hvor informanten bliver ked af det, frustreret og

selvkritisk. I sidste ende tyder det på, at det faktisk øger informantens mistrivsel i situationen. Dette står altså i kontrast til førnævnte MD. Selvom informanterne i de to sidstnævnte eksempler har samme viden (fysisk aktivitet er godt for mental sundhed) og samme handling (træner ikke i en given situation), beskrives situationen forskelligt. Det tyder på, at den ro, accept og anerkendelse, som MD har ved at tage et bevidst valg om ikke at træne, påvirker informanten positivt, mens manglen på samme påvirker ID negativt. En bevidsthed om, hvorfor ID handler som hen gør, kan give en større indsigt i egne handlinger og det kan blive tydeligt for vedkommende, at denne handler ud fra andre værdier. Indsigt og formål nævner Dahl et al. (2020) netop som en væsentlig faktor, der kan øge mental sundhed – når ID får større bevidsthed, indsigt og ser formålet med sine handlinger, vil det derfor forventes at vedkommende bedre kan være i situationen (Dahl et al., 2020)

Denne evne til og opmærksomhed på at tilgå sine handlinger med venlighed og accept trænes i høj grad gennem mindfulness og dette er MD også blevet undervist i gennem SPDH (Fjorback et al., 2013; Beck et al., Unpublished). Det er ikke muligt at vide om MD har fået en øget opmærksomhed på dette gennem SPDH eller om informanten havde den før – det kan blot observeres at situationen håndteredes forskelligt mellem de to informanter.

Håndtering af skolearbejde

Et andet relevant eksempel er håndteringen af skolearbejdet. Skolen nævnes blandt alle informanterne som en tidssluger og en pressende faktor, der fylder meget. Derfor har håndteringen af skolearbejdet stor betydning for deres mentale trivsel. Tre MD og én ID håndterer skolearbejdet i overensstemmelse med, hvad de ved har positiv indflydelse på deres mental sundhed, eksempelvis ved at anvende strukturering og planlægning til at have tid til både skolearbejdet og energiopladende aktiviteter (Sørensen et al., 2012). Det nævnes desuden, at en positiv indstilling til skolepresset hjælper til bedre at kunne håndtere hverdagens udfordringer. Denne indsigt kan tolkes som et udtryk for en bevidsthed om, at egne tanker og handlinger kan have indflydelse på informanternes mentale sundhed. Dette stemmer overens med MD beskrivelse af mental sundhed, hvor egne tanker kan influere mental sundhed. Ifølge Dahl et al. (2020) kan en erkendelse af, hvordan egne tanker påvirker hverdagen bidrage til en bedre mental sundhed (Dahl et al., 2020). Denne selvindsigt er en dimension af trivsel, som kan forbedres gennem træning (Dahl et al., 2020).

Andre informanter håndterer skolepresset på anden vis. De pointerer selv, at de håndterer stress på en uhensigtsmæssig måde, eksempelvis ved at udskyde afleveringer og i stedet

se tv-serier. Informanterne er klar over, at deres reaktion har en negativ betydning for deres mentale sundhed, idét de bliver endnu mere stressede og pressede efterfølgende. De nævner, at de ofte sidder natten før afleveringsfristen for at færdiggøre afleveringen. De nævner, at de gerne vil ændre dette og at de godt ved, hvad de skal gøre; de skal bare sørge for at lave afleveringerne noget før og stoppe med at udskyde dem. Hvorfor informanterne ikke ændrer denne adfærd, når de selv er klar over at den har en negativ betydning for deres mentale sundhed, kan der være flere grunde til. Dels tyder det på at de mangler handleredskaber til *hvordan* de kan færdiggøre afleveringerne og dels er det ikke tydeligt fra empirien, om de er opmærksomme på deres handlemønstre før de sidder med afleveringen om natten. Dette kan også forklares ved et nedsat bevidsthedsniveau, der ifølge Dahl et al. (2020) kan medføre at individer lettere bliver distraheret og at informanterne derved har sværere ved at handle i overensstemmelse med deres viden (Dahl et al., 2020)

Den manglende- eller nedsatte bevidsthed gør det svært at ændre adfærd, men igennem eksempelvis mindfulness kan bevidsthed trænes, hvilket øger muligheden for en adfærdsændring (Dahl et al., 2020; Sørensen et al., 2012). Gennem mindfulness vil informanterne også kunne opnå en større accept af situationen, hvis de alligevel ender med at sidde med en aflevering sent om aftenen. En accept og en bevidsthed om, at det er sådan situationen er, kan være med til at øge informanternes mentale sundhed (Fjorback et al., 2013; Dahl et al., 2020). For disse informanter vil mindfulness altså kunne være et brugbart redskab, der kan hjælpe informanterne med at handle i overensstemmelse med deres viden om mental sundhedsfremme – og hvis ikke, kan det bidrage med en accept af situationen, der også kan øge deres mentale sundhed.

Forældre støtte nævnes som en væsentlig faktor, der kan påvirke informanternes håndtering af skolepresset. De fleste af informanterne nævner, at de ofte snakker med deres forældre, når de er presset og at forældrene har hjulpet og støttet dem. Dette har bidraget til informanternes viden om hvordan de kan håndtere svære perioder hensigtsmæssigt, eksempelvis gennem prioritering af aktiviteter og en anerkendelse af, at det vigtigste er informant selv. To informanter nævner, at de ikke oplever at de kan snakke med deres forældre om pressede perioder, fordi der opstår miskommunikation. Én fortæller, at denne var rigtig presset op til en stor aflevering og at dennes forældre slet ikke var klar over, at der var en stor opgave, før bagefter. En anden fortæller, at denne ikke føler at forældrene forstår og selvom det virker på informanten som at denne egentlig gerne vil kunne snakke med sine forældre om svære ting, gør denne det ikke af den grund. Herved er forældre støtte en faktor, der dels kan have indflydelse på informantens kompetencer til at håndtere

skolepresset og og dels deres mulighed for at snakke om hårde perioder. At forældres holdning kan have betydning for mental sundhed, stemmer overens med et studie af Ross et al. (2019), der har demonstreret at forældres holdning til terapi kan påvirke unges holdning og derved også hvorvidt de er villige til at søge psykologisk hjælp, hvis behovet opstår (Ross et al., 2020).

5.1.3. Social karakter

Sociale relationer og fællesskaber

Et andet eksempel på en situation, hvor informanterne har ageret med forskellig bevidsthed, er i relation til det sociale fællesskab og i håndteringen af sociale medier. Alle informanterne peger på, at gode relationer og fællesskaber har betydning for deres mentale sundhed. På tværs af ID og MD nævnes det også, at sociale medier gør det svært at fokusere på egne behov; dels fordi det kan være stressende altid at være tilstede på sociale medier, som der er en konsensus for og dels fordi informanterne hele tiden eksponeres for hvad deres venner laver. En MD oplever, at unge ikke tager sig tid til sig selv, men i højere grad gør det, som fællesskabet gør. Flere informanter nævner, at de ofte har overvejet at tage ud ad døren, hvis de ser på sociale medier, at deres venner har en sjov fest, selvom de egentligt havde foretrukket en aften i eget selskab. De fleste informanter nævner, at de ikke har gjort det, selvom de har haft lyst til det. Dette tyder på, at dét at blive hjemme er en bevidst handling fra deres side, som er taget ud fra en opmærksomhed om egne behov og at informanterne derfor kan se et formål med at blive hjemme, hvilket ifølge Dahl et al. (2020) er med til at fremme mental sundhed (Dahl et al., 2020). Samtidigt peger det på, at informanterne har handlet i overensstemmelse med egne behov, hvilket viser at de har sundhedskompetencer til at handle ud fra egen viden, og at de desuden har en høj grad af indsigt i egne handlinger og konsekvenser heraf (Sørensen et al., 2012). Én ID nævner modsat, at denne godt kan finde på at tage ud i en sådan situation. Ud fra empirien kan det ikke siges, om denne handling er foretaget med bevidsthed eller ej. I interviewet tyder det dog på at dette er en ubevidst handling, da det lader til, at informanten først under interviewet bliver opmærksom på sin egen handling. En øget opmærksomhed på, hvorfor ID får lyst til at reagere, som denne gør, kan føre til en mere bevidst beslutning om, hvad ID vurderer bedst at gøre i situationen, fremfor at handle ubevidst (Dahl et al., 2020). Hvis beslutningen om alligevel at tage i byen er taget ud fra et bevidst valg, betyder det dog ikke, at informanten ikke er i stand til at føre sin viden om mental sundhedsfremme til handling – det er

nærmere et udtryk om, at informanten tager et aktivt valg om at prioritere den sociale aktivitet (Dahl et al., 2020; Sørensen et al., 2012).

Uanset hvordan informanterne i sidste ende reagerer på eksponeringen af sociale medier er det tydeligt, at informanterne oplever et dilemma, der er svært at navigere i. Denne bevidsthed om, at sociale medier kan påvirke deres trivsel, kan informanterne lære at anvende til at gøre dem opmærksomme på at reagere hensigtsmæssigt i situationen – det være sig at blive hjemme eller at tage ud. Når informanterne kan se et formål med en handling og er i stand til at handle i overensstemmelse med egne værdier og mål øger det informantens mentale trivsel (Dahl et al., 2020). Bevidsthed om egne handlinger, i forhold til sociale aktiviteter, kan derfor have indflydelse på hvordan informanterne handler på deres viden om mental sundhedsfremme – her er sociale medier en faktor der spiller ind.

Informanterne beskriver desuden forskellige erfaringer med at tale om mental sundhed og pressede perioder blandt deres venner. Både drenge og piger nævner, at de ofte godt kan snakke med deres venner om, hvordan de har det og at der er en indbyrdes opmærksomhed på hinandens velbefindende. Dog nævner flere, at de ser væsentlige kønsforskelle, herunder at drenge har sværet ved at tale om mental sundhed og at der er mere stigmatisering forbundet med det, end hos pigerne. Rice et al. (2017) undersøger gennem et review, hvad der særligt har indflydelse på unge mænds mentale sundhed og her finder de bl.a., at lav mental sundhedskompetence, stigmatisering og kulturelle forventninger og maskulinitet har stor betydning (Rice et al., 2018). Dette oplever begge mandlige ID også. De nævner, at drenge dels har sværere ved at erkende, hvordan de har det og dels har sværere ved at dele det, hvis de har det skidt. Samtidigt nævner begge, at det blandt drenge er et tabu at tale om mental sundhed – deres erfaring er, at det blandt drenge opleves som et tegn på svaghed at græde eller at dele sine tanker og følelser. At mænd kan se det som en svaghed at vise deres udfordringer, pointerer Lee et al. (2020) også (Lee et al., 2020). Lee et al. (2020) finder, at voksne mænd har en mere negativ holdning til mental sundhed end voksne kvinder og nævner, at dette kan være en barriere for, at mænd søger hjælp for psykisk sygdom (Lee et al., 2020). Milner et al. (2019) finder, at overbevisning med maskuline normer, herunder et behov for at være selvhjulpne, er associeret med lavere health literacy (Milner et al., 2019). De uddyber, at mænd, der er enige med maskuline normer, kan have det perspektiv, at det at søge hjælp er en svaghed, som underminerer de sociale forventninger om, at mænd er stærke og uafhængige (Milner et al., 2019). Selvom vores mandlige informanter ikke selv nævner, at de har svært ved at snakke om mental

sundhed blandt deres venner, italesætter både drenge og piger, at de ser det i deres omgangskreds. Dette er noget informanterne er bevidste om og synes er ærgerligt, men samtidigt ikke oplever at de kan have indflydelse på. Ud fra vores samtaler finder vi altså, at køn kan have indflydelse på de unges viden og handlinger til fremme af deres egen mentale sundhed, hvor særligt drenge kan være hæmmede af kulturelle normer og maskulinitet. Dette stemmer overens med litteraturen, hvorfor Rice et al. (2017) på baggrund af deres review foreslår, at fremtidige populationsbaserede interventioner til fremme af mental sundhed bør være kønssynkroniserede (Rice et al., 2018).

5.1.4. Informationssøgning

Når vi spørger, hvad informanterne ville gøre hvis de gerne vil vide mere om mental sundhed, misforstår de enten spørgsmålet, svarer at de ikke ved det eller svarer, at de ville google det. De, der misforstår spørgsmålet svarer, at de ville kontakte en studievejleder eller en læge, hvis de fik det dårligt. Selvom det ikke var det spørgsmål, vi ønskede svar på, viser det en viden om, at de pågældende informanter ved, hvor de kan gå hen, hvis de har brug for hjælp ved mistanke om psykisk sygdom. Det tyder på, at omhandlende psykisk sygdom har de pågældende informanter høj sundhedskompetence (Kutcher et al., 2016; Sørensen et al., 2012). De, der svarer at de ville google, svarer med en henkast og kan ikke helt beskrive mere. Det tyder på, at informanterne har begrænset viden om hvordan de kan tilgå information om mental sundhed – det første element af Sørensen et al. (2012) integrerede model (Sørensen et al., 2012). En MD fortæller desuden, at denne ville undersøge kilden og være kritisk over for informationen. Det viser, at denne er i stand til at forstå og vurdere sundhedsinformation, hvilket tyder på en større mental sundhedskompetence angående informationssøgning (Sørensen et al., 2012). Den generelle manglende viden kan beskrive den manglende konsensus der er, når informanterne skal beskrive begrebet *mental sundhed* og *mental sundhedsfremme*. Ud fra empirien tyder det derfor på, at der er et stort behov for at oplyse unge om betydningen af mental sundhed og ikke blot psykisk sygdom.

Fem ud af de otte informanter har desuden søgt hjælp hos studievejleder, psykolog eller læge. Årsagerne til at søge hjælp er primært psykisk mistroivsel og tegn på psykisk sygdom. Dette viser, at informanterne har en bevidsthed om, hvor og hvornår de bør søge professionel hjælp ved mistanke om psykisk sygdom og dette på trods af, at de samtidigt oplever det som en norm at have det dårligt. Dette tyder desuden på, at informanterne har høj viden om Kutcher et al. (2016) 4. komponent; *Enhancing help-seeking efficacy (knowing when and where to seek help and*

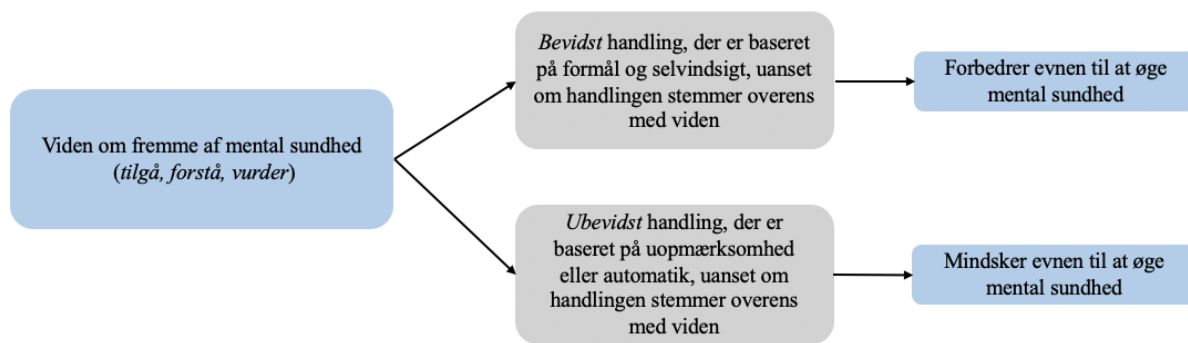
developing competencies designed to improve one's mental health care and self-management capabilities) (Kutcher et al., 2016). Selvom informanterne har en viden om, hvor de kan søge hjælp, har ikke alle informanterne modtaget den fornødne hjælp endnu. To informanter nævner, at de forgæves har forsøgt at få hjælp til psykiske problemer gennem deres praktiserende læge. Den ene informant nævner, at denne nu er på en venteliste til en privatpraktiserende psykolog og at der er en uoverskuelig lang ventetid. Den anden informant fortæller at dennes læge henviste til gratis psykologtimer i kommunen, men idét informanten allerede vidste gennem en tæt relation, at ventetiden her er flere måneder, mistede informanten motivationen og har ikke kontaktet dem. Begge informanter fortæller at det er hårdt og demotiverende og at de samtidigt har vidst fra nære relationer, at der er lang ventetid. Det tyder altså på, at adgangen til psykologhjælp kan være en faktor der har indflydelse på, om de unge søger hjælp, når de faktisk føler at de har behov for at tale med en professionel. At mental sundhedskompetence kan være påvirket af tidligere oplevelser med sundhedssystemet, nævner MacDonald et al. (2020) også. De har udarbejdet et review med 31 studier, der har til formål at undersøge erfaringer med veje til mental sundheds services for unge og deres forældre (MacDonald et al., 2020). Her finder de bl.a. at tidligere negative erfaringer med sundhedssektoren kan medføre at de unge fremover søger hjælp senere end ellers. To informanter nævner desuden, at de synes der bør være hurtig- og gratis psykologhjælp til alle. I Danmark er der faktisk nu gratis psykologhjælp til 18-24 årige, hvis den unge har angst eller depression og har fået en henvisning af praktiserende læge. Det gør dog, at der er rekordlang ventetid på psykologer, hvilket har været stærkt kritiseret i medierne det sidste halve år. I en DR-artikel fra januar 2022 beskrives desuden, at der ved årsskiftet er kommet nye regler, der gør at psykologer kun kan få tilskud til at tage 13 patienter fra målgruppen om året. Samtidigt er unge bevidst omfattet af den gratis ordning og kan derfor ikke få de 60% tilskud til psykologhjælp, som andre kan med henvisning og bliver derfor nødt til at betale uden om henvisningen, hvis de gerne vil have tid hurtigere (Heltborg and Christensen, 2021). Denne omkostning er der mange unge, der ikke har mulighed for. Det der har været tiltænkt en hjælp til unge, kan derfor ende med at gøre situationen værre for dem, fordi der simpelthen ikke er nok midler til at håndtere den store efterspørgsel (Heltborg and Christensen, 2021).

Dette taler igen for, at der er behov for populationsbaserede, sundhedsfremmende initiativer, så det kan forebygges at flere unge søger psykologhjælp, hvilket forhåbentligt kan medføre kortere ventetid for de, der har behov for hjælp (Rose, 1992). Studier viser, at erfaring med psykisk sygdom

øger individers MHL (Jorm, 2019). Disse studier er dog baseret på MHL uden den positive komponent. Alligevel tyder vores resultater på, at samme tendens ses blandt positiv mental sundhed. Tre informanter nævner, at de har søskende, som har været i behandling for en psykisk sygdom, mens de alle var hjemmeboende. Informanterne beskriver, at det har påvirket deres viden om mental sundhed og at det også kan påvirke deres handlinger – de er blevet opmærksomme på, at det er en vigtig prioritering at fokusere på sit mentale helbred.

Opsummerende beskrev alle informanterne en viden om, hvad der kan fremme deres mentale sundhed, men var i begrænset stand til at handle på denne viden. Kva figur 2.1 kommer det til udtryk ved en barriere mellem elementet *vrurder* og *anvend*. Denne barriere kan dels forklares af udefrakommende faktorer og dels af en varierende bevidsthed ved handlingerne, der begge komplicerer de unges handlekompetence. Informanternes handlinger er således karakteriseret ved forskellige grader af bevidsthed, indsigt og formål, der ifølge Dahl et al. (2020) er væsentlige elementer til fremme af mental sundhed.

Vi fandt altså, at det vigtigste ikke var hvorvidt de handlede i overensstemmelse med deres viden, men nærmere hvorvidt de var opmærksomme på deres aktuelle behov og om de foretog bevidste handlinger ud fra disse, hvor særligt formålet var tydeligt for dem. Det betyder også, at det kan være mere mentalt sundhedsfremmende for den unge at blive hjemme fra en træning, selvom den unge ved, at fysisk sundhed fremmer dennes mentale sundhed – så længe valget om at blive hjemme er taget ud fra en bevidst beslutning. På samme måde kan det være mere mentalt sundhedsfremmende, at den unge tager til fest frem for at blive hjemme og lave afleveringer, såfremt dette er baseret på en bevidst beslutning. Gennem vores analyse finder vi altså, at en god sundhedskompetence ikke kommer til udtryk ved at de unge handler på deres viden, men at den unge har en bevidsthed bag den givne handling. Dette er illustreret ved figur 5.1



Figur 5.1) En illustration over betydningen af bevidste- og ubevidste handlinger for mental sundhedsfremme udarbejdet med afsæt i vores analyse

5.2. Diskussion af analysens fund med eksisterende litteratur

Det kan være interessant at diskutere vores fund med de to artikler vi har fundet, der før har undersøgt den første komponent i definitionen af Kutcher et al. (2016), nemlig Bjørnsen et al. (2019) og Kusan (2013).

Bjørnsen et al. (2019) anvender spørgeskemaet MHPK-10 til at undersøge sammenhængen mellem norske unges viden om PMeHL og mental trivsel (Bjørnsen et al., 2019). Forfatterne finder, at viden om mental sundhed er et fundament for fremme af mental sundhed, men ikke et fremmede element i sig selv. Det kræver en aktiv handling (Bjørnsen et al., 2019). Dette finder vi også i vores studie. Selvom de unge har en bred viden om handlinger, som har indflydelse på deres mentale sundhed, formår de ikke altid at handle på denne viden. Her fandt vi, at de unges handlekompetencer særligt er under indflydelse af bevidsthed. Opmærksomhed og bevidsthed på nuet trænes i høj grad gennem mindfulnessbaserede interventioner (Dahl et al., 2020). Netop litteratur om mindfulnessbaserede interventioner peger Kusan (2013) på bør være en del af MHL-begrebet, da disse har til formål at forbedre mental sundhed (Kusan, 2013). Kusan (2013) fandt i 2013, at universitetsstuderendes håndtering af mental sundhed i høj grad baserede sig på metakognitive evalueringer, meningsdannelse og kulturel resonans, hvoraf sidstnævnte referer til at viden om mental sundhed kun anvendes, hvis det opfattes som relevant for den enkelte (Kusan, 2013). At kunne se et formål med sin handling, finder vi også er relevant for informanternes handlinger. Vores fund om, at opmærksomhed, bevidsthed og formål har betydning for unges handlinger, stemmer derved overens med de resultater, som Kusan (2013) finder. På baggrund af hans resultater redefinerer Kusan (2013) MHL til *"the self-generated and acquired knowledge with which people negotiate their mental health"*.

Nærværende studie har undersøgt P-MHL blandt en udvalgt gruppe unge, hvor halvdelen har modtaget undervisning i mindfulness til håndtering af mental sundhed. Vi finder, at mindfulnessdeltagerne har en øget bevidsthed i deres handlinger til at fremme mental sundhed, om end det ud fra studiet ikke kan vurderes, om dette er grundet mindfulnessforløbet.

Desuden finder vi, at et tydeligt formål og indsigt med en given handling øger de unges evne til at handle i overensstemmelse med deres viden. Dette stemmer overens med Kusan (2013) studie, der finder, at metakognitive evalueringer har betydning for fremme af mental sundhed. Dette kan således være en komponent i P-MHL, som bør undersøges nærmere.

5.3. Diskussion af analysens fund til videreudvikling af MHL

5.3.1. Diskussion af vores fund vedr. viden og handlinger

Bröder et al. (2017) inddeler sundhedskompetence hos børn og unge i kognitive-, adfærdsmæssige- og følelsesmæssige dimensioner (Bröder et al., 2017). Disse dimensioner af sundhedskompetence er relevante at diskutere i en sammenstilling af hvilke dimensioner af positiv mental sundhedskompetence, vi har belyst blandt unge. I vores undersøgelse har vi undersøgt hvad unge ved og gør for at fremme mental sundhed. Bröder et al. (2017) beskriver de adfærdsmæssige dimensioner af sundhedskompetence som evne til at kommunikere med andre om egen sundhed, evne til at anvende viden og til træffe beslutninger om egen sundhed samt informationssøgning (Bröder et al., 2017). I denne undersøgelse har vi dermed hovedsageligt undersøgt adfærdsmæssige dimensioner af P-MHL blandt unge. De følelsesmæssige aspekter af sundhedskompetence er i mindre grad blevet belyst i dette studie. Såfremt vi havde spurgt ind til informanternes vurdering af egen mentale sundhed, havde vi fået frembragt aspekter af P-MHL, som relaterer sig de følelsesmæssige dimensioner af unges sundhedskompetence. Endvidere blev heller ikke de kognitive dimensioner belyst (Bröder et al., 2017).

Bjørnsen et al. (2017) nævner, at det er en udfordring at udvikle et mål til at vurdere viden om faktorer, som kan fremme mental sundhed, idét individers forestilling om, hvad der er behov for, for at bibeholde og fremme mental sundhed i høj grad er individuelt (Bjørnsen et al., 2017). I vores undersøgelse af P-MHL blev vi inspireret af Bjørnsen et al. (2017) skala, da vi udformede interviewspørgsmål. Vi lagde særligt vægt på at undersøge de unges handlinger inden for

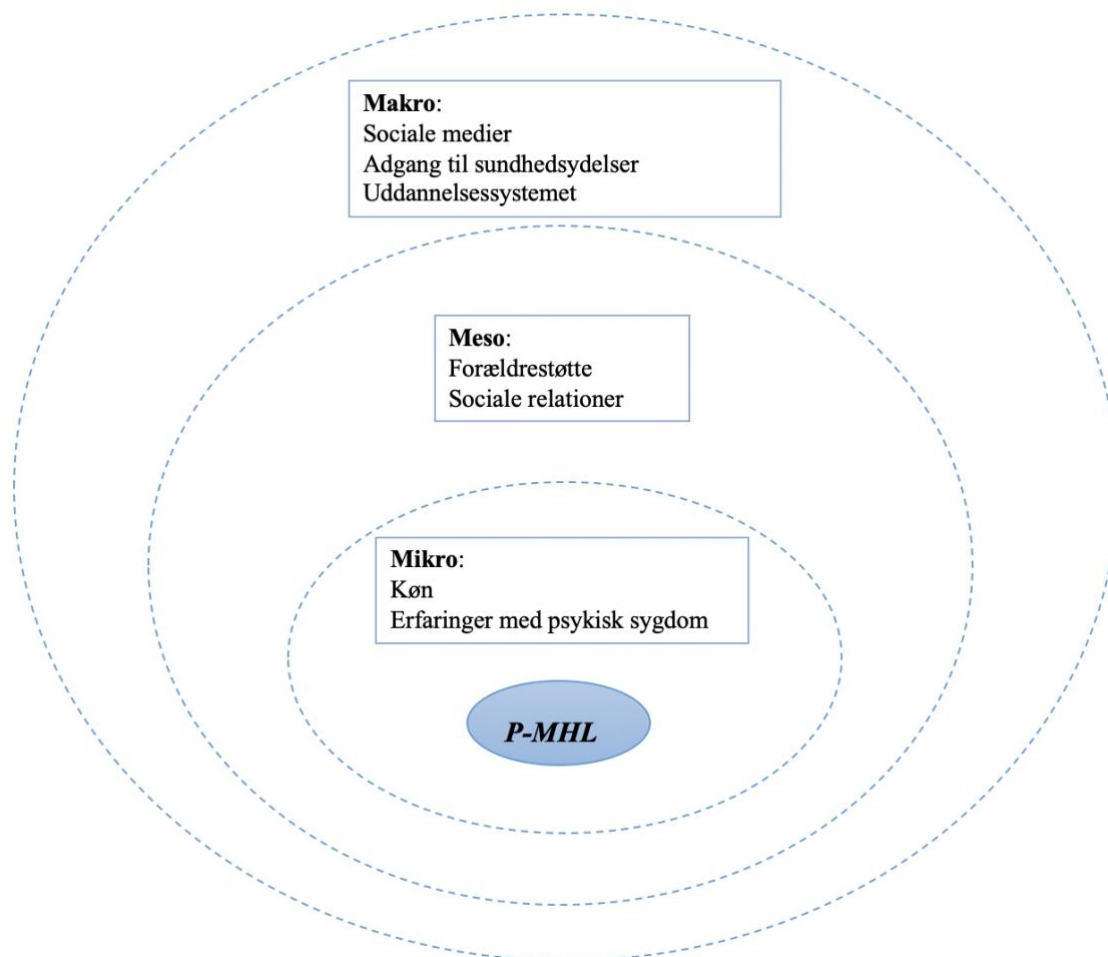
udsagnene ”*handling stressful situations in af good manner*” og ”*mastering your own negative thoughts*”. Dog blev mange af de andre udsagn i Bjørnsens et al. (2017) skala også belyst under interviewene, idet disse områder blev bragt frem af informanterne selv. Særligt blev ”*Experiencing school mastery*” bragt frem som et område, der havde betydning for de unges håndtering af mental sundhed. Dette har øjensynligt at gøre med at vi undersøgte P-MHL blandt gruppe af unge STX-gymnasieelever, hvor evner til at håndtere skolearbejdet har særlig betydning for deres mentale trivsel. Desuden trådte også andre udsagn fra Bjørnsen et al. (2017) skala frem i vores undersøgelse, herunder ”*making decions based on your own will*” og ”*setting limits for your own actions*”, hvilke særligt blev bragt frem af deltagere fra SPDH (Bjørnsen et al., 2017). Dette taler i høj grad ind i Dahl et al. (2020) dimension af mental sundhed, som indebærer betydningen af bevidsthed og formål for fremme af mental sundhed (Dahl et al., 2020).

Området som ”*feeling that you belong in a community*” og ”*feeling valuable regardless of your own actions*” blev i højere grad bragt frem af de unge, som ikke har deltaget i SPDH. Dette indikerer, at de unge i SPDH kan have opnået viden om betydningen af beslutningskompetence igennem mindfulnessforløbet, om end det ikke kan vides, om de har haft denne viden forinden deltagelse i SPDH. I vores undersøgelse finder vi desuden at bevidste handlinger, som er baseret på formål og selvindsigt, har betydning for de unges handlinger i forhold til P-MHL. I Bjørnsen et al. (2017) skala indgår ikke udsagn, som fokuserer på selvindsigt (Bjørnsen et al., 2017). Dette element til håndtering af mental sundhed kan med fordel inddrages i en videreudvikling af måleinstrumentet. Desuden kan fremtidige udvikling af måling af MHL blandt unge, med fordel belyse bevidsthed som en central del af håndtering af P-MHL. Dette eksempelvis ved at tilføje et udsagn i stil med ”*being aware of my own actions*” til MHKP-10.

Bjørnsen et al. (2017) påpeger desuden, at det er vigtigt at overveje, at der kan være forskel mellem unges viden om mental sundhedsfremme og deres evner til at anvende denne viden. Her kan mindfulnessbaseret undervisning være et eksempel på en intervention, som kan træne de unges bevidsthed om egne handlinger. Bjørnsen et al. (2017) nævner desuden, at der er behov for en domænespecifik tilgang til MHL og henviser til den integrerede model af Sørensen et al. (2012) (Bjørnsen et al., 2017; Sørensen et al., 2012). Netop denne model er anvendt i nærværende studie.

5.3.2. Diskussion af vores fund vedr. faktorer

Gennem vores analyse finder vi at flere faktorer kan påvirke informanternes P-MHL og hvordan de agerer på denne. Shulenkorf et al. (2022) og Brüder et al. (2017) peger på, at unge er i en kontekst der gør, at det ikke kun er deres sundhedskompetence, der har indflydelse på om de agerer sundhedsforsvarligt - der er også andre faktorer, der kan influere dette (Bröder et al., 2017; Shulenkorf et al., 2022). Forfatterne af begge reviews henviser til Higgins et al. (2009), der udarbejdede et rammeværk til at identificere faktorer, der kan have indflydelse på unges HL (Higgins et al., 2009; Bröder et al., 2017; Shulenkorf et al., 2022). Dette gør Higgins et al. (2009) ved at relatere Bronfenbrenners socioøkologiske model til HL-begrebet. I modellen inddeles faktorerne i tre niveauer; 1) mikro 2) meso og 3) makro, der beskriver hhv. intrapersonelle-, interpersonelle- og strukturelle faktorer. Figur 5.2 viser hvilke faktorer fra vores analyse der spiller ind på de unges P-MHL fordelt på de tre niveauer.



Figur 5.2) Faktorer på mikro- meso- og makroniveau, der gennem vores undersøgelse identificeres som havende betydning for unges P-MHL.

Illustrationen er udarbejdet med afsæt i Higgins et al. (2009) model over lignende faktorer.

Higgins et al. (2009) undersøger gennem interviews modellen på canadiske unge til at undersøge faktorer, der kan have indflydelse på deres HL (Higgins et al., 2009). Vores resultater er overordnet meget lig Higgins et al. (2009). Af intrapersonelle faktorer finder Higgins et al. (2009), udover køn og erfaringer, at eksempelvis socioøkonomisk status og alder kan have indflydelse, mens de af interpersonelle faktorer fremhæver de samme faktorer, som vi fandt i vores analyse. Af strukturelle faktorer fandt Higgins et al. (2009) særligt at eksisterende politik og medier kan have indflydelse (Higgins et al., 2009). Eksisterende politik inden for sundhedsvæsenet har også vist sig at have indflydelse i vores analyse, idét unge påvirkes af lange ventetider til psykologhjælp, mens sociale medier også har stor indflydelse i vores studie. I yderligere undersøgelser kan det være relevant at undersøge de faktorer, vi ikke har haft mulighed for at belyse gennem vores undersøgelse; eksempelvis hvorvidt socioøkonomisk status og alder har betydning for de unges P-MHL.

6. Diskussion af metode

I dette afsnit vil vi diskutere opgavens interne validitet. Dette inkluderer overvejelser om, hvorvidt opgavens formål undersøges på en troværdig måde samt betydningen af den anvendte metode for vores resultater. Desuden inddrages også en diskussion af, i hvor høj grad vi har formået at lade vores forforståelse træde i baggrunden i dataindsamlingen og analysen (Lindahl and Juhl, 2016). En forskers forforståelse rummer tre elementer, som denne har kendskab til forud for undersøgelsen; 1) teoretiske forestillinger om analyseområdet 2) viden om analyseområdet 3) forestillinger om sammenhænge inden for analyseområdet (Bækgaard et al., 2020).

6.1. Diskussion af vores teoretiske afsæt

Vores undersøgelse har overordnet båret præg af interaktive forskningstilgange, idet vores forskningsspørgsmål, teori og metode har udviklet sig i takt med at vi har fået en større forståelse for vores analyse område (Maxwell, 2012). I denne undersøgelse er det teoretiske afsæt løbende blevet specificeret, hvilket diskuteres i det følgende.

Resultaterne af vores undersøgelse er påvirket af vores teoretiske valg om at belyse P-MHL med udgangspunkt i Sørensen et al. (2012) integrerede model (Sørensen et al., 2012). Vores teoretiske valg har bidraget til udformningen af vores interviewspørgsmål samt til kodningen af vores data. Dermed har vi haft et særligt fokus på de unges viden og handlinger til at håndtere mental sundhed.

Teorien har været relevant, fordi den har givet et særligt blik på informanternes mentale sundhedskompetencer til fremme af mental sundhed. Dertil bidrog teorien til en opmærksomhed på kontekstens betydning for målgruppen jf. Bröder (Bröder et al., 2017). Teorien har også bidraget til at belyse, hvordan informanterne havde viden om fremme af mental sundhed, som de ikke formåede at anvende. Desuden valgte vi at inddrage Dahls dimensioner af mental sundhed, som kan trænes, idet disse kunne forklare, hvorfor eller hvorfor ikke informanterne handlede i overensstemmelse med deres viden (Dahl et al., 2020). Dette teorigreb inddrog vi efter dataindsamling og frembringelsen af resultater, hvilket er et eksempel på opgavens interaktive design (Maxwell, 2012).

Man kan dog også pege på svagheder i vores teoretiske valg. Vores teoretiske valg kan have stået i vejen for en mere empirisk undersøgelse af P-MHL (Høyer, 2019). Kusan (2013) anvender en mere induktiv kodningsproces til undersøgelse af samme emne, hvilket bringer andre aspekter mental sundhedskompetence frem (Kusan, 2013). En sådan tilgang til vores undersøgelse kunne have åbnet op for andre aspekter af unges viden om hvordan mental sundhed håndteres. Desuden har vores teoretiske valg haft begrænsninger i forhold til at adskille informanternes viden om mental sundhed fra deres handlinger til at fremme mental sundhed. Deres viden om, hvad de kan gøre for at håndtere mentale sundhed, var som regel tilsvarende deres beskrivelser af, hvordan de handlede. Dermed var distinktionen mellem viden og handlinger udfordrende, og denne distinktion har derfor beroet på fortolkninger. Dette kan dog også indikere, at informanterne generelt havde gode evner til at anvende deres viden i praksis (Sørensen et al., 2012).

6.2. Diskussion af dataindsamling

6.2.1. Rekruttering af informanter

Rekruttering af informanter er sket gennem formålssampling og er derfor en selekteret gruppe af unge (Flyvbjerg, 2015). Desuden kommer informanterne fra to klasser – fire elever fra én klasse (ikke-SPDH) og fire elever fra én klasse (SPDH). Dette gør at informanterne er en meget homogen gruppe, idet deres viden om mental sundhedsfremme kan være påvirket af deres omgivelser (Higgins et al., 2009). Såfremt vi havde udvalgt informanter gennem en tilfældig udvælgelsesmetode, havde vi i højere grad fået en generel forståelse af unges P-MHL. Dog er vores beslutning om en formålsbestemt rekruttering begrundet ud fra valget om en informationsorienteres

rekruttering og studiets forskningsdesign, idet de to cases (SPDH og ikke-SPDH) forventes at kunne bidrage med et særligt informationsindhold (Flyvbjerg, 2015). Vi fandt ingen væsentlige kønsforskelle i informanternes håndtering af mental sundhed, om end næsten alle informanterne nævnte, at de ser store forskelle i deres omgangskreds. Dette indikerer, at vi har talt med en gruppe af unge, hvor forskellene i kønnenes P-MHL ikke har været så stor. Dette kan refereres tilbage til formålssamlingen, hvorved både drenge og piger er blevet udvalgt ud fra deres evner til at tale om mental sundhed. Dermed kan vores resultaterne være påvirket af, at både drengene og pigerne i vores undersøgelse har haft betydelig viden om håndtering af mental sundhed. En mere tilfældig rekrutteringsmetode havde muligvis bragt større forskelle i kønnenes håndtering af mental sundhed frem.

6.2.2. Det semistrukturerede interview

I det følgende vil udvalgte overvejelser under udarbejdelsen og efterevaluering af interviewguide gennemgås.

En fordel ved det semistrukturerede interview er at det er styret, men at stadigvæk giver mulighed for en høj grad af interaktivitet. Der er en ramme, men der er plads til at udforske det, som informanterne bringer op (Tangaard and Brinkmann, 2015b). Et eksempel på emner, som informanterne bragte frem, var betydningen af sociale medier og forældre støtte for deres håndtering af mental sundhed, hvilket ikke på forhånd var inkluderet i interviewguiden. Den semistrukturerede interviewform har dermed understøttet en undersøgelse af informanternes egne kategorier af emnet frem for vores egne (Dahler-Larsen, 2008). En mere struktureret interviewform, havde ikke på samme måde undersøgt informanternes egne kategorier af emnet.

Under udarbejdelsen var vi opmærksomme på, at vi gerne ville have indblik i informanternes viden om fremme af mental sundhed, og deres evne til at handle på deres viden. Derfor valgte vi eksplicit at spørge ind til de unges handlinger til at fremme deres mentale sundhed, idét vi ved, at det ikke altid er muligt at handle på baggrund af den viden man har (Bjørnsen et al., 2017). Derfor spurgte vi ind til specifikke situationer, hvor informanterne har håndteret deres mentale sundhed. For at gøre dette tydeligt overvejede vi at udarbejde vignetter, som opstillede imaginære scenarier, som de unge kunne sætte sig ind i (Zenas et al., 2020; Jorm et al., 1997). Dog valgte vi at udelade brugen af vignetter, idét vi gerne ville have indsigt i de unges egne oplevelser til håndtering af presede

situationer og på forhånd ikke vidste, hvad sådanne situationer kunne indebære. Desuden overvejede vi om vi skulle lade informanterne kende interviewspørgsmålene på forhånd, idet dette kunne have bidraget til mere velovervejede og bevidste svar om hvad de gjorde for at håndtere deres mentale sundhed (Schulenkorf et al., 2022).

Interviewene foregik over to dage, så det var begrænset hvor meget vi kunne nå at reflektere og justere vores spørgsmål undervejs. De første spørgsmål vedrørende deres forståelse af mental sundhed gik generelt godt. Vi var overordnet overraskede over deres brede viden om mental sundhed, og alle informanterne havde gode og velovervejede beskrivelser af dette, hvilket bidrog til en god start og tryghed ved interviewenes begyndelse. Dog var der nogle af interviewspørgsmålene, som kunne have udformet anderledes.

Spørgsmålet *"Har du tænkt over, at man kan træne sin mentale sundhed på samme måde som man kan træne sin fysiske sundhed?"* var lidt for abstrakt, særligt for de informanter, der ikke havde deltaget i SPDH. Her har vi sandsynligvis været påvirket af *'Dansk Center for Mindfulness'* tilgang til mental sundhed, der arbejder med træning af mental sundhed gennem mindfulnessstræning. Derfor stillede vi specificerende og opfølgende spørgsmål, hvor vi spurgte hvad de generelt gjorde for at passe på sig selv og deres mentale sundhed. Dette har givetvis påvirket vores resultater i en retning hvor vi i højere grad har undersøgt, hvad de godt kan lide at lave frem for hvad de aktivt gør for at fremme deres mentale sundhed. Et alternativt spørgsmål kunne derfor have været *"Hvad tænker du man kan gøre for at forbedre sin mentale sundhed?"*.

Spørgsmålene *"Har du oplevet at føles dig presset/stresset?"* og *"Kan du tænke tilbage på en dag, hvor du følte dig ked af det eller nedtrykt?"* fungerede godt og gav anledning til refleksion over informanternes egne adfærdsmønstre. De var generelt åbne og indstillede på, at følelserne er noget alle mennesker indimellem oplever. Svarene på førstnævnte handlede meget håndtering af presset i skolen. Her kunne vi med fordel have spurgt mere ind til, om der var andet end skolen, som pressede dem. Spørgsmålet virkede desuden en smule irrelevant, fordi alle informanterne intuitivt svarede at gymnasiet jo er presset. Dermed er vores resultater i høj grad belyst deres viden om at håndtere skolepresset snarere end andre aspekter af deres viden om at fremme mental sundhed. Spørgsmålet *"Har du prøvet at søge information om mental sundhed"* virkede malplaceret og kunne have været formuleret anderledes. De fleste sagde nej, og når vi spurgte om, hvor de ville søge information mental sundhed, svarede de fleste tøvende at de ville søge på google. Flere

misforstod også spørgsmålet og besvarede spørgsmålet ud fra, hvad de ville gøre, hvis de fik psykiske problemer, hvor de nævnte, at de ville kontakte en studievejleder eller en læge.

Det vurderes at vores interviewspørgsmål har bidraget med relevant viden om P-MHL gennem uddybende og nuancerede beskrivelser fra informanterne. Det samlede interviewmateriale har altså bidraget med en relevant viden om studiets formål. Dog vides det ikke, hvorvidt informanterne er bevidste om egne handlinger, før vi interviewer dem, eller om de bliver bevidste om dette undervejs. Dette har altså betydning for resultaterne, idet vi kan have overfortolket deres viden om positiv mental kompetence. Desuden kan informanterne have valgt i højere grad at fortælle om positive handlinger, frem for handlinger, der kan have haft negativ indflydelse på deres mental sundhed. Dette kan tilmed have bidraget til, at vi har overfortolket deres viden om positiv mental sundhedskompetence.

Vores fund er baseret på fortolkninger af deres beskrivelser af, hvordan de håndterer mental sundhed. Måske har de ikke været så bevidsthed om egne handlinger, som vi antager og måske er de først blevet bevidste under interviewet. Vi kan desuden have overfortolket SPDH-gruppens positive mentale sundhedskompetencer, fordi vores forståelse antager, at de ved mere om mental sundhedsfremme end den anden gruppe.

6.2.3. Etik

Forud for interviewet gjorde vi os bevidste om, at et interview kan være en intervention i sig selv (Brinkmann, 2015). Derfor kan informanterne have oplevet, at interviewsamtalen har igangsat refleksioner og overvejelser på godt og ondt. Af samme årsag var vi bevidste om at give rum og plads til en afslappet samtale før og efter interviewene, hvor informanterne kunne spørge os om det de ville. Her snakkede vi om løst og fast efter informantens ønske og i få tilfælde om uddybende emner fra interviewet. Samtidigt havde vi sat rigeligt med tid af mellem hvert interview, så informanten kunne komme ud ad døren i eget tempo (Brinkmann, 2015)

I denne opgave har vi valgt at anonymisere informanternes køn, idét vi fandt det mere relevant at tydeliggøre deltagelse i SPDH. Grundet det begrænsede antal informanter fandt vi, at opdeling i både køn og SPDH vil mindske anonymiseringen betydeligt. Desuden fandt vi ikke store kønsforskelle og besluttede os derfor i de enkelte tilfælde at nævne køn, men ikke deltagelse i SPDH. Der er dog enkelte områder, hvor det kunne have været relevant at undersøge forskelle i

både køn- og deltagelse i SPDH. I tilfælde af en større undersøgelse kan dette anbefales. Desuden har vi valgt at anonymisere det specifikke gymnasium og kommunen, hvorpå informanterne går i skole.

6.2.4. Positionering

Positionering er et centralt element i en videnskabelig undersøgelse, da det ikke er muligt at se verden fra et ikke-særligt sted (Hastrup, 2015). Derfor er bevidsthed om egen positionering igennem dataindsamling, analyse og formidling afgørende for undersøgelsens gyldighed. Vores sociale positionering kan have haft betydning for, hvad informanterne valgte at dele. Informanter er ofte mere tilbøjelige til at dele oplevelser med en forsker, som de oplever sympatiserer med deres situation (Berger, 2015). Dertil har vores egen sociale baggrund betydning for, hvordan vi skaber mening i vores fund. Under et af interviewene siger en informant: *"I er jo sådan nogle som går på universitet..."*, hvilket indikerer, at informanten har opfattet os som særligt vidende og akademiske grundet vores rolle som universitetsstuderende. Undervejs i interviewene valgte vi at dele personlige erfaringer, f.eks. om egen mental sundhed, såfremt vi fornemmede, at det kunne bidrage til fortrolighed og dybde i samtalen. Generelt forsøgte vi at være tillidsfulde interviewere, hvor vi viste, at vi havde forståelse for deres erfaringer med at håndtere mental sundhed. Dette betød, at vi ofte trådte ind i omsorgsrolle over for informanterne. Dette har, i nogle tilfælde, begrænset os i at komme i dybden med informanternes fortællinger, så det i højere grad blev til en samtale om deres følelser, snarere end deres handlinger, og hvorfor de agerede, som de gjorde. En mere kritisk interviewrolle kunne med fordel have bidraget til dybere indsigt i informanternes handlinger (Brinkmann and Kvale, 2015). I transskriberingen af interviewene opdagede vi desuden, hvordan vi ofte kom til at afbryde informanterne og færdiggøre deres pointer. Dette viser, at vi indimellem lod os rive med af samtalen, og dermed ikke formåede at lægge vores forforståelse bag os. Hvis informanterne virkede usikre eller havde svært ved at svare på spørgsmålene, forsøgte vi at komme med eksempler på, hvad der kan påvirke mental sundhed, hvilket kan have påvirket informanternes idéer og tanker om hvad positiv mental sundhedsfremme er (Berger, 2015). Ovenstående er eksempler på, hvordan undersøgelsens dataindsamling og fund, har været påvirket af vores positionering.

6.3. Diskussion af metodevalg

Vi overvejede at foretage fokusgruppe- eller dyadinterviews frem for enkeltinterviews (Tangaard and Brinkmann, 2015b; Halkier, 2015). En fordel ved fokusgruppeinterview er muligheden for at observere de sociale interaktioner og italesættelsen af mental sundhed blandt informanterne. Samtidigt kan det give anledning til mere dybdegående samtaler om mental sundhed, idét informanterne vil kunne inspirere hinanden til at huske på metoder til fremme af mental sundhed. Gruppensammensætningen og samtaleemnet har dog stor betydning for hvorvidt fokusgruppeinterviewet er hensigtsmæssigt. Vi var således bevidste om, at vi højst sandsynligt kun ville kunne sammensætte fokusgrupper, hvor informanterne gik på samme gymnasie. Grundet betydningen for at passe ind blandt målgruppen, frygtede vi, at et fokusgruppeinterview ville være påvirket af interne spilleregler og ikke være et åbent, trygt forum. Vi var i den forlængelse nervøse for, at informanterne ville have større tilbøjelighed til at være enig med hinanden for ikke at skille sig ud. Ved dyadinterviewet tages der i højere grad højde for det, da interviewet kun består af to informanter. Denne interviewtype overvejede vi særligt, idét vi var to interviewere og var bevidste om, at dette kunne virke intimiderende. Derfor kan det være betryggende at være to informanter sammen. Der er dog nogle af de samme ulemper som ved fokusgruppeinterview (Tangaard and Brinkmann, 2015b; Halkier, 2015). I bilag 6 ses en oversigt over fordele og ulemper ved interviewtyperne.

Vi valgte at lave enkeltinterviews, da disse bedst kunne bidrage til viden den *enkeltes* forståelse af mental sundhed og erfaringer med at fremme mental sundhed uden eventuel påvirkning af andre. Et andet argument er også at MHL er under konceptual forvirring og ikke er retsvisende til at beskrive mental sundhed kva Sundhedsstyrelsens definition - her kan interviews netop bidrage til nye aspekter og teoriudvikling (Tangaard and Brinkmann, 2015b; Sundhedsstyrelsen, 2018)

7. Konklusion

Gennem vores analyse finder vi, at gymnasieeleverne har en bred viden om, hvad der kan fremme deres egen mentale sundhed. Gymnasieelevernes handlinger stemmer dog ikke altid overens med deres viden om, hvordan man kan fremme mental sundhed. Dette er dog ikke nødvendigvis grundet

dårlig sundhedskompetence hos den enkelte, men kan være grundet en bevidst prioritering af adfærd. Vi finder, at hvorvidt gymnasieeleven handler på sin viden om sundhedsfremme ikke i sig selv fremmer mental sundhed, men nærmere den unges bevidsthedsniveau i handlingen. Vores undersøgelse viser, at unge der udfører bevidste handlinger, uanset om handlingen stemmer overens med deres viden om mental sundhedsfremme eller ej, i højere grad formår at håndtere deres mentale sundhed. Gennem vores analyse fandt vi dels at gymnasieelever, der har deltaget i interventionsstudiet '*Styr på det hele*' havde en øget opmærksomhed på betydningen af deres tanker i relation til at fremme deres mentale sundhed og dels, at de i højere grad udførte bevidste handlinger. Desuden identificerede vi faktorer på mikro-, meso- og makroniveau, der kan påvirke gymnasieelevernes viden og handlinger til fremme af mental sundhed. Der bør være større fokus på populationsbaserede mental sundhedsfremmende interventioner i Danmark, der kan bidrage til at få vendt den nedadgående kurve for unges mentale sundhed. Disse interventioner bør indeholde konkrete redskaber til, hvordan mental sundhed kan fremmes. Dette er særligt relevant, da viden om mental sundhed ikke i sig selv fremmer god mental sundhed. Relevante redskaber kan være øget opmærksomhed og bevidsthed i hverdagen, hvilket kan trænes gennem mindfulnessbaserede interventioner, såsom mindfulnessbaseret stressreduktion.

8. Perspektivering

Der bør prioriteres populationsbaserede, mental sundhedsfremmende interventioner blandt unge i Danmark. *ABC- for mental sundhed* har taget et vigtigt skridt mod at sætte fokus på mental sundhedsfremme og dette initiativ bør midlertidigt følges op med udvikling af konkrete interventioner.

Sådanne konkrete interventioner kan med fordel tages udgangspunkt i mental sundhedskompetence. På baggrund af vores analyse og eksisterende litteratur anbefaler vi, at positiv mental sundhedskompetence (P-MHL) bliver en større del af begrebet *Mental Health Literacy*. Derudover anbefaler vi, at begrebet videreudvikles med udgangspunkt i Sørensen et al. (2012) integrerede model, hvorved ikke blot viden om mental sundhedsfremme, men også unges faktiske handlinger belyses. Her vil det være relevant at inddrage bevidsthed som et korelement. Grundet den sociale kontekst unge befinder sig i, der gør at de hverken har fuld autonomi eller handlemuligheder, vil det desuden være relevant at inddrage kontekstuelle faktorer, når unges mentale sundhedskompetence belyses. Der bør sættes særligt fokus på systematisk,

sundhedsfremmende interventioner, der kan have positiv indflydelse på unges P-MHL. Her kan mindfulness-teorier være et konkret eksempel, der bør undersøges nærmere.

9. Referenceliste

- Beck MS, Juul L, Frydenberg M, et al. (Unpublished) On Top of Everything. A Study Protocol for a Cluster-Randomised Controlled Trial Testing a Teacher Training Programme to Teach Mindfulness Among Students in Danish Upper Secondary Schools and Schools of Health and Social Care.
- Berger R (2015) Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative research : QR* 15(2): 219-234.
- Bjørnsen HN, Eilertsen MEB, Ringdal R, et al. (2017) Positive mental health literacy: development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC public health* 17(1): 717-717.
- Bjørnsen HN, Espnes GA, Eilertsen M-EB, et al. (2019) The Relationship Between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *The Journal of school nursing* 35(2): 107-116.
- Brinkmann S (2015) Etik i en kvalitativ verden In: Brinkmann S and Tanggaard L (eds) *Kvalitative metoder - en grundbog*. Letland: Hans Reitzels Forlag, pp.463-479.
- Brinkmann S and Kvale S (2015) *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. Hans Reitzels Forlag.
- Bröder J, Okan O, Bauer U, et al. (2017) Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC public health* 17(1): 361-361.
- Bækgaard M, Elklit J, Harrits GS, et al. (2020) *Metoder i statskundskab*. Hans Reitzels Forlag.
- Creswell JW (2013) Five different qualitative studies. *Qualitative inquiry and reserach design: choosing among five approaches*. California: SAGE Publications, pp.111-128.
- Dahl CJ, Wilson-Mendenhall CD and Davidson RJ (2020) The plasticity of well-being: A training-based framework for the cultivation of human flourishing. *Proceedings of the National Academy of Sciences - PNAS* 117(51): 32197-32206.
- Dahler-Larsen P (2008) Kvalitetskriterier i kvalitative undersøgelser. *At fremstille kvalitative data*. Syddansk Universitetsforlag, pp.69-81.
- Dunning DL, Griffiths K, Kuyken W, et al. (2019) Research Review: The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in children and adolescents – a meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of child psychology and psychiatry* 60(3): 244-258.
- Fjorback LO, Rasmussen BH and Preuss T (2013) God effekt af mindfulness ved symptomer på stress, angst og depression. *Ugeskrift for læger* 1: 1-6.
- Flyvbjerg B (2015) Fem misforståelser om casestudiet. In: Brinkmann S and Tangaard L (eds) *Kvalitative metoder - en grundbog*. Letland: Hans Retizels Forlag, pp.497-520.
- Freţian AM, Graf P, Kirchhoff S, et al. (2021) The Long-Term Effectiveness of Interventions Addressing Mental Health Literacy and Stigma of Mental Illness in Children and Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of public health* 66: 1604072-1604072.
- Halkier B (2015) Fokusgrupper. In: Brinkmann S and Tangaard L (eds) *Kvalitative metoder - en grundbog*. Hans Reitzels Forlag, pp.137-152.
- Hastrup K (2015) Feltarbejde. In: Brinkmann S and Tangaard L (eds) *Kvalitative metoder - en grundbog*. Letland: Hans Reitzels Forlag, pp.55-80.

- Heltborg AP and Christensen AE (2021) *Unge bliver afvist på stribe: Psykologer må ikke tage flere ind*. Available at: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/unge-bliver-afvist-paa-stribe-psykologer-maa-ikke-tage-flere-ind-0> (accessed 25.05.2022).
- Higgins JW, Begoray D and MacDonald M (2009) A Social Ecological Conceptual Framework for Understanding Adolescent Health Literacy in the Health Education Classroom. *American journal of community psychology* 44(3-4): 350-362.
- Hørmann E (2015) Litteratursøgning. In: Glasdam S (ed) *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, pp.37-52.
- Høyer K (2019) Hvad er teori, og hvordan forholder teori sig till metode? In: Toft M (ed) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Slovenien.
- Jacobsen B, Tanggard L and Brinkmann S (2015a) Fænomenologi. In: Brinkmann S and Tanggard L (eds) *Kvalitative metoder - en grundbog*. Letland: Hans Reitzels Forlag, pp.217-238.
- Jacobsen MH, Lippert-Rasmussen K and Nedergaard P (2015b) *Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning*. Hans Reitzels Forlag.
- Jorm AF (2000) Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British journal of psychiatry* 177(5): 396-401.
- Jorm AF (2012) Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *The American psychologist* 67(3): 231-243.
- Jorm AF (2019) *Internationalsal handbook of health literacy - Research, practice and policy across the lifespan*. Bristol: Policy Press.
- Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, et al. (1997) "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical journal of Australia* 166(4): 182-186.
- Khoury B, Sharma M, Rush SE, et al. (2015) Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research* 78(6): 519-528.
- Koning MJMd, Meyer B and Moors ACAE (2019) Guidelines for anthropological research: Data management, ethics, and integrity. *Ethnography* 20(2): 170-174.
- Kusan S (2013) Dialectics of Mind, Body, and Place: Groundwork for a Theory of Mental Health Literacy. *SAGE open* 3(4): 215824401351213.
- Kutcher S, Bagnell A and Wei Y (2015) Mental health literacy in secondary schools: a Canadian approach. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 24(2): 233-244.
- Kutcher S, Wei Y and Coniglio C (2016) Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian journal of psychiatry* 61(3): 154-158.
- Lee HY, Hwang J, Ball JG, et al. (2020) Mental Health Literacy Affects Mental Health Attitude: Is There a Gender Difference? *American journal of health behavior* 44(3): 282-291.
- Lindahl M and Juhl C (2016) Opgavens indhold. In: Toft M (ed) *Den sundhedsvidenskabelige opgave*. København: Munksgaard.
- Liu C, Wang D, Liu C, et al. (2020) What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family medicine and community health* 8(2): e000351.
- MacDonald K, Ferrari M, Fainman-Adelman N, et al. (2020) Experiences of pathways to mental health services for young people and their carers: a qualitative meta-synthesis review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 56(3): 339-361.
- Malterud K (2012) Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*. 778-805.
- Malterud K (2017) Tolkning som levende process. *Kvalitative metoder i medicinsk forskning - En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Mansfield R, Patalay P and Humphrey N (2020) A systematic literature review of existing conceptualisation and measurement of mental health literacy in adolescent research: current challenges and inconsistencies. *BMC public health* 20(1): 607-607.
- Maxwell JA (2012) A Model for Qualitative Reserach Design. *Qualitative Research Design - An Interactive Approach*. Sage Publications Inc, pp.1-21.
- Meilstrup C. B., Nielsen L., Nelausen M. K., et al. (2021) ABC for mental sundhed – Mental sundhedsfremme for alle. Reportno. Report Number|, Date. Place Published|: Institution|.
- Milner A, Shields M and King T (2019) The Influence of Masculine Norms and Mental Health on Health Literacy Among Men: Evidence From the Ten to Men Study. *American journal of men's health* 13(5): 1557988319873532-1557988319873532.
- Mårtensson L and Hensing G (2012) Health literacy - a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian journal of caring sciences* 26(1): 151-160.
- Navne LE and Segal LB (2018) Antropologens etiske arbejde: Om at udøve etnografisk diplomati. In: Kjølby A (ed) *Antropologiske projekter - En grundbog*. Polen, pp.39-53.
- Nobre J, Oliveira AP, Monteiro F, et al. (2021) Promotion of Mental Health Literacy in Adolescents: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health* 18(18): 9500.
- Oliver DG, Serovich JM and Mason TL (2005) Constraints and Opportunities with Interview Transcription: Towards Reflection in Qualitative Research. *Social forces* 84(2): 1273-1289.
- Patafio B, Miller P, Baldwin R, et al. (2021) A systematic mapping review of interventions to improve adolescent mental health literacy, attitudes and behaviours. *Early intervention in psychiatry* 15(6): 1470-1501.
- Patel V, Saxena S, Lund C, et al. (2018) The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet (British edition)* 392(10157): 1553-1598.
- Patel VD, Flisher AJP, Hetrick SMA, et al. (2007) Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet (British edition)* 369(9569): 1302-1313.
- Psykiatrifonden (2021) Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark. Reportno. Report Number|, Date. Place Published|: Institution|.
- Reis AC, Saheb R, Moyo T, et al. (2021) The Impact of Mental Health Literacy Training Programs on the Mental Health Literacy of University Students: a Systematic Review. *Prevention science* 23(4): 648-662.
- Reyes V (2020) Ethnographic toolkit: Strategic positionality and researchers' visible and invisible tools in field research. *Ethnography* 21(2): 220-240.
- Rice SM, Purcell R and McGorry PD (2018) Adolescent and Young Adult Male Mental Health: Transforming System Failures Into Proactive Models of Engagement. *Journal of adolescent health* 62(3): S9-S17.
- Rose G (1992) *The strategy of preventive medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Ross SG, Bruggeman B, Maldonado M, et al. (2020) Examining Personal, Perceived, Treatment, and Self-Stigma in College Students: The Role of Parent Beliefs and Mental Health Literacy. *Journal of college student psychotherapy* 34(3): 183-197.
- Rubow C (2003) Interviewet som deltagerobservation. In: Hastrup K (ed) *Ind i Verden - en grundbog i antropologisk metode*. Hans Reitzel, pp.227-243.
- Schulenkorf T, Sørensen K and Okan O (2022) International Understandings of Health Literacy in Childhood and Adolescence-A Qualitative-Explorative Analysis of Global Expert Interviews. *International journal of environmental research and public health* 19(3): 1591.
- Sundhedsstyrelsen (2009) Health Literacy; begrebet, konsekvenser og mulige interventioner.
- Sundhedsstyrelsen (2010) Den Nationale Sundhedsprofil - Hvordan har du det?
- Sundhedsstyrelsen (2014) Den Nationale Sundhedsprofil - Hvordan har du det?

- Sundhedsstyrelsen (2017) Den Nationale Sundhedsprofil - Hvordan har du det?
- Sundhedsstyrelsen (2018) Mental sundhed - Forebyggelsespakke.
- Sundhedsstyrelsen (2021) Den Nationale Sundhedsprofil - Hvordan har du det?
- Sundhedsstyrelsen (2022) Fagligt oplæg til 10-årsplan - Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser.
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health* 12(1): 80
- Tangaard L and Brinkmann S (2015a) Formidling af kvalitativ forskning. *Kvalitative metoder - en grundbog*. Letland: Hanz Reitzels Forlag, pp.533-544.
- Tangaard L and Brinkmann S (2015b) Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. In: Brinkmann S and Tangaard L (eds) *Kvalitative metoder - en grundbog*. Letland: Hans Retizels Forlag, pp.19-53.
- van Agteren J, Iasiello M, Lo L, et al. (2021) A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing. *Nature human behaviour* 5(5): 631-652.
- Wei Y, McGrath PJ, Hayden J, et al. (2015) Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: a scoping review. *BMC psychiatry* 15(1): 291-291.
- World Health Organization (2013) Health Literacy - The solid facts.
- Yin RK (2014) Designing case studies. *Case study reserach: design and methods*. California: SAGE Publications.
- Zenas D, Nielsen MG, Fonager K, et al. (2020) Assessing mental health literacy among Danish adolescents - development and validation of a multifaceted assessment tool (the Danish MeHLA questionnaire). *Psychiatry research* 293: 113373-113373.

Bilag

(1) Spørgeskema udarbejdet af Bjørnsen et al. (2017)

WHAT IS IMPORTANT FOR GOOD MENTAL HEALTH?

Here are 10 statements about things that can be important for good mental health.

On the scale from 1 to 5, how correct is each statement?

	Completely wrong 1	Slightly wrong 2	Neither /nor 3	Slightly correct 4	Completely correct 5	Don't know 0
1. Handling stressful situations in a good manner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Believing in yourself.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Having good sleep routines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Making decisions based on your own will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Setting limits for your own actions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Feeling that you belong in a community	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mastering your own negative thoughts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Setting limits for what is OK for you	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Feeling valuable regardless of your own accomplishments.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Experiencing school mastery.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(2) Søgninger ved systematisk litteratursøgning

Mental sundhed	Viden og handlinger	Filtre
(M.E("Mental Health") OR M.E("Emotional Health") OR M.E("Perceived Stress") OR ME("Stress and Coping Measures") OR M.E("Psychological Stress"))	(M.E("Health Literacy") OR M.E("Self-Care Skills") OR M.E("Health Knowledge") OR M.E("Coping Behavior") OR M.E("Empowerment") OR M.E("Health Awareness"))	English Litteature review / systematisk review Adolescents/ Young adulthood

Figur 1) Vores første systematiske litteratursøgning i PsycInfo
 M.E = MAINSUBJECT.EXACT, Adolescent = 13-17 år, Young Adulthood = 18-29 år
 Bemærk at filtrene er tilføjet efter søgningen.

Mental sundhed	Viden og handlinger	Filtre
("Mental health"[TI])	("Health Literacy"[TI]) OR ("Knowledge"[TI]) AND (("Practice"[TI]) OR ("Training"[TI])))	(english[Filter]) AND (2019:2022[pdat])

Figur 2) Vores anden systematiske litteratursøgning i PubMed
 TI= titel

Mental sundhed	Viden og handlinger	Filtre
ti(mental health)	ti(health literacy) OR ti(knowledge) AND (ti(practice) OR ti(training))	English 01.01.2019 - 21.02.2022

Figur 3) Vores anden systematiske litteratursøgning i PsycInfo
 ti= titel. Bemærk at filtrene er tilføjet efter søgningen

(3) Interviewguide

Interviewspørgsmål	Område
<ul style="list-style-type: none"> - Optagelse, anonymitet og roller - Hvem er vi? <ul style="list-style-type: none"> o Navn, alder, bopæl, AU - Introduktion og formål med interviewet <ul style="list-style-type: none"> o Interesseret i unges viden om mental sundhed o Der er ikke noget rigtigt eller forkert, vi er interesseret i dine oplevelser og beskrivelser 	<p><i>Introduktion og samtykke</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> - Alder, navn, klassetrin? - Har du deltaget i ‘<i>Styr på det hele?</i>’ - Har du nogen spørgsmål inden vi går i gang? <p><i>Du skal altid spørge om vi kan uddybe spørgsmålene, hvis der er noget du er i tvivl om. Hvis der er noget, du ikke har lyst til at svare på, så skal du selvfølgelig også bare sige det, så går vi videre til næste spørgsmål.</i></p>	<p><i>Generelt</i></p>
Forståelse af mental sundhed	
<p><i>Vi skal jo snakke lidt om mental sundhed i dag...</i></p> <p>Har du hørt om mental sundhed før?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hvis ja: Hvad har du hørt om det? o Hvis nej: Hvis du lige tager et øjeblik og tænker over det, hvad vil du så mene mental sundhed handler om? <p>Hvordan vil du forklare, hvad mental sundhed er?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hvilke ord vil du bruge til at beskrive mental sundhed? o Kan du komme med et eksempel på, hvornår du føler du har god mental sundhed? o Vil du mene, at man kan have god mental sundhed, selvom man har en dårlig dag? <p>Oplever du, at unge er opmærksomme på deres mentale sundhed?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hvordan/ hvorfor ikke? 	<p><i>Viden om mental sundhed overordnet</i></p>

Viden om og erfaringer med mental sundhedsfremme	
<ul style="list-style-type: none"> - Tænker du over din mentale sundhed i din hverdag? <ul style="list-style-type: none"> o Hvilke tanker gør du dig? - Hvad tror du har betydning for din egen/unges mentale sundhed? <ul style="list-style-type: none"> o Hvorfor har dette betydning? o Tænker du f.eks. at fællesskaber, overskud, karakterer har betydning? - Har du tænkt over, at man kan træne sin mentale sundhed? Lige som at man træner sin fysiske sundhed. <ul style="list-style-type: none"> o Ja: Hvad tænker du, at man kan gøre? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Har du selv erfaringer med at træne mental sundhed? o Nej: Hvis du lige sidder et øjeblik og tænker over det, hvad tænker du så at man kan gøre? - Har du lyst til at fortælle om, hvad du generelt gør for at have det godt og passe på dig selv? <ul style="list-style-type: none"> o F.eks. hvad du gør, når du skal slappe af? o F.eks. hvad du gør for at få energi i din hverdag 	<p><i>Er de bevidste om hvilke determinanter i deres hverdag, som påvirker deres mentale sundhed?</i></p>
<p><i>Nu kommer der lige to spørgsmål, der minder lidt om hinanden. Det ene handler om det at føle sig presset/stresset og det andet handler om at føle sig nedtrykt.</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Har du oplevet at føle dig presset / stresset i en periode? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kan du tænke tilbage på en periode, hvor du følte dig presset/stresset? o Hvordan håndterede du det? o Oplevede du, at det du gjorde, hjalp dig til at få det bedre? Kunne du have gjort noget andet? o Talte du med venner eller familie om det? o Gør du noget for at passe på dig selv, når du føler dig presset? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvordan gør du det? ▪ Er der nogle aktiviteter som du gør, som hjælper dig til at være mindre stresset/mere afslappet? 	<p><i>Hvilke erfaringer har de med at tage hånd om deres mentale sundhed?</i></p>
<p><i>Alle kan indimellem have dårlige dage, hvor man føler sig nedtrykt, ked af det eller har negative tanker om sig selv eller livet...</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Kan du tænke tilbage på en dag/dage, hvor du følte dig ked af det eller nedtrykt? 	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan håndterede du det? ○ Oplevede du, at det du gjorde, hjalp dig til at få det bedre? Kunne du have gjort noget anderledes? ○ Talte du med venner eller familie om det? ○ Gør du noget for at passe på dig selv, når du føler dig ked af det/nedtrykt? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hvordan gør du det? <p>- Har du prøvet at bekymre dig om dit eget mentale helbred? Har du prøvet at bekymre dig om andres mentale helbred?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvis du ser, at din ven/veninde har det svært – f.eks. oplever negative tanker og stress – hvad vil du så foreslå hende/ham at gøre? 	
<p>Informationer om mental sundhed</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Har du prøvet at søge information om mental sundhed? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvad ville du gøre, hvis du gerne vil vide mere om mental sundhed? ○ Har du søgt viden hos venner/familie/andre om det? - Synes du, at der bør være mere fokus på mental sundhed, f.eks. på gymnasiet? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvilke idéer/forslag har du til initiativer som kan fremme mental sundhed på dit gymnasie? 	<p><i>Erfaringer med at søge viden om mental sundhed / behov for mere viden</i></p>
<p>Til deltagerne i 'Styr på det hele'</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Hvordan har det været at deltage i <i>Styr på det hele</i>? - Hvad tager du særligt med efter projektet? - Har din viden om mental sundhed ændret sig? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvordan? - Ville du anbefale mindfulness til dine venner og familie? <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvorfor / hvorfor ikke? 	

Afrunding	
<p><i>Nu er vi ved at være ved vejs ende, og det har været spændende at tale med dig... Til sidst vil vi gerne spørge dig, om du har haft psykisk sygdom inde på livet, enten dig selv eller tætte? Vi spørger, fordi psykisk sygdom påvirker rigtig mange mennesker og hvis man selv eller nogen man kender, har haft en psykisk sygdom, vil man ofte vide mere om mental sundhed.</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Har du haft psykisk sygdom inde på livet, enten dig selv eller tætte relationer?- Har du nogle spørgsmål eller flere kommentarer? <p><i>Nu har vi siddet og talt om nogle emner, som kan sætte nogle tanker i gang... Hvis du oplever at have brug for at tale med nogen om interviewet....</i></p>	

(4) Samtykkeerklæring

Samtykke til forældremyndighedens indehaver til behandling af dit barns personoplysninger

Dataansvarlig studerende: *Ida Amalie Richardson & Mette Louise Petersen*

Titel på speciale: *Gymnasieelevers forståelse af mental sundhed og erfaringer med at træne dette*

Vejleder på speciale: *Lise Juul*

Beskrivelse af projektet, herunder formålet med databehandlingen:

Et stigende antal unge oplever i dag at være stressede og pressede i hverdagen og flere og flere vurderer selv, at de har lav mental trivsel. Mental sundhed kan, ligesom fysisk sundhed, trænes og dette kan øge den enkeltes mentale helbred.

Dette speciale har til formål at undersøge unges forståelse af mental sundhed og erfaringer med at træne dette. Vi er derfor interesseret i at få en indsigt i, hvordan unge oplever og handler i pressede situationer. Samtalerne vil danne grund for en videre analyse om unges forståelse af og erfaringer med træning af mental sundhed. Specialet er udarbejdet i samarbejde med Dansk Center for Mindfulness.

Følgende personoplysninger behandles: navn, køn, alder og enkelte helbredsoplysninger.

Alle personoplysninger anonymiseres og behandles i overensstemmelse med gældende GDPR-regler.

Jeg giver hermed samtykke til at ovennævnte studerende må behandle oplysninger om mit barn i forbindelse med sin uddannelse på Aarhus Universitet. Mit barns personoplysninger vil indgå i ovennævnte speciale. Jeg giver samtykke til, at:

- mit barns oplysninger må behandles i specialet
- mit barns oplysninger må videregives til en eller flere studerende, som skriver specialet i fællesskab. De studerende har fælles dataansvar
- mit barns oplysninger må videregives til Aarhus Universitet og til en eventuel ekstern censor i forbindelse med vejledning og bedømmelse
- mit barns oplysninger må offentliggøres i anonymiseret form i forbindelse med offentliggørelse specialet.

Jeg bekræfter at have modtaget, læst og forstået ovenstående, som baggrund for mit samtykke til behandling af mit barns personoplysninger:

Dato:

Barnets navn:

Forældremyndighedsindehaver navn:

Forældremyndighedsindehavers underskrift:

Samtykket kan til enhver tid trækkes tilbage med virkning for fremtiden. Dette sker via henvendelse til Mette Louise Petersen på mail:

201605475@post.au.dk

Information til den registrerede

Efter reglerne i persondataforordningen skal den studerende som dataansvarlig informere de registrerede personer om deres rettigheder i forbindelse med behandlingen af oplysningerne. Den studerende registrerer og behandler personoplysninger med hjemmel persondataforordningens artikel 6, stk. 1, litra a). Følsomme data, dvs. helbredsdata eller data om race eller etnisk oprindelse, politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning eller fagforeningsmæssigt tilhørsforhold registreres og behandles med hjemmel i persondataforordningens artikel 9, stk. 2, litra a). Begge regler giver adgang til at behandle oplysninger, når den registrerede har givet udtrykkeligt samtykke.

Behandling og opbevaring

Den studerende behandler personoplysningerne fortroligt. Oplysningerne vil blive opbevaret indtil specialet er bedømt og klagefristen i forbindelse med bedømmelsen er udløbet.

Videregivelse af oplysninger

Oplysningerne vil ikke blive videregivet til andre medmindre der er givet samtykke hertil.

Dataindsigt

Registrerede personer kan når som helst rette henvendelse til den studerende med henblik på at få kopi af oplysningerne.

Berigtigelse af oplysninger

Hvis den registrerede person mener, at der er registreret forkerte oplysninger, kan man bede den studerende om at berigtige oplysningerne. Det vil sige, at den studerende retter oplysningerne eller noterer, at oplysningerne er forkerte og registrerer de rigtige oplysninger. Den registrerede person har krav på, at den studerende ser bort fra oplysningerne indtil det er afgjort, hvilke oplysninger, der er rigtige.

Tilbagekaldelse af samtykke og sletning af oplysninger

Hvis den studerende har indhentet et samtykke fra den registrerede person til at behandle oplysningerne, vil den registrerede til enhver tid kunne tilbagekalde samtykket. Den studerende kan derfor ikke fortsætte med at behandle oplysningerne efter samtykket er trukket tilbage.

Den registrerede har ret til at få slettet oplysninger, som den studerende har registreret om den pågældende, hvis oplysningerne ikke længere er nødvendige til det formål de blev indsamlet til. Oplysningerne skal også slettes, hvis den registrerede tilbagekalder samtykket til behandlingen eller hvis oplysningerne ved en fejl er blevet behandlet ulovligt. Den registrerede har ikke krav på sletning af oplysninger, som er arkiverede efter arkivlovens regler i universitetets arkivsystem.

Klage til Datatilsynet

Registrerede personer kan klage over behandlingen af oplysningerne til Datatilsynet dt@datatilsynet.dk

Samtykke til behandling af personoplysninger

Dataansvarlig studerende: *Ida Amalie Richardson & Mette Louise Petersen*

Titel på speciale: *Gymnasieelevers forståelse af mental sundhed og erfaringer med at træne dette*

Vejleder på speciale: *Lise Juul*

Beskrivelse af projektet, herunder formålet med databehandlingen:

Et stigende antal unge oplever i dag at være stressede og pressede i hverdagen og flere og flere vurderer selv, at de har lav mental trivsel. Mental sundhed kan, ligesom fysisk sundhed, trænes og dette kan øge den enkeltes mentale helbred.

Dette speciale har til formål at undersøge unges forståelse af mental sundhed og erfaringer med at træne dette. Vi er derfor interesseret i at få en indsigt i, hvordan unge oplever og handler i pressede situationer. Samtalerne vil danne grund for en videre analyse om unges forståelse af og erfaringer med træning af mental sundhed. Specialet udarbejdes i samarbejde med Dansk Center for Mindfulness.

Følgende personoplysninger behandles: navn, køn, alder og enkelte helbredsoplysninger.

Alle personoplysninger anonymiseres og behandles i overensstemmelse med gældende GDPR-regler.

Jeg giver hermed samtykke til at ovennævnte studerende må behandle oplysninger om mig i forbindelse med sin uddannelse på Aarhus Universitet. Mine personoplysninger vil indgå i ovennævnte speciale. Jeg giver samtykke til, at:

- mine oplysninger må behandles i specialet
- mine oplysninger må videregives til en eller flere studerende, som skriver specialet i fællesskab. De studerende har fælles dataansvar
- mine oplysninger må videregives til Aarhus Universitet og til en eventuel ekstern censor i forbindelse med vejledning og bedømmelse
- mine oplysninger må offentliggøres i anonymiseret form i forbindelse med offentliggørelse specialet

Jeg bekræfter at have modtaget, læst og forstået ovenstående, som baggrund for mit samtykke til behandling af mine personoplysninger:

Dato:

Navn:

Underskrift:

Samtykket kan til enhver tid trækkes tilbage med virkning for fremtiden. Dette sker via henvendelse til Mette Louise Petersen på mail:

201605475@post.au.dk

Information til den registrerede

Efter reglerne i persondataforordningen skal den studerende som dataansvarlig informere de registrerede personer om deres rettigheder i forbindelse med behandlingen af oplysningerne. Den studerende registrerer og behandler personoplysninger med hjemmel persondataforordningens artikel 6, stk. 1, litra a). Følsomme data, dvs. helbredsdata eller data om race eller etnisk oprindelse, politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning eller fagforeningsmæssigt tilhørsforhold registreres og behandles med hjemmel i persondataforordningens artikel 9, stk. 2, litra a). Begge regler giver adgang til at behandle oplysninger, når den registrerede har givet udtrykkeligt samtykke.

Behandling og opbevaring

Den studerende behandler personoplysningerne fortroligt. Oplysningerne vil blive opbevaret indtil specialet er bedømt og klagefristen i forbindelse med bedømmelsen er udløbet.

Videregivelse af oplysninger

Oplysningerne vil ikke blive videregivet til andre medmindre der er givet samtykke hertil.

Dataindsigt

Registrerede personer kan når som helst rette henvendelse til den studerende med henblik på at få kopi af oplysningerne.

Berigtigelse af oplysninger

Hvis den registrerede person mener, at der er registreret forkerte oplysninger, kan man bede den studerende om at berigtige oplysningerne. Det vil sige, at den studerende retter oplysningerne eller noterer, at oplysningerne er forkerte og registrerer de rigtige oplysninger. Den registrerede person har krav på, at den studerende ser bort fra oplysningerne indtil det er afgjort, hvilke oplysninger, der er rigtige.

Tilbagekaldelse af samtykke og sletning af oplysninger

Hvis den studerende har indhentet et samtykke fra den registrerede person til at behandle oplysningerne, vil den registrerede til enhver tid kunne tilbagekalde samtykket. Den studerende kan derfor ikke fortsætte med at behandle oplysningerne efter samtykket er trukket tilbage.

Den registrerede har ret til at få slettet oplysninger, som den studerende har registreret om den pågældende, hvis oplysningerne ikke længere er nødvendige til det formål de blev indsamlet til. Oplysningerne skal også slettes, hvis den registrerede tilbagekalder samtykket til behandlingen eller hvis oplysningerne ved en fejl er blevet behandlet ulovligt. Den registrerede har ikke krav på sletning af oplysninger, som er arkiverede efter arkivlovens regler i universitetets arkivsystem.

Klage til Datatilsynet

Registrerede personer kan klage over behandlingen af oplysningerne til Datatilsynet dt@datatilsynet.dk

(5) Display

Følgende to tabeller giver et overblik over kodningen. Den første tabel viser et display over beslutningsvejen i vores analyse, mens den anden tabel viser subkoder med dertilhørende understøttende citater. Temaerne (fra trin 1 i STK) er farvekodet, således:

Viden om mental sundhed er orange.

Viden om mental sundhedsfremme er gul

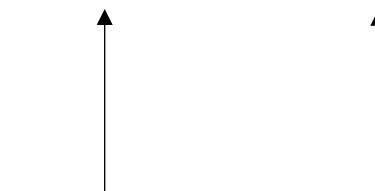
Handlinger til fremme af mental sundhed er grøn

Faktorer, der kan have betydning for viden og handlinger er blå

Mental sundhedsfremme er grå

Pilene indikerer, at faktorer i resultaterne og diskussionen er infiltreret i de resterende temaer.

Koder	Subkoder	Resultater	Diskussion
	Samfund	Mental sundhed	Mental sundhed
	Definition		
Viden om fysiske handlinger	Bevægelse	Individuelle	Mental sundhedsfremme
	Digitale aktiviteter		
	Struktur/ planlægning		
Viden om mentale handlinger	Mentale handlinger		
Viden om relationelle handlinger	Tale med andre	Sociale	
	Sociale relationer		
Fysiske handlinger	Søge hjælp	Informationssøgning	
	Bevægelse	Individuelle	
	Digitale aktiviteter		
	Struktur og planlægning		
	Søge hjælp		
Mentale handlinger	Tankehåndtering		
	Håndtering af udefrakommende pres		
Relationelle handlinger	Tale med andre	Sociale	
	Sociale relationer		
Sociale, relationelle	Fællesskab		
	Italesættelse		
Individuelle	Familie		
	Køn		
	Kendskab til psykisk sygdom		
Samfundsmæssig	Skole		
	Teknologi		
	Sundhedssystem		
	Norm at være stresset		



Subkoder	<i>Understøttende citater</i>
Viden om mental sundhed	
Samfund	<i>MD: "Men altså jeg føler også altså at det er en ting der er meget oppe i medierne og nu er det også noget jeg har interesse for og så ved jeg også at det halter ret meget den der undersøgelse, var det, altså, unges mentale sundhed, det står ret skidt til"</i>
Definition	<p><i>MD: "Hm [tænker], altså det er vel sådan... altså, mental velvære altså jeg tænker sådan, det med ikke at blive presset til nogle yderligheder, altså sådan stress eller andre ting der kan påvirke, jeg tænker måske også det er noget hvis sådan ens mentale tilstand som kommer til at påvirke ens hverdag, så er man nok ikke sådan mental su... et godt mentalt helbred. [Pause] Men ja, det er jo lidt en ting man tænker sådan fungerer ligesom ens arm den bare virker, sådan. Ja."</i></p> <p><i>ID: "Altså for mig det at være mental sund... der handler det bare om at have det godt tror jeg... sådan at være glad for sig selv, sin omgangskreds og sin hverdag. Det er sådan det jeg forbinder med det"</i></p>
Viden om fysiske handlinger	
Bevægelse	<i>ID: "For eksempel det her med så tager jeg lige hen og træner og det her energiboost man også får af det... så jeg tror egentlig at når jeg føler mig mental sund, så er det når mit humør er godt, hvis man kan sige det sådan... fordi det hjælper også mig til sådan at se ind ad og være sådan "men du er jo egentlig også bare dejlig og dig" ... og alt sådan noget. Så det er nok der jeg føler mig mental sund [smiler]..."</i>
Digitale aktiviteter	<i>MD: "Altså sådan spille computer nok eller være sammen med drengene... der kan jeg fokusere på det eller sådan have det sjovt eller fokus på mit computerspil, så kan jeg godt glemme mine afleveringer der ligger oppe i baghovedet og... så det er rart... selvom det ikke er så godt altid bare at smide det væk, fordi så..."</i>
Struktur og planlægning	<i>ID: "Ja... altså jeg vil sige jeg begyndte på det her i [klassetrin], hvor jeg godt kunne se "okay du har for travlt [eget navn]" ... så jeg skulle ligesom finde en løsning eller sådan noget og jeg ved at der er mange der faktisk gør det... altså laver sådan en to-do-liste over ugen og sådan noget... det er aldrig noget jeg selv sådan havde tænkt men det hjælper også nogle gange bare at få det ned..."</i>

Viden om mentale handlinger	
Mentale handlinger	<p>MD: "Jeg tror det der ligesom kunne gøre deres mentale sundhed bedre, det er måske egentlig bare at sige at nu skal jeg bare slappe af og så kigge ud af vinduet og sådan ikke fokusere på noget bestemt... og ikke præstere på en god måde et eller andet sted... [pause]"</p> <p>ID: "Hvis man fokuserer kun på det gode, lige nu fokuserer jeg på min, jeg har lige nogle karakterer jeg skal rette op på nemlig, så jeg fokuserer rigtig. Meget på skolen og derfor er jeg så meget god i skolen lige nu fordi at jeg byder rigtig meget ind, hvilket giver super meget energi, jeg fokuserer kun på de venner som jeg får noget positivt ud af"</p>
Viden om relationelle handlinger	
Tale med andre	ID: "Måske at man har nogle at snakke med... at man ligesom har nogle der kan stå til ansvar for en... og hvis man har det dårligt... så at man ja man har et sted hvor man kan komme hen... og ligesom ja ytre sig lidt..."
Sociale relationer	MD: "Mhm det ved jeg ikke sådan bare være sammen med folk hvor jeg ikke føler at jeg skal præstere på nogle måde altså sådan, jeg har fundet mig nogle venner fra klassen hvor jeg føler at når jeg er sammen med dem så kan jeg bare slappe af og skal ikke hele tiden tænke på at altså også at gøre dem glæde og ikke at træde dem over tæerne"
Fysiske handlinger	
Bevægelse	ID: "Ja helt sikkert [taler højt] gør det noget godt for min psyke [taler lavt]... fordi når jeg kommer hjem efter jeg har trænet, så føler jeg sådan jeg er fornyet... ny energi og så er jeg klar til ligesom at gribe noget nyt"
Digitale aktiviteter	MD: "mmhm altså ja det ved jeg ikke, så ser jeg faktisk bare Netflix. Men det er fordi at så tænker man på noget helt andet og så skal man ikke tænke på alt muligt andet så du ligesom du kommer ind i en helt anden verden når du sådan fokuserer på en serie som er mega spændende"
Struktur og planlægning	ID: "[...] Jeg prøver sådan at strukturere min tid lidt bedre, men jeg er ret god til overspringshandling, så jeg ender faktisk typisk med at lave det aftenen inden... ja det er ikke det bedste, men sådan ender det tit..."
Mentale handlinger	

Søge hjælp	<i>MD: "Hmmm [pause] jo altså jeg har jo haft bekymringer om mit eget og også søgt hjælp ik..."</i>
Tankehåndtering	<i>MD: "Men at tænke på at det er mit eget liv og det er min egen fremtid jeg kæmper for, så jeg bestemmer også hvad jeg egentlig selv vil gøre for det og også det der med at man må tage tingene som de kommer og hvis jeg ikke får det høje snit altså, der er jo altid en anden måde at komme ind på, der er altid kvote 2"</i>
Håndtering af udefrakommende pres	<p><i>MD: "Det var også sådan det vi gjorde i mindfulness, det var at vi virkelig bare tog et modul hvor vi bare sådan fokuserede indad og fokuserede på meget få ting, hvor man normalt bare skal fokusere på alt muligt, f.eks. når man er i det faglige rum så skal du kunne fokusere på selve matematikken men også dem du sidder omkring med og også at imponerer læren og ja..."</i></p> <p><i>ID: "Hmm, altså [tænksom] det er nok noget som jeg, jeg holder mest for mig selv, for jeg tror også en måde jeg håndterer lidt når jeg er stresset, det er sådan sat lave lidt sjov med det, sådan så siger jeg måske til mine venner og sådan noget, ja jeg har været oppe hele natten og skrevet afleveringer sådan nogle ting og ja det, det kan jeg bedst lide og sådan noget, det er ikke fordi jeg fortæller det som at jeg synes at det er et mega stort problem"</i></p>
Relationelle handlinger	
Tale med andre	<p><i>MD: "Jeg synes godt man kan snakke om det. Det synes jeg. Men jeg kan også nogle gange se, at det ikke nødvendigvis bliver snakket om, men forsøger selvfølgelig at have en fornemmelse af, hvis folk har brug for det, så snakker man om det. Men ja..."</i></p> <p><i>MD: "Ja altså jeg snakker med min familie om og det er også et... emne blandt venner, men sådan jeg føler at nogle gange er det sådan lidt på sådan en irriterende måde, altså sådan... du ved det sådan folk snakker tit sådan lidt om det hele tiden er presset du ved sådan jaer..."</i></p>
Sociale relationer	<i>"Men ellers så når jeg er sammen med gode mennesker... øhm og ikke har den der stressfaktor "jeg skal nå noget"..."</i>
Sociale, relationelle	

Fællesskab	<i>MD: "[...]også sådan folk handler meget skole, fester, skole, fester. Altså det er meget sådan de tager ikke så meget tid til sig selv og finder ud af hvordan de egentlig trives, sådan de trives bare, trives bare på andres præmisser på en eller anden måde. Og på de regler og normer, der ligesom er i gymnasiet"</i>
Italesættelse	<i>ID: "Jeg har også en kammerat [...] som jeg sagde, du starter til psykolog og det er lige nu fordi han havde det rigtig skidt og det gjorde han så også og nu går det meget bedre for ham..."</i>
Individuelle	
Familie	<i>MD: "Det er faktisk meget sjovt, fordi jo sådan generelt så hører man sådan at... både hjemmefra, mine forældre er sådan meget opmærksom på at jeg ikke er i gang med for meget, det bliver jeg også lige holdt i stram snor derhjemme fra, om at jeg skal lige sørge for, at der lige er tid til det vigtigste og ikke tage for mange ting"</i>
Køn	<i>ID: "Øhm men der er mange mennesker især drenge, især drenge, som er, de vil ikke erkende at de har det dårligt, piger er lidt bedre til at sætte ord på deres følelser"</i>
Kendskab til psykisk sygdom	<i>MD: "Ja altså nu har jeg også en [søskende] som har haft [psykisk lidelse] faktisk... da hun var meget ung... så jeg tror da helt klart, at der har været meget fokus på det også bare generelt i min familie"</i>
Samfundsmæssige	
Skole	<i>MD: "Altså jeg mærker det sådan [klassetrin], der er det lige skruet lidt op ik, øhm også sådan i mængden af arbejde, altså vi har dage fra kl. 8-15 og så kommer man hjem og så er det bare lektier og så afleveringer og så i seng, altså. Man føler ikke man har så meget tid til ligesom at tage sig af sig selv..."</i>
Teknologi	<i>MD: "Og det påvirker dem jo også måske det billede de sådan bygger op og det sådan ligsom... en ting er at opretholde noget oppe i skolen, men det skal ligesom også se godt ud på instagram og så hvis der sker noget sådan livsforandrende ting, så er det måske svært at opretholde"</i>
Sundhedssystem	<i>MD: "Ja for det første er det sådan hurtig adgang til psykologhjælp ik, det er ret frustrerende og sådan jeg har også hørt fra veninder om at det bare er op af bakke, altså at der bare er virkelig lang venteliste. Og sådan en ting er det offentlige, men vi har endda forsikret og der er også altså lang ventetid ik"</i>

Norm at være stresset	<i>MD: "Hm nej det ved jeg ikke, det har jeg nok ikke rigtigt sådan haft sådan sammenbrud som jeg hører hvad andre har, hvor jeg hører at de... altså er begyndt at græde fordi de har det simpelthen så hårdt"</i>
-----------------------	---

(6) Overvejelser ift. interviewtype

	Enkelt	Dyad	Fokusgruppe
Fordele	Besvarelsenerne influeres ikke af andre	Informanterne kan sætte tanker i gang hos hinanden og det kan stimulere mere dybdegående samtaler, hvor nye perspektiver italesættes i løbet af interviewet.	
	Undgår frygten for eventuel stigmatisering, hvilket kan give mere ærlige svar. Vi har større 'kontrol' over interview-situationen.	Det kan være mindre intimiderende end at sidde alene foran os som interviewere Ovenstående fordele er der, men det er sværere at 'gemme' sig bag andre deltagere Der er stadig tid til at deltagerne kan svare uddybende på spørgsmålene Der kan faciliteres en mere uformel samtale	Der er mulighed for at studere sociale interaktioner og gruppedynamikker Det er muligt at observere hvordan der tales om mental sundhed
Ulemper	De kan have mindre lyst til at åbne op, fordi de ikke kender os	Informanternes relationer og sociale roller kan have indflydelse på samtalen, der kan være en tilbøjelighed til at være enige frem for at bidrage med egne tanker. Følsomme spørgsmål kan være svært at svare på Informanterne vil alle gå på samme skole, så det er ikke muligt at bevare anonymiteten.	
		Idét vi taler om et emne, der kan være sårbart, kan det være en fordel at være to informanter frem for flere	Sværere at sammensætte en gruppe ifht. om de kender hinanden Svært at forudsige kontekst og sammensætning, dynamikker og om de er trygge ved hinanden