

Sammenhengen mellom mestringsforventning, helse relatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet blant elever i videregående skole

Odetta Stringa

Veileder

Gudrun Rohde

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2016
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for folkehelse, idrett og ernæring

Forord

Denne masteroppgaven er en del av «Kroppsøvingsgledes» prosjektet hvor grunndataene ble hentet fra. Jeg fikk muligheten til å delta i post- test datainnsamlingen sammen med forskningsgruppen fra Universitetet i Agder som ble gjennomført på to videregående skoler i Sør- Norge.

Jeg vil gjerne takke min støttespiller, veileder Gudrun Rohde for god veiledning, konstruktive tilbakemeldinger, støtte gjennom hele arbeidet med masteroppgaven og ikke minst for muligheten jeg fikk til å være en del av dette spennende prosjektet. Dette året har vært utrolig lærerikt, utfordrende, samt veldig spennende for meg. Jeg er utrolig takknemlig for den moralske støtten og den gode hjelpen som jeg har fått av mine venninner Ingvild H. Lindhom, Christine Svarstad og min søster Nertila Stringa. Uten deres gode innspill, konstruktive råd og positive oppmuntringer hadde det vært vanskelig å komme i mål med masteroppgaven.

Tusen hjertelig takk!

Sammendrag

Bakgrunn: Det ble utviklet to ulike intervensjonsmodeller for å øke deltakelse i kroppsøvfingsfaget i videregående skole, bevegelsesglede og idrettsglede. Begge modellene har som hensikt å få en økning av glede rundt fysisk aktivitet i kroppsøvfingsfaget, samt å bidra til utvikling av elevenes ferdigheter, evner og øke fremtidig engasjement. Hensikten i bevegelsesgledemodellen er å bidra til gode opplevelser og gjøre ungdom bevisste på de positive helseeffektene knyttet til fysisk aktivitet. Mens idrettsgledemodellen er mer rettet mot tradisjonelle idrettskonkurranser, hvor aktivitetsferdigheter, teknikk og forbedring av fysiske prestasjoner anses som viktig. Målet med studien er å se sammenhengen mellom mestringsforventning, helse relatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet. Videre var jeg interessert å undersøke ulikheter blant elevene som følger de to ulike intervensjonsmodellene.

Metode: Denne studien er en tverrsnittstudie hvor mestringsforventning måles ved bruk av Generel Self- Efficacy Scale, helse relatert livskvalitet med KIDSCREEN-10 og selvrapportert fysisk aktivitet med stadiemodellen. Det ble utført ulike analyser for å kunne sammenligne elevene i de to ulike gruppene som Independent sample t- test, one-way ANOVA og chi-kvadrat. Multiple regresjonsanalyse utforsker om demografiske variabler, helse relatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet er assosiert med mestringsforventning.

Resultat: Idrettsgledegruppen rapporterer både høyere selvrapportert fysisk aktivitetsnivå og helse relatert livskvalitet. Multippel regresjonsanalyse viste at graden av helse relatert livskvalitet sammen med de uavhengige demografiske variablene som grad av tilfredshet, deltakelse i kroppsøvfingsfaget og antall timer med mosjon/idrett var assosiert med mestringsforventning. Når forholdet mellom mestringsforventning og kroppsøvfingsretning ble utforsket viste resultatene at bevegelsesgledegruppen var assosiert med høy mestringsforventning.

Konklusjon: Generelt sett finnes det en sammenheng mellom selvrapportert fysisk aktivitet, helse relatert livskvalitet og mestringsforventning. Mestringsforventning har en klar sammenheng med selvrapportert fysisk aktivitets variabler som antall timer med idrett, men ingen sammenheng med stadiemodellen. I et folkehelseperspektiv bidrar kombinasjonen av selvrapportert fysisk aktivitetsnivå, helse relatert livskvalitet og mestringsforventning til økt mestringsfølelse, velvære og kan legge til grunn for et sunt og aktivt liv hos ungdommer. Dette anes som svært viktig i forebyggende folkehelsefremmende arbeid.

Søkeord: meststringsforventning, helse relatert livskvalitet, selvrapportert fysisk aktivitet, ungdom

Abstract

Background: Two different intervention models were developed to increase participation in physical education in high school, targeting “motion enjoyment” and “sport enjoyment”. Both models are intended to increase the pleasure of physical activity in physical education, as well as to contribute to the development of students’ skills, abilities and increase future commitment. The intention behind the motion enjoyment model is to reinforce positive experiences which are related to physical activity, along with raising the awareness in young people of the health benefits associated with physical activity. The sport enjoyment model leans more towards traditional sports competitions; where activity skills, techniques and improvement of physical performance are considered important. The aim of this study is to explore the relationship between self-efficacy, health related quality of life and self-reported physical activity. Furthermore, investigating differences among students following the two different intervention models.

Method: This study is a cross-sectional study in which self-efficacy is measured using General Self-Efficacy Scale, HRQOL with KIDSCREEN-10 and self-reported physical activity with stage model. Various analyzes were carried out to compare students in the two different groups, such as: Independent sample t test, one-way ANOVA and chi-square. As well as a multiple regression analysis exploring the possibility of demographic variables, health-related quality of life and self-reported physical activity could be associated with self-efficacy.

Result: The sport enjoyment group reports higher self-reported physical activity and health-related quality of life. Multiple regression analysis showed that the level of health-related quality of life along with the independent demographic variables such as degree of satisfaction, participation in physical education and the number of hours of exercise/activity was associated with self-efficacy. When the relationship between self-efficacy and physical direction was explored results showed that the motion enjoyment group was associated with high self-efficacy.

Conclusion: Overall there seems to be a correlation between self-reported physical activity, health related quality of life and self-efficacy. Significance was found only among some of the variables of self-reported physical activity and self- efficacy, for instance stage model did

not demonstrate a significant association between the two. From a public health perspective the combination of self-reported physical activity level, health related quality of life and self-efficacy contributes to increased sense of empowerment and wellness. Also, forming a foundation of a healthy and active life in adolescents. This is regarded as crucial in the work of health-promotion as a preventive measure.

Keywords: self- efficacy, health related quality of life (HRQOL), self-reported physical activity, youth.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag.....	3
Abstract	4
1. Introduksjon	10
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	10
1.2 Studiens hensikt.....	12
1.3 Problemstilling.....	13
1.4 Oppgaves oppbygging	13
2 Teoretisk rammeverk.....	14
2.1 Helsebegrepet	14
2.2 Folkehelse og folkehelsearbeid	16
2.2.1 Folkehelsearbeid ovenfor barn og unge	16
2.3 Livskvalitet	17
2.4 Helserelatert livskvalitet (HRLK)	18
2.4.1 Helserelatert livskvalitet hos ungdom	18
3 Fysisk aktivitet	20
3.1 Fysisk aktivitet blant unge	20
3.2 Kroppsøvfaget og betydning av det	22
3.3 Motoriske ferdigheter knyttet til fysisk aktivitet	24
3.4 Stadiemodellen- atferdsmodellen	26
4 Mestringsforventning	28
4.1 Mestringsforventning knyttet til ungdom i skolesammenheng	28
4.2 Sammenhengen mellom mestringsforventning, helserelatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet	33
5 Metodisk tilnærming	35
5.1 Forskingsdesign og metodevalg	35

5.2	Skolebasert undersøkelse	36
5.3	Utvalg	37
5.4	Instrumenter	38
5.4.1	KIDSCREEN 10	38
5.4.2	Selvrapportert fysisk aktivitet	39
5.4.3	Stadiemodellen - selvrapportert fysisk aktivitet.....	39
5.4.4	Mestringsforventning	40
5.5	Prosedyre for datainnsamling	40
5.5.1	Datainnsamling.....	40
5.5.2	Behandling av data og statistiske analyser	41
5.5.3	Oversikt over studiens variabler.....	42
5.5.4	Rekategorisering av variabler.....	43
5.6	Validitet og reliabilitet.....	43
5.7	Etiske overveielser.....	45
6	Resultater.....	46
6.1	Helserelatert livskvalitet (HRLK)	48
6.2	Selvrapportert fysisk aktivitet.....	48
6.3	Sammenhengen mellom mestringsforventning (MVF), selvrapportert fysisk aktivitet og helserelatert livskvalitet (HRLK)	52
6.4	Mestringsforventning.....	53
6.4.1	Sammenhengen mellom demografiske variabler, helserelatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet og mestringsforventning, blant videregående skoleelever ..	53
7	Diskusjon.....	55
7.1	Helserelatert livskvalitet (HRLK) knyttet til studiens elever	55
7.2	Sammenligning av intervensjonsmodellene knyttet til elevens fysiske aktivitetsnivå	57
7.3	Sammenhengen mellom mestringsforventning og studiens andre variabler	60

7.4	Sammenhengen mellom mestringsforventning (MVF), selvrapportert fysisk aktivitet og helse relatert livskvalitet (HRLK)	63
7.5	Metodiske utfordringer	65
7.5.1	Prosedyre av datainnsamling.....	67
8	Konklusjon og implikasjoner for veien videre	69

Litteraturliste

Vedlegg

Oversikt over figurer

<i>Figur 1.</i>	Bioøkologisk tilnærming modellen (YPAP) (Welk, 1999).....	22
<i>Figur 2.</i>	Ulike stadier i atferdsmodellen (stadiemodellen)	28
<i>Figur 3.</i>	Relasjonen mellom mestringsforventning og forventet resultat av handlingen (Bandura, 1998, s. 22).	31
<i>Figur 4.</i>	Utvalget fordelt på yrkesfag.....	38
<i>Figur 5.</i>	Sammenhengen mellom de uavhengige variabler (demografiske, HRLK og selvrapportert fysisk aktivitet) og den avhengige variabelen (mestringsforventning)	42
<i>Figur 6.</i>	Hellevik modellen: Forholdet mellom datamateriales pålitelighet og gyldighet (Hellevik, 1978 i Hellevik, 2002).....	44
<i>Figur 7.</i>	Transport til og fra skolen blant elever i bevegelsesgledegruppen fordelt på kjønn..	51
<i>Figur 8.</i>	Transport til og fra skoler hos idrettsgledegruppen delt på kjønn.....	51

Oversikt over tabeller

Tabell 1.	Standardavvik og gjennomsnittsverdier etter kroppsøvfingsfagets retning, demografiske variabler, selvrapportert fysisk aktivitet (stadiemodellen) og (HRLK).....	46
Tabell 2.	Fysisk aktivitet i fritiden fordelt på kroppsøvfingsretning og kjønn, presentert som frekvens (antall og prosent).....	48
Tabell 3.	De ulike fasene i stadiemodellen fordelt på kroppsøvfingsretning og kjønn, presentert som frekvens (antall og prosent)	49
Tabell 4.	Deltakelse i kroppsøvfingsfaget ved ungdomsskole og videregående skole, fordelt på kroppsøvfingsretning, kjønn presentert som frekvens (antall og prosent)	50
Tabell 5.	Sammenheng mellom selvrapportert fysisk aktivitet presentert ved stadiemodellen, (HRLK) og mestringsforventning	52

Tabell 6. Sammenheng mellom demografiske variabler og mestringsforventning blant elever i videregående skole	53
Tabell 7. Sammenheng mellom demografiske variabler, helse relatert livskvalitet, selvrapportert fysisk aktivitet og mestringsforventning blant elever i videregående skole.	54

1. Introduksjon

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Sett i et folkehelseperspektiv er mestringsforventning, helserelatert livskvalitet og fysisk aktivitet noen av flere viktige faktorer som beskriver en god helse. I det helsefremmende og forebyggende folkehelsearbeidet er det viktig at det fokuseres på slike faktorer som spiller en viktig rolle for å kunne øke befolkningens muligheter til å oppnå en god helse. Mye av grunnlaget for å ha et sunt liv og god helse dannes spesielt i barne- og ungdomsårene (St. meld 34, 2012-2013). Økt fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid for å fremme god helse blant unge, vil være regjeringens hovedinnsats og ansvar nå og i fremtiden. Gode oppvekstvilkår har stor betydning for barn og ungdom som er to av de viktigste målgruppene i det forebyggende og helsefremmende arbeidet (St. meld 34, 2012-2013).

Under Ottawa Charter- konferansen i 1986 (WHO, 2009 b) ble det påpekt at helsefremmende arbeid skal være en viktig del av helsepolitikken, både på lokal- og samfunnsnivå. Dette i tråd med Verdens helseorganisasjonens endring av helsedefinisjonen, som nå beveger seg bort fra en ren biomedisinsk definisjon og mot en mer salutogen definisjon, som handler om ens evne til å mestre sitt eget liv og stå imot utfordringer (Antonovsky & Lev, 2000; Antonovsky, 2012).

I januar 2012 kom den Norske regjeringen med en ny folkehelselov som hadde som formål å bidra til utjevning av sosiale ulikheter, bærekraftig utvikling, «helse i alt vi gjør», føre-var og medvirkning. Disse anses som fem viktige og grunnleggende prinsipper i folkehelsearbeid, som løftes frem i folkehelseloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Behovet for helsefremmende arbeid øker stadig, og dette kan til dels skyldes den globale trenden som ikke lenger preges av forekomst av smittsomme sykdommer, men sykdom grunnet usunn livstil og inaktivitet (St. meld 34, 2012-2013). Utviklingen av den moderne industrielle teknologien i det siste århundret har ført til endringer både på individ- og samfunnsnivå. Som en konsekvens av dette har vi fått et stadig enklere og mer komfortabelt liv, som har ført til en mindre fysisk aktiv befolkning. Inaktivitet i voksen alder er godt dokumentert, men denne trenden vises også tydelig blant norske ungdom (Anderssen, Kalle, Steene -Johannessen, Ommundsen, & Andersen, 2008; Meld. St. 19, 2014-2015; Hallal, Andersen, Bull, Guthold, Haskell, & Ekelund, 2012).

Å være regelmessig fysisk aktiv har mange helsemessige fordeler. Av den grunn legger helsemyndighetene fysisk aktivitet frem som en av de viktigste faktorene for å leve et sunnere

liv (Helsedirektoratet, 2014). Gjennom Helsedirektoratet ønsker regjeringen å tilrettelegge for fysisk aktivitet i befolkningen, samt utvikle ulike lokale aktivitetstilbud for å stimulere inaktive for økt fysisk aktivitet (Brevik & Rafoss, 2012). Ungdommer utgjør en viktig målgruppe i Helsedirektoratets nasjonale plan og anbefales 60 minutter daglig fysisk aktivitet fra moderat til høy intensitet (St. meld. 19, 2014-2015). Dette vil ha en stor betydning for utvikling av ungdommens funksjonelle kvaliteter som muskelstyrke og aerob og anaerob utholdenhet, samt normal utvikling- og vekst i ungdomsårene (Helsedirektoratet, 2014; Malina, 2006).

Likevel er det kun én av fem ungdommer mellom 13 - 15 år som følger denne anbefalingen (Hallal et al., 2012). Stillesittende atferd har hatt en dramatisk økning, og ifølge Hallal et al. (2012) viser det seg at 68 % av jentene og 66 % av guttene i alderen 13-15 år bruker to eller flere timer daglig foran tv- skjermen. Skjermtid og stillesittende atferd har stor betydning for unges helse, og kan føre til psykiske problemer og høyere kroppsmasseindeks (KMI) (Biddle & Asare, 2011; Busch, Manders, & De Leeuw, 2013; Van Der Horst, Paw, Twisk, & Van Mechelen, 2007).

Helsegevinsten av fysisk aktivitet er godt kjent blant unge. Å fremme fysisk aktivitet ved å utvikle gode vaner hos unge vil føre til en aktiv livstil som øker sannsynligheten for å fortsette med å være aktiv i det voksenlivet (Engstrom, 2008; Malina, 2001; Telama, Yang, Viikari, Välimäki, Wanne, & Raitakari, 2005). Her spiller bevegelseskompetanse og fysisk motoriske ferdigheter en viktig rolle og danner et viktig grunnlag for aktivitetsnivået senere i livet, men først som ungdom, deretter som voksen (Barnett, Van Beurden, Morgan, Brooks, & Beard, 2009; Lopes, Rodrigues, Maia, & Malina, 2012; Lubans, Morgan, Cliff, Barnett, & Okely, 2009; Stodden, Goodway, Langendorfer, Robertson, Rudisill, Garcia, & Garcia, 2008). Atferd som å spørre andre om å være aktiv med deg, endre miljøet ved å finne personer, steder, transport, og muligheter for fysisk aktivitet kan være viktig for vedlikehold av fysisk aktivitet i ungdomstiden (Ryan, & Dzewaltowski, 2002).

Skolen med sine pedagogiske pliktige oppgaver er en arena for barn og unge som spiller en viktig rolle i unges utvikling og læring (Ommundsen, 2013; St Leger, 2001). Den har en stor betydning for å oppnå god helse i befolkningen og bidrar til oppnåelse av folkehelsearbeidet sine mål (St Leger, 2001).

Det er å være fysisk aktiv i ungdomstiden kan påvirkes av en del andre faktorer som anses som viktige. Det har blant annet vist seg at mestringsforventning kan være sterkt assosiert

med fysisk aktivitet blant unge (Sallis, Prochaska, Taylor, Hill, & Geraci, 1999). Å ha troen på egen evne til å mestre og gjennomføre en handling er grunnleggende i mestringsforventning. Det vil si at mestringsopplevelsen er tett knyttet til den aktiviteten man vil styrke (Bandura, 1997). Dette understrekes også i den nyeste St meld 19. «Mestring og muligheter» (2015) hvor regjeringen vil løfte folkehelsepolitikken, ved å se dette i et mestringsperspektiv som skal skape muligheter for at man skal kunne mestre sitt eget liv og ta ansvar for egen helse.

Ungdommer bruker ulike mestringsstrategier for å håndtere vanskelige situasjoner (Herpertz Dahlman et al., 2013; St. meld 22, 2010- 2011) og hvilke valg ungdommene tar vil påvirkes av tidligere erfaringer og selvopplevd mestringsforventning (Dagsland Bakkevig, & Einarsen, 2005). Dette kan også påvirke ungdommenes helserelevante livskvalitet, den fysiske og mentale velvære (Bisegger, Cloetta, von Rueden, Abel, & Ravens-Sieberer, 2005). Forskning viser at det har vært en økende interesse for helserelevante livskvalitet blant unge, der egenrapportering kan gi viktig informasjon knyttet til deres helserelevante livskvalitet (Haraldstad, 2011; Petersen-Ewert, Erhart, & Ravens-Sieberer, 2011). Skolen kan bidra til å identifisere faktorer som kan svekke, samt fremme de faktorene som påvirker positivt i ungdommens helserelevante livskvalitet (Buttitta, Iliescu, Rousseau, & Guerrien, 2014; Dugan, 2008; Frisén & Bjarnelind, 2010; Haraldstad, Christophersen, Eide, Natvig, & Helseth, 2011a; Haraldstad, Christophersen, Eide, Natvig, & Helseth, 2011b).

I det forebyggende og helsefremmende arbeid er det viktig hvordan helserelevante livskvalitetsbegrepet sees i sammenheng med andre viktige begreper slik som mestring og helse (Wahl & Hanestad, 2004). Økt kunnskap og bedre innsikt i hvordan mestringsforventning, helserelevante livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet er i samspill med hverandre kan fremme ungdomshelse, samt kan være et viktig bidrag i folkehelse.

1.2 Studiens hensikt

Det ble rapportert om lav deltakelse blant elevene i videregående skoler i kroppsøvingfaget. Fravær i kroppsøvingfaget var særlig knyttet til elever som velger yrkesfaglige retninger, som krever god fysisk helse i deres fremtidige jobb. I følge skoleportalen deltar yrkesfaglige elever sjeldnere i kroppsøvingfaget, har lavere karakterer i faget, samt har en tendens til å avbryte skolegangen oftere enn andre skoleelever (Skoleporten, 2015). Et mål i kroppsøvingfaget er å bidra til sunne fysiske vaner, men den lave deltakelsen i faget vanskeliggjør imidlertid dette.

For å øke deltakelse, motivere og inspirere elevene som «dropper ut» av kroppsøvfingsfaget ble det satt i gang et prosjekt, «kroppsøvfingsglede», der hvor yrkesfaglige elevene kunne velge mellom to ulike modeller: «idrettsglede» og «bevegelsesglede».

Bevegelsesgledemodellen skal bidra til gode opplevelser, erfaring knyttet til fysisk aktivitet, og gjøre dem bevisste på de positive helseeffektene knyttet til fysisk aktivitet. Teknikk er mindre viktig i denne modellen. Idrettsgledemodellen er rettet mot tradisjonelle idrettskonkurranser, hvor teknikk og forbedring av fysiske prestasjoner anses som viktig.

Begge modellene har til hensikt å øke gleden av fysisk aktiv i kroppsøvfingsfaget, samt å bidra til utvikling av elevenes ferdigheter, evner og øke fremtidig engasjement. Ungdomstiden er den fasen i livet som særpreges av store forandringer og i senere tid kan ha betydning for deres helse relaterte livskvalitet (Bisegger et al., 2005) og deres mestringsforventning (Dagsland Bakkevig & Einarsen, 2005). Studiens mål er å se om det er sammenheng mellom mestringsforventning, helse relatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet. Videre er jeg interessert i å undersøke ulikheter blant elevene som følger de to ulike intervensjonsmodellene.

1.3 Problemstilling

Studiens problemstilling lyder slik:

Hvilken sammenheng er det mellom mestringsforventning, helse relatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet blant elever i videregående skole?

1.4 Oppgaves oppbygging

Oppgaven består av seks hovedkapitler. Første kapittel gir en introduksjon av studiens tema og begrunnelse for valg av problemstillingen. Andre kapittel gir et teoretisk rammeverk, hvor det flettes inn relevant forskning knyttet til studies problemstilling. Under det tredje kapitlet gjøres det rede for metodisk tilnærming, forskningsdesign og metodevalg knyttet til gjennomføring av studiens undersøkelse. Her redegjøres det for studiens utvalg, prosedyrer for datainnsamlingen, gjennomføring av undersøkelsen, samt første del av analyseprosessen. Det presenteres også etiske overveielser knyttet til denne studien, samt begrunnelse for metodiske valg i forhold til studiens validitet og reliabilitet. I kapittel fire presenteres sentrale empiriske funn av studiens undersøkelse i form av tabeller og figurer. I det femte kapitlet diskuteres og analyseres viktige funn ut ifra studiens empiriske grunnlag og tidligere studier

opp mot problemstillings teoretiske rammeverk. Til slutt skal samles den røde tråden ved trekke ut studiens hovedfunn.

2 Teoretisk rammeverk

Kapittelet tar utgangspunkt i helsebegrepet, for så å ta for seg teori knyttet til folkehelse og folkehelsearbeid overfor unge. Kapittelet spisses videre inn mot helsereelatert livskvalitet, selvrapportert fysisk aktivitet og mestringsforventning knyttet til ungdom. Relevant forskning flettes inn i teorikapittelet. Til slutt oppsummeres viktige trekk av dette kapittelet.

2.1 Helsebegrepet

Gjennom historien har oppfatning av helse hatt en essensiell verdi for mennesket (Fugelli & Ingstad, 2001). Det utvidede helsebegrepet har blitt preget av ulike syn, definisjoner og perspektiver gjennom tider. Helse er et omfattende, subjektivt og objektivt begrep, noe som kan gjøre det vanskelig å komme frem til en klar og presis definisjon (Mæland, 2010). Det finnes to hovedretninger knyttet til helse, det biomedisinske synet og det humanistiske synet. Det biomedisinske helsesyntet er det naturvitenskapelige som retter seg mot det biologiske sykdomsbegrepet, og ser på helse i motsetning til sykdom. Grunntanken i det biomedisinske synet er at man ikke har forstyrrelser i kroppens biologiske oppbygning og funksjon, dette kan også forstås som at kroppen er en velfungerende maskin for å oppnå god helse (Boorse, 1977). Det humanistiske synet tar avstand fra det biomedisinske synet, og ser på mennesket som et aktivt og skapende vesen som er del av det samspillet som skjer mellom individet og det miljøet individet befinner seg i. Det forekommer ulike syn på sykdom og helse i den humanistiske retningen, hvor helse beskrives som mer enn fravær av sykdom (Bredsdorff, Larsen, & Thyssen, 1979; Medin & Alexanderson 2000).

Den klassiske definisjonen på helse kom fra Verdens helseorganisasjon (WHO) i 1948 hvor helse beskrives som «mer enn fravær av sykdom og svakhet». Helse ble her definert som «fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velbefinnende» (WHO, 1948). Denne formuleringen har fått kritikk for å være uoppnåelig, men den fremhever helsens subjektive trekk. Å beskrive helse som «fullstendig» og «velbefinnende» må forstås som en idealbeskrivelse hvor man opplever optimal fysisk og mental helse, velvære og nytte av positive relasjoner med andre mennesker (Mæland, 2010).

Senere har Verdens helseorganisasjon (WHO) formulert en annen definisjon, hvor helse uttrykkes som «evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv» (Mæland, 2010, s.24). Per F. Hjort (1982) beskriver også at helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav. Her blir helse sett i sammenheng med utfordringer som mennesket utsettes for gjennom livet, og forstås videre som en ressurs for å styrke menneskets evne til å stå imot disse påkjenningene (Mæland, 2010). Fugelli og Ingstad (2001) gjennomførte en studie med formål om å kartlegge hvilket syn folk har på helse. Det viste seg at de fleste så på helse som et helhetlig eller holistisk fenomen hvor helse gjenspeiles i alle sider av livet og samfunnet. I tillegg viste funnene at folk oppfatter helse som et personlig fenomen fordi helse oppleves ulikt av hvert enkelt menneske (Fugelli & Ingstad, 2001). I et pragmatisk perspektiv fremhevet folk at helse kan ses som et relativt fenomen, i forhold til hva som finnes rimelig å forvente, ved å ta høyde for hvilken livssituasjon man befinner seg i. Fugelli og Ingstads studie legger frem de viktigste elementene som kjennetegner helse og disse er: mestring, trivsel, humor, energi og natur (Fugelli & Ingstad, 2001).

Breidablik & Meland (2001) har sett på utviklingstrekk ved egenvurdert helseopplevelse blant unge. De antyder at vurdering av selvopplevd helse i ung alder forsetter i voksenlivet, hvilket kunne ha stor betydning for blant annet fremtidig deltakelse i arbeidslivet. Flere relaterte studier fra Senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livstil ved Universitetet i Bergen har vist en tydelig negativ utvikling av egenvurdert helseopplevelse, særlig blant tenåringsjenter (Breidablik & Meland, 2001). I St. meld 20 legges det vekt på utjevning av sosiale helseulikheter som et viktig nasjonalt mål. Her kommer det også frem at det finnes sosiale helseulikheter i egenvurdert helseopplevelse, og gradienten øker stadig (St. meld nr. 20 2006-2007 s.83). Forskning styrker oppfatningen av egenvurdert helseopplevelse som er et betydningsfullt helsemål i ulike befolkningsundersøkelser (Schou, Krokstad & Westin, 2006).

Aron Antonovsky er sosiolog og har forsket mye på mestring, helse, stress og hvordan disse påvirker hverandre (Lønne, 2014). Antonovsky vektlegger i sitt helseperspektiv faktorer som fremmer en god helse og mener at dette har sitt grunnlag i salutogenese. Salutogenese handler om enkeltindividets «opplevelse av sammenheng i tilværelsen» (Antonovsky, 2012). Dette har stor betydning for at man skal kunne handle konstruktivt i en krevende situasjon. Helse sees i sammenheng og er nært knyttet til opplevelsen av sammenheng i livet, det vil si i hvilken grad hverdagen er håndterlig, begripelig og meningsfull for oss (Antonovsky, 2012). Dette innebærer at man har en form for å mestre sitt eget liv og evnen til å stå imot utfordringer (Antonovsky, 2012). Helse er ikke bare de påkjenninger man utsettes for, men

evnen til å takle disse påkjenningene. Han tar hensiktsmessig utgangspunkt i ytterpunktene helse og uhelse, eller frisk og syk, og legger vekt på hva som forårsaker eller er opphav til god helse (Antonovsky, 1987, 2012). Antonovsky ser på dette som et viktig standpunkt og har fokus på mestring og helsefremming. Antonovskys bidrag har vært et betydningsfullt grunnlag for myndighetenes strategi for folkehelsearbeid (St. meld, 34 2012-2013).

2.2 Folkehelse og folkehelsearbeid

I St. meld 34 Folkehelsemelding (2012-2013) vil regjeringen gi folkehelsepolitikken et nytt felles løft og fornyet kraft, hvor helsefremmende og forebyggende arbeid vil spille en viktig rolle. Folkehelse er et fundamentalt grunnlag i regjeringens helsepolitikk og har fokus på sykdomsforebygging og helsefremming (St.meld. 39, 2001-2003). Folkehelse beskrives som befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i befolkningen (St.meld. nr. 16 2002-2003, s. 16). Folkehelsearbeid handler om å utvikle et samfunn som skaper gode livsvilkår, bidrar til forebygging av sykdom, beskytter mot helsetrusler og påvirker faktorer som direkte eller indirekte fremmer helse i befolkningen (Prop. 91 L, 2010-2011).

I den nyeste St. meld 19 «Mestring og muligheter» (2015) legger regjeringen vekt på utvikling av en folkehelsepolitikk i et mestringsperspektiv som skal skape muligheter og forutsetninger for at man skal kunne mestre eget liv og ta mer ansvar for sin egen helse. Det understrekkes også at god helse ikke kun handler om å være frisk, men også mestre livets påkjenninger (St. meld 19, 2014- 2015). Når man opplever mestring opplever man livsglede, tilhørighet og overskudd, noe som har stor betydning dersom man rammes av sykdom. Av den grunn spiller dette en viktig rolle for at man skal kunne leve et godt liv med sykdom, uansett hvor utfordrende og vanskelig det kan være. Regjeringen vil ha større fokus på å legge til rette for å fremme psykisk helse gjennom omgivelser som fremmer mestring og opplevelse av mening. I den nye folkehelsemeldingen legges i tillegg helse og mestring frem som en viktig tilnærming i folkehelsearbeidet (St. meld 19, 2014- 2015).

2.2.1 Folkehelsearbeid ovenfor barn og unge

Økt fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid for å fremme god helse blant unge, vil være regjeringens hovedinnsats og ansvar nå og i fremtiden (St. meld 34, 2012-2013). Gode oppvekstvilkår har stor betydning for barn og ungdom som er en av de viktigste målgruppene for det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Formålet til regjeringen er å utvikle en folkehelsepolitikk som skal bidra til god helse gjennom hele livsløpet, og det skal legges til rette for at barn og unge får en trygg og god start i livet (St. meld 34, 2012-2013). Den norske

velferdsmodellen har fokus på å gi gode betingelser for unges helse, gode levekår for foreldre som fører til bedre levekår for barna, like muligheter til utdanning og gode forebyggende helsetiltak for mor og barn. I Stortingsmeldingen 34 (2013- 2014) fremheves det at gode utviklingsmuligheter, læring og mestring i tidlig barne- og ungdomsår preger den videre helsen gjennom hele livet. Norske barn og unge har en rekke gode velferdsordninger og trygge levekår, men for noen kan hverdagen preges av mobbing, omsorgssvikt, mistrivsel, atferdsproblemer, spiseforstyrrelser, rusproblemer og diskriminering. Overgangen til ungdomstiden kan være utfordrende for både gutter og jenter, de blir mer sårbare og denne overgangen kan oppleves ulikt (St. meld 19, 2014- 2015).

I St. meld 34 vektlegges kvaliteten på skolen som en viktig arena for å styrke forebyggende, helsefremmende arbeid og fremme en god helse blant barn og unge (St. meld 34, 2013-2014). På lik linje blir forebyggende og helsefremmende arbeid i skolen prioritert som et nasjonalt satsingsområde (St. meld 19, 2014- 2015; St. meld 39, 2001- 2002). En helsefremmende skole skal bestå av et inkluderende læringsmiljø, bidra til tilrettelegging for blant annet fysisk aktivitet, læring, mestring, bygge gode relasjoner og bekjempe mobbing. Selv om det er mange som opplever trivsel i norsk skole, er det en betydelig andel som ikke mestrer skolehverdagen (St. meld 19, 2014- 2015). Skolehelsetjenesten skal være et støtteapparat for barn og unge i en sårbar overgangsfase i ungdomstiden, og det viser seg at omtrent halvparten av skoleelever i videregående skole benytter seg av denne skoletjenesten. Det legges også vekt på vurdering av skolefag og i hvilken grad de er relevante til den kompetansen og ferdighetene elevene vil ha behov for og anses som et viktig redskap i det fremtidige arbeidslivet. I meldingen fremheves at et trivelig læringsmiljø vil danne et godt grunnlag for mestring og framgang i læringsprosessen (St. meld 19, 2014- 2015).

2.3 Livskvalitet

Livskvalitet anses som et annet helseperspektiv hvor måling av helse og effekt av helsetjenester og behandling bør også inkludere psykologiske og sosiale dimensjoner. Dette handler om hvordan en person føler seg, relaterer seg til andre mennesker og takler hverdagen (Bircher, 2005). Livskvalitetsbegrepet begynte å få mer fokus og i 1995 ga Verdenes helseorganisasjon en vurdering av helse som livskvalitet ved å gjenspeile helsens subjektive aspekt. Den nye definisjonen tok høyde for enkeltindividets oppfatning av sin livssituasjon knyttet til sin egen kultur i sammenheng med deres egne interesser og forutsetninger (The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL), 1995).

I følge Ferrans (1990) defineres livskvalitet som individets følelse av tilfredshet og utilfredshet i livets omgivelser som er viktige for han eller henne. Denne definisjonen kan videre karakteriseres i andre ulike områder som er knyttet til helse og fysisk fungering, psykologisk og familieområdet. Livskvalitet anses som et multidimensjonalt begrep og handler om de psykologiske, eksistensielle og sosiale trekkene ved livet (Wahl & Hanestad, 2004). I et folkehelseperspektiv foregår det å fremme livskvalitet på ulike arenaer i helsetjenesten, noe som kan være komplisert og vanskelig. Fokuset er på styrkende tiltak som påvirker de sentrale faktorer knyttet til livskvalitet som mestring, selvstendighet og opplevelse av glede. Det er viktig å nevne at det er mangel på kunnskap om hvilke tiltak som er mest effektive, og gjør forebyggingsprosessen enda mer krevende (Folkehelseinstituttet, 2015).

2.4 Helsereelatert livskvalitet (HRLK)

2.4.1 Helsereelatert livskvalitet hos ungdom

Innenfor forskning og klinisk virksomhet defineres livskvalitet som et omfattende begrep som favner alle livsaspekter. For å få en avgrensning og konkretisering av livskvalitetsbegrepet ble det introdusert et annet begrep, helsereelatert livskvalitet (HRLK). Begrepet helsereelatert livskvalitet ble lansert allerede på 1980 – tallet med det formål å skille mellom det generelle livskvalitetsbegrepet og livskvalitetsaspekter som er relevante for helse og helsetjenesten (Wahl & Hanestad, 2004). Målet var å introdusere helsereelatert livskvalitetsbegrepet, samt å forenkle betydningen av den knyttet til helse, men det viser seg at mange HRLKs definisjoner oppfattes som upresise og diffuse (Wahl & Hanestad, 2004).

Begrepet helsereelatert livskvalitet defineres som individets oppfatning av sitt eget liv, opplevd fysisk og mentalt velvære og hvordan helse påvirker individets fysiske og sosiale funksjon (Lexell, Frandin, & Helbostad, 2009; Helbostad, Sletvold, & Moe-Nilssen, s. 26, 2005). Det er viktig å påpeke at det ikke bare er forholdet mellom livskvalitet og helsereelatert livskvalitet som er relevant i det forebyggende og helsefremmede arbeidet, men også hvordan de to begrepene ses i sammenheng med andre begreper slik som mestring og helse (Wahl & Hanestad, 2004).

Ungdomstiden er den fasen i livet som er særpreget av store forandringer og utvikling, som i senere tid kan ha betydning for deres helsereelaterte livskvalitet (Bisegger et al., 2005). For å forstå hvordan helsereelatert livskvalitet er knyttet til ungdom, er det viktig å vurdere de som verken voksne eller barn, men som tenåringer (Frisèn, 2007; Herpertz Dahlman, Bühren, & Remschmidt, 2013).

Det har blitt forsket på hva som er og hva som kjennetegner ungdommens oppfatning knyttet til livskvalitet. Forskerne som Helseth og Misvær (2010) identifiserer livskvalitet hos ungdommer ved å legge vekt på deres psykologiske helse, gode familierelasjoner, gode venner og fremheve et godt selvbilde. Videre påpeker Helseth (2001) at hvordan ungdommene vurderer seg selv kan ha en stor påvirkning på deres helserelaterte livskvalitet. I norsk forskning rapporterer ungdom at gode familierelasjoner, et godt og positivt selvbilde og gode venner har stor betydning for deres helserelaterte livskvalitet (Helseth, 2009; Helseth & Misvær, 2010).

I følge Verdens helseorganisasjon beskrives ungdomstiden som en «frisk» fase i livet (WHO, 2009a). Dette kommer også frem i norske studier som indikerer at det er et relativt høy HRLK hos ungdommer (Helseth, Christoffersen, & Lund, 2006; Haraldstad, Eide, Natvig, & Helseth, 2011a). Både norske (Helseth et al., 2006; Jozefiak, Larsson, & Wichstrøm, 2009) og internasjonale studier (Petersen-Ewert, Erhart, Ravens-Sieberer, 2011; Michiel, Bisegger, Fuhr, & Abel, 2009) har vist at det er kjønnsforskjeller knyttet til helserelatert livskvalitet hos ungdommer, jenter rapporterer lavere HRLK enn gutter. Videre viser funn at gutter og jenter har jevnlig god HRLK i yngre alder, men den synker med økende alder, spesielt hos jentene i overgangsperioden i ungdomsårene (Bisegger et al., 2005; Cavallo, Zambon, Borraccino, Raven-Sieberer, Torsheim, & Lemma, 2006; Haraldstad et al., 2011; Helseth et al., 2007; Jozefiak et al., 2009; Michel, et., al, 2009; Petersen- Ewert et al., 2011; Ericson, Sollesnes, & Langeland, 2014).

Skolen kan spille en viktig rolle for å fremme helserelatert livskvalitet hos ungdom, den kan bidra til å identifisere faktorer som kan svekke ungdommens HRLK som mobbing, dårlig selvbilde/selvfølelse, overvekt og smerter (Buttitta, Iliescu, Rousseau, & Guerrien, 2014; Dugan, 2008; Frisé & Bjarnelind, 2010; Haraldstad et al., 2011a; Haraldstad, Eide, Natvig, & Helseth, 2011b). Utdanning er med å påvirke ulike prosesser som bidrar til en god helse i det voksne livet, samt gjør ressurser nyttige til å mestre utfordringer og problemer (Elstad, 2008).

3 Fysisk aktivitet

3.1 Fysisk aktivitet blant unge

Fysisk aktivitet blir definert som «All kroppsrørsle produsert av skjelettmuskulatur og som resulterer i en markert økning av energiforbruket» (Haskell, Bouchard, & Blair, 2007 s. 12). Fysisk aktivitet er et overordnet begrep som kjennetegnes av ulike termer som for eksempel sport, idrett, kroppsøving, idrett, mosjon, lek, trim, trening, friluftsliv, arbeid og andre daglige aktiviteter i form av fysiske slag (Departementene, 2005-2009; Sosial- helsedirektoratet, 2000). Helsedirektoratet skal bidra til tilrettelegning for fysisk aktivitet i befolkningen, utvikling av ulike lokale aktivitetstilbud for inaktive og stimulering av befolkningen for økt fysisk aktivitet som har stor betydning for forebygging av helseproblemer i befolkningen (Brevik & Rafoss, 2012).

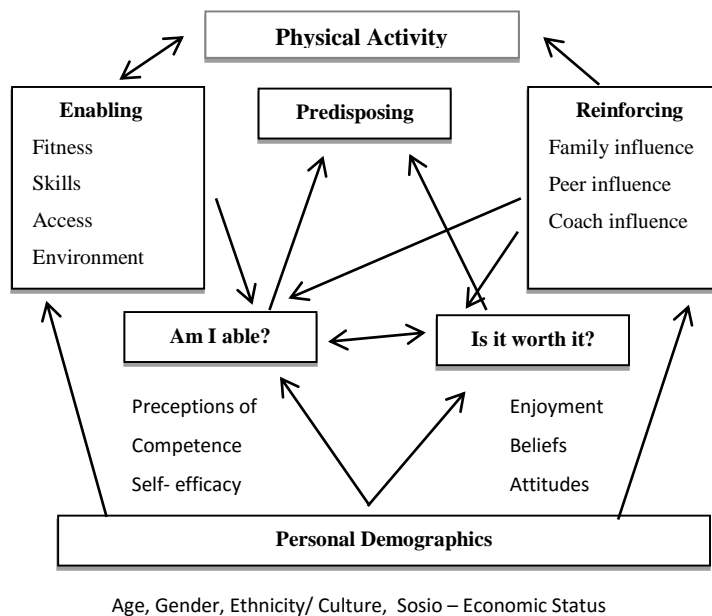
Helsegevinsten av fysisk aktivitet er best og mest dokumentert hos den voksne aldersgruppen, men etter hvert har det blitt en del forskning også blant unge (Malina, 2001; Telama, et al., 2005). Til en viss grad får unge mennesker en større positiv effekt av fysisk aktivitet enn voksne. Unge responderer raskere på fysisk aktivitet i motsetning til en eldre kropp som bruker lengre tid på å lege kroppen (Malina, 2001; Telama, et al., 2005). Det tyder på at effekten av fysisk aktivitet øker raskere hos unge, men den minsker hvis de stopper å være fysisk aktive. Av den grunn er det langvarige og fremtidige effekter viktige for unge. De som er knyttet til aktiv livstil øker sannsynligheten for å fortsette å være aktive i fremtiden som voksne (Malina, 2001; Telama, et al., 2005). Aktiviteten synker med økende alder (Gortmarker, Lee, Craddock, Sobol, Duncan, & Wang, 2012) og gutter er mer aktive enn jenter (Bauman, Reis, Sallis, Wells, Loos, & Martin, 2012; Biddle et al., 2011; Hallal, Andersen, Bull, Guthold, Haskell, & Ekelund, 2012).

Fysisk form i ungdomsårene anses som en «en kraftig markør for helsen» (Ortega, Ruiz, Castillo, & Sjöström, 2008, s.1). Det å være regelmessig fysisk aktiv har mange helsemessige betydninger. Av den grunn spiller anbefalt daglig fysisk aktivitet ifølge norske helsemyndigheter en viktig rolle for å ha et sunnere liv (Helsedirektoratet, 2014). Dette vil ha stor betydning for ungdommens utvikling og samtidig fører til lavere risiko for livsstilssykdommer og dårlig beinhelse (Mackelvie, Petit, Janssen, & McKay, & Beck, 2004; PAGAC, 2008).

I Anderssen et al., (2008) viser det seg at kun halvparten av landets 15 åringer følger de nasjonale anbefalinger for fysisk aktivitet. Det er en del helsegevinster som er dokumentert på

barn og unge i forhold til deres aktivitetsnivå og samtidig effekt av dette. Det ligger også en del utfordringer med tanke på at dagens samfunn stiller mindre krav til å være fysisk aktiv (Kolle, Steene- Johannesen, Klasson-Heggebø, Andersen, & Anderssen, 2009). Det finnes sammensatte årsaker til dette, og det kan skyldes ulike livsvaner og fritidsaktiviteter, blant annet transport til og fra til skolen i form av motoriserte transportmidler, økt stillesitting på skole, ved transport, økt bruk av PC og mobil (Anderssen et al., 2008; Helsedirektoratet 2009; St. meld nr.34, 2012-2013). Skolen kan spille en viktig rolle ved å identifisere elever med lav fysisk form. I tillegg kan skolen oppfordre ungdommer til å øke sitt fysiske aktivitetsnivå, spesielt i forhold til høy intensitet aktivitet (Ortega et al., 2008).

Andre faktorer som har betydning for fysisk aktivitet er psykologiske faktorer som positiv motivasjon, positivt kroppsbilde og forekomst av barrierer til fysisk aktivitet (Biddle et al., 2011). Atferdsfaktorer kan være tidligere fysisk aktivitetsnivå, tidligere deltakelse i idrett og stillesitting, «sedentary behavior». Innenfor sosiale og kulturelle faktorer kan vi nevne sosial støtte som er et viktig korrelat som eksempelvis foreldrenes innflytelse (Biddle et al., 2011). Disse medbestemmende faktorer har sannsynligvis liten/moderat effekt hver for seg og de fungerer best i interaksjon med påvirkninger, bortsett fra demografiske faktorer som kjønn og alder. Implisitt her ligger en anmodning om at man må ta i bruk bioøkologiske modeller på flere nivåer, og ikke bare individnivå for å kunne endre fysiske aktivitetsnivået blant unge (Biddle et al., 2011). Welk (1999) vil gjennom modellen «The youth physical activity promotion program» illustrere hvordan ting påvirker fysisk aktivitet både positivt og negativt. Denne modellen kalles for bioøkologisk tilnærming og kan være et verktøy for finne ut hva som gjør at noen er mer fysisk aktive enn andre.



Figur 1. Bioøkologisk tilnærming modellen (YPAP) (Welk, 1999).

Modellen er bygd på to viktige spørsmål “Am I able?” og “Is it worth it?”. De er nyttige spørsmål som er relatert til mestringsforventning, mestringstro, selvbilde, holdninger og intensjoner, noe som spiller en viktig rolle i unges fysiske aktivitet (Welk, 1999). Disse spørsmålene inkluderer mer eller mindre alle elementer som går på atferdsendring, spesielt de som går på fysisk aktivitet som lar seg bygge inn i disse «pedagogiske spørsmål» og definerer vår predisponerende faktor. I modellen ser vi demografiske variabler som tydelige determinanter som kan være vanskelig å forandre på, men som er med på å påvirke ungdommens aktivitetsnivå.

3.2 Kroppsøvningsfaget og betydning av det

I 1980 kom den skotske pedagogen Arnold med forslag om hvordan kroppsøvningsfaget skulle bygges opp. For å danne grunnlaget til kroppsøvningsfaget er det viktig å se på tre ulike bevegelsesdimensjoner. Den første dimensjonen er læring om bevegelse, den andre er læring gjennom bevegelse og den tredje dimensjonen er læring i bevegelse (Arnold, 1980). Det er viktig å påpeke at disse tre dimensjonene overlapper og er avhengige av hverandre, samtidig som de er en del av oppbyggingen av årsplaner og gjennomføring av undervisningen. Arnold trekker frem læring i bevegelse som en viktig dimensjon for kroppsøvningsfaget (Arnold, 1980).

Læring i bevegelse omfattes av praktisk kroppslig læring, glede og muligheter knyttet til bevegelse som gjør kjernen i kroppsøvingsfaget (Utdanningsdirektoratet, 2012). Gjennom kroppsøvingsfaget skal elevene kunne oppleve mestring, glede og få inspirasjon ved å delta i ulike type aktiviteter både individuelt og i lag (Arnold, 1980). I Norge er glede en av de sentrale prinsippene i kroppsøvingsfaget. Det innebærer at elever skal kunne oppnå glede ved å være aktive også etter skoletid (Utdanningsdirektoratet, 2012). I kroppsøvingsfaget blir elevene introdusert til ulike bevegelsesaktiviteter og tradisjonelle idretter, samtidig som de får kjennskap knyttet til livstil og trening (Utdanningsdirektoratet, 2012). Mange av Arnolds grunnleggende tanker finnes i læreplanen til kroppsøvingsfaget, og faget skal gi elevene et godt utgangspunkt for å kunne oppleve mestring ut ifra elevens forutsetninger (Utdanningsdirektoratet, 2012).

Det er begrenset forskning innenfor kroppsøvingsfaget og kroppsøvingsfaget relatert til helse. Ommundsen har tidligere forsket på forholdet mellom kroppsøving og helse. Han mener at den kan ha en stor betydning for elevens helse, men spørsmålet er om kroppsøvingsfaget kan være et helsefremmende tiltak hos elevene (Ommundsen 1994,1995). Ommundsen (1994,1995) påpeker at det er flere faktorer som spiller inn og påvirker undervisningen i kroppsøvingsfaget, noe som kan være årsaken til at faget ikke er helsefremmende for alle elevene. Disse faktorene kan ses i sammenheng med at de elevene som er fysisk aktive fra før og skoleflinke, er mer engasjerte, trives best og har større interesse for faget. Gutter er for eksempel flinkere enn jenter i kroppsøvingsfaget (Ommundsen 1994,1995).

I nyere studier har Ommundsen sett på om kroppsøvingsfaget skal være et læringsfag eller aktivitetsfag (Ommundsen, 2005). Han har drøftet dette temaet videre og lagt frem at kroppsøvingsfaget skal ha en helsefremmende funksjon som er knyttet til fagets kjerneverdier som praktisk læring, allmennutdanning og bevegelseslæring (Ommundsen, 2008a). I følge Dowling (2010) legger læreplanen mer vekt på de tradisjonelle idrettene som friluftsliv og dans i kroppsøvingstimene, noe som skaper lite rom for at elevene skal utvikle seg alene. Han mener at dette kan ha negativ påvirkning på forholdet mellom god helse og fysisk aktivitet. Tradisjonelle idretter fører til at mange elever ikke deltar i idrettsaktivitetene, og av den grunn kan det bli vanskelig å oppnå en god helse (Dowling, 2010).

Trost (2004) påpeker at kroppsøvingsfaget skal være med å fremme fysisk aktivitet, men han mener at for mye undervisning i idrettskonkurranser vil være et hinder. Blant barn og unge har kroppsøvingsfaget hatt mer fokus på den idrettslige bevegelsesinteressen, noe som

påvirker mindre fysiske aktive barn til å ha mindre positive erfaringer knyttet til bevegelse og fysisk aktivitet. Trost argumenterer videre at det er viktig å etablere helsefremmende fysisk aktivitet tidlig i barneårene, på denne måten dannes et godt grunnlag for at elevene kan være fysisk aktive videre i livet (Trost, 2004).

Ennis (2011) legger mer vekt på motorisk kompetanse framfor kroppsøvingsfagets rolle i helsefremmende arbeid. Videre argumenterer han for at motorisk kompetanse vil fremme positive opplevelser som kan gi den enkelte mulighet til å delta i konkurranseidrett eller i andre frie aktiviteter. I tråd med dette, argumenter Tinning (2007) om at motorisk kompetanse innen fysisk aktivitet spiller en viktig rolle for elevene både nå og senere i livet. I følge Ennis (2011) skal elevene gjennom kroppsøvingsfaget lære og etablere grunnleggende ferdigheter knyttet til ulike aktiviteter og ikke være fokusert på forbrenning av kalorier og puls. Han mener også at det er viktig å ha like mye fokus på elevens motoriske ferdigheter, og hvor et godt samarbeid mellom pedagogiske ledere, lærere og foreldre ville vært nyttig (Ennis, 2011).

3.3 Motoriske ferdigheter knyttet til fysisk aktivitet

Skolen er en arena for barn og unge som spiller en viktig rolle i unges utvikling og læring. Unge utfordres til å mestre ulike situasjoner på skolen og i livet. Av den grunn vil velutviklet bevegelseskompetanse i form av motoriske ferdigheter, som etableres gjennom barne -og ungdomsårene, har stor betydning for elevens personlighetsutvikling og varige bevegelseslyst (Ommundsen, 2013). God fysisk- motorisk ferdighet er et viktig bidrag i elevens allmenndanning som danner et godt grunnlag for deres helse og bidrar til kulturelle deltakelse i skole og samfunnet, nå og i fremtiden (Ommundsen, 2008a). Det er viktig å påpeke at ulike tilrettelagte læringsprosesser i et motorisk, fysisk og psykososialt læringsmiljø har betydning for elevenes motivasjon, elevens kroppslige funksjoner som får dem til å bruke denne i hverdagsaktiviteter og fritidsliv på en riktig måte (Ommundsen, 2013).

Fysisk motorisk ferdighet bør ikke forstås i begrenset forstand som kun de tradisjonelle idrettslige ferdighetene, men en slik bevegelseskompetanse må også relateres til elevenes bevegelseserfaringer og deres sosiale og kulturelle karakteristika i møte med skolen (Evans, 2004; Larsson & Quennerstedt, 2012). I følge Brown (2013) legger læringsplanen mindre vekt på å fremme bevisstgjøring og selvrefleksjon blant elevene under fysisk motorisk aktivitet. Videre mener Mordal Moen (2011) at dette er et bekymringsfullt funn som foreligger i utdanning av norske kroppsøvingslærere hvor skoleringen av lærerstudentene er rettet i stor grad mot tradisjonelle idretter.

Videre i læringsforskning skriver den amerikanske psykologen Gardners om fysisk- motorisk ferdighet, bevegelseskompetanse. I hans teori beskrives visuell/romlig intelligens som handler om den kroppslige intelligensen og evnen til å bevege seg i rommet (Gardner, 2006). Ut ifra dette og basert på psykologi og pedagogikk, kan kroppslig dannelse i form av fysisk- motorisk ferdighet utgjøre en viktig dimensjon knyttet til elevens allmenndannelse, og kan også anses som egenverdi. Kroppslig dannelse som i engelskspråklig sammenheng kan kalles for «Physical Literacy» eller «Movement Literacy» handler om den fysisk- kroppslige kompetanse (Mandigo, Francis, Lodewyk, & Lopez, 2009). Noen av hovedpunktene i «Physical/Movement Literacy» beskrives fysisk- motoriske ferdigheter, som er knyttet til mestringsforventning, motivasjon for bevegelsesaktivitet og kunnskap om bevegelse. Perspektiver på kroppslig- motorisk kompetanse har fått større fokus i kroppsøvfingsfaglig forskning (Ennis, 2011). Flere forskere har lagt frem at å fremme elevens kroppslig- motorisk kompetanse kan ha stor betydning for å oppnå kroppsøvfingsfagets mål. Dette vil være et viktig bidrag i elevens bevegelseslyst i framtiden (Ennis, 2011; MacNamara, Collins, Bailey, Toms, Ford, & Pearce, 2011).

Forskning som er knyttet til kognitiv nevrovitenskap legger mer fokus på unges aktivitetsnivå og fysisk form som har en stor betydning for unges skolefaglige presentasjoner og kognitive funksjonsevne (Hillman, Kamijo, & Scudder, 2011). På den måten blir gode fysiske- motoriske ferdigheter en viktig forutsetning for elevens presentasjonsevne i ulike skolefag, som stimulerer økt fysisk aktivitet (Ommundsen, 2013). Men andre studier påpeker at i skolerelaterte programmer, trengs det mer forskning for å fastslå om sosial kognitiv teori kan brukes som et teoretisk rammeverk knyttet til intervensjoner utformet for å øke fysisk aktivitetsdeltakelse gjennom endringer i mestringsforventning (Edmundson, Parcel, Feldman, Elder, Perry, Johnson, Williston, Stone, Yang, Lytle, & Webber, 1996; Calfas, Sallis, Oldenburg, & French, 1997). At fysisk aktivitet reduseres med økende alder (Anderssen, et al., 2008) kan også skyldes mangel på tilstrekkelig bevegelseskompetanse i form av god motorisk ferdighet til å opprettholde motivasjonen til å være fysisk aktiv, og fortsette med fysisk aktivitet også i voksenlivet (Lopes, Rodrigues, Maia, & Malina, 2012).

Det er flere studier som viser at både god bevegelseskompetanse og fysisk- motoriske ferdigheter danner et godt grunnlag for barnas fysisk aktivitet som spiller en viktig rolle senere i livet, men først som ungdom og deretter som voksen (Barnett, Van Beurden, Morgan, Brooks, & Beard, 2009; Lopes, et al., 2012; Lubans, Morgan, Cliff, Barnett, & Okely, 2009; Stodden, Goodway, Langendorfer, Robertson, Rudisill, Garcia, & Garcia, 2008). Utvikling av

motorisk ferdighet i barndommen fører til aktiv deltakelse i fysisk aktivitet og ulike idretter i ungdomstiden (Ridgway, Ong, Tammelin, Sharp, Ekelund, & Jarvelin, 2009). I tråd med dette har stabil deltakelse gjennom barne -og ungdomsårene en stor påvirkning som kan føre til at man blir fysisk aktiv også som voksen (Telema, Yang, Hirvensalo, & Raitakari, 2006). Det viser seg at både fysiske og mentale helsegevinster knyttet til fysisk aktivitet og viktigheten av god motorikk blant jevnaldrende, er velkjent og godt dokumentert (Ommundsen, 2008b; Ommundsen, Gundersen, & Mjaavatn, 2010; Lubans, et al., 2009; Strong, Malina, Blimkie, Daniels, Dishman, Gutin, Hergenroeder, Must, Nixon, Pivarnik, Rowland, Trost, & Trudeau, 2005).

3.4 Stadiemodellen- atferdsmodellen

Helserelaterte områder benytter seg av en rekke modeller for å påvirke, forklare, forstå og forandre helserelatert atferd. En modell som brukes ved forskning på atferdsendring innenfor aktivitetsområdet er Stadiemodellen. Prochaska, DiClemente og Norcross var de første amerikanske forskerne som utviklet denne transteoretiske modellen (Ommundsen, Wester, Wahlgren & Wedman, 2009). Det har vist seg at teoribaserte virkemidler kan ha en positiv påvirkning på at endring av adferden kan øke fysisk aktivitet. Hensikten med modellen var å analysere og samordne ulike teorier knyttet til atferdsendring. Modellen er bygd opp i flere ulike stadier hvor vilje, motivasjon og preferanser er psykologiske beredskap som påvirker atferdsendring (Ommundsen et al., 2009).

Stadiemodellen er bygd opp av ulike deler. Den første delen består av endringsstadiene hvor menneskes endringsvilje ligger til grunn. En av de andre delene bygger på psykologiske og handlingsorienterte prosesser som benyttes i form av selvhjelp ved endring av atferd. Den tredje delen har som fokus mestringsforventning og selvtillit, eller mestringsforventning og motivasjonsbalanse (Ommundsen et al., 2009). Det er viktig å påpeke at hvis intervensjonen skal klare å påvirke individets vilje og motivasjon for å øke fysisk aktivitet, ville den tredje delen sammen med komponenter fra andre teoretiske modeller, vært et nyttig psykologisk beredskap. De fem ulike endringsstadiene som modellen opererer med er: Før-overveielsesstadiet, overveielsesstadiet, forberedelsesstadiet, aktivitets- eller handlingsstadiet og opprettholdelsesstadiet (Ommundsen et al., 2009).

I *før-overveielsesstadiet* er individet ikke regelmessig fysisk aktiv og har heller ikke intensjon om å endre sin egen atferd. Lite kunnskap om risikoen med å være lite fysisk aktiv og tidligere mislykkede forsøk på å endre den inaktive atferden, kan være årsaker til man har

mistet troen og befinner seg i dette stadiet. I før-overveiellesstadiet anser individet at det å være fysisk inaktiv ikke er et helseproblem for dem. Samtidig prøver de å unngå slike situasjoner hvor den inaktive risiko atferden er et tema og er preget av lave mestringsforventninger (Ommundsen et al., 2009).

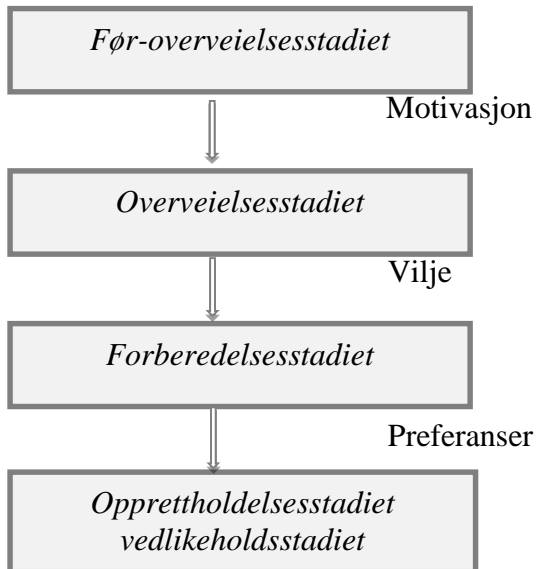
I *overveiellesstadiet* er individet ikke regelmessig fysisk aktiv, men i motsetning til før-overveiellesstadiet har individet intensjon om å endre den inaktive atferden sin i løpet av de neste seks månedene. De har en viss forståelse for at ved å være fysisk inaktiv vil føre til et helseproblem, men de strever med å sette i gang en aktivitetsplan. Det er en del av de som ikke kommer seg videre, de blir værende fordi de har relativt lave mestringsforventninger for å endre den inaktive atferden sin med en gang (Ommundsen et al., 2009).

I *forberedelsesstadiet* er individet ikke regelmessig fysisk aktiv, men planlegger å bli fysisk aktiv i løpet av en kort periode. Vellykkede tidligere forsøk på fysisk aktivitet i løpet av det siste året har ført til at individet har en konkret plan for gjennomføring (Ommundsen et al., 2009).

I *aktivitets- eller handlingsstadiet* har individet vært regelmessig fysisk aktivitet i det siste halvåret. I dette stadiet blir atferdsendringer mer synlige, av den grunn kan det se ut som man har oppnådd en atferdsendring, men det er viktig å påpeke at *handlingsstadiet* en del av endringsprosessen av atferd og det kreves tid å etablere en regelmessig fysisk aktivitet (Ommundsen et al., 2009).

I *oppretholdelsesstadiet* har individet vært regelmessig fysisk aktiv mer enn et halvt år. Utfordringen i dette stadiet vil være at individet bør ha som et fokus på å styrke fordelene ved å være fysisk aktiv, benytte seg av det som man har lært så langt og arbeide med å forbygge tilbakefall. Det arbeides med et siste stadium- *vedlikeholdsstadiet*. Her har individet endret fullstendig den inaktive atferden sin og har etablert et godt grunnlag for å ikke falle tilbake til de gamle inaktive vanene. Ulike strategier vil være nyttige for at atferden blir automatisert til en vane, dette kan hjelpe med å vedlikeholde den etablerte fysiske aktive atferden (Ommundsen et al., 2009). Endringsprosessen er en spiralformet prosess, hvor det skapes muligheter til å bevege seg fremover, bakover og mellom de ulike stadiene. Tilbakefall er en del av endringsprosessen, av den grunn er det viktig at de må håndteres slik at fordelene ved å være fysisk aktiv ikke svekkes. Mestringsforventningen er en betydningsfull indikator i arbeidet med å forbygge slike tilbakefall. I denne atferdsmodellen spiller det en viktig rolle å

finne ut i hvilket stadiet individet befinner seg i slik at riktige strategier og tiltak samsvarer med individets psykologiske beredskap (Ommundsen et al., 2009).



Figur 2. Ulike stadier i atferdsmodellen (stadiemodellen)

4 Mestringsforventning

4.1 Mestringsforventning knyttet til ungdom i skolesammenheng

Mestring handler om å mestre både krav fra omgivelsene og indre krav. Den er et utfall eller resultat som kommer ut ifra våre egne reaksjoner (Knardahl, 2002). Av mange faktorer som bestemmer oppfatningen av mestring vil jeg begrenset meg til to faktorer som er viktige. Den ene er i hvilken grad krav samsvarer med utførelse, og den andre er kvaliteten på responsen man får på atferd og utførelse. Mestring hentyder til oppfatning om man har frembragt et godt resultat (Knardahl, 1997). Bandura (1998) antar at konsekvensene av våre handlinger vil påvirke vår fremtidige atferd. I Banduras teori ligger, den engelske indikatoren «mestringsforventning» eller «self- efficacy» veldig sentralt (Bandura, 1998).

Mestringsforventning handler om troen individet har på egen mestringsevne, som har en stor betydning for hvordan man motiverer seg selv, oppfører, tenker og føler seg. Av den grunn spiller den subjektive mestringsevnen en viktig rolle når det gjelder menneskers motivasjon

(Bandura, 1998). Forventing om mestring er ikke et personligtrekk eller evne, men det innebærer hva man tror på, eller en oppfatning av hvordan en kan mestre den forelagte oppgaven (Manger, 2005). Ferdigheter, evner og kunnskap er viktige indikatorer for å løse en utfordrende oppgave, men en må også ha kapasitet til å sette de sammen under krevende omstendigheter i form av effektive handlinger, og det er da mestringsforventning kan hjelpe til (Manger, 2005). Den troen man har på egen evne til å mestre en krevende situasjon er grunnleggende i mestringsforventning (Bandura, 1997). Hvordan bygges individets mestringsforventning opp? Bandura legger vekt på fire hovedkilder som er knyttet til autentiske mestringsopplevelser, modellering, verbal eller sosial overtakelse og fysiologiske reaksjoner (Bandura, 1997).

I følge Banduras (1997) er en positiv mestringsforventning i en spesifikk situasjon basert på den reelle, ekte eller den autentiske mestringsopplevelsen som en opplever i denne situasjonen. Han påpeker at det er de mestringsopplevelsene som er knyttet nært til den aktiviteten man vil styrke. Skoleelever som føler seg trygge på å utføre en oppgave, har i særlig grad lært fra tidligere erfaringer eller forsøk på å gjennomføre samme oppgave. Hvis eleven har lite erfaring med den aktuelle atferden eller oppgaven vil dette ha en betydelig påvirkning i elevens mestringsforventning (Bandura, 1997). Tidligere vellykkede forsøk på lignende oppgaver fører til økning av mestringsforventning, mens tidligere mislykkede forsøk reduserer den ytterlig. I skolesammenheng er det betydningsfullt for en positiv mestringsforventning at elevene blir utfordret gradvis med nye oppgaver slik de kan lære og bygge enda mer på det grunnlaget de har fra før (Bandura, 1997). Bandura (1997) mener at det er i skolens og fritidens hverdag, mestringsforventningen kan styrkes.

Individets selvoppfatning avspeiler i stor grad individets personlige mestringsforventninger, å ha en positiv selvoppfatning innenfor et område vil styrke forventingen om å mestre en rekke oppgaver innenfor det området. Det er viktig å påpeke, mener Bandura (1997) at man ikke bør oppleve enklere veier til suksess, da kan det være vanskelig å møte motstand. Anstrengelser, vanskeligheter og tilbakesteg kan ses som muligheter i læringsprosessen for å hjelpe individet med å møte utfordringer, samtidig å øke personlig kontroll over handlinger (Bandura, 1997).

Modellering, imitasjonslæring og vikarierende erfaringer er basert på læring av andres erfaringer. Vikarierende erfaringer er en stor potensial kilde til høyere mestringsforventning, og har en betydelig påvirkning på personer med lite erfaring som følger med, ser på andre og mestrer sine oppgaver (Manger, 2005). Modellering kan være en motivator for observatøren

som kan hjelpe å finne ut hvilke handlinger som fører til suksess og hvilke observatøren bør unngå. En slik læringsprosess i skolen har vært nyttig i læring av idretts ferdigheter, å sette i gang en ny tankemåte og utvide elevens horisont (Manger, 2005 s. 118). Bandura (1997) opererer med ulike modeller, modellen hvor det meste oppleves feilfritt og trygt, «mastery models» «Jeg vet jeg kan klare denne oppgaven» og modellen hvor observatøren opplever usikkerhet og frykt, men som gradvis kommer seg over forhindrenger ved å bruke strategiske valg, «coping models» «Jeg er ikke så flink til dette» (Bandura, 1997).

Skolelever har bruk for disse modellene, «mastery models» og «coping models» (Bandura, 1997). Den utrygge eleven kan oppleve at modellen, som han eller hun har benyttet seg av bruker en strategisk måte for å utføre en oppgave, noe som påvirker eleven positivt selv om det ikke har gått i riktig retning før (Bandura, 1997). Når en elev møter mostand, men likevel ikke har mistet troen på sin egen kapasitet og viser at det å anstrenge seg nytter, kan føre til en positiv mestringsforventning hos en annen elev som er befinner seg i samme situasjon. Slike erfaringer hjelper den som observerer til å se ting i et nytt perspektiv og at feil ikke kan skyldes dårlige evner, men utilstrekkelig innsats (Bandura, 1997).

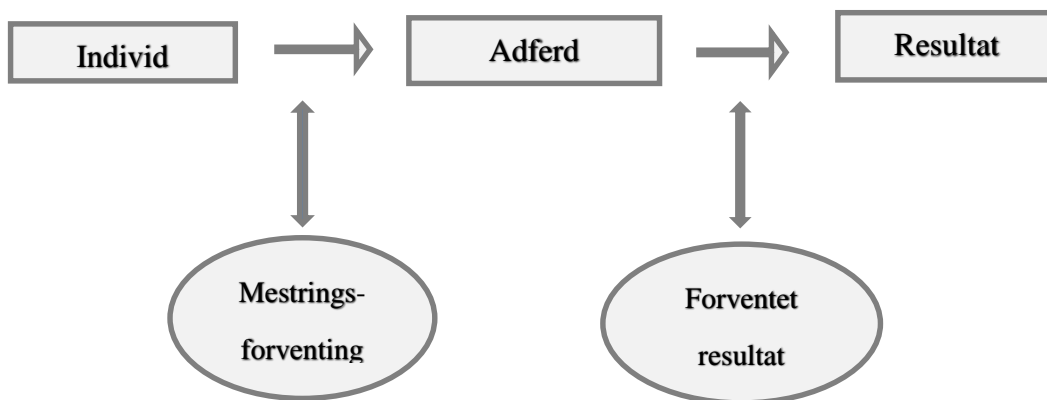
Lærere, foreldre og venner kan være gode eksempler på sosial overtakelse og verbale meldinger som kan være med å påvirke individets mestringsforventning. Kunnskap og ferdigheter er uansett viktige når en skal utføre en bestemt oppgave, men de kan aldri erstattes med verbal og sosial overtakelse (Bandura, 1997). I følge Bandura (1997) er det viktig at voksne setter seg inn i ungenes forventninger for å klare en krevende oppgave, samtidig som de skal være flinke til å overtale dem om at de kan lykkes. Dette tyder på at læreren må skaffe seg innsikt for å se hvilket nivå elevens kunnskap og ferdigheter ligger på, slik at han eller hun kan legge til rette for tilpassende oppgaver. Konstruktive og oppmuntrende tilbakemeldinger fra læreren spiller en viktig rolle for elevens arbeid med de aktuelle oppgavene (Bandura, 1997). Støtte fra lærere og foreldre vil Bandura (1997) nevne som relevante faktorer for en vellykket sosial overtakelse som styrker elevens mestringsforventning enda mer.

Forholdet mellom fysiologiske reaksjoner og mestringsforventning er gjensidig. Vi opplever kontinuerlig fysiologiske signaler som muskelspenning, svetting, avslappethet eller skjelving. Angst er en intens emosjonell følelse som fører til høyt spenningsnivå, noe som reduserer mestringsforventning ytterligere og svekker prestasjoner. Derimot fører fravær av ubehag,

muskelspenning, angst, redsel til økning av individets mestringsforventning noe som kan gjøre at individet lykkes med oppgaven (Bandura, 1997; Manger, 2005).

Å få bedre kunnskap om hvilke prosesser som bygger opp og påvirker mestringsforventning vil hjelpe individet til å forbedre prestasjonsnivået sitt i ulike utfordrende situasjoner. I skolesammenheng er økt optimisme, tilhørighet, samspillet med andre og pågangsmot hos elever, viktige faktorer i læringsprosessen som fører til bedre resultater (Bandura, 1997).

Et grunnleggende spørsmål knyttet til mestringsforventning er: «Kan jeg klare det?» (Bandura, 1997). Å ha troen i seg selv om en selv klarer å mestre og gjennomføre en handling beskrives som en positiv mestringsforventning. Samtidig er det viktig å ha en tro på at denne atferden vil tilbringe et ønsket resultat. Bandura kaller dette for forventet resultat, «outcome efficacy» (Bandura, 1998).



Figur 3. Relasjonen mellom mestringsforventning og forventet resultat av handlingen (Bandura, 1998, s. 22).

Det betyr at det er god sammenheng mellom individets mestringsforventning i forhold til å oppnå et mål eller resultat og troen individet har selv for å oppnå ønsket mål eller resultat (Odeen, Kristensen, & Ursin, 2009). Generelt sett kan man si at mennesker som ser at atferden påvirkes av resultatet av ens handlinger har en tendens til å være mer aktive enn de som har en fatalistisk tenkning i forhold til det som skjer (Bandura, 1998). Når man takler en problematisk situasjon godt, oppfattes dette som en positiv erfaring som vil bidra til økt selvtillit, opplevelse av egne følelser og mestring, samtidig vurdering av selv seg og verden. Tidligere mestringserfaringer, læring fra rollemodeller fra virkeligheten og troen på seg selv

forsterker mestringsforventning. Mestringsforventning er en læringsprosess hvor graden av mestringssevnen kan styrkes og omarbeides gjennom hele livet (Odeen, et al., 2009). Gjentatte negative erfaringer som resultat av mislykkede oppgaver vil redusere mestringsforventning, det vil si reduisering av initiativ til å gjennomføre en handling (Bandura, 1998). Denne adferden kalles for «lært hjelpeløshet». Opplevd «håpløshet» tilstand kan påvirke individet til å miste troen på at andre handlinger kan føre til positive konsekvenser (Manger, 2005; Ursin, 2004).

Observasjon av andres erfaringer til å gjennomføre bestemte handlinger vil påvirke og styrke vår egen mestringsforventning, våre tanker, følelser, og troen på at vi også kan gjennomføre de samme handlinger. Ungdom kan ofte påvirkes av andres atferd, noe som fører til adferdsimitasjon av de personene som de respekter (Johnsen, & Pallesen, 2005). Bandura (1998) legger vekt på læring og betydning av det. Læring påvirkes av kognitive prosesser, miljømessige muligheter og hindringer (Bandura, 1998). Ungdommer kan selv danne sine egne forventninger om hvilken oppgave de kan mestre eller hvilke handlinger de kan gjennomføre, og hva som er realistisk å få det til. Noen unge vil ha for høy grad av mestringsforventning mens noen for lav (Dagsland Bakkevig, & Einarsen, 2005).

De som har en urealistisk høy mestringsforventning, vil kanskje ikke klare å mestre oppgaven på grunn av at de ikke har forutsetning for å gjennomføre den. Mens de som har lav mestringsforventning er redd for å prøve ut og mislykkes. Hvilke valg ungdommene tar, vil påvirkes av tidligere erfaring av mestring og selvopplevd mestringsforventning. Høy grad av disse faktorene vil føre til at ungdommene ha større tro på sine egne ressurser i ulike situasjoner (Dagsland Bakkevig, & Einarsen, 2005).

Generelt sett vil de med høy mestringsforventning ikke være redde for nye utfordringer, er mer selvstendige og vil klare å mestre oppgaven lettere. Derimot vil de med lav være mer avhengig av andre og blir preget av lav motivasjon for å klare oppgaven. De trekker seg tilbake og blir mindre engasjert. Dette kan være en mestringsstrategi som bidrar til reduisering av negative konsekvenser, emosjoner og reaksjoner (Bandura, 1998). Gutter og jenter i ungdomstiden benytter seg av ulike mestringsstrategier for å håndtere vanskelige situasjoner, noe som fører til at de opplever problemet ulikt. Det som kan være utfordrende med ungdomstiden er hvordan de unge skal klare å etablere en ny identitet med de grunnleggende ferdighetene de har fra tidligere og de nye som kreves fra voksensamfunnet i dag (Herpertz Dahlman et al., 2013; St. meld nr.22 2010- 2011).

4.2 Sammenhengen mellom mestringsforventning, helse relatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet

I ungdomstiden har mestringsforventning vist seg til å være sterkt assosiert til fysisk aktivitet (Sallis, Prochaska, Taylor, Hill, & Geraci, 1999). Forhold knyttet til høyere vektstatus og lavere mestringsforventning blant kvinnelige ungdommer har ofte blitt dokumentert (Deforche, De Bourdeaudhuij, & Tanghe, 2006; Craig, Goldberg, & Dietz, 1996). Forskning viser at det er økende bevis for betydning av sosiale kontekstvariablene som for eksempel familie er knyttet til mestringsforventning (Sallis et al., 1999; De Bourdeaudhuij, Lefevre, Deforche, Wihndaele, Matton, & Philippaerts, 2005; Anderson, Hughes, & Fuemmeler, 2009) og fysisk aktivitet blant ungdommer (Lown, & Braunschweig, 2008; Page, Ihasz, Simonek, Klarova, & Hantiu, 2007; Duncan, Duncan, & Strycker, 2005; Graf, Koch, Kretschmann-Kandel, Falkowski, Christ, Coburger, Lehmacher, Bjarnason-Wehrens, Platen, Tokarski, Predel, & Dordel, 2004).

Det har også vist seg at mestringsforventning kan være en oppmuntrende faktor som er gunstig for fysisk aktivitet (Losekama, Goetzky, Kraeling, Riefb, & Hilbertb, 2010). En gjennomgang av ulike studier som er blitt gjort av Sallis, Prochaska, & Taylor (2000) viste at mestringsforventning som en determinant for fysisk aktivitet blant ungdom var uklar: noen studier støtter at mestringsforventning er en determinant for fysisk aktivitet (Pate, Trost, Felton, Ward, Dowda, & Saunders, 1997; Trost, Pate, Dowda, Saunders, Ward, & Felton, 1996; Zakarian, Hovell, Hofstetter, Sallis, & Keating, 1994) og noen andre ikke (Bungum, & Vincent, 1997; DiLorenzo, Stucky-Ropp, VanderWal, & Gotham, 1998).

Forsking viser at det er en rekke ulike typer eller komponenter som er knyttet til mestringsforventning (Ryan, & Dziewaltowski, 2002). Eksempelvis vises dette i studiene til DiLorenzo og Stucky-Ropp (1998) hvor det benyttes en komponent knyttet til mestringsforventning, MVFs skalen: å måle tro på ens evne til å være aktiv i forhold til jevnaldrende. Forskjeller i mestringsforventnings typer/komponenter kan være medvirkende når det gjelder konsekvenser knyttet til mestringsforventningsforskning blant barn og ungdom (Ryan, & Dziewaltowski, 2002). Teoretisk sett anses forskjeller mellom typer/komponenter av mestringsforventning som viktige, for å få en fullstendig forståelse av forholdet mellom mestringsforventning og fysisk aktivitet (Ryan, & Dziewaltowski, 2002). I følge Ryan, & Dziewaltowski (2002) er det nesten ingen studie som har undersøkt om mestringsforventning

kan skape både sosiale og fysiske miljøer som støtter fysisk aktivitet, men dette kan være en spesiell effektiv strategi for å fremme og å vedlikeholde regelmessig fysisk aktivitet.

Studien til Ryan og Dziewaltowski (2002) gir noen foreløpige resultater som viser viktigheten av å måle mestringsforventning for reguleringsoppgaver (Ryan, & Dziewaltowski, 2002).

Siden mestringsforventning har vist seg til å være relatert til fysisk aktivitet deltakelse både i nye og tidligere forskning, har disse funnene stor betydning for helsefremmede arbeid (Allison, Dwyer, Makin, 1999).

Det har vist seg at det er en signifikant sammenheng mellom økende grad av mestringsforventning og økende grad av helserelatert livskvalitet, og gutter har vist til å ha høyere selvtillit enn jentene. Samtidig kan mestringsforventning være en ressurs for å øke helserelatert livskvalitet blant skolebarn (Kvarme, Haraldstad, Helseth, Sørnum, & Natvig, 2009). Tidligere studier har vist at høy grad av mestringsforventning er relatert til høy selvtillit (Bandura, 1997; Natvig, Albrektsen, & Qvarnstrom, 2003). En oversikt over litteraturen viser at det er positive assosiasjoner mellom mestringsforventning og helserelatert livskvalitet (Scholz, Dona, Sud, & Schwarzer, 2002; Carlsson, Bjorvatn, Engebretsen, Berglund, & Natvig, 2003; Kreitler, Peleg, & Ehrenfeld, 2007).

Tidligere forskning har vist at det er positiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og helserelatert livskvalitet hos ungdom, økt fysisk aktivitet fører til høyere HRLK (Klavestrand & Vingård, 2009; Spengler, & Woll, 2013). I tråd med dette viser flere studier en positiv sammenheng mellom helserelatert livskvalitet og fysisk aktivitet (Wendel-Vos, Schuit, Tijhuis, & Kromhout, 2004; Tessier, Vuillemin, Bertrais, Boini, Bihan, Oppert, Hercberg, Guillemin, & Briancon, 2007; Shibata, Oka, Nakamura, & Muraoka, 2007).

5 Metodisk tilnærming

Forskning er i seg selv et systematisk arbeid som beskriver, forklarer og forutsier ulike fenomener i samfunnet (Polit & Beck, 2014; Hellevik, 2002). Innenfor forskning defineres metodelære som et viktig redskap for å løse problemer, besvare spørsmål og komme frem til ny erkjennelse (Polit & Beck, 2014; Hellevik, 2002). Valg av metodisk tilnærming bestemmes ut ifra hvilken problemstilling forskeren ønsker å undersøke (Polit & Beck, 2014). Det skilles mellom to hovedformer for metodisk tilnærming, kvalitativ og kvantitativ tilnærming (Polit & Beck, 2014; Holme og Solvang, 1996). I denne studien har jeg benyttet meg av en kvantitativ tilnærming for å få best mulig svar på problemstillingen min. Det er avgjørende for hvilken tilnærming man vil benytte seg av, om man ønsker å gå i dybde eller bredde i den man forsker på. Ut ifra mine forutsetninger har jeg valgt denne tilnærmingen som jeg til enhver tid mener at har vært best egnet til å kaste lys over det problemfeltet jeg ønsket å forske på. Prosessen fram mot metodevalget var preget av systematisk research, strategiske og kritiske valg knyttet opp til min problemstilling.

Jeg ønsket å undersøke sammenhengen mellom mestringsforventning, helse relatert livskvalitet og selvrapporert fysisk aktivitet blant ungdom på videregående skole. I denne sammenheng var jeg interessert i å undersøke ulikheter blant elevene som følger de to ulike intervensjonsmodellene «idrettsglede» og «bevegelsesglede» og hvem av dem var mest aktive, gutter eller jenter. Videre ble jeg og min veileder enige om hvilke spørsmål av «Kroppsøvingsgledes»- prosjektets spørreskjema ville vært et viktig hjelpemiddel for forståelse og belysing av studiens problemstilling.

5.1 Forskingsdesign og metodevalg

Studien ble gjennomført fra august 2013 til juni 2014. Designet i denne oppgaven er en tverrsnittstudie som beskriver forekomsten av ulike faktorer som har betydning for det foreliggende fenomenet på et gitt tidspunkt (Farup, 2009). Formålet med tverrsnittstudiedesign er å belyse ulike vinkler av en valgt problemstilling for å gi en bedre forståelse av fenomenet (Farup, 2009). Videre er den lite ressurskrevende, gjennomføres raskt, metodene kan lett standardiseres og den er godt egnet når man har en begrenset tidsramme (Farup, 2009). De to sentrale kriterier som jeg vektlegger for gjennomføring av studies undersøkelse som en tverrsnittstudie, er utvalg og tidsdimensjon.

Mange forskere anser tidsdimensjon som en viktig faktor og fordelen med *longitudinelle studier* og prosjekter er at man gjør studier over lengre tid, men med flere

undersøkelsestidspunkter. Denne oppgaven er en del av en *longitudinell studie* som ble gjennomført på to ulike tidspunkter. Grunndataene til denne oppgaven ble hentet fra «Kroppsøvingsgledes» prosjektet hvor jeg fikk muligheten til å delta i innsamling av dataene, mai 2014. Deltakerne svarte på et spørreskjema i august 2013 (pre- test) og i mai 2014, (post - test). En hel idrettsglede- klasse deltok ikke i datainnsamlingen, derfor ble postdataen ikke benyttet i studien. Dermed blir undersøkelsen min en tverrsnittsundersøkelse, fordi dataene som har blitt brukt, ble hentet inn fra et bestemt tidspunkt. Svakheten ved tverrsnittstudiet beskrives som mangelen på tidsaspektet som ikke kan si noe om årsakssammenhenger og man får ingen opplysninger om endringer over tid (Polit & Beck, 2014; Farup, 2009). Siden dataen hentes på et bestemt tidspunkt, kan dette begrense og redusere tidligere opplysninger som synspunkter, tanker, handlinger (Farup, 2009).

Den mest brukte metoden for datainnsamling i kvantitativ tilnærming, er spørreskjema (Polit & Beck, 2014). I denne studien er data samlet inn ved hjelp av selvrapporterte spørreskjema. En forskergruppe knyttet til Universitetet i Agder har utviklet spørreskjemaene, og bestemt hvilke spørsmål som skal inngå i spørreskjemaet. Bare en begrenset del av det totale spørreskjemaet er benyttet i denne masteroppgaven (Se vedlegg 1). Disse/denne inneholder både lukkede og åpne svaralternativer, hvor base-line data ble brukt for å besvare studiens problemstilling.

For å få et godt teoretisk rammeverk for min problemstilling har jeg benyttet meg av ulike databaser som er knyttet til fagfeltet jeg skriver om, folkehelse. Først ble det gjort et bredt og systematisk litteratursøk for å kartlegge om det fantes eksisterende studier knyttet til studiens problemstilling. I stor grad ble databasen *Helse og idrettsfag* benyttet og søkemotorene som ble brukt var Oria, Ebsco, Pubmed og Google Scholar. Det ble gjort et kritisk litteratursøk i forhold til kilder med hensikt å finne primære kilder. Søkeord som jeg har benyttet meg av i denne studien er: self- efficacy, health related quality of life (HRQOL), self-reported physical activity, youth.

5.2 Skolebasert undersøkelse

Datainnsamlingen ble gjennomført i videregående skole, hvor lærere i kroppsøvingsfaget opplevde lite engasjement og det var relativt høyt fravær i elevenes deltakelse i kroppsøvingsfaget. Det er en utfordring med lav deltakelse i kroppsøvingsfaget, fordi lærerne ønsker å bidra til utvikling av sunnere levevaner for elevene. I norske videregående skoler fokuserer kroppsøvingsfaget på fysisk ytelse som grunnlag for evaluering av fagets prestasjon

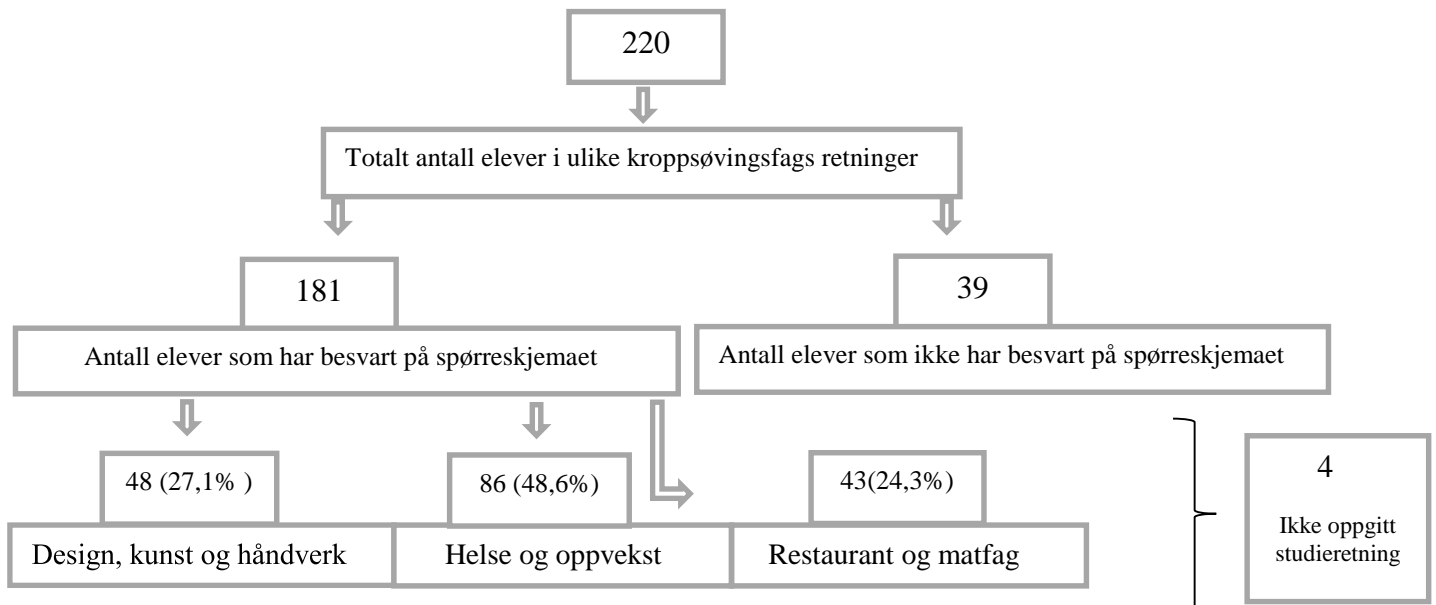
og interesse. Med hensikt til å øke deltakelse i kroppsøvningsfaget, fikk elevene innenfor de yrkesfaglige retningene «Restaurant og matfag» «Design, knust og håndverk» og «Helse og oppvekst», velge mellom to forskjellige retninger innenfor kroppsøvningsfaget «idrettsglede» og «bevegelsesglede». Idrettsglede handler om å utvikle kompetanse i ulike typer idretter, mens bevegelsesglede presenterer en ny modell inspirert av Høgskolen i Østfold, Norge (Husebye, 2012).

Begge retningene i kroppsøvningsfaget har som mål å forbedre bevegelsesferdigheter gjennom bevisstgjøring, utfordringer og «coping» mekanismer. Fokuset på helse og trivsel har som hensikt å stimulere til en mer helsefremmende og fysisk aktiv livsstil. Det var viktig å lage en modell som kunne tilpasses til videregående skoles ressurser og krav. Det norske systemet i videregående skole er ganske homogent, noe som gjør at modellen kan brukes også i andre videregående skoler. Den første uken på skolen fikk elevene informasjon, både skriftlig og gjennom møter, om de ulike retningene i kroppsøvningsfaget. Etter seks uker, måtte de bestemme seg for hvilken form av kroppsøvningsfaget de ønsket å delta i. De nye retningene startet i uke 40.

5.3 Utvalg

Studiens utvalg består av elever fra to videregående skoler. Begge skolene har nesten 2100 elever, som velger allmenn og yrkesfaglig. Det var totalt 819 gutter og jenter som startet i første klasse i august 2013. Dataene som er brukt i denne studien er hentet inn fra elever ved følgende retninger: Restaurant og matfag (n =58), Design, kunst og håndverk (n = 60) og Helse og oppvekst (n =102). 220 elever ble invitert til å delta. Totalt var det 181 som deltok i undersøkelsen, hvorav 141 (77,9 %) jenter og 40 (22,1 %) gutter. Alderen varierte fra 15-31 år, hvor de fleste av elevene var ungdom, i alderen 15 - 16 år (69,8 %) og gjennomsnittsalderen var 17. (SD 2.6; range 15 - 31 år). Blant elevene valgte 70,2 % «bevegelsesglede» og 29,8 % «idrettsglede».

Alle elevene innenfor de yrkesfaglige retningene ble inkludert i studien, og det var ingen eksklusjonskriterier. Det var ingen informasjon om de elevene som ikke deltok i studien, likevel kan det være sannsynlig å anta at manglende deltakelse i studien kan skyldes fravær i kroppsøvningsfaget. Å gi en pålitelig beskrivelse av målgruppen kan være vanskelig, dersom elevene regelmessig ikke deltar i kroppsøvningsfaget, noe som kan være med å påvirke datainnsamlingen.



Figur 4. Utvalget fordelt på yrkesfag.

5.4 Instrumenter

I denne studien ble det benyttet validerte spørreskjemaer og spørsmål som: KIDSCREEN 10 for å måle helserelatert livskvalitet (Ravens-Sieberer, Herdman, Devine, Otto, Bullinger, Rose, & Klasen, 2014), «Aktiv ungdom Med Overskudd» [«Ungdom med Overskudd»] (AUO) (Torstveit & Stea, 2010) tidligere spørreskjemaet for selvrapportert fysisk aktivitet og mestringsforventning ble vurdert ved hjelp av General Self-Efficacy Scale (GSE) (Schwarzer, 2014). Skolelevne svarte på spørsmålene elektronisk via "SurveyXact". Spørreskjemaet ble designet med enkle formuleringer og grunnleggende type script, slik at det var forståelig for alle ungdommene. De fleste spørsmålene var multiple-choice, mens seks av spørsmålene krevde at elevene svarte med et tall på ulike skalaer. I tillegg var det to åpne spørsmål som krevde skriftlig formulerte svar. Spørreskjemaet tok rundt 20 - 30 minutter å fullføre.

5.4.1 KIDSCREEN 10

KIDSCREEN - 10 benyttes i denne studien for å måle ungdommens helserelaterte livskvalitet. Spørreskjemaet er basert på en «flerdimensjonal» oppbygning som dekker de fysiske, følelsesmessige, mentale, sosiale og atferdsmessige komponentene av trivsel (Ravens-Sieberer et al., 2014). Denne KIDSCREEN - 10 versjonen dekker følgende elementer: «har du følt deg frisk og sprek?», «har du følt deg fullt av energi?», «har du følt deg trist?», «har du følt deg ensom?», «har du hatt nok tid til seg selv», «kunne du velge hva du vil gjøre i fritiden?», «har foreldrene dine behandlet deg rettferdig?», «har du hatt det gøy

sammen med vennene dine?», «har du klart deg bra på skolen», «har du klart å følge med på skolen?».

Elevene ble bedt om å vurdere den siste uken, og gi sitt svar på en 5-punkts likert skala som går fra «ikke i det hele tatt» til «høy grad» (Ravens-Sieberer, Erhart, Rajmil, Herdman, Auquier, Bruil, & Kilroe, 2010). Spørreskjemaet har tilfredsstillende reliabilitet og validitet, både nasjonalt og internasjonalt, i forhold til sin egnethet på kartlegging av barn og ungdom i alderen 8-18 (Haraldstad, et al., 2011a; Ravens-Sieberer et al., 2010; Ravens-Sieberer et al., 2014). I følge publiserte scoring prosedyrer, ble en generell indeks utført for å analysere helse relatert – livskvalitet. Samleskåren av HRLKs komponenter uttrykker en verdi fra 0- 100, hvor 100 representerer et utmerket HRLK (Ravens-Sieberer et al., 2010). I denne studien var Cronbachs alphas HRLK indeksen 0,73 og det regnes som tilfredsstillende (Fayers & Machin, 2009).

5.4.2 Selvrapportert fysisk aktivitet

Spørsmålene som omhandlet selvrapportert fysisk aktivitet fra denne studiens spørreskjema er tidligere blitt benyttet og validert i studien «Aktiv ungdom Med Overskudd» (AUO) (Torstveit & Stea, 2010). I studiens spørreskjema ble det spurt «hvor mange ganger i uken driver du med idrett/ mosjon slik at du blir andpusten eller svett?» i fritiden. I tillegg ble elevene bedt om å rapportere deres «aktivitetsnivå» i kroppsøvfaget både «aktivitetsnivået» og deltakelse i kroppsøvfaget på ungdomsskolen. Skolelevens skjermtid ble målt for å kartlegge stillesittende atferd.

5.4.3 Stadiemodellen - selvrapportert fysisk aktivitet

Stadiemodellen er et selvrapportert valid instrument, hvor hensikten er å beskrive elevenes aktivitetsnivå og aktivitetsvaner. Denne modellen ble ansett som en legitim metode som brukes for å beskrive og endre adferd (Wester, Wahlgren, Wedman, & Ommundsen, 2008). For å øke studiens gyldighet og pålitelighet, ble et standardisert spørreskjemaet benyttet. I studiens undersøkelse ble stadiemodellen benyttet som en kontinuerlig variabel. Skolelevne ble bedt om å klassifisere seg selv inn i en av de kategoriene som representerer de ulike stadiene av endring: «For tiden er jeg ikke fysisk aktiv og har ingen planer om å bli det i løpet av de neste 6 måneder», «For tiden er jeg ikke fysisk aktiv, men har tenkt å bli fysisk aktiv i løpet av de neste 6 måneder», «For tiden er jeg noe fysisk aktiv, men det er ikke regelmessig», «For tiden er jeg regelmessig fysisk aktiv, men det er først i de siste 6 måneder at jeg har begynt med det» og « For tiden er jeg regelmessig fysisk aktiv, og har vært lengre enn 6 måneder». Denne modellen er imidlertid ikke gyldig for å si noe om endring over tid,

spesielt når det gjelder ungdom (Spencer, Adams, Malone, Roy, og Yost, 2006). Bruk av denne modellen i planlegging av intervensjoner kan føre til blandende resultater (Prestwich, Sniehotta, Whittington, Dombrowski, Rogers, Michie, & Kazak, 2014). Selv om modellen er brukt i denne oppgaven, kan den vise engasjement som er nødvendig for å ha en fysisk aktiv livsstil (Nigg, 2001).

5.4.4 Mestringsforventning

Mestringsforventning ble vurdert ved hjelp av General Self-Efficacy Scale (GSE) (Schwarzer, 2014). GSE- skalaen er en skalert skala fra 1 til 10, designet for å evaluere den troen man har på seg selv for å utføre nye eller vanskelige oppgaver i livet, eller takle motgang (Schwarzer, 2014). Den totale poengsummen er beregnet ved å finne summen av alle elementene (Schwarzer, 1995). Det ble brukt også samme GSE – skala i Kvarne et al. 2009 sin studie. For mestringsforventning, varierer den totale poengsummen mellom 10 og 40 (scoring) hvor svaralternativene gikk fra 1 til 4, fra «helt galt» til «helt riktig». Skolelevne ble bedt om å svare på ti ulike spørsmål som var knyttet til mestring, mål og planer: «Jeg klarer å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok», «Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil», «Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine», «Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte», «Takk være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner», «Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det», «Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnen min», «Når jeg møtes et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det», «Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut» og «Samme som hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det».

5.5 Prosedyre for datainnsamling

5.5.1 Datainnsamling

Under innsamlingen av dataene var både forskergruppen fra UIA og jeg tilstede. Forskerens oppgave var å gi tydelig informasjon om formålet med studien, identifikasjonsnummer knyttet til anonymitet, og hjelpe elevene med spørsmål angående spørreskjemaet. Førforståelse av begrepene i spørreskjemaet kan påvirke retningen av denne studien, analysen og teoretiske referanser. Ulike resultater kan oppstå blant forskjellige videregående skoler og klasser hvert år. Elevene ble sterkt oppfordret til å svare på spørreskjemaet og delta i undersøkelsen.

5.5.2 Behandling av data og statistiske analyser

Analysen i denne studien ble utført ved hjelp av Statistical Package of Social Science (IBM SPSS Statistikk 22). Deskriptiv statistikk ble benyttet for å gi en oversikt over demografiske variabler. Kontinuerlige variabler ble uttrykt som gjennomsnitt (Gj) og standardavvik (SD). Kategoriske variabler ble uttrykt av tall og prosent (%). For å se forskjeller blant elevene i begge retningene «idrettsglede» og «bevegelsesglede» i selvrapportert fysisk aktivitet, helse relatert livskvalitet og i mestringsforventning ble sammenligningen av grupper delt på kjønn, samt betydningen av forskjellene ble presentert. For å sammenligne begge gruppene ble independent sample t -tester brukt for kontinuerlige variabler, og chi - kvadrat tester for kategoriske variabler. Ikke - normale variabler ble uttrykt som gjennomsnitt (Gj) og med standardavvik (SD), men i sammenligningsgruppen ble en Mann-Whitney U-test brukt for de variablene som ikke var normal fordelte. Videre ble variabelen *alder* delt i tre ulike aldersgrupper.

For å kunne utforske om det var en sammenheng mellom mestringsforventning, helse relatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet, ble utført en korrelasjonsanalyse både for hele utvalget og for de ulike intervensjonsmodellene, idretts- og bevegelsesglede. Korrelasjonen mellom to målte variabler kan variere mellom +1 og -1, hvor tallet som nærmer seg +1 angir fullstendig positiv korrelasjon mellom verdiene på variablene, mens -1 som fullstendig negativ korrelasjon. En korrelasjon nær null er et uttrykk for fraværende samvariasjon og den vises gjennom korrelasjonskoeffisienten, såkalt Pearsons r (Johannessen, 2009).

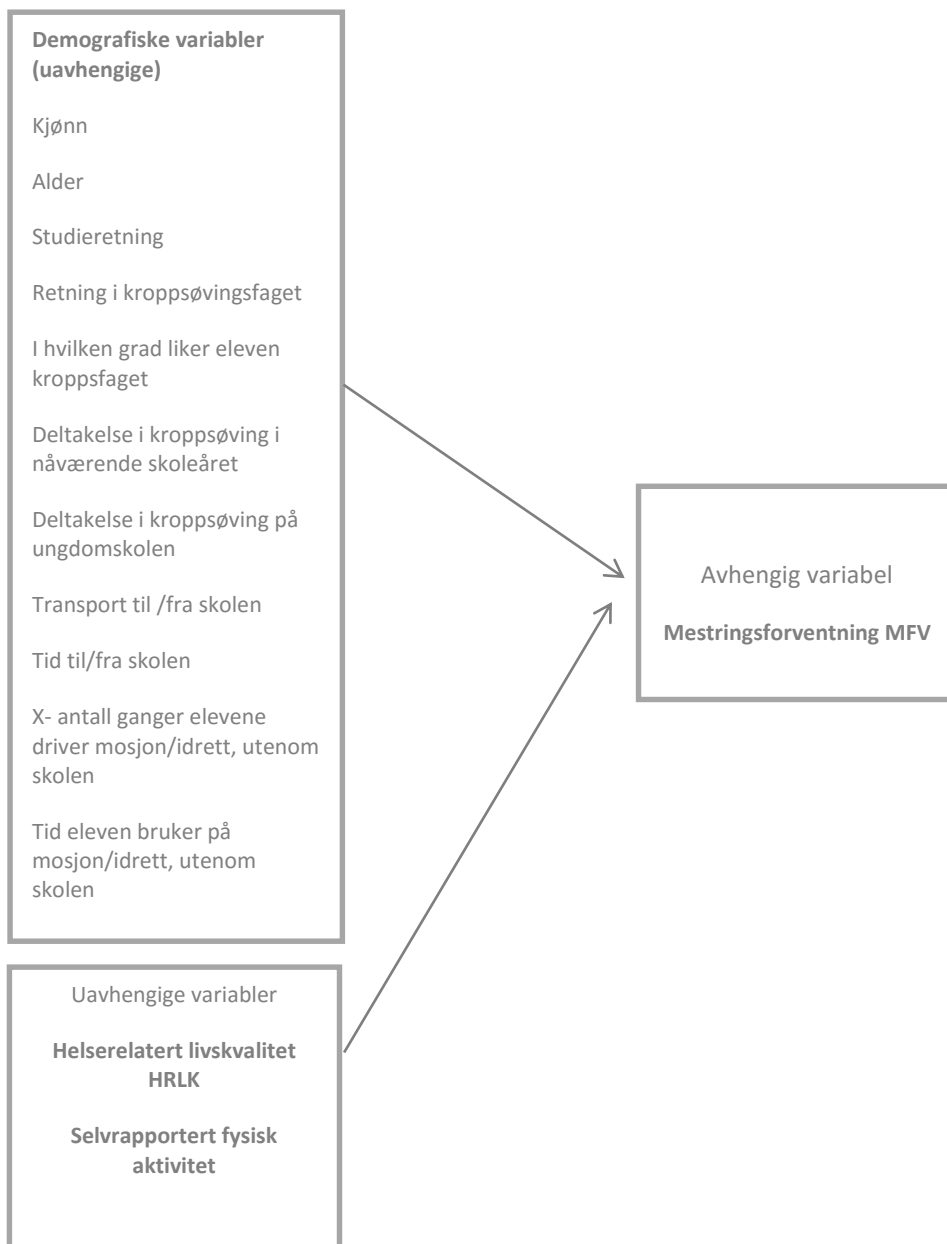
For å undersøke videre om helse relatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet hadde en assosiasjon med mestringsforventning ble en multippel regresjonsanalyse utført. Den handler om å undersøke i hvilken grad fordelingen i en avhengig variabel (mestringsforventning) kan forklares ut ifra flere uavhengige variabler. I multippel regresjonsanalysen ble to metoder benyttet *Enter* og *Backward*, for å skille ut hvilke variabler som forklarer variansen av mestringsforventning som er den avhengige variabelen.

I den første analysen ble det undersøkt om mestringsforventning var assosiert med de demografiske variablene; alder, kjønn, studieretning og variablene knyttet til kroppsøvingsfaget. Videre ble det undersøkt om selvrapportert fysisk aktivitet og helse relatert livskvalitet var assosiert med variabelen mestringsforventning justert for demografiske variabler; alder, kjønn, og variablene knyttet til kroppsøvingsfaget. De uavhengige variablene, selvrapportert fysisk aktivitet og helse relatert livskvalitet i den multiple regresjonsanalysen ble valgt ut ifra relevant teori og tidligere litteratur. Det var viktig at de utvalgte variablene

som ble benyttet i analysen ble vurdert som relevante i det helsefremmende perspektivet. Variabelen fysisk aktivitet ble målt med stadiemodellen i multippel regresjonsanalyse. En p - verdi mindre enn 0,05 ble ansett som statistisk signifikant (Polit & Beck, 2014).

5.5.3 Oversikt over studiens variabler

I første omgang ble demografiske variabler som kan ha betydning for den avhengige variabelen, mestringsforventning, valg ut. I tillegg til disse ble også to variabler knyttet til helserelatert livskvalitet HRLK og selvrapportert fysisk aktivitet inkludert for å undersøke i hvilken grad de har betydning for mestringsforventning.



Figur 5. Sammenhengen mellom de uavhengige variabler (demografiske, HRLK og selvrapportert fysisk aktivitet) og den avhengige variabelen (mestringsforventning)

5.5.4 Rekategoriisering av variabler

Sosioøkonomisk status ble delt inn i tre grupper: «utdanningsnivå mindre enn 13 år» «utdanningsnivå mer enn 13 år», og «elevene som ikke visste foreldrenes utdanningsnivå» Variabelen alder ble delt inn i tre kategorier: «15 – 16», «17 – 18» og «19 år og eldre». Det ble lagt en ny variabel for mestringsforventning, ved å sumskåre ti mestringsforventningsvariabler i én variabel.

5.6 Validitet og reliabilitet

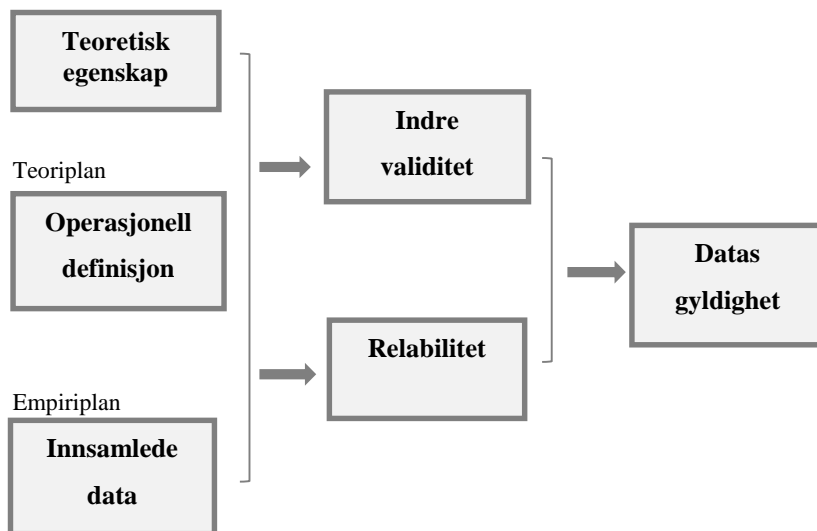
Valg av riktig metodisk tilnærming er avgjørende for om forskningsfunnene kan danne seg et godt grunnlag for videre forskning (Polit & Beck, 2014). I denne sammenhengen ville spørsmålet bli rettet mot datas gyldighet og pålitelighet. Det krever at forskeren kontrollerer de innsamlede dataene for å se om det er noen skjevheter i forhold til problemstillingen, og systematiske eller tilfeldige feil i målingen av egenskapene ved enhetene (Hellevik, 2002).

Validitet handler om i hvilken grad forskeren måler det som er ment til å måle og hvordan det kan trekkes gyldige slutninger om det forskeren har satt seg som hensikt til å undersøke (Polit & Beck, 2014). Validitet har stor betydning for datas relevans knyttet til problemstillingen og har ulike aspekter som må tas i vurderingen under forskingsprosessen (Hellevik, 2002; Shadish, Cook, & Campbell 2012). De ulike aspektene betegnes som ytre validitet, indre validitet, begrepsvaliditeten og statistisk konklusjons validitet. Ytre validitet er om funnene fra en studie av begrenset omfang kan gjøres allment gjeldende, det vil si for hele befolkningen. Dette handler om hvor generaliserbare dataene er (Shadish et al., 2012). MacCallum, Widaman, Zhang, og Hong (1999) og Tabachnick & Fidell (2007) vurderer at studier som har flere enn 200 respondenter antas som «godkjente» og studier med flere enn 300 respondenter antas som «gode». Denne studien ville omfatte 220 elever i yrkesfaglige retninger, men det var kun 181 elever som deltok i studien.

Indre validitet handler om en variabel forårsaker den andre variabelen, det vil si at A forårsaker B og resultatene kan forklares gjennom den antatte hypotesen (Shadish et al., 2012). Måten man kan beskytte intern validitet på er å randomisere grupper ved å finne likheter blant deltakere og måle begreper som kan defineres på ulike måter. I denne studien ble gruppene ikke tilfeldig valgt, og av den grunn ble ikke intern validitet beskyttet på denne måten. I den multiple regresjonsanalysen er likevel den avhengige variabelen mestringsforventning, kontrollert/justert for kjente variabler som alder, kjønn og kroppsøvningsfags retning. Ved å bruke disse velkjente sammenhengene variablene som kan

påvirke selvrapportert fysisk aktivitet og mestringsforventning, kan det være mulig at forholdet blir etablert. Selv om det er blitt benyttet ulike tversnittstudier og korrelasjonsstudier, kan det være uklart eller vanskelig å si at uavhengige variabler forutsier den avhengige variabelen eller omvendt.

Figuren under viser at forskeren arbeider på to ulike plan, teoriplanet og empiriplanet. Begrepsvaliditeten handler om hvor godt samstemt den operasjonelle definisjonen og de teoretiske egenskapene er for å belyse problemstillingen (Holme & Solvang, 1996). At den operasjonelle definisjonen er klar og konsis vil spille en viktig rolle for innsamling og bearbeiding av data slik at de kan gjennomføres høy grad av nøyaktighet. Dette har stor betydning for datas validitet (Hellevik, 2002).



Figur 6. Hellevik modellen: Forholdet mellom datamateriales pålitelighet og gyldighet (Hellevik, 1978 i Hellevik, 2002)

Høy grad av relabilitet er en nødvending, men ikke tilstrekkelig forutsetning for at data skal være valide. Selv om dataene er samlet inn og bearbeidet på en nøyaktig måte, vil det ikke si at de kan benyttes for å besvare problemstillingen (Hellevik, 2002). Det kan skje at definisjonsmessig gyldighet og pålitelighet kan komme i konflikt med hverandre. For hvilken av dem forskeren velger å legge vekt på, kan være avgjørende for operasjonalisering (Hellevik, 2002; Holme & Solvang, 1996).

Relabiliteten referer til hvor nøyaktige målingene er som leder fram til tallene i datamatriksen (Hellevik, 2002). Den handler om instrumentets grad av reproduserbarhet, som vil si at

uavhengige målinger av samme fenomener skal kunne gi samme resultater under identiske forhold (Polit & Beck, 2014; Holme & Solvang, 1996). Forskning har vist at barn kan forstå og reflektere over hva som skjer i deres liv ned til åtte års alderen. Dermed er påliteligheten av rapporter om deres helse og trivsel relativt høy (Riley, 2004). Reliabilitet kan testes ut på ulike måter, hvor særlig stabilitet, ekvivalens og intern konsistens er knyttet til høy pålitelighet. Stabilitetstest er når samme forsker gjennomfører undersøkelsen på to ulike tidspunkt. Høy grad av stabilitet viser at forskeren kan oppnå samme resultatet på begge tidspunkt og har en tilfredsstillende intersubjektivitet (Hellevik, 2002). En pålitelighet koeffisient over 0,70 anses som «tilstrekkelig», mens koeffisientene over 0,80 er de som foretrekkes mest (Polit & Beck, 2014 s. 203). Test re-test pålitelighet ble utført ved å administrere det totale spørreskjemaet ved to forskjellige anledninger ved hjelp av en testgruppe. Testen re-test i denne studien ga en pålitelig koeffisient på 0,78.

Når instrumentet inneholder flere underdeler, er det mulig å estimere den indre konsistens (Polit & Beck, 2013). Karakteren av intern konsistens kan statistisk beregnes ved Cronbachs alfa, en verdi mellom 0,00 og 1,00. En pålitelighet koeffisient på 0,70 og over er ofte akseptert (Fayers & Machin, 2009). Cronbach alpha for mestringsforventning er 0.90.

5.7 Etiske overveielser

Etiske overveielser refereres til moralske verdier som handler om hvordan en profesjonell forsker fremvises, og hvordan deltakernes sårbarhet respekteres. De etiske regler har blitt utviklet i Helsinkideklarasjonen, og bearbeidet senest i 2008 (Polit & Beck, 2014). Barn og ungdom er en spesiell sårbar gruppe (Polit & Beck, 2014), og forskning bør vise hensyn og beskytte ungdoms rettigheter (Bell, 2008). Det trengs en spesiell kunnskap om denne aldersgruppen for å kunne bruke en hensiktsmessig metode, da det er vanskelig for denne gruppen å beskytte sine egne interesser (Befring, 2007). I Belmont-rapporten (skrevet i 1978), er det blitt beskrevet tre etiske prinsipper som har hensikt til å veilede forskning og beskytte elevenes rettigheter; vise respekt, velgjørenhet og rettferdighet (Sims, 2010). Velgjørenhet handler om plikten til å gjøre vel mot andre, det vil si å maksimalisere fordeler, samt minimalisere ulemper eller ubehag (Sims, 2010).

Deltakelse i denne studien var frivillig, og det var lov å trekke seg fra studien, stille spørsmål, og nekte å gi informasjon. Rettferdighet er knyttet til deltakernes rettigheter, personvern, anonymitet og rettferdig behandling (Polit & Beck, 2014). Deltakelse i forskningen var basert

på skriftlig samtykke. For å sikre elevens anonymitet ble de tildelt et identifikasjonsnummer. Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om de to retningene i kroppsøvfagsfaget og ble informert om forskningen på forhånd. Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og av Fakultetets etiske komiteer (FEK).

6 Resultater

Over halvparten (58 prosent) av guttene i utvalget har valgt idrettsglede. Av jentene har imidlertid nesten 80 prosent valgt bevegelsesglede som retning. Kjønnforskjellen er signifikant på $p < 0.001$. Videre resultatene ingen signifikante forskjeller ($p=0.369$) mellom de ulike aldersgruppene i hele utvalget. Et flertall blant elevene ved studieretningen helse og oppvekst (80 %, $n = 69$) og design, kunst og håndverk (75 %, $n = 36$) valgte kroppsøving etter modellen bevegelsesglede framfor idrettsgledegruppen og forskjellen var signifikant ($p < 0.003$). Ved restaurant- og matfag fordelte elevene seg mer eller mindre likt mellom de to kroppsøvfagsretningene, med 51 prosent ($N = 22$) på idrettsglede og 49 prosent bevegelsesglede. Flere elever ved idrettsglede rapporterer at de liker kroppsøvfagsfaget i videregående skole i større grad enn elevene ved bevegelsesglede ($p = < 0.001$). Resultatene viser en signifikant forskjell mellom gruppene, idrettsgledegruppen har høyere helserelatert livskvalitet (HRLK) enn bevegelsesgruppen ($p = 0.008$) (Tabell 1).

Tabell 1. Standardavvik og gjennomsnittsverdier etter kroppsøvfagsfagets retning, demografiske variabler, selvrapportert fysisk aktivitet (stadiemodellen) og (HRLK)

	Alle (N)	Bevegelsesglede	Idrettsglede	P –verdien
	181	127	54	
Alder	16,0 (16 – 16 - 17)	16,0 (16 – 16 - 17)	16,0 (16 – 16 – 16,75)	,369
Gutt	40 (22,1 %)	17 (42,5 %)	23 (57,5 %)	<,001**
Jente	140 (77,9 %)	109 (77,9 %)	31 (22,1 %)	
Utdanningsretning				
Restaurant og matfag	43 (24,3 %)	21 (48,8 %)	22 (51,2 %)	<,001**
Design, knust og håndverk	48 (27,1 %)	36 (75,0 %)	12 (25,0 %)	
Helse og oppvekst	86 (48,6 %)	69 (80,2 %)	17 (19,8 %)	
Utdanningsnivå far over 13 år	32 (17,6 %)	10 (32 %)	21 (67,7 %)	,679
Utdanningsnivå far under 13 år	65 (35,2 %)	19 (29,7 %)	45 (70,3 %)	
Utdanningsnivå far «vet ikke»	73 (40,1 %)	55 (75,3 %)	18 (24,7 %)	
Utdanningsnivå mor over 13 år	34 (18,7 %)	14 (42,2 %)	19 (57,6 %)	,113
Utdanningsnivå mor under 13 år	66 (37,9 %)	17 (25,5 %)	49 (74,2 %)	
Utdanningsnivå mor «vet ikke»	69 (37,9 %)	16 (23,2 %)	53 (76,8 %)	
I hvilken grad liker eleven kroppsøvfingsfaget	4,3 (1,9)	3,8 (1,8)	5,4 (1,6)	<,001**
Deltakelse i kroppsøving nåværende skoleåret	5,1 (1,2)	4,5 (1,6)	4,9 (1,6)	,317
Deltakelse i kroppsøving på ungdomskolen	4,6 (1,6)	5,1 (1,3)	5,3 (1,2)	,106
Transport til/ fra skolen	1,1 (0,4)	1,1 (0,4)	1,2 (0,5)	,391
Tid til/fra skolen	3,0 (0,9)	3,1 (0,8)	2,9 (1,0)	,202
X- antall ganger mosjon/idrett, utenom skolen	2,4 (2,0)	2,1 (1,9)	3,0 (1,9)	,003*
Antall timer TV/ PC dataspill	4,8 (1,5)	5,0 (1,4)	4,3 (1,6)	,003*
Stadiemodellen	3,1 (1,3)	2,8 (1,1)	3,7 (1,4)	<,001**
HRLK	61,0 (17,0)	58,9 (16,7)	66,6 (16,7)	,008
Tid på mosjon/idrett utenom skolen				
0 timer	35 (21)	31 (26)	4 (8)	<,001**
1-2 timer	58 (34)	47 (39)	11 (23)	
3-4 timer	29 (17)	21 (17)	8 (17)	
5-7 timer	18 (11)	8 (7)	10 (21)	
8-10 timer	10 (6)	7 (6)	3 (6)	
11 timer <	18 (11)	7 (6)	11 (23)	

Kontinuerlige variabler er uttrykt som gjennomsnitt og standardavvik (SD). Kategoriske variabler er uttrykt som antall og prosent (%). I sammenligning av gruppene ble independent sample t – testene brukt for kontinuerlige variabler og chi - kvadrat tester ble brukt for kategoriske variabler. Alder er presentert ved median (persentiler 25 - 50 - 75). N viser totalt utvalg for hver av variablene. Signifikante forskjeller forekommer av p-verdiene.

Elevene som valgte retningen idrettsglede rapporterte at de var fysisk aktive tre ganger i uken i fritiden, ca. 5-6 timer i gjennomsnitt. Elevene ved retningen bevegelsesglede rapporterte derimot et lavere aktivitetsnivå ved fysisk aktivitet to ganger i uken ($p = 0.003$), ca. 3 - 4 timer i gjennomsnitt ($p = <0,001$). Sistnevnte bruker også signifikant ($p = 0.003$) mer skjermtid, med tre timer daglig sammenlignet med elevene ved idrettsglede som rapporterer om to timer daglig (Tabell 1).

6.1 Helsereelatert livskvalitet (HRLK)

Det ble utført en independent sample t- test for å sammenligne helsereelatert livskvalitet mellom gutter og jenter fordelt på de 3 aldergruppene (15-16 år; 17- 18 år; 19 år og eldre). Resultatene viste at guttene skåret høyere HRLK enn jentene i gruppen (15- 16 år), $p < .001$. Både i gruppen (19 år og eldre) og (17-18 år) var det ingen forskjell mellom gutter og jenter $p = 0.841$ og $p = 0.812$.

6.2 Selvrapportert fysisk aktivitet

Tabell 2. Fysisk aktivitet i fritiden fordelt på kroppsøvingsretning og kjønn, presentert som frekvens (antall og prosent)

Mosjon/idrett utenom skolen		0 timer	1-2 timer	3-4 timer	5-7 timer	8-10 timer	11 timer<	Total	P-verdi
Idrettsglede	Gutter	0 (0)	4 (21)	5 (26)	3 (16)	0 (0)	6 (31)	18 (100)	0.579
	Jenter	4 (14)	7 (24)	3 (10)	8 (17)	3 (10)	5 (17)	30 (100)	
Bevegelsesglede	Gutter	1 (7)	5 (36)	1 (7)	3 (21)	2 (14)	2 (14)	14 (100)	0.005
	Jenter	30 (28)	42 (39)	20 (19)	5 (5)	5 (5)	5 (5)	107(100)	
Alle N (%)	Gutter	1 (3)	9 (27)	6 (18)	6 (18)	2 (6)	8 (24)	32 (100)	<.001
	Jenter	34 (25)	49 (36)	24 (17)	12 (9)	8 (6)	10 (7)	137(100)	

Det ble utført *Independent Samples T*-tester for å se forskjellen mellom idrettsgledegruppen, bevegelsesgledegruppen og i forhold til kjønn. Angitt p- verdi for å se om forskjellen mellom gutter og jenter er statistisk signifikant.

Resultatene viser en klar signifikant forskjell der gutter totalt sett er mer fysisk aktive enn jenter i fritiden ($p=0.001$). Gutter er mer fysisk aktive enn i jenter i bevegelsesgledegruppen

($p=0.005$), mens idrettsgledegruppen er det ingen forskjell mellom gutter og jenter ($p=0.579$). Det er en relativt høy andel gutter 24 prosent sammenlignet med jenter 7 prosent som oppgir at de bedriver over 11 timer mosjon/ idrett utenom skolen. Denne forskjellen fremkommer også som statistisk signifikant ($p=0.001$). Det samme resultatet fant jeg da jeg gjorde sammenligning fordelt på kjønn ved å bruke chi- kvadrat test for idrettsgledegruppen ($p=0.574$), bevegelsesgledegruppen ($p=0.006$) og for hele utvalget ($p>0.001$).

På spørsmål om hvor mange timer elevene bruker foran tv og på dataspill, såkalt *skjermtid*, skalert fra 0- 5 timer, viste resultatene at bevegelsesgledegruppen brukte flere timer foran TV/ PC enn idrettsgledegruppen og forskjellen var statistisk signifikant $p=0.003$. Resultatene viste også at det var ingen forskjell mellom gutter og jenter både i idrettsgledegruppen ($p=0.496$) og bevegelsesgledegruppen ($p=0.620$) når det gjelder bruk av skjermtid.

Tabell 3. De ulike fasene i stadiemodellen fordelt på kroppsøvningsretning og kjønn, presentert som frekvens (antall og prosent)

Stadiet modellen		Ikke FA og ingen planer om å være det i løpet av de neste 6 mnd.	For tiden ikke FA, men vil bli FA i løpet av de neste 6 mnd	For tiden noe FA, men det er ikke regelmessig	For tiden FA, men det er først de siste 6 mnd at jeg har begynt med det.	For tiden FA og har vært lengre enn 6 mnd	<i>P-verdi</i>
Idrettsglede	Gutter	2(11)	2 (11)	4 (21)	1 (5)	10 (53)	0.976
	Jenter	0(0)	8(28)	4 (14)	5 (17)	12 (41)	
Bevegelsesglede	Gutter	3 (21)	2 (14)	4 (29)	2(14)	3 (21)	0.459
	Jenter	9 (8)	43 (40)	31 (29)	13 (12)	11 (10)	
Alle N (%)	Gutter	4 (12)	4 (12)	8 (24)	3 (9)	13 (39)	0.065
	Jenter	9 (7)	51 (37)	36 (26)	18 (13)	36 (21)	

Det ble utført *Independent Samples T*-tester for å se forskjellen mellom idrettsgledegruppen, bevegelsesgledegruppen og i forhold til kjønn i de ulike stadiene. Angitt *p*- verdi for å se om forskjellen mellom gutter og jenter er statistisk signifikant.

Resultatene viser at det er ingen forskjell mellom gutter og jenter både i idrettsgledegruppen og bevegelsesgruppen og forskjellen er ikke statistisk signifikant ($p=0.976$ og $p=0.459$). Det vises en tendens i forhold til kjønn hvor gutter, 39 prosent oppgir et høyere fysisk aktivitetsnivå enn jenter, 21 prosent i fasen «For tiden fysisk aktiv og har vært fysisk aktiv i mer enn 6 måneder» ($p=0.065$). Det samme resultatet fant jeg da jeg gjorde sammenligning

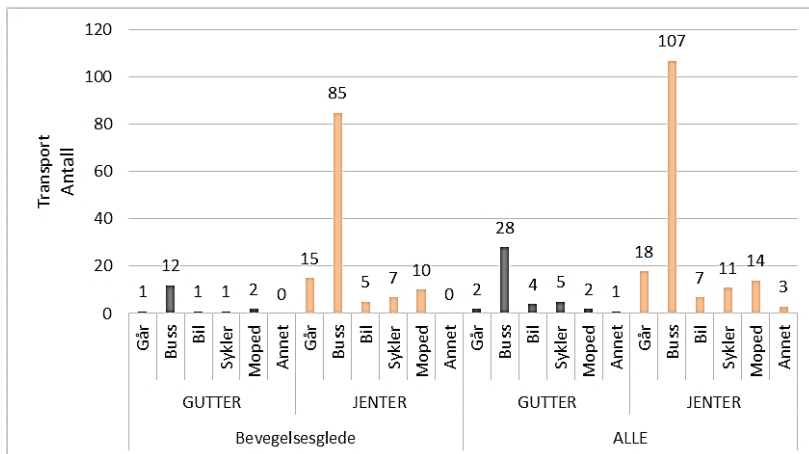
fordelt på kjønn ved å bruke chi- kvadrat test for idrettsgledegruppen ($p= 0.975$), bevegelsesgledegruppen ($p=0.457$) og for hele utvalget ($p= 0.065$).

Tabell 4. Deltakelse i kroppsøvningsfaget ved ungdomsskole og videregående skole, fordelt på kroppsøvningsretning, kjønn presentert som frekvens (antall og prosent)

Kroppsøving på ungdomsskolen		Aldri	Svært sjelden	Sjelden	Av og til	Ofte	Svært ofte	<i>P-verdi</i>
Idrettsglede	Gutter	2 (11)	2 (11)	1 (5)	1 (5)	3 (16)	10 (53)	0.178
	Jenter	2 (7)	0 (0)	0 (0)	4 (14)	4 (14)	19 (70)	
Bevegelsesglede	Gutter	2 (14)	0 (0)	1 (7)	1 (7)	3 (21)	7 (50)	0.649
	Jenter	6 (6)	13 (12)	7 (7)	15 (14)	27 (25)	39 (36)	
Alle N (%)	Gutter	3 (9)	2 (6)	2 (6)	2 (6)	6 (18)	17 (52)	0.930
	Jenter	8 (6)	13 (10)	7 (5)	19 (14)	32 (23)	58 (42)	
Kroppsøving i nåværende året								
Idrettsglede	Gutter	0(0)	0 (0)	2 (11)	3 (16)	1 (5)	12 (63)	0.102
	Jenter	0(0)	0(0)	1 (3)	2 (7)	5 (17)	21 (72)	
Bevegelsesglede	Gutter	1 (7)	1 (7)	0 (0)	0 (0)	6 (43)	6 (43)	0.544
	Jenter	2 (2)	7 (7)	4 (0)	9 (0)	22 (21)	63 (59)	
Alle N (%)	Gutter	1 (3)	1 (3)	2 (6)	3 (9)	7 (21)	18 (55)	0.317
	Jenter	2 (2)	7 (7)	5 (4)	11 (8)	27 (20)	84 (62)	

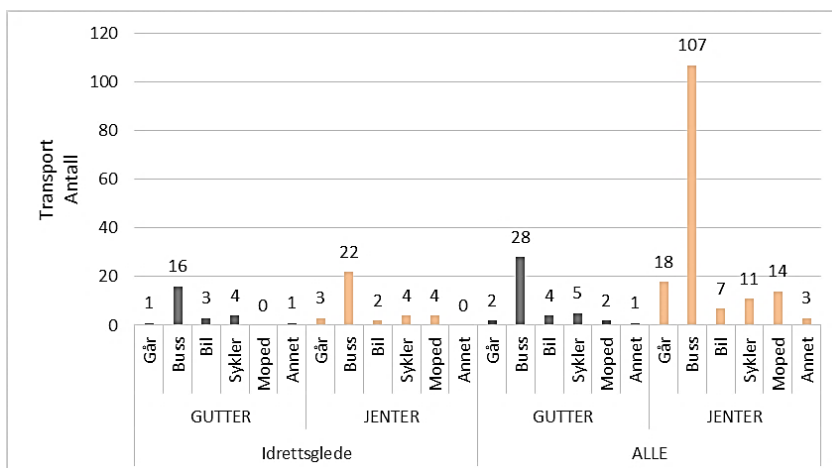
Det ble utført Independent Samples T-tester for å se forskjellen mellom idrettsgledegruppen, bevegelsesgledegruppen både på ungdoms- og videregående skole, og i forhold til kjønn. Angitt p - verdi for å se om forskjellen mellom gutter og jenter er statistisk signifikant.

I tabell 4 vises en høyere deltakelse hos jenter i kroppsøvningsfaget i videregående skole (nåværende skoleår) både innen idrettsglede, bevegelsesglede og totalt. Resultatene viser ingen signifikante forskjeller mellom gutter og jenter både i idrettsglede, bevegelsesglede og totalt ($p= 0.102$) ($p= 0.544$) og ($p= 0.317$). *Kroppsøving på ungdomsskolen:* Det samme resultatet fant jeg da jeg gjorde sammenligning fordelt på kjønn ved å bruke chi- kvadrat test for idrettsgledegruppen ($p= 0.175$), bevegelsesgledegruppen ($p= 0.647$) og for hele utvalget ($p= 0.838$). Resultatene fra chi- kvadrat test for *kroppsøving i nåværende året* var: idrettsgledegruppen ($p= 0.101$), bevegelsesgledegruppen ($p= 0.542$) og for hele utvalget ($p= 0.316$)



Figur 7. Transport til og fra skolen blant elever i bevegelsesgledegruppen fordelt på kjønn.

Resultatene viser en tendens til at det er flere jenter enn gutter i bevegelsesgledegruppen som tar buss til og fra skolen ($p=0.583$). Det er ingen signifikante kjønnsforskjeller under kategoriene *går* ($p=0.479$) og *sykler* ($p=0.933$).



Figur 8. Transport til og fra skoler hos idrettsgledegruppen delt på kjønn

I drettsgledegruppen er det ingen signifikante kjønnsforskjeller i bruk av *buss* som transportmiddel ($p= 0.497$). I denne gruppen er det tendenser til forskjeller mellom gutter og jenter i bruk av *Moped, motorsykler og scooter* ($p= 0.043$) og *annet* ($p= 0.053$). Ut ifra figur 7. og 8. viser resultatene en tendens til at de fleste elevene i begge gruppene benytter seg av *buss* som transportmiddel til og fra skolen ($p= 0.393$).

6.3 Sammenhengen mellom mestringsforventning (MVF), selvrapportert fysisk aktivitet og helserelatert livskvalitet (HRLK)

Tabell 5. Sammenheng mellom selvrapportert fysisk aktivitet presentert ved stadiemodellen, (HRLK) og mestringsforventning

		<i>Stadiemodellen</i>	<i>HRLK</i>	<i>Mestringsforventning</i>
<i>Stadiemodellen</i>	<i>Pearsons r</i>		.246**	.247**
	<i>p-verdi</i>		.001	.001
<i>HRLK</i>	<i>Pearsons r</i>			.492**
	<i>p-verdi</i>			.00
<i>Mestringsforventning</i>	<i>Pearsons r</i>			
	<i>p-verdi</i>			

Korrelasjonen er signifikant med $p < 0.01$.

Selvrapportert fysisk aktivitet (stadiemodellen) viser en signifikant korrelasjon både med helserelatert livskvalitet og mestringsforventning, ($p < 0.001$). Helselatert livskvalitet viser også en relativ sterk korrelasjon med mestringsforventning og denne er statistisk signifikant ($p = 0.000$)

Resultatene fra korrelasjonsanalysen som ble utført i begge gruppene viste at i idrettsgledegruppen hadde helserelatert livskvalitet en sterk og signifikant sammenheng med mestringsforventning (*Pearsons r* .519**) ($p < 0.001$). I denne gruppen hadde selvrapportert fysisk aktivitet ikke en signifikant korrelasjon med helserelatert livskvalitet (*Pearsons r* =.105) og mestringsforventning (*Pearsons r* =.220) ($p = 0.482$) og ($p = 0.137$).

Helserelatert livskvalitet og mestringsforventning korrelerer sterkt i bevegelsesgledegruppen (*Pearsons r* = .488**) og denne korrelasjonen er statistisk signifikant $p < .001$. Resultatene viste også en svak korrelasjon mellom selvrapportert fysisk aktivitet og helserelatert livskvalitet (*Pearsons r* = .226*), mestringsforventning (*Pearsons r* = .272**). Korrelasjonsresultatene var statistisk signifikante ($p = 0.013$) og ($p = 0.003$).

6.4 Mestringsforventning

6.4.1 Sammenhengen mellom demografiske variabler, helserelatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet og mestringsforventning, blant videregående skoleelever

For å kunne se om det var noen forskjell mellom elever som velger idrettsglede- og bevegelsesgruppen i forhold til deres mestringsforventning, ble det kjørt en *Independent Samples T*-test. Resultatene viste at det var ingen signifikant forskjell mellom disse gruppene $p = 0.769$. Gjennom regresjonsanalyse vil man videre se hvilke demografiske variabler har betydning for mestringsforventning.

Tabell 6. Sammenheng mellom demografiske variabler og mestringsforventning blant elever i videregående skole

Demografiske	Fullstendig modell			Endelig modell		
	Justert B	95 % CI	<i>p</i> - verdi	Justert B	95 % CI	<i>p</i> - verdi
Jente	0.709	(-1.398-2.816)	0.507			
Gutt	Ref					
Alder	-0.295	(-1.376-0.786)	0.591			
Bevegelsesglede						
Idrettsglede	Ref					
Utdanningsretning	-0.531	(-1,523-0.462)	0.293			
I hvilken grad elever liker kroppsøvfingsfaget	0.739	(0.259-1.199)	0.003	0.650	(0.228-1.072)	0.003
Deltakelse i kroppsøvfingsfaget nåværende skoleåret	0.675	(-0.083-1.434)	0.081	0.765	(1.148-1.383)	0.015
Deltakelse i kroppsøvfingsfaget på ungdomskolen	0.29	(-0.565- 0.623)	0.923			
X- antall timer i uken elever driver mosjon/idrett i utenom skolen	0.734	(0.208- 1.261)	0.007	0.635	(0.126- 1.143)	0.015
Pc dataspill	-0.313	(-0.816-0.190)	0.221			
<i>F (df)</i>	5.073(9)			13.45(3)		
<i>Justert R²</i>	22,9 %			18,6 %		

Justert ustandardisert regresjonskoeffisienten, 95% CI, *p*-verdier og justert R² for fullstendig og endelig modell hvor det brukes *Enter* og *Backward* metode i regresjonsanalysen. Avhengig variabel, mestringsforventning (MFV).

Regresjonsanalysen utforsker sammenhengen mellom demografiske variabler og mestringsforventning justert for alder, kjønn og kroppsøvfingsretninger. Resultatene viste at *i*

hvilken grad elever liker kroppsøvfingsfaget ($B = .65$; 95% CI = 22,9-1.07; $p = 0.003$), deltakelse i kroppsøvfingsfaget nåværende skoleåret ($B = .77$; 95% CI = 1.15- 1.38; $p = 0.015$) og X- antall timer i uken elever driver med mosjon/idrett utenom skole ($B = .63$; 95% CI = 0.13- 1.14; $p = 0.015$) var assosiert med høy mestringsforventning.

Tabell 7. Sammenheng mellom demografiske variabler, helse relatert livskvalitet, selvrapportert fysisk aktivitet og mestringsforventning blant elever i videregående skole.

Demografiske	Fullstendig modell			Endelig modell		
	Justert B	95 % CI	p - verdi	Justert B	95 % CI	p - verdi
Jente	0.946	(-1.091- 2.984)	0.360			
Gutt	Ref					
Alder	0.72	(-0.984-1.128)	0.893			
Bevegelsesglede	1.807	(0.20- 3.594)	0.047	1.772	(0.093-3.452)	0.039
Idrettsglede	Ref					
Utdanningsretning	-0.381	(-1.338- 0.577)	0.433			
I hvilken grad elever liker kroppsøvfingsfaget	0.661	(0.199- 1.123)	0.005	0.745	(0.339- 1.152)	0.000
Deltakelse i kroppsøvfingsfaget nåværende skoleåret	0.581	(-0.150- 1.312)	0.118			
Deltakelse i kroppsøvfingsfaget på ungdomskolen	-0.149	(-0.727- 0.428)	0.610			
X- antall timer i uken elever driver mosjon/idrett utenom skolen	0.446	(-0.198- 1.130)	0.167	0.511	(0.013-1.010)	0.044
Pc dataspill	-0.174	(-0.663- 0.315)	0.483			
Stadiemodellen	0.240	(-0.579- 1.059)	0.564			
HRLK	0.092	(0.043- 0.140)	0.000	0.101	(0.057-0.145)	0.000
F (df)	5.847(11)			15.081(4)		
Justert R ²	24,6 %			25,7 %		

Justert ustandardisert regresjonskoeffisienten, 95% CI, p-verdier og justert R² for fullstendig og endelig modell hvor det brukes *Enter* og *Backward* metode i regresjonsanalysen. Avhengig variabel, mestringsforventning (MFV). Selvrapportert fysisk aktivitet er presentert med stadiemodellen og HLRK står for helse relatert livskvalitet.

Den andre regresjonsanalysen utforsker hvilke variabler mellom demografiske variabler, HRLK, selvrapportert fysisk aktivitet justert for alder, kjønn, yrkesfaglige retninger og kroppsøvfingsretninger, er assosiert med mestringsforventning. Resultatene viser at *Kroppsøvfingsretningen (bevegelsesglede)* ($B = 1.77$; 95% CI = 0.93 -3.46; $p = 0.039$), *I hvilken grad elever liker kroppsøvfingsfaget* ($B = 0.75$; 95% CI = 0.34- 1.15; $p = 0.000$), *X- antall timer i uken elever driver med mosjon/idrett utenom skole* ($B = 0.17$; 95% CI = 0.01- 1.01; $p =$

0.044) og *HRLK* ($B= 0.10$; 95% CI = 0.06- 0.15; $p= 0.000$) var assosiert med høy mestringsforventning.

7 Diskusjon

I dette kapitlet vil det innledningsvis gis en oppsummering av studiens sentrale funn. Videre vil disse funnene diskuteres opp mot relevante nasjonale og internasjonale studier og opp mot teoretisk rammeverk. Under dette kapitlet vil også metodiske utfordringer diskuteres.

Hensikten med denne studien var å se sammenhengen mellom mestringsforventning, helserelatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet. Jeg var også interessert i å undersøke ulikheter blant elevene som følger de to ulike intervensjonsmodellene, idretts- og bevegelsesglede.

Funnene viser at studiens ungdommer rapporterer god helserelatert livskvalitet, der elevene i idrettsgledegruppen har høyere helserelatert livskvalitet enn de i bevegelsesgledegruppen. Videre viser resultatene at de fleste elevene er fysisk aktive, men at idrettsgledegruppen generelt sett er mer fysisk aktive enn bevegelsesgledegruppen. Gutter har både høyere helserelatert livskvalitet og er mer fysisk aktive enn jenter. Selv om de fleste ungdommene valgte bevegelsesgruppen, viser funnene at elevene i idrettsgruppen liker kroppsøvfaget bedre enn de i bevegelsesgruppen.

Korrelasjonsanalysen viste at selvrapportert fysisk aktivitet hadde en sammenheng med både mestringsforventning og helserelatert livskvalitet. Videre viste korrelasjonsanalysen at det også var en sammenheng mellom mestringsforventning og helserelatert livskvalitet.

Multiple regresjonsanalysen viste at graden av helserelatert livskvalitet sammen med de uavhengige demografiske variablene som grad av tilfredshet, deltakelse i kroppsøvfaget og antall timer med mosjon/idrett var assosiert med høy mestringsforventning. Videre i regresjonsanalysen viste resultatene at elevene i bevegelsesgledegruppen opplevde høyere grad av mestringsforventning i forhold til idrettsgledegruppen.

7.1 Helserelatert livskvalitet (HRLK) knyttet til studiens elever

Betydningen av ungdommers helserelaterte livskvalitet har blitt et økt fokusområde i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. I denne studien var den gjennomsnittlige helserelaterte livskvalitets skåren (61,0) noe som antyder at studiens ungdommer skårer

relativt høyt på deres helserelaterte livskvalitet. Lignende funn finner vi også i Haraldstad et al. (2011a) sin studie hvor den gjennomsnittlige skåren til HRLK i aldersgruppen 16-18 år var 64,5.

Det er også viktig å påpeke at hvordan ungdommene vurderer seg selv kan ha en stor påvirkning i deres HRLK (Helseth, 2001). I følge Verdens helseorganisasjon beskrives ungdomstiden som en «frisk» fase i livet (WHO, 2009a) og i en del norske studier kommer det frem at det er en relativ høy HRLK hos ungdommer (Helseth, Christoffersen, & Lund, 2006; Haraldstad, Eide, Natvig, & Helseth, 2011a). Som tidligere nevnt har ungdommer i denne studien rapportert god HRLK, men det vises også at det er signifikant forskjell mellom idretts glede og bevegelsesgruppen, hvor idrettsgledegruppen skårer høyere HRLK (66,6) enn bevegelsesgledegruppen (58,9).

Selv om resultatene i denne studien har vist at ungdommene har en relativ god helserelatert livskvalitet er det viktig å påpeke at ungdomstiden er en fase i livet som preges av stor utvikling og forandringer, noe som kan være med å påvirke ungdommers HRLK. I ungdomstiden begynner man å få ansvar for sin egen helse, samt etablere en ny identitet i det voksne samfunnet, noe som kan oppleves utfordrende og problematisk for noen (Herpertz-Dahlmann et al., 2013; St. meld nr. 22, 2010- 2011). For å forstå ungdommens helserelaterte livskvalitet er av den grunn viktig å vurdere de som verken voksne eller barn, men som tenåringer (Frisèn, 2007; Herpertz-Dahlmann et al., 2013).

Både norske (Helseth et al., 2006; Jozefiak et al., 2009) og internasjonale studier (Petersen-Ewert et al., 2011; Michel et al., 2009) har vist at det er kjønnsforskjeller knyttet til helserelatert livskvalitet hos ungdom, hvor jenter rapporterer lavere HRLK enn gutter. Dette forekommer også i studiens resultater som viser en klar signifikant forskjell der gutter skårer høyere HRLK enn jentene i alderen 15- 16 år. Lignende funn finnes i ulike studier som viser at gutter og jenter har jevnlig god HRLK i yngre alder, men at den synker med økende alder, spesielt hos jentene i overgangsperioden i ungdomsårene (Bisegger et al., 2005; Cavallo et al., 2006; Haraldstad et al., 2011a; Helseth et al., 2007; Jozefiak et al., 2009; Michel, et., al, 2009; Petersen- Ewert et al., 2011; Ericson et al., 2014).

7.2 Sammenligning av intervensjonsmodellene knyttet til elevens fysiske aktivitetsnivå

Studiens funn viste at de fleste ungdommene var fysisk aktive på fritiden. Det var kun en fjerdedel som ikke drev med mosjon/idrett utenom skolen, disse karakteriseres ifølge Ommundsen et al., (2009) som inaktive. Selv om det var en relativ lav andel, viser St. meldingen 34 (2012-2013) at inaktivitet er et økende og utfordrende befolkningsproblem i den industrielle verden, dette vises også blant ungdom (Hallal et al., 2012). Inaktivitet og fysisk aktivitet anses som to ytterpunkter av samme atferd. Helsegevinsten av fysisk aktivitet knyttet til helse og livskvalitet er godt dokumentert, og ifølge St. meldingen 34 (2012-2013) har inaktivitet blitt en selvstendig risikofaktor. Inaktivitet kan knyttes til en rekke av livsstilssykdommer som diabetes, fedme, hjerte- og karsykdommer, enkle former av kreft og kan i noen tilfeller forårsake tidlig død (St. meldingen 34, 2012-2013).

Resultatene i denne studien viste at ungdommene rapporterte i gjennomsnitt et relativt høyt antall timer foran PC/TV (4,8 timer) hverdag utenom skolen. Vi ser også at det er en klar forskjell mellom gruppene, der idretts glede bruker i gjennomsnitt mindre tid foran skjermen (4,3 timer) enn bevegelsesgledegruppen (5 timer). Lignende resultater ser vi også i en landsomfattende kartlegging av fysisk aktivitet blant ungdom både i 2005-2006 og 2011, hvor en sammenlikning av dataene viste at tiden som brukes til stillesitting har hatt en betydelig økning blant 15 åringer (St. meld nr.34, 2012-2013). Stillesittingen assosieres ofte med inaktivitet (Jakes, Day, Khaw, Luben, Oakes, & Welch, 2003). Av den grunn vil elevene som bruker mer tid foran skjermen være mindre aktive, noe som kan påvirkes deres aktivitetsnivå, dermed kan det vanskelig å oppfylle norske anbefalinger for fysisk aktivitet.

Studiens funn viser også at elever i idrettsgledegruppen generelt sett er mer fysisk aktive enn elevene i bevegelsesgledegruppen. Dette ser vi tydelig også under de ulike fasene i stadiemodellen der idrettsgledegruppen har i gjennomsnitt et høyere aktivitetsnivå enn bevegelsesgledegruppen (Tabell 3). Under opprettholdelsesfasen er det flere elever fra idrettsgledegruppen som har vært regelmessig fysisk aktive lengre enn et halvt år enn fra bevegelsesgledegruppen. Det å være fysisk aktiv i ungdomsalder kan ha en betydning for ungdommenes fysiske aktivitetsnivå. Tidligere funn har vist at de som har drevet med organisert idrett i ung alder, vil mest sannsynlig fortsette å være regelmessig fysisk aktive også i voksen alder (Jose, et al., 2011; Kjønnsniksen, Anderssen, & Wold, 2009; Mäkinen et al.,

2010; Scheerder et al., 2006). Samtidig kan lav deltakelse i idrett i ungdomstiden føre til fysisk inaktivitet senere i livet (Tammelin, Näyhä, Laitinen, Rintamäki, & Järvelin, 2003).

I Scheerder et al., (2006) sin studie ble det undersøkt i hvilken grad fysisk aktivitet på fritiden i en voksen alder kunne forklares ut ifra tidligere idrettserfaringer. Funnene viste at deltakelse i idrett i ung alder var en bedre indikator for fysisk aktivitet i voksen alder enn foreldrenes sosioøkonomiske status eller utdanningsnivå. Ut ifra dette kan vi anta at idrettsgledeselevers aktivitetsnivå kan ha betydning for deres aktivitetsvaner i voksen alder.

I en longitudinell studie med 38 års oppfølgingstid hvor respondentene ble fulgt fra de var 15 år, viste resultatene at tidligere idrettserfaringer og karakter på kroppsøvningsfaget var signifikant assosiert med aktivitetsvaner senere i livet (Engström, 2008). En annen 31 års longitudinell studie gjennomført av Tammelin et al., (2003) viste at et høyt aktivitetsnivå var assosiert med karakter på kroppsøvningsfaget og deltakelse i idrett to ganger i uker. Med bakgrunn i dette vil resultatene fra (Engström, 2008) og (Tammelin et al., 2003) kunne ha betydning for hvordan elevens aktivitetsnivå i min studie kan være assosiert med aktivitetsvaner i voksen alder.

Både Trost (2004) og Dowling (2010) argumenterer at læreplanen legger mer vekt på den tradisjonelle idretten, og mye undervisning i idrett vil være et hinder for at kroppsøvningsfaget skal fremme fysisk aktivitet. Tradisjonelle idretter kan føre til at mange elever ikke deltar i idrettsaktivitetene, og av den grunn kan det bli vanskelig å oppnå en god helse (Trost, 2004). Videre påpeker Dowling (2010) at mye fokus på den tradisjonelle idretten kan skape lite rom for at elevene skal utvikle seg alene, samt kan ha negativ påvirkning på forholdet mellom fysisk aktivitet og god helse. Større fokus på den tradisjonelle idretten kan også være med å påvirke unge til å ha mindre positive erfaringer knyttet til bevegelse og fysisk aktivitet (Trost, 2004). Dette kan sees i sammenheng med studiens funn som viser at de fleste velger bevegelsesgledemodellen enn idrettsgledemodellen (Tabell 1).

Undersøkelsen i min studie ble gjennomført i begynnelsen av skoleåret og vi kan derfor bare anta hva årsaken til at elevene velger bevegelsesgledemodellen framfor den andre modellen er. Bevegelsesgledemodellen er mer knyttet til frie aktiviteter, har lavere terskel og teknikk er mindre viktig. Idrettsgledemodellen er derimot mer rettet mot den tradisjonelle idretten, hvor teknikk, aktivitetsferdigheter og fysiske prestasjoner anses som viktig. For noen elever kan dette oppleves som utfordrende og uoppnåelig, noe som kan være med å påvirke at de heller velger å delta i frie aktiviteter enn i de tradisjonelle idrettsaktivitetene.

Selv om det er færre elever som velger idrettsglede modellen er de mer fysisk aktive enn de som velger bevegelsesglede modellen. Det å være regelmessig fysisk aktiv er helsefremmede. I andre studier er det påvist at unge som deltar i idretter hvor det stilles høye krav til aerob utholdenhet, har større evne til å være i aktivitet over lengre tid med relativt høy intensitet enn de som ikke deltar i tilsvarende idrettsaktivitet (Unnithan, Timmons, Brogan, Paton, & Rowland, 1996; Baltaci & Ergun, 1997). Dette kan ha en stor betydning for å oppnå en god helse.

Videre legger Ennis (2011) vekt på viktigheten av motorisk kompetanse framfor kroppsøvingsfagets rolle i helsefremmede arbeid. Tidligere i teorien kommer tydelig fram at gjennom kroppsøvingsfaget skal elevene etablere grunnleggende ferdigheter samt, utvikle motorisk kompetanse innen fysisk aktivitet, noe som spiller en viktig rolle først som ungdom, deretter som voksen. (Ennis, 2011; Tinning, 2007; Barnett et al., 2009; Lopes, et al., 2012; Lubans et al., 2009; Stodden et al., 2008). Videre i teorien påpekes også at utvikling av motoriske ferdigheter i barndommen kan føre til aktiv deltakelse i fysisk aktivitet og i ulike idretter i ungdomstiden (Ridgway et al., 2009). I tråd med dette vil stabil deltakelse gjennom barne- og ungdomsårene ha en stor påvirkning om man blir fysisk aktiv også som voksen (Telema et al., 2006). Ut ifra disse studiene kan man anta at idrettsgledeelever som er mer fysisk aktive vil mest sannsynlig vedlikeholde bevegelseskompetansen og motoriske ferdigheter også i voksen alder.

Selv om vi har en skjev fordeling i forhold til kjønn i studiens undersøkelse, der jenter utgjør flertallet i studiens utvalg, viser det seg at gutter generelt sett er mer fysisk aktive enn jenter. Dette kommer fram i resultatene fra stadiemodellen hvor det vises en tendens til forskjeller mellom kjønn i begge gruppene. I *vedlikeholdsfasen* «For tiden er jeg fysisk aktiv og har vært det lengre enn 6 mnd» oppga guttene høyere prosent (39) enn jentene (21) (Tabell 3). Dette kan sees i sammenheng med resultatene knyttet til norske funn i European Youth Heart Study (Klasson - Heggebø, 2003) og i Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag (Hunt, 2006-2008), der gutter er mer fysisk aktive enn jenter.

Resultatene i figur 8 viser at flere jenter enn gutter i idrettsgledegruppen bruker *Moped, motorsykler og scooter* som transportmiddel til og fra skolen. Tidligere teori viser at kun halvparten av landets 15 åringer følger de nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet (Andersen et al., 2008). Tallet har sunket ytterlig i de siste årene der kun 58 prosent av guttene og 43 prosent av jentene oppfyller anbefalt tidsbruk for fysisk aktivitet (St. meldingen

34, 2012-2013). Dette skyldes at dagens samfunn stiller mindre krav til å være fysisk aktiv (Kolle, Steene- Johannesen, Klasson-Heggebø, & Andreassen, 2009). Med bakgrunn i dette finnes det sammensatte årsaker som kan knyttes til ulike livsvaner og fritidsaktiviteter, blant annet transport fram og tilbake til skolen i form av motoriserte transportmidler, økt stillesitting på skole og ved transport, samt økt bruk av PC og mobil (Anderssen et al., 2008; Helsedirektoratet 2009; St. meld nr.34, 2012-2013).

Resultatene i tabell 2 viste også en klar forskjell der gutter totalt sett er mer fysisk aktive enn jenter både i idrettsglede- og bevegelsesgruppen. Tidligere studier (Bauman et al., 2012; Biddle et al., 2011, & Hallal et al., 2012) viser at jenter er mindre fysisk aktive enn gutter. Resultatene fra studien til Kjønneksen et al., (2009) viste at det var en korrelasjon mellom deltakelse i organisert idrett i ung alder og frekvensen av fysisk aktivitet i voksen alder, og en sterkere korrelasjon blant guttene, enn blant jentene. Dette kan tyde på at gutter både i idrettsglede- og bevegelsesgruppen kan ha større sannsynlighet til å være mer fysisk aktive enn jenter også i voksen alder.

7.3 Sammenhengen mellom mestringsforventning og studiens andre variabler

Regresjonsanalysen (Tabell 6) viste at i hvilken grad elever liker kroppsøvfingsfaget var positivt assosiert med mestringsforventning. Det betyr at elevene som liker kroppsøvfingsfaget opplever høyere mestringsforventning, og at grad av tilfredshet øker med økende grad av mestringsforventning. Hensikten i Flagstad (1996) sin kvantitative studie var å identifisere faktorene som påvirket elevens trivsel i kroppsøvfingsfaget. Opplevelse av mestring, kroppsøvfingslæreren, opplevelsen av egen kropp og felles kroppsøvfingsundervisning var noen av de faktorene som ble fremhevet og var avgjørende for hvordan elevene trivdes i kroppsøvfingsfaget (Flagstad, 1996).

I Flagstads (1996) studie var opplevelse av mestring en avgjørende faktor for hvordan elevene trivdes i kroppsøvfingsfaget. Dette handler om at trivsel kan være med å styrke mestringsopplevelsen i kroppsøvfingsfaget. Ser man Flagstads funn opp mot funnene fra min studie vil elevenes trivsel i kroppsøvfingsfaget kunne ha betydning for deres mestringsforventning.

En annen studie som ble gjennomført blant elever fra videregående skoler, hadde som formål å finne ut hvilke hendelser i kroppsøvfingsfaget elevene opplevde som «gode» og «mindre gode» ut ifra elevens beskrivelser (Hallum, 1984). Med bakgrunn i dette ville Hallum (1984) belyse hvilke aktiviteter som førte til trivsel og mistrivsel i kroppsøvfingsfaget. Ut ifra elevens

beskrivelser viste seg at de «gode» opplevelsene hadde en sammenheng med aktiviteter som ble oppfattet som morsomme, dermed fikk de en høyere mestringsfølelse. Derimot hadde elevenes «mindre gode» opplevelser en assosiasjon med de aktivitetene som ble oppfattet som vanskelige, som dermed førte til en opplevelse av lavere mestringsfølelse (Hallum, 1984). Ifølge Bandura (1997) er selve mestringsopplevelsen knyttet nært til den aktiviteten man vil styrke, og positive erfaringer innenfor et område vil senere også styrke forventning om mestring innenfor samme område. Denne studien anser jeg som relevant for å kunne se ut ifra elevens perspektiv hvilke faktorer som er knyttet til deres opplevelser i kroppsøvfingsfaget er avgjørende for deres trivsel, noe som kan ha betydning for deres mestringsforventning.

Resultatene av den multiple regresjonsanalysen (Tabell 6) viste også at deltakelse i kroppsøvfingsfaget i det nåværende skoleåret hadde en signifikant sammenheng med mestringsforventning. Det betyr at elever som har en høy deltakelse i kroppsøvfingsfaget vil oppleve høyere grad av mestringsforventning. Lignende resultater finner vi i rapporten til Jackson, Whipp, Chua, Dimmock, & Hagger (2013) der lærerne var med å bygge opp et relasjonsstøttende miljø i kroppsøvfingsfaget, som bidro til en sterkere mestringsstro blant elevene og de fikk større tro på seg selv. Dette ga økt motivasjon til å delta i kroppsøvfingsfaget, samt mer tilhørighet til medelever og lærere. Med bakgrunn i dette påpeker Utdanningsdirektoratet (2012) også at kroppsøvfingsfaget skal gi et godt utgangspunkt for å kunne oppleve mestring ut ifra elevens forutsetninger.

Videre påpeker How, Whipp, Dimmock & Jackson (2013) i sin studie at større valgmuligheter i kroppsøvfingsfaget kan føre til større engasjement, samt styrke elevens indre motivasjon. Å ha fokus på å fremme positive holdninger knyttet til kroppsøvfingsfaget og individuell utvikling i motivasjonsklima har stor betydning for elever i ungdomstiden (Bryan & Solmon, 2012). Av den grunn legger Arnold (1980) frem at gjennom kroppsøvfingsfaget skal elevene kunne oppleve mestring, glede og inspirasjon ved å delta i ulike typer aktiviteter. Noen studier viser at lav begeistring og mistrivsel for kroppsøvfingsfaget samsvarer med lav eller manglende deltakelse i organisert idrett, samt et lavt aktivitetsnivå blant ungdom (Ommundsen & Kvalø, 2007; Flagestad & Skisland, 2002; Wang & Biddle, 2001; Boström, 2001). Grad av tilfredshet og deltakelse anses derfor som viktige komponenter i kroppsøvfingsfaget, og disse kan ha en signifikant betydning i elevens mestringsforventning.

Videre viste regresjonsanalysen at antall timer i uken elever driver med mosjon/idrett utenom skolen hadde en signifikant sammenheng med mestringsforventning. Det vil si at elever som

driver med mosjon/idrett i fritiden vil oppleve høyere grad av mestringsforventning. Dette gjenspeiles i Jackson et al., (2013) og Ommundsen & Kvalø (2007) sine funn som viser en sammenheng mellom fysisk aktivitet utenom skolen og elevens indre motivasjon for kroppsøvningsfaget. I tråd med dette kan den subjektive mestringssevnen spille en viktig rolle når det gjelder menneskers motivasjon (Bandura, 1998). Resultatene fra Jackson et al., (2013) og Ommundsen & Kvalø (2007) kan ha betydning for hvordan elever i min studie opplever kroppsøvningsfaget, det vil si at ved å være mer fysisk aktive kan elevene oppleve høyere mestringsforventning.

Den andre multiple regresjonsanalysen (Tabell 7) viste at variablene *bevegelsesglede*, *i hvilken grad elever liker kroppsøvningsfaget*, *antall timer i uker elever driver mosjon/idrett utenom skolen* og *HRLK* var assosiert med mestringsforventning.

I motsetning til den første multiple regresjonsanalysen (Tabell 6), viste den andre regresjonsanalysen (Tabell 7) at kroppsøvningsretningen bevegelsesglede hadde en signifikant og positiv sammenheng med mestringsforventning. Dette betyr at elever som velger bevegelsesgledegruppen kan oppleve høyere grad av mestringsforventning enn elevene idrettsgledegruppen. Regresjonsanalysen viste også at elever som valgte idrettsglede ikke hadde en positiv sammenheng med mestringsforventning.

I tillegg viste resultatene fra korrelasjonsanalysen som ble utført i bevegelsesgledegruppen at mestringsforventning hadde en svak men positiv sammenheng med selvrapportert fysisk aktivitet. Det betyr at elevene i bevegelsesgruppen opplever en høyere mestringsforventning jo mer fysisk aktive de er. Dette gjelder ikke for elevene i idrettsgledegruppen.

Antageligvis kan dette knyttes opp mot de ulike intensjoner disse modellene har.

Bevegelsesgledemodellen bidrar til økende bevissthet om de positive helseeffektene knyttet til fysisk aktivitet og gir elevene gode opplevelser, noe som kan påvirke mestringsforventning positivt. I denne modellen er det mindre fokus på teknikk i motsetning til idrettsgledegruppen, noe som øke elevens mestringsforventning. I følge Bandura (1997) kan skoleelever som føler seg trygge på å utføre en oppgave i større grad gjennomføre samme oppgave, han mener videre at mestringsopplevelsene er nært knyttet til den aktiviteten man vil styrke. Det kreves mer innsats og trening fra elevene som velger idrettsgledemodellen, fordi at denne modellen har mer fokus på den tradisjonelle idretten, hvor fysisk prestasjon og ulike treningstester anses som viktig. Det kan tyde på at elevene til en viss grad kan oppleve dette som utfordrende og vanskelig, noe som kan øke usikkerheten og frykten til å gjennomføre oppgaven. I følge

Bandura (1997) vil eleven som har lite erfaring med den aktuelle atferden eller oppgaven ha en betydelig påvirkning på elevens mestringsforventning om den har lite erfaring med den aktuelle adferden eller oppgaven. Fravær av ubehag, muskelspenning, angst, redsel fører til økning av individets mestringsforventning, noe som kan gjøre at individet lykkes med oppgaven (Bandura, 1997; Manger, 2005). Mye fokus på teknikk kan tyde på at elevene idrettsgledegruppen kan i en viss grad oppleve mer presentasjonsangst, noe som kan være med å svekke deres mestringsforventning.

Multiple regresjonsanalysen (Tabell 7) viste også at helserelatert livskvalitet var positivt assosiert med mestringsforventning. Det betyr at høy grad av helserelatert livskvalitet blant elevene vil ha en positiv sammenheng med mestringsforventning. Dette tyder på at elevene som opplever fysisk og mentalt velvære vil også oppleve høyere mestringsforventning, og at grad av helserelatert livskvalitet øker med økende grad av mestringsforventning.

Flere helseatferd-modeller har identifisert mestringsforventning som en variabel i forskning for å gi bedre helseutfall (Champion & Skinner 2008, Montano & Kasprzyk 2008, Prochaska et al., 2008, Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011). Funn fra ulike studier viser at det er positive assosiasjoner mellom mestringsforventning og helserelatert livskvalitet (Scholz et al., 2002; Carlsson et al., 2003; Kreitler et al., 2007). Lignende resultater finner vi i studien fra Kvarme et al (2009) som viser en signifikant sammenheng mellom økende grad av mestringsforventning og økende grad av helserelatert livskvalitet.

Resultatene i regresjonsanalysen viste at selvrapportert fysisk aktivitet (stadiemodellen) ikke hadde en signifikant sammenheng med mestringsforventning, men *antall timer i uker elever driver mosjon/idrett utenom skolen* var assosiert med mestringsforventning. Denne variabelen var også strek knyttet til selvrapportert fysisk aktivitet. Dette kan tyde på en indirekte sammenheng mellom mestringsforventning og selvrapportert fysisk aktivitet.

7.4 Sammenhengen mellom mestringsforventning (MVF), selvrapportert fysisk aktivitet og helserelatert livskvalitet (HRLK)

Resultater fra korrelasjonsanalysen for hele utvalget (Tabell 5) viste at mestringsforventning hadde en positiv sammenheng med både HRLK og selvrapportert fysisk aktivitet. Det betyr at jo bedre helserelatert livskvalitet og mer fysisk aktive elevene er, desto høyere mestringsforventning opplever de, og vice versa. Dette kan sees i sammenheng med Perry et al (2012) og Van Stralen, Yildirim, Velde, Burg, Van Mechelen & Chinapaw (2011) som

fremhever at mestringsforventning i ulike intervensjonseffekter kan være en faktor som påvirker til økt fysisk aktivitet blant ungdom. I tråd med dette, viser tidligere studier at mestringsforventning er sterkt assosiert til fysisk aktivitet i ungdomstiden (Sallis et al., 1999), og at den også kan være en oppmuntrende sosial kontekst som er gunstig for fysisk aktivitet (Losekama et al., 2010). Disse funn samsvarer godt med mine funn om at elevens fysiske aktivitet anses som viktig komponent for mestringsforventning.

Mine funn viste at mestringsforventning også hadde en sammenheng med helse relatert livskvalitet for hele utvalget. Det samme resultatet kom fram også i korrelasjonsanalysen som ble utført både for idrettsgledegruppen og bevegelsesgledegruppen. Dette kan knyttes opp til funn fra Kvarme et al (2009) studie som viser en signifikant sammenheng mellom økende grad av mestringsforventning og økende grad av helse relatert livskvalitet. Her påpekes også at mestringsforventning kan være en ressurs for å øke helse relatert livskvalitet blant skolebarn. Av den grunn kan elevens mestringsforventning ha betydning for deres mentale og fysisk velvære, helse relatert livskvalitet.

Ut ifra korrelasjonsanalysen i bevegelsesgruppen kan vi se en tendens til at selvrappert fysisk aktivitet har en signifikant positiv sammenheng med helse relatert livskvalitet. Dette tyder på at jo mer fysisk aktive elevene i bevegelsesgledegruppen er, desto høyere helse relatert livskvalitet har de i motsetning til idrettsgledegruppen. Disse funn kan relateres til tidligere forskning som støtter antagelsen om at selvrappert fysisk aktivitet har et positivt forhold til helse relatert livskvalitet (Emanu, Degerstrøm, Wilsgaard, Hansen, Dieli-Conwright, Furberg, Pettersen, Andersen, Eggen, Bernstein, & Thune, 2010; Brown, Balluz, Heath, Moriarty, Ford, Giles, & Mokdad, 2003; Bize, Johnson, & Plotnikoff, 2007; Rejeski, Brawley, & Shumaker, 1996; Vuillemin, Boini, Bertrais, Tessier, Oppert, Herberg, Guillemin, & Briancon, 2005; Brown, Brown, Heath, Balluz, Giles, Ford, & Mokdad, 2004; Kim, Choi, & Davis, 2010). I teorien trekker Helseth (2009) og Helseth & Misvær (2010) fram at et godt og positivt selvbilde og gode venns relasjoner har stor betydning for ungdommens helse relaterte livskvalitet. Videre påpeker Ommundsen at velutviklet bevegelseskompetanse kan i form av motoriske ferdigheter ha stor betydning for varige bevegelseslyst, deltakelse i skolen og personlighetsutvikling (Ommundsen, 2008 a) (Ommundsen, 2013). Ut ifra dette kan vi si at fysisk aktivitet kan knyttes til ungdommens utvikling både personlig og sosialt, noe som videre kan knyttes til helse relatert livskvalitet. Samtidig er det viktig å nevne at fysiske motoriske ferdigheter ikke bør forstås i begrenset forstand som kun de tradisjonelle idrettslige ferdighetene, men en slik bevegelseskompetanse

må også relateres til elevenes bevegelseserfaringer og deres sosiale og kulturelle karakteristika i møte med skolen (Evans, 2004; Larsson & Quennerstedt, 2012).

7.5 Metodiske utfordringer

Ved bruk av tverrsnittstudie som design kan vi kun si noe om assosiasjoner mellom mestringsforventning, helse relatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet hos de yrkesfaglige elevene. Dermed vil man ikke kunne forutsi noe om årsakssammenheng eller endringer over tid og dette på grunn av det valgte statistiske verktøyet.

I følge Polit & Beck (2014) er det avgjørende at utvalget er blitt valgt ut tilfeldig, for at det skal være representativt for hele populasjonen. Innenfor kvantitativ forskning er utvalgets størrelse ofte en utfordring for forskeren, og ofte kan et stort utvalg øke muligheten for at utvalget er representativt for hele populasjonen (Polit & Beck, 2014). Wahl & Hanestad (2004) mener at det er viktig å påpeke at inkludering av mange deltakere i studien vil ha betydning for studiens problemstilling. Hvis man skal generalisere funnene er det viktig at man har en relativ høy svarprosent og ifølge Fowler (2009) er 75% en god svarprosent. Studiens svarprosent var 82 %, og dette anses som tilfredsstillende (Baruch, 1999). Deltakerne svarte på et spørreskjema i august 2013 (pre- test) og i mai 2014, (post - test). Postdataen ble ikke benyttet i studien på grunn av lav deltakelse, en hel idrettsglede- klasse ikke deltok i datainnsamlingen. Dette vil kunne redusere muligheten til å se effekten av intervensjonsmodellene ved kroppsøvfingsfagets slutt.

Med tanke på generalisering kan resultatene overføres til andre videregående skoler som har et homogent system. I denne studien vil generalisering være aktuelt hvis utvalget ble valgt ut tilfeldig fra hele populasjonen, og ifølge Wahl & Hanestad (2004) kan populasjon være ungdommer fra en bestemt kommune eller ungdommer fra hele Norge. Det har blitt tatt i betraktning noen begrensinger knyttet til deltakelse i studien og fordeling av kjønn hos elevene som valgte retningene «idrettsglede» og «bevegelsesglede». Det ble observert en skjev fordeling knyttet til kjønn; (77,9 % n = 141) jenter versus (22,1 % n = 40) gutter. Siden jenter var i flertall var det begrensende hvor mye man kunne sammenligne utvalget i forhold til kjønn. Det var også en skjev fordeling i kroppsøvfingsdeltakelse hvor av 70,2 % (n = 127) elevene valgte «bevegelsesglede» retningen, mens 29,8 % (n = 54) valgte «idrettsglede» retningen. Dette kan være med å redusere mulighetene og en utfordring knyttet til generalisering av funnene.

Videre har en tversnittstudie begrensinger når det gjelder tolking av dataene. Dataene er blitt basert på tidligere validerte spørreskjemaer og utvalgte instrumenter er i samsvar med studiens mål, noe som styrker funnenes gyldighet. Det kan være visse svakheter ved å benytte seg av spørreskjemaet som metode. Hvordan ungdommene tolker og oppfatter spørsmålene kan være vanskelig å kontrollere, og forekomsten av disse type feil kan være med å svekke dataens gyldighet. For å unngå disse type feil, fikk elevene tilbud om hjelp av både lærere, masterstudentene og prosjektmedarbeidere til å forklare hvis noe var vanskelig å forstå for dem. Det har blitt benyttet både lukkede og åpne spørsmål i studiens spørreskjema. Svakheten ved å bruke lukkede spørsmål er at respondenten ikke vil få mulighet til å gi et utfyllende svar, og forskeren vil kun fange opp informasjonen ut ifra svaralternativene som foreligger (Ringdal, 2001; Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010).

Gjennom åpne spørsmål får forskeren mer utfyllende informasjon, men ulempen ved dette er at respondenten må være oppfordret eller motivert for å svare slike spørsmål (Johannessen et al., 2010; Polit & Beck, 2014). De fleste elevene har svart på spørsmålene i spørreskjemaet, men en viss prosent av elevene har svart «vet ikke» ved flere valgalternativer og dette kan være med å svekke dataens funn. Av den grunn blir det en begrensing på hvor mye man kan kontrollere og unngå disse type feil. Utfordringen her kan også være at eleven velger det som er enklest å svare, eller noen «krysser noe bare for å krysse noe».

Selvrapportert fysisk aktivitet ble målt med både spørreskjema «Aktiv ungdom Med Overskudd» (AUO) (Torstveit & Stea, 2010) og stadiemodellen som er den eneste variabelen med en fem - punkts skala. Modellen har blitt presentert i ulike tidligere forskning, og i den praktiske tilnærmingen er den brukt som teoretisk bakgrunn for endring av atferd. På grunn av en lik fordeling mellom svaralternativene i spørreskjemaet ble stadiemodellen presentert som en kontinuerlig variabel. Stadiemodellen virker lovende for bruk i forskning innenfor fysisk aktivitet, og den kan også brukes i kombinasjon med andre teoretiske modeller hvor hensikten er å endre helseatferd (Ommundsen et al., 2009).

For å øke studiens gyldighet og pålitelighet, ble det i denne studien benyttet et standardisert spørreskjema. Helsereelatert livskvalitet ble målt med KIDSCREEN – 10 (Ravens-Sieberer et al., 2014). Spørreskjemaet har tilfredsstillende reliabilitet og validitet, både nasjonalt og internasjonalt, i forhold til sin egnethet på kartlegging av barn og ungdom i alderen 8-18 (Haraldstad, et al., 2011a; Ravens-Sieberer et al., 2010; Ravens-Sieberer et al., 2014). I følge publiserte scoring prosedyrer, ble en generell indeks utført for å analysere helsereelatert

livskvalitet. I denne studien var Cronbachs alphas HRLK indeksen 0,73 og det regnes som tilfredsstillende (Fayers & Machin, 2009). Til tross for dette er det vanskelig å finne noen standardiserte grenseverdier når det gjelder KIDSCRREN som sier hva som kan være god eller dårlig helse relatert livskvalitet (Ravnes- Sieberer et., 2010).

Mestringsforventning ble målt med General Self-Efficacy Scale (GSE) (Schwarzer, 2014). Det originale mestringsforventnings spørreskjema er blitt testet i flere forskningsstudier og har vist seg til å være både pålitelig og ha høy grad av validitet (Schwarzer 1995) blant annet også i norsk studie (Kvarme et al., 2009). Måling av elevens mestringsforventning er verdifull informasjon om de indre verdier og tanker som kan føre til vanskeligheter med å gi faglig presisjon. Likevel, selv om konseptet er komplekst og vanskelig å undersøke, bør det fortsatt studeres (Gabrielsen, 2012). Det teoretiske rammeverket som er knyttet til mestringsforventning er avgjørende for å øke begrepsvaliditet, spesielt fordi det er den avhengige variabelen i studien. For å kunne sikre høy grad av begrepsvaliditet er blitt gjort en kritisk gjennomgang av tidligere begrepslitteratur. I tillegg ble det gjort en vurdering på hvilke typer begreper som var knyttet til og tilhørte studiens tema og utvalg, yrkesfaglige elever.

7.5.1 Prosedyre av datainnsamling

Ved bearbeiding og utvikling av spørreskjemaet med flere svaralternativer, er det viktig at hver subjektiv studie er i stand til å identifisere seg selv med et rimelig svar som ikke er i konflikt med sannheten (Polit & Beck, 2014). Studiens spørreskjema er basert på selvrapporing. I følge Polit & Beck (2014) er det gjennom selvrapporing vi kan få informasjon om respondentens erfaringer, aktiviteter og ulike hendelser som skjer nå eller i fremtiden. Ved bruk av selvrapporingens spørreskjemaer kan vi alle ha en tendens til å fremstille oss selv på en best mulig måte. Dette refereres til deltakerne som kan forvreng sine meninger ved å rapportere under eller over et tak slik at svaret kan være i tråd med de normene som er sosialt akseptert (Polit & Beck, 2014). Dette problemet øker spesielt innenfor kroppsøvingfaget, hvor målet er å øke fysisk aktivitetsnivå og bidra til gode aktivitetsvaner (Brener, Billy, & Grady, 2003). Dermed kan det være et problem knyttet til responsen man forventer i denne studien, for eksempel en økning av fysisk aktivitet på grunn av sosiale forventninger.

I følge Fayers & Machin (2007) kan måten vi samler data inn på være med å påvirke studiens validitet. I ulike undersøkelser kan det i en viss grad forekomme både systematiske og

tilfeldige målefeil. Tilfeldige målefeil påvirker reliabiliteten, mens de systematiske målefeilene går ut over validiteten (Wahl & Hanestad, 2004.)

Ved innsamling av data er det viktig å sikre konfidensialitet av respondentene og skape en ikke-dømmende atmosfære (Polit & Beck, 2014). I likhet med hva Podsakoff, Mackenzie, Lee, Podsakoff, & Zedeck (2003) påpeker, skal forskeren informere om at det er ingen dårlige svar, og at respondentene skulle svare så ærlig som mulig. Videre er det viktig å fremheve at svarene var anonyme. Fordelen med å gjennomføre en skoleundersøkelse kan være at man får en høy svarprosent som kan styrke studien, samt at alle deltakerne får lik informasjon.

Datainnsamlingen ble gjennomført på to ulike skoler og vi sørget for at alle elevene fikk en standardisert introduksjon. Gjennomføringen ble observert fra både prosjektmedarbeidere, lærere og masterstudentene. Dette forsikret at undersøkelsen ble gjennomført individuelt og kan dermed bidra til å unngå tilfeldige og systematiske målefeil.

8 Konklusjon og implikasjoner for veien videre

Det er godt kjent at grunnlaget for et sunt liv og god helse etableres tidlig i barneårene og har en stor betydning senere livet, først som ungdom og deretter som voksen. Forskning har hatt i de siste årene mer fokus på positive effekter av fysisk aktivitet blant ungdom. Å utforske sammenhengen mellom mestringsforventning, helserelatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet er et viktig bidrag i forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeid.

Denne studien viser at yrkesfaglige elever rapporterer om god helserelatert livskvalitet og elevene i idrettsgledegruppen har høyere helserelatert livskvalitet enn de i bevegelsesgledegruppen. Det vil være viktig å fokusere på å lære ungdom hvordan de kan identifisere faktorer som kan styrke og være med på å fremme helserelatert livskvalitet.

De fleste av yrkesfaglige elevene er fysisk aktive og idrettsgledeelever er mer fysisk aktive enn de i bevegelsesglede. Til tross for dette viser resultatene en økende stillesitting blant elevene, noe som tyder på at det er en betydelig del som ikke er fysisk aktive, minst 60 minutter daglig ifølge norske anbefalinger. Å se viktigheten av fysisk aktivitet til å fremme en sunn og aktiv livstil vil bidra til økt fokus og satsing i det forebyggende helsefremmende arbeid for ungdom.

Hovedfunnene i denne studien viser tydelig en sammenheng mellom mestringsforventning, helserelatert livskvalitet og selvrapportert fysisk aktivitet. Grad av tilfredshet, deltakelse i kroppsøvingfaget og antall timer med mosjon/idrett var også assosiert med høy mestringsforventning. Sett i et folkehelseperspektiv handler dette om å ha troen på egen mestringssevne, oppleve fysisk og mentalt velvære, samt ha en fysisk aktiv livstil, noe som spiller en viktig rolle for ungdommens helse.

Mine funn viser i tillegg at elever i bevegelsesgledegruppen opplever høyere mestringsforventning, men er mindre fysisk aktive enn elever i idrettsgledegruppen. Etablering av sunne vaner og god helse hos elever i ungdomsårene kan ha betydning for fremtidig arbeidsliv, kompetanse som foreldre, og dermed påvirke sosiale ulikheter i befolkningens helse.

Viktigheten og kombinasjonen av disse tre begrepene bør øke satsingen for fremtidig forskning. For å få en helhetlig forståelse for hvordan man kan forbedre HRLK, øke mestringsforventning og fysisk aktivitet bør forskning innenfor dette feltet satse på

longitudinelle studier. Dette for å kunne se på og si noe om effekten av de ulike intervensjonsmodellene i kroppsøvfingsfaget over lang tid. Denne studien kan bidra til en bedre forståelse og mer kunnskap om elevene innenfor de to intervensjonsmodellene, særlig knyttet til betydningen av mestringsforventning, helserelatert livskvalitet og fysisk aktivitet. En kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ tilnærming vil øke muligheten for å kunne få dypere forståelse om elevens erfaringer og opplevelser knyttet til kroppsøvfingsfaget.

Litteraturliste

- Allison, R. K., Dwyer, M. J. J., & Makin, S. (1999). Self-Efficacy and participation in vigorous physical activity by high school students. *Health Education Behavior*. Vol. 26 no. 1 12-24 doi:10. 1177/10901981990260010
- Anderson, C.B., Hughes, S.O., & Fuemmeler, B. F. (2009). Parentchild attitude congruence on type and intensity of physical activity. *Testing multiple mediators of sedentary behavior in older children*. *Health Psychology*, 28:428–438.
- Anderssen, S. A., Kolle, E., Steene-Johannessen, J., Ommundsen, Y., & Andersen, L. B. (2008). Fysisk aktivitet blant barn og unge i Norge. *En kartlegging av aktivitetsnivå og fysisk form hos 9- og 15-åringene* [Physical activity among children and young people in Norway: Results from a survey among 9 and 15 year old children]. Oslo: Helsedirektoratet.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A., & Lev, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask - Unraveling the mystery of health: to withstand stress and stay healthy*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen* (A. Sjøbu, Oversetter.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Arnold, P. J. (1980). Movement, physical education and the curriculum. *Physical Education Review*, 3(1), 14-17.
- Baltaci, G., & Ergun, N. (1997). *Maximal oxygen uptake in well-trained and untrained 9 – 11 year-old children*. *Ped Rehab*; 1: 159 – 62.
- Bandura, A. (1997). *Selv efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1998). Personal and collective efficacy in human adaptation and change. I J. G. Adair, D. Belanger, & K. L. Dion (Eds.), *Advances in psychological science: Personal, social and cultural aspects* 1, 51-71. Hove, UK: Psychology Press.
- Barnett, L. M., Van Beurden, E., Morgan, P.J., Brooks, L.O., & Beard, J. R.(2009). *Childhood motor skill proficiency as a predictor of adolescent physical activity*. *Journal of Adolescent health*, 3, 44, 252-259.
- Baruch, Y. (1999). Response rate in academic studies-A comparative analysis. *Human relations*, 52(4), 421-438.
- Bauman, A. E., Reis, R. S., Sallis, J. F., Wells, J. C., Loos, R. J. F., & Martin, B. W. (2012). Correlates of physical activity: *Why are some people physically active and others not?* *Lancet*, 380(9838), 258-271. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60735-1
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode: med etikk og statistikk. Research Method of ethics and statistics*. (Second ed.). Det Norske Samlaget.

- Bell, N. (2008). Ethics in child research: rights, reason and responsibilities. *Children's Geographies*, 6(1), 7-20. doi: 10.1080/14733280701791827
- Biddle, S.J.H., Atkin, A.J., Cavill, N., & Foster, C. (2011). Correlates of physical activity in youth: a review of quantitative systematic reviews. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 4(1), 25-49.
- Biddle, S. J. H., & Asare, M. (2011). *Physical activity and mental health in children and adolescents*. A review of reviews. Vol. 45, pp. 886-895.
- Bircher J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Med Health Care Philos.* 8(3):335-41.
- Bisegger, C., Cloetta, B., Von Rueden, U., Abel, T., & Ravens-Sieberer, U. (2005). Health-related quality of life: gender differences in childhood and adolescence. *Soz Preventive Medicine*, 50(5), 281-291.
- Bize, R., Johnson, J.A., & Plotnikoff, R.C. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Preventive Medicine*. 45: 401-415.
- Boorse C. (1977) Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 44, 542-573.
- Boström, L. (2001). Fra undervisning til læring. Oslo: Kommuneforlaget.
- Breidablik, H. J., & Meland, E. (2001). Mørke skyer i horisonten-utviklingstrekk i selvopplevd helse under oppveksten. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 121(8), 970-972.
- Breivik, G, & Rafoss, K. (2012). Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet – en oppdatering og revisjon IS- 0366 Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-omfang-tilrettelegging-og-sosial-ulikhet-en-oppdatering-og-revisjon.pdf>
- Brener, N. D., Billy, J. O. G., & Grady, W. R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health*, 33(6), 436-457. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X\(03\)00052-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1054-139X(03)00052-1)
- Brown, D.W., Balluz, L.S., Heath, G.W., Moriarty, D.G., Ford, E.S., Giles, W.H., & Mokdad A.H. (2003). Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Behavioral risk factor surveillance system (BRFSS) survey. *Preventive Medicine*.37: 520-528.
- Brown, D.W., Brown, D.R., Heath, G.W., Balluz, L., Giles W.H., Ford, E.S., & Mokdad, A.H. (2004). Associations between Physical Activity Dose and Health-Related Quality of Life. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 36 (5): 890-896.
- Brown, T. D. (2013). A vision lost? (Re) articulating an Arnoldian conception of education in movement in physical education. *Sport, Education and Society*, 18, 21-37.
- Bryan, Ch., L., Solmon, A.M. (2012). Student motivation in physical education and engagement in physical activity. *Journal of Sport Behavior*, Vol.35(3), p.267(19)

- Bungum, T.J., & Vincent, M. L. (1997). Determinants of physical activity among female adolescents. *Am J Preventive Medicine* 13(2):115-122.
- Busch, V., Manders, L. A., & de Leeuw, J. R. (2013). Screen time associated with health behaviors and outcomes in adolescents. *Am J Health Behav*, 37(6), 819-830. doi: 10.5993/ajhb.37.6.11
- Buttitta, M., Iiescu, C., Rousseau, A., & Guerrien, A. (2014). Quality of life in overweight and obese children and adolescents: a literature review. *Quality of life research: An International Journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 23(4), 1117-1139. doi: 10.1007/s11136-013-0568-5
- Calfas, K., Sallis, J., Oldenburg, B., French, M. (1997). Mediators of change in physical activity following an intervention in primary care: PACE. *Preventive Medicine* 26:297-304.
- Champion V.L. & Skinner C.S. (2008). The health belief model. In *health behavior and health education*, 4th edn (Glanz K., Rimer B.K. & Viswanath K., eds), Jossey-Bass, San Francisco: CA, pp. 67–96.
- Carlsson, A. H., Bjorvatn, C., Engebretsen, L. F., Berglund, & G., Natvig, G. K. (2003). Psychosocial factors associated with quality of life among individuals attending genetic counseling for hereditary cancer. *J Genet Couns*, 13:425-445.
- Cavallo, F., Zambon, A., Borraccino, A., Raven-Sieberer, U., Torsheim, T., & Lemma, P. (2006). Girls growing through adolescence have a higher risk of poor health. *Qual. Life Res*, 15(10), 1577-1585. doi: 10.1007/s11136-006-0037-5
- Craig, S., Goldberg, J., & Dietz, W. (1996). Psychological correlates of physical activity among fifth and eighth graders. *Prev Med*, 25:506–513.
- Dagsland Bakkevig, Å. H., & Einarsen, S. (2005). *Sosialisering av unge til arbeidslivet. Fra Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger*. Einarsen, S., Skogstad, A. (red) Bergen: Fagbokforlaget.
- De Bourdeaudhuij, I., Lefevre, J., Deforche, B., Wihndaele, K., Matton, L., & Philippaerts, R. (2005). Physical activity and psychosocial correlates in normal weight and overweight 11 to 19 year olds. *Obes Res*.13:1097–1105.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deforche, B.I., De Bourdeaudhuij, I. M., & Tanghe, A.P. (2006). Attitude toward physical activity in normal-weight, overweight and obese adolescents. *J Adolesc Health*, 38: 560–568
- Departementene. (2005- 2009). Handlingsplan for fysisk aktivitet- sammen for fysisk aktivitet. Hentet fra: http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Vedlegg/Handlingsplan_2005-2009.pdf
- DiLorenzo, T.M., Stucky-Ropp, R. C., Vanderval, J. S., & Gotham, H. J. (1998). Determinants of exercise among children II: A longitudinal analysis. *Prev Med* 27:470-477.

- Dowling, F. (2010). Fysisk aktivitet og god helse i kroppsøvingsfaget: Problematisk, ikke automatisk. I K. Steinsholt & K. P. Gurholt (Red.), *Aktive liv: Idrettspedagogikk perspektiv på kropp, bevegelse og dannning* (s. 205 – 218). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Dugan, S. A. (2008). Exercise for preventing childhood obesity. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 19(2), 205. doi: 10.1016/j.pmr.2007.11.0017
- Duncan, S .C., Duncan, T. E., Strycker, L.A. (2005). Sources and types of social support on youth physical activity. *Health Psychol.* 24:3–10.
- Edmundson, E., Parcel, G., Feldman, H., Elder, J., Perry, C., Johnson, C., Williston, B., Stone, E., Yang, M., Lytle, L., & Webber, L. (1996). The effects of the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health upon psychosocial determinants of diet and physical activity behavior. *Preventive Medicine* 25:442-454.
- Elstad, J.I. (2008). Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn. Oslo: Helsedirektoratet, IS–1573.
- Engstrom, L. M. (2008). Who Is Physically Active? Cultural Capital and Sports Participation from Adolescence to Middle Age--A 38-Year Follow-Up Study. *Physical Education and Sport Pedagogy*, 13(4), 319-343. doi: 10.1080/17408980802400510
- Ennis, C. D. (2011). Physical education curriculum priorities: Evidence for education and skillfulness. *Quest*, 63(1), 5-18. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1080/00336297.2011.10483659>
- Emanu, N., Degerstrøm, J., Wilsgaard, T., Hansen, B. H., Dieli-Conwright, C. M., Furberg, A. S., Pettersen, S.A., Andersen, L. B., Eggen, A. E., Bernstein, L., & Thune. I. (2010). Does a variation in self-reported physical activity reflect variation in objectively measured physical activity, resting heart rate, and physical fitness? *Scandinavian Journal of Public Health*. 38 (Suppl 5): 105-118.
- Ericson, E., Sollesnes, R., & Langeland, E. (2014). Helse relatert livskvalitet blant ungdom første året i videregående skole. *Sykepleien Forskning* 2014 9(2):152-159. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0089.
- Evans, J. (2004). Making a difference: Education and ability in physical education. *European physical education review*, 10, 95-108.
- Farup, P. G. (2009). Hvordan gjøre opp et klinisk materiale? Epidemiologiske metoder i pasientnær forskning. *Norsk Epidemiologi*, 16(2).
- Fayers, P. M., & Machin, D. (2009). Quality of life: *The assessment, analysis and interpretation of patient - reported outcomes* (Second ed.): Wiley.
- Ferrans, C. E. (1990). Development of quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, supplement (17): 15-19.
- Flagestad, L. (1996). *Trivsel i kroppsøvingsfaget*. En undersøkelse av trivselen i kroppsøvingsfaget blant 7. og 9. klassinger i Kristiansand kommune. Hovedfagsoppgave ved Norges idrettshøgskole. Oslo.

- Flagestad, L., & Skisland, J. O. (2002). Årsaker til mistrivsel i kroppsøving: *Hvem er mistriverne?* Kroppsøving, 52(4), 21-26.
- Folkehelseinstituttet. (2015). Fakta om livskvalitet og lykke. *Forskning på livskvalitet, trivsel og velvære*. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=107961>
- Fowler, Floyd J. (2009). Survey research methods (4th ed. ed.). Los Angeles: Sage.
- Frisén, A. (2007) Measuring health-related quality of life in adolescence. *Acta Paediatrica*. Oslo: 96(7):963-968.
- Frisén, A., & Bjarnelind, S. (2010). Health-related quality of life and bullying in adolescence. *Acta Paediatrica*, 99(4), 597-603. doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01664.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *A lay perspective on health*, 121(30), 3600-3604.
- Frisén, A., & Bjarnelind, S. (2010). Health-related quality of life and bullying in adolescence. *Acta Paediatrica*, 99(4), 597-603. doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01664.
- Gardner, H. (2006). Multiple Intelligences: New horizons. NY: Basic Books.
- Gortmaker, S. L., Lee, R., Cradock, A. L., Sobol, A. M., Duncan, D. T., & Wang, Y. C. (2012). Disparities in Youth Physical Activity in the United States: 2003-2006. *Med. Sci. Sports Exerc.*, 44(5), 888-893. doi: 10.1249/MSS.0b013e31823fb254
- Gabrielsen, L. E., Ulleberg, P., & Watten, R. G. (2012). The Adolescent life goal profile scale: Development of a new scale for measurements of life goals among young people. *Journal of Happiness Studies*, 13(6), 1053-1072. doi: 10.1007/s10902-011-9306-2
- Graf, C., Koch, B., Kretschmann-Kandel, E., Falkowski, G., Christ, H., Coburger, S., Lehmacher, W., Bjarnason-Wehrens, B., Platen, P., Tokarski, W., Predel, H.G., & Dordel, S. (2004). Correlation between BMI, leisure habits and motor abilities in childhood. (CHILT-Project). *Int J Obes*. 28:22–26.
- Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., & Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*, 380(9838), 247-257. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60646-1
- Hallum, H. (1984). Trivsel og mistrivsel i kroppsøvingsundervisning: *En empirisk belysning av hendelser i kroppsøvingsundervisning som elever i videregående skole opplever er knyttet til trivsel og mistrivsel*. Hovedfagsoppgave ved Norges idrettshøgskole, Oslo.
- Haraldstad, K. (2011). Health – related quality of life and pain in children and adolescents. The Norwegian KIDSCREEN-study [doktoravhandling]. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Haraldstad, K., Christophersen, K. A., Eide, H., Nativg, G. K., & Helseth, S. (2011a). Predictors of health-related quality of life in a sample of children and adolescents: a school survey. *J Clin Nurs*, 20(21-22), 3048-3056. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03693.x

- Haraldstad, K., Christophersen, K-A., Eide, H., Nativg, G. K., & Helseth, S. (2011b). Health related quality of life in children and adolescents: Reliability and validity of the Norwegian version of KIDSCREEN-52 questionnaire, a cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 573-581. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.10.001>
- Haskell, W. L., Bouchard, C., & Blair, S. N. (2007): Physical activity and health. Champaign, Ill. Human Kinetics.
- Helbostad, J. L., Sletvold, O., & Moe-Nilssen, R. (2005). Øvelser bedrer fysisk funksjon og helse relatert livskvalitet hos hjemmeboende eldre med balanse- og gangvansker. *Fysioterapeuten*, (1), 26-33.
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap* (7. utg. ed.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2009): HEVAS undersøkelsene 1985-2005. Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport 2008. Oslo: Helsedirektoratet
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) [Law on Public Health (Public Health Act)]*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>.
- Helsedirektoratet. (2014). Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet IS- 2170 Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet/Publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet.pdf>
- Helseth, S. (2001). Livskvalitet hos barn. Livskvalitet som styrende begrep i helsefremmende og forebyggende arbeid blant barn. *Vård i Norden*, 21(1), 40- 44.
- Helseth S, Christoffersen. K. A., & Lund, T. (2006). Helse relatert livskvalitet hos ungdom- som grunnlag for tilnærming i skolehelsetjenesten. *Vård i Norden*. 27:15–21.
- Helseth, S., Christophersen, K. A., Thorleif, L. (2007). "Helse relatert livskvalitet hos ungdom: Kunnskap om helse relatert livskvalitet hos ungdom som grunnlag for tilnærming i skolehelsetjenesten. (Report)." *Nursing Science & Research in the Nordic Countries* 27(1):15.
- Helseth S. (2009). Livskvalitet hos barn og unge. I: Haugland S., Misvær N. (red). Håndbok for skolehelsetjenesten. Oslo: Kommuneforlaget. s. 329–35.
- Helseth, S., & Misvær, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1454-1461. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03069.
- Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, K., & Remschmidt, H. (2013). Growing Up Is Hard. *Deutsches Aerzteblatt International*, 110(25), 432-440. doi: 10.3238/arztebl.2013.0432
- Hillman, Ch. H., Kamijo, K., & Scudder, M. (2011). A review of chronic and acute physical activity participation on neuroelectric measures of brain health and cognition during childhood. *Preventive Medicine*, 52, 21-28.

- Hjort, P. F. (1982). *Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål*. Tanum-Norli.
- Internkontrollforskriften. (1996). Oslo: Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1996-12-06-1127>
- Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk* (3. utg. ed.). Oslo: | TANO.
- How, Y.M., Whipp, P., Dimmock, J., Jackson, B. (2013). The Effect of Choice on Autonomous Motivation, perceived Autonomy support, and Physical Activity Levels in High School Physical Education. *Journal of Teaching in Physical Education*, 32, 131-148.
- Hunt (2006-2008). *Folkehelse i endring*. Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag. Public health development. HUNT 1 (1984-86) – HUNT 2 (1995-97) – HUNT 3 (2006-08).
- Husebye, B. N. (2012). *Bevegelsesglede og gode opplevelser i kroppsøving: Høgskolen i Østfold og Østfold fylkeskommune*.
- Jackson, B. Whipp, R.P., Chua, K.L.P. Dimmock, A.J., & Hagger, S.M. (2013) Students' tripartite efficacy beliefs in high school physical education within- and cross-domain relations with motivational processes and leisuretime physical activity. *Journal Of Sport & Exercise Psychology*, Vol.35(1), pp.72-84
- Jakes, R.W., Day, N.E., Khaw, K.T., Luben, R., Oakes, S., & Welch. A. (2003). Television viewing and low participation in vigorous recreation are independently associated with obesity and markers of cardiovascular disease risk: EPICNorfolk population-based study. *Eur J Clin Nutr*. 57:1089-96
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS*. Oslo: Utdannings- og forskningsdirektoratet v/Lærebokutvalget for høyere utdanning.
- Johannessen, A., Tufte, P.A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Johnsen, B. H., & Pallesen, S. (2005). *Personlighetens rolle i arbeidslivet*. Fra Einarsen, S. Skogstad, A. Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jose, K. A., Blizzard, L., Dwyer, T., McKercher, C., & Venn, A. J. (2011). Childhood and adolescent predictors of leisure time physical activity during the transition from adolescence to adulthood: a population based cohort study. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 8, 54. doi: 1479-5868-8-54
- Jozefiak, T., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2009). Changes in quality of life among Norwegian school children: a six-month follow-up study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(7), 1-12. doi: 10.1186/1477-7525-7-7
- Kim, I., Choi, H., Davis, A.H.T. (2010). Health-Related Quality of Life by the Type of Physical Activity in Korea. *Journal of Community Health Nursing*. 27: 96-106.
- Kjønniksen, L., Anderssen, N., & Wold, B. (2009). Organized youth sport as a predictor of physical activity in adulthood. *Scand J Med Sci Sports*, 19(5), 646-654.

- Klasson- Heggebø, L. (2003). European Youth Heart Study- The Norwegian part. A cross-sectional of physical activity, cardiorespiratory fitness, obesity and blood pressure in children and youth. Norges idrettshøgskole
- Klavestrand, J., & Vingård, E. (2009). The relationship between physical activity and healthrelated quality of life: a systematic review of current evidence. *Scandinavian Journal Of Medicine & Science In Sports*, 19(3), 300-312. doi: 10.1111/j.1600-0838.2009.00939.
- Knardahl, S. (2002). *Kropp og sjel. Psykologi, biologi og helse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Knardahl, S. (1997). Predictability at work. Review of psychological and social factors at work and suggestions for the General Nordic Questionnaire. København: Nord.
- Kolle, E., Steene-Johannessen, J., Klasson-Heggebø, L., Andersen, L. B., & Anderssen, S. A. (2009). A 5-years change in norwegian 9-years old. Objectively assessed physical activity level.
- Kreitler, S., Peleg, D., & Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psychooncology*, 16:329-341.
- Kvarme, G. L., Haralstad, K., Helseth, S., Sørnum, R., & Natvig, G. (2009). Associations between general self- efficacy and helath- related quality of life among 12-13- year-old school children: a cross- sectional survey. *Health and quality of life outcomes*.7:85. doi: 10.1186/1477-7525-7-85.
- Larsson, H., & Quennerstedt, M. (2012). Understanding Movement: A sociocultural approach to exploring moving humans. *Quest*, 64, 283-298.
- Lexell, J., Frandin, K., & Helbostad, J. L. (2009). Fysisk aktivitet for eldre. I Bahr, R (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 62-71). Oslo: Helsedirektoratet i samarbeid med Norges Idrettshøgskole.
- Lopes, V. P., Rodrigues, L. P., Maia, J. A. R., & Malina, R. M. (2012). Motor Coordination, physical activity and fitness av predictors of longitudinal change in adiposity during the childhood. *European journal of sport sciences*.
<http://dx.doi.org/10.1080/17461391.2011.566368>
- Losekama, S., Goetzky, B., Kraeling, S., Riefb, W., & Hilbertb, A. (2010). Physical activity in normal-weight and overweight youth: associations with weight teasing and self-efficacy, *Foundation of Clinical Psychology, German: Department for psychology, Philipps University of Marburg*. *Obes Facts*, 3:239–244, doi: 10.1159/000319433
- Lown, D., & Braunschweig, C.L. (2008). Determinants of physical activity in low-income, overweight African American girls. *Am J Health Behavior*, 32:253–259.
- Lubans, D.R., Morgan, P.J., Cliff, D.P., Barnett, L.M., & Okely, A.D. (2009). Fundamental movement skills in children and adolescents. Review of associated health benefits. *Sports Medicine*, 12, 40, 1019-1035.
- Lønne, A. (2014). Salutogenese. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra:
<https://sml.snl.no/salutogenese>

- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S., & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological methods*, 4(1), 84.
- MacKelvie, K. J., Petit, M. A., Khan, K. M., McKay, H. A., & Beck, T. J. (2004). Bone mass and structure are enhanced following a 2-year randomized controlled trial of exercise in prepubertal boys. *Bone*, 34(4), 755-764. doi: 10.1016/j.bone.2003.12.017
- MacNamara, A., Collins, D., Bailey, R., Toms, M., Ford, P., & Pearce, G. (2011). Promoting lifelong physical activity and high level performance: realising an achievable aim for physical education. *Physical education and sport pedagogy*, 16(3), 265-278. doi: 10.1080/17408989.2010.535200
- Makinen, T. E., Borodulin, K., Tammelin, T. H., Rahkonen, O., Laatikainen, T., & Prattala, R. (2010). The effects of adolescence sports and exercise on adulthood leisure-time physical activity in educational groups. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 7, 27. doi: 10.1186/1479-5868-7-27
- Malina, R. M. (2001). Tracking of Physical Activity Across the Lifespan. President`s Council on Physical Fitness and Sports. *Research Digest*, 2001; 3:14.
- Malina, R. M. (2006). Weight training in youth-growth, maturation, and safety: An evidencebased review. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 16(6), 478-487. doi: 10.1097/01.jsm.0000248843.31874.
- Mandigo, J., Francis, N., Lodewyk, K., & Lopez, R. (2009). Position paper on physical literacy. PHE Canada: Brock University.
- Manger, T. (2005) Man lærer i alle aldre: *Hvordan en organisasjon kan fremme læring hos sine medarbeidere. I Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger* Einarsen, S. Skogstad, A. (red) Bergen: Fagbokforlaget.
- Medin J. & Alexanderson K. (2000) *Begreppen Hälsa och Hälsöfrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D. C., Abel, T., & The KIDSCREEN group. (2009). Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Quality of life research*, 1147- 1157. doi: 10.1007/s11136-009-9538-3
- Montano D.E. & Kasprzyk D.K. (2008) Theory of reasoned action, theory of planned behavior and the integrated behavioral model. In *Health Behavior and Health Education*, 4th edn (Glanz K., Rimer B.K. & Viswanath K., eds), Jossey-Bass, San Francisco, CA, pp. 67–96.
- Mordal Moen, K. (2011). «Shaking or stirring?» *A case-study of physical education teacher education in Norway*, Doktorgradsavhandling. Oslo: Norges idrettshøgskole.
- Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.) Oslo: Universitetsforlag.
- Natvig, G. K., Albrektsen, G., & Qvarnstrom, U. (2003). Associations between psychosocial factors and happiness among school adolescents. *Int J Nurs Pract*, 9:166-75.

- Nigg, C. R. (2001). Explaining Adolescent Exercise Behavior Change: A Longitudinal Application of the Transtheoretical Model. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(1), 11.
- Odeen, M., Kristensen, L.O., & Ursin, H. (2009). Coping and return to work: Measurement and theoretical issues. *Norsk Epidemiologi* 2009; 19 (2): 173-178
- Ommundsen, Y., & Aadland, A. A. (2009). *Fysisk inaktive voksne i Norge. Hvem er inaktive – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet? IS- 1740* Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-inaktive-voksne-i-norge-hvem-er-de-og-hva-motiverer-til-okt-fysisk-aktivitet/Publikasjoner/fysisk-inaktive-voksne-i-norge-hvem-er-de-og-hva-motiverer-til-okt-fysisk-aktivitet.pdf>
- Ommundsen, Y. (1994). Helsefremmende arbeid i skole/kroppsøving - et pedagogisk sosiologisk perspektiv. *Norsk pedagogisk tidsskrift*. 78(2), 128 – 141.
- Ommundsen, Y. (1995). *Kroppsøving i skolen et helsefremmende fag for alle?: Utfordringer for faget, skole og samfunn*. Oslo: Norges Idrettshøgskole.
- Ommundsen, Y. (2005). Kroppsøving: Aktivitet eller læring?: Om ulike begrunnelser for faget og deres konsekvenser. *Kroppsøving*, 55(6), 8-12.
- Ommundsen, Y., & Kvalø, S. E. (2007). Autonomy–Mastery, Supportive or Performance Focused? Different Teacher Behaviours and Pupils' Outcomes in Physical Education. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 51(4), 385-413.
- Ommundsen, Y. (2008 a). Kroppsøving: dannings eller helse? Om to ulike begrunnelse for faget og deres konsekvenser. I Andersen, P., & Briseid, G. L., (red.). *Fag og dannings – mellom individ og fellesskap*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Ommundsen, Y. (2008 b). Fysisk aktivitet og psykososial helse. I Kvello, Ø. (red.). *Oppvekst om barn og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ommundsen, Y. Wester, A., Wahlgren, L., & Wedman, I., (2009). *Å bli fysisk aktiv. Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Helsedirektoratet. Fagbokforlaget.
- Ommundsen, Y., Gundersen, A. K., & Mjaavatn, E. P. (2010). 4th graders social functioning with peers- A prospective study on the role of children s 1st grade physical activity, weight status and motor proficiency. *Scandinavian journal of education research*, 3, 54, 377-394.
- Ommundsen, Y. (2013). Fysisk- motorisk ferdighet gjennom kroppsøving – et viktig bidrag til elevens allmenndanning og læring i skolen. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*. 155-166. Universitetsforlaget.
- Ortega, F. B., Ruiz, J. R., Castillo, M. J., & Sjöström, M. (2008). Physical fitness in childhood and adolescence: a powerful marker of health. *International Journal Of Obesity* (2005), 32(1), 1-11.
- PAGAC, (Physical Activity Guidelines Advisory Committee) (2008). *Physical activity guidelines advisory committee report, 2008*. (00296643). Washington, DC: U.S.

- Page, R.M., Ihasz, F., Simonek, J., Klarova, R., & Hantiu, J.(2007). Friendships and physical activity: Inverstigating the connection on Central-Eastern European adolescents. *Int J Adolesc Med Health*. 19:187–198.
- Pate, R.R., Trost, S.G., Felton, G. M., Ward, D.S., Dowda, M., & Saunders, R. (1997). Correlates of physical activity behavior in rural youth. *Res Q Exerc Sport* 68(3):241-248.
- Pender N., Murdaugh C. & Parsons M. (2011) *Health Promotion in Nursing Practice*, 6th edn. Pearson Education, Upper Saddle River, NJ.
- Per, F. G. (2009). *Hvordan gjøre opp et klinisk materiale?* Epidemiologiske metoder i pasientnær forskning (Vol. 16).
- Perry C.K., Garside H., Morones S. & Hayman L.L. (2012). *Physical activity intervention for adolescents: an ecological perspective. The Journal of Primary Prevention* 33(2–3), 111–135. doi:10.1007/s10935-012-0270-3.
- Petersen-Ewert. C., Erhart. M., & Ravens-Sieberer. (2011). Assessing health-related quality of life in European children and adolescents. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2011; 35:1752–6.
- Podsakoff, P. M., Mackenzie, S. B., Lee, J-Y., Podsakoff, N. P., & Zedeck, S. (2003). Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903. doi:10.1037/0021-9010.88.5.879
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2014). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (8th ed., International ed. utg.). Philadelphia: Wolrters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Prestwich, A., Sniehotta, F. F., Whittington, C., Dombrowski, S. U., Rogers, L., Michie, S., & Kazak, A. E. (2014). Does Theory Influence the Effectiveness of Health Behavior Interventions? Meta-Analysis. *Health Psychology*, 33(5), 465-474. doi: 10.1037/a0032853
- Prochaska J. O., Redding C. A. & Evers K. E. (2008). The transtheoretical model and stages of change. In *Health Behavior and Health Education*, 4th edn (Glanz K., Rimer B.K. & Viswanath K., Jossey-Bass, San Francisco, CA, pp. 97–121.
- Prop. 90 L. (2010- 2011). *Proposisjon til Stortinget: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Rajmil, L., Herdman, M., Auquier, P., Bruil, J., & Kilroe, J. (2010). Reliability, construct and criterion validity of the KIDSCREEN-10 score: a short measure for children and adolescents' well-being and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 19(10), 1487-1500. doi: 10.1007/s11136-010-9706-5
- Ravens-Sieberer, U., Herdman, M., Devine, J., Otto, C., Bullinger, M., Rose, M., & Klasen, F. (2014). The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and wellbeing in children: development, current application, and future advances. *Quality of Life Research*, 23(3), 791-803. doi: 10.1007/s11136-013-0428-3

- Rejeski, W. J., Brawley, L. R., & Shumaker S. (1996). Physical activity and Health-related quality of life. *Exercise and Sports Science*, 24:71-108.8
- Ridgway, L. Ch., Ong, K. K., Tammelin, H.T., Sharp, S., Ekelund, U., & Jarvelin, M. R. (2009). Infant Motor Development Predicts Sports Participation at Age 14 Years: Northern Finland Birth Cohort of 1966. *PloS ONE*, 4,8, 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0006837
- Ringdal, K. (2001). Enhet og mangfold- samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget.
- Riley, A. W. (2004). Evidence That School-Age Children Can Self-Report on Their Health. *Ambulatory Pediatrics*, 4(4), 371-376. doi: <http://dx.doi.org/10.1367/A03-178R.1>
- Ryan, J.G., & Dzewaltowski, A. D. (2002). Comparing the relationships between different types of self- efficacy and physical activity in youth. Department of Kinesiology and Research Extension Office of Community Health, Kansas State University, Manhattan: *Health Education & Behavior* (Impact Factor: 2.23).29(4):491-504. doi: 10.1177/1090198102029004008
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and Quasi - Experimental Designs: for Generalized Causal Inference*. Boston: New York Houghton Mifflin Company
- Sallis, J. F., Prochaska, J. J., Taylor, W.C., Hill, J.O., & Geraci, J.C. (1999). Correlates of physical activity in a national sample of girls and boys in grades 4 through 12. *Health Psychol*, 18:410–415.
- Sallis, J, F., Prochaska, J.J., Taylor, & W.C. (2000). A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc* 32(5):963-975.
- Scheerder, J., Thomis, M., Vanreusel, B., Lefevre, J., Renson, R., Vanden Eynde, B., & Beunen, G. P. (2006). Sports participation among females from adolescence to adulthood: A Longitudinal study. *International review for the sociology of sport*, 41(3-4), 413-430. doi: 10.1177/1012690207077702
- Schou, M. B., Krokstad, S., & Westin, S. (2006). Hva betyr selvopplevd helse for dødeligheten? *Tidsskrift for den Norske Legerforening*, 126(20), 2644-2647.
- Scholz, U., Dona, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *Eur J Psych Ass*,
- Schwarzer R., & Jerusalem. M. (1995). Generalized Self- Efficacy scale. In J.Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A users portofolio*. Causal and control beliefs (pp.35-37) Windsor, UK: NFER- NELSON.
- Schwarzer R. (2014). Self-Efficacy Research. *Research Publications on Perceived Self-Efficacy*. Berlin: Freie Universität Berlin. Hentet fra: <http://www.ralfschwarzer.de>. 18:242-251.

- Shibata, A., Oka, K., Nakamura, Y., Muraoka, I. (2007) Recommended level of physical activity and health-related quality of life among Japanese adults. *Health and Quality of Life Outcomes*. 5: 64-68.
- Sims, J. M. (2010). A brief review of the Belmont report. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 29(4), 173-174. doi: 10.1097/DCC.0b013e3181de9ec5
- Skoleporten. (2015). Hentet fra 06.09.2015 fra <https://skoleporten.udir.no>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2000). Fysisk aktivitet og helse IS- 1011 Hentet fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-helse-anbefalinger/Publikasjoner/fysisk-aktivitet-og-helse-anbefalinger.pdf>
- Spencer, L., Adams, T. B., Malone, S., Roy, L., & Yost, E. (2006). Applying the transtheoretical model to exercise: a systematic and comprehensive review of the literature. *Health promotion practice*, 7(4), 428-443.
- Spengler, S., & Woll, A. (2013). The More Physically Active, the Healthier? The Relationship Between Physical Activity and Health-Related Quality of Life in Adolescents: The MoMo Study. *Journal of Physical Activity & Health*, 10(5), 708-715.
- St Leger, L. (2001). Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. *Health Promot Int*. 16(2):197–205.
- St. meld. 39 (2001- 2002). *Friluftsliv: en veg til høgare livskvalitet*. Oslo: Miljøverndepartementet Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/nm/dep/kld/dokument/proposisjonar-og-meldingar/stortingsmeldingar/20002001/stmeld-nr-39-2000-2001-.html?id=194963>
- St.meld. nr. 20 2006-2007. (2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>.
- St. meld nr. 22 (2010- 2011). *Motivasjon – Mestring – Muligheter. Ungdomstrinnet*. Oslo: Kunnskapsdepartementet Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-22-2010--2011/id641251/>
- St. meld. 16 2010-2011. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>.
- St. meld. 34 2012-2013. (2013). *Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ce1343f7c56f4e74ab2f631885f9e22e/no/pdfs/stm201220130034000dddpdfs.pdf>.
- St. meld. 19 2014-2015. (2015). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7fe0d990020b4e0fb61f35e1e05c84fe/no/pdfs/stm201420150019000dddpdfs.pdf>

- Stodden, F. D., Goodway, D. J., Langendorfer, J. S., Robertson, A. M., Rudisill, E. M., Garcia, C., Garcia, E. L. (2008). A developmental perspective on the role of motor skill competence in physical activity: An emergent relationship. *Quest*, 3, 60, 290-306.
- Strong, W. B., Malina, R. M., Blimkie, C.J., Daniels, S. R., Dishman, R. K., Gutin, B. Hergenroeder, A. C., Must, A., Nixon, P. A., Pivarnik, J. M., Rowland, T., Trost, S., & Trudeau, F.(2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *Pediatrics*, 6,146, 732-737.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed. ed.). Boston: Pearson/Allyn and Bacon.
- Tammelin, T., Näyhä, S., Laitinen, J., Rintamäki, H., & Järvelin, M.-R. (2003). Physical activity and social status in adolescence as predictors of physical inactivity in adulthood. *Preventive Medicine*, 37(4), 375-381. doi: 10.1016/s0091-7435(03)001622
- Telama, R., Yang, X., Viikari, J., Välimäki, I., Wanne, O., & Raitakari, O. (2005). Physical activity from childhood to adulthood: A 21-year tracking study. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(3), 267-273. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2004.12.003>
- Telega, R., Yang, X., Hirvensalo, M., & Raitakari, O. (2006). Participation in organized youth sport as a predictor of adult physical activity: a 21-year longitudinal study. *Pediatric Exercise Science*, 17, 76-88.
- Tessier, S., Vuillemin, A., Bertrais, S., Boini, S., Le Bihan, E., Oppert, J.M., Hercberg, S., Guillemin, F., & Briancon, S. (2007). Associations between leisure-time physical activity and health-related quality of life changes over time. *Preventive Medicine*. 44: 202208.
- The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K
- Tinning, R. (2007). Aliens people in the gym? Considering young as learners in physical education. *ACHPER Australia Healthy Lifestyles Journal*, 54(2), 13 -18. Hentet fra: <http://www.achper.org.au>
- Torstveit, M.K., & Stea, T.H. (2010). Aktiv ungdom med overskudd! *Helsesøstre* (3), 10- 13.
- Trost, S. G., Owen, N., Bauman, A.E., Sallis, J. F., & Brown, W. (2002). Correlates of adults participation in physical activity: review and update. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 34 (12), 1996-2001
- Trost, S. G. (2004). School Physical Education in the Post-Report Era: An Analysis from Public Health. *Journal of Teaching in Physical Education*, 23(4), 318-337. Hentet fra: <http://www.humankinetics.com>
- Trost, S.G., Pate, R. R., Dowda, M., Saunders, R., Ward, D. S., & Felton, G. (1996). Gender differences in physical activity and determinants of physical activity in rural fifth grade children. *J Sch Health* 66(4):145-150

- Unnithan V.B., Timmons, J.A., Brogan, R.T., Paton, J.Y., & Rowland. T. (1996). Submaximal running economy in run-trained pre-pubertal boys. *J Sports Med Phys Fitness*; 36: 16–23.
- Utdanningsdirektoratet. (2012). *Læreplan i kroppsøving*. Hentet fra: <http://www.udir.no/kl06/KRO1-03/>
- Van Der Horst, K., Paw, M. J. C. A., Twisk, J. W. R., & Van Mechelen, W. (2007). A brief review on correlates of physical activity and sedentariness in youth. *Medicine And Science In Sports And Exercise*, 39(8), 1241-1250.
- Van Stralen M.M., Yildirim M., te Velde S.J., Brug J., Van Mechelen W. & Chinapaw M.J.M. (2011) What works in school-based energy balance behaviour interventions and what does not: a systematic review of mediating mechanisms. *International Journal of Obesity* 35(10), 1251–1265. doi:[10.1038/ijo.2011.68](https://doi.org/10.1038/ijo.2011.68).
- Vuillemin, A., Boini, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, J.M., Hercberg, S., Guillemin, F., & Briancon, S. (2005). Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Preventive Medicine*. 41: 562-569.
- Wahl, A. K., & Hanestad, B. R. (2004). *Måling av livskvalitet i klinisk praksis: en innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wang, C., & Biddle, S. (2001). Young people's motivational profiles in physical activity: A cluster analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 23(1), 1-22.
- Welk, J. G. (1999). The youth physical activity promotion model a conceptual bridge between theory and practice *Quest*, 51, 5-23. National Association for Physical Education in Higher Education.
- Wendel-Vos, G. C.W., Schuit, A.J., Tijhuis, M. A. R., & Kromhout, D. (2004) Leisure time physical activity and health-related quality of life: Cross-sectional and longitudinal associations. *Quality of Life Research*. 13: 667-677.
- Wester, A., Wahlgren, L., Wedman, I., & Ommundsen, Y. (2008). Å bli fysisk aktiv *Aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (pp. 84 - 102): Helsedirektoratet
- WHO. (1948). Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization: Basic documents. 45th ed. Geneva: World Health Organization; 2005.
- WHO. (2009a). A snapshot of the health of young people in Europe a report prepared for the European commission conference on youth health. Brussel: WHO. Hentet fra: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0013/70114/E93036.pdf.
- WHO. (2009b). *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences*. World Health Organization.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 41, 1403-1409

Zakarian, J.M., Hovell, M. F., Hofstetter, C. R., Sallis, J.F., & Keating, K. J. (1994).
Correlates of vigorous exercise in a predominately low SES and minority high
school population. *Preventive Medicine* 23:314-321, doi: 10.1006/pmed.1994.1044

Vedlegg 1. Utvalgte spørsmål som ble benyttet i denne studien

Hva er ditt ID-nummer?

Hvilken retning i kroppsøvningsfaget har du valgt?

- Bevegelsesglede
- Idrettsglede

Kjønn

- Gutt/mann
- Jente/kvinne

Hva er din alder?

Hvilken utdanning har dine foreldre? (Sett ett kryss for høyeste utdanning for far og ett kryss for høyeste utdanning for mor)

- | | |
|-----|---|
| | <input type="checkbox"/> Grunnskole |
| | <input type="checkbox"/> Videregående skole (gymnas/yrkesskole) |
| Far | <input type="checkbox"/> Høgskole/universitet (3 år eller mindre) |
| | <input type="checkbox"/> Høgskole/universitet (mer enn 3 år) |
| | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| | <input type="checkbox"/> Grunnskole |
| Mor | <input type="checkbox"/> Videregående skole (gymnas/yrkesskole) |
| | <input type="checkbox"/> Høgskole/universitet (3 år eller mindre) |
| | <input type="checkbox"/> Høgskole/universitet (mer enn 3 år) |
| | <input type="checkbox"/> Vet ikke |

Spørsmål om fysisk aktivitet

Hvordan liker du kroppsøvfingsfaget?

Liker ikke gym 2 3 4 5 6 Liker gym bra

Hvor ofte deltok du i kroppsøving på ungdomsskolen?

Aldri Svært sjelden Sjelden Av og til Ofte Svært ofte

Hvor ofte har du deltatt i kroppsøving dette skoleåret?

Aldri Svært sjelden Sjelden Av og til Ofte Svært ofte

Hvordan kommer du deg vanligvis til/fra skolen?

- Går
- Sykler
- Buss
- Bil
- Motorsykkel, scooter eller moped
- Annet _____

Hvor lang tid bruker du vanligvis til skolen?

- Mindre enn 5 minutter
- 6 til 15 minutter
- 16-30 minutter
- 31 minutter til 1 time
- Mer enn 1 time

Spørsmål om mestring, mål og planer

Sett kryss for de utsagnene som passer best for deg:

Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok	Helt galt <input type="checkbox"/>	Nokså galt <input type="checkbox"/>	Nokså riktig <input type="checkbox"/>	Helt riktig <input type="checkbox"/>
Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil	Helt galt <input type="checkbox"/>	Nokså galt <input type="checkbox"/>	Nokså riktig <input type="checkbox"/>	Helt riktig <input type="checkbox"/>
Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine	Helt galt <input type="checkbox"/>	Nokså galt <input type="checkbox"/>	Nokså riktig <input type="checkbox"/>	Helt riktig <input type="checkbox"/>
Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte	Helt galt <input type="checkbox"/>	Nokså galt <input type="checkbox"/>	Nokså riktig <input type="checkbox"/>	Helt riktig <input type="checkbox"/>
Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner	Helt galt <input type="checkbox"/>	Nokså galt <input type="checkbox"/>	Nokså riktig <input type="checkbox"/>	Helt riktig <input type="checkbox"/>
Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det	Helt galt <input type="checkbox"/>	Nokså galt <input type="checkbox"/>	Nokså riktig <input type="checkbox"/>	Helt riktig <input type="checkbox"/>
Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnen min	Helt galt <input type="checkbox"/>	Nokså galt <input type="checkbox"/>	Nokså riktig <input type="checkbox"/>	Helt riktig <input type="checkbox"/>
Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det	Helt galt <input type="checkbox"/>	Nokså galt <input type="checkbox"/>	Nokså riktig <input type="checkbox"/>	Helt riktig <input type="checkbox"/>
Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut	Helt galt <input type="checkbox"/>	Nokså galt <input type="checkbox"/>	Nokså riktig <input type="checkbox"/>	Helt riktig <input type="checkbox"/>
Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det	Helt galt <input type="checkbox"/>	Nokså galt <input type="checkbox"/>	Nokså riktig <input type="checkbox"/>	Helt riktig <input type="checkbox"/>

De neste spørsmålene dreier seg om fysisk aktivitet som du gjør på FRITIDEN (for eksempel i helgene, på ettermiddag/kveld og i ferier). IKKE når du er på skolen. Eksempler på fysisk aktivitet er å løpe, gå fort, gå på rulleskøyter, sykle, sparkesykle, gå på ski, svømme, spille fotball eller danse. Med IDRETT/MOSJON/FYSISK AKTIVITET mener vi all fysisk aktivitet som gjør deg anpusten eller litt svett.

Utenom skoletid: Hvor mange ganger i uka driver du idrett/mosjon slik at du blir andpusten eller svett?

Omtrent hvor mange timer til sammen per uke bruker du på dette?

- 0 timer
- 1-2 timer
- 3-4 timer
- 5-6 timer
- 7 timer
- Mer enn 7 timer

I det neste spørsmålet brukes begrepet REGELMESSIG. Da mener vi 3 ganger eller mer i uka, i minst 20 minutter hver gang.

Hvilket av disse passer best for deg? (Sett ett kryss)

- For tiden er jeg ikke fysisk aktiv, og jeg har ingen planer om å bli det i løpet av de neste 6 måneder
- For tiden er jeg ikke fysisk aktiv, men jeg har tenkt å bli mer fysisk aktiv i løpet av de neste 6 måneder
- For tiden er jeg noe fysisk aktiv, men det er ikke regelmessig
- For tiden er jeg regelmessig fysisk aktiv, men det er først i de siste 6 måneder at jeg har begynt med det
- For tiden er jeg regelmessig fysisk aktiv, og jeg har vært det lengre enn 6 måneder

Hvor mange timer ser du på TV eller driver du med PC/dataspill på en vanlig ukedag (utenom skoletid)?

- Jeg ser ikke på TV/driver med dataspill på en vanlig ukedag
- Mindre enn 1 time per dag
- 1 time per dag
- 2 timer per dag
- 3 timer per dag
- 4 timer per dag
- 5 timer eller mer per dag

Vedlegg 2.

Appendix I. NSD approval

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr. 985 321 884

Eirik Abildsnes
Elvebredden legesenter Kristiansand kommune
Nedre Lundsvei 1
4630 KRISTIANSAND S

Vår dato: 30.09.2013

Vår ref: 35639 / 2 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.09.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Der gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uia.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no



Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke for deltakelse. For elever under 18 år innhentes også samtykke fra foresatte. Personvernombudet finner i utgangspunkt skrevet godt utformet, men forutsetter at følgende endres/tilføyes;

- etter setningen "Alle innhentede data vil slettes...." tilføyes dato 31.12.2015

Generelt er skrevet godt, men vi vil anbefale at utfyllende kapitler A og B innarbeides i selve informasjonsskrivet. Det er mye gjentakelser som etter personvernombudets vurdering ikke er nødvendig i dette prosjektet. Personvernombudet legger til grunn for sin godkjenning at revidert skriv ettersendes personvernombudet@nsd.uib før det tas kontakt med utvalget (merk eposten med prosjektnummer).

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2015 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Prosjektet er et samarbeid mellom Universitetet i Agder, Vest-Agder fylkeskommune og Kristianssand kommune, hvor førstnevnte er behandlingsansvarlig institusjon. Personvernombudet anbefaler at denne behandling/ansvarsfordeling formelt er avklart mellom institusjonene og anbefaler at det utarbeides en avtale som blant annet omfatter ansvarsfordeling, ansvarsstruktur, hvem som initierer prosjektet, bruk av data og eventuelt eierskap.