

*Hvordan henger sosial støtte sammen med helseatferd hos ungdom?*

**Victoria Øvrebø Baade**



**MAPSYK360**

Masterprogram i psykologi,

Studieretning: Sosial- og kognitiv psykologi

ved

**UNIVERSITETET I BERGEN  
DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**

**Våren 2022**

Antall ord: 15167

Veileder: Nora Wiium, Institutt for Samfunnspsykologi

### **Abstract**

Participation in risk behaviors can present major societal challenges. It is potentially harmful for adolescent to get involved in risky behaviors, as this can lead to a number of non-infectious diseases, such as cardiovascular disease, diabetes and cancer. The prevalence of such health behaviors is therefore important to research. Positive youth development (PYD) is a perspective that focuses on what measures are needed to promote healthy behavior, rather than just focusing on reducing risk behavior. Previous studies indicate that social support has a positive effect on adolescents' health behaviors. This study aimed to investigate the relationship between social support and health behaviors in Norwegian adolescent. Social support from parents, at school and from other adults, as well as healthy behavior (physical activity), risk behavior (alcohol use and truancy) and illegal behavior (violence) were studied. The sample consisted of 591 students in a Norwegian high school, aged 15-19 (mean age, 16.70 years). The regression analysis showed significant associations between social support and healthy behavior (physical activity), and the risk behaviors truancy and violence. Social support and alcohol use was not significantly related, although the correlation analysis showed that social support correlated significantly with all of the studied health behaviors. These results matched the hypothesis that young people who receive social support will report high scores in the healthy behavior and lower scores in risky and illegal behaviors. Further research is needed to investigate the connection between other developmental assets and health behavior of Norwegian youth. The findings of this study can be used to implement health-promoting measures for youths in Norway.

*Key words:* social support, health behavior, risk behavior, positive youth development, Norwegian adolescent

### Sammendrag

Deltakelse i ulike risikoatferder kan by på store samfunnsmessige utfordringer og kostnader. Det kan også være potensielt skadelig for ungdom å involvere seg i risikoatferd, da dette kan føre til en rekke ikke-smittsomme sykdommer som hjerte-karsykdommer, diabetes og kreft. Forekomsten av slik helseatferd, er derfor viktig å forske på. Positiv ungdomsutvikling (PYD) er et perspektiv sett i lys av hvilke tiltak som skal til for å fremme sunn helseatferd, fremfor å kun fokusere på å redusere risikoatferd. Tidligere studier indikerer at sosial støtte har en positiv effekt på ungdommers helseatferd. Denne studien har som mål å undersøke forholdet mellom sosial støtte og helseatferd hos norsk ungdom. Sosial støtte fra foreldre, i skolen og fra andre voksne, samt sunn helseatferd (fysisk aktivitet), risikoatferd (alkoholbruk og skulking) og illegal/straffbar atferd (vold) studeres. Utvalget består av 591 elever i norsk videregående skole, i alderen 15-19 år (gjennomsnittsalderen er 16,7). Regresjonsanalysen viser signifikante sammenhenger mellom sosial støtte og sunn helseatferd (fysisk aktivitet), i tillegg til risikoatferdene skulking og vold. Sosial støtte er derimot ikke signifikant med risikoatferden alkoholbruk, selv om korrelasjonsanalysen viser signifikant sammenheng mellom sosial støtte og alle de studerte helseatferdene. Disse resultatene stemmer med oppgavens hypotese om at ungdom som mottar sosial støtte rapporterer høy score i sunn atferd og lavere score i risiko- og straffbar/illegal atferd. Videre forskning er nødvendig for å undersøke hvilken sammenheng de andre utviklingsressursene har på helseatferd hos norsk ungdom. Denne studiens funn kan brukes for å iverksette helsefremmende tiltak for barn og ungdom i Norge.

*Nøkkelord:* sosial støtte, helseatferd, risikoatferd, positiv ungdomsutvikling, norsk ungdom

### **Forord**

Jeg vil starte med å takke min utrolig dyktige veileder, Nora Wiium. Wiium har vært til stor hjelp, og bidratt med mye kunnskap og interesse for oppgaven. Tusen takk for din tålmodighet, rådgivning og engasjement, og for at jeg fikk muligheten til å fordype meg i dette spennende temaet.

Denne masteroppgaven har vært krevende og utfordrende, men også lærerik og spennende å jobbe med. Bakgrunnen for valg av tema til oppgaven, skyldes min interesse for barn og unges helse. Wiium presenterte meg for forskning på positiv ungdomsutvikling, et perspektiv jeg ikke har vært borti før. Det har vært en stor glede å ta del i dette prosjektet.

Til slutt vil jeg takke mine kjære medstudenter for gode samtaler og avbrekk mellom skrivingen.

Victoria Ø. Baade

Bergen, 2. juni 2022

## Innholdsfortegnelse

<b>Abstract .....</b>	<b>III</b>
<b>Sammendrag .....</b>	<b>IV</b>
<b>Forord.....</b>	<b>V</b>
<b>Hvordan henger sosial støtte sammen med helseatferd hos ungdom? .....</b>	<b>8</b>
<b>Ungdom og risikoatferd .....</b>	<b>12</b>
Ungdoms helseatferd i norsk kontekst. ....	15
<b>Positiv ungdomsutvikling.....</b>	<b>18</b>
<b>Sosial støtte.....</b>	<b>22</b>
<b>Modeller om sosial støtte .....</b>	<b>23</b>
Protecting model/Beskyttende modell.....	23
Treshold models/ Terskelmodell. ....	24
Additive modeller.....	24
<b>Litteraturgjennomgang av tidligere studier om sosial støtte og helseatferd blant ungdommer .....</b>	<b>26</b>
<b>Studiens mål og problemstilling .....</b>	<b>30</b>
<b>Metode .....</b>	<b>31</b>
<b>Studiens design .....</b>	<b>31</b>
<b>Utvalg.....</b>	<b>32</b>
<b>Målinger .....</b>	<b>33</b>
Demografiske variabler. ....	33
Sosial støtte.....	33
Helseatferd.....	34
<b>Prosedyre og etiske vurderinger .....</b>	<b>35</b>
<b>Dataanalyse .....</b>	<b>36</b>
<b>Resultater .....</b>	<b>37</b>
<b>Krysstabell for helseatferd og demografiske variabler.....</b>	<b>37</b>
Krysstabell for fysisk aktivitet, alkoholbruk, vold, skulking og alder. ....	37

Krysstabell for fysisk aktivitet, alkoholbruk, vold, skulking og kjønn.....	38
Krysstabell for fysisk aktivitet, alkoholbruk, vold, skulking og fars utdanningsnivå.....	39
Krysstabell for fysisk aktivitet, alkoholbruk, vold, skulking og mors utdanningsnivå....	40
<b>Korrelasjonsanalyse mellom demografiske variabler, sosial støtte og helseatferd blant ungdommer.....</b>	<b>41</b>
<b>Regresjonsanalyse for demografiske variabler, støtte og helseatferd .....</b>	<b>48</b>
Regresjonsanalyse for demografiske variabler, støtte og fysisk aktivitet.....	48
Regresjonsanalyse for demografiske variabler, støtte og alkoholbruk.....	48
Regresjonsanalyse for demografiske variabler, støtte og vold.....	48
Regresjonsanalyse for demografiske variabler, støtte og skulking.....	49
<b>Diskusjon.....</b>	<b>54</b>
<b>Generelle Funn .....</b>	<b>54</b>
Sosial støtte og fysisk aktivitet.....	55
Sosial støtte og risikoatferd.....	56
<b>Begrensninger og anbefalinger.....</b>	<b>58</b>
<b>Implikasjoner av funn.....</b>	<b>60</b>
Implikasjoner for senere forskning.....	60
Implikasjoner for politikk.....	61
Praktiske implikasjoner.....	62
<b>Konklusjon.....</b>	<b>62</b>
<b>Appendix A .....</b>	<b>71</b>
<b>Appendix B.....</b>	<b>74</b>

### **Hvordan henger sosial støtte sammen med helseatferd hos ungdom?**

Helseatferd er et begrep som refererer til de helsemessige konsekvensene som kan komme som følge av vår atferd (Nylenna, 2019). I dette prosjektet tar jeg utgangspunkt i tre typer helseatferd; sunn atferd, risikoatferd og straffbar/illegal atferd. Med sunn atferd, menes en god helseatferd, og det er denne type atferd som er ønskelig for en positiv ungdomsutvikling. Store Medisinke Leksikon beskriver en god helseatferd som sykdomsforebyggende, og en atferd som kan ha en positiv effekt på kroppens motstandskraft. Dette kan for eksempel være et sunt kosthold, fysisk aktivitet og begrenset inntak av tobakk og alkohol (Nylenna, 2019). Risikoatferd derimot, er atferd som kan være skadelig for blant annet helse, økonomi og personlige forhold. Innen risikoatferd, kan en skille mellom adaptiv og patologisk risikotakning. Adaptiv risikotakning er forbundet med en utforskende og eksperimentell atferd, mens patologisk risikotakning innebærer en potensielt skadelig risikoatferd (Røssland, 2019). Det siste nevnte kan innebære hyppig bruk av alkohol og tobakk, ubeskyttet seksuell omgang, usunt kosthold og skulking av skolen. I denne oppgaven vil det ikke bli lagt noe skille mellom adaptiv og patologisk risikoatferd, men det vil drøftes. Til slutt innebærer den illegale/straffbare atferden mer alvorlig rusmiddelbruk, vold og kriminalitet.

Forskning på helseatferd er svært viktig fordi helseatferd og levevaner kan ha en sammenheng med flere ulike ikke-smittsomme sykdommer og lidelser. Forskning kan gi oss økt kunnskap om hvordan blant annet kosthold, søvn, fysisk inaktivitet og rus kan ha en effekt på senere sykdomsforløp. Forskning vil også kunne gi økt kunnskap, som gjør det enklere å forstå hvilke tiltak som er nødvendig for å forebygge risikoatferd, og som vil ha en positiv effekt på den nasjonale folkehelsen (Helsedirektoratet, 2018). Det kan også tenkes at mennesker blir mer bevisst på egne livsstilsvalg dersom de har mer kunnskap om hvilke konsekvenser helseatferd kan ha på sikt (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Mens sunn atferd



som fysisk aktivitet og kosthold kan ha en forebyggingseffekt, kan risikoatferd som blant annet røyking og alkoholbruk ha en skadelig effekt på helsen, for eksempel, hjertekarsykdommer, diabetes, kreft og alkoholrelaterte skader, for å nevne noen. Verdens helseorganisasjon (WHO) vedtok i 2012 et globalt mål om å redusere tilfeller av ikke-smittsomme sykdommer. Dette er et mål som også Norge har sluttet seg til. Videre melder WHO om at helseatferd, i tillegg til de individuelle valgene vi tar, har en sammenheng med sosiale forhold, samt kontekstuelle og strukturelle faktorer (Helsedirektoratet, 2021). Helseatferd påvirkes altså ikke bare av individet selv, men også av andre mennesker, omgivelser og miljøet rundt seg.

Det finnes altså flere ulike faktorer som kan påvirke helseatferd hos ungdom. Noen av de faktorene som kan påvirke vår atferd er persepsjon, holdninger og verdier. Dette læres gjennom refleksjon og rollemodeller, men kan også påvirkes av ulike belønningsstrategier og sosial støtte (Sørensen & Graff-Iversen, 2001). Sosiale ulikheter kan også være en virkende faktor på vår helseatferd. Det kan handle om hvilke ressurser man har tilgang på, i form av maten man spiser, deltakelse i idrett/tilgang på treningssenter, sosioøkonomisk status eller sannsynligheten for å ta utdanning (Holm, 2020). Sosial støtte er også av betydning når det kommer til helseatferd. Dette er en viktig faktor for å håndtere stress og belastning på en god måte. Stress kan påvirke vår helseatferd, fordi det kan fremme skadelige håndteringsresponses som røyking, alkohol, narkotika og søvntap. Det vil over tid også påvirke kroppens fysiologiske systemer, noe som gjør store mengder stress til en risikofaktor for både fysiske og psykiske lidelser (Cohen, 2004). Gjennom påvirkning og sosial kontroll, lærer man normer og regler som kan være gunstig for en god helseatferd. Dette kan være i form av et sunt kosthold, eller å avstå fra ulovlige rusmidler. Mennesker, spesielt ungdommer som er letterer påvirkelig, tar ofte de samme valgene som menneskene rundt seg. Det skaper en form for tilhørighet. Tilhørighet og integritet passer sammen, da dette kan motivere til å ta vare på seg

selv og utvikle sunne verdier. Det er derfor en fordel om man omgås i gode sosiale miljøer, med felles verdier (Cohen, 2004).

Når det kommer til helseatferd i Norge, kan man på landsbasis gjennom flere år se en positiv utvikling i forhold til blant annet daglig røykere, fysisk aktivitet og sukkerforbruk (Helsedirektoratet, 2021). Det er likevel store sosiale forskjeller, og det finnes fortsatt for mange med et kosthold som kan føre til senere sykdom. Det har dog vært nedgang i bruk av alkohol, blant voksne, men også blant ungdom. Koronapandemien har derimot hatt en negativ effekt på befolkningens alkoholbruk, og vi kan siden 2020 se en markant økning i antall solgte enheter. Høyt alkoholkonsum kan dessuten være en medvirkende årsak til andre typer risikoatferd, som for eksempel vold (Helsedirektoratet, 2021). En undersøkelse fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser gjennom de 5 siste årene et stabilt mønster i den norske befolkningens alkoholbruk. Statistikken viser at det er flere i aldersgruppen «45-66 år» og «67-79 år» som drikker en eller flere ganger i uken, men aldersgruppen «16-24 år» drikker betydelig mye mer ved samme anledning. Denne trenden har imidlertid sunket blant aldersgruppen «16-24 år» i år 2021 (Statistisk Sentralbyrå, u.d.). Det tyder på at den totale økningen, ikke skyldes ungdommens drikkemønster. Dette kan ha en sammenheng med koronapandemien, som har gjort det vanskeligere å arrangere sosiale sammenkomster og utesteder som har holdt stengt (Helsedirektoratet, 2021). Fysisk aktivitet, er på en annen side helsefremmende atferd, da dette kan bidra til økt overskudd. Det har en positiv effekt på humøret og er også ofte i sammenheng med sosialt samvær med andre. Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet hos barn og unge er minst 60 minutter om dagen, avhengig av intensiteten på aktiviteten (Helsedirektoratet, 2021).

De siste årene kan man likevel se en tydelig økning i behandling for psykiske plager og bruk av antidepressive hos tenåringer. Økt fokus på psykisk helse er derfor ekstremt viktig

(Surèn, 2017). Usunt kosthold, fysisk inaktivitet, alkohol og røyking gir økt risiko for psykiske plager og lidelser. Helseatferd kan dermed knyttes til både psykisk og fysisk helse (Helsedirektoratet, 2014). Den økonomiske kostnaden for psykiske lidelser i Norge er estimert til 70 milliarder kroner i året. Dette er et folkehelseproblem som senere kan være en ledende årsak til samfunnsmessige konsekvenser i form av sykemeldinger, førtidspensjoner og uførhet. I tillegg kommer individuelle problemer som redusert livskvalitet, stigmatisering, og ekskludering (Kalseth, et al., 2015).

Økt bevissthet rundt unges helseatferd har ført til en høyere prioritering av forebyggende og helsefremmende tiltak innenfor helsepolitikken. For å kunne arbeide med forebygging, er det viktig å forstå hvilke årsaker som kan ligge til grunn (Kalseth, et al., 2015). Sosial støtte har vært vanskelig å definere, da mange forskere behandler begrepet på ulike måter. Noen forskere snakker om sosial støtte som en prosess av sosiale relasjoner, mens andre ser på det som en beskyttelsesfaktor for å håndtere stress (Hamdan-Mansour, 2016). For denne oppgaven, vil sosial støtte handle om trygge relasjoner til andre, og hvordan det kan bidra med å takle biologiske, psykologiske og sosiale stressorer (APA, u.d.). Denne støtten kan komme fra for eksempel foreldre, søsken, venner, naboer, lærere på skolen, og kan komme i form av både fysiske tjenester og følelsesmessig bekreftelse. Ved å motta sosial støtte kan vi lære av og høre om andres erfaringer, og vi kan få hjelp til å håndtere stressende og vanskelige situasjoner. Støtte fra andre er også nyttig i situasjoner der en mangler motivasjon og vilje til å håndtere en situasjon (Martin et al., 2013, s. 695). Dette er en viktig faktor for å fremme en sunn helseatferd og en positiv ungdomsutvikling, samt hindre en risikoatferd.

## Ungdom og risikoatferd

Ungdomstiden er en periode i livet fylt med milepæler og demografiske begivenheter. Tradisjonelt sett er det i slutten av ungdomstiden man flytter hjemmefra, inngår ekteskap og får barn. Gjennom tiden har det skjedd store endringer når det kommer til gjennomsnittsalder for ekteskap og første fødsel, men det forventes likevel at ungdommen løsrives mer fra foreldrene, og blir mer selvstendig. Det er med andre ord i denne perioden en utvikler seg fra å være barn, til å bli voksen. Dette innebærer blant annet økt ressurstilgang og utsatthet for risiko (Lappegård & Brunborg, 2004).

Erik Erikson (1902-1994) beskriver, i sin psykodynamiske utviklingsteori, ungdomstiden som en periode med identitetskrise og rollekonflikt. I denne perioden går ungdommen gjennom puberteten, utvikler sosial atferd og går igjennom flere fysiske og psykiske forandringer. Det er vanskelig å konkretisere denne aldersgruppen, fordi det kan være store individuelle forskjeller. Noen utvikler seg fort og kommer tidlig i puberteten, andre kommer sent i puberteten, som følger med en senere utvikling. Erikson definerer likevel denne fasen fra 13 år. I denne perioden lærer ungdommen å tenke mer abstrakt, og å bli mer reflektert. Det er også i denne perioden at ungdommen blir mer opptatt av hvordan andre oppfatter dem. Rollekonflikter kan derfor oppstå, fordi ungdommen ofte ønsker å fylle rollen som den tøffe i vennegjengen, men også være pliktoppfyllende i skolen og et forbilde for småsøsken (Gjørund, et al., 2011). I prosessen fra barn til voksen er det mye som skal utforskes. Mange begynner å eksperimentere med for eksempel alkohol og tobakk, og det er i denne alderen mange begynner å utforske sin egen seksualitet. I tillegg til dette er ungdomskroppen full av hormoner. Økt testosteronnivå blant guttene, og østrogen blant jentene, kan føre til store humørsvingninger. Ungdomstiden er derfor preget av sterke følelser, gjerne ute av kontroll, sinneutbrudd og overreagering (NHI, 2019).

«The Youth Risk Behavior Surveillance System» (YRBSS; Kann, et al., 2016) deler helseatferd blant ungdom inn i 6 kategorier. 1) utilsiktet skader og vold; 2) bruk av tobakk; 3) alkohol og narkotikabruk; 4) seksuell atferd relatert til ufrivillig graviditet og seksuelt overførbare sykdommer; 5) usunt kosthold; og 6) fysisk inaktivitet. Dette er atferd som er vanlig blant elever i videregående skole (Kann, et al., 2016). Når det kommer til ungdom og risikoatferd, kan en ofte se en sammenheng når det kommer til andre tilleggsproblemer. De samme ungdommene som er involvert i en type risikoatferd, er altså ofte involvert i flere typer risikoatferd. Dette kan skyldes ustabile familiesituasjoner, rusproblemer, ungdommens sosiale nettverk, psykiske problemer og lignende. Dette viser en undersøkelse som ble gjennomført av Ungdata i 2013 (Bakken, 2014). En tidligere studie (Svensson & Landberg, 2013) bekrefter at det finnes ett positivt forhold mellom vold og alkoholbruk blant unge i Sverige. Det er imidlertid en liten andel av alkoholdbetingede situasjoner som fører til vold, noe som kan tyde på at det er andre faktorer som spiller inn i voldshendelser blant unge. Hvor mye alkohol som blir konsumert vil også være av betydning (Svensson & Landberg, 2013).

Som tidligere nevnt er ungdomstiden en periode med økt sårbarhet for risikofylt atferd. Det er likevel ikke slik at risikoatferd nødvendigvis er en negativ ting. Grensetesting og det å løsrive seg selv fra foreldrene og barndommen er en stor del av ungdommens liv. Baumrind (1987) beskriver ungdommen i en periodeutvikling som involverer overganger i fysiske, intellektuelle, psykososiale og moralske prosesser. Felles med Erikson, mener hun at ungdommen går gjennom en form for identitetskrise. Ungdommen stiller spørsmål og reflekterer ved de normene og verdiene som de hittil har akseptert fra foreldre, og andre voksne rollemodeller i livet. For å komme seg videre fra dette utviklingsstadiet, hevder Baumrind at det må oppstå en intern konflikt som motiverer individet ut av komfortsonen sin. Foreldre med en oppdragsstil som hindrer og/eller begrenser disse erfaringene, kan

redusere ungdommens risikoatferd. På en annen side kan dette forsinke prosessen av identitetsdannelse og frigjøring (Baumrind, 1987).

Tidlig ungdomstid er en periode under rask biopsykososial vekst. En periode full av erfaringer som kan være farlige, men vekstfremmende. En kan dermed påstå at risikoatferd kjennetegner en normal ungdomsutvikling (Baumrind, 1987). Forfatteren vektlegger likevel viktigheten i å skille mellom normal utviklingsmessig risikoatferd og risikoatferd som kan være potensielt skadelig. Hun skiller mellom adaptiv og patologisk risikoatferd. Adaptiv risikoatferd som er moderert under omsorg og tillit kan assosieres med positive helsegevinster som økt selvtillit, økt stressmestring og initiativtaking. Disse gevinstene er mer eller mindre fraværende i patologisk risikoatferd (Baumrind, 1987).

Selv om alkoholbruk og seksuell aktivitet kan ha helsefarlige konsekvenser, kan de likevel under rette omstendigheter følge med en sunn personlighetsutvikling. Patogen (sykdomsfremkallende) atferd indikerer dermed ikke nødvendigvis patologisk risikoatferd. Eksperimentering med alkohol, seksuelle opplevelser, ulike dietter, og mer, kan bidra til økt kompetanse og at individet utvikles sosialt ansvarlig (Baumrind, 1987). Selv om ungdomstiden er en periode som er preget av nye, spennende erfaringer, er det også en tid hvor rollekonflikter oppstår. Egosentrisme står sterkt, noe som vil si at ungdommen har mye fokus på seg selv og sitt (Gordon, 1972). Som følge av puberteten, gjennomgår kroppen store fysiske forandringer. Økt selvbevissthet kombinert med flere kroppslige forandringer kan påvirke selvtilliten til ungdommen. Popularitet i skolen og blant jevnaldrende blir også, for mange, en betydelig del av livet. Det blir viktigere med godkjenning fra jevnaldrende klassekamerater og venner, enn godkjenning fra foreldre eller andre omsorgsgivere. Ungdommer med stort akademisk potensiale står ovenfor et dilemma. Hva er viktigst? Gode prestasjoner i skolen og godkjenning fra foreldre, eller popularitet blant jevnaldrende?

Dessverre er det slik at gode prestasjoner i skolen ikke har noen sammenheng med popularitet blant jevnaldrende (Gordon, 1972). Noen klarer selvfølgelig å kombinere det, men ikke alle.

I en periode preget av risikoatferd og kognitive konflikter, er foreldrenes rolle i ungdommens liv viktig. Vilje og evne til å la barnet eksperimentere, samtidig som de opprettholder den sosiale støtten og gjensidige respekten som ungdommen behøver. Ungdommer som mottar dette er mindre sannsynlig til å havne i et mønster av patologisk risikoatferd (Baumrind, 1987). Dessuten hevdet Turiel (1978) at autoritær makt fra foreldre kan virke mot sin hensikt. Maktfordelingen i en familie gjennom barndommen er asymmetrisk, men symmetrien av makt øker etter puberteten. Konfrontasjon i form av forhandling og rådgivning vil derfor virke mer effektivt enn å håndheve sin autorisasjon, når ungdommen først har fått en formell-operasjonell tanke eller idé (Baumrind, 1987).

### ***Ungdoms helseatferd i norsk kontekst***

Basert på oppgavens variabler for helseatferd, vil følgende avsnitt ta for seg fysisk aktivitet, alkoholbruk, skulking og vold blant norsk ungdom.

Nordiske anbefalinger for fysisk aktivitet hos ungdom, er minimum 60 minutter daglig i tråd med WHO anbefalinger. Intensiteten bør være moderat til høy, noe som betyr at pulsen bør øke (Haug, et al., 2020). Skolen legger til rette for dette gjennom gymtimene, men dekker ikke kroppens sammenlagte behov for fysisk aktivitet. En studie om helse og trivsel blant unge, gjennomført i 2020 av *Institutt for Helse, Miljø og Likeverd* (HEMIL) ved Det Psykologiske Fakultet i Bergen, fant at en stor andel av norske 11-15 åringer ikke fyller anbefalingene for fysisk aktivitet utenfor skoletid. Ungdommer som deltar i organisert idrett er mer aktiv, enn de som ikke gjør det. 51% av guttene, og 45% av jentene på 15 år oppgir at de er fysisk aktiv med moderat til høy intensitet minst fire ganger ukentlig (Haug, et al., 2020). Det tilsvarer ca. halvparten av norske 15 åringer, noe som tyder på stor fysisk

inaktivitet. Norske 15 åringer bruker angivelig 70% av sin våkne tid, i ro (Helsedirektoratet, 2019). Slike funn bidrar til å forstå behovet for økte muligheter og tilrettelegging for fysisk aktivitet.

En nasjonal undersøkelse på alkoholbruk blant norske ungdom viser at ca. halvparten av ungdommene på 15 og 16 år har debutert med alkohol. Det er likevel en synkende trend når det kommer til forekomst og mengde. Jenter og gutter i Norge drikker generelt ca. like mye. Norske ungdommer under 18 år, drikker mindre enn ungdommene under 18 år i andre europeiske land (Bye, 2020). Denne dataen er hentet fra selvrapporterte spørreundersøkelser fra et større internasjonalt prosjekt «European School Project on Alcohol and other Drugs» (ESPAD). Undersøkelsen (ESPAD) gjennomføres hvert fjerde år for å vise utviklingen over tid. I løpet av de siste 20 årene (fra 1999 til 2019) viser undersøkelsen at andelen som har drukket alkohol noen sinne har sunket fra 85% til 53%. Andelen som har drukket alkohol de siste 12 månedene har sunket fra 78% til 45%. Andelen som har drukket alkohol de siste 30 dagene har sunket fra 55% til 25%. Prosentandelen for hyppig alkoholbruk, det vil si de som har drukket alkohol mer enn 40 ganger i livet, har gått fra 16% til 5%. Gjennomsnittlig drikkefrekvens for noen gangs-bruk har gått fra 18 til 11 ganger (1999 til 2019). 23% oppgir i 2019 at de har drukket seg full/åpenbart beruset, noe som er en markant nedgang fra 2007, da 46% oppga det samme (Bye, 2020). Når det kommer til risikooppfatning av ungdommenes drikkemønster, oppgir 38% at de forbinder 1-2 enheter daglig som stor risiko. 43% forbinder 5 eller flere enheter nesten hver helg som stor risiko. Dette er tall hentet fra 2015, men endringene i risikooppfatning over tid er relativt liten. Blant 15 åringer er det 27% som oppgir at de har smakt på brennevin, og hele 40% som har drukket rusbrus (dette er tall fra 2015) (Bye & Skretting, 2017). Til tross for at Norge har en øvrig aldersgrense på 20 år for kjøp av alkoholholdig drikke over 22 volumprosent, oppgir 41% at de finner tilgangen på brennevin svært lett. Aldersgrensen for kjøp av alkoholholdig drikke opp til 22 volumprosent er 18 år, jf.



§ 1-5 (Lovdata, 2021). Hele 68% oppgir av det er svært lett tilgjengelighet på øl (Bye & Skretting, 2017). Formålet med denne aldersgrensen er jf. Alkoholoven § 1-1 å begrense samfunnsmessige og individuelle skader som kan komme som følge av alkohol. Kjøp av alkohol til mindreårige er, jf. §8-8, forbudt.

PISA-undersøkelsen (Programme for International Students Assessment) 2018, viser at 14% av norske ungdommer har skulket en hel skoledag i løpet av de siste to ukene. 21% har skulket enkelttimer i løpet av samme periode. Samme undersøkelse viser at ungdommene som har skulket en hel skoledag i denne perioden, presterer i snitt 66 poeng mindre enn ungdommene som ikke skulket. De som har skulket enkelttimer, presterte i snitt 54 poeng lavere. Undersøkelsen sier ingenting om sammenheng mellom trivsel i skolen og skulking, men samme rapport viser at 82% av ungdommene opplever at det er enkelt å få venner til skolen. Kun 12% rapporterer om at de føler seg utenfor (Jensen, et al., 2019). En annen undersøkelse viser at skulkerelatert fravær er lite rapportert fra elevene selv (Ulriksen, 2019).

HEMILs undersøkelse på helse og trivsel blant unge viser at 6% av 15 år gamle gutter har vært i slåsskamp tre eller flere ganger det siste året, sammenlignet med 1% av jentene (Haug, et al., 2020). Det har siden 2016 vært en økning i ungdomskriminalitet når det kommer til vold og mishandling hos barn under 18 år. I 2019 omhandlet hvert fjerde lovbrudd blant 15-17 åringer, vold, seksuallovbrudd og mishandling. Unge under 18 år står for 20% av siktelsene som gjelder vold og mishandling. Det er fremtredende forskjeller når det kommer til kjønn. Blant unge under 25 år, er 15% av de som er siktet for vold kvinner. Undersøkelser fra UngVold viser også at guttene begår mer alvorlige former for fysisk vold (Regjeringen, u.d.).

Til tross for viktigheten av en sunn helseatferd, er det altså mange unge som involverer seg i risikabel helseatferd. I stedet for å legge fokuset på forebygging av

risikoatferd, vil det videre bli presentert et perspektiv som heller ønsker å fremme en sunn helseatferd blant unge.

### **Positiv ungdomsutvikling**

Historisk sett, er forskning på ungdomsutvikling satt i et perspektiv av problemer. Dette perspektivet har tatt mye plass innen tidligere forskning, politikk og praksis. Fokuset på det som ønskes å unngå, som for eksempel alkoholbruk, vold og psykiske problemer, har vært mye større enn de faktorene vi ønsker å fremme (Geldhof, et al., 2014). Det finnes mye forskning på hvordan dårlig relasjon til foreldre og andre medmennesker kan påvirke menneskets helseatferd. Fokuset på positive relasjoner, sosial støtte og hvilken positive effekt dette kan ha på en sunn ungdomsutvikling, har vært mindre (Mooney, et al., 2007).

PYD (Positive youth development)-perspektivet, handler om ungdommens styrker. Ved å flytte fokuset fra forebygging av negativ utvikling og problematferd, til hvilken ressurser som bidrar til en positiv utvikling, kan vi optimalisere ungdommens gode egenskaper (Geldhof, et al., 2014).

Kent Pekel er president og administrerende direktør av Search Institute (Search Insitute). I korte trekk, er Search Institute en internasjonal organisasjon som driver anvendt forskning for å utvikle skoler, programmer og andre organisasjoner til å hjelpe ungdom med en positiv utvikling (Search Insitute). Han har over tre tiår arbeidet mot å forbedre resultater hos ungdom i blant annet skolen. Hans nåværende hovedfokus er å vektlegge sosiale relasjoner. Pekel og kollegaer (2017) fant gjennom intervju med 55 ledere fra ulike ungdomsorganisasjoner over hele USA, at de fleste lederne ikke definerer type relasjon til ungdommen, ei heller prioriterer å bygge dem. Han fant også at de fleste ungdomsorganisasjoner, ikke eksplisitt vurderer relasjonelle ferdigheter i ansettelse og evaluering av ansatte. Dette tyder på at de fleste ungdomsorganisasjoner benytter seg av langt

færre ressurser til å bygge relasjoner blant ungdommen, enn de gjør til andre aspekter, for eksempel mangfold og å nå ut til flest mulig. Han vektlegger likevel at viktigheten av ansvarlighet, kollektiv medvirkning og vitenskap for forbedring er andre viktige aspekter i utviklingen av en god ungdomsorganisasjon. «National Scientific Council on the Developing Child» (NSCDC), rapporterer om at positive menneskelige relasjoner er en aktiv komponent i en sunn utvikling (Pekel, 2017). Search Institute, lanserte i 2013 et program med anvendt forskning for å utvikle forståelse for hvordan utviklingsrelasjoner kan bidra til bedre trivsel hos unge. Organisasjonen (NSCDC) identifiserer fem viktige elementer: omsorg, utfordrende vekst, støtte, jevnfordeling i makt og muligheter. Videre studier på dette viser at gode relasjoner til foreldre, lærere og andre, har en positiv innvirkning på individet, både psykologisk, sosioemosjonelt, akademisk og atferdsmessig. I tillegg har de funnet at flere relasjoner, gir større sannsynlighet for å lykkes og ønske om å bidra i samfunnet. Spesielt blant dem som gjennomgår et eller flere traumer i oppveksten (Pekel, 2017).

«The Developmental Assets Framework» (DAF), utviklet av Peter Benson og Search Institute (1990), er et rammeverk som står svært sentralt i forskning på den positive ungdomsutviklingen. Dette rammeverket er utviklet, blant annet, for å gi et allmennforståelig synspunkt i de ressursene som skal være elementære i en positiv ungdomsutvikling, og de erfaringer som fremmer kortsiktig og langsiktig velvære for ungdom. Rammeverket er også ment som en instruktiv beskrivelse av positiv utvikling, for å skape en felles konsensus om hva som må til for at barn og ungdom skal lykkes (Benson, 2007)

Peter Benson foreslår 40 utviklingsressurser som er viktig for en positiv ungdomsutvikling. Disse er igjen delt inn i 8 overordnede kategorier, som har bidratt til å gjøre forskning på positiv ungdomsutvikling enklere, og har vært viktig i forskningen på blant annet hvordan forhindre risikoatferd og forbedre trivsel hos ungdom (Benson, 2007).

Endringer i utviklingen er basert på forhold med flere av Bensons definerte

utviklingsressurser. Bensons utviklingsressurser er delt inn i to kategorier: interne og eksterne utviklingsressurser. De interne utviklingsressursene utgjør de ferdighetene, kompetansene og andre personlige ressurser av ungdommen. De eksterne utviklingsressursene er de relasjonene og mulighetene som tilbys i individets omgivelser, for eksempel klassekamerater, familie, skole og nabolaget. Gjennom menneskets utviklingsforløp, spesielt i ungdomsårene, oppstår det en rekke konflikter i individet relatert til blant annet identitetsdannelse, autonomi og selvvurdering. Teorien om utviklingsressurser hevder at ungdommer vier mye energi til sin sosiale omverden. Derfor står de eksterne utviklingsressursene svært sentralt i en positiv ungdomsutvikling (Benson, 2007).

Blant disse 8 utviklingsressursene nevner Benson (2007) fire eksterne utviklingsressurser (sosial støtte, myndiggjøring, grensesetting og forventninger, samt konstruktiv tidsbruk) og fire interne utviklingsressurser (forpliktelse til å lære, positive verdier, sosial kompetanse, samt positiv identitet). Det er formulert flere hypoteser basert på tilstedeværelsen av både interne og eksterne utviklingsressurser. Blant annet blir det diskutert at jo flere ressurser som er tilgjengelig for ungdommen, jo bedre er det for utviklingen. Benson og kollegaene mener at flere tilgjengelige personlige og sosiale ressurser, kan fremme flere typer helseatferd og positiv utvikling - blant annet bedre resultater på skolen og forebyggende risikoatferd (Benson, 2007).

Under interne ressurser ligger forpliktelse til å lære, positive verdier, sosial kompetanse og positiv identitet. 1) Forpliktelse til å lære handler om ungdommens engasjement og motivasjon for å lære, og å mestre nye ting. Dette kan være engasjement i det som blir lært på skolen, motivasjon til å gjøre hjemmelekser, eller å lese bøker. 2) Positive verdier handler om å utvikle positive holdninger til seg selv og omverdenen. Det kan være evnen til å føle omsorg for andre, rettferdighet, integritet, ærlighet, ansvar eller det å avstå fra ulike rusmidler. 3) Sosial kompetanse handler om empati, sensitivitet og vennskap. Det å

motstå negativt gruppepress, løse konflikter på en ryddig måte og respektere andre kulturer og etnisitet. Evnen til planlegging og beslutningstaking kommer også under sosial kompetanse.

4) Positiv identitet bygger på det å være tilfreds med seg selv. Følelsen av kontroll, et meningsfullt liv og optimisme for fremtiden. God selvtillit er også et viktig aspekt av positiv utvikling (Benson, 2007).

De eksterne ressursene er myndiggjøring, grensesetting og forventninger, konstruktiv tidsbruk og sosial støtte (Benson, 2007). 5) Myndiggjøring handler om at ungdommen føler seg verdsatt av andre voksne i samfunnet. Dette kan skapes, ved å gi den unge en følelse av trygghet, og at de føler at de får utnyttet sin rolle på en verdifull måte. 6) Grensesetting og forventninger handler om å ha en familie og et miljø som setter tydelige grenser for rett og galt. Dette er for å oppmuntre ungdommen til en positiv atferd. Her kan også positiv påvirkning fra jevnaldrende venner ha en positiv effekt. 7) Konstruktiv tidsbruk er den kulturelle, kreative delen i en positiv ungdomsutvikling. Det å få utnyttet tiden sin til noe som føles meningsfullt, enten om det er idrett, teater, religiøse organisasjoner eller bare å være sammen med venner. 8) Sosial støtte kan komme fra familie, naboer, skole og venner. Det å føle seg verdifull og elsket av menneskene rundt seg, ha god kommunikasjon og noen å søke råd fra er svært viktig for en positiv utvikling (Benson, 2007). Utviklingsressursene for sosial støtte, som fokuseres på i denne oppgaven, består av familiestøtte, positiv familiekommunikasjon, forhold med andre voksne, forhold til naboer, forhold til skolemiljøet, samt foreldres engasjement i elevens skolegang.

Benson mente at mennesker tar til seg og lærer av tilbakemeldingene som kommer fra det sosiale miljøet. Dette skaper endringer i holdning og atferd. Videre har Benson og Baltes (1997) med kollegaer, utviklet en teori om at ungdommer bruker psykologiske og sosiale fordeler som en mulighet for å nå sine personlige mål (Benson, 2007). Eksempler på dette kan være at ungdom ofte er mer motivert for politisk engasjement, deltakelse i sportslig

aktivitet eller lignende, også fordi de ønsker å treffe venner. Premisset her er at ungdom søker sosiale arenaer som også kan utvikle dem intellektuelt, sportslig eller kulturellt. På denne måten får ungdommen optimalisert aktiviteten, ved å både anskaffe seg kunnskap og erfaringer som kan være samfunnsnyttig i fremtiden, samtidig som de får tilfredsstilt sine sosiale behov. Det er akkurat dette som ønskes med en positiv ungdomsutvikling (Benson, 2007).

### **Sosial støtte**

Sosial støtte er et begrep som brukes om det støttende nettverket og ressurser som er tilgjengelig for individet. Det finnes flere ulike måter dette kan utspille seg på (Thoits, 2011). I følge Mooney et al. (2007) kan sosial støtte grovt deles inn i tre ulike dimensjoner. Oppfattet sosial støtte, erfart sosial støtte og sosial forankring (på engelsk, social embeddedness). Oppfattet sosial støtte referer til vårt individuelle behov for støtte, sammenlignet med hvordan vi vurderer den støtten vi mottar. Hvor tilfreds vi er med denne støtten, kan si noe om kvaliteten på relasjonen. Erfart støtte kan grovt deles inn i fire underkategorier. 1) Emosjonell støtte, som viser til kjærlighet, omsorg og det å få andre til å føle seg bra. Den emosjonelle støtten kan oppnås gjennom blant annet respekt, oppmuntring og sympati. 2) Informativ støtte, kan være i form av bistand med råd, samt hjelp til problemløsning, tilbakemeldinger og veiledning. 3) Instrumentell støtte, kan innebære fysiske tjenester og atferdsmessig eller materiell bistand. 4) Gjensidige vennskap og sosiale nettverk er også en form for sosial støtte. Ungdommens sosiale nettverk består gjerne av familiemedlemmer, venner, klassekamerater, romantiske forhold eller lignende. Det handler om å ha noen å dele tid og opplevelser sammen med (Mooney et al., 2007). Sosial forankring omfatter det totale omfanget av sosial støtte. Som ungdom, er man som regel involvert i flere nettverk – både familiært og sammen med andre jevnaldrende. Dette er stort sett stabilt, med lite endring, gjennom hele

ungdomsperioden. Det kan likevel være noe endring perioder der ungdommen får romantiske relasjoner eller lignende. Sosial forankring referer dermed til en kombinasjon av alle nettverkene som står sentralt for ungdommen, og hvor sterk relasjonen er (Mooney et al., 2007).

Denne oppgaven fokuserer på ungdommens totale omfang av sosial støtte i forhold til deres helseatferd. Sosial støtte, i denne oppgaven, referer til støtte fra familie, i skolen og fra andre voksne.

Forskning har vist at ulike sosiale mekanismer har en beskyttende effekt når det kommer til skadelige konsekvenser av stresseksponering over tid. Herunder kommer begreper som sosial innflytelse, sosial kontroll, selvfølelse, selvtillit, følelse av kontroll, tilhørighet og oppfattet sosial støtte. Disse sosiale mekanismene har alle vist en positiv korrelasjon når det kommer til psykisk og fysisk helse, og velvære (Thoits, 2011). Dette viser hvor viktig sosiale relasjoner er for en sunn utvikling. Selv om det i stor grad finnes enighet rundt den grunnleggende oppfatningen av sosial støtte, er det uenighet i viktigheten av styrken og kvaliteten på relasjonen. Dette kan beskrives ved hjelp av tre modeller (Mooney et al., 2007).

## **Modeller om sosial støtte**

### ***Protecting model/Beskyttende modell***

Den beskyttende modellen for sosial støtte bygger på forutsetningen om at stress har en skadelig påvirkningskraft på ungdommens utvikling (Mooney et al., 2007). Opplevelsen av stress er umulig å komme unna, men noen vil oppleve dette i betydelig større grad enn andre. Den beskyttende modellen antyder at våre reaksjoner på ulike stressorer modereres av sosial støtte. Støtte fra familie, venner, eller andre kan være en beskyttende faktor mot ellers negative reaksjoner og konsekvenser. Denne modellen tar likevel ikke høyde for hvilken type støtte en mottar, eller hvor sterk den er, ei heller hvilken type stress individet er utsatt for. Det

er uansett svært individuelt og situasjonsbetinget hvor sterk støtte en trenger for å håndtere stress (Mooney et al., 2007). I stressende situasjoner er det enkelt å ta dumme valg, eller benytte løsninger som virker enkle der og da. Sett i et helseatferd-perspektiv, kan sosial støtte fra foreldre og venner hjelpe ungdommen å håndtere slike situasjoner på en fornuftig måte.

### ***Threshold models/ Terskelmodell***

Terskelmodellen bygger på at den menneskelige utviklingen er avhengig av et spesifikt forhold i hver aldersperiode. Relasjonen mellom barn og foreldre er viktigst for de yngste barna, men jo eldre barnet blir, dess viktigere blir det også med jevnaldrende, vennskapelige eller kjærlighets-relasjoner. Selv om dette da tyder på at ungdommens relasjon til sine omsorgspersoner best dekker de grunnleggende behovene, betyr ikke det at sosial støtte fra foreldre blir mindre viktig når barnet blir ungdom (Mooney et al., 2007). Det viktigste er at individet får den støtten som er nødvendig. I en tidligere studie der ungdommer skulle rangere viktigheten av forhold til mor, far, søsken, og andre jevnaldrende, kan man se at vennskapelige relasjoner var viktigere for de eldste ungdommene, kontra de yngste (Mooney et al., 2007). Det kan for eksempel være enklere å skulke skolen hvis man ikke føler at man ikke har venner som bryr seg. Det samme kan gjelde for alkoholbruk og andre rusmidler, dersom man ikke har foreldre som bryr seg. Motsatt kan det være enklere og engasjere seg i samfunnsnyttige aktiviteter og fysisk aktivitet dersom en har venner og familie som motiverer seg.

### ***Additive modeller***

Den additive modellen bygger på den positive effekten av samspillet mellom flere gode relasjoner. Modellen peker på en positiv korrelasjon mellom sosial støtte og positiv utvikling. Mer støtte gir bedre utvikling (Mooney et al., 2007). Garmezy (1984) har utviklet en lignende modell der han drøfter motstandsdyktighet hos individet. Der foreslår han at beskyttende faktorer kan overskygge stressfaktorer, dersom barnet er motstandsdyktig. Barn



som opplever mye konflikt i hjemmet, søker ofte støtte og nærhet på andre arenaer, for eksempel hos besteforeldre (Shean, 2015). En studie som omhandler depresjon, stress, sosial støtte og vennskap, viste likevel at antall venner ikke hadde en positiv effekt på deres respons til stress (Martin, et al., 2013, s. 695). Det tyder på at vennskapets kvalitet er viktigere enn kvantitet. Dersom en omgir seg rundt mange venner som har dårlig innflytelse på individet, kan ikke vennskap sees som en helsefremmende faktor for ungdommen.

Den beskyttende, terskel- og additive modellen har ulike hovedfokus, og jobber derfor bra sammen. Den beskyttende modellen, og terskelmodellen, bygger på at individet krever en støttende relasjon, mens den additive modellen bygger på at flere relasjoner skaper en god effekt (Mooney et al., 2007). Likevel inneholder alle modellene mangler, da ingen av dem sier noe om både relasjon og styrke. Modellene utfyller hverandre på en god måte, da de tar for seg hver sine viktige aspekter i forhold til sosial støtte. Dersom en ser på alle modellene samlet, kan en få en bredere deskriptiv forståelse for hvor viktig god sosial støtte er. Network of Relationship Inventory (NRI; Mooney et al., 2007) er designet for å forklare hvordan ulike relasjoner utfyller hverandre. Forfatterne spesifiserer åtte ulike grunnleggende behov når det kommer til tilknytning og omsorg. 1) Beundring, 2) hengivenhet, 3) vennskap, 4) instrumentell hjelp, 5) intimitet, 6) pleie, 7) tillit og 8) tilfredshet (Mooney, Laursen, & Adams, 2007). Disse punktene har blitt brukt på tvers av ulike kulturer for å måle kvaliteten på ulike relasjoner, og er sammenlignet med individuelle livsutfall som for eksempel. ensomhet og depresjon, samlivsbrudd og skillsmisse. Familierelasjoner, vennskapelige relasjoner og romantiske relasjoner dekker ulike behov (Furman & Buhrmester, 2009). Derfor er det viktig med flere ulike sosiale relasjoner for en sunn utvikling.

## **Litteraturgjennomgang av tidligere studier om sosial støtte og helseatferd blant ungdommer**

Følgende seksjon skal ta for seg tidligere forskning på forhold mellom sosial støtte og helseatferd. Studiene som skal gjennomgås i litteraturgjennomgangen, er ikke hovedsakelig i perspektiv av PYD, da det finnes få studier hvor rammeverket er benyttet som retter seg spesifikt mot sosial støtte og helseatferd.

Med antakelse om at sosial støtte fra foreldre er den primære påvirkningen for ungdoms (<18 år) nivå av fysisk aktivitet, ble det gjennomført en systematisk undersøkelse som studerer dette forholdet (Beets, et al., 2010). Studien identifiserer fire kategorier for sosial støtte, instrumentell og betinget støtte (ligner på det som tidligere ble definert som *sosialt nettverk*), samt emosjonell og informativ støtte. Litteraturgjennomgangen består av artikler publisert på engelsk fra 1970 til august 2008. Gjeldene søkeord var *fysisk aktivitet, sport, barn, ungdom, foreldre* og *sosial støtte*. For studien ble det benyttet en narrativ tilnærming, noe som gjorde det mulig for forskeren å inkludere både kvalitative og kvantitative studier. For at artikler skulle bli inkludert i studien, måtte oppfattet sosial støtte fra foreldre være målt sammen med fysisk aktivitet. Blant 1322 artikler som samsvarte med søkeordene, ble totalt 80 artikler inkludert i studien (Beets, et al., 2010). Instrumentell støtte, viste seg å være en svært effektiv form for sosial støtte når det kommer til atferdsendring i forhold til ungdommens fysiske aktivitetsnivå. 17% av de gjennomgåtte artiklene viste dette. Både gutter og jenter som fikk transport til trening (altså instrumentell støtte), viste seg i gjentakende studier å være mer i aktivitet enn de som ikke fikk det. 27% av studiene viste at foreldre som er direkte involvert i aktiviteten (betinget støtte), er knyttet til økt aktivitetsnivå blant de yngste barna. Det ser derimot ut som at denne støtten ikke er like effektiv for eldre ungdommer (Beets, et al., 2010). På en annen side bør den emosjonelle støtten være tilstede for å motivere barnet/ungdommen til å vedlikeholde aktivitetsnivået. 47% av studiene viste at

emosjonell støtte i form av oppmuntring er involvert for å fremme aktivitetsnivå hos unge. Informativ støtte ser derimot ut til å ha liten effekt på barn og unge i forhold til fysisk aktivitet (Beets, et al., 2010). Totalt sett kunne forskerne konkludere med at sosial støtte fra foreldre, samlet sett, har en positiv effekt på fysisk aktivitetsnivå hos ungdom, og de ulike støttene har ulik effekt. En kan derfor ikke se en type støtte som betydelig viktigere enn en annen i forhold til sunn helseatferd.

En annen studie av Laird, et al., 2016 ble gjennomført for å se på hvordan sosial støtte kan fremme fysisk aktivitet, spesifikt hos ungdomsjenter. Den nevnte studien er en systematisk gjennomgang av hvordan ulike typer sosial støtte påvirker nivået av fysisk aktivitet. Ved hjelp av søkeordene *sosial støtte*, *fysisk aktivitet* og *ungdomsjenter*, ble det sortert ut artikler som kunne inkluderes i studien. Inklusjonskriteriene var engelske artikler som rapporterte sammenhengen mellom sosial støtte og fysisk aktivitet hos unge jenter i alderen 10 til 19 år (Laird, et al., 2016). De gjennomgåtte studiene representerer 21 forskjellige støttegivere, hovedsakelig foreldre eller andre omsorgsgivere, familiemedlemmer og venner, samt 14 typer sosial støtte. Forskjellige typer sosial støtte som ble studert, var hovedsakelig emosjonell støtte, instrumentell støtte og informativ støtte. Alle støttegiverne, utenom lærere, viste signifikante sammenhenger når det kommer til fysisk aktivitet hos unge jenter. Emosjonell støtte, i form av oppmuntring, viser en liten, men signifikant sammenheng med fysisk aktivitet. Instrumentell støtte viste generelt sett mindre assosiasjoner til fysisk aktivitet, men utvalget for denne støtten var lav. Blant seks tilgjengelige studier som så på dette, viste likevel sammenhengen mellom instrumentell støtte fra foreldre (og mor) og fysisk aktivitet, positiv signifikans. Totalt sett, viser forholdet mellom sosial støtte og fysisk aktivitet blant unge jenter, en positiv assosiasjon (Laird, et al., 2016).

Tidligere forskning har også funnet en sammenheng mellom sosial støtte og forskjellige risikoatferd. For å undersøke forholdet mellom sosial støtte og alkoholbruk- og

misbruk blant ungdom, gjennomførte Hamdan-Mansour (2016) en større litteraturstudie. Studien ble gjennomført ved artikkelsøk, og gjennomgang av eksisterende litteratur som omhandlet ungdoms rusbruk- og misbruk. Søket ble gjennomført i perioden januar 2000 til desember 2015. Følgende databaser ble benyttet: Medline/Pubmed, PsycINFO, Google Scholar, British Nursing Index, Pro-Quest, Elsevier, EBSCOhost, and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) (Hamdan-Mansour, 2016). Studien hadde ingen geografiske begrensninger og inkluderte artikler uavhengig av design, men vurderte kun artikler som ble publisert på arabisk og engelsk (Hamdan-Mansour, 2016).

Litteraturgjennomgangen tydet på at alkoholproblemer blant unge, nesten alltid følger med annen risikoatferd. Heriblant dårlige skoleprestasjoner, kriminalitet, promiskuøs seksualitet og uforsiktig atferd i trafikken. De fant følgende at sosial støtte kan påvirke individets atferd når det kommer til daglig aktivitet, tradisjoner og helsepraksis, noe som igjen vil redusere risiko for fysisk sykdom (Hamdan-Mansour, 2016). Den gjennomgåtte litteraturen som omhandlet sosial støtte og alkoholbruk blant ungdom, viste at sosial støtte har en beskyttende effekt på ungdommens alkoholbruk. Gruppepress blant jevnaldrende ser ut til å være en stor prediktor for alkoholbruk- og misbruk blant unge, men foreldrestøtte har en større effekt på helseatferd generelt (Hamdan-Mansour, 2016).

En annen studie av Springer, et al. (2005) undersøker sammenhengen mellom opplevd sosial støtte fra foreldre og samhørighet i skolen med risikoatferd hos ungdom. Type risikoatferd som ble studert var blant annet slåssing, rusmiddelbruk og seksuell atferd. Utvalget bestod av 930 jenter og gutter ved en offentlig ungdomsskole i El Salvador (Springer, et al., 2005). I studien er det benyttet et spørreskjema, som omfatter spørsmål om foreldre- og skoleforhold, samt risikoatferd. Regresjonsanalyse for studien viste at jenter som opplevde lav sosial støtte fra foreldre knyttet til all risikoatferd. Jenter som opplevde lav sosial støtte i skolen var knyttet til økt grad av selvmordstanker, overstadig beruselse og

narkotikabruk. Blant guttene som rapporterte lav sosial støtte fra foreldre, var det signifikant større sannsynlighet for økt grad av selvmordstanker, narkotikabruk og slåssing. Lav opplevd sosial støtte i skolen, viste blant guttene økt sannsynlighet for slåssing, men mindre sannsynlighet for overstadig beruselse (Springer, et al., 2005). Studien gir altså grunn til å anta at opplevd sosial støtte, gir ulike utfall i risikoatferd blant jenter og gutter.

En eldre studie (McNeely & Faici, 2004) fra 1994-1995, ønsket å finne ut hvordan sosial støtte henger sammen med risikoatferd hos ungdom. Bakgrunnen for studien, var at utdanningsrelatert forskning har funnet at opplevd sosial støtte skaper en følelse av tilhørighet, noe som igjen gir økt engasjement og motivasjon hos ungdommen. McNeely og Faici ønsket å se på om sosial støtte, kunne gi lignende utfall for helseatferd (McNeely & Faici, 2004). Utvalget var plukket ut fra 80 tilfeldige videregående skoler i USA. Totalt 20745 elever deltok på studien, som ble gjennomført ved hjelp av spørreskjema på skolen. Videre var ca. 88% av deltakerne med på intervjuer under 1 år senere. Studien adresserte to typer skolestøtte; opplevd lærerstøtte og sosial tilhørighet. Spørsmålene som ble stilt omhandlet blant annet trivsel, nærhet, rettferdighet og forhold til lærer. Type helseatferd som ble sett på i denne studien var; sigarettøyking, alkoholbruk, marihuana bruk, selvmordstanker, sex-relatert helseatferd og våpenrelatert vold. For kontrollspørsmål stilte de også demografiske spørsmål som omhandlet blant annet etnisitet, kjønn og alder, i tillegg til spørsmål om depresjon, forhold med foreldre og akademiske ferdigheter (McNeely & Faici, 2004). Gjennomsnittlig, rapporterte de fleste elevene om god tilhørighet og støtte fra skolen. Forekomsten av risikoatferd blant elevene var samlet sett lavt. Første runde med spørreskjema viste at 27% av deltakerne hadde prøvd sigaretter i løpet av forrige måned, hvor halvparten ble kvalifisert som «eksperimentelle røykere». For alkohol, hadde 17% av deltakerne eksperimentert, og 9% rapporterte at de drakk seg full to-tre ganger i måneden eller mer. 13% hadde brukt marihuana i løpet av siste måned. 23% hadde drevet med våpenrelatert vold minst én gang i løpet av det

siste året. Når det kom til seksuell atferd hadde en tredjedel av utvalget debutert. 9% av deltakerne hadde hatt seriøse selvmordstanker (McNeely & Faici, 2004). Etter 2. runde (intervjurunden), kunne de se stabilitet i forhold til deltakerens involvering i risikoatferd. De største endringene var i forhold til eksperimentell, eller sporadisk bruk. I forhold til sosial støtte, fant de at lærerstøtte er en beskyttende faktor for sigarettøyking, alkoholbruk og marihuana, både patologisk og adaptivt. Tilhørighet viste derimot ingen beskyttelse når det kommer til denne typen risikoatferd. De fant derimot at sosial tilhørighet i skolen er en risikofaktor for røyking og alkohol. Lærerstøtte beskytter også mot selvmordstanker/forsøk, første samleie og vold. Følgende intervjurunder som skjedde 1 år etter spørreundersøkelsen viste at deltakerne som tidligere var involvert i risikoatferd, var mindre sannsynlig til å engasjere seg i denne atferden igjen dersom de opplever lærerstøtte. For vold, fant de at lærerstøtte faktisk kan føre opphør i atferden (McNeely & Faici, 2004).

### **Studiens mål og problemstilling**

Selv om Bensons rammeverk for utviklingsressurser er brukt mye i forskning, er det lite forskning som retter seg spesifikt mot sammenhengen mellom sosial støtte og helseatferd. I tillegg er mye av forskningen som finnes om sosial støtte og helseatferd, gjort på ungdom i USA, eller på tvers av ulike kulturer. Denne studien ser på sosial støtte fra foreldre, i skolen og fra andre voksne i forhold til sunn atferd (altså fysisk aktivitet), risikoatferd og illegal/straffbar atferd. Målet er å undersøke denne sammenhengen i en norsk kontekst. Problemstillingen er derfor formulert slik; «*Hvordan henger sosial støtte sammen med helseatferd hos ungdom?*». Tidligere studier viser at sosial støtte har en positiv effekt på ungdoms helseatferd. Basert på dette, forventer vi også å finne positive sammenhenger mellom sosial støtte og fysisk aktivitet, samt negative sammenhenger mellom sosial støtte og risikoatferd. Oppgavens hypotese er derfor at ungdom som mottar sosial støtte rapporterer

høy score i sunn atferd og lavere score i risiko- og straffbar/illegal atferd. Hypotesen er formulert på denne måten, på grunn av den trenden vi kan se i tidligere studier.

### **Metode**

Denne seksjonen presenterer metodikken til følgende studie. Begrunnelse for valg av metode, samt studiedesign blir nøye forklart. Videre vil også studiens utvalg, målinger, prosedyre, etiske refleksjoner og dataanalyser bli skildret.

### **Studiens design**

I denne studien er det blitt benyttet kvantitativ metode til innsamling av data. Den grunnleggende inndelingen når det kommer til forskningsmetoder er kvantitativ, kvalitativ og såkalt mixed methods (blandet metode). En blandet metode inneholder aspekter fra både kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Skillet mellom kvantitativ og kvalitativ tilnærming, er at kvalitativ metode går i dybden på større, åpne spørsmål, mens kvantitativ metode representerer statistikk over presise, lukkede spørsmål. Kjent for kvantitativ forskning, er å teste teorier ved å studere forholdet mellom ulike variabler (Creswell, 2009). Et slikt forskningsdesign (kvantitativ metode), gjør det mulig å samle inn numeriske data. I denne studien brukes dataen til å teste forholdet mellom sosial støtte og helseatferd hos ungdom. Valg av analyse kan bidra til å måle grad av variabel, og hvor sterkt forholdet er. Krysstabellen gir et oversiktlig innblikk i hva respondentene har svart. Videre analyser måtte kjøres for å kunne si noe om sammenheng. Korrelasjonsanalyse ble benyttet, for å undersøke sammenhengen mellom sosial støtte og helseferd. Dette gir mulighet til å estimere sannsynlighet for et utfall, ut ifra en gitt variabel. Ved hjelp av regresjonsanalyse kunne det identifiseres hvilken form for sosial støtte som hadde størst betydning for ungdommens helseatferd, og si noe om faktisk sammenheng. Målet med nåværende studie var å teste

hypotesen om at økt grad av sosial støtte fra familie, skole og andre voksne vil føre til økt grad av sunn helseatferd, og redusere sannsynlighet for risikoatferd og straffbar/illegal atferd. Derfor er kvantitativ tilnærming for studien et ypperlig valg av metode.

Studien er en del av et større internasjonalt prosjekt, som blant annet søker å undersøke tilgjengeligheten til utviklingsressursene (sosial støtte, myndiggjøring, grensesetting og forventninger, konstruktiv tidsbruk, forpliktelser til å lære, positive verdier, sosial kompetanse og positiv identitet) og hvordan disse bidrar til en positiv ungdomsutvikling. Datainnsamlingen for det internasjonale prosjektet startet i 2014, og involverer forskere fra over 30 land i hele verden. Temaer som tas opp i forskningen er følgende: risiko- og helseatferd, jobcrafting i skolesammenheng, holdninger og verdier i forhold til klima og miljø og positive resultater. Forskerne jobber mot å utvikle programmer og tiltak som skal legge til rette for en positiv ungdomsutvikling (Wiium & Dimitrova, 2019)

## **Utvalg**

Denne studien er basert på et ikke-tilfeldig utvalg med 591 respondenter. Dataen er samlet inn fra norske elever i en offentlig videregående skole i Bergen. Respondentenes alder varierte mellom 15 til 19 år, og blant 531 gitte svar er snittalderen på 16,7 år. 586 respondenter ga opplysning om kjønn, blant dem var det 260 menn og 326 kvinner. Det tilsvarer en gyldig prosent på 44,4% menn og 55,2% kvinner. 388 deltakere svarte på spørsmål om bosituasjon; av disse oppgir 67,3% at de bor sammen med både mor og far, 19,3% bor mest sammen med mor, mens 4,2% bor mest sammen med far, 5,8% bor like mye med mor som med far, 1,4% bor med andre voksne og 1,5% rapporterer at de bor alene. Videre svarer 589 respondenter på spørsmål om hvor de bor. 71,7% oppgir at de bor i en stor by, 5,8% bor i en liten by, 15,6% bor på et tettsted og 6,6% bor på landet. Når det kommer til



mor og fars utdannelse, rapporterer 56,3% av respondentene at de har en far med universitets- eller høyskole utdanning, og 67,3% rapporterer at de har en mor som har det.

## **Målinger**

### ***Demografiske variabler***

Respondentene ble stilt flere spørsmål for å kartlegge blant annet kjønn, alder, bosituasjon og lokasjon, samt mor og fars utdanningsnivå. De demografiske variablene som vil bli benyttet i oppgaven er *kjønn* (menn og kvinner), *alder* (hvor gammel de var) og *foreldrenes utdanningsnivå* (fra ingen utdanning til universitetsutdanning).

### ***Sosial støtte***

Variablene for sosial støtte er målt ved hjelp av et spørreskjema utviklet av Peter Benson og Search Institute («Developmental Assets Profile») (DAP; Search Institute, 2016). Spørreskjemaet er brukt i ungdomsforskning i over 20 år, og gir en pålitelig og gyldig vurdering av styrker, støtter og ikke-kognitive faktorer som ligger til grunn for en suksessfull utvikling hos unge (Search Institute, 2016). Dimensjonene for sosial støtte som ble målt, er sosial støtte fra foreldre, i skolen og fra andre voksne. Spørreskjemaet inneholder syv (7) spørsmål for å kartlegge disse variablene. Familiestøtte ble målt gjennom fire (4) spørsmål som dekker blant annet kommunikasjon og engasjement. Eksempel: «Jeg ber foreldrene mine om råd». Skolestøtte ble målt gjennom ett (1) spørsmål om hvordan eleven opplever skolen som et oppmuntrende sted hvor læreren bryr seg. Eksempel: «Min skole tilbyr et omsorgsfullt og oppmuntrende miljø». Støtte fra andre voksne ble målt gjennom to (2) spørsmål som dekker ungdommens oppfatning av mottatt støtte fra voksne utenfor familien. Eksempel: «Jeg får støtte fra andre voksne enn foreldrene mine». Likert-skala er blitt brukt for å måle grad av de tre dimensjonene for sosial støtte. Svarene er gradert fra 1-4, hvor 1 tilsvarer «overhode

ikke eller sjelden» og 4 tilsvarer «ekstremt mye eller nesten alltid». Høy score på disse spørsmålene indikerer høyt nivå sosial støtte.

For denne studien viser cronbach's alpha for sosial støtte en verdi på  $\alpha=.81$ . For de sosiale støttene som ble målt med mer enn ett spørsmål, viste alphaen for familiestøtte en verdi på  $\alpha=.82$ . Støtte fra andre voksne viser en cronbach's alpha på  $\alpha=.52$ . Det viser en sterk reliabilitet for sosial støtte og familie støtte. Støtte for andre voksne viser noe svakere reliabilitet.

Scales et al. (2019) gjennomførte en studie på relasjon mellom lærer og elev i forhold til motivasjon og prestasjon, og fant en god reliabilitet mellom støtte og utvikling,  $\alpha=.79$  og  $.84$ . En lignende studie undersøkte hvordan utviklingsressurser kunne påvirke resultater i skolen. Cronbach's alpha for familie støtte er  $\alpha=.073$ , og for skole (inkl. miljø, forventninger og nærhet til skolen)  $\alpha=.80$  (Scales et al, 2006). En studie blant LGBT (lesbian, gay, bisexual, transgender)-ungdom viser en intern konsistens til sosial støtte,  $\alpha=.89$  (McConnell et al., 2015.) En større undersøkelse som ser på betydningen av de ulike utviklingsressursene på tvers av ulike kulturer, viser en intern konsistens for sosial støtte,  $\alpha=.80$  i USA,  $\alpha=.85$  i Japan,  $\alpha=.70$  i Lebanon og Albania (Scales, 2011). For opplevd sosial støtte og risikoatferd, viste opplevd sosial støtte fra foreldre en intern konsistens på  $\alpha=.94$ , og opplevd sosial støtte i skolen  $\alpha=.79$  (Springer, et al., 2005). McNeely og Faici (McNeely & Falci, 2004) sin studie på opplevd skolestøtte viste et utmerket reliabilitet når det kom til tilhørighet,  $\alpha=.78$ , men var noe svakere når det kom til opplevd støtte fra lærer,  $\alpha=.63$ .

### ***Helseatferd***

Det samme spørreskjemaet (Search Institute, 2016) inkluderer også spørsmål om deltakerens helseatferd. Helseatferd i tre ulike kategorier er brukt; *sunn atferd*, *risikoatferd* og *illegal/straffbar atferd*. De aktuelle spørsmålene er stilt med ja/nei avkrysning. For å måle sunn helseatferd er følgende spørsmål brukt: «Jeg driver med fysisk aktivitet (i minst 30

minutter) to eller flere ganger hver uke». Spørsmålene for risikoatferd er «Har du skulket skolen/forelesninger en eller flere ganger de siste 4 ukene?» og «har du drukket alkohol en eller flere ganger de siste 30 dagene?», «Har du vært full en eller flere ganger de siste 30 dagene?» og straffbar/illegal atferd «Har du skadet noen fysisk en eller flere ganger de siste 12 månedene?».

### **Prosedyre og etiske vurderinger**

Prosjektet er godkjent av Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK). Datainnsamlingen fant sted i 2015. Informert samtykke ble hentet ut gjennom flere instanser, både skolens ledelse og deltakerne. Her ble det informert om både mål og prosedyre for studien. 70% av elevene svarte på undersøkelsen. Estimert tid var på 40 minutter, og elevene fikk gjennomføre undersøkelsen i skoletiden. Semantix Translations Norway AS, et byrå med spesialitet innenfor tolk og oversettelse, har oversatt spørreskjemaet fra engelsk til norsk. Dette var for å unngå språkmisforståelser. Den norske versjonen ble gjort tilgjengelig for deltakerne, som gjennomførte undersøkelsen digitalt.

Den nasjonale forskningsloven (1974) innebærer beskyttelse av deltakere blant annet innenfor atferdsforskning. Det finnes en rekke etiske retningslinjer som må følges for å kunne gjennomføre forskning som involverer mennesker. Blant annet stilles det risiko-nytte kriterier, og krav om informert samtykke innenfor slike forskningsmiljø (The Belmont Report, 1979). Dette innebærer blant annet at forskning som inneholder data om mennesker samles inn, bearbeides og lagres på en trygg måte (Norsk Senter for forskningsdata). Deltakere i denne studien er informert om studiens formål og metode, og er sikret anonymitet.

## Dataanalyse

Ved hjelp av «IBM Statistical Package for the Social Science» (SPSS) ble det gjennomført krysstabellanalyser, korrelasjonsanalyse og regresjonsanalyse. Følgende analyser er valgt for å undersøke hvorvidt sosial støtte korrelerer med helseatferd. Krysstabellanalysen gir innsikt i frekvensfordelingen mellom de avhengige variablene, mot de demografiske variablene. De avhengige variablene som er blitt målt i krysstabellanalysen er *fysisk aktivitet*, *alkoholbruk*, *skulking* og *vold* som henholdsvis gjenspeiler de tre typene atferd som er studert (sunn atferd, risikoatferd og straffbar/illegal atferd). Videre ble korrelasjonsanalysen utført for å måle i hvilken grad disse variablene samvarierer med hverandre. Regresjonsanalysen vil vise sammenhengen mellom avhengige, uavhengige og demografiske variabler. De avhengige variablene i denne studien er binær (ja/nei). Det er derfor blitt benyttet fire sett med logistisk regresjonsanalyse for å estimere relasjoner mellom variablene. De demografiske variablene som ses på er *alder*, *kjønn* og *foreldres utdanningsnivå* da disse tidligere har vist å ha implikasjon for rapportering av sosial støtte som utviklingsressurser (Wiium, et al., 2018). Studiens deltakere var mellom 15 og 19 år gamle. Variabelen *kjønn* er kodet til verdi 1 (gutt) og 2 (jente). *Foreldrenes utdanningsnivå* ga opprinnelig 7 svaralternativer. «Universitet eller høyskole», «teknisk fagskole/yrkesskole», «videregående», «grunnskole», «ingen utdanning», «vet ikke» eller «har ikke». Dette ble omkodet til to verdier, «VGS eller mindre» og «mer enn VGS». De som har svart «vet ikke» eller «har ikke», er lagt inn som «missing». Statistisk signifikansnivå i analysen er  $p < 0,05$ .

Preliminære analyser brukte kurtosis og skewness for å sjekke normalfordeling for sosial støtte variabler. Kurtosis referer til den grad utvalget klynger seg i distribueringen. En positiv kurtosis (leptokurtic) fordeler seg i såkalte «tunge haler», som vil si at normalfordelingen er «spiss». En negativ kurtosis (platykurtic) «tynne/lette haler», klynger seg mer og er flatere enn normalt. Skewness sier noe om normalfordelingens symmetri. En

positiv skew, sprer seg mer i den nedre enden, og halen peker mer mot de høye scorene. Motsatt sprer en negativ skew seg i den øvre enden, med en hale som peker mot de nedre scorene (Field, 2018, ss. 23-24). Ideelt sett ønsker man et datasett som ikke er for mye kurtosis eller skewness på. Standard normalfordeling tilsvarer en kurtosisverdi eller skewness mellom 3.0 og -3.0 (DeCarlo, 1997). For denne studien ligger kurtoseverdien for sosial støtte på .209 (familiestøtte), -.078 (skolestøtte) og -.614 (støtte fra andre voksne). Skewness for sosial støtte ligger på -.880 (familiestøtte), -.467 (skolestøtte) og .222 (støtte fra andre voksne). Det tilsvarer en grei normalfordeling på variabelen for sosial støtte.

«Missing» data, ble håndtert ved hjelp av «pairwise deletion» i SPSS. For demografiske variabler og spørsmål om sosial støtte, ligger «missing» på 0-1%, med unntak av spørsmål om alder som ligger på 10% «missing». Spørsmålene om helseatferd, ligger på 6-7,5% «missing data».

## Resultater

### Krysstabell for helseatferd og demografiske variabler

Krysstabell (tabell 1) viser oversikt over frekvens for de avhengige variablene (*fysisk aktivitet, alkoholbruk, vold og skulking*) og hvordan de varierer med de demografiske variablene (*alder, kjønn, fars utdanningsnivå og mors utdanningsnivå*).

### ***Krysstabell for fysisk aktivitet, alkoholbruk, vold, skulking og alder***

83% ( $n=414$ ) i alderen 15-19 år, oppgir at de driver med 30 minutter aktivitet, eller mer, to eller flere dager i uken. Grad av fysisk aktivitet viser ingen indikasjon til å ha en alderssammenheng. Resultatene for *fysisk aktivitet* og *alder* er ikke-signifikant,  $X^2 (N=499) = 2,373, p = 0,795$ . 16 åringene scorer høyest, men også lavest på fysisk aktivitet. 35,5% ( $n=177$ ) oppgir at de er fysisk aktiv. 6,6% ( $n=33$ ) oppgir at de ikke er fysisk aktiv.

Resultatene for *alkoholbruk* og *alder* viser en sammenheng,  $X^2 (N=497) = 104,770$ ,  $p = 0,00$ . Sammenhengen er positivt signifikant, noe som betyr at de eldre ungdommene viser høyere grad av alkoholbruk. Totalt 55,9% ( $n=278$ ) av respondentene oppgir at de har drukket alkohol de siste 30 dagene. Blant de som er 17 år har 22,7% ( $n=113$ ) svart at de har drukket alkohol de siste 30 dagene, sammenlignet med 8,5% ( $n=42$ ) som oppgir at de ikke har det. I de andre aldersgruppene er det stort overtall blant dem som har svart «nei» (for detaljer, se tabell 1).

Resultatene for *vold* og *alder* viser at blant dem som oppgir at de har skadet noen fysisk de siste 12 månedene, er det høyest andel blant 16- og 17-åringene. Totalt 4,8% ( $n=24$ ) oppgir at de har utøvd fysisk vold de siste 12 månedene, blant disse er 1,8% ( $n=9$ ) 16-åring og 1,8% ( $n=9$ ) 17-åring. Imidlertid viser resultatet en ikke-signifikant sammenheng,  $X^2 (N=495) = 1,491$ ,  $p = 0,914$  mellom vold og alder.

Når det kommer til *skulking* og *alder*, kan vi se en signifikant sammenheng,  $X^2 (N=495) = 15,731$ ,  $p = 0,008$ . Dette indikerer at de eldste ungdommene skulker mest. 15,6% ( $n=77$ ) oppgir at de har skulket skolen en eller flere ganger de siste 4 ukene. Størst andel av disse er 17-åringene med 5,5% ( $n=27$ ) og 18-åringene med 5,1% ( $n=25$ ).

#### ***Krysstabell for fysisk aktivitet, alkoholbruk, vold, skulking og kjønn***

Resultatene i tabell 1 viser ingen kjønnsforskjeller i forhold til *fysisk aktivitet*,  $X^2 (N=551) = 0,4$ ,  $p = 0,839$ . Sammenhengen er ikke-signifikant. 36,7% ( $n=202$ ) av guttene og 46,1% ( $n=254$ ) av jentene oppgir at de driver med fysisk aktivitet 30 minutter eller mer, to eller flere dager i uken. Totalt 82,8% ( $n=456$ ) av ungdommene holder seg aktiv daglig.

Resultatene for *alkoholbruk* og *kjønn* viser en signifikant sammenheng,  $X^2 (N=547) = 9,292$ ,  $p = 0,002$ . Totalt 44,8% rapporterer at de har drukket alkohol de siste 30 dagene. Blant disse er 34% ( $n=186$ ) jenter og 21,2% ( $n=116$ ) gutter. Det er en høyere andel jenter som har drukket alkohol de siste 30 dagene, enn det er gutter (se tabell 1).

Resultatene for *vold* og *kjønn* viser en signifikant sammenheng når det kommer til utøvelse av fysisk vold,  $X^2 (N=544) = 8,147, p = 0,004$ . Totalt 4,6% ( $n=25$ ) oppgir at de har skadet noen fysisk de siste 12 månedene. Flere gutter har brukt fysisk vold, enn jenter. 3,3% ( $n=18$ ) gutter har utøvd vold, mot 1,3% ( $n=7$ ) jenter.

Resultatene for *skulking* og *kjønn* viser en ikke-signifikant sammenheng,  $X^2 (N=543) = 0,720, p = 0,396$ . Totalt 15,7% ( $n=85$ ) har skulket skolen en eller flere ganger de siste 4 ukene. Her er 6,3% ( $n=34$ ) av respondentene gutter, og 9,4% ( $n=51$ ) jenter.

### ***Krysstabell for fysisk aktivitet, alkoholbruk, vold, skulking og fars utdanningsnivå***

Resultatene viser at sammenhengen mellom *fysisk aktivitet* og *fars utdanningsnivå* ikke er signifikant,  $X^2 (N=482) = 2,655, p = 0,103$ . 72,6% ( $n=350$ ) av ungdommene som rapporterer at de driver med fysisk aktivitet to eller flere dager i uken, oppgir farens utdanningsnivå som «Mer enn VGS». Sammenlignet, er det 11,6% ( $n= 56$ ) som oppgir at farens utdanningsnivå er mindre enn vgs.

Resultatene viser at sammenhengen mellom *alkoholbruk* og *fars utdanningsnivå* er ikke-signifikant,  $X^2 (N=480) = 0,957, p = 0,328$ . Totalt 55,8% av ( $n=268$ ) svarer ja på at de har drukket alkohol de siste 30 dagene. Blant disse, oppgir 46,7% ( $n=224$ ) av ungdommene at de har en far med utdanning høyere enn VGS. 9,2% ( $n= 44$ ) av ungdommene som har drukket alkohol i løpet av de siste 30 dagene rapporterer «mindre enn VGS» på spørsmål om farens utdanningsnivå.

Resultatene viser en ikke-signifikant sammenheng for utøvelsen av *vold* og *fars utdanningsnivå*,  $X^2 (N=477) = 3,113, p = 0,078$ . 4,4% ( $n=21$ ) oppgir at de har utøvd vold de siste 12 månedene. 3,1% ( $n=15$ ) av disse rapporterer at farens utdanningsnivå er høyere enn VGS. 1,3% ( $n= 6$ ) av de som har utøvd vold i løpet av de siste 12 månedene har en far med utdanningsnivå lavere enn VGS.

Resultatene for *skulking* og *fars utdanningsnivå* er ikke-signifikant,  $X^2 (N=476) = 0,082, p = 0,774$ . 15,8% ( $n=75$ ) har skulket skolen en eller flere ganger de siste 4 ukene. 13,2% ( $n=63$ ) av de som har skulket, rapporterer at farens utdanningsnivå er «Mer enn VGS», og 2,5% ( $n=12$ ) rapporterer at farens utdanningsnivå er «mindre enn VGS».

#### ***Krysstabell for fysisk aktivitet, alkoholbruk, vold, skulking og mors utdanningsnivå***

Resultatene viser at *fysisk aktivitet* og *mors utdanningsnivå* ikke har noen sammenheng,  $X^2 (N=504) = 0,911, p = 0,340$ . Denne relasjonen er ikke-signifikant.  $N=430$  har mor med utdanningsnivå høyere enn VGS, av disse er 71,8% ( $n=362$ ) i fysisk aktivitet minst 30 minutter to eller flere dager i uken. 11% ( $n= 59$ ) av de som er i fysisk aktivitet, har en mor med utdanning mindre enn VGS.

Resultatene for *alkoholbruk* og *mors utdanningsnivå* viser at sammenhengen ikke er signifikant,  $X^2 (N=502) = 3,636, p = 0,057$ . Totalt 54,8% ( $n=275$ ) rapporterer at de har drukket alkohol de siste 30 dagene, 48,2% ( $n=242$ ) av disse har en mor med utdanning høyere enn VGS. Av de som har drukket alkohol, har 6,6% ( $n= 33$ ) en mor med utdanning mindre enn VGS.

Resultatene viser ingen signifikans i sammenhengen mellom *vold* og *mors utdanningsnivå*,  $X^2 (N=499) = 0,049, p = 0,826$ . Blant 4,6% ( $n=23$ ) som oppgir at de har skadet noen fysisk de siste 12 månedene, har 4% ( $n=20$ ) en mor med utdanning høyere enn VGS. Bare 0,6% ( $n= 3$ ) av de som har utøvd vold har en mor med utdanning mindre enn VGS.

Resultatene for *skulking* og *mors utdanningsnivå* viser en ikke-signifikant sammenheng,  $X^2 (N=498) = 0,304, p = 0,581$ . Totalt 15,7% ( $n=78$ ) har skulket skolen en eller flere ganger de siste 4 ukene. Blant de som oppgir at de har skulket, er det 13,7% ( $n=68$ ) ungdommer som har en mor med utdanning høyere enn VGS, og 2% ( $n=10$ ) som rapporterer at morens utdanningsnivå er «mindre enn VGS».



**Korrelasjonsanalyse mellom demografiske variabler, sosial støtte og helseatferd blant ungdommer.**

Den demografiske variabelen, *alder*, har en signifikant korrelasjon med både variabler for sosial støtte og helseatferd. Risikoatferdene, *alkoholbruk* ( $r = .402, p < .01$ ) og *skulking* ( $r = .129, p < .01$ ) viser en positiv korrelasjon med *alder*. Dette betyr at jo eldre ungdommen er, jo mer tilstede er atferden. *Alder* har en negativ korrelasjon med *Andre Voksne støtte* og *Alle støtte*, noe som indikerer at de eldste ungdommene mottar mindre støtte enn de som er yngre (se tabell 2).

*Kjønn* viser en positiv korrelasjon med *alkoholbruk* ( $r = .130, p < .01$ ) og en negativ korrelasjon med *vold* ( $r = -.122, p < .01$ ). Positiv korrelasjon i forhold til kjønn indikerer at jentene er i flertall, og negativ korrelasjon indikerer at guttene er i flertall. Det betyr, i følge korrelasjonsanalysen, at jentene drikker mer alkohol og at guttene utøver mer vold. Det finnes også en positiv korrelasjon til både *familiestøtte* ( $r = .154, p < .01$ ) og *Alle støtte* ( $r = .122, p < .01$ ). Resultatene indikerer at jentene mottar mer familiestøtte, men også støtte generelt, enn det guttene oppgir at de gjør.

*Fars utdanningsnivå* viser ikke statistisk signifikans med verken variablene for *støtte*, eller *helseatferd*. Det betyr at fars utdanningsnivå ikke har noe betydning for grad av sosial støtte og helseatferd hos ungdommer. *Mors utdanningsnivå* viser derimot en positiv signifikant korrelasjon med *Familiestøtte* ( $r = .093, p < .05$ ) og *Alle Støtte* ( $r = .091, p < .05$ ). Det betyr at ungdommene som har mødre med høyere utdanning enn VGS mottar mer støtte. Det er imidlertid ikke funnet signifikant korrelasjon mellom *mors utdanningsnivå* og helseatferd.

*Familiestøtte* har en signifikant korrelasjon med *fysisk aktivitet* ( $r = .154, p < .01$ ), *vold* ( $r = -.248, p < .01$ ) og *skulking* ( $r = -.132, p < .01$ ). Positiv korrelasjon med fysisk aktivitet betyr at atferden er mer tilstede hos ungdommene som mottar familiestøtte. Korrelasjonene

mellom familiestøtte og risikoatferd er negativ, noe som indikerer at mye familiestøtte gir svakere risikoatferd. Videre, har familiestøtte også positivt signifikante korrelasjoner med *skolestøtte* ( $r = .392, p < .01$ ), *Andre Voksne Støtte* ( $r = .481, p < .01$ ) og *Alle Støtte* ( $r = .917, p < .01$ ). Det betyr at ungdommene som oppgir at de mottar mye familiestøtte, i tillegg mottar mer støtte fra skolen og andre voksne.

*Skolestøtte* viser en negativ korrelasjon til *alkoholbruk* ( $r = -.148, p < .01$ ), *vold* ( $r = -.141, p < .01$ ) og *skulking* ( $r = -.118, p < .01$ ). Det betyr at risikoatferd er mindre tilstede hos ungdommene som oppgir at de mottar skolestøtte. Korrelasjonen til *Andre Voksne Støtte* ( $r = .273, p < .01$ ) og *Alle Støtte* ( $r = .550, p < .01$ ) er signifikant positiv. Positiv signifikans i denne sammenheng betyr at ungdom som mottar skolestøtte også mottar støtte fra andre voksne og «alle».

Støtte fra *Andre voksne* har en positiv signifikant korrelasjon med sunn helseatferd, *fysisk aktivitet* ( $r = .145, p < .01$ ), og en negativ signifikant korrelasjon med helseatferdene *alkoholbruk* ( $r = -.152, p < .01$ ), *vold* ( $r = -.109, p < .05$ ) og *skulking* ( $r = -.131, p < .01$ ). Støtte fra andre voksne gir altså økt grad av sunn helseatferd, og mindre grad av risiko- og illegal/straffbar atferd.

For å samle de uavhengige variablene til én enhet, ble sosial støtte fra familie, skole og andre voksne slått sammen til «*alle støtte*». Korrelasjonen mellom *alle støtte* og *helseatferd* viser en negativ korrelasjon med *alkoholbruk* ( $r = -.117, p < .01$ ), *vold* ( $r = -.233, p < .01$ ) og *skulking* ( $r = -.159, p < .01$ ). Følgende støtte har en positiv korrelasjon med *fysisk aktivitet* ( $r = .163, p < .01$ ). Det tyder på at mye støtte gir mindre sannsynlighet for risikoatferd og illegal/straffbar atferd, og økt sannsynlighet for sunn atferd.

*Fysisk aktivitet* har også en negativ signifikant korrelasjon med *skulking* ( $r = -.107, p < .05$ ), noe som indikerer at de ungdommene som driver med fysisk aktivitet ikke skulker. *Alkoholbruk* har en positiv signifikant korrelasjon til *vold* ( $r = .127, p < .01$ ) og *skulking*

( $r=.214, p < .01$ ). *Vold* har også en positiv signifikant korrelasjon med *skulking* ( $r=.148, p < .01$ ). Det tyder på at de ungdommene som er involvert i risikoatferd, også er involvert i illegal atferd. For detaljer, se tabell 2.

**Tabell 1***Krysstabell for demografiske variabler og fysisk aktivitet, alkoholbruk, Vold og Skulking*

Demografiske variabler	Fysisk aktivitet			Alkoholbruk*			Vold**			Skulking ***		
	Ja n (%)	Nei n (%)	Total N (%)	Ja n (%)	Nei n (%)	Total N (%)	Ja n (%)	Nei n (%)	Total N (%)	Ja n (%)	Nei n (%)	Total N (%)
<b>Alder*, ***</b>												
15	23 (4,6)	4 (0,8)	27 (5,4)	9 (1,6)	18 (3,6)	27 (5,2)	2 (0,4)	24 (4,8)	26 (5,2)	5 (1)	21 (4,2)	26 (5,2)
16	177 (35,5)	33 (6,6)	210 (42,1)	68 (13,7)	141 (28,4)	209 (42,1)	9 (1,8)	200 (40,4)	209 (42,2)	19 (3,8)	190 (38,4)	209 (42,2)
17	128 (25,7)	28 (5,6)	156 (31,3)	113 (22,7)	42 (8,5)	155 (31,2)	9 (1,8)	146 (29,5)	155 (31,3)	27 (5,5)	127 (25,7)	154 (31,2)
18	80 (16)	17 (3,4)	97 (19,4)	14 (2,8)	83 (16,7)	97 (19,5)	4 (0,8)	92 (18,6)	96 (19,4)	25 (5,1)	72 (14,5)	97 (19,6)
19	6 (1,2)	3 (0,6)	9 (1,8)	4 (0,8)	5 (1)	9 (1,8)	0 (0)	9 (1,8)	9 (1,8)	1 (0,2)	8 (1,6)	9 (1,8)
Total	414 (83)	85 (17)	499 (100)	278 (55,9)	219 (44,1)	497 (100)	24 (4,8)	471 (95,2)	495 (100)	77 (15,6)	418 (84,4)	495 (100)
<b>Kjønn*, **</b>												
Gutter	202 (36,7)	41 (7,4)	243 (44,1)	116 (21,2)	126 (23)	242 (44,2)	18 (3,3)	223 (41)	241 (44,3)	34 (6,3)	206 (37,9)	240 (44,2)
Jenter	254 (46,1)	54 (9,8)	308 (55,9)	186 (34)	119 (21,8)	305 (55,8)	7 (1,3)	296 (54,4)	303 (55,7)	51 (9,4)	252 (46,4)	303 (55,8)
Total	456 (82,8)	95 (17,2)	551 (100)	302 (44,8)	245 (55,2)	547 (100)	25 (4,6)	519 (95,4)	544 (100)	85 (15,7)	458 (84,3)	543 (100)

Fars utdanningsnivå

VGS eller mindre	56 (11,6)	16 (3,3)	72 (14,9)	44 (9,2)	28 (5,8)	72 (15)	6 (1,3)	66 (13,8)	72 (15,1)	12 (2,5)	59 (12,4)	71 (14,9)
Mer enn VGS	350 (72,6)	60 (12,4)	410 (85)	224 (46,7)	184 (38,3)	408 (85)	15 (3,1)	390 (81,8)	405 (84,9)	63 (13,2)	342 (71,8)	405 (85)
Total	406 (84,2)	76 (15,5)	482 (100)	268 (55,8)	212 (44,8)	480 (100)	21 (4,4)	456 (95,6)	477 (100)	75 (15,8)	401 (84,3)	476 (100)
Mors utdanningsnivå												
VGS eller mindre	59 (11,7)	15 (3)	74 (14,7)	33 (6,6)	41 (8,2)	74 (14,8)	3 (0,6)	70 (14)	73 (14,6)	10 (2)	64 (12,9)	74 (14,9)
Mer enn VGS	362 (71,8)	68 (13,5)	430 (85,3)	242 (48,2)	186 (37,1)	428 (85,3)	20 (4)	406 (81,4)	426 (85,4)	68 (13,7)	356 (71,5)	424 (85,2)
Total	421 (83,5)	83 (16,5)	504 (100)	275 (54,8)	227 (45,2)	502 (100)	23 (4,6)	476 (95,4)	499 (100)	78 (15,7)	420 (84,3)	498 (100)

*Note.* \* Signifikant sammenheng mellom Alder og Alkoholbruk, og Kjønn og Alkoholbruk: \*\* Signifikant sammenheng mellom Kjønn og Vold:

\*\*\* Signifikant sammenheng mellom Alder og Skulking.

**Tabell 2***Korrelasjonsanalyse for demografiske variabler, støtte og atferd blant ungdommer*

Variabler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Alder	-	-,007	-,134**	-,135**	-,044	-,0,83	-,123**	-,093*	-,044	,402**	-,019	,129**
2. Kjønn		-	,019	-,012	,154**	-,005	,051	,122**	-,009	,130**	-,122**	,036
3. Fars utdanning			-	,339**	,051	,014	,073	,064	,074	-,045	-,081	-,013
4. Mors utdanning				-	,093*	,034	,057	,091*	,043	,085	,010	,025
5. Familie støtte					-	,392**	,481**	,917**	,154**	-,050	-,248**	-,132**
6. Skole støtte						-	,273**	,550**	,021	-,148**	-,141**	-,118**
7. Andre voksne støtte							-	,756**	,145**	-,152**	-,109*	-,131**
8. Alle støtte								-	,163**	-,117**	-,233**	-,159**
9. Fysisk aktivitet									-	,008	-,037	-,107*
10. Alkoholbruk										-	,127**	,214**
11. Vold											-	,148**
12. Skulking												-
Deskriptiv analyse												
Spenn	15-19	1-2	1-2	1-2	1-4	1-4	1-4	1-4	1-2	1-2	1-2	1-2
Gjennomsnitt	16,7	1,56	1,85	1,85	3,25	3,11	2,42	2,99	1,17	1,55	1,05	1,16

---

Standardavvik	,90	,50	,36	,36	,66	,73	,78	,57	,38	,50	,21	,36
---------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

*Note.* \*\* Korrelasjonen er signifikant ved  $p < 0,01$ ; \* Korrelasjonen er signifikant ved  $p < 0,05$ .

### **Regresjonsanalyse for demografiske variabler, støtte og helseatferd**

#### ***Regresjonsanalyse for demografiske variabler, støtte og fysisk aktivitet***

Modell 1, Tabell 3a viser signifikans mellom *alle støtte* og *fysisk aktivitet* ( $OR = 2.369$ ; 95% CI = 1.496, 3.751). Modell 2, Tabell 3a viser signifikante sammenhenger mellom *familiestøtte* og *fysisk aktivitet* ( $OR = .1989$ ; 95% CI = 1.266, 3.125). Positivt signifikansnivå betyr i denne sammenheng at mer familiestøtte gir høyere grad av fysisk aktivitet. Denne signifikans samsvarer med korrelasjonen vi tidligere kunne se. *Fysisk aktivitet* og *andre voksne støtte* ( $OR = 1.394$ ; 95% CI = 0.917, 2.119) viste imidlertid ingen signifikans, slik som korrelasjonsanalysen gjorde.

#### ***Regresjonsanalyse for demografiske variabler, støtte og alkoholbruk***

Tabell 3b viser en signifikant sammenheng mellom *alkoholbruk* og *alder* ( $OR = 3,134$ ; 95% CI = 2.362, 4,158), som betyr at eldre ungdommer drikker mer enn de yngste ungdommene. Det var også en positiv signifikant sammenheng med *kjønn* ( $OR = 2,000$ ; 95% CI = 1,277, 3,132). Dette betyr at jentene i denne undersøkelsen drikker mer enn guttene. Disse resultatene samsvarer med det vi kunne se i korrelasjonsanalysen. I tillegg viser regresjonsanalysen for *alkoholbruk* en signifikant sammenheng med *mors utdanningsnivå* ( $OR = 3,181$ ; 95% CI = 1,539, 6,574). *Alkoholbruk* viser en svak indikasjon på sammenheng med *alle støtte*, men denne er ikke signifikant ( $OR = 0.634$ ; 95% CI = 0.423, 0.950). Tidligere kunne vi se en negativ korrelasjon mellom disse variablene.

#### ***Regresjonsanalyse for demografiske variabler, støtte og vold***

*Familie støtte* og *vold* har en signifikant sammenheng (tabell 3c), ( $OR = 0,228$ ; 95% CI = 0,100, 0,521). Denne signifikansnivå betyr at økt familiestøtte gir lavere grad av vold. Det er også signifikans mellom *vold* og *alle støtte* ( $OR = 0.139$ ; 95% CI = 0.054, 0.356). I tillegg er det en indikasjon på sammenheng mellom *vold* og *kjønn* ( $OR = 0.201$ ; 95% CI =



## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

0.060, 0.673), men sammenhengen er ikke signifikant. Tidligere kunne vi se en signifikant negativ korrelasjon mellom vold og kjønn.

### ***Regresjonsanalyse for demografiske variabler, støtte og skulking***

Tabell 3d viser en signifikant sammenheng mellom *skulking* og *alder* ( $OR = 1,548$ ; 95% CI = 1,166, 2,152). Det indikerer at de eldre ungdommene skulker mest. Det var indikasjon på sammenheng mellom *skulking* og *skolestøtte* ( $OR = 0.636$ ; 95% CI = 0.421, 0.960), men ingen signifikans. Det var derimot en signifikant sammenheng mellom *skulking* og variabelen for *alle støtte* ( $OR = 0,433$ ; 95% CI = 0,270, 0,693). Denne signifikansnivå betyr at mer støtte gir lavere grad av skulking.

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

**Tabell 3a**

*Logistisk regresjonsanalyse av demografiske variabler, støtte og fysisk aktivitet*

Modell		95% Konfidensintervall for Exp (B)					
		B	Standardfeil	Sig.	Exp (B)	Nedre grense	Øvre grense
1	Alder	-,162	,152	,289	,851	,631	1,147
	Kjønn	-,215	,281	,443	,806	,465	1,398
	Fars utdanningsnivå	,321	,378	,396	1,378	,657	2,888
	Mors utdanningsnivå	-,053	,417	,898	,948	,419	2,145
	All støtte	,862	,234	,000	2,369	1,496	3,751
2	Alder	-,177	,155	,254	,838	,618	1,135
	Kjønn	-,260	,284	,360	,771	,442	1,345
	Fars utdanningsnivå	,272	,385	,480	1,312	,617	2,792
	Mors utdanningsnivå	-,060	,422	,886	,941	,412	2,152
	Familie støtte	,687	,231	,003	,1989	1,266	3,125
	Skolestøtte	-,291	,212	,170	,747	,493	1,133
	Andre voksne støtte	,332	,214	,120	1,394	,917	2,119

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

**Tabell 3b**

*Logistisk regresjonsanalyse av demografiske variabler, støtte og alkoholbruk*

Modell		95% Konfidensintervall for Exp (B)					
		<i>B</i>	<i>Standardfeil</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp (B)</i>	Nedre grense	Øvre grense
1	Alder	1,142	,144	,000	3,134	2,362	4,158
	Kjønn	,639	,229	,002	2,000	1,277	3,132
	Fars utdanningsnivå	-,375	,345	,278	,688	,350	1,352
	Mors utdanningsnivå	1,157	,370	,002	3,181	1,539	6,574
	All støtte	-,455	,206	,027	,634	,423	,950
2	Alder	1,123	,146	,000	3,075	2,311	4,092
	Kjønn	,614	,232	,008	1,848	1,173	2,911
	Fars utdanningsnivå	-,393	,348	,259	,675	,341	1,336
	Mors utdanningsnivå	1,143	,375	,002	3,136	1,504	6,541
	Familie støtte	,050	,208	,811	1,051	,699	1,581
	Skolestøtte	-,375	,175	,032	,687	,488	,968
	Andre voksne støtte	-,253	,166	,127	,776	,561	1,075

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

**Tabell 3c**

*Logistisk regresjonsanalyse av demografiske variabler, støtte og vold*

Modell		95% Konfidensintervall for Exp (B)					
		B	Standardfeil	Sig.	Exp (B)	Nedre grense	Øvre grense
1	Alder	-,140	,303	,644	,869	,480	1,574
	Kjønn	-1,604	,617	,009	,201	,060	,673
	Fars utdanningsnivå	-1,048	,602	,082	,351	,108	1,141
	Mors utdanningsnivå	,120	,747	,872	1,128	,261	4,872
	All støtte	-1,973	,479	,000	,139	,054	,356
2	Alder	-,064	,316	,840	,938	,505	1,744
	Kjønn	-1,635	,636	,010	,195	,056	,678
	Fars utdanningsnivå	-1,168	,615	,058	,311	,093	1,039
	Mors utdanningsnivå	,218	,764	,775	1,244	,278	5,557
	Familie støtte	-1,478	,421	,000	,228	,100	,521
	Skolestøtte	-,449	,367	,221	,638	,311	1,310
	Andre voksne støtte	,116	,371	,755	1,123	,542	2,325

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

**Tabell 3d**

*Logistisk regresjonsanalyse av demografiske variabler, støtte og skulking*

Modell		95% Konfidensintervall for Exp (B)					
		<i>B</i>	<i>Standardfeil</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp (B)</i>	Nedre grense	Øvre grense
1	Alder	,460	,156	,003	1,584	1,166	2,152
	Kjønn	,287	,289	,319	1,333	,757	2,347
	Fars utdanningsnivå	-,208	,400	,602	,812	,371	1,778
	Mors utdanningsnivå	,599	,474	,207	1,820	,718	4,609
	All støtte	-,838	,240	,000	,433	,270	,693
2	Alder	,452	,160	,005	1,571	1,148	2,150
	Kjønn	,265	,291	,362	1,304	,737	2,306
	Fars utdanningsnivå	-,257	,402	,522	,773	,352	1,700
	Mors utdanningsnivå	,627	,477	,189	1,871	,735	4,765
	Familie støtte	-,335	,233	,151	,716	,453	1,130
	Skolestøtte	-,453	,210	,031	,636	,421	,960
	Andre voksne støtte	-,143	,217	,511	,867	,567	1,327

## Diskusjon

### Generelle Funn

I denne oppgaven ble det benyttet variabler fra et spørreskjema som inngår i det originale PYD-rammeverket (Search Institute, 2016) for å undersøke relasjonen mellom sosial støtte og helseatferd. Basert på tidligere studier kunne det forventes en positiv relasjon mellom sosial støtte og fysisk aktivitet, og en negativ relasjon mellom sosial støtte og risikoatferd, samt. illegal/straffbar atferd. Korrelasjonen viste at sosial støtte har en sammenheng med helseatferd. Sosial støtte har en positiv sammenheng med fysisk aktivitet og en negativ sammenheng med risikoatferd samt illegal/ atferd. Samme funn ble gjort i regresjonsanalysen, der en kunne se at sosial støtte har en signifikant sammenheng med alle de studerte atferdene, utenom alkoholbruk. Basert på dette, kan hypotesen om at økt sosial støtte gir mindre grad av risikoatferd og illegal/straffbar atferd, og økt grad av sunn helseatferd, bekreftes.

I oppgaven har fokuset på demografiske variabler vært liten. Det er likevel verdt å nevne at resultatet viser en viss sammenheng når det kommer til helseatferd og demografi. For de demografiske variablene er alder positivt korrelert med alkoholbruk og skulking. Kjønn er positivt korrelert med alkoholbruk og negativt korrelert med vold. Basert på resultatene i korrelasjonsanalysen har far og mors utdannelse ingen sammenheng med helseatferd. Regresjonsanalysen indikerer derimot en sammenheng mellom alkoholbruk og mors utdanningsnivå. Regresjonsanalysen viser også at alkoholbruk har større sammenheng med de demografiske variablene, heller en sosial støtte. Effekten av de demografiske variablene er dermed noe som med fordel kan vektlegges, og bør vurderes nøyere i fremtidig forskning.

### *Sosial støtte og fysisk aktivitet*

I denne studien fant vi at familiestøtte er signifikant med grad av fysisk aktivitet. Lignende resultater ble funnet hos Beets, et al. (2010) og Laird, et al. (2016). Beets (2010), studerte utelukkende sosial støtte fra foreldre, og fant at sosial støtte har en positiv effekt på unges fysiske aktivitet. For denne studien (Beets, et al., 2010) ble instrumentell støtte nevnt som en effektiv støtte når det kommer til atferdsendring, men det ser ut til at den emosjonelle støtten er mer aktuell når det kommer til vedlikehold på atferden. Transport til trening (instrumentell støtte) og oppmuntring (emosjonell støtte) ser ut til å være to viktige faktorer for at ungdommen skal aktiviseres. De fant i tillegg at foreldre som selv var deltakende i aktivitet, var en effektiv faktor for de yngste barna/ungdommene. Tidligere i oppgaven, ble *terskelmodellen* for sosial støtte nevnt. Dette er en modell som fokuserer på hvorvidt ulike relasjoner, eller sosiale støtter, kan være aldersbetinget. Sosial støtte fra foreldre er ofte viktigere i barndommen, og vennskapelig/jevnaaldrende støtte blir viktigere for ungdommer. Funnene som ble gjort i Beets' (2010) litteraturgjennomgang i forhold til foreldrenes deltakelse i aktivitet, bekrefter denne modellen for sosial støtte. Det er likevel viktig med foreldrestøtte, uavhengig av barnets alder. Emosjonell støtte fra foreldre, ser ut til å være en viktig motivator for fysisk aktivitet i nesten halvparten av de gjennomgåtte studiene i litteraturgjennomgangen.

Sammenlignet med Laird (2016), som ser på flere ulike støttegivere, var også instrumentell støtte fra foreldre positivt assosiert med fysisk aktivitet hos unge jenter. For denne oppgaven, hadde ikke kjønn en signifikant sammenheng med fysisk aktivitet, men i forhold til korrelasjons- og regresjonsanalysen for fysisk aktivitet, kan det likevel tenkes at disse funnene støtter funnene til Laird (2016). For denne studien (Laird, et al., 2016) var det, samlet sett, emosjonell støtte som viste de største positive sammenhengene. Studien viste signifikante sammenhenger mellom alle støttegivere, utenom lærerstøtte. For nåværende

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

studie, kunne en se signifikante sammenhenger mellom fysisk aktivitet og foreldrestøtte, samt støtte fra andre voksne. Heller ikke denne oppgaven kunne vise noe indikasjon på sammenheng mellom lærerstøtte og fysisk aktivitet.

Samlet sett kan en se at nåværende studie har gjort svært like funn som Beets, et al. (2010) og Laird, et al. (2016). Denne oppgaven skiller seg likevel fra deres studier, fordi det ikke skilles mellom emosjonell-, informativ-, instrumentell støtte og sosiale nettverk. En kan dermed ikke, basert på denne studien, si noe om hvilken støtte som er mest effektiv for fysisk aktivitet blant ungdommer.

### *Sosial støtte og risikoatferd*

Nåværende studie har funnet negative sammenhenger mellom risikoatferd og sosial støtte. Nåværende studie har derimot ingen signifikante funn når det kommer til foreldrestøtte og alkoholbruk hos unge. Hamdan-Mansour fant i sin studie fra 2016, at sosial støtte generelt sett har en positiv effekt på ungdommens alkoholbruk, men vektlegger gruppepress som en større prediktor for alkoholbruk, enn foreldrestøtte som beskyttelsesfaktor. I tillegg fant han at alkoholbruk/problemer blant unge ofte følger med annen risikoatferd. Lignende funn har blitt gjort i UngData sine undersøkelser (Bakken, 2014). Nåværende studie viser også antydninger til en slik sammenheng, da korrelasjonsanalysen viser signifikante sammenhenger mellom vold og alkoholbruk, ved siden av skulking som er signifikant med alkohol og vold. Forskeren (Hamdan-Mansour, 2016) fant dessuten at sosial støtte, spesielt foreldrestøtte, har en effekt på ungdommens generelle helseatferd. Gruppepress ble utnevnt som en gjeldene faktor når det kommer til ungdommer som drikker alkohol, noe som er i samsvar med Gordon (1972) som drøfter ungdommens behov for å passe inn i jevnaldrende grupper. Det kan tenkes at dette tilhørighetsbehovet kan være en årsak til at ungdommer faller for gruppepress, men nåværende studie kan ikke si noe om denne sammenheng. Videre ser Hamdan-Mansour (2016) på blant annet mediepåvirkning og foreldres drikkemønster i forhold til risikoatferd og



## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

alkoholbruk (Hamdan-Mansour, 2016), noe som heller ikke har vært relevant for nåværende studie. Det kan likevel være interessante variabler å inkludere i senere studier.

Springer, fant i sin studie fra 2005 at kvinner og menn reagerer ulikt på lav sosial støtte fra foreldre og i skolen. Jentene som opplevde lav sosial støtte fra foreldre, var knyttet til alle de studerte risikoatferdene, sammenlignet med guttene som viste økt grad av selvmordstanker, narkotikabruk og slåssing. Lav sosial støtte i skolen var for jentene knyttet til økt selvmordstanker, alkohol- og narkotikabruk. For guttene var lav skolestøtte knyttet til økt sannsynlighet for slåssing og mindre sannsynlighet for overdreven alkoholbruk (Springer, et al., 2005). Nåværende studie fant i likhet med dette, at jentene drikker mer enn gutter. Lav skolestøtte viste også en negativ signifikans med alkoholbruk, noe som indikerer at lav skolestøtte fører til mer drikking. Korrelasjonsanalysen viser også at guttene er mer involvert i vold. En kan dermed se flere likheter for nåværende studie, sammenlignet med Springer et al. (2005). Nåværende studie har derimot ikke sett på selvmordstanker som en variabel, men funnene til Springer et al. (2005) om sosial støtte og selvmord, er oppsiktsvekkende.

På samme måte, fant også McNeely og Faici (2004) sammenhenger når det kommer til skolestøtte og risikoatferd. Utvalget for denne studien viste generelt sett høy grad av skolestøtte, og lav grad av risikoatferd. De fant likevel at lærerstøtte hadde en beskyttende effekt på elevenes generelle risikoatferd. Andre gangs intervjuene som ble gjennomført 1 år etter spørreundersøkelsen, tyder på at risikoatferden som omfatter substans (altså sigarettøyking, alkohol- og marihuanabruk) er adaptiv – altså eksperimentell risikoatferd (McNeely & Faici, 2004). Baumrind (1987) definerte dette som en helt naturlig del av ungdomsårene, som også kan bidra til en sunn utvikling for ungdommen. Ved å debutere med alkohol og egen seksualitet, får ungdommen utforsket og testet sine egne grenser. McNeely og Faicis (2004) studie er dessuten en svært gammel. Mønsteret i enkelte risikoatferder kan dermed ha endret seg. For norske ungdommer (16-24 år) var det, i 2021, kun 1% daglige

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

røykere. Denne andelen er redusert fra 11% i løpet av de siste 10 årene (Helsedirektoratet, 2022). I USA hadde omlag 2% av videregående elevene røykt sigaretter i løpet av de siste 30 årene, det samme året (CDCP; Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Selv om ikke sigarettøyking er en inkludert variabel for nåværende studie, kan det likevel være interessant å følge med på for senere forskning, for å se om utviklingen endrer seg. Følgende, er det også verdt å nevne av lærerstøtte faktisk kan føre til at elever som tidligere har vært involvert i vold, ikke involverer seg i dette igjen (McNeely & Faici, 2004). Nåværende studie fant ingen signifikans mellom vold og skolestøtte i regresjonsanalysen, men korrelasjonsanalysen viste signifikans mellom alle de studerte støttene og vold. McNeely og Faici (2004) rapporterer at tilhørighet i skolen viste lav beskyttelse for substans-risikoatferd (sigaretter, alkohol og marihuana). Overraskende, fant de at tilhørighet i skolen derimot er en risikofaktor for røyking og alkohol. Det kan tenkes at dette har en sammenheng med at røyking og alkohol ofte er i sammenheng med sosiale settinger. Den nevnte studien viser derimot ikke til hvordan dette er korrelert.

### **Begrensninger og anbefalinger**

En begrensning for denne oppgaven er at det er en kryss-seksjonell studie. En kan dermed ikke si noe om kausal effekt. Undersøkelsen er gjennomført ved hjelp av et selvrapportert spørreskjema. Det kan være en begrensende faktor for studien. Spørsmål om risikoatferd og straffbar atferd, er sett som uønsket atferd. Det bør derfor tas hensyn til at disse spørsmålene kan være preget av sosial ønskverdighet. Det er likevel en styrke for studien at spørreskjemaet besvares anonymt. Det gir respondentene muligheten til å avgi ærlige svar, uten at det vil gi noen konsekvenser. Basert på tidligere studier som omhandler helserelaterte variabler, kan det tyde på at svarene som ungdommen avgir, stort sett er fortrolig (Berg, et al., 2018). Det er også en fordel med avkrysning for spørsmål som

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

omhandler helseatferd. Det kan tenkes at det er enklere å sette et kryss, enn å selv beskrive risikoatferden en er involvert i.

Benson nevner åtte overordnede kategorier for utviklingsressurser som er viktig for en positiv ungdomsutvikling. I min problemstilling har jeg kun tatt for meg hvordan sosial støtte henger sammen med helseatferd. Det betyr ikke at en har grunnlag til å antyde at sosial støtte er den utviklingsressursen med størst påvirkning. De ulike utviklingsressursene bør studeres hver for seg, slik at det dannes et grunnlag for å sammenligne hvilken ulike effekter utviklingsressursene kan ha.

Spørreundersøkelsen stiller spørsmål relatert til «andre voksne». Det er ikke nødvendigvis at denne definisjonen er presis nok til å fange opp den faktiske støtten fra *andre voksne* i en ekte kontekst. Spørsmålene primært utarbeidet i en amerikansk kontekst. Spørsmålene som de norske elevene har svart på er direkte oversatt fra det originale spørreskjemaet. Det kan derfor være forskjeller i tolkning av spørsmålene hos de norske ungdommene, kontra de amerikanske. Det kan for eksempel tenkes at spørsmålene som angår «andre voksne» har større betydning i amerikansk kontekst, da de oftere har nære relasjoner til flere naboer, enn det som er vanlig i norsk kultur. Til videre forskning, kan det med fordel utarbeides en mer presis og tilpasset formulering og/eller utvidelse av spørsmålene, slik at de gir en mer nøyaktig definisjon på hvem det faktisk refereres til. Kvalitative studier på dette kan være aktuelt i fremtiden for å se nærmere på dette.

Det finnes en tidligere studie som viser til at ungdommer i ungdomsskolen mottar mer skolestøtte, og at dette minker i overgangen til videregående (Scales, et al., 2019). Analysene for nåværende studie viser ingen direkte signifikans som bekrefter at dette også gjelder for norske ungdommer, men alder har en negativ signifikant med «alle støtte» - noe som indikere at de yngste deltakerne for denne studien mottar mer støtte generelt. Det er likevel en svakhet for denne studien at alle respondentene er elever ved videregående skole. En kan dermed ikke

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

si noe om forholdene mellom sosial støtte for ungdomsskoleelever. Samme studie (Scales, et al., 2019), viser at elever fra lavinntektsfamilier er mindre sannsynlig til å ha god kvalitet på relasjonen med lærer, enn det elever fra høyinntektsfamilier er. Hvordan elevens sosioøkonomiske status er, bør ikke ha noe betydning for støtten de mottar i skolen. Slike funn gjør det enda viktigere å fremme viktigheten av god sosial støtte. Basert på tidligere, og nåværende studie som bekrefter at skolestøtte er betydelig for elevens helseatferd, er dette absolutt noe som bør vektlegges.

### **Implikasjoner av funn**

På tross av begrensinger belyser denne studien viktige funn når det kommer til sammenhengen mellom sosial støtte og helseatferd hos ungdom, og funn som kan ha implikasjoner for senere forskning, politikk og praksis eller intervensjon.

### ***Implikasjoner for senere forskning***

Implikasjoner for senere forskning kan være å inkludere de interne utviklingsressursene (forpliktelser til å lære, positive verdier, sosial kompetanse, samt positiv identitet), for å undersøke hvordan ungdommens egenvurdering påvirker deres helseatferd. Slike studier vil være svært relevant i forhold til implementering av programmer som retter seg mot helsefremmende atferd og forebygging av risikoatferd for unge. Positiv ungdomsutvikling er sett i et perspektiv av sunn vekst av ungdommen. Det behøves flere studier som retter seg etter et slikt perspektiv. Risiko-forebygging er viktig, og sammen med helsefremming kan det få en optimalisert effekt. Denne studien er et bidrag for videre forskning, som viser at sosial støtte ikke bare hemmer sannsynligheten for risikoatferd, men også fremmer sannsynligheten for sunn helseatferd blant norske ungdom. Det vil være hensiktsmessig i fremtiden å studere flere former for sunn helseatferd, i samhold med de nevnte utviklingsressursene, både interne og eksterne.

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

Det er imidlertid langt færre studier som ser på skulking som en variabel for risikoatferd. Det danner et svakt grunnlag til å sammenligne funnene fra den nåværende studien, med tidligere funn. Det kan derfor være en fordel å benytte den nevnte variabelen i senere forskning.

Analysene for nåværende studier viser sammenheng med grad av sosial støtte for samtlige helseatferder. Studien kan brukes til å utvide dette perspektivet, ved å for eksempel undersøke antall støtter, eller type støtte ungdommen mottar. Til videre forskning kan det også være interessant å se på hvordan ungdommer som mangler sosial støtte benytter seg av andre beskyttelsesfaktorer.

Til fremtidig forskning, kan det også utarbeides spørsmål som gjør det mulig å skille mellom patologisk og adaptiv risikoatferd hos ungdom. Det kan være relevant, da det i størst grad er den patologiske risikoatferden som er skadelig på helsen.

### ***Implikasjoner for politikk***

Denne oppgaven danner viktige grunnlag og betraktninger innenfor den nasjonale helsepolitikken. Som tidligere nevnt, er sosial støtte en viktig ressurs for barn og ungdom, både når det kommer til helsefremming og forebygging. Konsekvensene av risikoatferd, som er drøftet gjennom oppgaven, kan være kostbart for samfunnet på mange ulike måter. Utvikling av diverse ungdomsprogrammer med fokus på at ungdommen får god sosial støtte fra flere innsatser, vil være sosialt og økonomisk nyttig i lengden. Dette kan innebære programmer som sprer kunnskap om sosial støtte og helseatferd, og helsegevinster dette kan gi, både for foreldre, i skolen og til ungdommen selv. I tillegg kan skolene legge enda større vekt på sosial støtte fra lærere, og å skape trivsel i klassen. På sikt kan dette, i beste fall, bidra til at ungdommen får utviklet sitt beste potensiale, samtidig som «unødvendige» livsstil sykdommer, alkoholisme og lignende blir redusert.

### *Praktiske implikasjoner*

Innføring av disse tiltakene, vil i praksis bety at statsbudsjettet bør rettes mer mot tiltak som fokuserer på sosial støtte. Det er også viktig at lærere, fra 1 til 10 trinn, samt VGS, tar aktive roller for å engasjere elevene sine til sosialt samvær og trivsel. Alle norske skoler, bør ha en ordning hvor også de elevene som havner utenfor, føler at de blir støttet. God kommunikasjon med foreldre, andre omsorgsgivere og ungdom som føler de har behov for rådgivning, bør være lett tilgjengelig. Å skape sosiale arenaer for barn og ungdom etter skoletid, som ikke er avhengig av foreldrenes økonomi, med vekt på å skape sosiale relasjoner og støtte for unge, kan også være nytteverdig.

### **Konklusjon**

Målet med denne oppgaven var å undersøke problemstillingen «Hvordan kan sosial støtte påvirke helseatferd hos ungdom?». Sosial støtte fra foreldre, skolen og andre voksne ble undersøkt i forhold til sunn helseatferd (fysisk aktivitet), risikoatferd (alkoholbruk og skulking) og straffbar/illegal atferd (vold). Analysene som ble gjennomført i denne oppgaven viste at økt grad av sosial støtte bidrar til økt grad av fysisk aktivitet, og mindre grad av skulking og vold. Sammenhengen med alkoholbruk, var mindre tilstede, men det var fortsatt en indikasjon på at det finnes en viss sammenheng.

Positiv ungdomsutvikling-perspektivet, er et nyttig rammeverk som beskriver viktige utviklingsressurser for en sunn utvikling. Sosial støtte er nevnt som en av de overordnede ressursene. Rammeverket er i størst grad brukt i forskning i USA, men er utviklet i flere ulike land. Det er likevel mange retninger innenfor perspektivet, som fortsatt kan forskes videre på. Hvilke ressurser som er viktigst for en sunn utvikling hos norsk ungdom, er svært relevant i forhold til implementering av helsefremmende tiltak. Denne studien bidrar til en forståelse for

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

hvorfor sosial støtte er en viktig ressurs for unge, og kan brukes videre i kvalitative og longitudinelle, nasjonale studier for å optimalisere funnene.

Med tanke på de samfunnsmessige kostnadene som kan følge av risikoferd, er det viktig å spre kunnskap og motivere til en sunn helseatferd. Denne oppgaven kan gi et bidrag til hvorfor økt fokus på sosial støtte til ungdom er viktig.

**Referanser**

- Association, A. P. (u.d.). *American Psychological Association*. Hentet fra APA Dictionary of Psychology: <https://dictionary.apa.org/social-support>
- Bakken, A. (2014). *Ungdata, Nasjonale Resultater 2013*. Oslo: Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Baumrind, D. (1987). *A Developmental Perspective on Adolescent Risk Taking in Contemporary America*. San Francisco: Adolescent Social Behavior and Health.
- Beck, M., & Wiium, N. (2019, Mai 09). Promoting academic achievement within a positive youth development framework. *Vol. 28 No. 1-2 (2019): Tema: Ungdom, helse og velferd*, ss. 79-87. Hentet fra Promoting academic achievement within a positive youth development framework: <https://www.ntnu.no/ojs/index.php/norepid/article/view/3054>
- Beets, M. W., Cardinal, B. J., & Alderman, B. L. (2010, Oktober). Parental Social Support and the Physical Activity–Related Behaviors of Youth: A Review. *Health Education & Behavior*, ss. 621-644.
- Benson, P. L. (2007). Developmental Assets: An Overview of Theory, Research, and Practice. I R. K. Silbereisen, & R. M. Lerner, *Models of Positive Development in Adolescence and Young Adulthood* (ss. 33-58). SAGE Publications Inc.
- Berg, N., Berglund, F., & Lund, K. (2018). *Evaluering og testing av spørreundersøkelse om livskvalitet*. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå.
- Bye, E. K., & Skretting, A. (2017, Juni). *FHI*. Hentet fra Bruk av rusmidler og tobakk blant 15-16 åringer: [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/bruk\\_av\\_rusmidler\\_og\\_tobakk\\_15\\_16\\_aringer\\_2017.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/bruk_av_rusmidler_og_tobakk_15_16_aringer_2017.pdf)



## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

C.Scales, P., Benson, P. L., Roehlkepartain, E. C., Sesma, A. J., & van Dulmen, M. (2006).

*ScienceDirect*. Hentet fra The role of developmental assets in predicting academic achievement: A longitudinal study:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140197105001247?via%3Dihub#tbl2>

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Youth and Tobacco Use*. USA: Centers for Disease Control and Prevention.

Choen, S. (2004). *Social Relationships & Health*. Carnegie Mellon University.

Creswell, J. W. (2009). *Research Design, Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches, Third Edition*. California: Sage Publications.

DeCarlo, L. T. (1997). Psychological Methods. *On the Meaning and Use of Kurtosis*, ss. 292-307. Hentet fra On the Meaning and Use of Kurtosis:

<https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/kurtosis>

Elin Kristin Bye, m. (2020, Desember 21). *FHI*. Hentet fra Alkoholbruk blant ungdom:

<https://www.fhi.no/nettpub/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-blant-ungdom/>

Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using IBM SPP Statistics*. London: Sage edge.

Furman, W., & Buhrmester, D. (2009, September 1). *National Library of Medicine*. Hentet fra The Network of Relationships Inventory: Behavioral Systems Version:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2826206/>

Geldhof, G. J., Bowers, E. P., Mueller, M. K., Napolitano, C. M., Callina, K. S., & Lerner, R.

M. (2014). *Longitudinal Analysis of a Very Short Measure of Positive Youth Development*. New York: Springer Science+Business.

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

Gjørund, P., Huseby, R., & Norheim, B. (2011). *Psykologi 2*. Cappelen Damm AS. Hentet fra

Psykologi: <https://psykologi->

2018.cappelendamm.no/elevreal/tekst.html?tid=1848430&sec\_tid=1862776

Hamdan-Mansour, A. M. (2016). *Social Support and Adolescents' Alcohol Use: An Integrative Literature Review*. Jordan: Scientific Research Publishing.

Haug, E., Robson-Wold, C., Helland, T., Jåstad, A., Torsheim, T., Fismen, A.-S., . . . Samdal,

O. (2020). *Barn og unges helse og trivsel: Forekomst og sosial ulikhet i Norge og*

*Norden*. Bergen: Institutt for helse, miljø og likeverd – HEMIL. Hentet fra Forekomst og sosial ulikhet i Norge og Norden:

[https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/hevas\\_rapport\\_v10.pdf](https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/hevas_rapport_v10.pdf)

Helsedirektoratet. (2014, 12). *Psykisk Helse og Trivsel i Folkehelsearbeidet*. Hentet fra

Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet:

[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf)

[folkehelsearbeidet/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf)

[/\\_/attachment/inline/c3e9d9e3-8a17-45ee-a66e-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf)

[4ea6850789ee:236bae07e0b209e222ff1747dba9ad3336c813dd/Psykisk%](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf)

Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling*. Oslo:

Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2019, Mai 7). *Helsedirektoratet*. Hentet fra Bekymret over lite fysisk

aktivitet blant barn og unge: [https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/bekymret-over-](https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/bekymret-over-lite-fysisk-aktivitet-blant-barn-og-unge)

[lite-fysisk-aktivitet-blant-barn-og-unge](https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/bekymret-over-lite-fysisk-aktivitet-blant-barn-og-unge)

Helsedirektoratet. (2021). *Sektorrapport om folkehelse 2021*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2022). *Statistikk og historikk om røyking, snus og e-sigaretter*. Norge:

Helsedirektoratet.

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

- Holm, K. R. (2020). *Norges miljø- og biovitenskapelige universitet*. Hentet fra Sosial ulikhet i helseatferd – blir ulikhetene større eller mindre?: <https://nmbu.brage.unit.no/nmbu-xmlui/bitstream/handle/11250/2726647/Holm2020.pdf?sequence=1>
- Jensen, F., Pettersen, A., Frønes, T. S., Kjærnsli, M., Rohatgi, A., Eriksen, A., & Narvhus, E. K. (2019). *Norske elevers kompetanse i lesing, matematikk og naturfag*. Oslo: PISA 2018.
- Kalseth, B., Pedersen, P. B., Bremnes, R., Johansen, T. H., Røsand, G.-M. B., Molin, P. K., . . . Herh. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Hawkins, J., . . . Brener, N. (2016, Juni 10). *Center for Disease Control and Prevention*. Hentet fra Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 205: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/ss/ss6506a1.htm>
- Kvello, Ø. (2006). *NTNU, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet*. Hentet fra Barns og unges vennskap: [https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/269154/125991\\_FULLTEXT01.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/269154/125991_FULLTEXT01.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Laird, Y., Fawkner, S., Kelly, P., McNamee, L., & Niven, A. (2016). The role of social support on physical activity behaviour in adolescent girls: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*.
- Lappegård, T., & Brunborg, H. (2004). Ungdom og Demografi. *TIDSSKRIFT FOR UNGDOMSFORSKNING*, ss. 93-104.
- Lovdata. (2021, Juni 1). *Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v. (alkoholoven)*. Hentet fra Alkoholoven – alkhl: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1989-06-02-27>

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

Martin, G. N., Carlson, N. R., & Buskit, W. (2013). *Psychology, Fifth Edition*. United Kingdom: A Pearson Education Company.

McConnell, E. A., Birkett, M. A., & Mustanski, B. (2015, Mars 1). *National Library of Medicine*. Hentet fra Typologies of Social Support and Associations with Mental Health Outcomes Among LGBT Youth:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4855776/>

McNeely, C., & Faici, C. (2004, September). School Connectedness and the Transition Into and Out of Health-Risk Behavior Among Adolescents: A Comparison of Social Belonging and Teacher Support. *Journal of School Health*, ss. 284-292.

Mooney, K. S., Laursen, B., & Adams, R. E. (2007, Februar 6). *Researchgate*. Hentet fra Social Support and Positive Development: Looking on the Bright Side of Adolescent Close Relationships: [https://www.researchgate.net/profile/Karen-Mooney/publication/298699420\\_Social\\_support\\_and\\_positive\\_development\\_Looking\\_on\\_the\\_bright\\_side\\_of\\_adolescent\\_close\\_relationships/links/599211d3a6fdcc53b79b62f0/Social-support-and-positive-development-Looking-on-](https://www.researchgate.net/profile/Karen-Mooney/publication/298699420_Social_support_and_positive_development_Looking_on_the_bright_side_of_adolescent_close_relationships/links/599211d3a6fdcc53b79b62f0/Social-support-and-positive-development-Looking-on-)

NHI. (2019, Juli 29). *NHI*. Hentet fra Puberteten - Tiden for å finne seg selv :  
<https://nhi.no/familie/barn/pubertet/puberteten-tanker-og-folelser/>

Norsk Senter for Forskningsdata. (u.d.). *NSD*. Hentet fra NSD: <https://www.nsd.no/>

Nylenna, M. (2019, Januar 11). *Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra Helseatferd:  
<https://sml.snl.no/helseatferd>

Pekel, K. (2017, Mai 12). *Stanford Social Innovation Review*. Hentet fra The Recipe for Youth Success: [https://ssir.org/articles/entry/the\\_recipe\\_for\\_youth\\_success#](https://ssir.org/articles/entry/the_recipe_for_youth_success#)

Røssland, M. F., & Issa, S. (2019). *Universitetet i Bergen*. Hentet fra Positiv Ungdomsutvikling: Utviklingsressurser og risikoatferd hos norsk ungdom:  
<https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/21332/Hovedoppgave-h-st->

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

- 2019---Positiv-ungdomsutvikling-og-risikoatferd-hos-norsk-ungdom.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Regjeringen. (u.d.). *Regjeringen*. Hentet fra Meld. St. 34 (2020–2021), Sammen mot barne-, ungdoms- og gjengkriminalitet: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20202021/id2857691/?ch=2>
- Sørensen, M., & Graff-Iversen, S. (2001, Februar 28). *Tidsskrift Den Norske Legeforening*. Hentet fra Hvordan stimulere til helsefremmende atferd?: <https://tidsskriftet.no/2001/02/kronikk/hvordan-stimulere-til-helsefremmende-atferd>
- Scales, P. C. (2011, Mars 11). Youth Developmental Assets in Global Perspective: Results from International Adaptations of the Developmental Assets Profile. *Child Indicators Research*, ss. 619–645. Hentet fra DOI:10.1007/s12187-011-9112-8
- Scales, P. C., Van Boekel, M., Pekel, K., Syvertsen, A. K., & Roehlkepartain, E. C. (2019). *Effects of developmental relationships with teachers on middle-school students' motivation and performance*. Minneapolis, Minnesota: Search Institute.
- Search Insitute. (u.d.). *Search Institute*. Hentet fra Kent Pekel, Ed.D.: <https://www.search-institute.org/about-us/staff/kent-pekел/>
- Search Institute. (2016, Januar). *Search Institute*. Hentet fra User Guide for The Developmental Assets Profile: <https://www.search-institute.org/wp-content/uploads/2018/01/DAP-User-Guide-1-2016.pdf>
- Springer, A., Parcel, G., Baumler, E., & Ross, M. (2005, September 19). Supportive social relationships and adolescent health risk behavior among secondary school students in El Salvador. *Social Science & Medicine*, ss. 1628–1640.
- Statistisk Sentralbyrå. (u.d.). *Statistisk Sentralbyrå*. Hentet fra 12392: Bruk av alkohol, cannabis og vanedannende legemidler (prosent), etter kjønn, alder, statistikkvariabel og år: <https://www.ssb.no/statbank/table/12392/chartViewColumn/>

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

Surén, P. (2017, September). *Har ungdommer dårligere psykisk helse enn før?* Hentet fra

Tidsskrift Den Norske Legeforening: doi: 10.4045/tidsskr.18.0558

Svensson, J., & Landberg, J. (2013, April 25). *Oxford Academic*. Hentet fra Is Youth

Violence Temporally Related to Alcohol? A Time-Series Analysis of Binge Drinking, Youth Violence and Total Alcohol Consumption in Sweden:

<https://academic.oup.com/alcalc/article/48/5/598/209111>

The Belmont Report. (1979, April 18). *The Belmont Report*. Hentet fra Ethical Principles and

Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research The National

Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral

Research: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>

Ulriksen, R. (2019, Mai 6). *Utdanningsforskning*. Hentet fra Lik Mulighet til Utdanning:

<https://utdanningsforskning.no/artikler/2019/lik-mulighet-til-utdanning/>

Wiiium, N., & Dimitrova, R. (2019). Positive Youth Development across cultures:

Introduction to the special issue. *Child & Youth Care Forum*, 48, 147-153.

Wiiium, N., Dost-Gözkan, A., & Kosic, M. (2018, Februar 28). Developmental Assets Among

Young People in Three European Contexts: Italy, Norway and Turkey. *Child Youth Care Forum*, ss. 187-206.

**Appendix A**

**Del A**

1. Hvor gammel er du? \_\_
2. Er du mann eller kvinne?      M \_\_      K \_\_
3. Hvem bor du sammen med?
  - i. Mor og far \_\_
  - ii. Mest med mor \_\_
  - iii. Mest med far \_\_
  - iv. Like mye med mor som med far \_\_
  - v. Med voksne som ikke er foreldrene mine \_\_
  - vi. Bor alene \_\_
4. Hvor bor du?
  - i. Stor by \_\_
  - ii. Liten by \_\_
  - iii. Tettsted \_\_
- 5a. Hva er høyeste utdanning som faren din har fullført?
  - i. Universitet eller høyskole \_\_
  - ii. Teknisk fagskole / yrkesskole \_\_
  - iii. Videregående \_\_
  - iv. Grunnskole \_\_
  - v. Ingen utdanning \_\_
  - vi. Vet ikke \_\_
  - vii. Har ikke \_\_
- 5b. Hva er høyeste utdanning som moren din har fullført?
  - i. Universitet eller høyskole \_\_
  - ii. Teknisk fagskole / yrkesskole \_\_
  - iii. Videregående \_\_
  - iv. Grunnskole \_\_
  - v. Ingen utdanning \_\_
  - vi. Vet ikke \_\_

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

vii. Har ikke \_\_\_

### Del B

Prøv å besvare alle punktene så godt du kan.

Om forholdet ditt til familie, venner og andre personer du omgir deg med

	<b>Overhodet ikke</b>	<b>Litt</b>	<b>Veldig</b>	<b>Ekstremt mye</b>
	<b>eller</b>	<b>eller</b>	<b>eller</b>	<b>eller</b>
	<b>Sjelden</b>	<b>Noen ganger</b>	<b>Ofte</b>	<b>Nesten alltid</b>
1. Jeg har en familie som viser meg kjærlighet og støtte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg ber foreldrene mine om råd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg får støtte fra andre voksne enn foreldrene mine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg har en god nabo som bryr seg om meg.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg går på et fakultet / en skole med et omsorgsfullt og oppmuntrende miljø.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Foreldrene/vergene mine engasjerer seg aktivt for å hjelpe meg med å lykkes på skolen/universitetet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jeg har foreldre/verger som er flinke til å snakke med meg om ting.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Del D

	<b>Nei</b>	<b>Ja</b>
1. Har du drukket alkohol en eller flere ganger de siste 30 dagene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du vært full en eller flere ganger i løpet av de siste 30 dagene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

15. Har du skadet noen fysisk en eller flere ganger de siste 12 månedene?

20. Har du skulket skolen/forelesninger en eller flere ganger de siste 4 ukene?

### **Les setningene nedenfor, og merk av for det svaralternativet som er sant for deg.**

	Ja	Nei
25. Jeg driver med fysisk aktivitet (i minst 30 minutter) to eller flere ganger hver uke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Appendix B



Region:	Søknadshandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Jessica Dufred	5509714	10.12.2021	10000

Nora Wiium

**Prosjektsøknad:** Utviklingsressurser og positiv ungdomsutvikling  
**Søknadsnummer:** 2014/1645  
**Forskningsansvarlig institusjon:** Universitetet i Bergen  
**Samarbeidende forskningsansvarlige institusjoner:** Universitetet i Bergen

### Prosjektsøknad: Endring godkjennes

#### Søkers beskrivelse

*Hovedmål med prosjektet er å studere i hvilken grad utviklingsressurser (for eksempel, egne egenskaper og opplevd støtte fra familie eller skole) henger sammen med positive utfall (som tillit, kompetanse, karakterbygging, tilkobling og omsorg – på engelsk: confidence, competence, character, connection og caring). I tillegg vil assosiasjoner mellom utviklingsressurser og risikoatferd undersøkes. Innenfor positiv ungdomsutvikling perspektiv er antagelsen at når ungdommer viser de ovenfor positive utfallene kan de betegnes som trivelige og når ungdommer trives, deltar og bidrar de i samfunnet og deres omgivelser. I prosjektet, skal bidrag i form av prososial atferd, skole og samfunnsengasjement, og politisk deltakelse også studeres.*

Vi viser til søknad om prosjektendring mottatt 02.12.2021 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK vest på delebert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum. Søknaden er vurdert med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

#### REKs vurdering

##### Endringen gjelder

- Endring i prosjektperiode

Ny estimert sluttdato: 31.12.2024

##### Beskrivelse av og begrunnelse for endringen

Research project (2014/1645-12) had its closing date on December 31, 2020. This was an extension regarding a previous deadline. However, there is still more interest for the data with regards to students' theses and scientific articles.

#### REKs vurdering av endringene

---

## SOSIAL STØTTE OG HELSEATFERD HOS UNGDOM

Tidligere godkjent prosjektslutt er 31.12.2020. REK vest har ingen innvendinger til forlengelse av prosjektet til 31.12.2021, men minner om at forlengelse egentlig skal søkes om innenfor godkjent prosjektperiode.

REK vest forutsetter videre at forskningsspørsmål og analyser som skal gjøres videre allerede er godkjent av REK eller skal søkes godkjent.

### **Vedtak**

REK godkjenner prosjektendringen med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

### **Sluttmelding**

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest 6 måneder etter sluttdato 31.12.2024, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

### **Søknad om endring**

Dersom man ønsker å foreta vesentlige endringer i formål, metode, tidsløp eller organisering må prosjektleder sende søknad om endring via portalen på eget skjema til REK, jf. helseforskningsloven § 11.

### **Klageadgang**

Du kan klage på REKs vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes på eget skjema via REK portalen. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom REK opprettholder vedtaket, sender REK klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering, jf. forskningsetikkloven § 10 og helseforskningsloven § 10.

Vennlig hilsen,

Jessica Svärd  
rådgiver REK vest

*Kopi til:*

Universitetet i Bergen  
Universitetet i Bergen