



Norges miljø- og  
biovitenskapelige  
universitet

**Masteroppgave 2022 30 stp**  
Fakultet for landskap og samfunn

# **Sammenhenger mellom psykisk helse, fysisk aktivitet og sosial støtte blant unge voksne født i Norge av innvandrerforeldre**

En tverrsnittstudie basert på data fra «Levekår blant norskfødte med innvandrerforeldre i Norge 2016»

Siv Korshavn Vestøl  
Master i folkehelsevitenskap

## Forord

To og halvt år som deltidsstudent ved NMBU er straks forbi. Det har vært en fantastisk reise på mange plan. Folkehelsevitenskap studiet har gitt meg kunnskap og innsikt i viktige temaer som jeg vil ta med meg videre i yrkeslivet. Det har vært en studiereise preget av pandemi og lite fysiske møter. Til tross for det, har jeg fått oppleve et unikt vennskap med Pia og Hilde som har vært et vennskap fylt av støtte, varme, latter og gode samtaler. Takk Pia og Hilde for deres evne til å se meg og løfte meg slik at jeg har kommet i mål. Takk Hilde for fantastisk støtte og nydelig medvandring.

En like viktig støttespiller for at målstreken er nådd er min enestående veileder Marte Kjøllestad, ved institutt for folkehelsevitenskap. Du har engasjert deg i prosjekt mitt med gode, oppmuntrende og konstruktive tilbakemeldinger. Takk for at du har gått så trygt og stødig ved siden av meg gjennom denne prosessen.

Jeg vil også takke mine kollegaer Margret og Stine ved Askim vgs som gjennom mitt studie har måtte bære en ekstra arbeidsbyrde. Til tross for det har dere hele veien vist stor fleksibilitet, og tro på prosjektet. Uten dere hadde det ikke gått.

Ikke minst vil jeg takke min fantastiske familie som har holdt ut med meg og aldri mistet troen på at masterstudiet skulle gå helt inn. Takk Linn Kristin for oppmuntrende og varme ord i rett tid og på rett sted, alltid til stede. Takk Håvard for din evne til å sette ting i perspektiv og for å få ting ned på jorda ved å fortelle meg at overdrevent stress ikke føre til noe godt. Og ikke minst Geir som jeg kan takke for nesten alt.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Det er en økende tendens at unge, og spesielt unge kvinner, rapporterer om mer psykisk uhelse. Samtidig pekes det på at fysisk aktivitet og sosial støtte er gunstige determinanter for god psykisk helse. Tidligere studier har vist varierende funn om psykisk helse til unge med innvandrerforeldre. Unge norskfødte med innvandrerforeldre er en voksende gruppe, og vi har lite kunnskap om psykisk helse for denne delen av befolkningen.

**Formål:** Formålet med denne oppgaven var å undersøke sammenhengene mellom psykisk helse og henholdsvis fysisk aktivitet og sosial støtte blant unge norskfødte med innvandrerforeldre i Norge.

**Metode:** Oppgaven er en kvantitativ studie med tverrsnittdesign, basert på data fra «Levekår blant norskfødte med innvandrerforeldre i Norge i 2016», utført av Statistisk Sentralbyrå. Unge norskfødte i aldersgruppen 16-39 år med innvandrerforeldre fra Vietnam, Sri-Lanka, Pakistan eller Tyrkia ble inkludert i studien (n=1033). Data ble innhentet gjennom intervjuer, der respondentene blant annet ble spurt om ulike psykiske plager, opplevd sosial støtte og fysisk aktivitet. Det ble benyttet krysstabellanalyser og analyser av odds ratio for å studere sammenhengene mellom psykisk helse og henholdsvis fysisk aktivitet og sosial støtte.

**Resultater:** Andelen som svarte at de har god psykisk helse var 90,6% blant de mannlige respondentene og 85,4% blant de kvinnelige. 80,7% av mennene og 62,6% av kvinnene svarte at de er fysisk aktive minst en gang i uka. Blant mennene var det positiv sammenheng mellom god psykisk helse og fysisk aktivitet, både med og uten korreksjon for landbakgrunn og alder (Korrigert OR=2,49 (1,31-4,72)). Denne sammenhengen ble ikke funnet blant kvinnene (Korrigert OR=0,99 (0,59-1,65)). Når det gjelder sosial støtte, svarte 86,1% av mennene og 82,7% av kvinnene at de har noen gode venner der de bor. Blant mennene var det positiv sammenheng mellom god psykisk helse og det å ha gode venner (Korrigert OR=2,45 (1,20-5,01)). Blant kvinnene var denne sammenhengen kun signifikant når det ble korrigert for landbakgrunn og alder (Korrigert OR=1,93 (1,07-3,48)). 94,3% av mennene og 96,0% av kvinnene svarte at de har noen fortrolige. Det ble ikke funnet sammenheng mellom god psykisk

helse og det å ha noen fortrolige, hverken for menn (Korrigert OR=1,08 (0,31-3,74)) eller for kvinner (Korrigert OR=2,36 (0,87-6,39)).

**Konklusjon:** Det var positiv sammenheng mellom psykisk helse og det å være fysisk aktiv, men denne sammenhengen ble kun funnet blant mennene i denne oppgaven. Forskjellen mellom kvinner og menn kan skyldes kulturelle faktorer som påvirker kvinners deltakelse i organisert trening. Når det gjelder sosial støtte, viste funnene i denne masteroppgaven en positiv sammenheng mellom psykisk helse og det å ha en god venn der man bor, men resultatene var ikke så tydelige for kvinnene som for mennene. Det ble ikke funnet sammenheng mellom psykisk helse og det å ha noen fortrolige.

## Abstract

**Background:** There is a growing tendency for young people, especially young women, to report more mental problems. At the same time, it is pointed out that physical activity and social support are favorable for good psychological health. Previous studies have reported diverse findings about psychological health among youngsters with migrant parents. Young Norwegian-born with immigrant parents are a growing demographic group, and we have limited knowledge about psychological health for this part of the population.

**Objective:** The objective of this study is to examine the association between mental health and social support and physical activity, respectively, among Norwegian-born young adults with immigrant parents.

**Method:** The study is a quantitative cross-sectional study, based on data from the «Living conditions among Norwegian-born with immigrant parents in Norway in 2016», conducted by Statistics Norway. Young Norwegian-born in the age group of 16-39 years and with immigrant-parents from Vietnam, Sri- Lanka, Pakistan or Turkey were included in the study (n=1033). Data was obtained from interviews, in which the participants about among other things were asked about mental suffering, social support and physical activity. Contingency table analyses and odds ratio analyses were performed to investigate associations between mental health and social support and physical activity, respectively.

**Results:** The proportion reporting good mental health was 90,6% among the male respondents and 85,4% among the females. 80,7% of the men and 62,65 of the women reported that they are physical active at least once a week. Physical activity was associated with good mental health among men, both with and without correction for national background and age (Corrected OR=2,49 (1,31-4,72)). This association was not found among women (Corrected OR=0,99 (0,59-1,65)). When it comes to social support, 86,1% of the men and 82,7% of the women reported to have some good friends where they live. Among men, there was a positive association between good mental health and having some good friends (Corrected OR=2,45 (1,20-5,01)). Among women, this association was significant only when correcting for national background and age (Corrected OR=1,93 (1,07-3,48)). 94,3% of the men and 96,0% of the

women reported to have a confidant. Having a confidant was not found to be associated with good mental health, neither for men (Corrected OR=1,08 (0,31-3,74)) nor for women (Corrected OR=2,36 (0,87-6,39)).

**Conclusion:** There was a positive association between mental health and being physical active, but it was only found for males in this study. The difference between men and women might be due to cultural factors affecting the participation of women in organized physical activity. When it comes to social support, the findings in this master thesis showed a positive association between mental health and having a good friend where you live, but the results were less obvious for women than for men. There was not found association between mental health and having a confidant.

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>1</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>2</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>8</b>
<b>2.0 Bakgrunn</b> .....	<b>9</b>
2.1 Helse, folkehelse og folkehelsearbeid.....	9
2.1.2 Helse-determinanter, psykisk helse og sosial støtte.....	11
2.2 Psykisk helse og psykiske helseplager.....	12
2.2.1 Psykisk helse, begrepsavklaring.....	12
2.2.2 Psykiske helseplager og utbredelse i Norge.....	13
2.2.3 Målemetoder for psykiske helseplager.....	14
2.2.4 Innvandrerbakgrunn og psykisk helseplager.....	14
2.3 Fysisk aktivitet, begrepsavklaring.....	16
2.3.2 Målemetode for fysisk aktivitet.....	16
2.3.3 Fysisk aktivitet i Norge.....	17
2.3.4 Sammenhengen mellom psykisk helse og fysisk aktivitet.....	19
2.4 Sosial støtte.....	20
2.4.1 Sosial støtte, begrepsavklaring.....	20
2.4.2 Målemetoder for sosial støtte.....	22
2.4.3 Sosial støtte i Norge.....	23
2.4.4 Teorier om sammenhenger mellom psykisk helse og sosial støtte.....	24
<b>3.0 Problemstilling</b> .....	<b>26</b>
<b>4.0 Materiale og metoder</b> .....	<b>26</b>
4.1 Studiedesign.....	26
4.2 Utvalg.....	27
4.3 Datainnsamling.....	28
4.4 Målevariabler.....	28
4.4.1 Avhengig variabel.....	28
4.4.2 Uavhengige variabler.....	29

4.5 Eksklusjon av data .....	30
4.6 Datanalyser .....	30
4.7 Etikk .....	32
<b>5.0 Resultater .....</b>	<b>32</b>
5.1 Deskriptiv statistikk .....	32
5.2 Krysstabellanalyser .....	36
5.3 Logistiske regresjonsanalyser .....	37
<b>6.0 Diskusjon .....</b>	<b>38</b>
6.1 Oppsummering av resultatene .....	38
6.2 Resultatdiskusjon .....	38
6.2.1 Sammenhengen mellom psykisk helse og fysisk aktivitet .....	38
6.2.2 Sammenhengen mellom psykisk helse og sosial støtte .....	41
6.3 Metodediskusjon .....	44
6.3.1 Studiedesign .....	44
6.3.2 Utvalg .....	45
6.3.3 Informasjon og informasjonsskjevhet .....	45
6.3.4 Bearbeiding av data og analyser .....	47
6.3.5 Generaliserbarhet .....	47
<b>7.0 Avslutning .....</b>	<b>48</b>
7.1 Implikasjoner for folkehelse .....	48
7.2 Videre forskning .....	48
7.3 Konklusjon .....	49
<b>Referanseliste .....</b>	<b>50</b>
<b>Vedlegg 1 .....</b>	<b>68</b>
<b>Vedlegg 2 .....</b>	<b>69</b>



## 1.0 Innledning

En økende andel av befolkningen i Norge har innvandrerbakgrunn. Ved inngangen til 2022 var 15.1% av befolkningen (819 356 personer) innvandrere. De største gruppene av norskfødte med innvandrerforeldre har foreldre som kommer fra Tyrkia, Pakistan og Vietnam. Den raskest voksende gruppen er de med foreldre fra Sri Lanka (SSB, 2021a). I tillegg var 3.8% (205 819 personer) født i Norge av to innvandrerforeldre (SSB, 2022a). Antall norskfødte over 15 år er omlag 43 000 (Dalgard, 2018). De har foreldre som kommer fra hele verden, men de over 15 år har i all hovedsak foreldre som kommer Midt- Østen og Asia.

Norskfødte med innvandrerforeldre er en ung gruppe i Norge, og vi har begrenset kunnskap om deres helse. Unge voksne født i Norge av innvandrerforeldre rapporterer lik selvopplevd helse som resten av befolkningen i samme aldersgruppe (Dalgard, 2018). De rapporterer derimot om noe mer psykiske plager enn unge voksne i befolkningen for øvrig (Dalgard, 2018). I den generelle befolkningen har andelen med psykiske helseplager blant unge voksne vært stabil i lang tid, men de siste årene har det vært en økning blant jenter. (Helsedirektoratet, 2022; Sivertsen, 2021).

Det er funnet at fysisk aktivitet og sosial støtte har positiv innvirkning på psykisk helse. Grasdalsmoen et al. (2020) peker på positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse blant unge voksne, og spesielt blant kvinner. Hvordan sosial støtte virker inne på psykisk helse henger sammen med hvordan det sosiale nettverket fungerer. Et støttende nettverk av familie, venner og nærmiljø er faktorer som kan ha en positiv innvirkning på den psykiske helsen (Dalgard, 2006). Fra Levekårsundersøkelsen blant innvandrere vet vi at unge voksne norskfødte med innvandrerforeldre opplever å ha sosial støtte på linje med andre unge voksne, og ikke føler seg mer ensomme (Dalgård, 2018). Andelen som er fysisk aktive i denne gruppa varierer mellom kvinner og menn, og norskfødte unge kvinner med innvandrerforeldre er noe mindre aktive enn andre kvinner på samme alder, mens unge menn med innvandrerforeldre er noe mer aktive. Andelene varierer også med foreldrenes landbakgrunn (Dalgard, 2018). Vi vet lite om hvilken rolle fysisk aktivitet eller sosial støtte har å si for psykisk helse blant unge voksne født i Norge av innvandrerforeldre. Ceri et al. (2017), peker på at selv om det er et økende antall barn av innvandrerforeldre er det få studier om deres psykiske helse. Psykiske helseutfordringer, fysisk inaktivitet og sosiale ulikheter er store folkehelseutfordringer (Grasdalsmoen et al., 2020). I et folkehelseperspektiv trenger vi mer kunnskap om hvilke

faktorer som har betydning for psykisk helse i ulike grupper for å kunne utforme målrettede tiltak. Hvordan unge født av innvandrerforeldre med landbakgrunn fra Pakistan, Tyrkia, Vietnam og Sri Lanka opplever sin psykiske helse, er det som skal studeres i denne oppgaven. Oppgaven er basert på datasettet fra levekårsundersøkelsen blant norskfødte med innvandrerforeldre i Norge 2016 (Dalgard, 2018).

I denne oppgaven skal jeg derfor undersøke sammenhengen mellom psykisk helse, fysisk aktivitet og sosial støtte blant unge voksne født i Norge av innvandrerforeldre.

## 2.0 Bakgrunn

I Norge kommer de største innvandrergruppene fra Polen som er om lag dobbel så stor som neste land på lista, Litauen. Videre kommer Somalia, Sverige, Pakistan og Irak som de største landene det innvandres fra (SSB, 2022b).

Mange norskfødte med innvandrerforelder vokser opp i husholdninger med lav inntekt da den generelle innvandrergruppen ligger 20 prosent under medianinntekten. Halvparten av barn med innvandrerbakgrunn bor i lavinntektshusholdninger samtidig som flere bor trangere. Dette kan sees i sammenheng med at unge norskfødte med innvandrerforeldre bor lengre hjemme hos foreldre enn jevnaldrende fra resten av befolkningen (Dalgard, 2018; IMDi, 2021). Når sosioøkonomiske forhold skal beskrives, er det vanlig å se på utdanningsnivå, sysselsetting og inntekt. Deltagelse i frivillige organisasjoner kan si oss noe om tilknytningen til det norske samfunnet. 17% av innvandrere deltar i det frivillige arbeidet som er lavere enn for den generelle befolkningen (Frivillighet Norge, 2020). I tillegg deltar barn av innvandrerforeldre i mindre grad i fritidsaktiviteter enn sine jevnaldrende, og det gjelder spesielt for jentene (Frivillighet Norge, 2020).

### 2.1 Helse, folkehelse og folkehelsearbeid

Helse er et begrep som har bakgrunn i vår historie, kultur og oppfatning, og har blitt mye diskutert i teorien (Larsen, 2003). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som “en tilstand av fullstendig fysisk, mental og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller

lidelser» (WHO, 2020, s.1). Denne definisjonen av helseforståelse er bred og ambisiøs, og den var banebrytende da den kom i 1948. Den beskriver at god helse ikke utelukkende er bestemt av fravær av sykdom, men i like stor grad av individets egne opplevelse knyttet til helse og velvære. Definisjonen har blitt kritisert for bruken av begrepet fullstendig sosialt velvære gjør god helse uoppnåelig (Huber, 2011). Det har ført til andre beskrivelser av helse. Hjort (1993, s. 38) beskriver helse som «et overskudd i forhold til hverdagens krav». I det ligger det en menneskelig ressurs til å håndtere utfordringer i livet, bl.a. ulike stresspåkjenninger. I følge Antonovsky (1993), er det opplevelsen av en sammenheng i tilværelsen som avgjør hvorvidt stress fører til dårlig helse. Et salutogenetisk syn på helse beskriver denne sammenhengen i tilværelsen med at situasjonen er begripelig, håndterbar og meningsfull for individet (Antonovsky, 1993). Den salutogene tilnærmingen til helse er utgangspunkt for helsefremmende arbeid.

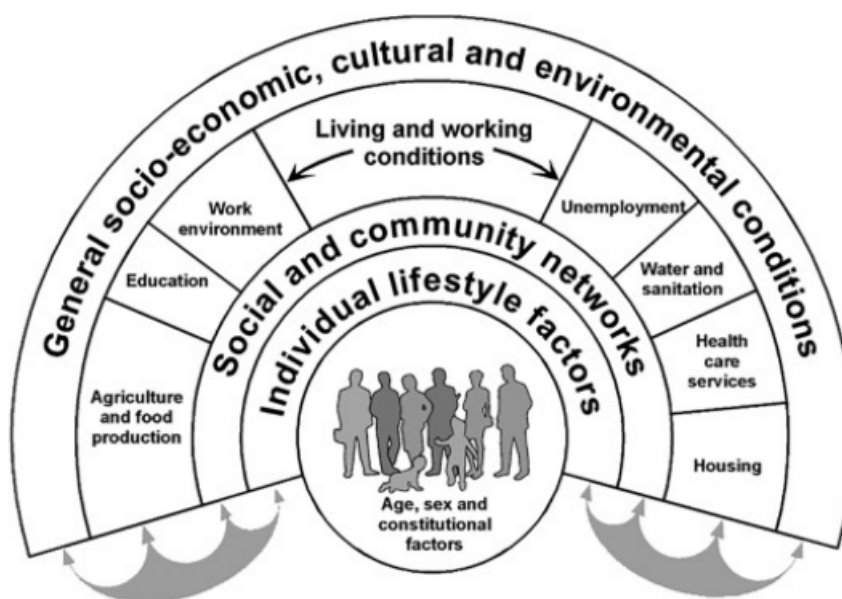
Folkehelse defineres som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (Folkehelseloven, 2011, §3). I de siste tiårene har det blitt mer fokus på folkehelse og hva samfunnet kan gjøre for å fremme folkehelsen. Verdens helseorganisasjon var tidlig ute med å definere helsefremming som «en prosess der man gjør folk i stand til å øke kontroll over og forbedre egen helse» (WHO, 1986, s.1). I Norge er helsefremming en lovfestet og viktig del av det systematiske folkehelsearbeidet (Folkehelseloven, 2011). I folkehelseloven blir folkehelsearbeidet definert som:

«Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (Folkehelseloven, 2011, § 3).

Målsetningen med folkehelsearbeidet er å fremme god helse for hele befolkningen. Mye av arbeidet er det kommunenes ansvar å forvalte, men like fullt er det et tverretattlig samarbeidsansvar på tvers av ulike offentlige sektorer med støtte fra frivillige organisasjoner. I folkehelsearbeidet står det forebyggende arbeidet sentralt for å fremme god helse, der målsetning er å begrense sykdom, lidelse og skade. I et folkehelseperspektiv henger de helsefremmende og forebyggende tiltakene tett sammen og påvirker hverandre til det beste for befolkningen.

### 2.1.2 Helse-determinanter, psykisk helse og sosial støtte

Den psykiske helsen og tilgang på sosial støtte påvirkes av ulike forhold i samfunnet. Helse-determinanter er alle de individuelle og miljømessige faktorene som på ulike måter er med på å påvirke helsen. Dahlgren & Whitehead (1991) har utarbeidet en modell som beskriver hvordan ulike forhold i samfunnet påvirker befolkningens fysiske og psykiske helse (Figur 1). Den illustrerer helse-determinantene i fire forskjellige lag og hvordan de ulike lagene står i direkte og gjensidig påvirkning av individet og hverandre. Det ytterste laget viser de sosioøkonomiske, politiske og kulturelle strukturene i samfunnet. Det neste laget beskriver forhold som utdanningsinstitusjoner, arbeidsforhold, nærmiljø og fritidstilbud, i tillegg til familie og tilgang til helse og velferdstjenester. I det nest innerste laget beskrives det sosiale nettverket og tilgangen til sosial støtte på et mer lokalt plan. Det innerste laget viser til de individuelle levevanene og mestringssevne. I kjerne står individet med personlighet, intelligens, fysiske helse og funksjonsevne som viser at individet til en viss grad har mulighet til å ta egne helse- og livsstilsvalg (Dahlgren & Whitehead, 1991).



Figur 1: Helse-determinanter: Figur fra Dahlgren & Whitehead, (1991)

Modellen er en sosial helse- og årsaksmodell, og viser bl.a. hvordan helse, fysisk og psykisk, påvirkes av hvor og hvordan folk lever. Helsen blir påvirket av individuelle livsstilsfaktorer, men også av sosiale relasjoner, levekår og strukturelle forhold i samfunn og nærmiljø. Den måten samfunnet er organisert på får innvirkning på individet. Sosialøkonomiske ulikheter og ulik fordeling av individuelle og miljømessige helse-determinanter vil kunne føre til helseforskjeller mellom sosiale lag og grupper i samfunnet. Det blir en strukturell urettferdighet

i muligheten til å oppnå god helse da de miljømessige helsedeterminantene opprettholdes av samfunnsmessige strukturer som er utenfor individets kontroll (Dahlgren & Whitehead, 1991). I et folkehelseperspektiv blir det viktig med bevissthet rundt de faktorene som er med på å skape sosiale ulikheter i helsen (Whitehead, 2007), og sette inn tiltak på ulike nivåer for å bedre helsen. Fokuset i denne oppgaven er på psykisk helse blant unge voksne, og determinanter som er i de to innerste sirklene; fysisk aktivitet og sosial støtte. Disse faktorene kan igjen påvirkes av forhold i de to ytterste sirklene i den sosiale helsemodellen, men det vil ikke diskuteres utfyllende her.

## 2.2 Psykisk helse og psykiske helseplager

Psykisk helse er et stort og mangefasettert begrep og er en viktig del av helsen vår. Det er et overordnet begrep som omhandler alt fra god psykisk helse og livskvalitet til alvorlig grad av psykisk uhelse og psykiske plager og lidelser (Reneflot et al., 2018).

### 2.2.1 Psykisk helse, begrepsavklaring

Det å ha god psykisk helse er viktig for å kunne tenke rasjonelt, fungere i samspill med andre og i arbeidslivet og nyte livet (WHO, 2018). WHO definerer psykisk helse som «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, håndtere normale stress-situasjoner i livet, arbeide på en fruktbar og produktiv måte og ha mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet» (WHO, 2004, s. 12). Denne definisjonen beskriver psykisk helse som noe mer enn fravær av psykisk sykdom. Hjort (1993, s. 38) definerer ikke psykisk helse spesifikt, men sier at helse er «overskudd i forhold til hverdagens krav». I sin definisjon legger Hjort inn faktorer som håp, vennskap og støtte som viktige elementer til å håndtere hverdagslige krav, både fysisk og psykisk. Han legger vekt på menneskets evne til å mestre utfordringene sine (Hjort, 1993). Færre psykiske plager henger sammen med god livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Livskvalitet handler om å ha det godt, å oppleve tilhørighet, trygghet, mestring, tilfredshet og autonomi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Livskvalitet er den enkeltes opplevelse av livet, og subjektiv livskvalitet handler om hvordan du vurderer og mestrer livet

som helhet. (Folkehelseinstituttet, 2021). Det å ha god livskvalitet henger ofte sammen med opplevelse av god psykisk helse.

Psykisk helse kan ha ulike verdi og betydning på tvers av land, kulturer, klasser og kjønn. Likevel finnes det en felles kjerne som gjør at man kan konseptualisere begrepet psykisk helse på tvers av kulturer (WHO, 2004). Psykiske helsen er en kompleks interaksjon mellom individets egenskaper og tidligere erfaringer, felleskap, livsarenaer og kulturen som omgir personen (WHO, 2004). Den psykiske helsen blir i stor grad påvirket av hvordan individet erfarer livet i familie, skole, nærmiljø og fritid. Mye av det som påvirker den psykiske helsen ligger dermed utenfor individet selv. I et folkehelseperspektiv er det viktig å få kunnskap om hvordan utenforliggende faktorer påvirker psykisk helse slik at nødvendige tiltak kan iverksettes for å fremme god psykisk helse i befolkningen (Helsedirektoratet, 2014a).

I oppgaven vil jeg legge Hjort (1993) sin definisjon til grunn når jeg snakker om psykisk helse fordi han setter menneske inn i en større kontekst der psykisk helse ikke bare handler om fravær av plager, men også hvordan mennesket i interaksjon med andre kan mestre utfordringene livet gjennom vennskap og sosial støtte.

### 2.2.2 Psykiske helseplager og utbredelse i Norge

Psykisk helseplager kan ha beslektede begreper knyttet til seg som psykiske vansker og psykiske problemer. Disse begrepene står i et motsetningsforhold til psykisk lidelse. Når vi snakker om psykisk lidelse benyttes gjerne diagnoser som er fastsatt etter ICD-klassifikasjoner. Blant de ICD- klassifiserte lidelsene er det alvorligere grad av angst og depresjon som er de vanligste (Reneflot et al., 2018). De psykiske helseplagene kjennetegnes gjerne av mer eller mindre psykisk ubehag som problemer med søvn, engstelse, nedstemthet, lite matlyst, lite glede i hverdagen, lettere grad av angst og depresjon, eller negative tanker og holdninger til seg selv (Barne-, ungdoms- og familiedepartementet, 2021; Reneflot et al., 2018). De psykiske helseplagene er økende i hele befolkningen og mest blant unge, og særlig blant jentene. For jentene er det en økning utover i ungdomsårene mens for guttene er plagene uendret fra tidlig til sent i ungdomsårene (Bakken, 2022; Barne-, ungdoms- og familiedepartementet, 2021; Reneflot et al., 2018; SSB, 2019).

### 2.2.3 Målemetoder for psykiske helseplager

Hopkins Symptoms Checklist Scale (HSCL) er et mye brukt spørreskjema når psykiske helseplager skal kartlegges (Nes et al., 2018; Sandanger et al., 1998). Det finnes flere versjoner av HSCL. Versjon HSCL-25 inneholder 25 spørsmål og er ofte brukt for å måle psykisk helseplager i norske helse- og levekårsundersøkelser (Nes et al., 2018; Sandanger et al., 2017). Senere er det utviklet utgaver med færre spørsmål (HSCL-5 og HSCL-10). Spørsmålene måler ikke om personen har en diagnostisert psykisk lidelse, men hvorvidt han har psykiske helseplager knyttet til angst og depresjon (Tambs & Moum, 1993). HSCL har gjennom tester vist seg å ha god validitet og reliabilitet (Derogatis et al., 1974; Strand et al., 2003).

Det finnes alternativer til HSCL for å måle psykisk helse. Mental Health Inventory 5 (MHI-5) blir mye brukt for å måle psykisk helse. Her måles positive og negative følelser for å kartlegge den subjektive livskvalitet, som har betydning for psykisk helse (Nes et al., 2018). Eurostat anbefaler Pasient Health Questionnaire 8 (PHQ-8) som er et spørreskjema som kan indikere depresjon (Nes et al., 2018). En kortversjon av PHQ-8, PHQ-4, fungerer som et generelt screeninginstrument for psykiske helseplager (Löwe et al., 2010; Nielsen et al., 2017). I norske undersøkelser for barn og unge med innvandrerbakgrunn er Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) blitt benyttet for å måle psykiske helseplager (Reneflot et al., 2018). Dette er et selvrapporteringskjema som måler fire områder av prososial adferd (Torvik et al., 2017).

### 2.2.4 Innvandrerbakgrunn og psykisk helseplager

Foreldrenes livssituasjon kan ha en intergenerasjonell virkning på barna. Vrålstad & Wiggen (2017) rapporterte om høyere forekomst av psykiske problemer blant norske innvandrere enn i hele befolkningen, henholdsvis 12% og 6%, og økningen kan være knyttet til utfordringer med å være innvandrer. Flere innvandrere er overrepresentert i grupper med lav inntekt og lav sosial status (Andersen et al., 2017; Epland & Normann, 2020), noe som kan utgjøre en risiko for psykiske plager (Abebe et al., 2014). For unge norskfødte med innvandrerforeldre kan det være utfordrende å finne sin identitet og å leve mellom to kulturer (Abebe et al., 2014). Innvandrere er en heterogen gruppe, og det er funnet at forekomsten av psykiske helseplager varierer med landbakgrunn (Abede et al., 2017; Vrålstad & Wiggen (2017)). Høyest andel som oppga at de hadde psykiske helseproblemer ble funnet blant innvandrere fra Iran, Irak, Pakistan og Tyrkia, mens den laveste andelen var blant innvandrere fra Somalia, Sri-Lanka, Vietnam og Eritrea. Dette har blitt bekreftet i andre studier (IMDi, 2021; Renelfot et al., 2018).

Funnene gjenspeiler internasjonale studier som viser at innvandrere har høyere forekomst av psykiske plager enn den øvrige befolkningen (Close et al., 2016; Ilić et al., 2017).

I levekårsundersøkelsen blant norskfødte med innvandrerforeldre beskrev en så høy andel som 86% sin egen helse som god, og andelen er høyest blant 16 til 19 åringene (Dalgard, 2018). På spørsmål om psykisk helse svarte 8% av de norskfødte med innvandrerforeldre at de har psykiske helseplager. Det er en noe større andel enn i hele befolkningen, hvor 6% av de under 35 år svarte at de har psykiske helseplager (Dalgard, 2018; SSB, 2021b). Blant norskfødte med foreldre fra Tyrkia svarte 12% at de har psykiske helseplager, og var gruppen med størst andel (Dalgard 2018). Et annet element er at norskfødte med innvandrerforeldre kjenner på flere negative følelser sammenlignet både med innvandrere og den generelle befolkningen (Støren et al., 2020). Det å kjenne på negative følelser er en indikasjon på psykiske helseplager.

Internasjonalt er det sprikende resultater når det gjelder psykisk helse for barn født av innvandrerforeldre. USA kan vise til en stor befolkning med barn født av innvandrerforeldre. Mancenido et al., (2020), gjennomførte en studie i California som viste høyere forekomst av psykiske plager blant personer født i USA av innvandrerforeldre enn blant innvandrere og blant den øvrige befolkningen. Psykiske plager var mer vanlig blant kvinner enn menn i denne gruppen. I en tilsvarende studie gjennomført i Tyrkia ble det funnet høyere forekomst av stress, angst og depresjon blant ungdommer og voksne født av innvandrerforeldre enn i verstbefolkningen (Ceri et al., 2017). Studien forklarte at resultatet mest sannsynlig skyldes faktorer relatert til det å ha innvandringsbakgrunn, gjerne knyttet til foreldrenes utdannings- og lønnsnivå, opplevd rasisme, samt vanskeligheter med å finne sin identitet og ambivalensen mellom vertskulturen og opprinnelseskulturen. Det å vokse opp mellom to kulturer vil for mange gi stress som kan føre til angst og depresjoner (Ceri et al., 2017). I en kvantitativ undersøkelse blant barn og voksne født av innvandrerforeldre i Norge ble det ikke gjort markante funn som tyder på at det å ha bakgrunn fra to forskjellige kulturer hadde innvirkning på psykisk helse (Weinmayer, 2019). En finsk undersøkelse viste at barn av innvandrere har en tendens til å ha bedre psykisk helse enn den øvrige befolkningen, men at den forverres over generasjoner (Loi et al., 2021). En svensk undersøkelse konkluderte med at barn av innvandrerforeldre og de med innfødte foreldre har lik psykisk helse (deKeyser et al., 2014). Den sistnevnte studien tar for seg psykiske plager hos 12 år gamle barn, og funn gjort på barn kan ikke uten videre overføres til ungdom og unge voksne.



## 2.3 Fysisk aktivitet og psykisk helse

Studier viser en positiv sammenheng mellom psykisk helse og fysisk aktivitet. Det er dokumentert at fysisk aktivitet har betydning for den psykiske helsen (Bouchard, 1994; Bremnes et al., 2011; Pedersen, 2015).

### 2.3.1 Fysisk aktivitet, begrepsavklaring

Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver fysisk aktivitet som enhver kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur og som krever energiforbruk (WHO, 2020). Flere forfattere definerer fysisk aktivitet som «all kroppslig bevegelse som er utført av skjelettmuskulatur, og som resulterer i en vesentlig øking i energiforbruket utover hvilenivå» (Caspersen et al. 1985, s.1; Nystad, 2022, s.1). Andre spesifiserer kroppslig bevegelse til å gjelde idrett, trening, mosjon, kroppsøving, lek, arbeid og friluftsliv (Bouchard, 1994; Espnes & Smedslund, 2009). En forenklet definisjon på fysisk aktivitet er all bruk av kroppen til bevegelse (Caspersen, 1985).

I WHO sin globale handlingsplan for 2018-2030 ble det satt et mål om å øke den fysiske aktiviteten med 15% innen 2030 (WHO, 2020).

### 2.3.2 Målemetode for fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan være vanskelig å måle fordi det er en kompleks adferd, og ulike individuelle og samfunnsmessige forhold kan være med å påvirke graden av fysisk aktivitet (Nystad, 2022; Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2001). Til tross for det, finnes det ulike målemetoder for å kartlegge hvorvidt en person er aktiv eller inaktiv (Ainsworth et al., 2004; Welk, 2002). For å kartlegge fysisk aktivitet er det vanligst å bruke aktivitetsmålere eller spørreskjema, men observasjon og dagboknotater kan også benyttes (Nystad, 2022; Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2001). Aktivitetsmålere er basert på direkte objektiv måling f.eks. med skritteller, akselerometer eller kombinasjonsapparater (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2001). Aktivitetsmålere egner seg for detaljerte studier av mindre grupper, men er ikke så vanlig å bruke i større undersøkelser. Vanligst er det å bruke spørreskjema da disse er billige og fanger opp observasjoner i større undersøkelsesgrupper (Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2001). Spørreskjema er en indirekte og subjektiv måling ved hjelp av skjemaer man fyller ut selv, eller til bruk under strukturerte intervjuer. Blant spørreskjemaene er det flere

å velge blant (Kriska & Caspersen, 1997; Welk, 2002). Skjemaene for fysisk aktivitet varierer fra få og enkle spørsmål til flere og mer omfattende og avanserte spørsmål der intensitet, frekvens, varighet, typer aktivitet og sammenheng aktiviteten er foregått i kartlegges (Ainsworth et al., 2000; Helsedirektoratet, 2016). Sammenlignet med objektive målinger er spørreskjemaer mindre presise til å beskrive intensitet og mengde samt endringer i den fysiske aktiviteten (Klepp, 2017). Et skjema støttet av WHO, er International Physical Activity (IPAQ) (Diakonhjemmet Sykehus, 2021). Skjemaet er designet for å kunne klassifisere respondentene i ulike aktivitetskategorier, relatert til det som er anbefalingen for fysisk aktivitet. I de nye retningslinjene fra Verdens helseorganisasjon for fysisk aktivitet og stillesittende adferd bør den fysiske aktiviteten være på minst 300 minutter i uka. De norske anbefalingene for fysisk aktivitet følger anbefalingene fra WHO. Anbefalingene for fysisk aktivitet blir ofte delt inn i lett, moderat og høy intensitet (Nystad, 2022). For moderat intensitet, definert som rask gang, er anbefalingene 150-300 minutter i uka, og for høy intensitet, definert som jogge/løpe, anbefales det 75-150 minutter i uka for voksne for å oppnå helsegevinst (Nystad, 2022).

### 2.3.3 Fysisk aktivitet i Norge

I Norge oppfylder ca 30 % av den voksne befolkningen anbefalingen til fysisk aktivitet når aktiviteten er registret ved en aktivitetsmåler (Nystad, 2022). For voksne har det vært en økning i fysisk aktivitet med moderat intensitet i tiden mellom 2008/09 og 2014/15 (Helsedirektoratet, 2014b; 2015). Blant voksne oppfylte 34% av kvinnene og 29% av mennene anbefalt mengde fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2015; Nystad, 2022).

Tenårsfasen er en kritisk livsfase hva fysisk aktivitet angår. Tall fra Ungdata viser at nærmere seks av ti av de som har deltatt i ungdomsidrett sluttet før de var kommet i 17–18-årsalderen (Bakken, 2019). De fleste av disse hadde sluttet mens de gikk på ungdomsskolen eller like etter at de begynte på videregående. Tallene viser også at 20 prosent av de som sluttet med organisert idrett i ungdomsårene, slutter helt å trene (Bakken, 2019).

Helsedirektoratet har over tid gjennomført kartleggingsundersøkelser for å måle om det har skjedd forandringer i den fysiske aktiviteten blant ungdom. I undersøkelsen UngKan, som kartlegger barns og unge fysisk aktivitet, oppfylte 40 % av de 15 år gamle jentene og 51% av guttene de nasjonale anbefalingene (UngKan3, 2019; Folkehelseinstituttet, 2019). I en

undersøkelse av aldersgruppen 20-49 år var det 34 % av kvinnene og 29 % av mennene som fulgte de norske anbefalingene av fysisk aktivitet (Nystad, 2022).

Blant 15-åringene er det funnet at den fysiske aktiviteten til norske jenter er lik eller litt høyere enn sine europeiske jevnaldrende (Konstabel, 2014). I samme undersøkelse ble det funnet at den fysiske aktiviteten til norske gutter er lavere enn for gutter fra Estland og Portugal, høyere enn for gutter fra Danmark og lik med gutter fra Tyskland, Italia, Hellas, Ungarn, Belgia, Spania, Frankrike, Sverige og Østerrike.

For aldersgruppen 20-85 år er norske kvinner og menn noe mer fysisk aktive enn tilsvarende aldersgruppe i Sverige (Helsedirektoratet, 2015).

Blant innvandrere i Norge har andelen som aldri trener sunket med 33% fra 2005/2006 til 20% i 2016 (Vrålstad & Wiggen, 2017). Andelen som trener minst en gang i uka har økt fra 44 % til 57% i samme tidsrom (Vrålstad & Wiggen, 2017). Det har vært økning for begge kjønn, men fortsatt trener menn mer enn kvinner. Mennene med høyest aktivitetsnivå kommer fra Somalia, Afghanistan og Bosnia-Hercegovina, mens blant kvinnene kommer de fra Polen, Sri – Lanka og Tyrkia. Blant mennene er det lavest aktivitetsnivå for dem som kommer fra Irak og Tyrkia og for kvinnene er det lavest aktivitetsnivå for dem fra Somali og Pakistan (Vrålstad & Wiggen, 2017).

Kunnskapen om fysisk aktivitet blant norskfødte med innvandrerforeldre kommer fra levekårsundersøkelsen blant norskfødte med innvandrerforeldre i Norge 2016 (Dalgard, 2018). Det er ikke store forskjeller i fysisk aktivitetsnivå mellom norskfødte med innvandrerforeldre og den øvrige befolkningen. Blant unge norskfødte med innvandrerforeldre svarte 69% at de trener én gang i uka eller mer. Det er på linje med befolkningen for øvrig i samme alderssegment (Dalgard, 2018). Skiller man mellom kjønn, er forskjellene større. Andelen som svarte at de trener minst en gang i uka var 79% for menn med innvandrerforeldre og 73% for menn med norsk bakgrunn. Forskjellen var større blant kvinnene hvor 59% av kvinnene som har innvandrerforeldre og 71% av kvinnene med norsk bakgrunn svarte at de trener minst en gang i uka.

For kvinnene var det store forskjeller i landbakgrunn. Kvinner med foreldre fra Sri Lanka skilte seg positivt ut med 73% som er fysisk aktive, noe som var på nivå med kvinnene i befolkningen

for øvrig. Blant kvinner med bakgrunn fra Pakistan, Vietnam og Tyrkia var andelen som trener minst en gang i uka mellom 54-61%. Blant menn var forskjellene etter landbakgrunn mindre, og menn med foreldre fra Sri Lanka hadde høyest andel som er fysisk aktiv minst en gang i uka (83%), mens andelen var mellom 78 og 80 % for menn med landbakgrunn fra Vietnam, Pakistan og Tyrkia (Dalgard, 2018).

#### 2.3.4 Sammenhengen mellom psykisk helse og fysisk aktivitet

Flere studier har vist positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og helse (Nystad, 2022; Ommundsen, 2020; Sampasa-Kanyinga, 2020), inkludert blant unge mennesker (Helsedirektoratet, 2016; Pettersen, 2019). Det å være fysisk aktiv kan ha en positiv effekt på opplevd stress og smerter, i tillegg til å ha en forebyggende effekt på sykdommer som hjerte-karlidelser, diabetes type 2 og flere former for kreft (Pedersen & Saltin, 2015). Det er vist at personer som er moderat fysisk aktive i ca. 25 minutter daglig reduserer risikoen for tidlig død med 60 % mot de som ikke er fysisk aktive (Eklund et al, 2016).

Fysisk aktivitet kan også styrke den psykiske helsen. Det er dokumentert at fysisk aktivitet har effekt ved mild til moderat depresjon (Börjesson & Jonsdottir, 2010; Helsedirektoratet, 2021a), og at fysisk aktivitet kan ha like bra effekt som antidepressive medikamenter og samtalerapi i behandling av depressive symptomer (Martinsen, 2000). I tillegg har kontrollerte forsøk vist at fysisk aktivitet har en angst- og spenningsreduserende effekt (Martinsen, 2000; Helsedirektoratet, 2021a). Når man ser på sammenhengen mellom psykisk helse og fysisk aktivitet, er det viktig å ta hensyn til at bakenforliggende faktorer kan påvirke både psykisk helse og fysisk aktivitet og forklare en eventuell sammenheng. Slike faktorer kan f.eks. være sosioøkonomiske indikatorer som utdanningsnivå, inntekt og sosial tilhørighet (Westin, 2000).

Fysisk aktivitet kan bidra til å gjøre personer robuste til å mestre hverdagens krav og gi overskudd til hverdagen. En reduksjon i opplevd stress kan oppleves gunstig for den psykiske helsen (Börjesson & Jonsdottir, 2010; Chaput et al., 2020; Helsedirektoratet, 2021a). Fysisk aktivitet forbedrer den psykiske helsen gjennom bedre søvn og økt selvbilde (Helsedirektoratet, 2021a). I tillegg kan fysisk aktivitet være en kilde til livsutfoldelse, glede og positive mestringsopplevelser samt gi energi og overskudd i hverdagen. Fysisk aktivitet kan påvirke humøret positivt og gi sosialt felleskap og bedre livskvalitet (Helsedirektoratet, 2021a). De gode

sidene fysisk aktivitet har på den psykiske helsen kan være med å gi mening til aktiviteten og aktiviteten kan gi mening til livet og forbedre livskvaliteten (Fortmeier, 2005).

Det kan også diskuteres hva som er årsak og hva som er virkning når man studerer sammenheng mellom psykisk helse og fysisk aktivitet. I det foregående er det diskutert hvordan fysisk aktivitet påvirker psykisk helse, men en annen måte å se det på er at god psykisk helse kan gjøre det lettere å komme seg ut og være i fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2021a). Den økte aktiviteten påvirker psykisk helse positivt som igjen fører til mere overskudd til å være fysisk aktiv.

## 2.4 Sosial støtte

Sosial støtte kan sees på som en paraplybetegnelse med et definatorisk mangfold. Det kan lignede med en «vare» som gis via det sosial nettverket (Hernes, 1988) Det kan være i form av emosjonell støtte, praktisk støtte, informasjonsstøtte og materiell støtte (Duncan et al., 2005; Heaney & Israel, 2008) Målemetodene er mange og varierte for sosial støtte. Det kan ha sitt utgangspunkt i at begrepet ikke kommer fra noen spesifikk teori eller fagdisiplin. I løpet av 1970- tallet fikk sosial støtte status som et sentralt teoretisk forskningsbegrep, men støttende sosiale relasjoner sin betydning for helse og trivsel er av langt eldre dato (Dalgard et al., 1995).

### 2.4.1 Sosial støtte, begrepsavklaring

Mennesket beskrives som sosiale vesener, noe som innebærer at det sosiale miljøet vi omgir oss med, og er en del av, blir viktig for hvordan vi tilpasser oss omgivelsene (Belle, 1989). I tillegg kan mennesket forstås som «utadrettet, utforskende og tilknytningsorientert i sin natur, med et behov for å mestre, oppleve sammenheng, trygghet og mening i samhandling med andre» (Hartmann & Axelsen, 1999). Begrepene sosial støtte og sosialt nettverk er gjerne nært knyttet til hverandre, samtidig som det må presiseres at de ikke er ensbetydende. Rundt en person er det et nett av sosiale relasjoner, stort eller lite, med nære eller løse bånd som beskrives som det sosiale nettverket (Barnes, 1954). Sosial støtte blir en konkretisering og personifisering av hvordan det sosial nettverket oppleves. Mottakeren av sosial støtte skal ha en oppfatning av at noen bryr seg om dem, og det skal gi en følelse av velvære og av å bli tatt vare på (Hupcey, 1998). Sosial støtte er ikke noe ensartet begrep, og det er ingen felles oppfatning av begrepet sosial støtte og hvordan vi best kan operasjonalisere og måle sosial støtte (Dalgard & Sørensen, 1988; Nestmann & Hurrelmann, 1994; Sørensen, 1988). Sosial støtte blir ofte definert ut fra

forskerens bakgrunn, og det vil dermed få ulike definisjoner og beskrivelser ut fra de forskjellige faglige bakgrunnene. Kilden til sosial støtte kan ha sitt utspring i familie og venner, kjærester og kjæledyr, naboer og kollegaer, men trenger ikke være begrenset til familie, venner eller andre (Taylor, 2011). Sosial støtte kan også beskrives som formell eller uformell. Uformell støtte kan for eksempel være familie, kjærester, kollegaer og venner, mens formell støtte kan være helsearbeidere og ulike samfunnsinstitusjoner (Hogan, 2002). Det skiller også mellom mottatt og opplevd støtte (Barrera, 1986; Taylor, 2011). Mottakerens subjektive opplevelse bedømmes ut fra hva den andre har tilbudt av hjelp og som oppleves effektiv for den som mottar støtten. Dette er opplevd støtte, mens mottatt støtte, også kalt forventet støtte, er den spesifikke handlingen fra andre som er støttende i en nødsituasjon (Gurung, 2006).

Definisjoner på sosial støtte varierer i spesifisitet, bredde og hvilke interaksjoner som utspiller seg i nettverkene (Sørensen, 1988). Hvem som inkluderes som støttespiller i de sosiale nettverkene og graden av stabilitet i de mellommenneskelige relasjonene er forskjellig. Denne ulikheten vektlegges forskjellig når sosial støtte skal defineres (Wolchick et al., 1989). Fellesnevneren for de ulike definisjonene har en kjerne der andre mennesker bidrar når det er behov for hjelp og oppmuntring. Definisjonene består av ulike komponenter avhengig av hvem som gir og mottar støtte, mottagerens forutsetninger og hvilke påkjenninger det dreier seg om (Dalgard et al., 1995).

Uchino (2004) beskriver sosial støtte i et vidt perspektiv. Han ser både på strukturen i en persons sosial liv som en del av en gruppe, funksjonen en slik støtte gir i livet, og opplevd tilhørighet. Noe av det samme sier Fyrand (2005) som ser på sosiale nettverk som rammen for sosiale forhold og hvordan det gir sosial støtte. Når mennesker støtter hverandre, samhandler og hjelper hverandre, blir de ressurspersoner som gjør det lettere for andre å mestre utfordrende situasjoner i livet. Å bruke tid sammen i fortrolighet kan gi støtte emosjonelt eller materielt i form av praktisk hjelp (Fyrand 2005). Kvaliteten, tilgjengeligheten og hvordan det oppleves å motta støtte er viktige elementer når sosial støtte skal beskrives (Duncan et al., 2005). Demaray et al., (2005, s. 691) definerer sosial støtten som ”oppfatningen en person har om at han/hun blir ivaretatt, verdsatt og elsket av personer i ens sosiale nettverk, og at vissheten om dette bidrar til adekvat fungering i dagliglivet og å fungere som en beskyttende faktor i møte med kriser”. Sosial støtte kan ha fire funksjoner. Emosjonell støtte handler om å vise følelser som omtenkksomhet, kjærlighet, empati, intimitet, oppmuntring, aksept og tillit (Langford, 1997;

Slevin, 1996). Materiell støtte, også kalt instrumentell støtte, er en konkret og praktisk støtte, finansielt eller materielt (Heaney & Israel, 2008). Når vi deler råd, forslag og informasjon som kan være nyttig for andre, snakker vi om informasjonsstøtte (Krause, 1986; Wills, 1991). Vennestøtte bidrar å gi personer en opplevelse av tilhørighet gjennom sosiale aktiviteter og en følelse av sosial støtte (Uchino, 2004; Wills, 1985; Wills, 1991).

Tardy (1985) beskriver sosial støtte i form av retninger og hvor tilgjengelig støtten er. Med retning menes det om sosial støtte gis eller mottas, og det er et tydelig skille mellom disse to retningene. Tilgjengeligheten er nettverket vi forventer støtten kommer fra, eksempelvis familie, nære venner, naboer, kollegaer, nærmiljø og institusjoner, og profesjonelle. Tardy (1985) beskriver mottagerens subjektive opplevelse av sosial støtte som viktig, og den varierer fra situasjon til situasjon.

For denne besvarelsen vil begrepet sosial støtte være knyttet til de uformelle relasjonene.

#### 2.4.2 Målemetoder for sosial støtte

I Norge måles sosial støtte ofte med spørsmålene «Har du noen fortrolige?» og «Hvor mange fortrolige har du?» (Folkehelseinstituttet, 2015). Disse to spørsmålene ble brukt i levekårsundersøkelsen for norskfødte med innvandrerforeldre når de skulle kartlegge om det var en korrelasjon mellom psykisk helse og det å ha noen fortrolige (Dalgard, 2018).

Siden dette er et multidimensjonalt begrep blir det målt og konseptualiserer på mange forskjellige måter (Cauce et al. 1994).

Sosial støtte kan kartlegges ved å bruke spørreskjema, og det er flere skjemaer som brukes. Oslo Social Support Scale (OSSS-3) er et trepunkts selvrappoterings måleskjema som spør om hvor mange nære fortrolige du har, hvor bekymret du er for andre mennesker, og hvor tilgjengelig naboen er til å gi praktisk hjelp (Kocalevent et al., 2018). OSSS- 3 skjemat har vist seg å være et valid og pålitelig måleverktøy for sosiale determinanter i den generelle befolkningen (Kocalevent et al., 2018). Et annet og valid spørreskjema for å måle sosial støtte er Social Support Questionnaire (SSQ) der antall man får sosial støtte fra og hvor tilfreds man er med tilgjengeligheten av den sosiale støtten blir målt (Sarason et al., 1983).

### 2.4.3 Sosial støtte i Norge

Flesteparten i den norske befolkningen rapporterer at de har kontakt med gode venner månedlig eller oftere (Helsedirektoratet, 2021b; Vrålstad & Wiggen, 2017). I 2016 svarte hele 97% at de hadde en fortrolig venn, og andelen var litt høyere blant kvinner enn menn (Vrålstad og Wiggen, 2017). Senere undersøkelser har vist en økende andel av personer som er plaget av ensomhet, og økningen er størst blant ungdom. I tillegg faller Norge fra 5 til 8 plass på rankingen over landene med den lykkeligste befolkningen. En av predikatorene på rankingen er opplevd sosial støtte (Helliwell et al. 2022; Nes, 2022). Folkehelseinstituttet beskriver ensomhet som mangel på god sosial støtte, og tilgangen på sosial kontakt henger sterkt sammen med opplevd ensomhet (Folkehelseinstituttet, 2015). Det å være en del av et sosialt nettverk, i form av en vennegruppe eller familiefelleskap, gir tilhørighet. Mangel på tilhørighet med andre mennesker kan skape en opplevelse av ensomhet og påvirke den psykiske helsen negativt (Folkehelseinstituttet, 2015; SSB, 2021b).

Allerede tidlig på 1970-tallet pekte sosialiseringsteoretikere på at familien er på veg ut som de viktigste støttespillere, mens venner og jevnaldrende er på veg inn for å overta posisjonen (Mead, 1971; Piage, 1973). Resultater viser imidlertid at omkring 70% av 16-39 åringen i Norge svarer at de treffer foreldrene sine hver måned eller oftere (Dalgard, 2018). Øya (2007) beskriver at de sosiale båndene mellom barn og foreldre har styrket seg fra 1996 til 2006. De unge opplever mer støtte fra foreldrene, i form av at de kan snakke sammen og dele problemer med dem. De får praktisk hjelp, står sammen med familien og er trygge på at de ikke blir sviktet. De norske ungdommene beskriver et forhold preget av nærhet, støtte og gjensidig tillit til foreldrene (Øya, 2007). Tall fra 2021 dokumenterer opplevd foreldrestøtte blant ungdom, og det har være lite endringer på området det siste tiåret (Bakken, 2022).

I livskvalitetsundersøkelsen i Norge 2021 oppga 24% av 18-24 åringen og 25% av 25-44 åringene at de i liten grad har givende sosiale relasjoner. I begge aldersgruppene svarte 29% at de har svært givende relasjoner, mens resten svarte noe midt imellom (Støren & Rønning, 2021).

I levekårsundersøkelsen blant innvandrere svarte 87% at de har en god venn der de bor. Videre svarte 84% at de har en venn de kan snakke fortrolig med, mens den tilsvarende andelen var 97% i befolkningen for øvrig (Vrålstad & Wiggen, 2017). Blant innvandrere var det store forskjeller avhengig av landbakgrunn. Blant de som kommer fra Bosnia- Hercegovina svarte



hele 92% at de har en fortrolig venn, mens tallet var 74% for de som kommer fra Tyrkia og Afghanistan (Vrålstad & Wiggen 2017). Som i befolkningen for øvrig, var det flere kvinner enn menn som svarte at de har en fortrolig venn.

Som nevnt i dette kapitlet, kan opplevd ensomhet indikere lite sosial kontakt, og det kan brukes som et mål på psykisk helse. Andelen innvandrere som svarte at de er ganske eller veldig mye plaget av ensomhet var 10%, mens andelen blant befolkningen for øvrig var 5%, eller halvparten så stor som blant innvandrerne (Vrålstad & Wiggen, 2017).

Gode vennsrelasjoner er med på å gi en opplevelse av tilhørighet, finne seg selv, og å finne sin plass i en gruppe med jevnaldrende. Det å ha venner kan bety at du er akseptert og godtatt av de andre. For de fleste gir ungdomsmiljøet gjerne et supplement til den opplevde støtten fra familie og skole. De fleste ungdommer, både med og uten innvandrerbakgrunn, har gode venner der de bor, og kvaliteten av vennskapet betyr mer enn hvor mange venner de har (Bakken, 1998; Bakken, 2022; Dalgard, 2018). Det er få unge norskfødte med innvandrerforeldre som mangler en god venn der de bor eller andre steder i Norge, og de aller fleste har daglig eller ukentlig kontakt med gode venner (Dalgard, 2018).

#### 2.4.4 Teorier om sammenhenger mellom psykisk helse og sosial støtte

Sosial støtte spiller en viktig rolle for å oppnå og opprettholde god psykisk helse (Bjørlykhaug et al., 2021). Det å ha et støttende og stabilt sosialt nettverk rundt seg er avgjørende for god psykisk helse (Meland, 2021). Omsorgen og kjærligheten som kommer fra de sosiale nettverkene gir en opplevelse av felleskap som er gjensidig forpliktende. Sosial støtte kan påvirke den psykiske helsen gjennom stressreduksjon og opplevelse av å mestre påkjenninger og livssituasjoner som er vanskelige. I tillegg kan selvtilliten og selvbildet bli styrket som igjen kan redusere maktesløshet som i siste instans kan forebygge psykiske lidelser (Klepp, 2017).

Det er to sentrale forklaringsmodeller mellom psykisk helse og sosial støtte, og de beskrives som bufferhypotesen (buffermodellen) og direkteeffekthypotesen (direkteeffekt modellen) (Wills, 1991). Hovedforskjellen mellom hypotesene er at bufferhypotesen predikerer sosial støtte til å ha mest effekt når det gjelder opplevelser som innebærer mye stress, mens direkteeffekthypotesen predikerer at sosial støtte er gunstig hele tiden. I gjennomgang av studier foreligger det evidens for begge hypotesene (Cohen & Wills, 1985; Tayler, 2011).

I bufferhypotesen blir sosial støtte en beskyttelsesmekanisme, en «buffer», mot vanskelige og stressende livshendelser. Det foreligger evidens som viser at mennesker som opplever høy grad av sosial støtte har mindre sannsynlighet for dårlig psykisk helse som følge av stressende livssituasjoner (Choen & Wills, 1985). Denne sammenhengen blir ofte fortolket til at sosial støtte har en beskyttende effekt mot stress (Choen & Wills, 1985). Sosial støtte reduserer eksponering og forbygger stress. Mulige stressorer kan være all motstand som livet gir. Høy grad av stress kan føre til økt psykisk uhelse (Folkehelseinstituttet, 2021). Sosiale nettverk gir positive opplevelser og et sett med sosialt anerkjente roller i nærmiljøet som kan være til hjelp mot negative erfaringer som ellers ville øke sannsynligheten for psykiske vansker og lidelser. Denne formen for støtte kan relateres til generelt velvære da det gir en positiv effekt i form av forutsigbarhet og stabilitet i ens livssituasjon og en erkjennelse av egenverd (Choen & Wills, 1985).

Ifølge direkteeffekthypotesen har mennesker med høy grad av opplevd sosial støtte bedre helse uavhengig om de er utsatt for negative livshendelser eller ikke (Choen & Wills 1985). Foruten buffereffekt har egenopplevelsen av sosial støtte en direkte, vedvarende og konsistent effekt på den psykiske helsen (Lakey & Cronin, 2008).

Relasjonsreguleringsteori ble lansert som en forklaring på opplevd sosial støtte og dens effekt på psykisk helse som ikke kunne forklares ved hjelp av stress og mestringsteorier (Lazarus, 1984). Teorien forsøker å forklare direkteeffekthypotesen (Wethington, 1986). En hovedforklaring i teorien er at det er en sammenheng mellom sosial støtte og psykisk helse gjennom ordinære samtaler og felles aktiviteter. Stress og negative følelser blir regulert gjennom temaene for samtalene og de felles aktivitetene. Hvilken relasjon en har til støttetilbyderen er viktig for at denne samhandlingen skal oppleves positiv og til støtte i reguleringen av de psykiske følelsene. Størstedelen av opplevd støtte er relasjonell i sin natur (Lakey, 2010).

## 3.0 Problemstilling

Folkehelselovens formål er å forebygge sykdom og fremme helse i hele befolkningen (Folkehelseloven, 2011, §1). I lovteksten settes det krav om en samfunnsutvikling hvor miljømessige forhold blir lagt til rette slik at psykiske helseplager og lidelser kan forebygges. Ifølge resultater fra levekårsundersøkelsen blant norskfødte med innvandrerforeldre gjennomført i 2016 er det noe mer vanlig med psykiske helseplager blant unge med innvandrerforeldre enn blant jevnaldrende uten innvandrerbakgrunn, men forekomsten varierer med opprinnelseslandet til foreldrene. Vi trenger mer kunnskap om faktorer som er av betydning for psykisk helse i denne gruppen som et utgangspunkt for helsefremmende arbeid.

Problemstilling for denne masteroppgaven vil derfor bli:

*Hvordan henger psykisk helse sammen med fysisk aktivitet og sosial støtte blant norskfødte med innvandrerforeldre i aldergruppen 16-39 år?*

## 4.0 Materiale og metoder

I dette kapittelet vil det bli gjort rede for metoden som er benyttet for å svare på problemstillingen til oppgaven. Det vil redegjøres for hvordan datamaterialet er samlet inn, bearbeidet og analysert og til slutt noen etiske betraktninger.

### 4.1 Studiedesign

Mye av kunnskapen vi har om helse i Norge kommer fra store og omfattende helseregistre. Spørreundersøkelser kan gi mer detaljert kunnskap om levekår og livstil enn registerstudier kan gi. Siden 1970- tallet har det i Norge blitt foretatt omfattende undersøkelser i form av intervju om levekårene i den norske befolkningen (Henriksen, 2008). Det er også foretatt egne

levetidsundersøkelser blant innvandrere fire ganger (1983, 1996, 2005/2006 og 2016), der de siste undersøkelsene også har inkludert etterkommere av innvandrere (Henriksen, 2008).

Denne oppgaven er basert på kvantitative data fra «Levetidsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016», gjennomført av statistisk sentralbyrå (SSB). Det er den fjerde levetidsundersøkelsen blant innvandrere som SSB har gjennomført og den andre som inkluderer norskfødte med innvandrerforeldre (Vrålstad & Wiggen, 2017).

## 4.2 Utvalg

Utvalget i «Levetidsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016» var både innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre. Denne oppgaven er basert på data fra de norskfødte med innvandrerforeldre. For norskfødte av innvandrerforeldre ble fire opprinnelsesland inkludert. Det gjaldt personer med foreldre fra Tyrkia, Pakistan, Sri Lanka og Vietnam. Disse fire landene ble valgt på bakgrunn av at foreldregenerasjonen er store innvandrergrupper med lang botid i Norge, slik at gruppene med norskfødte barn som har rukket å bli unge voksne er tilstrekkelig store for tverrsnittstudie. Tre av gruppene (Pakistan, Tyrkia og Vietnam) deltok i tilsvarende undersøkelse i 2005/2006, og det var ønskelig å undersøke de samme gruppene på ny. Norskfødte med foreldre fra Sri Lanka ble inkludert fordi de har blitt en tilstrekkelig stor gruppe siden forrige undersøkelse. Undersøkelsen var begrenset til aldersgruppen 16-39 år. Begrensningen skyldes at få av de norskfødte med innvandrerforeldre var få over 39 år.

Det ble trukket et tilfeldig bruttoutvalg på mellom 430 og 530 personer fra hvert land, totalt 1986 personer, som fikk tilsendt informasjonsmateriell på norsk og invitasjon om å delta i undersøkelsen (Dalgård, 2018). Etter fire til åtte uker ble det sendt ut en oppfølgingshenvendelse på SMS eller epost for å sikre større svarprosent. Det ble gjennomført nekteroppfølging av de som ikke ønsket å delta i undersøkelsen (Holmøy & Wiggen, 2017). Nettoutvalget som gjennomførte spørreundersøkelsen, var 1049 personer. Svarprosenten, definert som antall i nettoutvalget i forhold til bruttoutvalget, var 53. Svarprosenten var ca. 50 for både kvinner og menn fra alle landbakgrunner, med unntak av kvinner med foreldre fra Sri Lanka som hadde en svarprosent på 66 (Dalgård, 2018). De fleste av respondentene bodde i Oslo og det sentrale østlandsområdet.

### 4.3 Datainnsamling

I forkant av Levekårsundersøkelsen til Statistisk sentralbyrå var spørsmålene som ble stilt i spørreundersøkelsen nøye utviklet og testet. Det ble gjennomført flere kognitive testintervjuer med påfølgende retrospektiv oppfølging og test på et mindre utvalg innvandrere. Innholdet i spørreskjemaene var spørsmål knyttet til temaer som helse, boforhold, utdanning og sosial kontakt med familie og venner. Flere av spørsmålene var de samme som ble benyttet i SSB sin levekårsundersøkelse som ble gjennomført i den generelle befolkningen (Holmøy & Wiggen 2017).

Intervjuene ble gjennomført av SSB fra november 2015 til juni 2016. Av intervjuene med norskfødte med innvandrerforelder ble 27% gjennomført som besøksintervjuer, og resterende via telefon (Holmøy & Wiggen, 2017). Intervjuene ble gjennomført ved at intervjuer stilte spørsmål fra et elektronisk spørreskjema, og registrerte svarene mens respondenten svarte. Intervjuene varte i gjennomsnitt 48 minutter. Intervjuene av norskfødte med innvandrerforeldre ble gjennomført på norsk (Dalgard, 2018).

### 4.4 Målevariabler

Hensikten med oppgaven var å studere sammenhenger mellom psykisk helse og fysisk aktivitet og sosial støtte hos unge norskfødte med innvandrerforeldre. For å analysere dette ble det definert variabler basert på svarene på et utvalg av spørsmålene i Levekårsundersøkelsen fra 2016, og disse ble kodet for statistiske analyser. I dette kapitlet er variablene og kodingen beskrevet. Kodingen er oppsummert i Tabell 1.

#### 4.4.1 Avhengig variabel

Den avhengige variabelen i analysene er psykisk helse, definert fra svar på følgende fem spørsmål: har du i de siste 14 dagene vært: «ikke plaget», «litt plaget», «ganske mye plaget», eller «veldig mye plaget» av 1) nervøsitet og indre uro, 2) å være stadig redd eller engstelig, 3) en følelse av håpløshet med tanke på fremtiden, 4) å være nedtrykt eller tungsindig 5) å være bekymret eller urolig? Spørsmålene er hentet fra en forkortet versjon av Hopkins symptom checklist (HSCL). Versjonen som er brukt i «Levekår blant norskfødte med innvandrerforeldre 2016» har hentet spørsmålene både fra HSCL- 5 og HSCL-10 som er utgaver med fem og ti

spørsmål for å måle symptomer på angst og depresjon. HSCL er mye brukt for å kartlegge nivået av psykiske helseplager i ulike grupper (Strand et al., 2003; Tambs & Moum, 1993).

Svaralternativene var gitt tallverdier fra 1 til 4, henholdsvis 1 for «ikke plaget», 2 for «litt plaget», 3 for «ganske mye plaget», og 4 for «veldig mye plaget». For hver respondent regnet jeg ut gjennomsnittet av svarene på de fem spørsmålene som et mål på den psykiske helsen. Variablene ble deretter diktomisert med cut-off på 2.0 der verdier <2 indikerer «god psykisk helse», og høyere verdier indikerer «psykiske helseplager». Cut-off som ble valgt er vanlig å bruke i lignende studier.

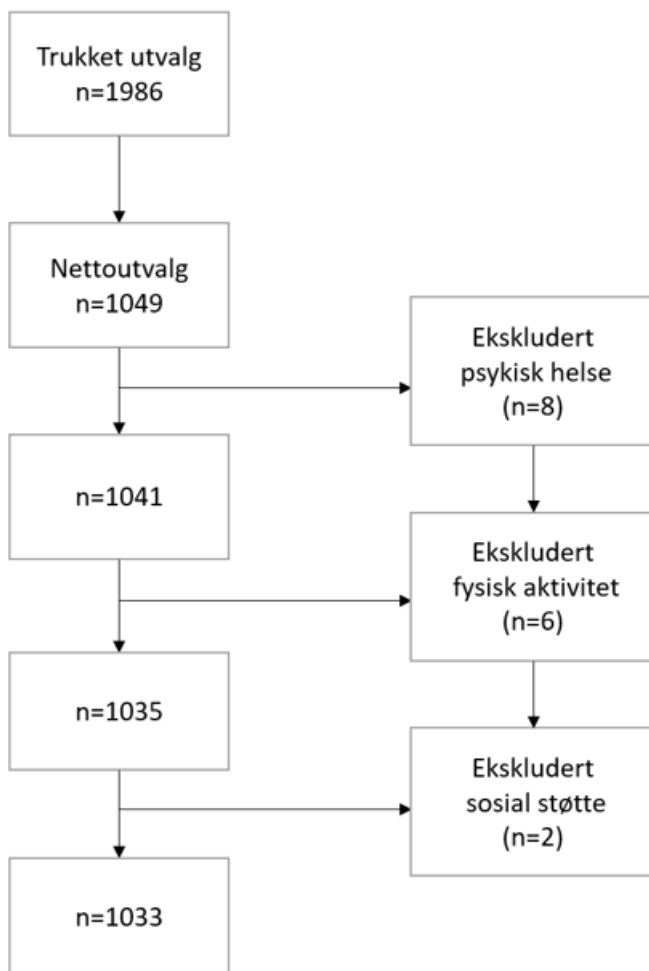
#### 4.4.2 Uavhengige variabler

Fysisk aktivitet ble definert ut fra svar på spørsmålet «Hvis du tenker på din fysiske aktivitet eller treningsaktiviteter de siste 12 måneder, hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis på fritiden?». Svaralternativene var «aldri», «sjeldnere enn en gang i uka» og «én gang i uka eller mer». Jeg kategoriserte de som svarte «én gang i uka eller mer» som «fysisk aktive» og de øvrige som «ikke fysisk aktive».

Sosial støtte ble målt med to variabler, basert på hvert sitt enkeltspørsmål: 1) har du noen gode venner der du bor? 2) har du noen fortrolige som står deg nær? For begge spørsmålene var svaralternativene «ja» eller «nei».

#### 4.5 Eksklusjon av data

Analysene i oppgaven ble basert på studieutvalget som består av 1033 respondenter. Kravene for å bli tatt med i analysene var at respondenten hadde svart på minst fire av de fem spørsmålene som gjaldt psykisk helse, spørsmålet om fysisk aktivitet og begge spørsmålene som gjaldt sosial støtte. Åtte respondenter i nettoutvalget ble ekskludert på grunn av manglende svar om psykisk helse, 6 ble ekskludert på grunn av manglende svar om fysisk aktivitet og to ble ekskludert på grunn av manglende svar om sosial støtte (Figur 2).



Figur 2: Flytskjema som viser prosessen til studieutvalget

#### 4.6 Datanalyser

Tabell 1 viser variablene som er brukt i de statistiske analysene. I tillegg til variablene «Trening», «Gode venner» og «Fortrolige», er det tatt med tre andre uavhengige variabler, Alder, Landbakgrunn og Kjønn. Alder og landbakgrunn ble behandlet som konfunderende

variabler. Konfunderende variabler er variabler som kan tenkes å påvirke både den avhengige og de uavhengige variablene i en analyse, og dermed påvirke sammenhengen mellom de to (Johannessen et al., 2011). Alder ble definert som en kategorisk variabel med to grupper, 16-24 år og 25-39 år. Landbakgrunn ble definert som landet foreldrene innvandret fra. Kjønn var i utgangspunktet tenkt å være en konfunderende variabel, men analysene viste forskjellige resultater for kvinner og menn, og det ble derfor valgt å presentere separate analyser for hvert kjønn.

Tabell 1: Definisjon av variabler.

Variabel	Kategorier	Definisjon
<i>Avhengig variabel</i>		
Psykisk helse	God psykisk helse	Gjennomsnittlig svar på spørsmål om psykisk helse var <2.
	Psykiske helseplager»	Gjennomsnittlig svar på spørsmål om psykisk helse var $\geq 2$
<i>Uavhengige variabler</i>		
Fysisk aktivitet	Fysisk aktiv	Trener minst én gang per uke.
	Ikke fysisk aktiv	Trener mindre enn én gang per uke
Gode venner	Ja eller nei	
Fortrolige	Ja eller nei	
Alder	16-24 år eller 25-44 år	
Landbakgrunn	Pakistan, Tyrkia, Sri Lanka eller Vietnam	
Kjønn	Kvinne eller Mann	

Siden både responsvariabelen, «psykisk helse», og alle forklaringsvariablene var kategoriske, ble de statistiske analysene gjennomført som krysstabellanalyser. Sammenhenger mellom psykisk helse og hver av de uavhengige variablene fysisk aktivitet og sosial støtte (gode venner, fortrolige) ble testet hver for seg i enveis krysstabellanalyser. Pearsson kji kvadrat test ble brukt til å vurdere om sammenhengene var signifikante. Signifikansnivået ble satt til  $p < 0,05$ .

Logistisk regresjon ble benyttet for å estimere odds ratio (OR) med 95 % konfidensintervall for god psykisk helse etter de uavhengige variablene fysisk aktivitet og sosial støtte. Analysene ble



først kjørt ujustert og deretter justert for de konfunderende variablene alder, og landbakgrunn. Resultatene fra krysstabellanalysene viste forskjeller mellom kvinner og menn i sammenhengene mellom psykisk helse og fysisk aktivitet/sosial støtte. Odds ratio analysene ble derfor gjennomført separat for kvinner og menn.

Databehandlingen og analysene ble gjennomført i statistikk programmet JMP Pro versjon 16 for Windows og Macintosh (SAS institute. Cary, North Carolina, USA).

#### 4.7 Etikk

Datainnsamlingen var allerede gjennomført av Statistisk sentralbyrå. Forfatteren av denne oppgaven har søkt Norsk senter for forskningsdata (NSD) og fått godkjenning til å bruke deler av datasettet til masteroppgaven. Da datasettet var tilstrekkelig anonymisert og godkjent gjennom Statistisk sentralbyrå var det ikke grunnlag for å sende søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). I forkant av undersøkelsen til SSB fikk deltakerne tilsendt brosjyre og informasjonsbrev. De ble informert om formålet med undersøkelsen, hvordan intervjuet ville bli gjennomført og ivaretagelsen av personvernet. Deltagelsen var frivillig, og de kunne når som helst trekke seg fra undersøkelsen og få svarene sine slettet. Det ble også gitt informasjonsskriv til foresatte med samme informasjon der deltagere under 18 år ble intervjuet. Alle som deltok i undersøkelsen fikk et gavekort på 300 kr (Holmøy & Wiggen, 2017).

## 5.0 Resultater

### 5.1 Deskriptiv statistikk

Deskriptiv statistikk for hele studieutvalget og fordelt på land er presentert for kvinner i Tabell 2 og for menn i Tabell 3. Det var 50,4% kvinner og 49,6% menn i hele studieutvalget, og den høyeste kvinneandelen var blant etterkommere av innvandrere fra Sri Lanka.

Et stort flertall av respondentene svarte at de har god psykisk helse. Andelen var 90,6% for menn, og med det noe høyere enn for kvinnene, hvor andelen var 85,4%. Om vi ser på landbakgrunn, varierte andelen som svarte at de har god psykisk helse fra 80,3% av de kvinnelige respondentene fra Tyrkia til 93,0% av de mannlige respondentene fra Sri Lanka.

Andelen varierte noe mer med landbakgrunn blant de kvinnelige respondentene enn blant de mannlige. For kvinnene varierte andelen som rapportere god psykisk helse fra 80,3% av respondentene med landbakgrunn fra Tyrkia til 92,4% av respondentene med landbakgrunn fra Pakistan. Blant de mannlige respondentene varierte andelen med god psykisk helse fra 88,3% av de med landbakgrunn fra Pakistan til 93,0% av de med landbakgrunn fra Sri Lanka.

Når det gjelder fysisk aktivitet, var det stor forskjell mellom de kvinnelige og de mannlige respondentene. Andelen som svarte at de trener minst én gang i uka var 62,6% blant kvinnene og 80,7% blant mennene. Blant de mannlige respondentene varierte andelen fra 77,4% av de med landbakgrunn fra Pakistan til 83,5% blant de med landbakgrunn fra Sri Lanka.

For kvinnene er det større variasjoner mellom landbakgrunn som trener minste en gang i uka eller mer. Andelen varierte fra 54,6% av de med landbakgrunn fra Pakistan til 73,9% av de med landbakgrunn fra Sri Lanka.

Når det gjelder sosial støtte, svarte 82,7% av de kvinnelige respondentene og 86,1% av de mannlige at de har gode venner der de bor. Blant de mannlige respondentene varierte andelen fra 80,3% av de med landbakgrunn fra Pakistan til 90,4% av de med landbakgrunn fra Sri Lanka. Blant de kvinnelige respondentene varierte andelen fra 76,5% av de med landbakgrunn fra Pakistan til 84,6% av de med landbakgrunn fra Vietnam eller Tyrkia. 94,3% av de mannlige respondentene og 96,0% av de kvinnelige svarte at de har noen fortrolige. Blant de mannlige respondentene varierte andelen fra 92,7% av de med landbakgrunn fra Vietnam til 97,4% av de med landbakgrunn fra Sri Lanka. Blant de kvinnelige respondentene svarte hele 97,2% av de med landbakgrunn fra Vietnam at de har noe fortrolige, mens den laveste andelen var 93,2% forkvinner med landbakgrunn fra Tyrkia.

Tabell 2. Deskriptiv statistikk for kvinnelige respondenter. N(%)

	Totalt	Landbakgrunn			
		Pakistan	Sri Lanka	Tyrkia	Vietnam
Antall	521	119	142	117	143
Andel kvinner i studieutvalg	50,4%	46,5%	55,3%	46,1%	53,8%
Alder, gjennomsnitt (standardavvik)	23,0 (5,8)	25,7 (6,5)	20,4 (4,1)	24,2 (6,4)	22,4 (4,9)
<b>Psykisk helse</b>					
Psykiske helseplager	76 (14,6%)	9 (7,6%)	19 (13,4%)	23 (19,7%)	25 (17,5%)
God psykisk helse	445 (85,4%)	110 (92,4%)	123 (86,6%)	94 (80,3%)	118 (82,5%)
<b>Fysisk aktivitet</b>					
Mindre enn én gang i uka	195 (37,4%)	54 (45,4%)	37 (26,1%)	45 (38,5%)	59 (41,3%)
Minst én gang i uka	326 (62,6%)	65 (54,6%)	105 (73,9%)	72 (61,5%)	84 (58,7%)
<b>Sosial støtte</b>					
Gode venner der du bor					
Ja	431 (82,7%)	91 (76,5%)	120 (84,5%)	99 (84,6%)	121 (84,6%)
Nei	90 (17,3%)	28 (23,5%)	22 (15,5%)	18 (15,4%)	22 (15,4%)
Noen fortrolige					
Ja	500 (96,0%)	115 (96,6%)	137 (96,5%)	109 (93,2%)	139 (97,2%)
Nei	21 (4,0%)	4 (3,4%)	5 (3,5%)	8 (6,8%)	4 (2,8%)

Tabell 3. Deskriptive statistikk for mannlige respondenter. N (%)

	Totalt	Landbakgrunn			
		Pakistan	Sri Lanka	Tyrkia	Vietnam
Antall	512	137	115	137	123
Andel menn i studieutvalg	49,6%	53,5%	44,8%	53,9%	46,2%
Alder, gjennomsnitt (standardavvik)	23,5 (6,1)	25,9 (6,8)	21,1 (5,0)	24,2 (6,1)	22,4 (5,0)
<b>Psykisk helse</b>					
Psykiske helseplager	48 (9,4%)	16 (11,7%)	8 (7,0%)	12 (8,8%)	12 (9,8%)
God psykisk helse	464 (90,6%)	121 (88,3%)	107 (93,0%)	125 (91,2%)	111 (90,2%)
<b>Fysisk aktivitet</b>					
Mindre enn én gang i uka	99 (19,3%)	31 (22,6%)	19 (16,5%)	25 (18,3%)	24 (19,5%)
Minst én gang i uka	413 (80,7%)	106 (77,4%)	96 (83,5%)	112 (81,8%)	99 (80,5%)
<b>Sosial støtte</b>					
Gode venner der du bor					
Ja	441 (86,1%)	110 (80,3%)	104 (90,4%)	117 (85,4%)	110 (89,4%)
Nei	71 (13,9%)	27 (19,7%)	11 (9,6%)	20 (14,6%)	13 (10,6%)
Noen fortrolige					
Ja	483 (94,3%)	129 (94,2%)	112 (97,4%)	128 (93,4%)	114 (92,7%)
Nei	29 (5,7%)	8 (5,8%)	3 (2,6%)	9 (6,6%)	9 (7,3%)

## 5.2 Krysstabellanalyser

Tabell 4 viser deskriptive data og resultater fra krysstabellanalyser fordelt på kjønn.

Tabell 4. Psykisk helse (N (%)) etter om man er fysisk aktiv eller har sosial støtte, fordelt på kjønn.

Kjønn		Antall			p- verdi
		Totalt	God psykisk helse	Psykiske helseplager	
Kvinner	<b>Fysisk aktivitet</b>				0,909
	Minst en gang i uka	326	278 (85,3%)	48 (14,7%)	
	Sjelden/aldri	195	167 (85,6%)	28 (14,4%)	
	<b>Sosial støtte</b>				0,054
	<i>God venn der du bor</i>				
	Ja	431	374 (86,8%)	57 (13,2%)	
	Nei	90	71 (78,9%)	19 (21,1%)	
	<i>Noen fortrolige</i>				0,064
	Ja	500	430 (86,0%)	70 (14,0%)	
	Nei	21	15 (71,4%)	6 (28,6%)	
Menn	<b>Fysisk aktivitet</b>				0,003
	Minst en gang i uka	413	382 (92,5%)	31 (7,5%)	
	Sjelden/aldri	99	82 (82,8%)	17 (17,2%)	
	<b>Sosial støtte</b>				0,005
	<i>God venn der du bor</i>				
	Ja	441	406 (92,1%)	35 (7,9%)	
	Nei	71	58 (81,7%)	13 (18,3%)	
	<i>Noen fortrolige</i>				0,854
	Ja	483	438 (90,7%)	45 (9,3 %)	
	Nei	29	26 (89,7%)	3 (10,3%)	

Blant menn hadde det å være fysisk aktiv minst en gang i uka ( $p=0.003$ ) og det å ha en og ha en god venn der du bor ( $p=0.005$ ) en sammenheng med god psykisk helse (Tab 4). De samme

sammenhengene ble ikke funnet blant kvinner. Det var ingen sammenheng mellom å ha en fortrolig og psykiske plager, blant verken kvinner eller menn.

### 5.3 Logistiske regresjonsanalyser

Tabell 5 viser odds ratio for god psykisk helse etter sosial støtte og fysisk aktivitet, ukorrigert og korrigert for alder og landbakgrunn.

Tabell 5. Odds Ratio (95% konfidensintervall) for god psykisk helse etter fysisk aktivitet og sosial støtte, fra logistiske regresjoner

<b>Kjønn</b>		Odds ratio Ukorrigert	P verdi	Odds ratio Korrigert*	P verdi
Kvinner	<b>Fysisk aktivitet</b>				
	Minst en gang i uka	0,97 (0,59- 1,61)	0,909	0,99 (0,59-1,65)	0,964
	Sjelden/aldri	1		1	
	<b>Sosial støtte</b>				
	<i>God venn der du bor</i>				
	Ja	1,76 (0,99-3,13)	0,056	1,93 (1,07-3,48)	0,029
	Nei	1		1	
	<i>Noen fortrolige</i>				
	Ja	2,46 (0,92-6,55)	0,072	2,36 (0,87-6,39)	0,092
	Nei	1		1	
Menn	<b>Fysisk aktivitet</b>				
	Minst en gang i uka	2,55 (1,35-4,83)	0,004	2,49 (1,31-4,72)	0,005
	Sjelden/aldri	1		1	
	<b>Sosial støtte</b>				
	<i>God venn der du bor</i>				
	Ja	2,60 (1,30-5,20)	0,007	2,45 (1,20-5,01)	0,014
	Nei	1		1	
	<i>Noen fortrolige</i>				
	Ja	1,12 (0,33-3,86)	0,854	1,08 (0,31-3,74)	0,900
	Nei	1		1	

\*Korrigert for alder og landbakgrunn.

Blant menn var oddsen for god psykiske helse høyere blant de som var fysisk aktive sammenlignet med de som ikke var det (OR 2.55 (95 % CI 1.35-4.83)) og blant de som hadde en god venn der de bor sammenlignet med de som ikke hadde det (OR 2.60 (1.30-5.20)) (Tabell 5). Justering for alder og landbakgrunn kunne ikke forklare mye av sammenhengen, men odds ratioene var noe svakere etter justering.

Blant kvinner hadde ikke fysisk aktivitet noen sammenheng med psykisk helse verken før eller etter justering for alder og landbakgrunn, men det å ha en god venn der en bor var assosiert med god psykisk helse etter justering (OR 1.93 (1.07-3.48)). Det å ha en fortrolig var ikke assosiert med psykisk helse, verken blant kvinner eller menn, før eller etter justering.

## 6.0 Diskusjon

### 6.1 Oppsummering av resultatene

For menn har trening minst en gang i uka en effekt for god psykisk helse for mennene, men ikke for kvinnene. Sosial støtte i form av en god venn der du bor har effekt for mennene, men kun for vinnene når vi korrigerer for land og alder. Det å ha en fortrolig venn har ingen effekt for god psykisk helse hverken for menn eller kvinner.

### 6.2 Resultatdiskusjon

#### 6.2.1 Sammenhengen mellom psykisk helse og fysisk aktivitet

Blant menn med innvandrerforeldre ble det, som forventet, funnet en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse. Noe overaskende, ble det ikke funnet tilsvarende sammenheng for kvinner. Resultatene for menn samsvarer med andre studier som også inkluderer kvinner (Nystad, 2022; Ommundsen, 2020; Sampasa-Kanyinga et al., 2020). Tilsvarende fant Tyson et al. (2010) at andelen med selvrapporterte psykiske helseplager, som angst og depresjon, blant mannlig og kvinnelige studenter i UK var lavere for de som var fysisk aktive. I en større reviewstudie fant Biddle & Asare (2011) sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse hos unge mennesker opp til 18 år i alle studiene. Ingen av studiene viste til forskjeller mellom kjønn når det gjaldt sammenheng mellom fysisk aktivitet og psykisk helse.

Morgan (2013) beskriver inngående hvilken effekt fysisk aktivitet har på den psykiske helsen, og sier at positivt psykologisk utfall er rimelig klart assosiert med fysisk aktivitet. Det begrunner han med at fysisk aktivitet endrer hjernekjemien, og det leder til en forbedring i de psykologiske funksjonene. Beskrivelsen mener han gjelder alle mennesker, uavhengig av kjønn, alder eller rase. Studier som ser på sammenhengen mellom psykisk helse og fysisk aktivitet er gjennomgående klare i konklusjonen på at det er en sammenheng (Morgan, 2013). Biddle & Assare (2011) pekte på metodiske svakheter når det gjaldt hvordan fysisk aktivitet ble målt. Mangel på standardiserte målemetoder gjør det vanskelig å si noen om hvor mye fysisk aktivitet som vil gi en korrelasjon med god psykisk helse (Biddle & Asare, 2011; Morgan, 2013). Tyson et al. (2010) viste til at jo høyere aktivitetsnivået var, desto mindre var symptomene på angst og depresjon. Murphy et al. (2018) anbefalte 45-60 minutter moderat aktivitet en til to ganger i uken for å oppnå psykiske fordeler, som bedre søvn og mentalt velvære. Dette er mindre enn den norske anbefalingen på minimum 150-300 minutter fysisk aktivitet i uka (Folkehelseinstituttet, 2018). Begrunnelsen for den norske anbefalingen er fysiske helsegevinster og redusert sannsynlighet for tidlig død, i tillegg til god og robust psykisk helse (Nystad, 2022).

Studiene som Biddle & Assare (2011) så ikke på personer med innvandrerbakgrunn spesielt. I levekårsundersøkelsen blant norskfødte med innvandrerforeldre oppsummerer Dalgard (2018) at det ikke er store forskjeller i fysisk aktivitet mellom norskfødte med innvandrerforeldre og den generelle befolkningen. Det er rimelig å anta at mulige forklaringer på sammenhenger mellom fysisk aktivitet og psykisk helse funnet i andre studier (Biddle & Asare (2011), Sampasa- Kanyinga et al., (2020) og Tyson et al., (2010)) kan overføres til også å gjelde for unge av innvandrerforeldre.

Vi vet ikke om fysisk aktivitet påvirker menn og kvinners psykiske helse ulikt (Tyson et al., 2010). Vi vet heller ikke om kvinner og menn måler fysisk aktivitet likt i selvrapporterte skjemaer (Biddle & Asare, 2011). Det er knyttet usikkerhet om selvrapporterte skjemaer er godt nok til å bedømme graden av fysisk aktivitet (Hjellset & Høstmark, 2011; Steene-Johannessen et al., 2016).

For norskfødte med innvandrerforeldre kan måten man rapporterer psykisk helse og fysisk aktivitet på være påvirket av kulturelle forskjeller (Bennedsen et al., 2006). Det er også mulig



at kulturelle forventninger knyttet til kjønnsroller påvirker begge faktorer og gjør at sammenhengene mellom psykisk helse og aktivitet blir forskjellig mellom kvinner og menn i denne gruppen.

Hvorfor har ikke fysisk aktivitet signifikant sammenheng på kvinner psykiske helse? Det kan tenkes at kvinner har andre preferanse til strukturelle forhold rundt selve aktiviteten. Lansburgh et al. (2022) så på første og andregenerasjons pakistanske kvinner og deres barrierer rundt deltagelse av fysisk aktivitet og hvilke tilretteleggelser som kan gjøres for å få flere til å være fysisk aktive. Begge generasjonene uttrykte et behov for separasjon av kjønn under fysisk aktivitet i henhold til deres tolkning av islam. Mangelen på slike rom ble fremhevet som en hovedbarriere i fysisk aktivitet blant barn av innvandrerforeldre i Barcelona (Lansburgh et al., 2022). Religiøse overbevisninger kan kontrollerer kvinners bevegelse i offentlige rom og gjøre det vanskelig å delta i fysisk aktivitet (Kvigne, 2013). Med bakgrunn i kultur og tradisjon har ofte kvinner stort ansvar i barneoppdragelse og husarbeid, noe som kan være årsak til lav deltagelse i idrett (Walseth & Fasting, 2004). På en annen siden kan enkelte samfunn legge begrensninger på jenters deltagelse i idrett, men ingen begrensinger for gutter (Walseth & Strandbu, 2014). I materialet for denne oppgaven er det forskjell mellom gruppene og hvordan fysisk aktivitet påvirker psykisk helse. Hvorfor vi ikke finner en signifikant sammenheng mellom fysisk aktivitet og kvinners psykiske helse kan forklares med at det er lite variasjon i svarene og da blir det vanskelig å finne en sammenheng.

Personlig økonomi kan ha betydning for muligheten til å være fysisk aktiv, og fysisk aktivitet har som sakt en påvirkning på psykisk helse (Nystad, 2022). Pettersen (2019) peker på en slik sammenheng kan forklares med at de som er fysisk aktive kommer fra økonomisk sterke familier og at fysisk aktivitet er konfundert med personlig økonomi. Foreldrenes sosioøkonomiske status vil være av betydning for levekårene til unge norskfødte med innvandrerforeldre. Innvandrere er en heterogen gruppe, og det vil kunne være forskjell mellom levekårene til de ulike innvandrergruppene. I mange tilfeller er det å drive fysisk aktivitet kostnadskrevenende i form av utstyr og kontingenter.

Norskfødte med innvandrerforeldre fra Vietnam, Pakistan, Tyrkia og Sri Lanka opplever at det er liten forskjell mellom dem og jevnaldrende befolkning når det gjelder personlig økonomi (Dalgard, 2018). Unge av innvandrerforeldre fra Sri Lanka som ikke bor hjemme skiller seg ut ved at de opplever det mye vanskeligere å få endene til å møtes enn tilsvarende unge voksne

fra de andre landene (Dalgard, 2018). Samtidig er det kvinnene med innvandrereforeldre fra Sri Lanka som skiller seg ut ved å ha den høyeste andelen som er fysisk aktive (Tabell 2). Det ser dermed ikke ut til at trangere økonomi er en forklaring på lavere nivå av fysisk aktivitet i denne gruppa.

Man kan spørre seg om det er fysisk aktivitet som gir god psykisk helse eller om det er god psykisk helse som gir økt fysisk aktivitet. Dette kan være utfordrende å bevise, men flere studier peker mot at det er økt fysisk aktivitet som gir god psykisk helse (Bouchard, 1994; Bremnes et al., 2011; Pedersen, 2015). Det finnes også flere prospektive undersøkelser av barn av innvandrereforeldre som viser sammenheng mellom psykisk helse og fysisk aktivitet og opplevd sosial støtte (Alivernini et al., 2019; Biddle & Asare, 2011; Delaruelle et al., 2021; Morgan, 2013; Sampasa-Kayinga et al., 2020).

Garcia et al., (2016) fant at aktivitetsnivået til ungdom var assosiert med psykologiske faktorer og vennenes fysiske aktivitet. Tilsvarende ble funnet av Prochnow et al., (2021) i studier på barn, hvor målet var å undersøke om etnisitet var relatert til sosiale forbindelser og fysisk aktivitet. De fant at barn i større grad fant venner blant barn med samme fysiske aktivitetsnivå enn blant barn med samme etnisitet. Prochnow et al., (2021), viser til betydningen av mellommenneskelige påvirkning fra jevnaldrende og sosiale forbindelser for å være fysisk aktiv. Det kan ha overføringsverdi til unge voksne med innvandrereforeldre, selv om resultatene til Prochnow et al., (2021) var basert på intervjuer av barn og unge. Prochnow et al., 2019 sitt funn samsvarer med at individets sosiale nettverk har en betydelig innvirkning på unges fysiske aktivitetsnivå

### 6.2.2 Sammenhengen mellom psykisk helse og sosial støtte

I denne oppgaven ble sosial støtte definert av spørsmålene «Har du en god venn der du bor» og «Har du noen fortrolige?». Resultatene for de mannlige respondentene viste positiv sammenheng mellom psykisk helse og det å ha en god venn, mens det ikke ble funnet tilsvarende sammenheng med det å ha noen fortrolige. Resultatet samsvarer med tidligere studier som viser at det å ha en god venn er relatert til god psykiske helse gjennom lavere forekomst av psykiske helseproblemer, som angst og depresjon (Wang et al., 2018). Et godt nettverk av gode venner gir verdifull støtte som har betydning for psykisk helse (Bjølykhaug et al., 2021; Folkehelseinstituttet, 2015; Meland, 2021; VanDroogenbroeck et al., 2018).

Når litteraturen beskriver betydningen av vennestøtte, trekkes ofte familiestøtte inn som en likeverdig støtte for den psykiske helsen (Delaruelle et al., 2021; Malecki & Demary, 2002; Oppedal et al., 2004).

For kvinnene ble det ikke funnet signifikant sammenheng mellom psykisk helse og hverken det å ha en god venn der man bor eller å ha noen fortrolige. Disse resultatene avviker fra flere tidligere studier (Bjølykhaug et al., 2021; Folkehelseinstituttet, 2015; Meland, 2021; VanDroogenbroeck et al., 2018; Wang et al., 2018). VanDroogenbroeck et al., (2018), fant høyere forekomst av psykiske plager blant jenter enn blant gutter i alderen 15-25 år. For begge kjønn var forekomsten lavere blant dem som var fornøyd med sine sosiale kontakter, og for jentene var det også en effekt av kvaliteten på den sosiale støtten.

Betydningen av det å ha en god venn ble signifikant positiv når man korrigerer for alder og landbakgrunn. Det kan skyldes at de kvinnelige respondentene fra Pakistan hadde den høyeste andelen med god psykisk helse og den laveste andelen med gode venner, mens respondentene fra Tyrkia hadde den laveste andelen med god psykisk helse og den høyeste andelen med gode venner der man bor. Dette tyder på at betydningen av å ha en god venn der man bor, kan ha sammenheng med foreldrenes landbakgrunn, og at det har påvirket resultatene i denne oppgaven.

Samspeillet mellom individ og det omkringliggende miljøet er komplekst, som Figur 1 med modellen til Dahlgren & Whiteheads (1991) viser. I hvilken grad individet opplever god psykisk helse er en påvirkning av samspeillet mellom arv og miljø. Den medfødte robustheten til å takle hverdagslivets krav kan bli styrket eller svekket gjennom det sosial nettverket og samfunnsnettverket som er rundt individet (Dahlgren & Whiteheads, 1991).

Mangelfull eller dårlig sosial støtte kan føre til ensomhet og være en determinant for psykisk helse (Helsedirektoratet, 2021b). Det er mer ensomhet blant innvandrere enn i den generelle befolkningen (Vrålstad & Wiggen, 2017). Unge av innvandrerforeldre er mer på linje med norskfødte, men noen flere sier at de er ensomme og flere har psykisk helseplager (Dalgard, 2018; SSB, 2021).

Delaruelle et al. (2021) fant høyere grad av misnøye med livet og psykosomatiske plager blant barn og unge født av innvandrerforeldre enn i befolkningen generelt. De fant også at sosial støtte modererer sammenhengen mellom psykisk helse og innvandringsbakgrunn. På den andre

siden knyttes det usikkerhet til om det er en sammenheng mellom immigrasjonsbakgrunn og risiko for dårlig psykisk helse. I studier hentet fra Europa, USA- Canada viser det til at innvandrerungdom har bedre mental helse enn ungdom fra opprinnelseslandet (Dimitrova et al., 2016; Gooneke et al., 2008). Det at noen studier peker på mer ensomhet, dårligere sosial støtte og flere psykiske helseplager er i kontrast til andre studier som viser at ungdom med immigrasjonsbakgrunn har bedre mental helse (deKeyser et al., 2014; Loi et al., 2021). Spriket i litteraturen kan være med å forklare hvorfor det ble en liten forskjell i sammenhengen for kvinnene mellom det å ha en god venn og god psykisk helse når det ble korrigert for land og alder.

Respondentene i studiet utvalget består av ungdom og unge voksne som er født i Norge og som har gjennomført norsk barne- og ungdomsskole. Utdanningsinstitusjoner er kontekstuelle faktorer som potensielt kan være arenaer der en kan finne sosial støtte gjennom gode venner. Utdanningsinstitusjonene kan også være et overordnet støttende samfunnsnettverk (Alivernini et al., 2019; Dahlgren & Whitehead, 1991; Dalmaso et al., 2018). Det ble funnet en sammenheng mellom skole, vennestøtte og psykisk helse hos ungdom med immigrasjonsbakgrunn (Delaruelle et al., 2021). Da respondentene i utvalget er mellom 16 og 39 år, er de eller så har de vært i et utdanningsløp. Utdanningsinstitusjonene kan være et bindeledd som knytter forskjellige grupper sammen og hvor det er mulig å finne gode venner og sosial støtte. Alivernini et al. (2019) og Delaruelle et al. (2021) peker på at vennestøtte har større betydning enn lærerstøtte for psykisk helse for barn og unge født av innvandrerforeldre. Vi må kunne anta at de aller flest unge av innvandrerforeldre vil kunne finne venner og noen fortrolige i disse miljøene. Resultatene fra levekårsundersøkelsen viste at det er forholdsvis små forskjeller mellom unge av innvandrere og den øvrige befolkningen når det gjelder å ha gode venner (Dalgard, 2018). De fleste respondentene i undersøkelsen bor på sentrale Østlandet hvor det er høyere innvandrertetthet enn ellers i landet (Dalgard, 2018; IMDi, 2021). For en del norskfødte med innvandrerbakgrunn kan høy innvandrertetthet gi bedre mulighet for sosial støtte fra andre med samme landbakgrunn eller med erfaring som norskfødte med innvandrerbakgrunn generelt. Dette kan fungere som en beskyttelsesmekanisme mot psykisk uhelse og bidra til bedre psykisk helsetilstand (Emerson et al., 2022).

Samtidig sier Delaruelle et al., (2021) og Damasso et al., (2018) at vennestøtte, sammen med familiestøtte har påvirkning på psykisk helse. I levekårsundersøkelsen blant personer med

innvandrere bakgrunn treffer de aller fleste unge norskfødte foreldrene sine ofte og opplever at det har god støtte fra dem (Dalgard, 2018). En høy andel (<85%) av respondentene beskriver sin psykiske helse som god, at de har noen fortrolige, og gode venner der de bor. Det å oppleve sosial støtte er en god buffer mot hverdagslivets krav og stressende livssituasjoner (Choen & Wills, 1985; Tayler, 2011).

## 6.3 Metodediskusjon

I dette kapitlet vil det bli diskutert styrker og svakheter ved metoden som er benyttet i oppgaven og hvordan det kan ha påvirket resultatene og validiteten av funnene. Det vil også bli diskutert hvorvidt oppgaven har relevans utover populasjonen i oppgaven.

### 6.3.1 Studiedesign

Oppgaven er en kvantitativ studie med tverrsnittdesign, basert på data fra «Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016» (Dalgard, 2018). Studier med tverrsnittdesign gir et øyeblikksbilde av populasjonen. Fordelen ved tverrsnittstudier er at vi får et innblikk i sammenhenger mellom ulike variabler på et gitt tidspunkt, men slike studier kan ikke anvendes til å si noe om årsakssammenhengen mellom variablene (Johannessen et al., 2011). Det betyr at resultatene fra denne oppgaven ikke kan si noe om kausaliteten mellom psykisk helse, fysisk aktivitet og sosial støtte blant barn av innvandrerforeldre.

De psykiske helseplagene som fanges opp i tverrsnittsundersøkelser er de som foreligger ved undersøkelsestidspunktet eller i en periode i forkant (Johannessen et al., 2011). Det samme gjelder forklaringsvariablene, og hvis respondentene nylig har endret adferd, vil ikke det nødvendigvis ha gitt utslag i psykisk helse på intervjuetidspunktet. Noen deltagere kan for eksempel ha blitt mer fysisk aktive eller fått en god venn der de bor, men ikke lenge nok til at det har gitt utslag i endret psykisk helse. Det kan også gå andre veien, og hvis utvalget er stort nok, vil slike effekter ha mindre betydning.

### 6.3.2 Utvalg

Antall respondenter var ikke representativt for fordelingen mellom de fire landbakgrunnene som er undersøkt i oppgaven. Utvalget inneholdt omtrent like mange respondenter fra hver landbakgrunn, mens populasjonsstørrelsen varierte fra 9208 for dem med landbakgrunn fra Pakistan til 2343 for dem med landbakgrunn fra Sri Lanka. (Dalgard, 2018; Holmøy & Wiggen, 2017). I resultatene er det ikke tatt hensyn til den ulike trekk sannsynligheten blant landene, og det kan ha påvirket konklusjonene dersom resultatene er påvirket av landbakgrunn. Videre er gruppen unge norskfødte med innvandrerforeldre en ung gruppe i Norge, og respondentene er i snitt yngre enn både innvandrere og befolkningen generelt (Holmøy & Wiggen, 2017).

Svarprosenten på 52,8 prosent blant norskfødte med innvandrerforeldre. Sammenlignet med gruppen av innvandrere var det flere fra gruppen norskfødte med innvandrerforeldre som lot seg intervju ved ny kontakt (Holmøy & Wiggen, 2017).

Personer med høyere utdanning svarer oftere på slike helseundersøkelser enn personer med lavere utdanning. Andelen som tar høyere utdanning er 37% blant norskfødte med innvandrerforeldre og 23% i den øvrige befolkningen (Dalgard, 2018; IMDi, 2021). En annen usikkerhet ved utvalget kan være at personer med dårlig psykisk helse responderer på slike undersøkelser i mindre grad enn andre, og at utvalget derfor viser noe høyere andel av de med god psykisk helse enn det som er tilfellet i referansepopulasjonen.

Innvandrere som gruppe skiller seg fra resten av befolkningen ved at de bor i de mest sentrale kommunene og gruppen innvandrere fra Pakistan bor mest sentralt (IMDi, 2021). Bosetningsmønsteret til norskfødte med foreldre fra de fire landene som er med i studieutvalget skiller seg også fra den øvrige befolkningen ved at en større andel bor på det sentrale Østlandet (Dalgard, 2018; IMDi, 2021). Unntaket er gruppen med foreldre fra Vietnam som i større grad har stiftet familie og bosatt seg nær sitt første bosted (Østby et al., 2013).

### 6.3.3 Informasjon og informasjonsskjevhet

Datamaterialet som er benyttet i denne oppgaven er hentet inn via intervju, enten ved personlig møte eller over telefon. Intervjusituasjonen kan påvirke hvordan deltageren har svart på

spørsmålene. Spørsmål kan oppfattes ulikt på tvers av kulturer og noen temaer kan være tabubelagte og vanskelig å svare ærlig på (Kvale & Brinkmann, 2021; Merriam, 2009). I dette studiet er det mest aktuelt for spørsmålene knyttet til psykisk helse, da stigma knyttet til psykisk helse kan være til stede i en del innvandrergupper. Samspillet mellom deltager og intervjuer blir da viktig slik at svarene knyttet til HSCL spørsmålene om psykisk helse, blir reelle. En metodisk styrke i oppgaven er at psykisk helse er registrert med Hopkins symptom checklist (HSCL) som er en mye brukt og validert spørreskjema for å måle psykisk helse. Valideringen er gjort opp mot andre spørreskjema og vurdert med Cronbachs alfa, en statistisk metode for å måle intern konsistens i tester (Strand et al., 2003).

Intervjuene ble gjennomført på norsk for å redusere sannsynligheten for kulturelle og språklige misforståelser og feiltolkninger, og ettersom alle var født i Norge, var ikke språket noe problem. Intervjukorpset fikk opplæring, noe som bidrar til at misforståelser kan bli avklart og feilkrysninger forhindret, noe som er en styrke for undersøkelsen.

En metodisk svakhet i oppgaven er deltagerens selvrapporterte svar på spørsmål om hvor ofte de er fysisk aktive. Spørsmålene er lite detaljert, og tar ikke for seg hvor hardt og lenge man trener. Det kommer heller ikke frem hva respondentene legger i det å være fysisk aktiv, trener eller mosjonere. Det er en usikkerhet hva ulike grupper legger i ulike spørsmål, det er mulig dette varierer med kjønn og landbakgrunn. Mer detaljerte spørsmål kunne kanskje ha fått fram flere sammenhenger og nyanser. Flere norske og internasjonale forskningsartikler om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og psykisk helse, peker også på denne metodiske svakheten (Biddle & Asare, 2011; Kurtze et al., 2003; Morgan, 2013; Sampasa-Kanyinga et al., 2020).

En annen feilkilde er hva deltagerne legger i betydningen av å ha noen fortrolige. Hvor nært vi står andre mennesker og hvordan nærheten beskrives kan ha ulik kontekstuell og kulturelt innhold avhengig av landbakgrunn.

Når det spørres om gode venner der du bor kan det være noen kvinner som svarte nei, men har gode venner andre steder i landet eller i utlandet. Det kan være en forklaringsmekanisme på hvorfor resultatet ble forskjellig når det ble korrigert for land og alder blant kvinnene.

#### 6.3.4 Bearbeiding av data og analyser

Analysene av odds ratio ble justert for alder og landbakgrunn. Det kan imidlertid være andre variabler som ikke ble inkludert som har påvirket resultatet. Økonomi er en variabel det kunne ha vært aktuelt å inkludere som konfounder, da økonomi er relatert til både psykisk helse (Barstad, 2020) og fysisk aktivitet (Jacobsen et al., 2021). Deltagelse i idrett- og friluftsansjoner kan være kostbart og det kan også tenkes at de som har bedre økonomi har mindre bekymringer og mer overskudd til å håndtere livets uunngåelige utfordringer. Utdanning kunne også være en mulig konfounder da utdanning er funnet å være assosiert med psykisk helse (Eikemo, 2008), sosial støtte (Eikemo, 2008) og fysisk aktivitet (Helsedirektoratet, 2016). Ettersom studiepopulasjonen er unge voksne i en alder hvor mange fortsatt er under utdanning og hvor noen fortsatt bor med foreldrene og noen ikke, er det utfordrende å inkludere disse variablene på en betydningsfull måte i analysene.

#### 6.3.5 Generaliserbarhet

Generalisering handler om hvorvidt vi med rimelig sikkerhet kan overføre det vi finner i denne oppgave og i denne konteksten til andre kontekster (Jacobsen, 2005). Vi kan ikke generalisere funnene fra denne undersøkelsen til å gjelde alle grupper av unge med innvandrerforeldre, men det er rimelig å anta at funnene vil være representative for andre unge norskfødte med innvandrerforeldre hvis landbakgrunner deler viktige trekk med de som er inkluderte i denne undersøkelsen. Det er foreløpig ingen andre større grupper av unge voksne norskfødte med innvandrerforeldre i Norge enn de som er inkluderte i oppgaven, men nye grupper vil vokse i årene som kommer. For denne oppgaven er det brukt et tilfeldig utvalg av unge født av innvandrerforeldre fra fire land. Innvandrere kommer til Norge av ulike årsaker og med ulike «bagasje» (Dalgard, 2018). Det vil kunne påvirke barns og unges oppvekstmiljø og hvilken tilknytning de har til samfunnet og hvor mye sosial støtte de får fra gode venner og fortrolige. Siden barn av innvandrerforeldre er født i Norge vil de, uavhengig av foreldrenes opprinnelsesland, få samme samfunnsmessig påvirkning gjennom integrering i skole og nærmiljø (IMDi, 2021)



## 7.0 Avslutning

### 7.1 Implikasjoner for folkehelse

Det er begrenset forskning på unge norskfødte av innvandrerforeldre, og resultatene i denne oppgaven tilfører ny og viktig kunnskap om denne gruppen i Norge. Tidligere er det vist at unge norskfødte med innvandrerbakgrunn har noe større andel med psykiske plager enn jevnaldrende i befolkningen for øvrig (Dalgard, 2018). Funnene i denne oppgaven viser at fysisk aktivitet henger sammen med psykiske plager blant mennene i denne gruppa. Det var stor forskjell på aktivitetsnivået mellom menn og kvinnen i materialet brukt i denne oppgaven. Det tyder på at man kan forbedre den psykiske helsen for kvinnene gjennom tilrettelegging for fysisk aktivitet. Det å ha en god venn der du bor var også viktig for psykisk helse. I arbeidet for å fremme folkehelse kan det være hensiktsmessig å jobbe med å legge til rette for gode relasjoner og økt sosial støtte. Videre kan kunnskapen brukes i folkehelsearbeidet med å forebygge utenforskap i skole, nærmiljø og på arbeidsplasser.

### 7.2 Videre forskning

Det var overraskende at ikke fysisk aktivitet har sammenheng med psykisk helse til kvinner. For å kunne få kunnskap om hvorfor det ikke var sammenheng mellom psykisk helse og fysisk aktivitet bør det gjennomføres kvalitative studier for å finne underliggende mekanismer for dette. Det kan være at kvinner født av innvandrerforeldre har andre preferanser for hva som bør legges til rette for at de blir mer fysisk aktive. Et annet aspekt er hvordan man kan styrke sosial støtte slik at det blir enklere å gjennomføre og delta i fysisk aktivitet. Andre faktorer som kunne være verdt å se på er om foreldrenes utdanningsnivå og inntekt har noe å si for psykisk helse til barn av innvandrerforeldre. Det å inkludere etterkommere av foreldre fra andre land kunne gi oss et større bilde av sammenhengen mellom psykisk helse, fysisk aktivitet og sosial støtte. I framtiden vil vi se en økning i populasjonen av barn og unge født av innvandrerforeldre. Videre forskning vil kunne avdekke om resultatene fra denne oppgaven kan overføres til disse gruppene, eller om det er andre faktorer som har betydningen for sammenhengen mellom psykisk helse, fysisk aktivitet og sosial støtte i framtiden.

### 7.3 Konklusjon

Blant mennene var det en positiv sammenheng mellom psykisk helse og det å være fysisk aktiv, men dette ble ikke funnet for kvinner. Kvinnene var mindre fysisk aktive enn mennene, og det kan skyldes kulturelle faktorer som påvirker kvinners deltakelse i organisert trening. Denne kunnskapen kan være av betydning for fremtidige tiltak i folkehelsearbeidet. Når det gjelder sosial støtte, viser funnene i denne masteroppgaven at det er en positiv sammenheng mellom psykisk helse og det å ha en god venn der du bor. For kvinner var sammenhengen ikke signifikant uten at man korrigerer for alder og landbakgrunn, noe som kan skyldes sammensetningen av utvalget i undersøkelsen. Andre studier har vist at det å ha en god venn kan ha større betydning for den psykiske helsen til unge kvinner enn for unge menn. Det var derimot ikke sammenheng mellom det å ha noen fortrolig og psykisk helse, hverken med eller uten korreksjon for landbakgrunn og alder.

## Referanseliste

- Abebe, D. S., Lien, L. & Hjelde, K. H. (2014). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1) s. 60-67. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9745-9>
- Abebe, D. S., Lien, L. & Elstad, J. I. (2017). Immigrants' utilization of specialist mental healthcare according to age, country of origin, and migration history: a nation-wide register study in Norway. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6) s. 679-687. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1381-1>
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., O'Brien, W. L., Bassett, D. R. Jr, Schmitz, K. H., Emplaincourt, P. O., Jacobs, D. R. Jr. & Leon, A. S. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(9), 498-516. <https://doi.org/10.1097/00005768-200009001-00009>
- Alivernini, F., Cavicchilol, E., Girelli, L., Lucidi, F., Biasi, V., Leone, L., Cozzolino, M. & Manganelli, S. (2019). Relationships between sociocultural factors (gender, immigrant and socioeconomic background), peer relatedness and positive affect in adolescents. *Journal of Adolescence* 76(1), 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.08.011>
- Andersen, S. N., Holtsmark, B. & Mohn, S. B. (2017). *Kriminalitet blant innvandrere og norskfødte med innvanderforeldre*. (2017/36). Statistisk sentralbyrå. [https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/2487317/RAPP2017-36\\_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/2487317/RAPP2017-36_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*. 36(6), 725-733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z).
- Bakken, A. (1998). *Ungdomstid i storbyen* (NOVA Rapport 7/1998). Velferdsforskningsinstituttet NOVA. [https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5003/4137\\_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5003/4137_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Bakken, A. (2019). *Idrettens posisjon i ungdomstida. Hvem deltar og hvem slutter i ungdomsidretten?* (NOVA rapport, 2/19). Velferdsforskningsinstituttet NOVA. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/1298/NOVA-Rapport-2-2019-Idrettens-posisjon-i-ungdomstida-25-februar-2019.pdf?sequence=1>

- Bakken, A. (2022). *Ungdata 2022*. NOVA Rapport, 5/22, Velferdsforskningsinstituttet NOVA.  
<https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/11250/3011548/NOVA-rapport-5-2022.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Baldi, B. & Moore, D. S. (2018). *The Practice of Statistics in the Life Sciences* (4. utg.). W. H. Freeman and Company.
- Barnes, J. A. (1954). Class and Committees in a Norwegian Island Parish. *Sage journals*, 7(1), 39-58. <https://doi.org/10.1177%2F001872675400700102>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2021). *Ungdom og psykiske vansker*. Barne-, ungdoms og familiedirektoratet.  
[https://www.bufdir.no/Foreldrehverdag/Ungdom/Ungdom\\_og\\_psykiske\\_vansker/](https://www.bufdir.no/Foreldrehverdag/Ungdom/Ungdom_og_psykiske_vansker/)
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.  
<https://doi.org/10.1007/BF00922627>
- Barstad, A. (2020). *Økonomi, helse og livskvalitet* (2020/29). Statistisk sentralbyrå.  
[https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/2679194/RAPP2020-29\\_web.pdf?sequence=1](https://ssb.brage.unit.no/ssb-xmlui/bitstream/handle/11250/2679194/RAPP2020-29_web.pdf?sequence=1)
- Belle, D. (1989). *Children's Social Networks and Social Supports*. Wiley.
- Bennedsen, A., Ibfelt, E. H., Hansen, J. L. & Helweg-Larsen, K. (2006). Self-assessed health status among young people from ethnic minorities living in Denmark. *Ugeskrift for laeger*, 168(17), 1645-1649.  
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed9&NEWS=N&AN=43687862>
- Biddle, S. J. H. & Asare, M. (2011). Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 45(11), 886-895.  
<http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2011-090185>
- Bjørlykhaug, K. I., Karlsson, K., Hesook, S. K. & Kleppe, L.C. (2021). Social support and recovery from mental health problems: *a scoping review*, Nordic Social Work Research. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553>
- Bouchard, C., Shephard, R. J. & Stephens T. (1994). *Physical Activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement*, 26,(1), 199. Human Kinetics Publisher. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1249/00005768-199401000-00024>

- Bremnes, A.-M. J., Martinussen, M., Laholt, H., Bania, E. V. & Kvernmo, S. (2011). Positiv sammenheng mellom psykisk helse og fysisk aktivitet blant ungdom i videregående skole. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(4), 332-338.  
<https://psycnet.apa.org/record/2011-08882-002>
- Börjesson, M. & Jonsdottir, I. (2010). Fysisk aktivitet och stress. *Svensk idrottsforskning* (3-2010). <https://www.idrottsforskning.se/wp-content/uploads/2014/04/Fysisk-aktivitet-stress.pdf>
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research, *Public Health Reports*, 100(2), 126-31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3920711/>
- Cauce, A. M., Mason, C., Gonzales, N., Hiraga, Y. & Liu, G. (1994). *Social networks and social support in childhood and adolescence*. Walter De Gruyter.
- Ceri, V., Ozlu-Erkilic, Z., Ozer, U., Kadak, T., Winkler, D., Dogangun, B. & Akkaya-Kalayci, T. (2017). Mental health problems of second generation children and adolescents with migration background. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 21(2), 142-147. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1291820>
- Chaput, J. P., Willumsen, J., Bull, F., Chou, R., Ekelund, U., Firth, J., Jago, R., Ortega, F. B. & Katzmarzyk, P. T. (2020). 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents age 5-17 years: summary of the evidence. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(141), 1-9.  
<https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-020-01037-z>
- Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Reilly, D. & Donnelly, M. (2016). The mental health and wellbeing of first generation migrants: a systematic-narrative review of reviews. *Globalization and Health*, 12(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0187-3>
- Cohen, S. & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. [doi:10.1037/0033-2909.98.2.310](https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310)
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO- Strategy paper for Europe. *Institute for Futures Studies, Arbetsrapport*, 2007:14.  
[http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/187797/GoeranD\\_Policies\\_and\\_s%09trategies\\_to\\_promote\\_social\\_equity\\_in\\_health.pdf?sequence=1](http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/187797/GoeranD_Policies_and_s%09trategies_to_promote_social_equity_in_health.pdf?sequence=1)
- Dalgard, O. S. & Sørensen, T. (1988). *Sosialt nettverk og psykisk helse* (1.utg.). TANO.

- Dalgard, O. S., Døhlie, E. & Ystgaard, M. (1995). *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Universitetsforlaget.
- Dalgard, O. S. (2006). *Sosiale risikofaktorer, psykisk helse og forebyggende arbeid* (2006/2) Nasjonalt folkehelseinstitutt. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmllui/bitstream/handle/11250/2996553/Dalgard-2006-Sos.pdf?sequence=1>
- Dalgard, A. B. (2018). *Levekår blant norskfødte med innvandrerforeldre i Norge 2016*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levekår-blant-norskfødte-med-innvandrerforeldre-i-norge-2016>
- Dalmasso, P., Borraccino, A., Lazzeri, G., Charrier, L., Berchiolla, P., Cavallo, F. & Lemma, P. (2018). Being a Young Migrant in Italy: The Effect of Perceived Social Support in Adolescence. *Journal of Immigrant Minority Health*. 20(5), 1044-1050.
- Demaray, M. K., Malecki, C. K., Davidson, L. M., Hogdson, K. K. & Rebus, P. J. (2005). The relationship between social support and student adjustment: a longitudinal analysis. *Psychology in the schools*, 42(7), 691- 706. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/pits.20120>
- Delaruelle, K., Walsh, S. D., Dierckens, M., Deforche, B., Kern, M. R., Currie, C., Maldonado, C. M., Cosma, A. & Stevens, G. W. J. M. (2021). Mental Health in Adolescents with a Migration Background in 29 European countries: The Buffering Role of Social Capital. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(5), 855-871. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01423-1>
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1- 15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Diakonhjemmet Sykehus. (2021, 4. juni). *IPAQ short (International Physical Activity Questionnaire)*. <https://diakonhjemmetsykehus.no/nkrr/klinisk-verktoykasse/a-til-a/ipaq-short-international-physical-activity-questionnaire>
- Dimitrova, R., Chasiotis, A. & Van de Vijver, F. (2016). Adjustment of outcomes of immigrant children and youth in Europe: A meta- analysis. *European Psychologist*, 21(2), 150-162. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq004>
- Duncan, S. C., Duncan, T. E. & Strycker, L. A. (2005). Sources and types of social support in youth physical activity. *Health Psychology*, 24(1), 3-10. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.1.3>

- Eikemo, T. A. (2008). Små klasseulikheter i psykisk helse i Norge. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(3), 223-236. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-03-04>
- Ekelund, U., Steen-Johannessen, J., Brown, W. J., Fagerland, M. W., Owen, N., Powell, K. E., Bauman, A. & Lee, I-M. (2016). Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonized meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet* 388(10051), 1302-10. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)30370-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)30370-1)
- Emerson, S. D., Petteni, M. G., Puyat, J.-H., Guhn, M., Georgiades, K., Milbrath, C., Janus, M. & Gadermann, A. M. (2022). Neighbourhood context and diagnosed mental health conditions among immigrant and non-immigrant youth: a population-based cohort study in British Columbia, Canada. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02301-2>
- Epland, J. & Kirkeberg, M. I. (2010). Inntekstsmobilitet mellom generasjoner. Går økonomiske levekår i arv? *Samfunnsspeilet*, 24, (8-13). <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/gaar-okonomiske-levekaar-i-arv>
- Epland, J. & Normann, T. M. (2020, 4. mars). *Nesten 111 000 barn vokser opp med vedvarende lave husholdningsinntekter*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/nesten-111-000-barn-vokser-opp-med-vedvarende-lave-husholdningsinntekter>
- Espnes, G. A. & Smedslund, G. A. (2009). Helsepsykologi. Gyldendal Akademiske.
- Folkehelseinstituttet. (2015, mai 11). *Faktaark om sosial støtte og ensomhet*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- Folkehelseinstituttet. (2018, 31. august). «*Kunnskapsgrunnlag for ny handlingsplan for fysisk aktivitet*» - oppdrag 2018. Folkehelseinstituttet. [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/31.august2018\\_sendt-003.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/31.august2018_sendt-003.pdf)
- Folkehelseinstituttet. (2019, 28. februar). *Barn og unge er ikke nok fysisk aktive*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nyheter/2019/barn-og-unge-er-ikkje-nok-fysisk-aktive/>
- Folkehelseinstituttet (2021, 03. desember). *Psykiske lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

- Folkehelseinstituttet (2021, 17. desember). *Livskvalitet i Norge*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29. Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Fortmeier, S. (2005). Aktivitet, virksomhet og mening i livet. I H. J. Bendixen, T. Borg, E. F. Pedersen & U. Altenborg (Red.), *Aktivitetsvidenskap i et nordisk perspektiv*. Fadl' Forlag
- Frivillighet Norge. (2020, 5. februar). *Innvandrere deltar mindre i det frivillige organisasjonslivet, men mer om de blir spurt*. Frivillighet Norge.  
<https://www.frivillighetnorge.no/nyheter/innvandrere-deltar-mindre-i-det-frivillige-organisasjonslivet-men-mer-om-de-blir-spurt/>
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk; teori og praksis*. (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Garcia, J. M., Sirard, J. R., Larsen, R., Bruening, M. Wall, M. & Neumark-Sztainer, D. (2016). Social and Psychological Factors Associated With Adolescent Physical Activity. *Journal of Physical Activity and Health* 13(9), 957-963.  
<https://doi.org/10.1123/jpah.2015-0224>
- Gonneke, W. J. M., Volleberg, S. A. M. & Vollenberg, W. A. M. (2008). Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3). 276-294.  
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01848.x>
- Grasdalsmoen, M., Eriksen, H. R., Lønning, K. J., & Sivertsen, B. (2020). Physical exercise, mental health problems, and suicide attempts in university students. *BMC psychiatry*, 20, 175. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02583-3>
- Gurung, R. A. R. (2006). *Health Psychology: A cultural Approach*. Thomson Wadsworth.
- Hartmann, E. & Axelsen, E. D. (1999). *Veier til forandring: Virksomme faktorer i psykoterapi* (1. utg.). Cappelen Akademiske Forlag.
- Heaney, C. A. & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. I K. Glanz, B. K. Rimer, B. K. & Viswanath, K. (Red.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (4 utg.). Jossey-Bass.
- Helliwell, J. F., Wang, S., Huang, H. & Norton, N. (2022). *Happiness, Benevolence, and Trust During COVID-19 and Beyond*. (World Happiness Report) [https://happiness-report.s3.amazonaws.com/2022/WHR+22\\_Ch2.pdf](https://happiness-report.s3.amazonaws.com/2022/WHR+22_Ch2.pdf)



- Helsedirektoratet. (2014a). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet* (IS-2263).  
Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf/\\_/attachment/inline/c3e9d9e3-8a17-45ee-a66e-4ea6850789ee:236bae07e0b209e222ff1747dba9ad3336c813dd/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-4ea6850789ee:236bae07e0b209e222ff1747dba9ad3336c813dd/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf)
- Helsedirektoratet (2014b). *Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge: Oppdatert analyse basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014* (IS-2183). Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge – oppdaterte analyse basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014.pdf/\\_/attachment/inline/e15dd792-5c3b-48db-9cec-9bd1ad8af8c6:8a4c8a5edbfd22287b6d6db32a7b6c4ceead3ed1/Fysisk aktivitetsnivå blant voksne og eldre i Norge – oppdaterte analyse basert på nye nasjonale anbefalinger i 2014.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitetsniv%C3%A5%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge%20-%20oppdaterte%20analyser%20basert%20p%C3%A5%20nye%20nasjonale%20anbefalinger%20i%202014.pdf/_/attachment/inline/e15dd792-5c3b-48db-9cec-9bd1ad8af8c6:8a4c8a5edbfd22287b6d6db32a7b6c4ceead3ed1/Fysisk%20aktivitetsniv%C3%A5%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge%20-%20oppdaterte%20analyser%20basert%20p%C3%A5%20nye%20nasjonale%20anbefalinger%20i%202014.pdf)
- Helsedirektoratet (2015). *Fysisk aktivitet og sedatid blant voksne og eldre i Norge: Nasjonal kartlegging 2014-2015* (IS-2367). Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedatid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/\\_/attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedatid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedatid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf/_/attachment/inline/7d460cdf-051a-4ecd-99d6-7ff8ee07cf06:eff5c93b46b28a3b1a4d2b548fc53b9f51498748/Fysisk%20aktivitet%20og%20sedatid%20blant%20voksne%20og%20eldre%20i%20Norge.pdf)
- Helsedirektoratet (2016). *Statistikk om fysisk aktivitetsnivå og stillesitting*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/fysisk-aktivitet/statistikk-om-fysisk-aktivitetsniva-og-stillesitting>
- Helsedirektoratet (2021a, 29. januar ). *Psykisk helse og fysisk aktivitet*. Hentet fra <https://www.helsenorge>.
- Helsedirektoratet (2021b, 20. oktober). *Sosial støtte, deltakelse og medvirkning*.  
Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sektorrapport-om-folkehelse/sosial-stotte-deltakelse-og-medvirkning/sosial-stotte-og-andre-nettverksressurser>
- Helsedirektoratet. (2022). *Folkehelse gjennom livsløpet- Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding* Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsløpsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livsløpet-barn-og-unge/de-storste-utfordringene-na-og-i-tiden-fremover#\\_edn17](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsløpsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livsløpet-barn-og-unge/de-storste-utfordringene-na-og-i-tiden-fremover#_edn17)

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet- Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)* (I-1180 B). Helse- og omsorgsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Psykisk helse og livskvalitet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>
- Henriksen, K. (2008) *Samfunnspeilet*, (2008/01). <https://www.ssb.no/a/samfunnsspeilet/utg/200801/ssp.pdf>
- Hernes, T. (1988). Sosialt nettverk, sosial støtte og psykisk helse. I O. D. Dalgard, & T. Sørensen (Red.), *Sosialt nettverk og psykisk helse*. Tano.
- Hjellset, T. V. & Høstmark, A. T. (2011). Er selvrapportert fysisk aktivitet egnet til å belyse helsevirkninger av lett fysisk aktivitet? *Norsk Epidemiologi*, 20(2). <https://doi.org/10.5324/nje.v20i2.1333>
- Hjort, & Statens Institutt for Folkehelse. (1993). *Om helsebegrepet og det forebyggende helsearbeid*. Folkehelsa. <http://hdl.handle.net/11250/2378162>
- Hogan, B. (2002). Social support interventions: do they work? *Clinical Psychology Review*, 22(3), 381–440. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(01\)00102-7](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00102-7)
- Holmøy, A., & Wiggen, K. S. (2017). Levekårsundersøkelsen blant personer med innvandrerbakgrunn 2016. *Dokumentasjonsrapport*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levekarsundersokelsen-blant-personer-med-innvandrerbakgrunn-2016>
- Huber, M. (2011). How should we define health? *BMJ* <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>
- Hupcey J. E (1998). Social support: Assessing conceptual coherence. *Qualitative Health Research*, 8(3) 304-18. <https://doi.org/10.1177/104973239800800302>
- Ilić, B., Švab, V., Sedić, B., Kovačević, I., Friganović, A. & Jurić, E. (2017). Mental Health in Domesticated Immigrant Population – a Systematic Review. *Psychiatria Danubina*, 29(3), 273-281. <https://hrcak.srce.hr/file/276158>

- IMDi (2021). *Indikatorer for integrering. Tilstand og utviklingstrekk ved inngangen til 2021*. Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. <https://www.imdi.no/contentassets/03d9d7b5995943de8010f8182e4c2a91/indikatorer-for-integrering-2021.pdf>
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (2 utg.). Høyskole Forlaget.
- Jacobsen, S. E., Andersen, P L., Nordø, Å. D, Sletten, M. & Arnesen, D. (2021). *Sosial ulikhet i barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter. Betydningen av sosioøkonomiske ressurser, geografi og landbakgrunn*. Senter for forskning på sivilsamfunn & frivillig sektor. <https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2728534/Sosial+ulikhet+i+barn+og+unges+deltakelse+i+organiserte+fritidsaktiviteter.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Johannesen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode* (3 utg.). Abstrakt forlag.
- deKeyser, L., Svedin, C. G., Agnafors, S. Blandh, M. & Sydsjö, G. (2014). Multi-informant reports of mental health in Swedish-born children of immigrants and children born to non-immigrants – the SESBiC-study. *BMC Pediatrics* **14**, 95. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-95>
- Klepp, K-I. (2017). *Nasjonale landsrepresentative kartlegginger av fysisk aktivitet, fysisk form og tid i ro*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/nasjonale-landsrepresentative-kartlegginger-av-fysisk-aktivitetfysisk-form-og-tid-i-ro-rapport-2017.pdf>
- Kocalevent, R-D., Berg, L., Beutel, M. E., Hinz, A., Zenger, M., Härter, M., Nater, U. & Brähler, E. (2018). Social support in the general population: standardization of the Oslo social support scale (OSSS-3). *Psychology*, *6*(31), 1-8 <https://doi.org/10.1186/s40359-018-0249-9>
- Konstabe, K., Veidebaum, T., Verbestel, V., Moreno, L.A., Bammann, K., Tornaritis, M, Eiben, G., Molnár, D., Siani, A., Wirsik, N., Ahrens, W. & Pitsiladis, Y. (2014). Objectively measured physical activity in European children: the IDEFICS study. *International journal of obesity*, *38*(2), 135-43. <https://doi.org/10.1038/ijo.2014.144>
- Krause, N. (1986). Social support, Stress, and Well-being Among Older Adults. *Journal of Gerontology*, *41*(4), 512–519. <https://doi.org/10.1093/geronj/41.4.512>

- Kriska, A. M. & Caspersen, C. J. (1997). Introduction to the collection of physical activity questionnaires. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 29, 55-59. [doi:10.1097/00005768-199706001-00003](https://doi.org/10.1097/00005768-199706001-00003)
- Kurtze, N., Gundersen, K. T. & Holmen, J. (2003). Selvrappoertert fysisk aktivitet i norske befolkningsundersøkelser- et metodeproblem. *Norsk Epidemiologi*, 13(1), 163-170. [https://scholar.google.com/scholar?hl=no&as\\_sdt=0%2C5&q=Selvrappoertert+fysisk+aktivitet+i+norske+befolkningsunders%C3%B8kelser+%E2%80%93+et+metodeproblem&btnG=](https://scholar.google.com/scholar?hl=no&as_sdt=0%2C5&q=Selvrappoertert+fysisk+aktivitet+i+norske+befolkningsunders%C3%B8kelser+%E2%80%93+et+metodeproblem&btnG=)
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forforskningsintervju*. (3. utg.). Gyldendal.
- Kvigne, G.E.H. (2013). *Det er vanskelig å være god mor og fokusere på helse*. [Masteroppgave]. Universitetet I Oslo.
- Lakey, B. & Cronin, A. (2008). Low social support and major depression: Research, theory, and methodological issues. I Dobson, K. S. & D. Dozois (Red.), *Risk factors in depression*. Elsevier Academic Press. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/B978-0-08-045078-0.00017-4>
- Lakey, B. (2010). Social support: Basic research and new strategies for intervention. I Maddux, J. E. & Tangney, J. P (Red.), *Social Psychological Foundations of Clinical Psychology*. Guildford.
- Langford, C. P, Browsher, J. Maloney, J. P. & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, (1), 95-100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>
- Lansburgh F., Jacques-Avino C., Pons-Vigues M., Morgan R. & Berenguera, A. (2022). Time for themselves: Perceptions of physical activity among first and second-generation Pakistani women living in the Raval, Barcelona. *Women's Health*. 18. <https://doi.org/10.1177/17455057221078738>
- Larsen, Ø. (2003). Har helsevesenet sin egen historie? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 123, (17),18-20. <https://tidsskriftet.no/2003/06/medisinsk-historie/har-helsevesenet-sin-egen-historie>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publisher Company, Inc. <https://L2W.no/lpry>

- Loi S., Pitkanen J., Moustgaard H., Myrskylä M. & Martikainen P. (2021). Health of Immigrant Children: The Role of Immigrant Generation, Exogamous Family Setting, and Family Material and Social Resources. *Demography*, 58(5), 1655-1685. <https://doi.org/10.1215/00703370-9411326>
- Lov om folkehelsearbeid, (2011). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A. & Brähler, E. (2010). A 4- item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122(1), 86-95. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>
- Malecki, C. K. & Demary, M. K. (2002). Measuring perceived social support: Development of the child and adolescent social support scale (Casss). *Psychology in the Schools*, 39(1), 1-18. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pits.10004>
- Mancenido, A., Williams, E. C. & Hajat, A. (2020). Examining Psychological Distress Across Intersections of Immigrant Generational Status, Race, Poverty, and Gender. *Community Mental Health Journal*, 56, 12-69-1274. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00584-w>
- Martinsen, E. W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskrift Den Norske Legeforening*, 120(25), 3054-6. <https://bit.ly/3ClhQhK>.
- Mead, M. (1971). *Broen over generasjonskløften: Et spørsmål om kultur og engasjement*. Universitetsforlaget. <https://www.nb.no/nbsok/nb/6c5eca7e4e371b105a112e1901acde6a?lang=no - 0>
- Meland, K. J. (2021). Sosial støtte og fellesskap er viktigare enn nokon gong. *Forskning.no*. <https://forskning.no/partner-psykisk-helse-og-rus-psykologi/sosial-stotte-og-fellesskap-er-viktigare-enn-nokon-gong/1803664>
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research. A Guid to Design and Implementation*. Jossey-Bass.
- Morgan, W. P. (2013). *Physical activity and mental health*. Taylor & Francis.
- Murphy, M. H, Broom, D. R., Gill, J. M. R., Gray, C. M., Jones, A., Steele, J., Thompson, D. & van Zante, J. V. (2018). *UK physical activity guidelines: Draft review and recommendations for adults (19-64 years)*. University of Bristol. <http://www.bristol.ac.uk/media-library/sites/sps/documents/cmo/adults-technical-report.pdf>

- Nes, R. B., Hansen, T., & Barstad, A. (2018). *Livskvalitet. Anbefalinger for et bedre målesystem* (IS-2727). Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet\\_-\\_Anbefalinger\\_for\\_et\\_bedre\\_malesystem.pdf/\\_attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet\\_-\\_Anbefalinger\\_for\\_et\\_bedre\\_malesystem.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet_-_Anbefalinger_for_et_bedre_malesystem.pdf/_attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet_-_Anbefalinger_for_et_bedre_malesystem.pdf)
- Nes, R. B. (2022). *Lykke satt på prøve: Verden lykkerapport 2022 viser økt stress og bekymring og en pandemi av generøsitet*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/lykken-satt-pa-prove-verdens-lykkerapport-2022-viser-okt-stress-og-bekymrin/>
- Nestmann, F. & Hurrelmann, K. (1994). Child and adolescent research as a challenge and opportunity for social support theory, measurement, and intervention: and vice versa. I F. Nestmann, & K. Hurrelmann (Red.), *Social Networks and Social Support in Childhood and Adolescence*. Walter de Gruyter.
- Nielsen, L., Hinrichsen, C., Santini, Z. I. & Koushede, V. (2017). *Måling af mental sundhet: En baggrundsrapport for spørgeskemaundersøgelsen Danskernes Trivsel 2016*. Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed. [http://www.sifolkesundhed.dk/upload/m%C3%A5ling\\_af\\_mental\\_sundhed.pdf](http://www.sifolkesundhed.dk/upload/m%C3%A5ling_af_mental_sundhed.pdf)
- Nystad, W. (2022). *Fysisk aktivitet i Norge*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/levevaner/fysisk-aktivitet/>
- Ommundsen, Y. (2020). Kan idrett og fysisk aktivitet fremme psykososial helse blant barn og ungdom? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 120(29), 3573-3577.  
<https://tidsskriftet.no/2000/11/tema/kan-idrett-og-fysisk-aktivitet-fremme-psykososial-helse-blant-barn-og-ungdom>
- Oppdedal, B., Røysamb, E. & Sam, D. L. (2004). The effect of acculturation and social support on change in mental health among young immigrants. *International Journal of Behavioral Development*, 28(6), 481-494.  
<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01650250444000126?needAccess=true>
- Pedersen, B. K. & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine- evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sport*, 25(53), 1-72.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sms.12581>

- Pettersen, C. H. (2019). *Fysisk aktivitet og psykisk helse blant barn og unge* [Masteroppgave]. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. <https://hdl.handle.net/11250/2656654>
- Piaget, J. (1973). *Barnets psykiske utvikling*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Prochnow, T., Delgado, H., Patterson, M. S. & Meyer, R. M. U. (2019) Social Network Analysis in Child and Adolescent Physical Activity Research: A systematic Literature Review. *Journal of Physical Activity and Health*, 17(2), 250-260. <https://doi.org/10.1123/jpah.2019-0350>
- Prochnow, T., Patterson, M. S., Harnell, L., West, G. & Mayer, M. R. U. (2021). Implications of race and ethnicity for child physical activity and social connections at summer care programs. *Children and Youth Services Review*, (127), 106-108. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2021.106108>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K., & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk\\_helse\\_i\\_norge2018.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf)
- Sampasa-Kanyinga, H., Colman, I., Goldfield, G. S., Janssen, I., Wang, J., Podinic, I., Tremblay, M. S., Saunders, T. J., Sampson, M., & Chaput, J-P. (2020). Combinations of physical activity, sedentary time, and sleep duration and their associations with depressive symptoms and other mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17(72), <https://doi.org/10.1186/s12966-020-00976-x>
- Sandanger, I. Moum, T. Ingebrigtsen, G. Dalgard, O. S. Sørensen, T. & Bruusgaard, D. (1998). Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(7), 345-54. <https://doi.org/10.1007/s001270050064>
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127–139. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.127>
- Sivertsen, B. (2021). Studentenes helse- og trivselsundersøkelse. Tilleggsundersøkelse 2021., Oslo: SiO / Sammen / SiT /FHI. <https://sioshotstorage.blob.core.windows.net/shot2018/SHOT2021.pdf>

- Slevin, M. L., Nichols, S. E., Downer, S. M., Wilson, P., Lister, T. A., Arnott, S., Maher, J., Souhami, R. L., Tobias, J. S., Goldstone, A. H. & Cody, M. (1996). Emotional support for cancer patients: what do patients really want? *British Journal of Cancer*, 74(8), 1275-9, <https://doi.org/10.1038/bjc.1996.529>
- SSB. (2019). *Symptomer på helseproblemer og medisinbruk (prosent), etter alder, utdanningsnivå, statistikkvariabel, år og symptom* [Statistikk]. <https://www.ssb.no/statbank/table/08249/>
- SSB. (2021). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre* [Statistikk]. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-medinnvandrerforeldre>
- SSB. (2021a). *Er innvandrere utsatt for ensomhet og sosial eksklusjon?* (2021/04) <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/er-innvandrere-utsatt-for-ensomhet-og-sosial-eksklusjon>
- SSB. (2021b). *Blir vi stadig mer ensomme?* (2021/08). <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/blir-vi-stadig-mer-ensomme>
- SSB. (2022a). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. [Statistikk]. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>
- SSB. (2022b). *Fakta om innvandring*. [Statistikk]. <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>
- Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. (2001). *Fysisk aktivitet og helse. Kartlegging*. (1/2001). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20helse%20%E2%80%93%20kartlegging.pdf/\\_attachment/inline/247debc2-f512-4c9a-b169-ab2ad3671101:cbbdc68d511cadb8d921c2ba3d16680daf98d57b/Fysisk%20aktivitet%20og%20helse%20%E2%80%93%20kartlegging.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fysisk-aktivitet-kartleggingsrapporter/Fysisk%20aktivitet%20og%20helse%20%E2%80%93%20kartlegging.pdf/_attachment/inline/247debc2-f512-4c9a-b169-ab2ad3671101:cbbdc68d511cadb8d921c2ba3d16680daf98d57b/Fysisk%20aktivitet%20og%20helse%20%E2%80%93%20kartlegging.pdf)
- Steene- Johannessen, J., Anderssen, S.A., van der Ploeg, H., Hendriksen, I. J. M. Donnelly, A. E., Brage, S. & Ekelund, U. (2016). Are Self-report Measures Able to Define Individuals as Physically Active or Inactive? *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 48(2), 235-244 <https://doi.org/10.1249/mss.0000000000000760>



- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113-118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Støren, K. S., Gram, E. R. & Gram, K. H. (2020). *Livskvalitet i Norge 2020*. (2020/35). Statistisk sentralbyrå. [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/433414?\\_ts=17554096418](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/433414?_ts=17554096418)
- Støren, K. S & Rønning, E (2021) *Livskvalitet i Norge 2021*. (2021/27). Statistisk sentralbyrå. [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/livskvalitet-i-norge-2021/\\_attachment/inline/c2d3a9a8-5dad-4745-ac05-e5f2417ffec0:b844119bf0cfaaf253f214b7ac75c316792b4624/RAPP2021-27\\_web.pdf](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekår/artikler/livskvalitet-i-norge-2021/_attachment/inline/c2d3a9a8-5dad-4745-ac05-e5f2417ffec0:b844119bf0cfaaf253f214b7ac75c316792b4624/RAPP2021-27_web.pdf)
- Sørensen, T. (1988). Sosial støtte- det psykologiske nettverket. I O. D. Dalgard & T. Sørensen (Red.), *Sosialt nettverk og psykisk helse*. Tano.
- Tambs, K. & Moum, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(5), 364-367. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03388.x>
- Tardy, C. H. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 188-190. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2088032](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/referencespapers.aspx?referenceid=2088032)
- Taylor, S. E. (2011). Social support: A Review. I M. S. Friedman (Red.), *The Handbook of Health Psychology*. Oxford University Press.
- Tambs, K. & Moum, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(5), 364- 367. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03388.x>
- Torvik, F. A., Ystrom, E., Gustavson, K., Rosenström, T. H., Bramness, J. G., Aggen, S. H., Kendler, K. S. & Reichborn-Kjennerud, T. (2017). Diagnostic and genetic overlap of three common mental disorders in structured interviews and health registries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(1), 54-64. <https://doi.org/10.1111/acps.12829>
- Tyson, P., Wilson, K., Crone, D., Brailsford, R. & Laws, K. (2010). Physical activity and mental health in a student population. *Journal of Mental Health*, 19(6), 492-499. [doi: 10.3109/09638230902968308](https://doi.org/10.3109/09638230902968308)

- Uchino, B. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. Yale University Press. <https://psycnet.apa.org/doi/10.12987/yale/9780300102185.001.0001>
- UngKan3. (2019). *Nasjonalt overvåkingssystem for fysisk aktivitet og fysisk form*. Norges idrettshøgskole og Folkehelseinstituttet. [https://www.fhi.no/globalassets/bilder/rapporter-og-trykksaker/2019/ungkan3\\_rapport\\_final\\_27.02.19.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/bilder/rapporter-og-trykksaker/2019/ungkan3_rapport_final_27.02.19.pdf)
- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B. & Keppens, G. (2018) Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*, 18(6), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1591-4>
- Vrålstad, S., & Wiggen, K. S. (2017). *Levekår blant innvandrere i Norge 2016*. Statistisk sentralbyrå. [https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/309211](https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/_attachment/309211)
- Walseth, K. & Fastin, K. (2004). Sport as a Means of Integrating Minority Women. *Sport in Society*, 7(1), 109-129. <http://dx.doi.org/10.1080/1461098042000220218>
- Walseth, K. & Strandbu, Å. (2014). Young Norwegian-Pakistani women and sport. *European Physical Education Review*, 20(4), 489-507. <http://dx.doi.org/10.1177/1356336X14534361>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R. & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Weinmayer, N. J. Ø. (2019). *Psykisk helse hos unge med innvandrerbakgrunn* [Masteroppgave]. Universitetet i Oslo. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-73406>
- Welk G. (2002). *Physical assessment in health-related research*. Human Kinetics.
- Wethington, E. & Kessler, R. C. (1986). Perceived Support, Received Support, and Adjustment to Stressful Life Events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27(1), 78-89. <https://doi.org/10.2307/2136504>
- Westin, S. (2000). Forvirring eller tilsløring- eller rett og slett konfundering? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 120(122). <https://tidsskriftet.no/2000/01/sprakspalten/forvirring-eller-tilsloring-eller-rett-og-slett-konfundering>

- Whitehead, M (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(6), 473-478.  
<https://doi.org/10.1136%2Fjech.2005.037242>
- Wills, T.A. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships. I S. Cohen & L. Syme (Red.), *Social support and health*. Academic Press.  
<https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/publications/books/symechap85.pdf>
- Wills, T.A. (1991). «*Social support and interpersonal relationships*». I M. Clark (Red.), *Prosocial Behavior (The Review of Personality and Social Psychology)* (1. Utg.) SAGE Publications, Inc
- Wolchick, S. A., Beals, J. & Sandler, I. N. (1989). Mapping children's support networks: Conceptual and methodological issues. I D. Belle (Red.), *Children's Social Networks and Social Supports*. John Wiley & Sons.
- WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*.  
[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)
- WHO. (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42940/9241591595.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- WHO. (2018). *Mental Health: Strengthening Our Response*. World Health Organization.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO. (2020). *Basic documents*. World Health Organization  
[https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf)
- Øia, T. & Vestel, V. (2007). *Møter i det flerkulturelle*. (NOVA rapport 21/07). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA.  
<https://hdl.handle.net/20.500.12199/4935>
- Øia, T. (2007). *Ung i Oslo- levekår og sosiale forskjeller*. (NOVA rapport 6/2007). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA.  
[https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/4956/2586\\_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/4956/2586_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Østby, L. Høydahl, E. & Rustad, Ø. (2013). *Innvandrerne fordeling og sammensetning på kommunenivå*. (2013/37). Statistisk sentralbyrå.  
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/innvandrernes-fordeling-og-sammensetning-paa-kommunenivaa>

# Vedlegg 1



INFORMATION IN ENGLISH ON NEXT PAGE

## Avtale om tilgang til data

Du gis herved tillatelse til å benytte nevnte data til *mastergradsarbeid* i prosjektet "*masteroppgave i folkehelsevitenskap ved NMBU*", som beskrevet i bestillingsnummer 679. Tilgang på data fås først når vedlagte avtale har blitt signert.

Som bruker forplikter du deg til:

1. Kun å bruke dataene til det prosjektet som er beskrevet i søknaden.  
*Dersom du ønsker å bruke dataene til annet formål, må det søkes om ny tilgang.*
2. Ikke å gi andre personer tilgang til dataene du disponerer.  
*Dersom andre assisterer deg i bruken av data, må de også underskrive avtale.*
3. Å slette datafilen(e) innen endt prosjekt  
*eller senest 20. august 2023*
4. Å ikke gjøre forsøk på å identifisere individer i datasettet.  
*Dersom et individ skulle bli identifisert er du forpliktet til å kontakte NSD.*
5. Å referere til produsent og distributør av dataene.

Jeg er kjent med at forskeres taushetsplikt er regulert i forvaltningslovens § 13e. Jeg er videre kjent med at forsettlig eller uaktsomt brudd på taushetsplikten, eller medvirkning til dette, kan straffes med bøter eller fengsel.

Data omfattet av avtalen

- Level of Living Among Immigrants in Norway, 2016 [<https://doi.org/10.18712/nsd-nsd2442-v4>]
- Health, Care and Social Relations, Survey on Living Conditions, 2015, County [<https://doi.org/10.18712/nsd-nsd2365-2-v4>]

NSD - Norsk senter for forskningsdata AS  
NSD - Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29  
NO-5007 Bergen, NORWAY

Tel +47 55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr 985 321 884  
www.nsd.no

1 / 2

Dokumentet er signert digitalt av:

- SIV HEGE KORSHAVN VESTØL, 20.08.2021

Forseglet av



Posten Norge

## Vedlegg 2

### Helse

Spm3\_a

Jeg skal nå nevne en del vanlige plager. Har du de siste 14 dagene vært ikke plaget, litt plaget, ganske mye plaget eller veldig mye plaget av ...  
... nervøsitet og indre uro?

1. ikke plaget
2. litt plaget
3. ganske mye plaget
4. veldig mye plaget

Spm3\_b

Jeg skal nå nevne en del vanlige plager. Har du de siste 14 dagene vært ikke plaget, litt plaget, ganske mye plaget eller veldig mye plaget av ...  
... å være stadig redd eller engstelig?

1. ikke plaget
2. litt plaget
3. ganske mye plaget
4. veldig mye plaget

Spm3\_d

Jeg skal nå nevne en del vanlige plager. Har du de siste 14 dagene vært ikke plaget, litt plaget, ganske mye plaget eller veldig mye plaget av ...  
... en følelse av håpløshet med tanke på fremtiden?

1. ikke plaget
2. litt plaget
3. ganske mye plaget
4. veldig mye plaget

Spm3\_e

Jeg skal nå nevne en del vanlige plager. Har du de siste 14 dagene vært ikke plaget, litt plaget, ganske mye plaget eller veldig mye plaget av ...  
... å være nedtrykt eller tungsindig?

1. ikke plaget
2. litt plaget
3. ganske mye plaget
4. veldig mye plaget

Spm3\_g

Jeg skal nå nevne en del vanlige plager. Har du de siste 14 dagene vært ikke plaget, litt plaget, ganske mye plaget eller veldig mye plaget av ...  
... å være mye bekymret eller urolig?

1. ikke plaget
2. litt plaget
3. ganske mye plaget

#### 4. veldig mye plaget

NyH33

Hvis du tenker på din fysiske aktivitet eller treningsaktiviteter de siste 12 måneder, hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis på fritiden?

1. Aldri
2. Sjeldnere enn en gang i uka
3. En gang i uka eller mer

#### Sosial kontakt utenom familien (venner og naboer)

\*Sk5a.

Bortsett fra medlemmer av din egen familie, har du noen gode venner på stedet der du bor?

1. Ja
2. Nei

Sk7.

Har du noen som står deg nær, og som du kan snakke fortrolig med?

1. Ja
2. Nei



**Norges miljø- og biovitenskapelige universitet**  
Noregs miljø- og biovitenskapelige universitet  
Norwegian University of Life Sciences

Postboks 5003  
NO-1432 Ås  
Norway