



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet

Masteroppgave 2024 30 stp
Fakultet for landskap og samfunn

Assosiasjoner mellom fritidsaktiviteter og selvrapportert helse blant ungdom

Julie Jahr

Master i folkehelsevitenskap

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på noen lærerike år ved masterstudiet i Folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU). Studietiden har vært både lærerik og spennende, og det har bidratt med flere nye perspektiver på folkehelsearbeid.

Først og fremst vil jeg takke mine to veiledere, Suleman Atique og Geir Aamodt for støttende ord og oppmuntring i arbeidet med denne masteroppgaven. Dere har gitt tydelige og konstruktive tilbakemeldinger i arbeidet. I tillegg til at dere i epidemiologifaget bidro til å vekke interessen min for statistikk og dermed til å velge et kvantitativ design til min masteroppgave.

Til slutt vil jeg takke venner og familie for støttende ord, motivasjon og små pustehull i en ellers travel studenthverdag. Takk for at dere minnet meg på at man trenger både mat og bevegelse, i tillegg til frisk luft, mellom alle arbeidsperiodene.

Julie Jahr

Oslo, mai 2024

Sammendrag

Bakgrunn

Selvrapportert helse har vist seg å være en god prediktor for sykelighet og dødelighet. Når den blir målt blant unge er den også en god indikator for fremtidig helseutfall i voksen alder. Med bakgrunn i dette bør selvrapportert helse blant ungdom være av interesse i et folkehelseperspektiv. Både deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet har vist seg å ha mange helsefremmende fordeler, likevel faller både aktivitetsnivået og deltagelsen i organiserte fritidsaktiviteter blant ungdom i Norge.

Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om deltagelse i regelmessig fysisk aktivitet og organiserte fritidsaktiviteter, sammen og hver for seg, er assosiert med god selvrapportert helse blant ungdom i Akershus.

Metode

Denne oppgaven er basert på data fra Ungdataundersøkelsene i Akershus i 2022 og er en tverrsnittstudie. Det analytiske utvalget besto av 18379 ungdomsskoleelever i Akershus. Sammenhengen mellom organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrapportert helse ble analysert ved bruk av deskriptiv statistikk, kji-kvadrattest og logistiske regresjonsanalyser. Det ble utført egne analyser inndelt etter kjønn og sosioøkonomisk status. Avslutningsvis ble det undersøkt om sentralitet påvirker deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter.

Resultater

Oddsene for god selvrapportert helse var høyere for ungdom som deltar i både organiserte fritidsaktiviteter og er fysisk aktive. Resultatene indikerer også at fysisk aktivitet alene er assosiert med bedre selvrapportert helse sammenlignet med mangel på både fysisk aktivitet og organisert fritidsaktivitet. Imidlertid fant man ingen signifikante sammenhenger når det gjaldt ikke-sportslige organiserte fritidsaktiviteter alene. Videre ble det observert forskjeller mellom kjønn og sosioøkonomisk status. Ungdom som bor i urbane områder, har høyere odds for å delta i organiserte fritidsaktiviteter.

Konklusjon

Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet er assosiert med bedre selvrapportert helse. Sammenhengen varierer med kjønn og sosioøkonomisk status. Det ble også funnet en sammenheng mellom sentralitet og deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter.

Abstract

Background

Self-reported health has proven to be a good predictor of morbidity and mortality. When measured among young individuals it serves as a strong indicator of future health outcomes in adulthood. Based on this, self-reported health among adolescents should be of interest from a public health perspective. Both participation in organized leisure activity and physical activity have shown numerous health benefits. However, both activity levels and participation in organized activities among youth are declining in Norway.

Purpose

The aim of this thesis is to examine whether participation in regular physical activity and organized leisure activities, both together and individually, is associated with good self-reported health among youth in Akershus.

Method

This thesis is based on data from the Ungdata surveys in Akershus in 2022 and has a cross-sectional study design. The analytic sample consisted of 18379 middle school students in Akershus. The association between organized leisure activities, physical activity and self-reported health was analysed using descriptive statistics, chi-square tests, and logistic regression analysis. Separate analyses were conducted based on gender and socioeconomic status. Finally, the study examined whether centrality influences participation in organized activities.

Main findings

The main finding indicates that the odds for good self-reported health were higher for youth who engage in both organized leisure activities and are physically active. Physical activity is associated with better self-reported health compared to lack of both physical activity and organized leisure activity. However, no significant associations were found between organized leisure activities alone and good self-reported health. Furthermore, differences in self-reported health were observed between gender and socioeconomic status. Youth who live in urban areas have higher odds for participation in organized leisure activity.

Conclusion

Participation in organized leisure activities and physical activity is associated with better self-reported health. The association varies with gender and socioeconomic status. An association between centrality and participation in organized leisure time activities was also found.

Oversikt over figurer

Figur 1: Flytskjema for deltagere	12
Figur 2: Oddsratio for god selvrapportert helse etter deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet. P-verdi <0.05 er markert med *	22
Figur 3: Oddsratio for god selvrapportert helse etter deltagelse i aktivitet inndelt etter kjønn. P-verdi <0.05 markert med *	23
Figur 4: OR for god selvrapportert helse etter deltagelse i aktivitet inndelt i sosioøkonomiske kvartiler. P-verdi < 0.05 markert med *	24

Oversikt over tabeller

Tabell 1: Deskriptiv statistikk av analytisk utvalg	19
Tabell 2: Grunnleggende kjennetegn ved studiepopulasjonen inndelt etter god og dårlig selvrapportert helse. I tillegg presenteres p-verdier fra kji-kvadrattester mellom avhengig variabel og forklarende og konfunderende variabler.	20
Tabell 3: Ujusterte og justerte logistiske regresjonsanalyser med selvrapportert helse som avhengig variabel	40
Tabell 4: Ujusterte og justerte logistiske regresjonsanalyser for gutter med selvrapportert helse som avhengig variabel.....	41
Tabell 5: Ujusterte og justerte logistiske regresjonsanalyser for jenter med selvrapportert helse som avhengig variabel.....	42
Tabell 6: Justerte logistiske regresjonsanalyser for sosioøkonomiske kvartiler med selvrapportert helse som avhengig variabel.	43
Tabell 7: Justerte logistiske regresjonsanalyser for sosioøkonomiske kvartiler med selvrapportert helse som avhengig variabel for gutter.	43
Tabell 8: Justerte logistiske regresjonsanalyser for sosioøkonomiske kvartiler med selvrapportert helse som avhengig variabel for jenter.	44
Tabell 9: Sammenheng mellom sentralitet og deltagelse i organiserte aktiviteter inndelt etter kjønn.....	45

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1: Tabell 3

Vedlegg 2: Tabell 4 og 5

Vedlegg 3: Tabell 6, 7 og 8

Vedlegg 4: Tabell 9

Forkortelser

FAS – Family affluence score

FHI – Folkehelseinstituttet

KI - Konfidensintervall

OR – Odds ratio

SRH – Selvrapportert helse

WHO – Verdens helse organisasjon

Innholdsfortegnelse

<i>Forord</i>	<i>ii</i>
Sammendrag	iii
Abstract	iv
<i>Oversikt over figurer</i>	<i>v</i>
<i>Oversikt over tabeller</i>	<i>vi</i>
<i>Oversikt over vedlegg</i>	<i>vii</i>
<i>Forkortelser</i>	<i>viii</i>
1.0 Innledning	1
2.0 Bakgrunn	3
2.1 <i>Ungdom og helse</i>	3
2.2 <i>Selvrapportert helse</i>	3
2.3 <i>Organiserte fritidsaktiviteter</i>	5
2.4 <i>Fysisk aktivitet</i>	7
2.5 <i>Tidligere forskning</i>	8
3.0 Formål og problemstilling	10
3.1 <i>Avgrensning</i>	10
4.0 Metode	11
4.1 <i>Studiedesign og datamateriale</i>	11
4.2 <i>Utvalg og utvalgsprosedyre</i>	11
4.3 <i>Variabler</i>	12
4.3.1 <i>Avhengig variabel</i>	12
4.3.2 <i>Forklarende variabel</i>	13
4.3.3 <i>Konfunderende variabler</i>	14

4.4 Statistisk analyse	15
4.6 Etiske overveielser.....	16
5.0 Resultater	18
5.1 Deskriptiv statistikk.....	18
5.2 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrappo- rtert helse.....	21
5.2.1 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrappo- rtert helse – inndelt etter kjønn.....	22
5.2.2 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrappo- rtert helse – inndelt etter sosioøkonomisk status.....	24
5.3 Sammenheng mellom sentralitet og deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter	25
6.0 Diskusjon.....	26
6.1 Resultatdiskusjon.....	26
6.1.1 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrappo- rtert helse .	26
6.1.2 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrappo- rtert helse – inndelt etter kjønn.....	27
6.1.3 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrappo- rtert helse – inndelt etter sosioøkonomisk status.....	27
6.1.4 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og sentralitet.....	28
6.2 Metodediskusjon.....	28
6.2.1 Studiedesign	28
6.2.2 Intern validitet	29
6.2.3 Ekstern validitet.....	32
7.0 Konklusjon.....	33
Litteraturliste.....	34
Vedlegg	40

1.0 Innledning

Denne masteroppgaven handler om sammenhengen mellom deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrapportert helse blant ungdom i Akershus. Det settes søkelys på ulikheter i organiserte fritidsaktiviteter, både sportslige og ikke-sportslige aktiviteter, og deres assosiasjoner til selvrapportert helse. I tillegg belyses andre faktorer som kjønn, sosioøkonomisk status og sentralitet og deres påvirkning på selvrapportert helse. Selvrapportert helse er en indikator som er mye brukt og godt validert i tidligere forskning. Indikatoren har vist seg å være en god estimator på fremtidig helseutfall (Vie et al., 2019). På bakgrunn av dette er det derfor interessant, fra et folkehelseperspektiv, å se om innsatsen som legges ned for å fremme deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter bidrar til å bedre selvrapportert helse blant ungdom.

Vi vet i dag mye om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse. Derimot finnes det mindre forskning på deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, både sportslige og ikke-sportslige, samt fokus på faktorer som ikke er relatert til fysisk aktivitet. Den fysiske helsetilstanden til barn og ungdom i Norge stort sett er god, men til tross for dette oppnår kun halvparten av 15-åringene anbefalingen om 60 minutter fysisk aktivitet daglig. Selv om den fysiske helsen stort sett er god, har det de siste årene også blitt rapportert om en økning i selvrapporterte psykiske plager blant ungdom (Bang et al., 2023; Surén et al., 2022).

Andelen ungdom som deltar i organiserte fritidsaktiviteter i dag ligger på omtrent 65 % i Norge. For barn og unge er aktiviteter de deltar i på fritiden viktige, de kan bidra med en positiv effekt på både den psykiske og fysiske helsen (Meld. St.15 (2022-2023); Aase et al., 2022). De siste årene har det blitt et økende fokus på inkludering av barn og unge i fritidsaktiviteter. Regjeringen har styrket tilskuddsordningene slik at flere barn og unge, uavhengig av sosioøkonomisk status skal kunne delta i aktiviteter på fritiden. Dette kan bidra til å jevne ut sosiale forskjeller (Meld. St.15 (2022-2023)). I tillegg til dette signerte regjeringen, kommunene, frivilligheten og andre aktører i 2022 Fritidserklæringen. Denne innebærer at alle parter forplikter seg til å jobbe for at alle barn og unge kan delta i fritidsaktiviteter (Regjeringen, 2022).

Helsevanene vi danner tidlig i livet, påvirker faktorer i fremtiden, som blant annet det å lykkes på skolen og i arbeidslivet (Meld. St.15 (2022-2023)). Ifølge «Folkehelsemeldinga - Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar» må folkehelsearbeidet vi gjør legge til rette for bedre helse for alle. Dette vil kunne bidra til å redusere den sosiale ulikheten i helse som finnes nå (Meld. St.15 (2022-2023)). Det å forstå flere detaljer rundt deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter vil være viktig i folkehelsearbeid slik at man bedre kan fremme god helse blant ungdom og senere i livet.

2.0 Bakgrunn

2.1 Ungdom og helse

Ungdom er fasen mellom barndom og voksenlivet, og ifølge verdens helse organisasjon (WHO) inkluderer denne fasen personer i alderen 10-19 år. Denne fasen er viktig med tanke på utvikling og er med på å legge et grunnlag for god helse. Mange ungdommer opplever raske fysiske, kognitive og psykologiske endringer, og dette kan igjen påvirke hvordan de føler seg, tenker, hvilke beslutninger som tas og hvordan de samhandler med de rundt seg. I ungdomstiden dannes atferdsmønster relatert til flere helsevaner som kan bidra til å påvirke helserisiko nå og i fremtiden (WHO, u.å.).

Barn og ungdom i Norge har i stor grad god fysisk helse, både sett i et historisk perspektiv og i et internasjonalt perspektiv. Det rapporteres derimot om en økning i selvrapporterte psykiske plager blant ungdom (Bang et al., 2023; Surén et al., 2022). Forklaringen på hva denne økningen skyldes er ikke kjent, men det finnes ifølge Bang et al. (2023) flere forklaringsmodeller på dette. I forklaringsmodeller som legger til grunn at økningen ikke er reell, forklares økningen med at det har skjedd en endring blant ungdom for hva som anses som et problem eller en plage, og at nå anses mer som en plage eller problem sammenlignet med tidligere. I tillegg opplever vi en større åpenhet rundt psykiske problemer som kan gjøre at folk er mer villige til å rapportere slike plager. I forklaringsmodeller som legger til grunn at økningen er reell bygger dette blant annet på endringer i ungdoms forhold til egen kropp, til utdanning og skole og til bruk av rusmidler. Til tross for store ulikheter i definisjoner og spørsmål i kartleggingen av psykisk helse blant ungdom viser flere studier at psykiske plager er vanlig og at forekomsten er større blant jenter sammenlignet med gutter (Bang et al., 2023).

Selv om det er mange ungdom med god helse i Norge er det mange som går inn i voksenlivet med risikofaktorer for dårlig helse i voksenlivet. Denne risikoen er skjevt fordelt sosialt sett, det vil si at barn og ungdom fra hjem med lav sosioøkonomisk status har økt risiko for dårlig helse i voksenlivet (Surén et al., 2022).

2.2 Selvrapportert helse

Selvrapportert helse (SRH) er et enkelt, subjektivt mål på helse. I forskning på helse og sykelighet er selvrapportert helse en relevant og hyppig brukt indikator for fremtidig helse. Ettersom selvrapportert helse kan si noe om fremtidige helseutfall er det en viktig indikator i

et folkehelseperspektiv. I forskningen går indikatoren under flere ulike navn, blant annet selvrapportert helse, selvopplevd helse og selvvardert helse (Vie et al., 2019). Videre i denne oppgaven vil begrepet selvrapportert helse benyttes.

Selvrapportert helse har vært et av de mest brukte målene på helse i sosiologiske studier siden 1950 og har sin opprinnelse i at det er en persons subjektive opplevelse av egen helse som måles og den er ikke bestemt av definisjoner eller regler. Dette skiller selvrapportert helse fra andre mål på helse. Selvrapportert helse baserer seg på å spørre individer om å vurdere sin egen helsestatus ved hjelp av en fire- eller fempunkts Likert skala, eller ved å sammenligne sin helse med jevnaldrende (Jylhä, 2009).

Sammenhengen mellom selvrapportert helse og dødelighet hos voksne ble påvist allerede på 1980-tallet (Mossey & Shapiro, 1982). Flere studier har også vist en klar sammenheng mellom ungdoms selvrapporterte helse og risikoen for sykdom senere i livet og død (Breidablik et al., 2008; Hetlevik et al., 2020; Schou et al., 2006). Selvrapportert helse ser ut til å være en enda sterkere indikator for mortalitet blant unge sammenlignet med eldre, hos menn fremfor kvinner og i grupper med høyere, fremfor lavere sosioøkonomisk status. Det er til tross for dette fortsatt uklart på hvilken måte selvrapportert helse er en indikator for mortalitet (Jylhä, 2009; Schou et al., 2006).

Tidligere forskning, på både voksne og ungdom, har vist at det er kjønnsforskjeller i responsen på selvrapportert helse. Kvinner rapporterer oftere dårlig helse sammenlignet med menn (Cocca et al., 2022; Schou et al., 2006). Dette samsvarer godt med tidligere Ungdata resultater som viser at ungdom stort sett er fornøyd med seg selv, men at gutter oftere er fornøyd med seg selv sammenlignet med jenter. Denne rapporten viste også at jo eldre ungdommene ble, jo større blir andelen som er misfornøyd med seg selv (Bakken et al., 2016).

Det er mange faktorer som er med på å påvirke ungdoms selvrapportert helse, blant annet demografi, fysisk helse, sosiale faktorer, helseatferd og psykologiske helsestatus (Breidablik et al., 2008). Til tross for at ungdomstiden er en periode med store endringer i livet rapporterte kun en liten andel av norske ungdom om store endringer i subjektiv helse. Selvrapportert helse har tidligere vist seg å være et ganske stabilt fenomen, men i etterkant av koronapandemien ser man en liten reduksjon i andelen med god selvrapportert helse, dette

gjelder spesielt for jenter. Det er uklart hva som er årsaken til dette, men at pandemien førte til store endringer i livet til ungdommer er kjent (Bakken, 2022; Breidablik et al., 2008).

Ungdoms selvbilde varierer med sosioøkonomisk bakgrunn. Noe som vil si at ungdom som kommer fra familier med lav sosioøkonomisk status sliter mest med dårlig selvbilde. Den sosioøkonomiske betydningen er størst for jentene, og kjønnsforskjellene på selvbilde er større enn forskjeller i sosioøkonomisk status (Bakken et al., 2016). De geografiske forskjellene i helse speiler til dels sosioøkonomisk ulikhet, dette betyr trolig at den sosioøkonomiske statusen påvirker hvor man bosetter seg og at det dermed er den sosioøkonomiske forskjellen som kan forklare ulikheten i helse og ikke den geografiske forskjellen (Syse et al., 2018).

2.3 Organiserte fritidsaktiviteter

Begrepet organiserte fritidsaktiviteter brukes ofte som *«en samlebetegnelse på en rekke fritidsaktiviteter som har det til felles at de er ledet eller initiert av voksne, at de samler en gruppe ungdommer, og at det holdes regelmessige møter»* (Jacobsen et al., 2021, s. 7).

Fritidsaktiviteter omfatter både fysiske, kulturelle og sosiale aktiviteter, både organisert og egenorganisert (Meld. St. 15 (2022-2023)).

For barn og ungdom er deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter viktig for å bidra til utvikling av fellesskap, identitet og mestring. Organiserte fritidsaktiviteter gir også ungdom mulighet til å tilegne seg og praktisere og utvikle sosiale, fysiske og intellektuelle ferdigheter og erfaringer som er viktig senere i livet. I tillegg kan deltagelsen beskytte mot psykiske og fysiske helseplager, gi en tilhørighetsfølelse, bidra til å etablere sosiale nettverk og gi ungdom erfaring med å håndtere utfordringer (Barber et al., 2003; Jacobsen et al., 2021; Aase et al., 2022).

I Norge er deltagelsen i organiserte fritidsaktiviteter fallende med alder, fra barneskole til videregående. Blant ungdomsskoleelever har andelen ligget stabilt rundt 65 %, men i etterkant av koronapandemien har det vært et fall til under 60 % (Bakken et al., 2016). Studier fra andre land før koronapandemien viser en noe høyere deltagelse på mellom 70-80 % i organiserte fritidsaktiviteter (Badura et al., 2015; Barber et al., 2003).

Tidligere forskning på organiserte fritidsaktiviteter hos ungdom har vist at de som deltar i organiserte fritidsaktiviteter oppnår bedre skoleresultater sammenlignet med de som ikke deltar. Organiserte fritidsaktiviteter kan redusere risikoatferd, blant annet har de som deltar i ikke-sportslige fritidsaktiviteter lavere forekomst av alkohol- og rusmiddelbruk. Derimot viser forskningen at de som deltar i sportslige-fritidsaktiviteter presterer bedre på skolen, men også har en høyere rate av alkoholinntak (Barber et al., 2003; Mahoney et al., 2005).

Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter kan være en ressurs for å bygge sosial støtte og et mer mangfoldig nettverk, noe som kan bidra til en tilhørighet utover det vanlige til familie og skole (Zambon et al., 2009). Totalt sett viste resultatene til Zambon et al. (2009) at deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter var viktig for ungdoms helse, uavhengig av type aktivitet. I tillegg til dette har deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter som ungdom vist seg å påvirke utdanningsnivå, arbeid og lønnsnivå som voksen (Barber et al., 2003).

Det finnes lite forskning som skiller mellom organiserte fritidsaktiviteter som er ikke-sportslige og de som er sportslige, men noe forskning har vist at det å delta i ikke-sportslige fritidsaktiviteter er viktig for å fremme fysisk, mental og kognitiv helse. Det å være aktivt medlem i organiserte ikke-sportslige fritidsaktiviteter kan påvirke helsen positivt, gjennom effekten av sosial deltagelse (Barbieri., 2021). Forskning viser at deltagelse i klubber har en effekt på helsen gjennom at de legger til rette for å bygge relasjoner på tvers av sosial tilhørighet og derfor har potensialet til å redusere helseulikheter (Zambon et al., 2009).

Deltagelse i sportslige organiserte fritidsaktiviteter er assosiert med flere fordeler. Man får både en umiddelbar effekt relatert til den fysiske helsen, og i tillegg ses en effekt på stress og mental helse, men denne effekten tar lenger tid. Blant voksne har sportslige fritidsaktiviteter vist seg å ha direkte og signifikant effekt på individers subjektive opplevelse av eget velvære. Det å være fysisk aktiv i et idrettslag gir en større effekt på helse enn å være aktiv i en sosial organisasjon (Barbieri., 2021).

Tidligere forskning har vist noe sprikene resultater når det kommer til andel gutter og jenters deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter. Noen studier viser at jenter deltar i større grad, mens noen viser at gutter deltar i større grad. Det er derimot enighet om at jenter i større grad deltar i ikke-sportslige fritidsaktiviteter og gutter oftere i sportslige fritidsaktiviteter (Barber et al., 2003; Barbieri et al., 2021; Zambon et al., 2009). Det ser ut til at den positive effekten av

deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter går gjennom fysiske veier for gutter, mens for jenter er mekanismene hovedsakelig psykologiske (Barbieri., 2021).

Det er en lavere andel norske barn som deltar i organiserte fritidsaktiviteter i familier med lav inntekt og lav utdanning, sammenlignet med familier med høy inntekt og utdanning (Sletten, 2010). Tidligere forskning har ikke vist noen spesifikk terskel med ressurser som man må inneha for å delta, men deltagemønstre følger en sosial gradient. Så prosentandelen som deltar øker med familiens sosioøkonomiske status. Det er også sett en forskjell i type organiserte fritidsaktiviteter ungdom med ulik sosioøkonomisk status deltar i. Ungdom med foreldre med høy sosioøkonomisk status deltar oftere i idrettslag, og ungdom med foreldre med lav sosioøkonomisk status deltar oftere i ikke-sportslige organiserte fritidsaktiviteter (Jacobsen et al., 2021). Tilgjengelighet og prisnivå er de mest grunnleggende faktorene som påvirker deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter. For ungdom er tilgangen på organiserte fritidsaktiviteter generelt dårligere i fattige urbane nabolag og isolerte rurale områder. I tillegg til dette er faktorer som transport, familiens økonomiske situasjon, kulturelle og etniske faktorer med på å påvirke deltageresraten i organiserte fritidsaktiviteter blant ungdom (Mahoney et al., 2005).

2.4 Fysisk aktivitet

For barn og unge er variert fysisk aktivitet viktig for utviklingen av blant annet motoriske ferdigheter, muskelstyrke og kondisjon. Det gir flere positive helseeffekter, både fysisk og mentalt, deriblant kognitiv funksjon og muligens også en positiv effekt på prestasjoner på skolen. I tillegg har fysisk aktivitet stor betydning for trivsel og sosial kontakt. Forskning viser også at fysisk aktivitet blant barn og unge kan forutsi fremtidig helsetilstand i voksenlivet. Dette kan trolig forklares med at grunnlaget for aktivitetsvaner legges i barn- og ungdomsårene følger oss inn i voksenlivet (Departementene, 2020; Surén et al., 2022; Zhang et al., 2020).

FHI anbefaler at barn og unge i alderen 6-17 år bør være fysisk aktive i gjennomsnitt minst 60 minutter per dag i moderat til høy intensitet. Ifølge FHI når 40 % av jenter og 51 % av gutter denne anbefalingen om fysisk aktivitet. Det er signifikant flere gutter enn jenter som når denne anbefalingen (Surén et al., 2022).

En stor systematisk oversiktsartikkel og meta-analyse viste at et høyt fysisk aktivitetsnivå er assosiert med bedre selvrapportert helse hos barn og ungdom. Denne assosiasjonen er dose-responsavhengig, altså jo mer fysisk aktivitet jo bedre selvrapportert helse (Zhang et al., 2020).

2.5 Tidligere forskning

Som beskrevet over vet vi i dag en del om faktorer for deltagelse og effekter av organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet på helse. Vi vet også en del om selvrapportert helse som variabel i forskning. Det er derimot lite forskning på assosiasjonene mellom disse aktivitetene på selvrapportert helse. Blant ungdom finnes en del forskning som ser på fysisk aktivitet og helse, men det er derimot lite forskning på sammenhengen mellom deltagelsen i organiserte fritidsaktiviteter, både sportslige og ikke-sportslige aktiviteter, og den selvrapporterte helsen til ungdommer.

Ved gjennomgang av flere store databaser ble det kun funnet én studie som så direkte på sammenhengen mellom deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og selvrapportert helse blant ungdom. Studien er skrevet av Badura med flere, og er en tsjekkisk studie fra 2015. De undersøkte sammenhengen mellom deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og selvrapportert helse blant ungdom i alderen 11-15 år. De fant at deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter var assosiert med bedre selvrapportert helse og bedre tilfredshet med livet uavhengig av kjønn og alder. Assosiasjonen var sterkest for gutter sammenlignet med jenter. Det ble også sett en forskjell i type aktiviteter. Det ser ut til at effekten av lagsport og individuell idrett på selvrapportert helse var best hos gutter, mens effekten av sosiale fritidsaktiviteter på selvrapportert helse var best hos jenter (Badura et al., 2015).

Barbieri (2021) har sett på hvordan det å være aktiv i en ikke-sportslig organisert fritidsaktivitet eller en sportslig organisert fritidsaktivitet fremmer mental og fysisk helse hos voksne. Analysene er basert på svar fra British Household Panel Survey. Totalt sett viste studien at det å delta i ikke-sportslige organiserte fritidsaktiviteter er positivt for god selvrapportert helse. Studien viste også at det å være aktiv i en sportslig organisert fritidsaktivitet gir bedre helsegevinster enn det å være aktiv i sosiale organisasjoner. Effekten på helse av å være aktiv i en sportslig organisert fritidsaktivitet er større enn effekten på helse av å delta i ikke-sportslige organiserte fritidsaktiviteter. Denne effekten var større for menn

sammenlignet med kvinner. Kvinner derimot rapporterte om en større effekt av deltagelse i ikke-sportslige fritidsaktiviteter på helse sammenlignet med menn (Barbieri, 2021).

3.0 Formål og problemstilling

Ettersom det i Norge legges ned mye innsats på området deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter blant barn og ungdom vil det være interessant å se om det er en sammenheng mellom dette og ungdoms selvrapporterte helse i Norge. Selvrapportert helse er en god indikator på fremtidig helse blant ungdom og kan derfor bidra til å si noe om helseutviklingen, dette er nyttig i et folkehelseperspektiv (Hetlevik et al., 2020). Med bakgrunn i dette er hensikten i denne oppgaven å undersøke om det er en sammenheng mellom deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og ungdoms selvrapporterte helse. I denne oppgaven skal følgende problemstilling og delproblemstillinger undersøkes:

Hvordan er deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet assosiert med selvrapportert helse blant ungdom i Akershus?

Delproblemstillinger

- Er det forskjell mellom kjønn og sosioøkonomisk status for sammenhengen mellom deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrapportert helse?
- Påvirker sentralitet deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter blant ungdom i Akershus?

3.1 Avgrensning

De siste 4-5 årene ser man et frafall i organiserte fritidsaktiviteter blant elever både på ungdomstrinnet og på videregående. Siden kun omtrent 40 % av elever i videregående skole i dag deltar i organiserte fritidsaktiviteter har jeg valgt å studere elever i ungdomsskolealder. Her ligger deltagelsen på rett i underkant av 60 % (Bakken, 2022). Utvalget i denne oppgaven består dermed av elever i alderen 12-15 år i Akershus fylke.

4.0 Metode

4.1 Studiedesign og datamateriale

I denne oppgaven ønsket jeg å kartlegge forekomst av deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysiske aktiviteter og eventuelle assosiasjoner med selvrapportert helse for ungdom. Til dette har jeg valgt et kvantitativt design der jeg har gjennomført en tverrsnittundersøkelse.

Det ble i denne oppgaven benyttet data fra Ungdata-undersøkelsen fra 2022. Ungdata er lokale barne- og ungdomsundersøkelser som gjennomføres over hele landet av velferdsforskningsinstituttet NOVA ved OsloMet. Undersøkelsene har blitt gjennomført siden 2010 og blir finansiert av Helsedirektoratet gjennom et årlig tilskudd via statsbudsjettet. De gjennomføres på to ulike aldersgrupper, på ungdomstrinnet (8.-10. klasse) og på videregående (vgs1- vgs3). Elever svarer i undersøkelsen på spørsmål om helse, trivsel og fritid. Hensikten med Ungdata-undersøkelsene er å danne et kunnskapsgrunnlag i forebyggende ungdomsarbeid, samt i politikkutvikling og styring lokalt og nasjonalt. Dataene brukes også i undervisning og forskning (NOVA, u.å.-a).

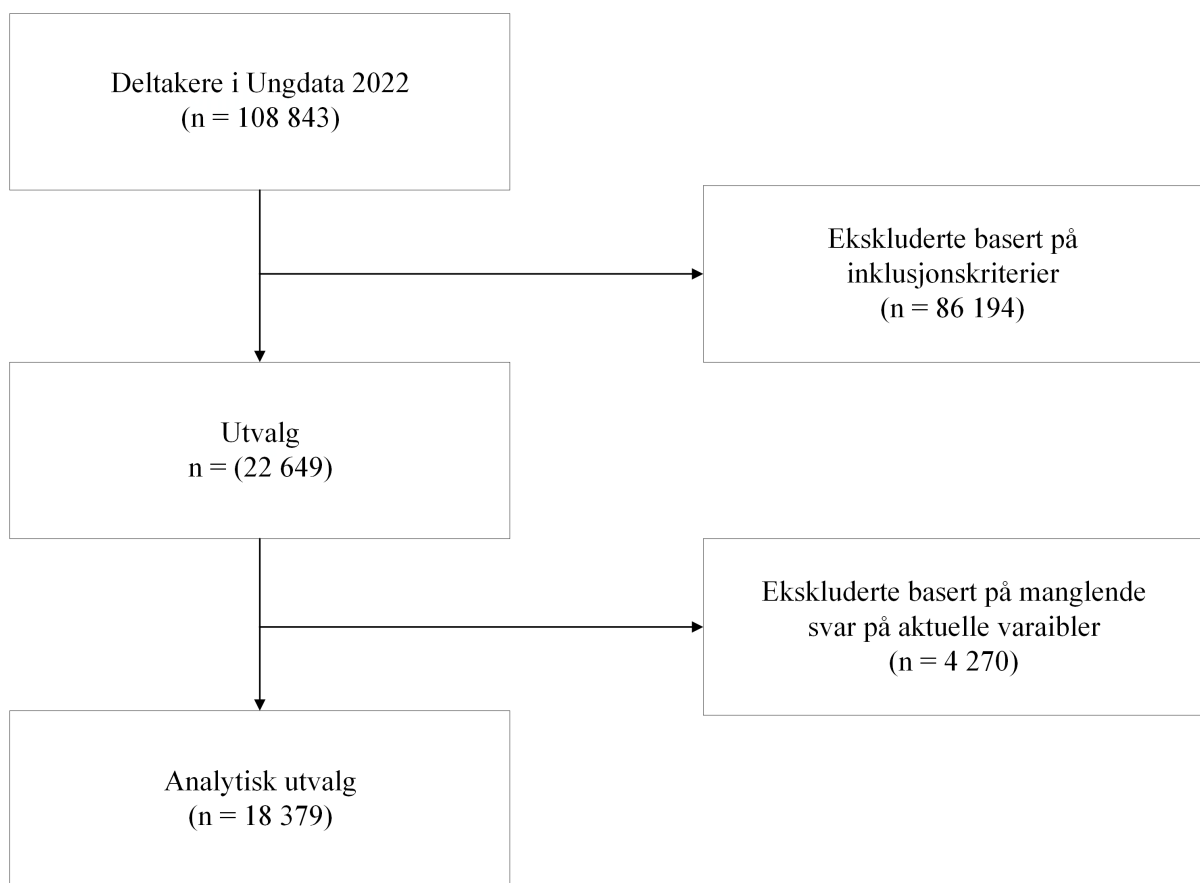
4.2 Utvalg og utvalgsprosedyre

Kommuner som ønsker å gjennomføre Ungdata undersøkelser tar selv kontakt med sitt regionale kompetansesenter innenfor rusfeltet (KORUS). NOVA og KORUS har det juridiske og faglige ansvaret for undersøkelsene, mens kommunene selv har ansvaret for den praktiske gjennomføringen. Kommunene må selv motivere skoler til å delta (NOVA, u.å.-b).

Alle elever ved skoler som deltar, fikk invitasjon til å delta. I forkant av undersøkelsen fikk elever og foresatte tilsendt informasjonsbrev om undersøkelsen, og informasjon ble også lagt ut på skolens nettsider. Dersom foreldrene eller foresatte ikke ønsket at sitt barn skulle delta måtte de gi informasjon til skolen, og dersom de ikke foretok seg noe samtykket de til at eleven kan delta. Elevene fikk muntlig informasjon om undersøkelsen i klasserommet før de startet. De ble da informert om formålet, at deltagelsen er frivillig og andre forhold knyttet til personvern og beredskap. Elevene samtykket ved at de valgte å svare på spørsmålene i

undersøkelsen. De hadde muligheten til å la være å besvare visse spørsmål dersom de ikke ønsket (NOVA, u.å.-a).

På landsbasis deltok totalt 108843 ungdom i Ungdata-undersøkelsen i 2022 (Bakken, 2022). Inklusjonskriteriene i denne oppgaven var elever ved ungdomstrinnet i Akershus fylke. Eksklusjonskriterier var manglende svar på aktuelle variabler. Det analytiske utvalget var på 18 379, se figur 1.



Figur 1: Flytskjema for deltagere

4.3 Variabler

Ungdata har et rikt datasett med mange variabler. I denne oppgaven ble variabler fra temaene helse, trening og organisert fritid benyttet. I tillegg ble det brukt data om utvalgte konfundere.

4.3.1 Avhengig variabel

I datamaterialet fra Ungdata ble det brukt flere spørsmål for å kartlegge helsen til deltagerne, blant annet spørsmål om subjektive helseplager, risikoatferd, psykososiale faktorer og

variabelen som brukes i denne oppgaven, selvrapportert helse. For å vurdere selvrapportert helse ble følgende variabel benyttet: «Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ulike sider ved livet ditt?», og i underkategoriene ved dette spørsmålet er det «helsa di» som blir benyttet. For å besvare spørsmålet ble det brukt en fem punkts Likert skala med følgende svaralternativer: (1) «svært misfornøyd», (2) «litt misfornøyd», (3) «verken fornøyd eller misfornøyd», (4) «litt fornøyd» og (5) «svært fornøyd».

For å skille mellom god og dårlig selvopplevd helse ble det konstruert en dikotom variabel, god selvrapportert helse (svarrespons 4 og 5) og dårlig selvrapportert helse (svarrespons 1, 2 og 3). I tidligere forskning på selvrapportert helse blant ungdom brukes det både en 4 og 5 punkts Likert skala for å besvare variabelen selvrapportert helse. I tidligere studier der en fire punkts skala har blitt benyttet har «moderate» og «fair» blitt ansett som dårlig (Abdollahpour et al., 2023; Jodkowska et al., 2019) og i studien med en fem punkts skala har dikotomiseringen blitt gjort på samme måte som i denne oppgaven (Tebar et al., 2021).

4.3.2 Forklarende variabel

Det ble i denne oppgaven benyttet to forklarende variabler, en for deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og en for fysisk aktivitet.

Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter ble vurdert ved å spørre: «Er du, eller har du tidligere vært, med i noen organisasjoner, klubber, lag eller foreninger etter at du fylte 10 år?».

Variabelen hadde tre svaralternativer: (1) «Ja, jeg er med nå», (2) «Nei, men jeg har vært med tidligere» og (3) «Nei, jeg har aldri vært med». I forkant av regresjonsanalysene ble deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter dikotomisert til «Ja» (svarrespons 1) og «Nei» (svarrespons 2 og 3).

Fysisk aktivitet ble vurdert ved å spørre: «Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett?». Variabelen hadde med fem svaralternativer: (1) «Aldri», (2) «Sjelden», (3) «1-2 ganger per måned», (4) «1-2 ganger per uke», (5) «3-4 ganger per uke» og (6) «minst 5 ganger per uke». Fysisk aktivitet ble dikotomisert til «< 1-2 ganger per uke» (svarrespons 1,2 og 3) og «≥ 1-2 ganger per uke» (svarrespons 4,5 og 6). Ungdom som var mindre fysisk aktive enn 1-2 ganger per uke ble ansett som ikke fysisk aktive, og ungdom som var fysisk aktive minst 1-2 ganger per uke ble ansett som fysisk aktive.

For å gjennomføre det ønskede analysene ble det etter å ha dikotomisert de to forklarende variablene dannet fire nye kategorier basert på dette. Ungdom som ikke drev med organiserte fritidsaktiviteter og ikke var fysisk aktive (1), ungdom som ikke drev med organiserte fritidsaktiviteter, men som var fysisk aktive (2), ungdom som drev med organiserte fritidsaktiviteter, men ikke var fysisk aktive (3), og ungdom som både drev med organiserte fritidsaktiviteter og var fysisk aktive (4). Disse kategoriene ble benyttet i analysene.

4.3.3 Konfunderende variabler

Basert på relevant litteratur relatert til selvrapportert helse og aktivitet, ble følgende variabler ansett som mulige konfundere: kjønn, klassetrinn, sosioøkonomisk status og sentralitet (Badura et al., 2015; Hetlevik et al., 2020; Tebar et al., 2021).

4.3.3.1 Kjønn

Kjønn var en viktig kontrollvariabel i denne oppgaven. Dette fordi tidligere forskning har vist kjønnsforskjeller i selvrapportert helse blant ungdom (Cocca et al., 2022). Variabelen kjønn ble målt gjennom spørsmålet: «Er du gutt eller jente?», Dette spørsmålet kunne besvares med følgende responsvariabler «gutt», «jente» eller «annet». I det analytiske utvalget i denne oppgaven var det ingen respondenter som svarte «annet».

4.3.3.2 Klassetrinn

Ungdata bruker ikke alder i sine spørreundersøkelser, derfor benyttes klassetrinn for å skille på alder. Klassetrinn ble målt gjennom spørsmålet «Hvilket klassetrinn går du i?». Med responsvariablene «8. trinn», «9. trinn» og «10. trinn».

4.3.3.3 Sosioøkonomisk status

Sosioøkonomisk status i Ungdata-undersøkelsene måles gjennom flere spørsmål om følgende dimensjoner: foreldrenes utdanningsnivå, antall bøker i hjemmet og velstandsnivå i familien. Velstandsnivå i familien måles via det som på engelsk kalles «Family Affluence Scale» (FAS). FAS-målet dannes gjennom flere spørsmål om materielle ressurser i familien. Responsene på disse tre dimensjonene, foreldrenes utdanningsnivå, antall bøker i hjemmet og FAS-målet danner til sammen en score på sosioøkonomisk status mellom 0-3, hvor null er lavest score og tre er høyest score (Bakken et al., 2016). Bakken (2016) har en mer detaljert beskrivelse av hvordan sosioøkonomisk status beregnes i Ungdata. For å analysere

sosioøkonomisk status i denne oppgaven ble variabelen inndelt i kvartiler, kalt Q1, Q2, Q3 og Q4.

4.3.3.4 Sentralitet

For å benytte sentralitet som en variabel ble det gjort en sammenføring av datasett om Sentralitetsindeksen fra 2020 og datasettet fra Ungdata. Sentralitetsindeksen dannes med bakgrunn i hvor mange arbeidsplasser og servicefunksjoner de som bor i hver enkelt grunnkrets kan nå med bil i løpet av 90 minutter. Sentralitetsindeksen er inndelt i seks sentralitetsklasser (1-6), fra «mest sentrale kommune» til «minst sentrale kommuner» (SSB, 2020). I Akershus fylke finnes det ingen kommuner som faller innenfor sentralitetsklasser 5-6, «nest-minst sentrale kommuner» og «minst sentrale kommuner». Det finnes én kommune i sentralitetsklasse 4, «mellomstore kommuner 2», men denne er ikke representert i datasettet. Derfor har jeg i denne oppgaven valgt å dikotomisere sentralitetsklasse 1 og 2 som urbane kommuner og sentralitetsklasse 3 som rurale kommuner.

4.4 Statistisk analyse

De statistiske analysene av dataene fra Ungdata ble i denne oppgaven utført i programvaren R, versjon 2023.12.1+402.

Det totale analytiske utvalget ble først presentert som antall og prosentvise andeler. Deretter ble det analytiske utvalget presentert inndelt etter selvrapportert helse og presentert som antall, prosentvise andeler og resultater fra kji-kvadrat tester. Kji-kvadrat tester ble benyttet for å se om sammenhengen mellom den avhengige variabelen og de forklarende og konfunderende variablene var statistisk signifikant.

Det ble utført logistiske regresjonsanalyser for å undersøke hvordan organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet er assosiert med selvrapportert helse. Deretter logistiske regresjonsanalyser for å undersøke hvordan organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet er assosiert med selvrapportert helse inndelt etter kjønn, og deretter etter sosioøkonomisk status. Det ble først utført ujusterte analyser, og deretter justerte analyser basert på de konfunderende variablene kjønn, klassetrinn, sosioøkonomisk status og sentralitet. Avslutningsvis ble det utført logistiske regresjonsanalyser for å undersøke assosiasjonen mellom sentralitet og deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter. Resultatene presenteres i søylediagram med odds

ratio (OR), tilhørende konfidensintervall (KI) og p-verdier. P-verdier < 0.05 anses som statistisk signifikant. Flere detaljer fra analysene finnes i tilhørende vedlegg.

4.6 Etske overveielser

De tre viktigste prinsippene når det kommer til god forskningsetikk i dag er informert samtykke, ubetinget rett til å trekke seg og at risikoen forsøkspersonene utsettes for er så liten som mulig. Disse prinsippene er forankret helt tilbake til Nürnbergkodeksen som ble dannet i etterkant av 2. verdenskrig og videreført i Helsinkideklarasjonen i 1964. Siden dette har Helsinkideklarasjonen vært det viktigste internasjonale dokumentet i regulering av forskning på mennesker (Laake et al., 2013).

Prinsippet om samtykke fra de som skal delta er i Ungdata ivaretatt ved at foreldrene har mottatt informasjonsbrev om undersøkelsen i forkant. De foreldrene/foresatte som ønsker, kan reservere sitt barn mot å delta i undersøkelsen. Ungdommene informeres også i forkant om at det er frivillig å delta, og samtykket gis ved at de faktisk svarer på spørsmålene i undersøkelsen. På denne måten ivaretas prinsippet om samtykke (Laake et al., 2013; NOVA, u.å.-c).

Det andre prinsippet om ubetinget rett til å trekke seg vises i Ungdata gjennom at deltagerne ikke er nødt til å svare på alle spørsmålene dersom de ikke ønsker. Etersom datasettet ikke inneholder noen direkte personopplysninger er det ikke mulig for deltagerne å slette data i etterkant av undersøkelsen (Laake et al., 2013; NOVA, u.å.-c).

Det tredje prinsippet handler om at risikoen forsøkspersonene utsettes for skal være så liten som mulig. Ungdata tar forbehold om at det kan være temaer som for noen kan være vanskelig å svare på. Etersom undersøkelsen er anonym kan ikke deltagerne ta kontakt direkte dersom de ønsker noen å prate med. Ungdata har tatt hensyn til dette ved at de bakerst i spørreskjemaet har lagt ved informasjon om mulige samtalepartnere dersom de skulle ha behov for å prate med noen i etterkant (Laake et al., 2013; NOVA, u.å.-c).

Siden jeg i denne oppgaven har jobbet med anonyme data som ikke er identifiserbare var det ikke nødvendig å søke Regional etisk komité (REK) eller kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT) for godkjenning. Til tross for dette er det SIKT som har ansvar for

søknader om tilgang til rådataene og det ble derfor søkt om tilgang til data via SIKT. Datainnsamlingen er i utgangspunktet anonym og Velferdsforskningsinstituttet NOVA som har det overordnede ansvaret for datainnsamlingen har selv vurdert om forskningsetikken er ivarettatt i samarbeid med den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsfag og humaniora (NESH) og SIKT (Bakken, 2022; NOVA, u.å.).

5.0 Resultater

5.1 Deskriptiv statistikk

I tabell 1 presenteres deskriptiv statistikk av det analytiske utvalget i denne tverrsnittstudien. Blant de 18379 ungdommene i det analytiske utvalget var 49.4 % (n= 9084) gutter og 50.6 % (n= 9295) jenter. Deltagerne var jevnt fordelt mellom de tre klassetrinnene med henholdsvis 34 % av utvalget i 8. trinn, 32 % av utvalget i 9. trinn, og 34 % av utvalget i 10. trinn. De fleste deltagerne i det analytiske utvalget bor urbant (83 %). Fordelingen av deltagere per kvartil i sosioøkonomisk status er noe skjevfordelt med en større andel i Q3 (27.7 %).

Når det gjelder selvrapportert helse oppga 68.1 % av det analytiske utvalget sin helse som god. Majoriteten av ungdom, 86.9 %, oppga å drive med fysisk aktivitet minst 1-2 ganger per uke, og 59.3% oppga at de deltar i organiserte fritidsaktiviteter.

Tabell 1: Deskriptiv statistikk av analytisk utvalg

Total (n = 18379)		
	n	%
Kjønn		
Gutter	9084	49.4
Jenter	9295	50.6
Klassetrinn		
8. trinn	6255	34.0
9. trinn	5947	32.4
10. trinn	6177	33.6
Sentralitet		
Ruralt	3132	17.0
Urbant	15247	83.0
Sosioøkonomisk status		
Q1	4396	23.9
Q2	4640	25.2
Q3	5092	27.7
Q4	4251	23.1
Selvrapportert helse		
Dårlig	5867	31.9
God	12512	68.1
Deltagelse i organisert aktivitet		
Ja	10906	59.3
Nei	7473	40.7
Regelmessig fysisk aktiv		
Ja	15976	86.9
Nei	2403	13.1

Tabell 2: Grunnleggende kjennetegn ved studiepopulasjonen inndelt etter god og dårlig selvrapportert helse. I tillegg presenteres p-verdier fra kji-kvadratter mellom avhengig variabel og forklarende og konfunderende variabler.

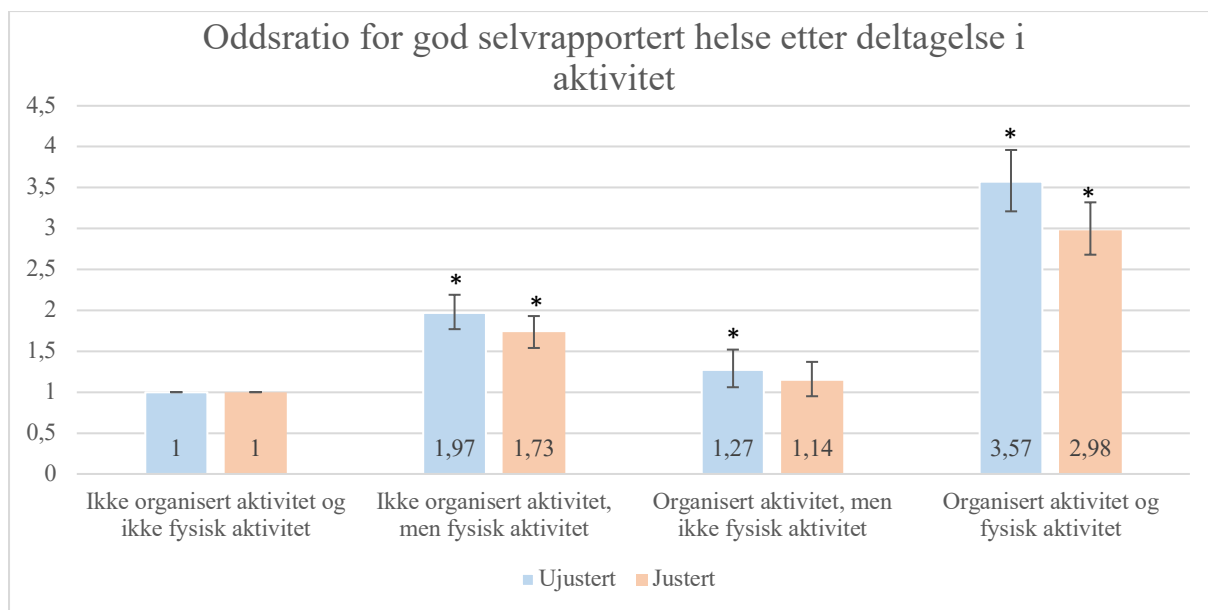
	Dårlig SRH (n= 5867) n (%)	God SRH (n =12512) n (%)
Kjønn		
Gutter	2092 (35.7)	6992 (55.9)
Jenter	3775(64.3)	5520 (44.1)
p-verdi	< 0.001	
Klassetrinn		
8. trinn	1907 (32.5)	4348 (34.8)
9. trinn	1962 (33.4)	3985 (31.8)
10. trinn	1998 (34.1)	4179 (33.4)
p-verdi	0.008	
Sentralitet		
Ruralt	1106 (18.9)	2026 (16.2)
Urbant	4761 (81.1)	10486 (83.8)
p-verdi	< 0.0001	
Sosioøkonomisk status		
Q1	1709 (29.1)	2687 (21.5)
Q2	1557 (26.5)	3083 (24.6)
Q3	1420 (24.2)	3672 (29.3)
Q4	1181 (20.1)	3070 (24.5)
p-verdi	< 0.001	
Deltagelse i organisert aktivitet		
Ja	2813 (47.9)	8093 (64.7)
Nei	3054 (52.1)	4419 (35.3)
p-verdi	< 0.001	
Regelmessig fysisk aktiv		
Ja	4618 (78.7)	11358 (90.8)
Nei	1249 (21.3)	1154 (9.2)
p-verdi	< 0.001	

I tabell 2 presenteres det analytiske utvalget inndelt etter god og dårlig selvrapportert helse og vi kan se forskjeller i selvrapportert helse mellom de ulike variablene. Vi ser at en større andel gutter (55.9 %) oppga sin helse som god sammenlignet med jenter (44.1 %). Blant ungdom med dårlig selvrapportert helse var over halvparten (52.1 %) ikke involvert i organiserte fritidsaktiviteter. For ungdom med god selvrapportert helse var andelen som ikke var involvert 35.3 %. Når det gjelder regelmessig fysisk aktivitet, var 21.3 % av ungdommene med dårlig selvrapportert helse ikke regelmessig aktive, mens andelen som ikke var regelmessig aktive kun var 9.2% blant de med god selvrapportert helse.

Det ble sett en større andel ungdom med dårlig selvrapportert helse i sosioøkonomisk kvartil Q1 og Q2 enn av de med god selvrapportert helse, og motsatt ble det sett en større andel med god selvrapportert helse i sosioøkonomisk Q3 og Q4 sammenlignet med de med lav selvrapportert helse. Resultatene av kji-kvadrattester er også presentert i tabell 2. De viser at begge de forklarende variablene og alle de konfunderende variablene har en statistisk signifikant sammenheng, $p < 0.05$, med selvrapportert helse.

5.2 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrapportert helse

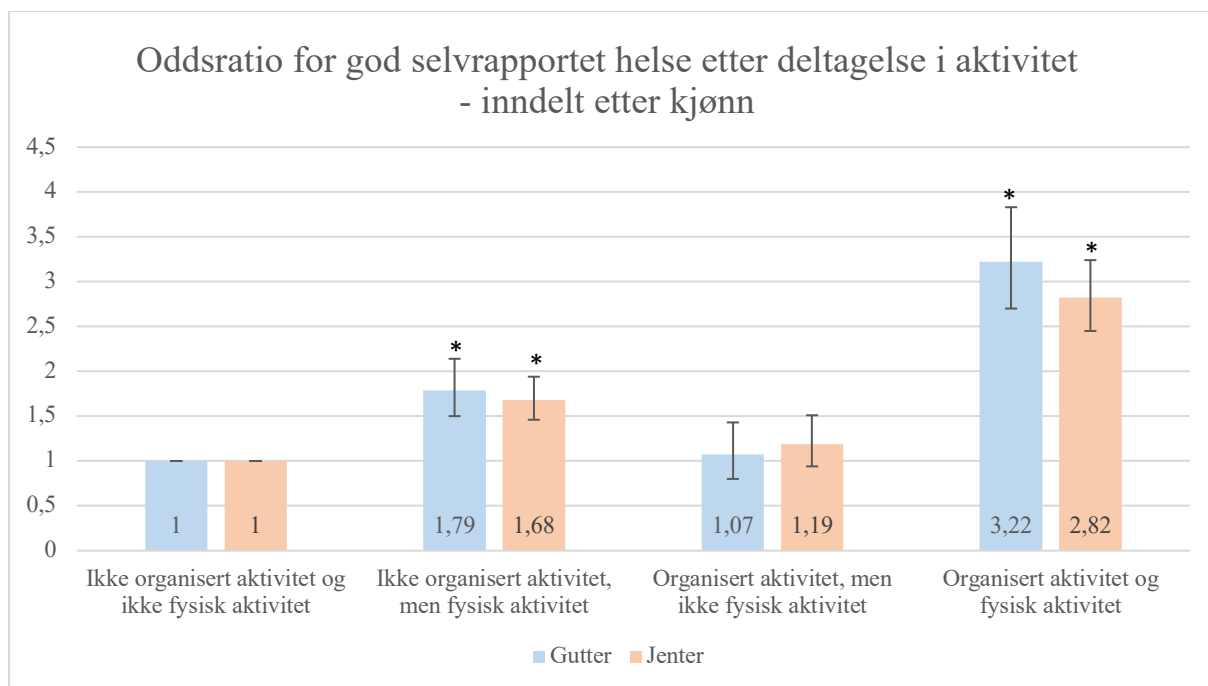
I figur 2 presenteres resultatet av de ujusterte og justerte logistiske regresjonsanalysene for sammenhengen mellom fysisk aktivitet og organiserte fritidsaktiviteter og selvrapportert helse. Resultatene presenteres i oddsratio (OR). Figur 2 viser at når vi justerer for de konfunderende variablene blir OR for god selvrapportert helse noe redusert i alle kategoriene. OR for god selvrapportert helse var statistisk signifikant for begge kategoriene der barn og ungdom driver med fysisk aktivitet, både i de ujusterte og de justerte analysene, sammenlignet med ungdom som hverken er fysisk aktive eller deltar i organisert aktivitet. Ungdom som driver med organiserte fritidsaktiviteter, men som ikke er fysisk aktive hadde en statistisk signifikant positiv sammenheng med god selvrapportert helse i de ujusterte analysene. Når analysene ble justert ses ikke denne statistisk signifikante sammenhengen. Den høyeste OR for god selvrapportert helse ble sett i kategori 4, deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet. Flere detaljer fra analysene finnes i vedlegg 1.



Figur 2: Oddsratio for god selvrapportert helse etter deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet. P-verdi <0.05 er markert med *.

5.2.1 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrapportert helse – inndelt etter kjønn

For å se på forskjellen mellom kjønn ble det utført separate analyser for deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysiske aktiviteter, og selvrapportert helse for gutter og jenter. Det ble utført både ujusterte og justerte analyser for begge kjønn. Resultatene av de ujusterte analysene finnes i vedlegg 2. Resultatene av de justerte analysene presenteres i figur 3.



*Figur 3: Oddsratio for god selvrapportert helse etter deltagelse i aktivitet inndelt etter kjønn. P-verdi <0.05 markert med *.*

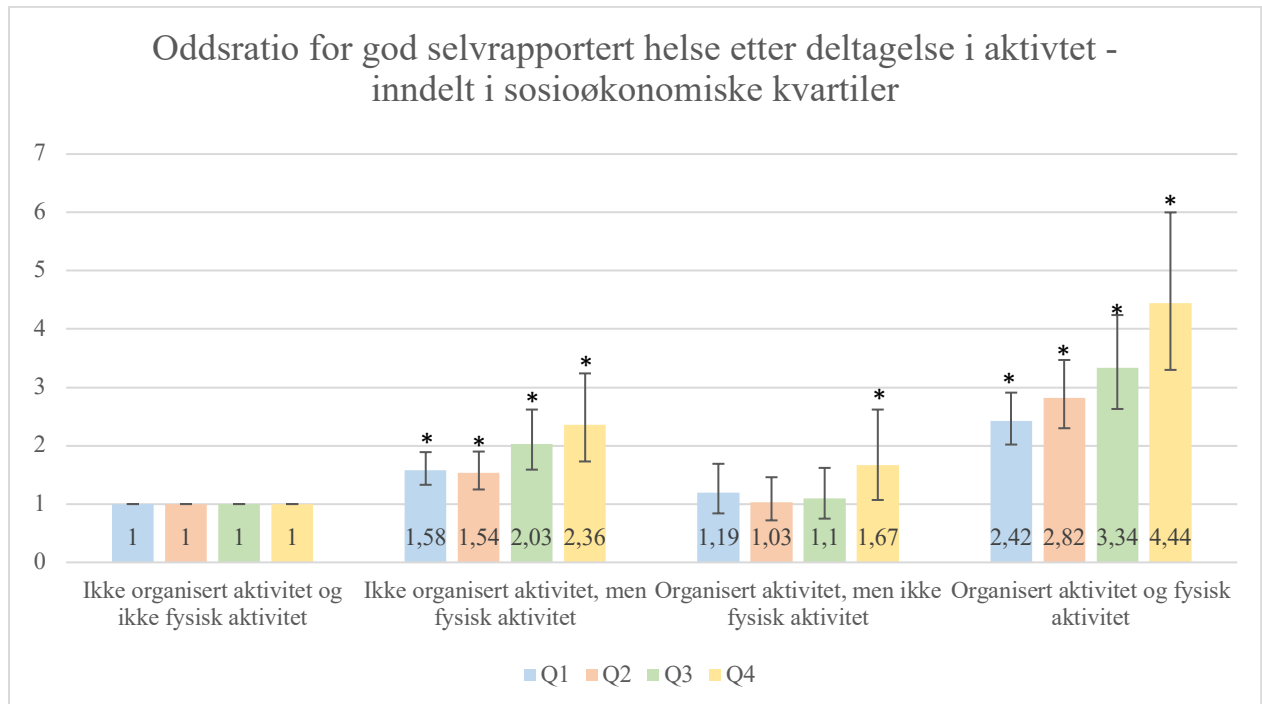
OR for god selvrapportert helse blant gutter var 1.79 ganger høyere dersom man driver med fysisk aktivitet, sammenlignet med hverken fysisk aktivitet eller organiserte fritidsaktiviteter. Denne sammenhengen var statistisk signifikant. OR for god selvrapportert helse blant gutter er 3.22 ganger høyere for de som både deltar i organiserte fritidsaktiviteter og er fysisk aktive, sammenlignet med de som hverken deltar i organiserte fritidsaktiviteter eller er fysisk aktive i de justerte analysene. For gutter som ikke driver med fysisk aktivitet, men som deltok i organiserte fritidsaktiviteter ble det ikke sett noen statistisk signifikant sammenheng med god selvrapportert helse.

For jenter var OR for god selvrapportert helse 1.68 ganger høyere dersom de driver med fysisk aktivitet sammenlignet med de som hverken driver med fysisk aktivitet eller organiserte fritidsaktiviteter. OR for god selvrapportert helse blant jenter var 2.82 ganger høyere for de som både deltar i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet sammenlignet med de som hverken driver med organiserte fritidsaktiviteter eller fysiske aktiviteter i de justerte analysene. I gruppen som ikke driver med fysisk aktivitet, men som deltar i organiserte fritidsaktiviteter ble det ikke sett noen statistisk signifikant sammenheng. Det er til

tross for dette viktig å bemerke seg at dette er den eneste kategorien hvor OR for god selvrapportert helse er høyere for jenter sammenlignet med gutter.

5.2.2 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrapportert helse – inndelt etter sosioøkonomisk status

Figur 4 presenterer sammenhengen mellom deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet på selvrapportert helse inndelt etter sosioøkonomisk status.



Figur 4: OR for god selvrapportert helse etter deltagelse i aktivitet inndelt i sosioøkonomiske kvartiler. P-verdi < 0.05 markert med *.

Det ble sett en økende OR for god selvrapportert helse med økende sosioøkonomisk status blant ungdom som kun driver med fysisk aktivitet og blant ungdom som driver med både fysisk aktivitet og organiserte fritidsaktiviteter. I kategorier med ungdom som kun driver med organiserte fritidsaktiviteter, og ikke fysisk aktivitet, ble det kun sett en statistisk signifikant sammenheng med selvrapportert helse hos ungdom i sosioøkonomisk kvartil 4. Det ble utført separate analyser inndelt etter både kjønn og sosioøkonomisk status. Det ble sett lignende funn i begge grupper, når vi samtidig delte inn i sosioøkonomisk status, resultatene fra disse analysene finnes i vedlegg 3.

5.3 Sammenheng mellom sentralitet og deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter

Det ble avslutningsvis undersøkt om det var en sammenheng mellom sentralitet og deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter blant ungdom. Resultatene fra den logistiske regresjonsanalysen presenteres i tabell 5. Det ble også utført analyser inndelt etter kjønn uten noen forskjell mellom kjønnene. Resultatet av disse analysene finnes i vedlegg 4.

Tabell 3: Sammenheng mellom sentralitet og deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter. KI = konfidensintervall.

	Ujusterte analyser			Justerte analyser		
	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI
Ruralt	1 (ref)			1 (ref)		
Urbant	1.48	< 0.001	1.37-1.60	1.30	< 0.001	1.20-1.42

Resultatene fra de justerte analysene viser at ungdom som bor urbant har 1.30 ganger høyere OR for å delta i organiserte fritidsaktiviteter sammenlignet med ungdom som bor ruralt. OR for deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter var 1.48 før det ble kontrollert for konfunderende faktorer.

6.0 Diskusjon

6.1 Resultatdiskusjon

6.1.1 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrapportert helse

Resultatene i denne oppgaven viser at 59.3 % av ungdom i Akershus driver med organiserte fritidsaktiviteter. Dette samsvarer med resultatet på landsbasis og viser at andelen som deltar ikke har kommet tilbake til nivået som det var på før pandemien (Bakken et al., 2016). Studier fra Tsjekkia og USA viser en noe høyere deltagelse blant ungdom på omtrent 70-80 % (Badura et al., 2015; Barber et al., 2023). Det er uklart hva som gjør at Norge har en lavere deltagelse enn visse andre land, men det er for eksempel kjent i USA at de organiserte fritidsaktivitetene i større grad er knyttet til skolen (O'Brien & Rollefson, 1995). Dette er noe som kan være med på å forklare forskjellen.

Resultatene fra de logistiske regresjonsanalysene viser en positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og god selvrapportert helse blant ungdom. Dette samsvarer med tidligere forskning blant annet fra en stor systematisk oversiktsartikkel og meta-studie med resultater fra både Norge og internasjonalt som viste at fysisk aktivitet er positivt for selvrapportert helse hos ungdom (Zhang et al., 2020). Det ble i analysene i denne oppgaven ikke sett noen statistisk signifikant sammenheng mellom god selvrapportert helse og de som kun drev med organiserte fritidsaktiviteter og ikke var fysisk aktive. Dette samsvarer også med funn fra tidligere forskning, som viser at det er sprikende resultater i forskningen når det kommer til effekten av ikke-sportslige organiserte fritidsaktiviteter blant barn og unge (Boelens et al., 2022; Oberle et al., 2019).

Resultatene viste som nevnt over at det å drive med fysisk aktivitet er positivt for selvrapportert helse, om man i tillegg drev med organiserte fritidsaktiviteter ble OR for god selvrapportert helse omtrent doblet. Det ble ikke funnet noen studier som sammenlignet effekten av fysisk aktivitet og organisert fritidsaktivitet på selvrapportert helse. Til tross for dette viser Barbieri et al. (2021) at det å delta i sportslige organiserte fritidsaktiviteter kan ha en dobbelt effekt, både en umiddelbar effekt på fysisk helse og forsinket effekt på mental helse (Barbieri, 2021). Kanskje kan deltakelse i både sosiale- og organiserte aktiviteter dermed få fordeler fra både de sosiale aspektene i tillegg til den fysiske bedringen av helsen, som kan forklare den store OR forskjellen mellom kun fysisk aktivitet og de som både er fysisk aktive og deltar i organiserte aktiviteter.

6.1.2 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrapportert helse – inndelt etter kjønn

Når analysene ble inndelt etter kjønn hadde både gutter og jenter som drev med fysisk aktivitet høyere odds for god selvrapportert helse sammenlignet med de som ikke var fysisk aktive. Dette gjelder både de som kun er fysisk aktive og de som i tillegg deltar i organiserte fritidsaktiviteter.

En interessant trend er at i begge kategoriene med fysisk aktivitet har gutter høyere odds for god selvrapportert helse sammenlignet med jenter. Imidlertid observeres en motsatt trend i kategorien med kun organiserte fritidsaktiviteter og ikke fysisk aktivitet: her har jenter en høyere odds for god selvrapportert helse sammenlignet med gutter. Denne effekten var ikke statistisk signifikant, men trenden samsvarer med tidligere forskning som har vist at en sosial faktor har en større betydning for jenter og den sportslige faktoren har større betydning for gutter når det kommer til å rapportere egen helse som god (Badura et al., 2015; Barbieri, 2021).

6.1.3 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og selvrapportert helse – inndelt etter sosioøkonomisk status

Når analysene ble inndelt etter sosioøkonomisk status ble det sett en trend mot at økende sosioøkonomisk status ga høyere odds for god selvrapportert helse i alle kategoriene av deltagelse i fritidsaktivitet. Dette samsvarer godt med tidligere forskning på sosioøkonomisk status, som viser en lineær sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse. Med økende sosioøkonomisk status bedres helsen (Bakken et al., 2016).

Et annet funn var at ungdom i sosioøkonomisk kvartil 4 som kun drev med organiserte fritidsaktiviteter og som ikke var fysisk aktive, hadde signifikant høyere odds for god selvrapportert helse (figur 4). Det er uklart hva som kan forklare dette da litteraturen er sprikende. På den ene siden kan resultatet trolig forklares av den sosioøkonomiske statusen og ikke av aktiviteten ungdommene driver med. Det er som nevnt kjent at økende sosioøkonomisk status gir bedre helse (Bakken, 2016). På den andre siden så har tidligere forskning vist at deltagelse i klubber har effekt på helsen selv etter vi har kontrollert for sosioøkonomisk bakgrunn (Zambon et al., 2009).

6.1.4 Deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og sentralitet

Til tross for at man kan anse Akershus som et relativt urbant fylke viser resultatene forskjell i deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter fra de som bor mest urbant til de som bor ruralt innad i Akershus. Resultatene viser at ungdom som bor urbant har 30 % høyere odds for å delta i organiserte fritidsaktiviteter sammenlignet med ungdom som bor ruralt.

Man kan trolig anta at tilbudet av organiserte fritidsaktiviteter i rurale områder er mindre sammenlignet med i urbane strøk. Noe som vil kunne påvirke deltagelsen i organiserte fritidsaktiviteter i rurale strøk og gi lavere deltagelse der. Derimot er det ikke sett noen systematiske forskjeller i deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter inndelt etter sentralitetsklassene (Jacobsen et al., 2021). Noe som kan tyde på at deltakelsesmønsteret er likt uavhengig av sentralitet og dermed ikke kan forklare forskjellene i deltakelse som ses i denne oppgaven.

Tidligere forskning har vist at geografiske forskjeller i helse ofte speiler den sosioøkonomiske ulikheten. Altså er det den sosioøkonomiske statusen som påvirker hvor man bosettes seg og at det dermed er den sosioøkonomiske forskjellen som kan forklare ulikheten i helse og ikke den geografiske forskjellen (Syse et al., 2018). Med bakgrunn i dette kan en mulig forklaring være at det er den sosioøkonomiske statusen som påvirker deltagelsen i organiserte fritidsaktiviteter fremfor sentralitetsgraden.

6.2 Metodediskusjon

6.2.1 Studiedesign

For å besvare problemstillingen ble det i denne oppgaven benyttet et tverrsnittdesign. Tverrsnittsundersøkelser kan gi oss et øyeblikksbilde av et fenomen og si oss noe om assosiasjoner mellom variabler (Webb et al., 2017). Tverrsnittsundersøkelse anses som et egnet design for å vurdere assosiasjonene mellom variablene selvrapporert helse, deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet i denne oppgaven. Tverrsnittstudiene har sine styrker ved at de har et stort utvalg og i mange tilfeller en relativ høy svarrespons, dette samsvarer med utvalget og svarresponsen til Ungdata. I 2022 var svarresponsen i ungdata undersøkelsen ved ungdomsskoler på hele 85 % (Bakken, 2022; Johannessen et al., 2016; Webb et al., 2017).

Tverrsnittstudier måler kun nivået ved et tidspunkt og kan derfor ikke fortelle oss noe om retningen på assosiasjonene mellom selvrapportert helse, organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet (Laake et al., 2013). Det kan være at hvordan ungdom vurderer egen helse påvirker hvilke valg de tar på fritiden, som deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet, og ikke som antatt i denne oppgaven at deltagelsen påvirker den selvrapporterte helsen. Til tross for at dette er en svakhet ved studiedesignet så finnes det en del tidligere forskning på faktorer som påvirker selvrapportert helse som bekrefter funnene i denne oppgaven (Badura et al, 2015; Barbieri, 2021).

6.2.2 Intern validitet

Studiers interne validitet anses som god dersom den hverken over- eller underrapporterer den sanne verdien i målpopulasjonen. Informasjonsskjevhet, seleksjonsskjevhet og konfundering er med på å true den interne validiteten (Juul, 2012).

Informasjonsskjevhet

Informasjonsskjevhet kan i tverrsnittstudier oppstå ved at utvalget oppgir feilaktig informasjon i spørreskjemaet eller at feilaktig informasjon på annen måte bli registrert under studien. Dette fører til misklassifisering av variabler (Laake et al., 2013).

Ungdata-undersøkelsen er basert på selvrapporing. Dette kan være en styrke fordi hensikten med denne undersøkelsen er å si noe om hvordan ungdom har det og derfor er det viktig å faktisk spørre ungdom. På den andre siden er selvrapporing gjennom spørreskjemaer utsatt for en viss usikkerhet spesielt blant barn og unge. Først og fremst er det en usikkerhet om hvorvidt ungdom forstår spørsmålene på samme måte som forskerne ønsker. Ettersom ungdata-undersøkelsene er gjennomført og testet flere ganger er risikoen for dette noe mindre. Det er for eksempel en kjent utfordring at kartlegging av foreldrenes utdanningsnivå i Ungdata ofte er misvisende. Dette fordi jo yngre ungdommen er jo mindre kunnskap har de om foreldrenes utdanningsnivå (Bakken et al., 2016). Dette kan bidra til at det rapporteres feil og dermed gir informasjonsskjevhet. Spørreundersøkelser er også utsatt for en risiko for det som kalles sosial ønskelighet. Dette betyr at det er en viss risiko for at ungdom svarer det de mener er sosialt ønskelig og ikke det som faktisk er reelt (Bakken, 2022; Tebar et al., 2021). Et eksempel for denne oppgaven er dersom ungdom rapporterer et

høyere aktivitetsnivå enn det de faktisk har fordi de vet at det er sosialt ønskelig å være fysisk aktiv.

Variabelens målenivå kan også være en kilde til informasjonsskjevhet. I denne oppgaven ble både den avhengige og de forklarende variablene dikotomisert og deretter ble det dannet nye kategoriske variabler. I prosessen med dikotomisering kan man miste detaljert informasjon (Juul, 2012). Etersom selvrapportert helse er en mye brukt indikator for helse har det blitt gjort analyser for å undersøke om dikotomisering av denne variabelen vil gi tap av informasjon. Sammenlignet med andre analysemetoder med bruk av selvrapportert helse som avhengig variabel gir dikotomisering lignende resultat som andre metoder (Manor et al., 2000). Dette støtter bruken av selvrapportert helse som dikotomisert variabel.

Man kan tenke seg at det er forskjell mellom ungdom som trener noe, mindre enn 1-2 ganger per uke, sammenlignet med de som ikke trener. Disse nyansene forsvinner når vi dikotomiserer alle som trener mindre enn 1-2 ganger per uke i samme kategori. Et annet eksempel er i organisert fritidsaktivitet at barn som svarte «nei, men jeg har vært med tidligere» ble dikotomisert til driver ikke med organisert fritidsaktivitet. Dersom ungdom nylig sluttet i den organiserte aktiviteten, kan det hende de fortsatt har effekt på den selvrapporterte helsen.

Det ble med bakgrunn i variablene om fysisk aktivitet og organiserte fritidsaktiviteter dannet fire nye kategorier som kombinerte de dikotomiserte variablene. Det er en svakhet i oppgaven at vi ikke kan si noe om typen av organiserte fritidsaktiviteter ungdommene driver med. Vi vet ikke om dette er sosiale organiserte fritidsaktiviteter eller idrettslag. Det er tenkt at de som svarer at de driver med organiserte fritidsaktiviteter, men ikke er fysisk aktive dermed driver med ikke-sportslige organiserte fritidsaktiviteter. Det er derimot en svakhet at gruppen som driver både med organiserte fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet kan inkludere både ungdom som driver med ikke-sportslige organiserte fritidsaktiviteter og egenorganisert fysisk aktivitet og ungdom som driver med organisert idrett.

Seleksjonsskjevhet

Seleksjonsskjevhet oppstår når det er en forskjell mellom de som inkluderes i studien fra de som ikke inkluderes i studien. Dersom deltagerne i studien ikke er representative for studiepopulasjonen oppstår en seleksjonsskjevhet (Webb et al., 2017).

Ofte oppstår det seleksjonsskjevheter i epidemiologiske studier, disse kan både være tilfeldige og systematiske. I undersøkelser der det kommer til svar på spørreskjemaer, er det blant annet to kjente utfordringer. Den ene er først og fremst hvem som svarer på slike undersøkelser og den andre er vil de som svarer representere den populasjonen vi ønsker (Webb et al., 2017). Ungdata undersøkelsen forhindrer mye av denne seleksjonsskjevheten ved at undersøkelsen gjennomføres i skoletiden. Skolen er en arena der de aller fleste barn i Norge er. Vi vet derimot lite om de som ikke deltok i undersøkelsen. Vi vet at den gruppen av barn og ungdom som ikke deltok kan deles inn i de som takket nei til å delta, de som av praktiske grunner ikke fikk tilbud og de som ikke var til stede på skolen da undersøkelsen ble gjennomført, men vi mangler oversikt over fordelingen mellom disse årsakene (Bakken, 2022). I dataene fra 2022 som ble brukt i denne oppgaven var det fire kommuner i Akershus som ikke deltok i undersøkelsen. Felles for disse kommunene er at de tilhører mindre sentrale områder i Akershus. En av kommunene tilhører sentralitetsklasse 4 (Hurdal), som i utvalget ellers ikke er representert. Dette fører til at utvalget i denne oppgaven representerer mer sentrale områder for Akershus enn det som er reelt.

En annen utfordring kan være at noen unnlater å svare eller bevisst svarer feil på temaer som oppleves vanskelig å svare på. Deltagere med manglende svar på relevante variabler har blitt ekskludert i analysene.

Konfundering

Konfundering handler om at variabler som ikke er de forklarende kan påvirke resultatet (Johannessen et al., 2021). I denne oppgave ble alder, gjennom klassetrinn, kjønn, sosioøkonomisk status og sentralitet inkludert som konfunderende variabler. Når det ble justert for disse faktorene beholdt effektestimaterne sine signifikante nivåer, med unntak av i kategorien der ungdom kun drev med organiserte fritidsaktiviteter (se figur 2). Ettersom det fra tidligere forskning er kjent at det er en forskjell i selvrapportert helse mellom kjønn og basert på sosioøkonomisk status ble det kjørt egne analyser for kjønn og deretter for sosioøkonomisk status (se figur 3 og 4). Til tross for at det ble kontrollert for og kjørt egne analyser for disse er det fortsatt en risiko for at andre variabler kan påvirke resultatene. Tidligere forskning har vist at i tillegg til de utvalgte konfunderende faktorene benyttet i denne oppgaven kan både kroppsvekt, kroppsmasse indeks, immigrant status,

familiesituasjon, søvn, depressive plager og angst påvirke den selvrapporterte helsen (Abdollahpour et al., 2023; Boelens et al., 2022; Cocca et al., 2022).

6.2.3 Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om generaliserbarhet i et større overblikk. Til hvilken populasjon kan vi generalisere våre konklusjoner (Laake et al., 2013). I denne oppgaven handler det om resultatene kan generaliseres til å gjelde alle ungdom i Norge, og eventuelt om resultatene kan generaliseres til andre land.

Det ble i denne oppgaven benyttet data fra ungdom i Akershus. Til tross for at den store studiepopulasjonen er en styrke, skiller Akershus seg ut som et svært sentralt fylke sammenlignet med Norge som helhet. Ifølge SSB befinner fem av Norges seks mest sentrale kommuner seg i Akershus fylke. SSB sine tall viser også at de som bor urbant oftere har høyere utdanning sammenlignet med de som bor ruralt (Fredborg, 2023). Dette betyr at det analytiske utvalget i denne oppgaven trolig representerer ungdom med både mer urbane boforhold og høyere sosioøkonomisk status sammenlignet med andre norske fylker. Noe som kan svekke den eksterne validiteten.

Noe som styrker denne oppgavens eksterne validitet, er at tidligere forskning både på organiserte fritidsaktiviteter og helse, fysisk aktivitet og helse og selvrapportert helse har funnet lignende resultater som denne oppgaven, både nasjonalt og internasjonalt. Det er derfor mulig å tenke seg at resultatene fra denne oppgaven kan være gjeldene for andre geografiske områder.

7.0 Konklusjon

Hensikten med denne masteroppgaven var å utforske sammenhenger mellom aktiviteter, både organiserte ikke-sportslige fritidsaktiviteter og organiserte sportslige fritidsaktiviteter med selvrapportert helse. I tillegg sammenligne med eventuelle assosiasjoner med ikke-organisert fysisk aktivitet.

Resultatene viste, som kjent fra tidligere forskning, at det å drive med fysisk aktivitet er positivt assosiert med selvrapportert helse. Dersom ungdom både var fysisk aktive og deltok i organiserte fritidsaktiviteter var det en enda høyere odds for god selvrapportert helse. Denne sammenhengen ble sett hos både jenter og hos gutter, men OR var høyere for gutter sammenlignet med jenter. For ungdom som kun drev med organisert aktivitet, og ikke var fysisk aktive ble det ikke sett noen statistisk signifikant sammenheng med god selvrapportert helse. Men det var interessant at det i denne kategorien ble funnet en høyere OR for god selvrapportert helse blant jenter sammenlignet med gutter. Det ble også observert en økende odds for god selvrapportert helse med økende sosioøkonomisk status. Det ble også funnet en forskjell i deltagelse basert på sentralitet. Altså hadde barn som bodde sentralt hadde høyere odds for å delta i organiserte fritidsaktiviteter. Dette kan trolig forklares av sosioøkonomiske forskjeller i hvor man bosetter seg og ikke den geografiske plasseringen i utgangspunktet.

Til tross for at denne oppgaven er en tverrsnittstudie, med sine begrensninger når det kommer til å trekke kausale slutninger, støttes funnene i denne oppgaven av tidligere lignende forskning. Med utgangspunkt i dette så støtter funnene i denne oppgaven satsningsområdene innenfor folkehelse i dag, hvor det er fokus på utjevning av sosiale forskjeller ved blant annet deltagelse i organiserte fritidsaktiviteter for barn og ungdom. I videre folkehelsearbeid med selvrapportert helse og organiserte fritidsaktiviteter er det viktig å huske på at det er forskjeller mellom kjønn, og at jenter og gutter trolig ikke har de samme effekteknismene for å fremme helse. I videre forskning vil det være hensiktsmessig å undersøke mer detaljert om organiserte aktiviteter og hvordan de på hver sin måte påvirker selvrapportert helse. Dette for å kunne gi et mer detaljert bilde.

Litteraturliste

Abdollahpour, I., Salimi, Y., Tajik, B., Qorbani, M., Yazdi, M., Esmaili, H., Khademian, M., Motlagh, M.E. & Kelishadi, R. (2023). Population attributable risk fraction of modifiable risk factors associated with poor self-rated health among children and adolescent; the CASPIAN-V study. *Journal of Psychosomatic Research*, 170, 111369.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111369>

Badura, P., Geckova, A. M., Sigmundova, D., van Dijk, J. P. & Reiljneveld, S.A. (2015). When children play, they feel better: organized activity participation and health in adolescents. *BMC public health*, 15 (1), 1090. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2427-5>

Bakken, A. (2022). Ungdata 2022. Nasjonale resultater. NOVA Rapport 5/22. Oslo: NOVA, OsloMet. <https://hdl.handle.net/11250/3011548>

Bakken, A., Frøyland, L. R. & Sletten, M.A. (2016). *Sosiale forskjeller i unges liv. Hva sier Ungdata-undersøkelsene* (NOVA Rapport 3/16). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/5103/Sosiale-forskjeller-i-unges-liv-NOVA-Rapport-3-2016-18-april-pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bang, L., Hartz, I., Furu, K., Odsbu, I., Handal, M., Torgersen, L., Støle, H.S. & Surén, P. (2023). *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge* (Folkhelse rapporten – Helsetilstanden I Norge). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkhelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=#forekomst-av-psykiske-lidelser-hos-barn-og-unge>

Barber, B. L., Stone, M. R., & Eccles, J. S. (2005). Adolescent participation in organized activities. I K.A. Moore & L. H. Lippman (Red.) *What do children need to flourish? Conceptualizing and measuring indicators of positive development* (s.133-146). Springer Science + Business Media. <https://doi.org/10.1007/b100487>

Barbieri, P. N. (2021). Healthy by Association: The relationship between social participation and self-rated physical and psychological health. *Health & Social Care in the Community*, 29(6), 1925-1935. <https://doi.org/10.1111/hsc.13306>

Boelens, M., Smit, M. S., Windhorst, D. A., Jonkman, H. J., Hosman, C. M., Raat, H., & Jansen, W. (2022). Associations between organised leisure-time activities and mental health problems in children. *European journal of pediatrics*, 181(11), 3867-3877. <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04591-9>.

Breidablik, H.J., Meland, E., & Lydersen, S. (2008). Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(1), 12-20. <https://doi.org/10.1177/1403494807085306>

Cocca, A., Niedermeier, M., Prünster, V., Wirnitzer, K., Drenowatz, C., Greier, K., Labek, K. & Ruedl, G. (2022). Self-rated health status of upper secondary school pupils and its associations with multiple health-related factors. *International journal of environmental research and public health*, 19(11), 6947. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116947>

Departementene. (2020). *Sammen om aktive liv. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020-2029*. Nettdokument: <https://www.regjeringen.no/contentassets/43934b653c924ed7816fa16cd1e8e523/handlingsplan-for-fysisk-aktivitet-2020.pdf>, lest 31.05.2023.

Fredborg, E. (2023, 13. januar). *Lavere andel fra distriktet tar høyere utdanning*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/utdanning/hoyere-utdanning/artikler/lavere-andel-fra-distriktet-tar-hoyere-utdanning>

Hetlevik, Ø., Meland, E., Hufthammer, K.O., Breidablik, H.J., Jahanlu, D. & Vie, T.L. (2020). Self-rated health in adolescence as a predictor of 'multi-illness' in early adulthood: A prospective registry-based Norwegian HUNT study. *SSM- Population Health*, 11, 100604. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100604>

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. (2021:01). Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor. <https://norceresearch.brage.unit.no/norceresearch-xmlui/bitstream/handle/11250/2729185/Sosial+ulikhet+i+barn+og+unges+deltakelse+i+organisererte+fritidsaktiviteter.pdf?sequence=2>

Jodkowska, M., Oblacinska, A., Dzielska, A., Nalecz, H. & Fijalkowska. (2019). Behavioural factors as predictors of self-rated health among polish adolescent girls. *Developmental Period Medicine*, 23(2): 109-116. Doi: 10.34763/devperiodmed.20192302.109116.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt forlag.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2021) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt forlag.

Juul, S. (2012). *Epidemiologi og evidens* (2. utg.). Munksgaard

Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine* 69(3), 307-316.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>

Laake, P., Olsen, B. R. & Benestad, H.B. (Red.). (2013). *Forskning i medisin og biofag* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Mahoney, J. L., Larson, R. W., Eccles, J. S., & Lord, H. (2005). Organized activities as development contexts for children and adolescents. I J. L. Mahoney, R. W. Larson, & J. S. Eccles (Red.), *Organized activities as contexts of development: Extracurricular activities, after-school and community programs* (s. 3–22). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Manor, O., Matthews, S. & Power, C. (2000). Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. *International Journal of Epidemiology*. 29(1), 149-157. <https://doi.org/10.1093/ije/29.1.149>

Meld. St. 15 (2022-2023). *Folkehelsemeldinga: Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/918eb71926fc44c8802fe3c2e0b9a75a/nn-no/pdfs/stm202220230015000dddpdfs.pdf>

Mossey, J. M. & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American journal of public health*, 72(8), 800-808. [10.2105/ajph.72.8.800](https://doi.org/10.2105/ajph.72.8.800)

NOVA. (u.å.). *Hva er ungdatabasen?* Hentet 1. februar 2024 fra

<https://www.ungdata.no/hva-er-ungdata/>

NOVA. (u.å.). *Informasjon til kommuner*. Hentet 30. januar 2024 fra

<https://www.ungdata.no/informasjon-til-kommuner/>

NOVA. (u.å.). *Personvern og forskningsetikk*. Hentet 8. september 2023 fra

<https://www.ungdata.no/personvern/> (Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode)

Oberle, E., Ji, X.R., Magee, C., Guhn M, Schonert-Reichl, K.A. & Gadermann, A.M. (2019) Extracurricular activity profiles and wellbeing in middle childhood: A population-level study. *PLoS ONE* 14(7): e0218488. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218488>

O'Brien, E. & Rollefson, M. (1995). *Extracurricular Participation and Student Engagement*. National Center for Education Statistics. <https://nces.ed.gov/pubs95/web/95741.asp>

Regjeringen. (2022, 11. august). *Vil sikre minst én organisert fritidsaktivitet for alle barn*.

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/vil-sikre-minst-en-organisert-fritidsaktivitet-for-alle-barn/id2924047/>)

Schou, M. B., Krokstad, S., & Westin, S. (2006). Hva betyr selvopplevd helse for dødeligheten? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 20 (126), 2644-2647.

<https://tidsskriftet.no/2006/10/originalartikkel/hva-betyr-selvopplevd-helse-dodeligheten>

Sletten, M. A. (2010). Social costs of poverty; leisure time socializing and the subjective experience of social isolation among 13–16-year-old Norwegians. *Journal of youth studies*, 13(3), 291-315. <https://doi.org/10.1080/13676260903520894>.

Statistisk sentralbyrå (2020). *Sentralitetsindeksen. Oppdatering med 2020-kommuner* (Notater 2020/4). Statistisk sentralbyrå.

https://www.ssb.no/befolkning/folketall/artikler/sentralitetsindeksen/_/attachment/inline/aa8e00bb-5704-4b23-8ce3-1828cd6103f8:0fcdbdeb227f2ef11f95d3864a78c3efeab38640/NOT2020-04_web.pdf

Surén, P., Totland, T.H., Abel, M.H., Bye, E.K., Ohm, E., Solberg, S.L., Methi, F., Bruun, T., Stene, L.C.M., Brantsæter, A.L., Torheim, L.E., Nystad, W., Bergh, I.H. & Holvik, K. (2022) *Barn og unges fysiske helse* (Folkehelse rapporten- helsetilstanden i Norge).

Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/grupper/barn-fysisk-helse/?term=#referanser>

Syse, A., Grøholt, E.K., Madsen, C., Aarø, L.E. Strand, B.H. & Næss, Ø.E. (2018). *Sosiale helseforskjeller i Norge*. (Folkehelse rapporten – Helsetilstanden I Norge). Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/sosiale-helseforskjeller/?term=>

Tebar, W.R., Werneck, A.O., Silva, D.R.P., de Souza, J.M., Stubbs, B., da Silva, C.C.M., Ritti-Dias, R.M. & Christofaro, D.G.D. (2021). Poor self-rated health is associated with sedentary behavior regardless of physical activity in adolescents – PeNSE study. *Mental Health and Physical Activity*, 20(2021)100384. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2021.100384>

Vie, T.L., Hufthammer, K.O., Meland, E. & Breidablik, H.J. (2019). Self-rated health in young people and causes of death and mortality in young adulthood. A prospective registry-based Norwegian HUNT-study. *SMM – Population health*, (7), 100364.

<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100364>

Webb, P., Bain, C. & Page, A. (2017). *Essential Epidemiology – An introduction for Students and Health Professionals*. (3. utg.). Cambridge University Press.

WHO. (u.å.). *Adolescent health*. Hentet 8. september 2023 fra https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Zambon, A., Morgan, A., Vereecken, C., Colombini, S., Boyce, W., Mazur, J., Lemma, J. & Cavallo, F. (2009). The contribution of club participation to adolescent health: Evidence from six countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(01), 89-95.

<https://doi.org/10.1136/jech.2009.088443>

Zhang, T., Lu, G., & Wu, X.Y. (2020). Associations between physical activity, sedentary behaviour and self-rated health among the general population of children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, 20, 1-16.

<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09447-1>

Aase, H., Holt, T. & Helland, MS. (2022). Barn og unges helse: oppvekst og levekår. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge [nettdokument]. Oslo: Folkehelseinstituttet [oppdatert 23.06.22; lest 12.04.24]. Tilgjengelig fra:

<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/barn-oppvekst/?term=#hovedpunkter>

Vedlegg

Vedlegg 1 - Logistiske regresjonsanalyser med selvrapportert helse som avhengig variabel

Tabell 3: Ujusterte og justerte logistiske regresjonsanalyser med selvrapportert helse som avhengig variabel

	Ujustert			Justert		
	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI
Ikke organisert aktivitet og ikke fysisk aktivitet	1 (ref)			1 (ref)		
Ikke organisert aktivitet, men fysisk aktivitet	1,97	< 0,001	1,77-2,19	1,73	< 0,001	1,54 - 1,93
Organisert aktivitet, men ikke fysisk aktivitet	1,27	0,011	1,06-1,52	1,39	0,170	0,95 - 1,37
Organisert aktivitet og fysisk aktivitet	3,57	< 0,001	3,21-3,96	2,98	< 0,001	2,68 - 3,32
Klassestrinn						
8.trinn				1 (ref)		
9. trinn				0,92	0,033	0,85 - 0,99
10.trinn				0,95	0,185	0,88 - 1,03
Sosioøkonomisk status						
Q1				1 (ref)		
Q2				1,14	0,004	1,04 - 1,25
Q3				1,41	< 0,001	1,28 - 1,54
Q4				1,43	< 0,001	1,30-1,57
Sentralitet						
Ruralt				1 (ref)		
Urbant				1,09	0,038	1,00 - 1,19
Kjønn						
Gutt				1 (ref)		
Jente				0,44	< 0,001	0,41- 0,47

Vedlegg 2 - Logistiske regresjonsanalyser med selvrapportert helse som avhengig variabel – inndelt etter kjønn

Tabell 4: Ujusterte og justerte logistiske regresjonsanalyser for gutter med selvrapportert helse som avhengig variabel.

Gutter	Ujustert			Justert		
	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI
Ikke organisert aktivitet og ikke fysisk aktivitet	1 (ref)			1 (ref)		
Ikke organisert aktivitet, men fysisk aktivitet	1.84	< 0.001	1.54, 2.20	1.79	< 0.001	1.50, 2.14
Organisert aktivitet, men ikke fysisk aktivitet	1.11	0.47	0.83, 1.49	1.07	0.646	0.80, 1.43
Organisert aktivitet og fysisk aktivitet	3.47	< 0.001	2.92, 4.11	3.22	< 0.001	2.70, 3.83
Klassetrinn						
8.trinn				1 (ref)		
9. trinn				0.98	0.727	0.86, 1.11
10. trinn				0.98	0.745	0.87, 1.11
Sosioøkonomisk status						
Q1				1 (ref)		
Q2				1.10	0.1730	1.06, 1.32
Q3				1.31	< 0.001	1.19, 1.49
Q4				1.37	< 0.001	1.27, 1.66
Sentralitet						
Ruralt				1 (ref)		
Urbant				1.09	0.250	0.95, 1.23

Tabell 5: Ujusterte og justerte logistiske regresjonsanalyser for jenter med selvrapportert helse som avhengig variabel.

Jenter	Ujustert			Justert		
	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI
Ikke organisert aktivitet og ikke fysisk aktivitet	1 (ref)			1 (ref)		
Ikke organisert aktivitet, men fysisk aktivitet	1.78	< 0.001	1.54, 2.05	1.68	< 0.001	1.46, 1.94
Organisert aktivitet, men ikke fysisk aktivitet	1.30	0.029	1.03, 1.65	1.19	0.154	0.94, 1.51
Organisert aktivitet og fysisk aktivitet	3.23	< 0.001	2.82, 3.69	2.82	< 0.001	2.45, 3.24
Klassestrinn						
8. trinn				1 (ref)		
9. trinn				0.87	0.01	0.79, 0.97
10. trinn				0.92	0.13	0.83, 1.02
Sosioøkonomisk status						
Q1				1 (ref)		
Q2				1.19	0.006	1.05, 1.34
Q3				1.49	< 0,001	1.32, 1.69
Q4				1.49	< 0,001	1.31, 1.69
Sentralitet						
Ruralt				1 (ref)		
Urbant				1.11	0.079	0.99, 1.24

Vedlegg 3 - Logistiske regresjonsanalyser med selvrapportert helse som avhengig variabel – inndelt etter sosioøkonomisk status

Tabell 6: Justerte logistiske regresjonsanalyser for sosioøkonomiske kvartiler med selvrapportert helse som avhengig variabel.

	Q1			Q2			Q3			Q4		
	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI
Ikke organisert aktivitet og ikke fysisk aktivitet	1 (ref)			1 (ref)			1 (ref)			1 (ref)		
Ikke organisert aktivitet, men fysisk aktivitet	1.58	< 0.001	1.33, 1.89	1.54	< 0.001	1.25, 1.90	2.03	< 0.001	1.58, 2.62	2.36	<0.001	1.73, 3.24
Organisert aktivitet, men ikke fysisk aktivitet	1.19	0.328	0.84, 1.69	1.03	0.885	0.72, 1.46	1.10	0.639	0.75, 1.62	1.67	0.023	1.07, 2.62
Organisert aktivitet og fysisk aktivitet	2.42	< 0.001	2.02, 2.91	2.82	< 0.001	2.30, 3.47	3.34	< 0.001	2.63, 4.24	4.44	<0.001	3.30, 6.00

Tabell 7: Justerte logistiske regresjonsanalyser for sosioøkonomiske kvartiler med selvrapportert helse som avhengig variabel for gutter.

Gutter	Q1			Q2			Q3			Q4		
	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI
Ikke organisert aktivitet og ikke fysisk aktivitet	1 (ref)			1 (ref)			1 (ref)			1 (ref)		
Ikke organisert aktivitet, men fysisk aktivitet	1.86	< 0.001	1.41, 2.45	1.77	< 0.001	1.26, 2.46	1.39	0.108	0.92, 2.08	2.51	<0.001	1.47, 4.28
Organisert aktivitet, men ikke fysisk aktivitet	1.33	0.286	0.79, 2.25	0.87	0.617	0.52, 1.48	0.79	0.442	0.43, 1.46	1.73	0.179	0.79, 3.90
Organisert aktivitet og fysisk aktivitet	3.09	< 0.001	2.33, 4.09	3.72	< 0.001	2.66, 5.18	2.37	< 0.001	1.59, 3.47	4.33	<0.001	2.59, 7.20

Tabell 8: Justerte logistiske regresjonsanalyser for sosioøkonomiske kvartiler med selvrappertert helse som avhengig variabel for jenter.

Jenter	Q1			Q2			Q3			Q4		
	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI
Ikke organisert aktivitet og ikke fysisk aktivitet	1 (ref)			1 (ref)			1 (ref)			1 (ref)		
Ikke organisert aktivitet, men fysisk aktivitet	1.43	0.002	1.14, 1.80	1.45	0.008	1.10, 1.90	2.64	<0.001	1.90, 3.69	2.27	<0.001	1.54, 3.37
Organisert aktivitet, men ikke fysisk aktivitet	1.13	0.609	0.71, 1.79	1.25	0.353	0.78, 1.98	1.37	0.227	0.82, 2.26	1.65	0.066	0.96, 2.84
Organisert aktivitet og fysisk aktivitet	2.02	< 0.001	1.59, 2.56	2.38	< 0.001	1.84, 3.09	4.20	< 0.001	3.07, 5.78	4.50	< 0.001	3.13, 6.53

Vedlegg 4 – Sammenhengen mellom sentralitet og deltagelse i organiserte aktiviteter inndelt etter kjønn

Tabell 9: Sammenheng mellom sentralitet og deltagelse i organiserte aktiviteter inndelt etter kjønn.

	Ujusterte analyser			Justerte analyser		
	OR	p-verdi	KI	OR	p-verdi	KI
Gutter						
Ruralt	1 (ref)			1 (ref)		
Urbant	1.46	< 0.001	1.31,1.63	1.30	< 0.001	1.16, 1.46
Jenter						
Ruralt	1 (ref)			1 (ref)		
Urbant	1.49	< 0.001	1.34, 1.66	1.31	< 0.001	1.16,1.47



Norges miljø- og
biovitenskapelige
universitet