
Ung på hybel – sosial kontroll og helserelatert atferd

KLINIKK OG FORSKNING

HANS-JOHAN BREIDABLIK

Email: hans.breidablik@c2i.net

Kommunelegekontoret

6030 Langevåg

EIVIND MELAND

Seksjon for allmennmedisin

Universitetet i Bergen

5009 Bergen

Interaksjoner mellom medlemmer i sosiale nettverk innbefatter sosial kontroll. Denne kan bidra til innordning under gruppenormer og motvirke helserelatert risikoatferd. Unge mennesker som flytter på hybel, kan bli mer usynlige for sosiale kontrollmekanismer. Vi ønsket å undersøke på hvilken måte hybelboende ungdom i den videregående skole skilte seg fra hjemmeboende med hensyn til selvopplevd helse og helserelatert atferd.

En bredt anlagt anonym spørreundersøkelse blant 828 elever i fire videregående skoler ble gjennomført. Hver fjerde elev bodde på hybel, og disse ble delt i en yngste gruppe (15 – 17 år) og en eldre gruppe (18 år og over). Gruppene ble sammenliknet med hjemmeboende for en rekke faktorer. Multivariate analyser ble brukt for å kontrollere for samvariasjon med tredjevariabler.

Hybelboere rapporterte mer helserelatert risikoatferd enn sine hjemmeboende medelever. Forskjellene mellom hybel- og hjemmeboende var mest uttalt for den yngste aldersgruppen. Tydelige forskjeller ble funnet for røyking, rusmiddelbruk, kosthold, fysisk aktivitet og seksualitet. Spesielt hadde hybelboende elever ved yrkesfaglige linjer risikofylt helseatferd. Mål på trivsel og selvopplevd fysisk og psykisk helse viste liten forskjell mellom hybel- og hjemmeboende.

Hybelboende elever synes å oppleve usynlighet og redusert sosial kontroll fra voksne. Tap av slik kontroll er forbundet med økt forekomst av helserisikoatferd. I samfunnsmessig planlegging av skole og skolemiljø bør man være klar over at

hybelboere er en gruppe som kan ha behov for tilhørighet og nye sosiale nettverk.

- *Ungdommen er den tiden du velger masken*
- *du skal bære resten av livet*
- Aksel Sandemose (1)

Helse og sykdom kan ikke bare knyttes til individuelle faktorer. Kvaliteter ved det omgivende sosiale system er også medbestemmende. Forebyggende helsearbeid blir ofte en debatt om metoder, teknikker og tiltak, som en nøytral og interessefri virksomhet løsrevet fra menneskelige samværsformer og kulturell sammenheng (2).

Et sentralt sosiologisk begrep er integrasjon, som kan beskrives ved tre former: *strukturell*, som fokuserer på fysisk nærhet mellom ulike arenaer, *funksjonell*, om fellesskap knyttet til oppgaver for eksempel mellom foreldre og barn, og *normativ*, om muligheten for moralsk regulering og verdiformidling. Tre viktige endringsprosesser kjennetegner det moderne samfunnet her:

- Differensiering, som innebærer at barn og foreldres sosiale liv leves på ulike arenaer.
- Institusjonalisering, som resulterer i at stadig flere oppgaver knyttes til profesjonelle aktører.
- Individualisering, der normer og identitet blir til individuelle valg og oppgaver for den enkelte (3).

En konsekvens er at både familien og lokalsamfunnet er svekket som moralske fellesskap. Likevel er familien ennå det mest betydningsfulle fellesskap for formidling av normer og verdier i vårt samfunn (2). Usynlighet mellom mennesker er ifølge Christie et særtrekk ved det moderne samfunnet (4). Undersøkelser fra flere land viser at grunnskolebarn med god sosial integrasjon rapporterer om signifikant bedre selvopplevd helse enn mindre integrerte barn (5).

Begrepet ”sosial kontroll” handler om interaksjoner mellom medlemmer i sosiale nettverk. Stikkordmessig kan det beskrives ved nærhet, synlighet, involvering, kontinuitet, kommunikasjon, innvirkning og sanksjoner. Sosiale relasjoner kan sies å gi mening og hensikt med livet, men kan også bidra til innordning under gruppenormer og motvirke avvikende atferd (6).

Den nærbeslektede dimensjonen ”sosial støtte” antas å kunne bidra til bedret helseatferd ved å gi emosjonell og praktisk støtte i viktige situasjoner og valg, mens sosial kontroll kan tenkes mer direkte å hemme helserelatert risikoatferd. Dette kan skje både indirekte ved at personen internaliserer en følelse av forpliktelse overfor andre, viktige personer, og direkte ved at nettverkspersoner overtaler eller presser individet til mindre risikofylt atferd. Sosial kontroll vil ofte gi negative assosiasjoner om kontroll og undertrykking av individet, og en hypotese er at det kan bidra til å skape dårligere psykologisk og mellommenneskelig funksjonsevne (7).

I utviklingsteorier opererer man med tre ”sårbarhetsvinduer” der eksponering for uheldige sosiale rollemodeller kan sette foreldreinnflytelsen til side: Tidlig ungdomstid med uavhengighetssøken, flytting hjemmefra og etablering av bofellesskap/ekteskap med annen person (8).

Ungdom som flytter til byen for å bo på hybel i forbindelse med skolegang, har muligheter for i stor grad å bli ”usynlige” både for foreldre og lokalsamfunnets sosiale kontrollmekanismer. Formålet med studien var å belyse effekter av disse forhold på livsstil og helserelatert atferd samt på trivsel og velbefinnende, der vi sammenliknet hybelboere med hjemmeboende medelever.

Materiale og metode

Materialet er basert på en spørreundersøkelse blant elever ved fire ulike videregående skoler i Førde. Elevene kommer fra store deler av Sogn og Fjordane fylke. Spørreundersøkelsen ble gjennomført uanmeldt, og skjemaet ble utfyllt i klassen i lærers nærvær umiddelbart etter en orientering om undersøkelsen fra lærer. Her ble det spesielt understreket at svarene ble behandlet anonymt uten mulighet for å identifisere den enkelte. Elevene brukte en skoletime på besvarelsen. Av totalt 906 elever besvarte 828 (91 %) spørreskjemaet. Frafallet var i hovedsak betinget av skolefravær den aktuelle dagen.

Spørreskjemaet inneholdt 77 spørsmål, som gav utgangspunkt for 136 variabler. Spørsmålene dekket et vidt spekter av forhold innen helse, miljø og livsstil. De fleste spørsmålene hadde svaralternativer med avkrysningsbokser. En del av spørsmålene var hentet fra HEMILs undersøkelser blant grunnskolebarn, mens om lag halvparten var konstruert av en av forfatterne (H-JB, skolelege) i samarbeid med helsesøstre og pedagogisk personale ved skolene. Tabell 1 viser spørsmålene som er brukt i denne presentasjonen, sammen med antall svaralternativer og antall valide svar.

Tabell 1

Oversikt over spørsmålsformuleringer (med angivelse av antall svaralternativ/antall besvart) som ble brukt. Samlevariabler angitt med fet skrift og tilhørende interne konsistens målt ved Cronbachs alfa

Svaralternativer	Antall	Cronbachs alfa
Trivsel/skole/hjem :		
Opplevelse av egen økonomi?	3	817
Har du lønnet arbeid utenom skolen?	2	810
Er du sikker på deg selv?	5	824
Hender det at du føler deg ensom?	4	824
Mine foreldre oppmuntrer meg til å gjøre det bra på skolen	5	813
Hvordan liker du deg på skolen akkurat nå for tiden?	4	822

Fysiske/psykiske plager :		
Hva mener du om din egen helse nå for tiden?	3	822
I løpet av de siste månedene: Hvor ofte har du hatt hodepine?	5	821
I løpet av de siste månedene: Hvor ofte har du hatt ryggsmerten?	5	819
I løpet av siste månedene: Har du opplevd diffus angst/angstanfall uten klar grunn?	5	818
Depressivitet:		0,79
Har du siste året hatt sammenhengende perioder der du har vært ulykkelig/deprimert eller manglet livslust?	3	818
I løpet av de siste månedene: Hvor ofte har du følt deg nedfor?	5	814
Hva synes du stort sett om livet ditt for tiden?	4	823
I løpet av de siste månedene: Har du vært irritabel eller i dårlig humør?	5	821
Kosthold:		0,73
Hvor ofte spiser du til vanlig frokost?	4	823
Hvor ofte drikker du cola, brus eller andre leskedrikker?	5	824
Hvor ofte spiser du sukkertøy?	5	824
Hvor ofte spiser du frukt?	5	823
Hvor ofte spiser du grønnsaker?	5	822
Helserelatert atferd:		0,76
Hvor ofte røyker du?	4	822

Har du siste året drukket så mye alkohol at du har vært skikkelig beruset (full)?	4	818
Hvor ofte drikker du for tiden alkoholholdige drikker: Brennevin?	5	786
Har du selv prøvd narkotiske stoff?	3	821
Har du vært passasjer/fører av motorkjøretøy der fører har vært alkoholpåvirket/beruset?	3	825
Hvor mye tid med fysisk aktivitet i uken driver du utenom skoletiden?	4	825
Har du hatt seksuell omgang med annen person i form av samleie?	2	822

Reliabiliteten av spørreundersøkelsen ble testet ved å krysstabulere spørsmål med likeverdig innhold og ved å teste for intern konsistens ved hjelp av Cronbachs alfa. To spørsmål om skadebehandling viste inkonsistens i bare 0,5 % av svarene, mens to spørsmål om selvmordsplaner viste 2 % inkonsistens. En sumskåre med fire spørsmål om depressivitet, seks spørsmål om kosthold og fem spørsmål om helserelatert risikoatferd ble testet for intern konsistens. Cronbachs alfa for hver av de tre samlevariablene fremgår av tabell 1. Den indre konsistens er tilfredsstillende og målingene synes derfor reliable.

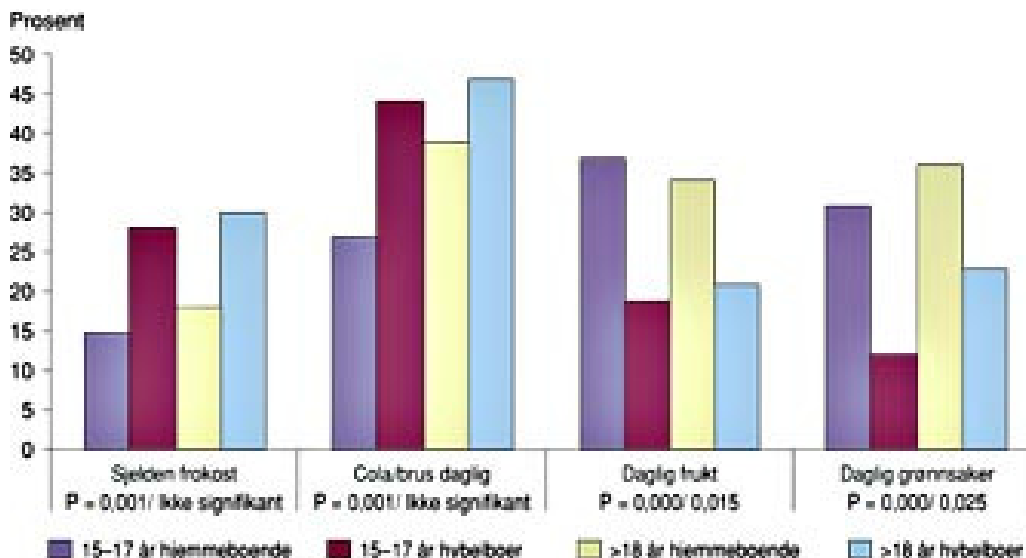
Gruppeforskjeller av enkeltvariabler ble dikotomisert og analysert ved krysstabulering. Khikvadrattest ble brukt. Ved gruppesammenlikninger av sumskåre ble t-test brukt. Vi anvendte tosidige tester og p-verdi = 0,05 som signifikansgrense. For å kontrollere for mulige konfunderende effekter av den store skjevfordelingen mellom yrkesfaglige og allmennfaglige skoler når det gjaldt hybelboere, ble det gjort multivariate analyser med kjønn, alder, skoletype og boforhold som uavhengige variabler. Multippel og logistisk regresjonsanalyse ble gjort for henholdsvis kontinuerlige og dikotome avhengige variabler. I multippel regresjonsanalyser ble dikotome uavhengige variabler kodet med 0/1.

Etikk

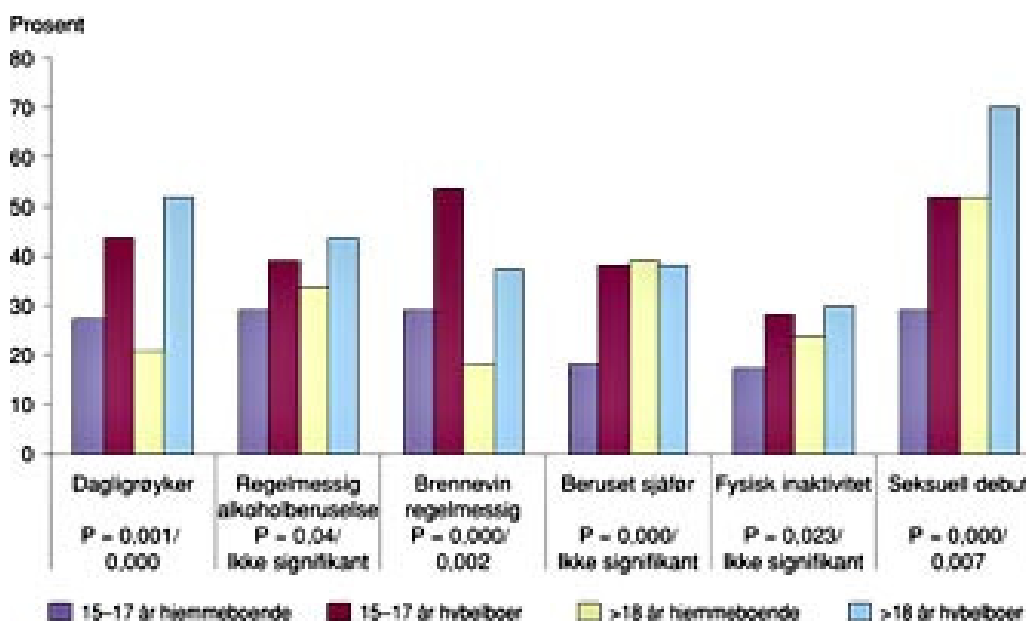
Data var samlet inn og oppbevart på en måte som ikke tillot personidentifisering. Elevene ble nøye informert om at deltakelse var frivillig, og at man kunne avstå fra å besvare spørsmål. Svarene ble levert anonymt i lukket konvolutt.

Resultater

Blant de 828 elevene var det noen flere gutter enn jenter (tab 2). 29 % bodde på hybel. Elevene ble for de bivariate sammenlikninger (fig 1, fig 2) delt i to aldersgrupper, med en yngste gruppe på 15 – 17 år og en eldre gruppe på 18 år og over. I den yngste aldersgruppen var 20 % hybelboere, mens dette var steget til 30 % for den eldre gruppens vedkommende. På allmennfaglig skole var andelen hybelboere 10 %, mens 35 % av elevene på yrkesfaglige skoler bodde på hybel.



Figur 1 Enkelte kostholdsvariabler fremstilt med hjemmeboende og hybelboende elever delt i to aldersgrupper. P-verdien fra khikvadrattest for sammenlikning innen hver aldersgruppe er oppgitt



Figur 2 Noen variabler for helserelatert atferd fremstilt med hjemmeboende og hybelboende elever delt i to aldersgrupper. P-verdien fra khikvadrattest for sammenlikning innen hver aldersgruppe er oppgitt

Tabell 2

Oversikt over materialet med angivelse av skoleslag, antall deltakere, kjønn, fordeling mellom skoletype og bostatus

Variabel	Antall	Andel (%)
Kjønn		
Gutter	445	54
Jenter	380	46
Alder (år)		
15 – 17	534	65
18/over	290	35
Skoletype		
Allmennfag	367	44
Yrkesfag	459	56
Bostatus		
Hjemmeboende	514	63
Hybelboende	238	29
Annet	68	8

Kosthold

Regelmessig frokostspising var signifikant sjeldnere hos de yngste hybelboerne i forhold til dem som bodde hjemme, men bare grensesignifikant forskjellig ($p = 0,06$) i den eldre gruppen. Både blant hjemme- og borteboere spiste den eldste gruppen sjeldnere frokost enn den yngste. Daglig inntak av cola og brus var høyere hos de yngste hybelboerne. For inntak av frukt og grønnsaker var forskjellene markerte, og mest markert i den yngste gruppen. Tabell 3 fremstiller resultatene fra multippel regresjonsanalyse der kjønn, alder, skoletype og bostatus er med som uavhengige variabler og en sumskåre for sunt kosthold er avhengig variabel. Analysen bekrefter resultatene fra de bivariate sammenlikningene.

Tabell 3

Resultater fra multippel regresjonsanalyse med kjønn (kvinne 0, mann 1), alder, skoletype og hybeltilværelse som uavhengige variabler, og en sumskåre for sunt kosthold som avhengig variabel. Den standardiserte betakoeffisient og p-verdien er angitt

Variabel	Standardisert beta	P-verdi
Kjønn	- 0,025	0,5
Alder	0,054	0,1
Yrkesfaglig skole	- 0,12	0,001
Hybeltilværelse	- 0,17	< 0,001

- Forklart varians: 6 %

Helserelatert atferd

Vi fant markerte forskjeller i disfavør av begge grupper hybelboere når det gjaldt tobakksrøyking (fig 2). For alkohol var det signifikante forskjeller i forhold til brennevinnsbruk, og mest for yngste gruppe. Fylledrikking var signifikant forskjellig bare for de yngste. Risikoatferd knyttet til trafikk viste klare forskjeller for de yngste hybelboere. Disse var i større grad med i biler som hadde beruset sjåfør og der man brøt fartsgrensene oftere. Fysisk aktivitet på fritiden var også lavere hos de yngste hybelboerne. Seksuell debut er også tatt med her, og forskjellene var mest markert for de yngste hybelboerne. Tabell 4 – 6 viser resultatene av multivariate analyser med henholdsvis røyking, seksuell debut og en sumskåre for helserelatert risikoatferd som avhengige variabler.

Tabell 4

Resultater fra logistisk regresjonsanalyse med kjønn, alder (tre alderskategorier), skoletype og hybeltilværelse som uavhengige variabler, og daglig røyking som avhengig variabel. Ukorrigert og multivariat oddsratio (95 % konfidensintervall) er angitt, og p-verdien gir signifikansverdi fra den multivariate logistiske regresjonsanalysen

Variabel	Bivariat oddsratio	Multivariat oddsratio	P-verdi
Kjønn (gutter)	1,0 (0,7 – 1,3)	0,6 (0,4 – 0,9)	0,01
Alder (økende)	1,6 (1,3 – 2,0)	1,3 (1,1 – 1,6)	0,002
Yrkesfaglig skole	4,3 (3,0 – 6,1)	3,9 (2,6 – 5,6)	< 0,001
Hybeltilværelse	2,5 (1,8 – 3,5)	1,7 (1,2 – 2,5)	0,005
• Forklart varians: 16 %			

Tabell 5

Resultater fra logistisk regresjonsanalyse med kjønn, alder (tre alderskategorier), skoletype og hybeltilværelse som uavhengige variabler, og seksuell debut (seksuell omgang i form av samleie) som avhengig variabel. Ukorrigert og multivariat oddsratio (95 % konfidensintervall) er angitt, og p-verdien gir signifikansverdi fra den multivariate logistiske regresjonsanalysen

Variabel	Bivariat oddsratio	Multivariat oddsratio	P-verdi
Kjønn (jenter)	1,4 (1,1 – 1,9)	2,1 (1,5 – 2,9)	< 0,001
Alder (økende)	2,9 (2,2 – 3,6)	2,7 (2,0 – 3,5)	< 0,001
Yrkesfaglig skole	2,8 (2,1 – 3,7)	2,3 (1,6 – 3,2)	< 0,001
Hybeltilværelse	3,8 (2,8 – 5,3)	2,0 (1,3 – 2,9)	< 0,001

- Forklart varians: 24 %

Tabell 6

Resultater fra multippel regresjonsanalyse med kjønn (kvinne 0, mann 1), alder, skoletype og hybeltilværelse som uavhengige variabler, og en sumskåre for helserelatert risikoatferd som avhengig variabel. Den standardiserte betakoeffisient og p-verdien er angitt

Variabel	Standardisert beta	P-verdi
Kjønn	- 0,025	0,5
Alder	0,054	0,1
Yrkesfaglig skole	0,21	< 0,001
Hybeltilværelse	0,14	< 0,001
• Forklart varians: 9 %		

Trivsel, foreldrestøtte og økonomi

Særlig den yngste gruppen hybelboere opplevde økonomien som trangere enn de hjemmeboendes. Disse hadde også i mindre grad lønnet arbeid på fritiden. For variabler vedrørende selvtillit og ensomhet var det små og ikke signifikante forskjeller. Heller ikke for skoletrivsel generelt og foreldrenes oppmuntring i forhold til skolearbeidet var det forskjeller mellom gruppene.

Fysiske og psykiske helseplager

For egenvurdert helse, noen vanlige somatiske plager av antatt psykosomatisk natur og opplevelse av angst og depresjon ble det ikke funnet statistisk signifikante forskjeller. Sumskåre for depressive plager hos hybel- og hos hjemmeboende elever ble sammenliknet. Gjennomsnitts sumskåre var nær identisk i de to gruppene ($p = 0,9$).

Diskusjon

Vår tverrsnittsundersøkelse viste betydelige forskjeller mellom hjemmeboende og borteboende ungdom når det gjaldt helserelatert atferd og kosthold, spesielt for den yngste aldersgruppens vedkommende. For variabler på trivsel, velbefinnende og sosial integrasjon var det små forskjeller. Å flytte på hybel i ung alder kan tenkes å fremme selvstendighet og modning, men innebærer også redusert foreldrekontroll og tilsvarende muligheter for økt venneinnflytelse av uheldig art. I undersøkelsen brukte vi hybelstatus som målefaktor for mer usynlighet i forhold til sosial kontroll fra foreldre og lokalsamfunn.

Det var en klar overvekt av hybelboere på yrkesfaglige skoler, noe som taler for en seleksjonsfaktor utover det at ungdom må flytte til utdanningssentre for å ta videregående skole. Vi antar at seleksjonen er betinget av at det er en større sentralisering av det yrkesfaglige skoletilbudet, men det kan ikke utelukkes at ungdom med problematferd aktivt velger fjerntliggende skoletilbud og hybeltilværelse. Svoen fant ikke tilsvarende klare forskjeller i en spørreundersøkelse i nabobyen Florø, der elever på allmennfag utgjorde den vesentlige andelen hybelboere (N. Svoen, kommunelege i Florø, personlig meddelelse). Vi hadde ikke mulighet for å kontrollere for tidligere problematferd, men vi gjorde stratifiserte bivariate analyser og multivariate analyser for å korrigere for skoleform og andre tredjevariabler. Forskjellene i helserisikoatferd og kosthold var signifikante og uavhengige av skoleform, og yrkesfaglige elever representerte en gruppe som hadde en ytterligere risiko for helseskade.

Aarø og medarbeidere konkluderte i en kartlegging av kosthold og helsevaner i Sogn og Fjordane fra 1992 at tiltak rettet mot hybelungdom spesielt burde få høy prioritet, da disse kom klart i disfavør når det gjaldt kosthold, tobakks- og alkoholbruk (9). Dette er i overensstemmelse med våre funn. Innenfor kostholdsforebyggende arbeid er særlig ønsket om økt inntak av frukt og grønnsaker fremhevet. Vi fant her at daglig inntak av disse var under halvdelen hos hybelboerne sammenliknet med hjemmeboende.

I en spørreundersøkelse om sosial kontroll og helseatferd fant Lewis & Rook holdepunkter for gunstig påvirkning av helseatferd, men også mer psykisk ubehag med økende sosial kontroll (7). Slik vi anvendte mål på sosial kontroll kunne ikke vi bekrefte det siste, da variabler for trivsel og velbefinnende viste små forskjeller. I en liknende undersøkelse blant pensjonister i USA fant man bedre psykisk velbefinnende, men liten effekt på helseatferd av sosial kontroll (10). Effekten på helseatferd fra sosial kontroll kan slik være aldersavhengig, og vår studie viste forskjeller mellom 15 – 17-åringer og ungdom over 18 år.

I en større undersøkelse av effekter relatert til grad av autoritative foreldre (kravstillende og konsekvensrettet, The Authoritative Parenting Index) fant man positiv effekt i forhold til sosial og akademisk kompetanse, negativ i forhold til rusmidler for skoleelever på ulike alderstrinn (11).

Wills & Cleary undersøkte skoleungdom i alderen 12 – 15 år og fant at foreldrestøtte var inverst forbundet med rusmiddelbruk, og at dette ble mediert gjennom høyere grad av beskyttende faktorer og gjennom lavere grad av risikofaktorer. Inntreden i avvikende kameratgrupper var heller ikke bestemt av tilfeldigheter (12). I en undersøkelse blant 15-åringer fra Nederland fant man at valget av mat og fettinntaket var mer influert av foreldrenes vaner enn av vaner hos venner (13). Blant amerikanske tenåringer mellom 14 og 18 år fant imidlertid Wang og medarbeidere at venners innflytelse over røykevaner var klart sterkere enn foreldreinnflytelsen i alle årsklasser (14). I en longitudinell studie om stabilitet og endring av helseatferd blant ungdom mellom 15 og 19 år konkluderte Lau og medarbeidere med at venneinnflytelsen bidrar til endring, men at foreldrenes innflytelse er sterkere og varte ved utover i collegeårene, da de var borteboende. De fant at direkte modellering av atferd var viktigste mekanisme for dette (8).

De forskjellene vi fant i vår studie for helserisikoatferd mellom hjemmeboere og hybelboere, kan være mediert via venners sterkere og uheldige innflytelse på de sistnevnte. Den bakenforliggende mekanismen, antar vi, er den reduserte sosiale

kontrollen fra foreldre og nærmiljø, da vi ikke fant tegn på redusert foreldrestøtte hos hybelboerne.

Helsevaner etablert i ungdommen har en tendens til å bestå (15), og helsevaner vedrørende røyking, kosthold, alkoholbruk og fysisk aktivitet kan til sammen ha stor effekt på folkehelsen (16). Forebyggingsstrategier som går ut på å utsette debut av rusmidler er mye benyttet.

I vårt materiale fant vi høyest andel dagligrøykere blant de yngste hybelboerne. For det å drikke seg full ofte var det ikke så klare forskjeller, men likevel signifikant for yngste gruppe. Verdt å legge merke til er at brennevinsbruken var størst hos de yngste hybelboerne (varene må altså være illegalt fremskaffet). De yngste hybelboerne var klart mer fysisk inaktive, noe som kunne ha sammenheng med at de flytter bort fra lokalt idrettsmiljø og at det tar tid å etablere dette på nytt. Samme forhold gjaldt for lønnet arbeid utenom skolen, der hybelboerne trolig i mindre grad var kjent og hadde kontakter i byen som kunne skaffe dem deltidsarbeid på kveldstid. Yngste gruppe hybelboere var også i større grad passasjerer i biler der føreren var alkoholpåvirket, hele 39 % hadde vært med på dette. Seksuell debut viste meget klar sammenheng med borteboerstatus, igjen mest i yngste gruppe. Gjennomsnittlig alder for debut i materialet var 16 år, men 36 % hadde debutert før dette alderstrinnet. Kraft fant at seksuell debut var en viktig indikator på individets livsstil (17).

Hybelboere utgjør mange steder i landet en betydelig andel av elevene i videregående skoler (i Førde og i Bodø ca. 25 %), men totaltall for landet har ikke latt seg fremskaffe. Våre funn tilsier at det er viktig med spesiell oppmerksomhet mot denne gruppen fra helsevesenets og skolehelsetjenestens side. Ulike forebyggende tiltak, som også er forsøkt enkelte steder (18), bør settes inn. I Fauske kommune har man hatt ansatt egen miljøleder for elevene. Eksempler på tiltak har vært ”hybelstua”, ”bli kjent”-prosjekter, åpen idrettshall og mekanisk verksted, Internett-kafé, krisehybel og helsestasjon for ungdom. I den samfunnsmessige planleggingen av videregående skoler bør også de ulike helsemessige aspektene ved hybeltilværelsen få økt oppmerksomhet. Gruppen av hybelboere, spesielt elever ved yrkesfaglige linjer, kan være en viktig målgruppe for forebyggende innsats. I forebyggende arbeid og i planlegging av fremtidens videregående skoler bør disse forhold tas hensyn til og vektlegges.

LITTERATUR

1. Roeim J. Den store sitatboken. Oslo: Ex Libris Forlag as, 1994.
2. Henriksen Ø, Sande. Rus, fellesskap og regulering. Oslo: Kommuneforlaget, 1995.
3. Henriksen Ø. Forebygging, fellesskap og forandring. Rapport 2/1999. Bodø: Høgskolen i Bodø, 1999.
4. Christie N. Hvor tett et samfunn? Oslo: Universitetsforlaget, 1982.
5. Eder A. Risk factor loneliness. On the interrelations between social integration, happiness and health in 11-, 13- and 15-year old schoolchildren in 9 European countries. Health Promotion International 1990; 5: 19 – 32.
6. Durkheim E. Selvmordet. Oslo: Gyldendal, 1978.

7. Lewis MA, Rook KS. Social control in personal relationships: impact on health behavior and psychological distress. *Health Psychology* 1999; 18: 63 – 71.
8. Lau RR, Quadrel MJ, Hartman KA. Development and change of young adults' preventive health beliefs and behavior: influence from parents and peers. *Journal of Health and Social Behavior* 1990; 31: 240 – 59.
9. Aarø LA, Myklestad BØ, Sunde A. Matvanar og helseåtfærd blant ungdom i Sogn og Fjordane 1992. HEMIL-rapport nr. 7. Bergen: Universitetet i Bergen, 1993.
10. Rook KS, Thuras PD, Lewis MA. Social control, health risk taking, and psychological distress among the elderly. *Psychology and Aging* 1990; 5: 327 – 34.
11. Jackson C, Henriksen L, Foshee VA. The authoritative parenting index: predicting health risk behaviors among children and adolescents. *Health Education and Behavior* 1998; 25: 319 – 37.
12. Wills TA, Cleary SD. How are social support effects mediated? A test with parental support and adolescent substance use. *Journal of Personality and Social Psychology* 1996; 71: 937 – 52.
13. Feunekes GJJ, de Graaf C, Meyboom S, van Staveren WA. Food choice and fat intake of adolescents and adults: associations of intakes within social networks. *Prev Med* 1998; 27: 645 – 56.
14. Wang MQ, Fitzhugh EC, Westerfield RC, Eddy JM. Family and peer influences on smoking behavior among American adolescents: an age trend. *J Adolesc Health* 1995; 16: 200 – 3.
15. Klepp KI, Aarø LE, Rimpela M. Ungdom, samfunn og helse. Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Oslo: Universitetsforlaget, 1997: 9 – 21.
16. Wold B, Aasen H, Aarø LE, Samdal O. Helse og livsstil blant barn og unge i Norge. HEMIL-rapport nr. 14. Bergen: Universitetet i Bergen, 1995.
17. Kraft P. Age at first experience of intercourse among Norwegian adolescents: a lifestyle perspective. *Soc Sci Med* 1991; 33: 207 – 13.
18. Johansen MA. ”Ny på hybel”. Brukerundersøkelse. Fauske: Fauske videregående skole, 1998.

Publisert: 30. januar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. september 2026.