

Julie Margrete Johnsen Håpnes
Maren Berg Kjerringvåg

Alkoholbruk og psykisk helse blant elever i ungdomsskole og videregående skole: En kvantitativ studie basert på data fra Oppvekst i bygder 2022

Masteroppgave i helsesykepleie
Veileder: Unni Karin Moksnes
Mai 2024

Julie Margrete Johnsen Håpnes
Maren Berg Kjerringvåg

Alkoholbruk og psykisk helse blant elever i ungdomsskole og videregående skole: En kvantitativ studie basert på data fra Oppvekst i bygder 2022

Masteroppgave i helsesykepleie
Veileder: Unni Karin Moksnes
Mai 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Tidligere forskning har vist en sammenheng mellom alkoholbruk og dårligere psykisk helse blant ungdommer. Ungdomstiden er en sårbar periode i livet, preget av løsrivelse og nysgjerrighet. Grunnlaget for den psykiske helsen legges i barne- og ungdomsårene, og påvirkes av mange faktorer. Helsesykepleier har et folkehelseansvar, og nasjonale faglige retningslinjer gir en sterk anbefaling om at skolehelsetjenesten skal fremme god psykisk helse og forebygge rusmiddelbruk. Kunnskap om alkoholbruk og psykisk helse blant ungdommer kan styrke helsesykepleiers helsefremmende og forebyggende arbeid.

Hensikt: Formålet med denne studien var å undersøke kjønns- og aldersforskjeller i alkoholbruk og psykisk helse, og sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse blant elever i ungdomsskole og videregående skole.

Metode: Studien benytter kvantitativ metode og baserer seg på datamaterialet fra tverrsnittsstudien Oppvekst i bygder fra 2022. Det er en spørreskjembasert undersøkelse gjennomført blant elever i ungdomsskole og videregående skole i fem bygdekommuner i Trøndelag fylke. Utvalget i studien inkluderte 307 ungdommer. For å undersøke kjønns- og aldersforskjeller ble det gjennomført t-tester. Korrelasjonsanalyser og lineære regresjonsanalyser ble anvendt for å utforske sammenhengen mellom sosiodemografiske faktorer, stress og alkoholbruk, og alkoholbruk og psykisk helse kontrollert for sosiodemografiske faktorer og stress.

Resultater: Deltakerne oppga at de i gjennomsnitt aldri eller sjelden drakk alkohol (1.63), opplevde god psykisk velvære (sumscore 45.22) og hadde lave nivåer av symptomer på angst og depresjon (sumscore 18.82). I aldersgruppen 16-19 år oppga deltakerne at de i gjennomsnitt sjelden drakk alkohol (2.01), mens aldersgruppen 13-15 år rapporterte at de i gjennomsnitt aldri drakk alkohol (1.10). Deltakerne i aldersgruppen 13-15 år rapporterte om en høyere grad av psykisk velvære (MD 4.26) og et lavere nivå av symptomer på angst og depresjon (MD -3.16), sammenlignet med aldersgruppen 16-19 år. Jentene rapporterte om en lavere grad av psykisk velvære (MD -4.88) og et høyere nivå av symptomer på angst og depresjon (MD 5.25), sammenlignet med guttene. Resultatene viste ingen tydelige sammenhenger mellom alkoholbruk og psykisk helse. Det var kun en svak positiv signifikant korrelasjon mellom alkoholbruk og symptomer på angst og depresjon (.136).

Konklusjon: Resultatene fra denne studien støtter tidligere forskning, som viser at det er signifikante aldersforskjeller i alkoholbruk og signifikante kjønns- og aldersforskjeller i psykisk helse blant ungdommer. Det ble ikke funnet noen signifikant sammenheng mellom alkoholbruk og psykisk helse blant ungdommer i denne studien, selv om tidligere forskning og annen litteratur viser en sammenheng. Flere av funnene tyder på at sosiodemografiske faktorer og stress kan ha en innflytelse på både alkoholbruk og psykisk helse blant ungdommer.

Nøkkelord: Ungdom, ungdommer, psykisk helse, psykisk velvære, symptomer på angst og depresjon, alkoholbruk, alkohol, sosiodemografiske faktorer, stress

Abstract

Background: Previous research has indicated an association between alcohol use and poorer mental health among adolescents. Adolescence is a vulnerable time, characterized by secession and curiosity. The foundation for mental health is established during childhood and adolescence, and it is shaped by numerous factors. Public health nurses have a public health responsibility, and national professional guidelines provide a strong recommendation that the school health service should promote good mental health and prevent substance use. Knowledge about alcohol use and mental health among adolescents can strengthen the public health nurse's health-promoting and preventive work.

Objective: The aim of this study was to investigate gender and age differences in alcohol use and mental health, and the association between alcohol use and mental health among students in lower and upper secondary school.

Method: The study uses quantitative methods and is based on the data material from the cross-sectional study "Oppvekst i bygder" from 2022. It is a questionnaire-based survey conducted among students in lower and upper secondary schools in five rural municipalities in Trøndelag county, which included 307 adolescents. T-tests were used to investigate gender and age differences. Correlation analyses and linear regression analyses were conducted to explore the association between sociodemographic factors, stress and alcohol use, and alcohol use and mental health adjusted by sociodemographic factors and stress.

Results: On the average, participants reported that they never or rarely drank alcohol (1.63), experienced good mental well-being (sum score 45.22) and low levels of symptoms of anxiety and depression (sum score 18.82). The students in the 16-19 age group reported that they rarely drank alcohol on average (2.01), while the students in the 13-15 age group reported that they never drank alcohol on average (1.10). The participants in the 13-15 age group reported a higher degree of mental well-being (MD 4.26) and a lower level of symptoms of anxiety and depression (MD -3.16), compared to the 16-19 age group. The girls reported a lower degree of mental well-being (MD -4.88) and a higher level of symptoms of anxiety and depression (MD 5.25), compared to the boys. The results showed no clear association between alcohol use and mental health. There was only a slight positive significant correlation between alcohol use and symptoms of anxiety and depression (.136).

Conclusion: The results from this study support previous research, which shows that there are significant age differences in alcohol use and significant gender and age differences in mental health among adolescents. No significant association was found between alcohol use and mental health among adolescents in this study, although previous research and literature show an association. Several findings indicate that sociodemographic factors and stress can influence alcohol use and mental health among adolescents.

Keywords: Adolescents, adolescence, mental health, mental well-being, symptoms of anxiety and depression, alcohol use, alcohol, sociodemographic factors, stress.

Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på en historisk toårig master i helsesykepleie ved NTNU, og det er en ære å være en del av det første kullet. For oss markerer også denne masteroppgaven avslutningen på fem tilbakelagte studieår sammen. Vi møttes under sykepleierutdanningen i 2018, og er takknemlige for at vi har fått muligheten til å skrive denne masteroppgaven og utdanne oss som både sykepleiere og helsesykepleiere sammen.

Å fordype oss i et tema vi interesserer oss for har vært både spennende og lærerikt. Til tider har det også vært utfordrende og krevende, samtidig som vi har funnet stor motivasjon og støtte i hverandre underveis. Kompetansen vi har tilegnet oss gjennom denne masteroppgaven anser vi som viktig i vår jobb som helsesykepleiere i skolehelsetjenesten. Nå står arbeidslivet for tur der en av oss skal arbeide i en større norsk by, mens den andre skal jobbe i distriktet.

Takk til Unni Karin Moksnes for god veiledning gjennom hele prosessen. Takk til familie, venner og tålmodige samboere som alltid har hatt troen og heiet på oss. Avslutningsvis vil vi takke hverandre for et godt samarbeid, fylt med mye glede, latter og minneverdige øyeblikk på veien.

Julie M. J. Håpnes & Maren Berg Kjerringvåg
Trondheim, mai 2024

Innhold

Figurer	x
Tabeller	x
1 Introduksjon	11
2 Bakgrunn	13
2.1 Psykisk helse	13
2.1.1 Psykisk velvære	13
2.1.2 Psykiske plager og lidelser	14
2.1.3 Psykisk helse blant norske ungdommer	14
2.2 Alkohol	15
2.2.1 Alkoholbruk blant norske ungdommer	16
2.3 Faktorer som påvirker helse	16
2.3.1 Faktorer som påvirker psykisk helse blant norske ungdommer	17
2.3.2 Faktorer som påvirker alkoholbruk blant norske ungdommer.....	19
3 Hensikt	21
3.1 Forskningsspørsmål	21
4 Metode.....	22
4.1 Oppvekst i bygder	22
4.2 Datainnsamling	22
4.3 Utvalg	22
4.4 Studieveiabler	23
4.4.1 Alkoholbruk.....	23
4.4.2 Psykisk helse.....	23
4.4.2.1 Psykisk velvære.....	23
4.4.2.2 Symptomer på angst og depresjon.....	24
4.4.3 Kontrollvariabler	24
4.4.3.1 Alder	24
4.4.3.2 Kjønn	25
4.4.3.3 Familieøkonomi	25
4.4.3.4 Foreldrenes utdanningsnivå	25
4.4.3.5 Stress.....	25
4.5 Statistiske analyser.....	25
4.5.1 Deskriptiv statistikk og t-tester.....	25
4.5.2 Korrelasjon	26
4.5.3 Lineære regresjonsanalyser	26
5 Resultater.....	27

5.1	Deskriptiv statistikk	27
5.2	Kjønns- og aldersforskjeller i alkoholbruk og psykisk helse.....	28
5.3	Korrelasjon mellom alkoholbruk, psykisk helse, sosiodemografiske faktorer og stress.....	30
5.4	Multipel lineær regresjonsanalyse for sammenhengen mellom sosiodemografiske faktorer, stress og alkoholbruk.....	31
5.5	Multipel lineær regresjonsanalyse for sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse	31
6	Diskusjon	33
6.1	Hovedfunn	33
6.2	Kjønns- og aldersforskjeller i alkoholbruk og psykisk helse.....	33
6.3	Sammenhengen mellom sosiodemografiske faktorer, stress og alkoholbruk ...	36
6.4	Sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse.....	37
6.4.1	Betydningen av kontrollvariablene på sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse	38
6.5	Metodediskusjon	40
6.5.1	Studiedesign	40
6.5.2	Utvalg	41
6.5.3	Statistiske analyser	41
7	Konklusjon.....	42
7.1	Implikasjoner for fagfeltet.....	42
7.2	Konklusjon	42
	Referanser	43
	Vedlegg	52

Figurer

Figur 1: Modell over helsedeterminanter, Dahlgren & Whitehead (2021).	17
Figur 2: Flytskjema med oversikt over utvalget.	23
Figur 3: Eksponering og utfall påvirkes av kontrollvariabler.....	24

Tabeller

Tabell 1: Deskriptiv statistikk over utvalget stratifisert etter kjønn.	28
Tabell 2: Deskriptiv statistikk og t-tester for psykisk velvære, symptomer på angst og depresjon og alkohol stratifisert etter kjønn.	29
Tabell 3: Deskriptiv statistikk og t-tester for psykisk velvære, symptomer på angst og depresjon og alkoholbruk stratifisert etter alder.	29
Tabell 4: Korrelasjonsmatrise for grad av samvariasjon (Pearsons r).	30
Tabell 5: Multippel lineær regresjonsanalyse av alkoholbruk kontrollert for sosiodemografiske faktorer og stress.	31
Tabell 6: Multippel lineær regresjonsanalyse av psykisk velvære og alkoholbruk ujustert, og kontrollert for sosiodemografiske faktorer og stress.	32
Tabell 7: Multippel lineær regresjonsanalyse av symptomer på angst og depresjon og alkoholbruk ujustert, og kontrollert for sosiodemografiske faktorer og stress.	32

1 Introduksjon

Grunnlaget for den psykiske helsen legges i barne- og ungdomsårene (Reneflot et al., 2018), og erfaringer og opplevelser fra denne perioden former livet som voksen (Thuen, 2019). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer ungdommer som mennesker i aldersgruppen 10-19 år (WHO, u. å. a.). Ungdomstiden kjennetegnes som en periode med god helse, lite sykdom og lav dødelighet. Av den grunn har forskning på ungdommers helse blitt nedprioritert sammenlignet med forskning på barn og voksne (Skogen et al., 2023). Ifølge Ungdataundersøkelsen fra 2022 trives de fleste norske barn og unge og har en god psykisk helse (Bakken, 2022). Samtidig har barn og unge dårligere psykisk helse enn tidligere (Bakken, 2022; Krokstad et al., 2022; Meld. St. 23 (2022-2023)). Det har vært en stor økning i henvendelser blant barn og unge som ber om psykisk helsehjelp (Krokstad et al., 2022; Meld. St. 23 (2022-2023)). Flere blir diagnostisert med psykiske lidelser, spesielt jenter (Reneflot et al., 2018).

Ungdomstiden er en sårbar periode i livet preget av utfordringer og muligheter for kognitiv, affektiv og sosial modning (Choudhury, 2010; Steinberg, 2005; Mulye et al., 2009). Blakemore & Mills (2014) definerer ungdomstiden som en kompleks epoke som påvirkes av biologiske og sosiale faktorer. Overgangen fra barn til ungdom starter med pubertetens fysiologiske endringer, og avsluttes når ungdommen har funnet en stabil uavhengig rolle i samfunnet. I denne perioden er identitetsutvikling og valg som påvirker livsstil og utdanning sentrale (Stengård & Appelqvist-Schmidlechner, 2010). Jevnaldrende får i økende grad innflytelse, og relasjoner og sosial tilhørighet er viktig (Stengård & Appelqvist-Schmidlechner, 2010; Larson et al., 1996). Ungdommer søker nye erfaringer og impulser, og er nysgjerrige av natur. Dette kan føre til at de tar valg som får konsekvenser for helsen, som blant annet kan føre til ulykker, vold og rusmiddelbruk (Crone & Dahl, 2012).

Alkohol er et vanlig rusmiddel i den norske kulturen, og mange ungdommer har smakt alkohol før de har fylt 18 år (Heradstveit et al., 2020). Det er ingen helsefordeler med å drikke alkohol (Zhao et al., 2023; Arora et al., 2022), og risikoen for å utvikle sykdommer, som blant annet psykiske lidelser, starter fra første inntak (WHO, 2018; WHO, 2023). Tidligere forskning på sammenhengen mellom alkoholbruk og dårligere psykisk helse blant den voksne befolkningen er godt dokumentert (Paljärvi et al., 2009; Boden & Fergusson, 2011; Gilman & Abraham, 2001; Manninen et al., 2006; Schneier et al., 2010; Appleton et al., 2018). Denne sammenhengen er også funnet i tidligere undersøkelser og studier på ungdomspopulasjonen (Skogen et al., 2014; Lima et al., 2020; NOVA, 2015). Tidlig alkoholdebut og rusmiddelproblemer blant ungdommer assosieres med flere symptomer på psykiske helseplager (Skogen et al., 2014). I tillegg har ungdommer med psykiske helseplager større sannsynlighet for å teste rusmidler og utvikle et skadelig alkoholforbruk (Lima et al., 2020; NOVA, 2015). En spørreundersøkelse gjennomført av alkoveitorganisasjonen Av-og-til (2023) viser at fire av ti unge voksne mellom 18-29 år bruker alkohol som en mestringsstrategi for personlige problemer, stress, nedstemthet og tristhet.

Det er et samfunnsansvar å sikre at alle har de nødvendige forutsetningene for et godt liv. Folkehelsemeldingen fastslår at psykisk helse kan fremmes gjennom et godt folkehelsearbeid (Meld. St. 15 (2022-2023)). Helsepsykepleier har et folkehelseansvar og skal jobbe kunnskapsbasert (Forskrift om nasjonal retningslinje for helsepsykepleierutdanning, 2021, § 5). I den nasjonale faglige retningslinjen for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det en sterk anbefaling om at skolehelsetjenesten bør ha oversikt over elevenes helsetilstand. Dette kan gi muligheter til å oppdage psykiske lidelser, plager eller skjevutvikling (Helsedirektoratet, 2023a). Ifølge forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018, § 6a) skal tilbudet til barn og unge inneholde helsefremmende og forebyggende psykososialt arbeid i skolen. Helsepsykepleiere i skolehelsetjenesten bør jobbe for å fremme god psykisk helse og samarbeide med skolen for å forebygge rusmiddelbruk blant elevene (Helsedirektoratet, 2023a). Kunnskap om alkoholbruk og psykisk helse blant ungdommer kan styrke helsepsykepleiers helsefremmende og forebyggende arbeid.

2 Bakgrunn

2.1 Psykisk helse

Psykisk helse er et vidt og nøytralt begrep, som favner et bredt spekter; fra god psykisk helse og livskvalitet til dårlig psykisk helse, psykiske plager og lidelser (WHO, u. å. b; Helsedirektoratet, 2014). Ofte blir begrepet referert til som en utfordring, gjerne i forbindelse med psykiske plager og lidelser (Helsedirektoratet, 2014). Det er mye forskning på psykisk helse, men de fleste studiene har forsket på psykiske plager og lidelser hos ungdommer (Ringdal et al., 2017). WHO (u. å. b) definerer psykisk helse som:

En tilstand av velvære der individet kan realisere sine egne muligheter, kan håndtere normale stress-situasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet.

I definisjonen av psykisk helse tar tilstedeværelse av psykologiske ressurser stadig mer plass (Smith et al., 2017). *Psykisk helse* som begrep har en mer positiv ordlyd fra et folkehelseperspektiv. I denne sammenhengen brukes ord for den positive psykiske helsen, som for eksempel det engelske begrepet "well-being" (Carlquist, 2015). Ifølge en rapport fra WHO er positiv psykisk helse grunnlaget for "well-being" og god funksjon på både individ- og samfunnsnivå (Herrmann et al., 2004). På norsk kan "well-being" være utfordrende å oversette helt korrekt. I WHOs definisjon av psykisk helse oversettes begrepet til *velvære*. Ord som *trivsel* og *livskvalitet* blir også brukt i oversettelsen på norsk (Helsedirektoratet, 2014).

2.1.1 Psykisk velvære

Psykisk velvære som begrep er komplekst, og kan forklares med flere ulike forståelser. To forskjellige perspektiver er spesielt sentrale: det hedoniske perspektivet og det eudaimoniske perspektivet (Helsedirektoratet, 2014; Ringdal et al., 2017; Tennant et al., 2007; Smith et al., 2017). Positive følelser, nytelse, tilfredshet og lykke er sentrale elementer i det hedoniske perspektivet (Helsedirektoratet, 2014; Ringdal et al., 2017). Disse erfaringene er subjektive, og omfatter menneskets egne vurderinger av lykke og livstilfredshet. Dette perspektivet går under "subjective well-being", som kan oversettes til subjektivt psykisk velvære (Carlquist, 2015; Moksnes, 2021; Tennant et al., 2007, Smith et al., 2017). Det eudaimoniske perspektivet fokuserer mer på psykologisk funksjon, selvrealisering og oppfatninger av hvordan individet fungerer i omgivelsene (Carlquist, 2015; Ringdal et al., 2017; Tennant et al., 2007; Smith et al., 2017). Opplevelsen av mening, fellesskap, mestring, autonomi og relasjoner er sentrale aspekter ved den eudaimoniske forståelsen av psykisk velvære (Helsedirektoratet, 2014; Carlquist, 2015). Disse aspektene er sett på som gode for mennesker (Carlquist, 2015).

Forskningen på psykisk velvære er mangelfull, og det er få validerte måleinstrumenter som måler psykisk velvære hos ungdommer (Ringdal et al., 2017). "The Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scales" (WEMWBS) er en validert skala som brukes i forskning for å måle psykisk velvære (Warwick Medical School, u. å.; Ringdal et al., 2017). Både det hedoniske og det eudaimoniske perspektivet dekkes av skalaen i

forståelsen av psykisk velvære (Ringdal et al., 2017). WEMWBS ble utviklet grunnet et behov for et godt psykometrisk måleinstrument for positiv psykisk helse. Skalaen stammer fra "Affectometer 2", som er en skala som måler psykisk velvære. Denne skalaen hadde flere begrensninger, som gjorde at det var et behov for et nytt og forbedret måleinstrument (Smith et al., 2017).

2.1.2 Psykiske plager og lidelser

Psykiske plager kan beskrives som vanlige variasjoner i atferd og følelsesliv. Plagene kan være slitsomme, som for eksempel engstelse, nedstemthet, uro eller søvnproblemer (Bang et al., 2023). Slike plager er ikke så alvorlige, langvarige eller funksjonsnedsettende at de oppfyller kravene til en psykisk lidelse (Skogen et al., 2023). De kan likevel variere i ulik grad av symptombelastning, fra lette til sterkere (Bang et al., 2023). Psykiske plager kan deles inn i internaliserende og eksternaliserende plager. Internaliserende plager kjennetegnes ved at oppmerksomheten er rettet inn mot individet selv og det negative med egen person. Angst og depresjon er typisk internaliserende plager. Eksternaliserende plager retter seg ut mot omgivelsene, som for eksempel rusproblemer og aggresjon (Skogen et al., 2023).

Dersom symptombelastningen blir stor, langvarig og oppfyller kriteriene for en eller flere av diagnosene i det offisielle diagnosesystemet, brukes begrepet *psykisk lidelse*. Angst og depresjon er eksempler på psykiske lidelser (Bang et al., 2023). Å ha en psykisk lidelse fører ofte til komorbiditet. Dersom en for eksempel har depresjon, er risikoen større for å utvikle angst, atferdsproblemer eller rusmisbruk. Grunnen til dette kan være at de ulike psykiske lidelsene eller plagene har samme årsak, for eksempel biologiske eller sosiale. Andre forklaringer kan være at å ha en psykisk lidelse eller psykiske plager kan gi en større risiko for å utvikle andre psykiske lidelser eller plager (Avenevoli et al., 2001). Blant de som får psykiske plager og lidelser, rammes de fleste av angst- og depresjonslidelser. Dette gjelder også i ungdomstiden (Skogen et al., 2023). Angst og frykt har mange likheter, men det er viktige elementer som skiller dem. Når noen har en følelse av å være i fare, selv om det ikke er tilfelle i virkeligheten, er det angst. Tanker knyttet til mulige farer, kroppslige reaksjoner på å være fysisk aktivert gjennom en frys-respons og fight-or-flight-respons, eller atferd kjennetegnet av unngåelse av det som fremkaller angsten er typiske kjennetegn for angst (Rapee et al., 2016). Depresjon er en alvorlig lidelse som påvirker utviklingen, også hos ungdommer. Diagnosekriteriene er like hos både ungdommer og voksne, men lidelsen uttrykkes forskjellig i ulike aldre. Ungdommer kan ha større humørsvingninger, håpløshetsfølelse, konsentrasjonsproblemer, økt søvnbehov, kjenne på tristhet og generell, vedvarende nedstemthet, sosial angst og alkohol- og/eller stoffproblemer (Grøholt & Sund, 2017).

2.1.3 Psykisk helse blant norske ungdommer

Rapporter og undersøkelser viser at de fleste norske ungdommer har det bra (Bøe et al., 2021; Steinsbekk et al., 2022; Sund et al., 2011; Bakken, 2022). Majoriteten rapporterer om en aktiv hverdag, god livskvalitet, gode venner, tette relasjoner og trivsel på skolen. Ungdataundersøkelsen fra 2022 viser også at få ungdommer har mange psykiske plager, og de færreste føler seg ensomme (Bakken, 2022). Funn fra nasjonale og internasjonale studier og undersøkelser antyder at de fleste ungdommer opplever sin subjektive helse som god og er tilfredse med livet (Rangul & Kvaløy, 2020; Samdal et al., 2016; Proctor et al., 2009). Samtidig viser andre nasjonale og internasjonale undersøkelser at ungdommer rapporterer om dårligere psykisk helse og flere psykiske helseplager enn før

(Potrebny et al., 2017; Bang et al., 2023). Resultatene fra Folkehelse rapporten fra Folkehelseinstituttet (FHI) tyder på at psykiske plager er vanlige blant ungdom (Bang et al., 2023). Trenddata fra HUNT-studien viser at norske ungdommer har fått en dårligere psykisk helse de siste årene. Årsakene til denne trenden kan være relatert til endring i levekår og atferd, samt påvirkning fra sosiale medier (Krokstad et al., 2022).

Blant norske ungdommer har jenter flere psykiske og fysiske helseplager, spesielt i alderen 16-19 år. I denne aldersgruppen rapporterer også en stor andel av jentene om symptomer på angst og depresjon. Guttene i denne aldersgruppen har også en høy symptomskår, men jentenes symptomskår er høyere (Rangul & Kvaløy, 2020; Samdal et al., 2016). I aldersgruppen 13-18 år scorer gutter høyere på livstilfredshet sammenliknet med jenter, med unntak av aldersgruppen 17-18 år (Moksnes et al., 2013; Samdal et al., 2016). Tall fra Ungdataundersøkelsen i 2022 viser at 19 % av jentene og 6 % av guttene på åttende trinn rapporterte om "mange psykiske plager" de siste syv dagene. I tredje klasse på videregående skole rapporterte 30 % av jentene og 13 % av guttene om det samme. Typiske stress-symptomer, som bekymringer eller følelsen av at alt er et slit, var de mest utbredte plagene. En del rapporterte også om søvnproblemer, tristhet og nedstemthet (Bakken, 2022). Resultater fra metaanalyser av Salk et al. (2017) viser at forekomsten av depresjon er høyere ved 12 års alder hos jenter sammenliknet med gutter. Kjønnforskjellene øker med alderen og blir tydeligere i ungdomstiden, før den synker igjen. Angstlidelser er den mest utbredte diagnosegruppen blant barn og unge. Studier viser at det er en høyere forekomst av angstlidelser hos jenter enn hos gutter i ungdomsårene (Beesdo et al., 2009; Steinsbekk et al., 2022; Sund et al., 2011).

2.2 Alkohol

I århundrer har alkohol vært en av de mest utbredte rusmidlene i verden. Over to hundre ikke-smittsomme sykdommer er assosiert med å drikke alkohol, og årlig registreres tre millioner alkoholrelaterte dødsfall globalt (WHO, 2022). Hjerne- og karsykdommer, leversykdommer, kreft og psykiske lidelser er noen av de mest fremtredende sykdommene ved alkoholbruk (Rehm, 2011; WHO, 2018). Alkohol medfører alvorlige sosiale og økonomiske konsekvenser for samfunnet (WHO, 2022; Rehm et al., 2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Det er ingen helsefordeler ved å drikke alkohol (Zhao et al., 2023; Arora et al., 2022), og de nye nordiske kostholdsrådene anbefaler total avholdenhet (Blomhoff et al., 2023). Alkohol er et næringsstoff kroppen ikke trenger, og risikoen for å utvikle sykdom starter fra første inntak (Blomhoff et al., 2023; WHO, 2023).

Hjernens belønningssystem stimuleres ved alkohol, og gir raskt en forsterket følelse av oppstemthet, entusiasme og velbehag (Nutt, 2020). Rusen fører til økt impulsivitet og redusert balanse og koordinasjon. Ved høy alkoholkonsentrasjon vil bevissthet og hjernens pustesenter svekkes, som kan ha dødelige konsekvenser (Mørland, 2003). Risikoen for trafikkulykker, vold, selvmord og bruk av illegale rusmidler øker under alkoholpåvirkning. Forekomsten av slike alkoholrelaterte skader er hyppigst blant den yngre befolkningen (WHO, 2022). En norsk studie avdekket at andelen alkoholrelaterte skader blant elever i ungdomsskole og videregående skole økte i takt med alder og drikkefrekvens (Pape & Rossow, 2007).

Flere studier har vist en sammenheng mellom alkoholbruk og psykisk helse (Paljärvi et al., 2009; Boden & Fergusson, 2011; Gilman & Abraham, 2001; Manninen et al., 2006; Schneier et al., 2010; Appleton et al., 2018). Et høyt ukentlig alkoholkonsum hadde en sterk sammenheng med depressive symptomer, og økte risikoen for å utvikle depresjon (Paljärvi et al., 2009; Manninen et al., 2006). Resultater fra flere longitudinelle studier tydet på at alkoholavhengighet- og misbruk har en årsakssammenheng med utvikling av depresjon. Tilstedeværelse av den ene øker risikoen for å utvikle den andre (Boden & Fergusson, 2011; Gilman & Abraham, 2001). En tverrsnittsstudie antydte også en slik sammenheng mellom sosiale angstlidelser og alkoholavhengighet- og misbruk (Schneier et al., 2010). I tillegg er det funnet en statistisk signifikant sammenheng mellom dårlig psykisk velvære og skadelig alkoholbruk (Appleton et al., 2018). Flere symptomer på psykiske helseplager assosieres med tidlig alkoholdebut og rusmiddelproblemer (Skogen et al., 2014). Resultater fra tidligere forskning har vist at tidlig alkoholdebut har en sammenheng med et høyere alkoholkonsum som voksen (Grimsmo, 2009; McCambridge et al., 2011).

2.2.1 Alkoholbruk blant norske ungdommer

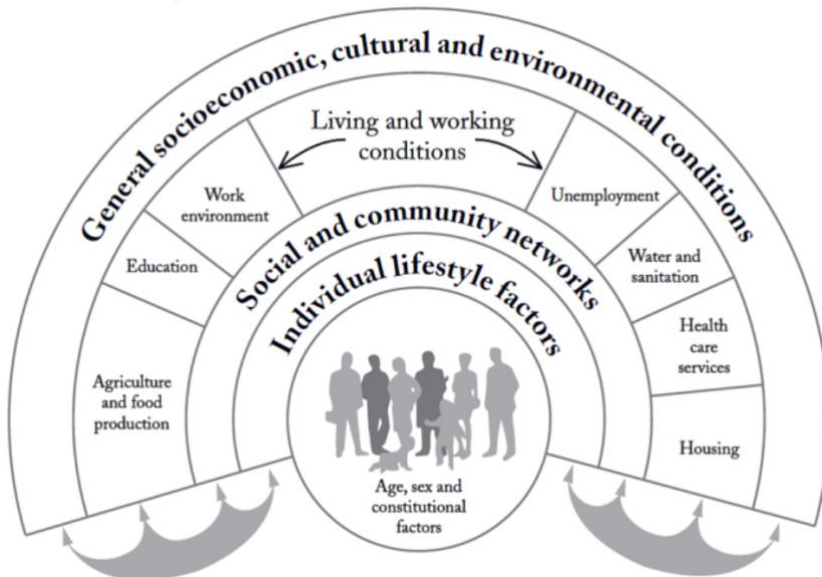
Alkoholomsetningen i Norge er lav sammenlignet med andre europeiske land, men befolkningen har samtidig et høyt alkoholforbruk (Skrettingen et al., 2016). Åtte av ti nordmenn mellom 16 og 79 år har drukket alkohol det siste året, og halvparten av dem konsumerer seks eller flere enheter når de drikker. De fleste nordmenn drikker alkohol kun i helgene (Bye & Rossow, 2023). Internasjonale og nasjonale ungdomsundersøkelser viser en nedgang i alkoholbruk blant ungdom (de Looze et al., 2015; ESPAD group, 2016, Kraus et al., 2018; Bakken, 2022; Haug et al., 2020). I 20 av 28 land hadde alkoholbruk blant 11-, 13- og 15 åringer sunket fra 2002 til 2010 (de Looze et al., 2015). Skoleundersøkelsen European School Survey Project on Alcohol and Other drugs viste fra 1995 til 2015 en nedgang i alkoholbruk. Norske 15- og 16 åringer hadde et lavt alkoholbruk sammenlignet med andre europeiske ungdommer (ESPAD group, 2016; Kraus et al., 2018). I en litteraturgjennomgang av Pape et al. (2018) ble nedgangen i alkoholbruk sett i sammenheng med den teknologiske utviklingen, som kan ha redusert behovet ungdommer har for fysiske møter der de drikker alkohol. Nyere forskning forklarer nedgangen med en endring i ungdommenes fritidsvaner, og at de prioriterer familie og skole i større grad (Rossow et al., 2020).

Tidligere forskning og undersøkelser viste ingen kjønnsforskjeller i alkoholbruk mellom jenter og gutter (Bye & Rossow, 2023; Bakken, 2022), men at alkoholbruk økte med alderen. Få norske 13-åringer hadde prøvd alkohol (Bakken, 2022). Blant 15- og 16 åringer hadde omtrent 50 % drukket alkohol det siste året, og én av fem hadde vært beruset (Bye & Rossow, 2023). Over 80 % av 18- og 19-åringene hadde drukket alkohol, og tre av fire hadde vært beruset (Bakken, 2022).

2.3 Faktorer som påvirker helse

God helse er avgjørende for enkeltindividets potensial og samfunnsutviklingen (FN, 2023). Dagens helsefremmende forskning har en økologisk tilnærming, der samspillet mellom individuelle faktorer og miljøets påvirkning står sentralt (Mittelmark, 2012). På oppdrag fra WHO utviklet Dahlgren og Whitehead "regnbuemodellen" i 1991, og har siden den gang vært en av de mest anvendte modellene med økologisk tilnærming på verdensbasis (Dahlgren & Whitehead, 2021). Modellen illustrerer de viktigste

helse-determinanterne (figur 1). Begrepet *helse-determinanter* er en samlebetegnelse på faktorer som kan påvirke helse positivt eller negativt. Modellen beskriver både individuelle og sosiale helse-determinanter, strukturert i nivå fra medfødte til samfunnsmessige forhold. Nivåene i modellen henger sammen, og har en gjensidig påvirkning (Dahlgren & Whitehead, 2006).



Figur 1: Modell over helse-determinanter, Dahlgren & Whitehead (2021).

I midten av modellen presenteres det innerste nivået, som omfatter *alder, kjønn og biologiske faktorer*. Disse faktorene spiller en betydelig rolle i individets liv, men er i stor grad uforanderlige og kan ikke påvirkes som resten av nivåene i modellen. *Individuelle livsstilsvalg* er det neste nivået, som kan være kostholds- og alkoholvaner hos den enkelte. Nivået *sosiale nettverk og samfunn* omhandler lokalsamfunnet, familie og venner. Deretter beskrives nivået *leve- og arbeidsforhold*, som omfatter materielle og sosiale forhold der mennesker lever og bor. De bestemmes ut fra faktorer som utdanning, bosituasjon og tilgang på helsetjenester. Det ytterste nivået i modellen illustrerer *sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige faktorer*, som kan ha stor påvirkning på befolkningens helse. Skatter, avgifter og internasjonale- og nasjonale strategiplaner er eksempler på slike faktorer (Dahlgren & Whitehead, 2006).

2.3.1 Faktorer som påvirker psykisk helse blant norske ungdommer

Psykisk helse blant ungdommer påvirkes av mange ulike faktorer (Skogen et al., 2023). Det er forsket på årsakene til kjønnsforskjellene i forekomsten av angst- og depresjonslidelser hos jenter og gutter i ungdomsårene. Resultatene viser at jenter er mer sensitive for kroppens signaler. I tillegg evner jenter å sette ord på og forstå det de opplever i større grad, sammenliknet med gutter (Wool & Barsky, 1994). Resultatene fra en studie som undersøkte subjektive helseplager blant norske ungdommer, viste at jenter rapporterte om flere subjektive helseplager enn gutter, i alderen 14-16 år (Aanesen et al., 2017). Det er også kjønnsforskjeller i hvilke plager som er mest vanlige. Jenter har ofte internaliserende plager og gutter har ofte eksternaliserende plager (Skogen et al., 2023). Tidligere rapporter og forskning viser at jenter har oppgitt en lavere grad av livstilfredshet enn gutter. Kjønn og alder har også en sammenheng med grad av livstilfredshet hos ungdommer (Oberle et al., 2011, Proctor et al., 2009; Proctor

et al., 2010). Majoriteten har få psykiske plager før puberteten, og kjønnsforskjellene er små (Reneflot et al., 2018; Sletten & Bakken, 2016).

Til tross for at Ungdata- og andre undersøkelser som baserer seg på selvrapporing tyder på at mange sliter med ulike psykiske helseutfordringer, er dette også vanlige plager som er en del av ungdomstiden. Dette gjelder ofte plager som tristhet, nedstemthet, bekymringer og søvnproblemer. Det er kun et fåtall som er svært plaget (Bakken et al., 2018). Plagene går heldigvis over av seg selv for de fleste, selv om disse hverdagsplagene kan være vanskelige for de som opplever dem og føre til dårligere livskvalitet. Disse psykiske helseplagene kan også være begynnelsen på varige psykiske vansker (Eriksen & Bakken, 2020).

Økningen i psykiske plager og vansker kan skyldes en økning av større belastninger og mer stress, spesielt blant unge jenter. Årsakene kan være større krav til å prestere på skolen, mobbing på sosiale medier, presset om å fremstå som "perfekt" eller vellykket på flere arenaer eller et økt kropps- og motepress (Madsen, 2022; Eriksen & Bakken, 2020). I studien til Aanesen et al. (2017) ble det også funnet en assosiasjon mellom selvtillit, skolerelatert stress og subjektive helseplager, som kan være en forklaring på økningen i subjektive helseplager blant jenter. En annen forklaring på denne utviklingen kan være at psykisk helse er mindre tabubelagt enn tidligere (Eriksen & Bakken, 2020). En studie av Rolandsgard et al. (2023) undersøkte hvordan ungdommer i alderen 16-19 år opplevde åpenhet rundt psykiske lidelser. Resultatene viste at ungdommene generelt opplevde åpenhet som noe positivt, som gav mulighet til å uttrykke følelser og redusere stigma. Ulempene som ble nevnt rundt åpenhet var misbruk for å få oppmerksomhet, usikkerhet rundt riktig bruk av ulike diagnoser og muligheten til å romantisere psykiske lidelser. Mer åpenhet kan ha gjort det enklere for ungdommer å dele følelsene de kjenner på (Eriksen & Bakken, 2020), og det kommer til syne gjennom rapportering i spørreskjema.

Sosioøkonomisk status har også en sammenheng med psykisk helse. Ungdommer med lav sosioøkonomisk status har en økt risiko for å utvikle depresjon og andre psykiske lidelser (Curtis et al., 2013). Flere internasjonale studier har funnet en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og psykisk helse blant barn og ungdommer. Sannsynligheten for å utvikle psykiske plager er to til tre ganger større hos de som har lav sosioøkonomisk status (Reiss, 2013). I familier der foreldrene har dårligere økonomi og lav utdanning, oppgir ungdommene oftere psykiske plager i hverdagen (Sletten, 2015). De rapporterer også om lavere forventninger til fremtidig livskvalitet (Helsedirektoratet, 2023b).

Helsefremmende miljøer i hjem, nærmiljø, og skoler vil styrke ungdommenes psykiske helse (Skogen et al., 2018; Meld. St. 23 (2022-2023)). Generelt fremmer mestring psykisk helse og trivsel (Helsedirektoratet, 2014). Hos familier med store eller flere belastninger virker sosial støtte beskyttende, og motsatt er lite sosial støtte en risikofaktor for den psykiske helsen. Det er også viktig med et godt læringsmiljø på skolen, hvor barn og unge får kjenne på mestring og fellesskap. Dette virker beskyttende på den psykiske helsen, og fremmer psykisk helse og trivsel senere i livet (Skogen et al., 2023; Helsedirektoratet, 2014). Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse har regjeringen som formål å fremme disse helsefremmende og forebyggende tiltakene for å styrke den psykiske helsen i befolkningen. Et av de tre innsatsområdene er

helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid, hvor formålet er å redusere forekomsten av psykiske helseplager blant barn og unge (Meld. St. 23 (2022-2023)).

2.3.2 Faktorer som påvirker alkoholbruk blant norske ungdommer

Ungdomstiden er forbundet med en økt risiko for å utvikle ulike psykiske plager og atferdsvansker, inkludert alkoholmisbruk. Årsaken til dette kan være at forventningene om selvstendighet og løsrivelse i ungdomstiden kan oppleves som stressende for ungdommer (Arnett et al., 2014; Viner & Tanner, 2009). Resultatene fra en norsk longitudinell studie viste at eksternaliserende atferdsmønstre var knyttet til økt risiko for alkoholbruk og alkoholrelaterte problemer, mens internaliserende atferdsmønstre ble assosiert med lavere sannsynlighet for alkoholbruk og alkoholrelaterte problemer blant ungdommer (Heradstveit et al., 2018). Samtidig har en studie av Johannessen et al. (2017) funnet en sammenheng mellom et høyere nivå av symptomer på angst og depresjon og tidlig alkoholdebut, spesielt blant jenter.

Ungdommer forbinder utprøving av alkohol med sosialt samvær med jevnaldrende (Bakken, 2020a). Venner og jevnaldrende har stor innflytelse på alkoholbruk blant ungdommer (Kuntsche et al., 2004; Sandberg & Skjælaaen, 2018; Scheffels et al., 2020). I tidligere forskning har ungdommer nevnt flere faktorer som påvirker alkoholbruken deres. En av de sterkeste påvirkningsfaktorene som ble nevnt var press, særlig blant de eldste ungdommene (Kuntsche et al., 2004). Press ble også nevnt som en påvirkningsfaktor i en studie på norske 12- og 13 åringer (Sandberg & Skjælaaen, 2018).

Foreldrenes holdninger og alkoholbruk påvirker også ungdommenes alkoholvaner (Staff & Maggs, 2020; Koutakis et al., 2008, van der Vorst et al., 2010). Longitudinelle studier viste at ungdommer som fikk lov til å drikke alkohol, hadde en større sannsynlighet for et høyere og hyppigere alkoholforbruk (van der Vorst et al., 2010; Staff & Maggs, 2020). Dersom foreldrene drakk alkohol eller var beruset foran ungdommene, hadde de en større risiko for å utvikle et skadelig alkoholforbruk (Haugland et al., 2012; Haugland et al., 2015). Resultatene fra en studie av Koutakis et al. (2008) viste at informasjon og råd til ungdomsskoleforeldre om å ikke la ungdommene drikke alkohol, førte til et lavere alkoholbruk blant elevene. Funn fra rapporten Ung i Distrikts-Norge antydte at flere av ungdommene i distriktet har fått tillatelse av foreldrene sine til å drikke alkohol. I tillegg har en større andel av ungdommene i distriktet drukket alkohol før de begynner på videregående skole, sammenlignet med ungdommer på landsbasis. De er også oftere beruset (Bakken, 2020b). I tillegg er det funnet en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og et høyt og skadelig alkoholbruk blant ungdommer (Østhus et al., 2016; Pape et al., 2018).

Nasjonale og internasjonale strategier for alkoholpolitikk påvirker også ungdommenes alkoholbruk- og vaner. For å forebygge og begrense ikke-smittsomme sykdommer har WHO vedtatt et globalt delmål, der hensikten er å redusere skadelig bruk av alkohol (WHO, 2013). Norge har forpliktet seg til delmålet og utviklet en strategiplan for alkoholpolitikk. Strategiplanen omfatter blant annet føringer for vinmonopolordninger, reklameforbud, avgifter og aldersgrenser på alkohol (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Prisregulering og avgifter på alkohol er en av de mest effektive tiltakene for å begrense alkoholkonsum og forebygge alkoholrelaterte skader blant både ungdommer og

voksne (Babor et al., 2023; Wagenaar et al., 2009; Chaloupka et al., 2002; Xu & Chaloupka, 2011). Å fremme alkoholfrie miljøer er et sentralt satsningsområde i strategiplanen. Formålet er å støtte avholdenhet og fremme aksept for å ikke drikke alkohol, gjennom et samarbeid med frivillige, idretten og skolen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Tidligere forskning viste at ungdomsskoleelever hadde kjennskap til de negative konsekvensene ved bruk av alkohol (Scheffels et al., 2020; Sandberg og Skjælaaen, 2018). Blant de yngste elevene ble aldersgrenser og foreldrenes regler for alkohol respektert. Elevene mente også at alkohol hadde en negativ påvirkning på skole- og idrettsprestasjoner (Sandberg og Skjælaaen, 2018). De eldste elevene assosierte alkoholinntak med negative følelser og en større sannsynlighet for å gjøre noe de ville angre på (Scheffels et al., 2020).

3 Hensikt

Sammenlignet med barn og voksne er det lite forskning på ungdommer. Ungdomstiden er en sårbar periode, og erfaringer og opplevelser fra denne epoken vil påvirke voksenlivet. Av den grunn er det viktig å ha kunnskap om rusmiddelbruk og psykisk helse blant ungdommer, spesielt for de som jobber med denne gruppen. I tillegg kan det være interessant å undersøke om det er en sammenheng mellom alkoholbruk og psykisk helse, og hvilke faktorer som kan påvirke disse variablene. Tidligere forskning på psykisk helse fokuserer som regel på psykiske plager og lidelser, og forskningen på psykisk velvære er mangelfull.

Hensikten med denne studien er å undersøke kjønns- og aldersforskjeller i alkoholbruk og psykisk helse, og sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse blant elever i ungdomsskole og videregående skole. I tillegg blir sammenhengen mellom sosiodemografiske faktorer, stress og alkoholbruk undersøkt, for å se hvilke faktorer som kan påvirke eksponeringsvariabelen. Til slutt utforskes sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse kontrollert for sosiodemografiske faktorer og stress, for å undersøke hvilke faktorer som påvirker både eksponerings- og utfallsvariablene. I denne studien forstås *psykisk helse* som en sammensetning av positiv psykologi målt som opplevd psykisk velvære og psykiske plager målt som symptomer på angst og depresjon.

3.1 Forskningsspørsmål

- Hvordan er kjønns- og aldersforskjeller knyttet til alkoholbruk og psykisk helse blant elever i ungdomsskole og videregående skole?
- Hvordan er sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse kontrollert for sosiodemografiske faktorer og stress blant elever i ungdomsskole og videregående skole?

4 Metode

4.1 Oppvekst i bygder

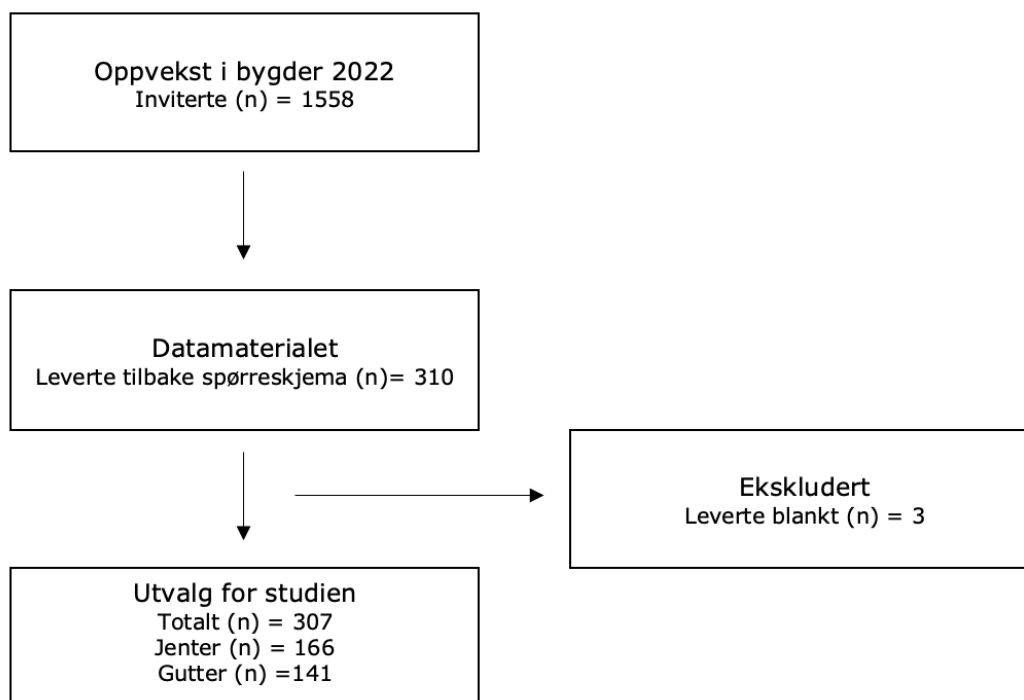
Masteroppgaven er basert på en tværnittsstudie fra datamaterialet Oppvekst i bygder fra 2022. Det er en spørreskjema-basert undersøkelse gjennomført blant elever i ungdomsskole og videregående skole i fem bygdekommuner i Trøndelag fylke. Undersøkelsen har blitt gjennomført siden 1996 av Senter for helsefremmende forskning og Institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU, med gjentakelse hvert femte år. Deltakerne fylte ut et individuelt spørreskjema i løpet av en skoletime. Elevene fikk spørsmål om blant annet deres opplevelse av egen helse, skole, nærmiljø og fritidsvaner. Veilederen vår, Unni Karin Moksnes, sendte inn en søknad om å få benytte datamaterialet fra Oppvekst i bygder 2022, som ble innvilget 21. august 2023. Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk forskningsetikk Midt-Norge (REK) med søknadsnummer 2016/1165 (vedlegg 1).

4.2 Datainnsamling

I forkant av spørreundersøkelsen ble elevene informert om frivillig deltakelse, anonymisering og at dataene ville bli behandlet konfidensielt. Før elevene under 16 år deltok, måtte de ha et skriftlig samtykke fra foresatte. Elevene som var over 16 år samtykket ved å levere inn utfylt spørreskjema. I spørreskjemaet ble det informert om at elevene kunne ta kontakt med skolens helsesykepleier, dersom noen av temaene opplevdes som vanskelige. Analysene av datamaterialet ble gjennomført på gruppenivå. Forfatterne av masteroppgaven var ikke med på å samle inn dataene fra datasettet, og hadde derfor ingen nærhet eller kjennskap til deltakerne. Dataene ble lagret og bearbeidet på NTNUs lagringsområde, NTNU NICE-1, som sikret skjermet oppbevaring av datamaterialet.

4.3 Utvalg

Figur 2 viser et flytskjema med en oversikt over utvalget. Totalt 1558 elever fikk invitasjon til å delta, men kun 310 leverte inn spørreskjemaet. Responsraten var på omtrent 20 %. Koronapandemien påvirket gjennomføringen av Oppvekst i bygder, og var en årsak til at omtrent én av fem leverte tilbake spørreskjemaet. Til tross for et mindre utvalg sammenlignet med de tidligere årene, gav det nyeste datasettet en mulighet til å få oppdatert informasjon om den populasjonen som skulle undersøkes. Av elevene som leverte tilbake spørreskjemaet, leverte tre av disse blankt og ble ekskludert fra studien. Det endelige utvalget for studien utgjorde 307 deltakere, hvor 166 av deltakerne var jenter og 141 av deltakerne var gutter.



Figur 2: Flytskjema med oversikt over utvalget.

4.4 Studievariabler

4.4.1 Alkoholbruk

Alkoholbruk blant ungdommene ble kartlagt med enkeltspørsmålet "Hvor ofte drikker du alkohol?". Svaralternativene var "Aldri" = 1, "Sjelden" = 2, "Ca. én gang i uka" = 3, "2-3 dager i uka" = 4 og "4-7 dager i uka" = 5 (vedlegg 2). Alkoholbruk ble behandlet som en kontinuerlig variabel.

4.4.2 Psykisk helse

4.4.2.1 Psykisk velvære

Psykisk velvære ble målt ved bruk av The Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (WEMWBS). Måleinstrumentet består av fjorten items med positiv ordlyd for å kartlegge opplevelse av psykisk velvære de siste fjorten dagene (vedlegg 3). Optimisme, energinivå, tilfredshet, selvsikkerhet og sosial tilknytning til andre er temaer som kartlegges. Itemene ble besvart med en fempunkts Likert-skala som ble summert til en sumscore. Svaralternativene var "Ikke i det hele tatt" = 1, "Sjelden" = 2, "En del av tiden" = 3, "Ofte" = 4 og "Hele tiden" = 5. Den laveste sumscoren som kan oppnås ved å svare på alle spørsmålene er 14, og den høyeste er 70. En høy sumscore på spørsmålene indikerer høy grad av psykisk velvære. En lav sumscore viser dermed lav grad av psykisk velvære (Warwick Medical School, u. å.; Ringdal et al., 2017). I deskriptiv statistikk ble skalaens midtverdi på 42 poeng brukt som cut-off for å skille mellom "Lav grad av psykisk velvære (14-42 poeng)" = 1 og "Høy grad av psykisk velvære (43-70 poeng)" = 2. I de andre analysene ble psykisk velvære behandlet som en kontinuerlig variabel, med en sumscore. Skalaen er validert for bruk blant norske ungdommer, og har blitt testet med Cronbachs alfa som viser en høy intern konsistens på 0.93 (Ringdal et al., 2017).

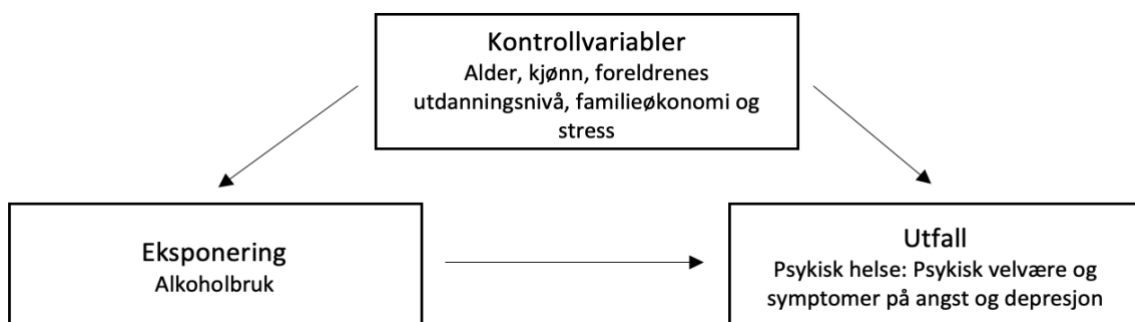
4.4.2.2 Symptomer på angst og depresjon

Måleinstrumentet Hopkins Symptom Checklist-11 (HSCL-11) ble anvendt for å måle symptomer på angst og depresjon de siste fjorten dagene (vedlegg 4). HSCL-11 er en kortversjon basert på HSCL-25 (Schwartz et al., 2022). Ifølge en valideringsstudie er kortversjonen like pålitelig som HSCL-25 (Strand et al., 2003). Det er et selvrapporterings skjema med elleve spørsmål som adresserer temaer som frykt, indre uro, skyldfølelse, søvnproblemer, håpløshet, tristhet og bekymringer. Spørreskjemaet gir en indikasjon på psykiske plager, ikke psykisk lidelser (Sandanger et al., 1998). Spørsmålene har fire ulike svaralternativer på en Likert-skala, som legges sammen til en sumscore. Svaralternativene var "Ikke plaget" = 1, "Litt plaget" = 2, "Ganske plaget" = 3 og "Veldig plaget" = 4.

Den laveste oppnåelige sumscoren er 11 og den høyeste er 44. En høy sumscore viser dermed en høy grad av symptomer på angst og depresjon, mens en lav sumscore indikerer en lav grad av symptomer på angst og depresjon. Tidligere forskning har satt en cut-off på 1.85 som gjennomsnittsscore for hvert spørsmål ved bruk av HSCL-10 (Strand et al., 2003). I deskriptiv statistikk i denne studien ble 1.85 multiplisert med 11 for å få en representabel cut-off, som ble en sumscore på 20.35 poeng. Symptomer på angst og depresjon ble kodet til "Ja (20.35-44 poeng)" = 1 og "Nei (11-20.24 poeng)" = 2. I de andre analysene ble symptomer på angst og depresjon behandlet som en kontinuerlig variabel. HSCL-25 er validert for bruk blant norske ungdommer (Strand et al., 2003), med unntak av spørsmål om søvnproblemer (Kleppang & Hagquist, 2016). Skalaen har blitt testet med Cronbachs alfa, som viser en høy intern konsistens mellom 0.87 og 0.93 ut ifra hvilken av versjonene som brukes (Strand et al., 2003).

4.4.3 Kontrollvariabler

Kontrollvariablene i denne studien er alder, kjønn, familieøkonomi, foreldrenes utdanningsnivå og stress. Dersom en variabel påvirker både eksponeringen og utfallet, anses variabelen som en konfunderende faktor for sammenhengen mellom dem (Thoresen, 2018; Aalen et al., 2019).



Figur 3: Eksponering og utfall påvirkes av kontrollvariabler.

4.4.3.1 Alder

Alder ble kartlagt med enkeltspørsmålet "Hvilket år er du født?" Det ble behandlet som en kategorisk variabel hvor ungdommene skrev inn fødselsår selv (vedlegg 5). I analysene ble variabelen gruppert inn i elever i ungdomsskole og videregående skole innenfor aldersgruppen 13-19 år. I deskriptiv statistikk ble elever født mellom 2007-2009 kodet til "13-15 år" = 1, elever født mellom 2006-2003 ble "16-19 år" = 2 og elever født etter 2003 ble ">19 år" = 3.

4.4.3.2 Kjønn

Kjønn blant ungdommene ble kartlagt med enkeltspørsmålet "Er du jente eller gutt?". Svaralternativene var dikotome med "Jente" = 1 og "Gutt" = 2 (vedlegg 6).

4.4.3.3 Familieøkonomi

For å kartlegge opplevelse av familiens økonomi ble ungdommene stilt enkeltspørsmålet "Hvordan har familiens økonomi vært de siste to årene?". Svaralternativene var "Vi har dårlig råd hele tiden" = 1, "Vi har stort sett dårlig råd" = 2, "Har verken hatt dårlig råd eller god råd" = 3, "Vi har stort sett hatt god råd" = 4 og "Vi har hatt god råd hele tiden" = 5 (vedlegg 7). I deskriptiv statistikk ble variabelen kodet til "Dårlig råd" = 1, "God råd" = 2 og "Verken eller" = 3.

4.4.3.4 Foreldrenes utdanningsnivå

Foreldrenes utdanningsnivå ble kartlagt med enkeltspørsmålet "Hva er dine foreldre/foresatte sin høyeste utdanning?" med separate svaralternativ for mor og far. Svaralternativene var "Grunnskole" = 1, "Videregående skole" = 2, "Høgskole/Universitet inntil 4 år" = 3, "Høgskole/universitet, mer enn 4 år" = 4 og "Vet ikke" = 5 (vedlegg 8). I deskriptiv statistikk ble svaralternativene "Grunnskole" og "Videregående skole" omkodet til "Lavere utdanning" = 1, og "Høgskole/Universitet inntil 4 år" og "Høgskole/universitet, mer enn 4 år" ble omkodet til "Høyere utdanning" = 2. De som svarte "Vet ikke" og kategorien "Mangler svar" ble kodet til "Mangler svar" = 3. I de andre analysene ble foreldrenes utdanningsnivå behandlet som en kontinuerlig variabel, og de som svarte "Vet ikke" ble ekskludert fra analysene.

4.4.3.5 Stress

Måleinstrumentet The Adolescent Stress Questionnaire (ASQ-N) ble anvendt for å måle stressnivået det siste året med 30 spørsmål. Hvert spørsmål hadde svaralternativ som ble målt ut ifra en fempunktets Likert-skala. Svaralternativene var "Ikke stressende" = 1, "Litt stressende" = 2, "Moderat stressende" = 3, "Ganske stressende" = 4 og "Svært stressende" = 5 (vedlegg 9). Summen av svarene dannet en sumscore, hvor høye verdier indikerte et høyt stressnivå og lavere verdier tydet på et lavere stressnivå. Det er ingen definert cut-off for nivå av stress for ASQ-N (Moksnes & Espnes, 2017). I deskriptiv statistikk ble skalaens midtverdi på 84 poeng brukt som cut-off for å skille mellom "Lavt stressnivå (30-84 poeng)" = 1 og "Høyt stressnivå (85-138 poeng)" = 2. Ungdommene med lavt stressnivå hadde en sumscore på 84 poeng eller lavere, og en sumscore på 85 poeng indikerte et høyt stressnivå. I de andre analysene ble stress behandlet som en kontinuerlig variabel med en sumscore. Skalaen er validert for bruk blant norske ungdommer, og har blitt testet med Cronbachs alfa som viser en høy intern konsistens på 0,95 (Moksnes & Espnes, 2017; Moksnes & Espnes, 2011).

4.5 Statistiske analyser

Programvaren IBM SPSS versjon 29 for Mac ble brukt for å analysere datamaterialet. For å besvare forskningsspørsmålene ble det gjennomført deskriptive analyser, t-tester, korrelasjonsanalyser og multiple lineære regresjonsanalyser. Signifikansnivået ble satt til en p-verdi <0.05 .

4.5.1 Deskriptiv statistikk og t-tester

Deskriptiv statistikk ble anvendt for å gi en oversikt over utvalget, stratifisert etter kjønn. For å undersøke kjønns- og aldersforskjeller i alkoholbruk, psykisk velvære og symptomer på angst og depresjon ble det brukt t-tester. Forutsetningene for en t-test er

uavhengige observasjoner og tilnærmet normalfordelte data. Om datamaterialet er skjevfordelt vil forutsetningen om tilnærmet normalfordelte data ofte oppfylles med over tretti uavhengige observasjoner (Skovlund, 2017).

4.5.2 Korrelasjon

Pearsons korrelasjon ble brukt for å vurdere grad av samvariasjon mellom de kontinuerlige variablene i studien (Walters et al., 2021). Pearsons korrelasjonskoeffisient ble brukt for å teste sammenhengen mellom to variabler om gangen (Eikemo & Clausen, 2019). Korrelasjonskoeffisienten betegnes med r , og er alltid mellom -1 og 1 (Aalen et al., 2019). Det er et mål for grad av linearitet, og fortegnet beskriver enten en positiv eller en negativ sammenheng. Dersom r er 0 er det ingen lineær sammenheng (Eikemo & Clausen, 2019; Aalen et al., 2019; Walters et al., 2021). En korrelasjonskoeffisient <0.2 viser en veldig svak sammenheng, en koeffisient mellom 0.2 og 0.4 viser en svak sammenheng, en koeffisient mellom 0.4 og 0.6 viser en moderat sammenheng og en koeffisient mellom 0.6 og 0.8 viser en sterk sammenheng. Dersom koeffisienten er >0.8 viser det en veldig sterk sammenheng (Walters et al., 2021).

4.5.3 Lineære regresjonsanalyser

Enkel lineær regresjonsanalyse ble utført for å undersøke sammenhengen mellom den uavhengige variabelen, alkoholbruk, og de avhengige variablene, psykisk velvære og symptomer på angst og depresjon. To separate tabeller ble brukt for å analysere sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk velvære, og alkoholbruk og symptomer på angst og depresjon. Regresjonsanalysen ble brukt til å estimere hvor stor andel av variasjonen av psykisk velvære og symptomer på angst og depresjon, som kunne forklares av alkoholbruk (Eikemo & Clausen, 2019; Skovlund, 2020). Variansen r^2 er alltid mellom 0 til 1 (Eikemo & Clausen, 2019), og forklarer hvor stor prosentandel av variasjonen i den avhengige variabelen som kan forklares av den uavhengige variabelen (Skovlund, 2020).

Multippel lineær regresjon ble brukt for å undersøke sammenhengen på samme måte som ved enkel lineær regresjon i de to separate modellene. I disse analysene ble kontrollvariablene inkludert som uavhengige variabler. I tillegg ble sammenhengen mellom sosiodemografiske faktorer, stress og alkoholbruk undersøkt i en egen modell, der alkoholbruk var den avhengige variabelen. Multippel lineær regresjon gav muligheten til å undersøke hvordan flere uavhengige variabler påvirket sammenhengen samtidig (Aalen et al., 2019; Walters et al., 2021).

Forutsetningene for lineær regresjon er at sammenhengen mellom variablene må være tilnærmet lineær, og at residualene må være uavhengige og tilnærmet normalfordelte (Skovlund, 2020). Ved større utvalgstørrelser vil kravet om tilnærmet normalfordelte residualer ha liten eller ingen innvirkning på den substansielle tolkningen av resultatene. Årsaken er at sentralgrenseteoremet tyder på at selv om residualene er skjeve, vil utvalgsfordelingen av b-koeffisientene likevel bli normalfordelte med kjent gjennomsnitt (som er lik populasjonsgjennomsnittet) og variansen (Eikemo & Clausen, 2019).

5 Resultater

5.1 Deskriptiv statistikk

Tabell 1 viser deskriptiv statistikk over utvalget fra studien Oppvekst i bygder 2022 stratifisert etter kjønn. Fordelingen av kjønn i aldersgruppen 13-15 år og 16-19 år var omtrent like. Aldersgruppen 13-15 år utgjorde en mindre andel på 40.05 %, sammenlignet med aldersgruppen 16-19 år som utgjorde 55 % av utvalget. Over halvparten av ungdommene som besvarte spørsmålet om alkoholbruk oppga at de aldri hadde drukket alkohol. I det totale utvalget oppga 1.9 % at de drakk alkohol 2-3 ganger i uken eller mer. Når det gjelder psykisk helse, opplevde 53.9 % av det totale utvalget en høy grad av psykisk velvære. En høyere andel jenter rapporterte om lav grad av psykisk velvære, sammenlignet med gutter. Omtrent 1 av 3 av det totale utvalget hadde symptomer på angst og depresjon. Gutter med symptomer på angst og depresjon utgjorde 17.7 % og jenter utgjorde 43.4 %. De fleste ungdommene rapporterte om et lavt stressnivå. Ved spørsmål om foreldres utdanningsnivå var det 27.1 % som ikke svarte på mors utdanningsnivå og 30.6 % som ikke svarte på fars utdanningsnivå. I det totale utvalget hadde 44.5 % av mødrene høyere utdanning, sammenliknet med 28.1 % av fedrene. De fleste ungdommene rapporterte at familien hadde god økonomi.

Tabell 1: Deskriptiv statistikk over utvalget stratifisert etter kjønn.

Variabel	Totalt n (%)	Jente n (%)	Gutt n (%)
Alder			
13-15 år	125 (40.3)	65 (39.2)	60 (42.6)
16-19 år	169 (54.6)	92 (55.5)	75 (50.3)
>19 år	10 (3.1)	8 (4.8)	2 (1.4)
Mangler svar	6 (2.0)	1 (0.6)	4 (2.8)
Drikker alkohol			
Aldri	178 (57.4)	96 (57.8)	81 (57.4)
Sjelden	70 (22.6)	31 (18.7)	38 (27.0)
Ca. 1 gang i uka	51 (16.5)	35 (21.1)	16 (11.3)
2-3 ganger i uka	5 (1.6)	1 (0.6)	4 (2.8)
4-7 dager i uka	1 (0.3)	0 (0)	1 (.7)
Mangler svar	5 (1.6)	3 (1.8)	1 (.7)
Psykisk velvære*			
Lav (14-42 poeng)	114 (36.8)	73 (44.0)	39 (27.7)
Høy (43-70 poeng)	167 (53.9)	79 (47.6)	88 (62.4)
Mangler svar	29 (9.4)	14 (8.4)	14 (9.9)
Symptomer på angst og depresjon*			
Ja (\geq 20.35-44 poeng)	99 (31.9)	72 (43.4)	25 (17.7)
Nei (11-<20.24 poeng)	192 (61.9)	85 (51.2)	107 (75.9)
Mangler svar	19 (6.1)	9 (5.4)	9 (6.4)
Stressnivå*			
Lav (30-84 poeng)	262 (84.5)	137 (82.5)	124 (87.9)
Høy (85-138 poeng)	21 (6.8)	15 (9.0)	5 (3.5)
Mangler svar	27 (8.7)	14 (8.4)	12 (8.5)
Foreldres utdanningsnivå			
Lavere utdanning	Mor/Far 42 (13.5) / 77 (24.8)	Mor/Far 27 (16.3) / 46 (27.7)	Mor/Far 15 (10.6) / 30 (21.3)
Høyere utdanning	138 (44.5) / 87 (28.1)	79 (47.6) / 43 (25.9)	57 (40.4) / 44 (31.2)
Mangler svar*	84 (27.1) / 95 (30.6)	37 (22.3) / 47 (28.3)	46 (32.6) / 46 (32.6)
Familieøkonomi			
Dårlig råd	22 (7.1)	11 (6.6)	11 (7.8)
God råd	212 (68.4)	114 (68.7)	96 (68.1)
Verken eller	49 (15.8)	32 (19.3)	17 (12.1)
Mangler svar	27 (8.7)	9 (5.4)	17 (12.1)

n = antall. % = prosentandel. Psykisk velvære = Sumscore av WEMWBS med cut-off 42 poeng. Symptomer på angst og depresjon* = Sumscore av HSCL-11 med cut-off 20.35. Stressnivå* = Sumscore av ASQ-N med cut-off 84 poeng. Mangler svar* = Svarte ikke eller svarte "vet ikke".*

5.2 Kjønn- og aldersforskjeller i alkoholbruk og psykisk helse

Tabell 2 viser deskriptiv statistikk og t-tester for variablene psykisk velvære, symptomer på angst og depresjon og alkoholbruk stratifisert etter kjønn. Gjennomsnittet av det totale utvalget opplevde høy grad av psykisk velvære med en gjennomsnittlig sumscore på 45.22 poeng, og et lavt nivå av symptomer på angst og depresjon med en gjennomsnittlig sumscore på 18.82 poeng. Det var signifikante kjønnsforskjeller i psykisk velvære og symptomer på angst og depresjon. Jentene rapporterte at de opplevde en lavere grad av psykisk velvære (MD -4.88) og et høyere nivå av symptomer på angst og depresjon (MD 5.25), sammenlignet med guttene som rapporterte en høyere grad av psykisk velvære og et lavere nivå av symptomer på angst og depresjon. I det totale utvalget svarte ungdommene i gjennomsnitt at de aldri eller sjelden drikker alkohol. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller i gjennomsnittlig bruk av alkohol.

Tabell 2: Deskriptiv statistikk og t-tester for psykisk velvære, symptomer på angst og depresjon og alkohol stratifisert etter kjønn.

Variabel	Mean±SD (n)			MD	t	95% CI	p
	Total	Jente	Gutt				
Psykisk velvære	45.22 ± 12.17 (279)	43.00 ± 11.15 (152)	47.88±12.83 (127)	-4.88	-3.4	(-7.708 - -2.056)	<.001
Symptomer på angst og depresjon	18.82 ± 7.60 (289)	21.22 ± 8.16 (157)	15.97±5.72 (132)	5.25	6.21	(3.584 - 6.909)	<.001
Alkoholbruk	1.63 ± .84 (303)	1.64 ± .84 (163)	1.61 ± 0.85 (140)	.02	.244	(-.168 - .215)	.802

Mean = *gjennomsnitt*. n=antall. SD = *standardavvik*. MD = *gjennomsnittlig forskjell mellom gruppene*. t = *T-verdi*. 95 % CI = *95 % konfidensintervall*. p=*P-verdi*. Psykisk velvære* = *sumscore av WEMWBS*. Symptomer på angst og depresjon* = *sumscore av HSCL-10*.

Tabell 3 viser deskriptiv statistikk og t-tester for variablene psykisk velvære, symptomer på angst og depresjon og alkoholbruk stratifisert etter alder. Det var signifikante aldersforskjeller i psykisk velvære, symptomer på angst og depresjon og alkoholbruk. Deltakerne i aldersgruppen 13-15 år rapporterte om en høyere grad av psykisk velvære (MD 4.26) og et lavere nivå av symptomer på angst og depresjon (MD -3.16), sammenlignet med aldersgruppen 16-19 år. Ungdommene i aldersgruppen 16-19 år svarte at de i gjennomsnitt sjelden drakk alkohol, mens gjennomsnittet av de i aldersgruppen 13-15 år oppga at de aldri drakk alkohol.

Tabell 3: Deskriptiv statistikk og t-tester for psykisk velvære, symptomer på angst og depresjon og alkoholbruk stratifisert etter alder.

Variabel	Total	Mean±SD (n)		MD	t	95 % CI	p
		13-15 år	16-19 år				
Psykisk velvære	44.93 ± 12.31 (271)	47.41 ± 11.69 (113)	43.15 ± 12.46 (158)	4.26	2.873	(1.308 - 7.202)	.002
Symptomer på angst og depresjon	18.88 ± 7.66 (280)	17.06 ± 7.01 (119)	20.217 ± 7.87 (161)	-3.16	-3.476	(-4.94 - -1.37)	<.001
Alkoholbruk	1.63 ± 0.839 (291)	1.10 ± 0.51 (124)	2.01 ± 0.83 (167)	-.91	-10.781	(-1.073 - -.742)	<.001

Mean=*gjennomsnitt*. n=antall. SD=*standardavvik*. MD=*gjennomsnittlig forskjell mellom gruppene*. t=*T-verdi*. 95 % CI=95 % *konfidensintervall*. p=*P-verdi*. Psykisk velvære*=*sumscore av WEMWBS*. Symptomer på angst og depresjon*=*sumscore av HSCL-10*.

5.3 Korrelasjon mellom alkoholbruk, psykisk helse, sosiodemografiske faktorer og stress

Tabell 4 viser resultatene fra Pearsons korrelasjonsanalyse mellom psykisk velvære, symptomer på angst og depresjon, alkoholbruk, alder, stress, familieøkonomi og mors- og fars utdanningsnivå. Psykisk velvære hadde en sterk negativ signifikant korrelasjon med symptomer på angst og depresjon (-.614), som tydet på at ungdommer med høy grad av psykisk velvære hadde et lavere nivå av symptomer på angst og depresjon, og motsatt. Det var en veldig svak negativ signifikant korrelasjon mellom psykisk velvære og alder (-.171), og en svak negativ signifikant korrelasjon mellom psykisk velvære og stress (-.376), som indikerte at stress og alder minsket når grad av psykisk velvære økte, og motsatt. Korrelasjonen mellom psykisk velvære og familieøkonomi var svak positiv signifikant (.333), som betyr at grad av psykisk velvære økte i takt med bedre familieøkonomi, og omvendt. Det var ingen statistisk signifikant sammenheng i korrelasjonen mellom psykisk velvære og alkoholbruk.

Symptomer på angst og depresjon viste en veldig svak positiv signifikant korrelasjon med alkoholbruk (.136) og en svak positiv signifikant korrelasjon med alder (.204). Det kan tyde på at dersom nivået av symptomer på angst og depresjon økte, ville også alkoholbruk øke. Korrelasjonen mellom symptomer på angst og depresjon og alder indikerte at eldre ungdommer hadde flere symptomer på angst og depresjon. Stress og symptomer på angst og depresjon hadde en sterk positiv signifikant korrelasjon (.669). Ungdommer som rapporterte om en høyere grad av symptomer på angst og depresjon, rapporterte også om et høyere stressnivå, og motsatt. Alkoholbruk hadde en positiv statistisk signifikant sammenheng med alder og stress, og en negativ statistisk signifikant sammenheng med mors- og fars utdanningsnivå.

Tabell 4: Korrelasjonsmatrise for grad av samvariasjon (Pearsons r).

Variabel	1	2	3	4	5	6	7	8
1 Psykisk velvære	1	-.614**	-.031	-.171**	-.376**	.016	-.047	.333**
2 Symptomer på angst og depresjon		1	.136*	.204**	.669**	-.034	-.024	-.252**
3 Alkoholbruk			1	.536**	.179**	-.141*	-.182**	-.088
4 Alder*				1	.146*	-.106	-.222**	-.007
5 Stress					1	-.084	-.023	-.257**
6 Mors utdanningsnivå						1	-.141	.004
7 Fars utdanningsnivå							1	-.062
8 Familieøkonomi								1

Alder* = 13-19 år. * = Korrelasjon er signifikant for 0.05 (2-tailed). ** = Korrelasjon er signifikant for 0.01 (2-tailed).

5.4 Multippel lineær regresjonsanalyse for sammenhengen mellom sosiodemografiske faktorer, stress og alkoholbruk

Tabell 5 viser regresjonsanalysen av alkoholbruk kontrollert for sosiodemografiske faktorer og stress. Kontrollvariablene forklarte 31.1 % av variansen i alkoholbruk. Analysen tydet på at det ikke var en sammenheng mellom stress og alkoholbruk. Kun alder og fars utdanningsnivå hadde en signifikant sammenheng med alkoholbruk. Alder hadde en positiv regresjonskoeffisient ($\beta = .495$), som viste at alkoholbruk økte med alder. Fars utdanningsnivå og alkoholbruk hadde en negativ signifikant regresjonskoeffisient ($\beta = -.208$).

Tabell 5: Multippel lineær regresjonsanalyse av alkoholbruk kontrollert for sosiodemografiske faktorer og stress.

	B	β	95 % CI	p	r²
Modell: Alkoholbruk					
Konstant	.737		(-.73-2.205)	.321	
Alder*	.933	.495	(.612-1.255)	<.001	
Kjønn	.044	.024	(-.285-.373)	.791	
Familieøkonomi	-.032	-.033	(-.201-.137)	.711	
Fars utdanningsnivå	-.211	-.208	(-.382 - -.04)	.016	
Mors utdanningsnivå	-.015	-.013	(-.205-.176)	.879	
Stress*	.005	.105	(-.004 - .014)	.294	
					.311

B = ustandardisert beta. β = standardisert beta. 95 % CI = 95 % konfidensintervall. p = p-verdi. r² = justert R-square. Alder* = 13-19 år. Stress* = Sumscore av ASQ-N.

5.5 Multippel lineær regresjonsanalyse for sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse

Tabell 6 og 7 viser resultatene fra multiple lineære regresjonsanalyser. Resultatene fra analysene med psykisk velvære og symptomer på angst og depresjon som utfallsmål er presentert hver for seg. I modell 1 undersøkes den bivariate sammenhengen, og i modell 2 undersøkes denne sammenhengen opp mot kontrollvariablene.

I tabell 6 presenteres resultatene fra regresjonsanalysen for utfallsvariabelen psykisk velvære. I modell 1 forklarte eksponeringsvariabelen alkoholbruk 0.1 % av variansen i psykisk velvære, som tilsvarer en nokså svak sammenheng. Alkoholbruk var ikke statistisk signifikant. I modell 2 forklarte eksponeringsvariabelen alkoholbruk og kontrollvariablene alder, kjønn, familieøkonomi, foreldrenes utdanningsnivå og stress 40.7 % av variansen i psykisk velvære. Resultatene fra denne analysen indikerte en større sammenheng etter at kontrollvariablene ble inkludert. I denne modellen var heller ikke alkoholbruk signifikant, men kontrollvariablene alder, familieøkonomi og stress var signifikante. Sammenhengen mellom psykisk velvære og familieøkonomi var positiv ($\beta = .245$), og sammenhengen mellom psykisk velvære og stress ($\beta = -.465$) og alder ($\beta = -.245$) var negativ.

Tabell 6: Multiplere lineær regresjonsanalyse av psykisk velvære og alkoholbruk ujustert, og kontrollert for sosiodemografiske faktorer og stress.

	B	β	95 % CI	p	r ²
Modell 1: Psykisk velvære					
Konstant	45.852		(42.708-48.997)	<.001	
Alkoholbruk	-.455	-.031	(-2.159 - 1.250)	.600	.001
Modell 2: Psykisk velvære					
Konstant	47.928		(29.84-66.01)	<.001	
Alkoholbruk	.534	.041	(-1.938 - 3.006)	.669	
Alder*	-5.997	-.245	(-10.512 - -1.482)	.01	
Kjønn	1.144	.049	(-2.831- 5.118)	.569	
Familieøkonomi	3.089	.245	(1.051 - 5.127)	.003	
Fars utdanningsnivå	1.075	.082	(-1.06 - 3.209)	.320	
Mors utdanningsnivå	1.819	.118	(-.563 - 4.201)	.133	
Stress*	-.289	-.465	(-.4 - -.178)	<.001	
					.407

B = ustandardisert beta. β = standardisert beta. 95 % CI = 95 % konfidensintervall. p = p-verdi. r² = justert R-square. Alder* = 13-19 år. Stress* = Sumscore av ASQ-N.

Tabell 7 viser resultatene fra regresjonsanalysen for utfallsvariabelen symptomer på angst og depresjon. I modell 1 forklarte eksponeringsvariabelen alkoholbruk 0.15 % av variansen i symptomer på angst og depresjon, som tyder på en nokså svak sammenheng, selv om alkoholbruk var positivt statistisk signifikant (β = .136). I modell 2 forklarte eksponeringsvariabelen alkoholbruk og kontrollvariablene 44.2 % av variansen i symptomer på angst og depresjon. Stress var den eneste variabelen som var signifikant, med en positiv regresjonskoeffisient (β = .562). Ungdommenes stressnivå økte i takt med symptomer på angst og depresjon. I denne modellen var ikke alkoholbruk signifikant.

Tabell 7: Multiplere lineær regresjonsanalyse av symptomer på angst og depresjon og alkoholbruk ujustert, og kontrollert for sosiodemografiske faktorer og stress.

	B	β	95 % CI	p	r ²
Modell 1: Symptomer for angst og depresjon					
Konstant	16.878		(14.956-18.80)	<.001	
Alkoholbruk	1.237	.136	(.193-2.282)	.020	.015
Modell 2: Symptomer på angst og depresjon					
Konstant	6.308		(-4.862-17.477)	.265	
Alkoholbruk	.172	.021	(-1.351-1.695)	.823	
Alder*	2.359	.152	(-.443-5.161)	.098	
Kjønn	-1.528	-.102	(-3.984-0.928)	.220	
Familieøkonomi	-1.168	-.146	(-2.427-.092)	.069	
Fars utdanningsnivå	.258	.031	(-1.069-1.586)	.700	
Mors utdanningsnivå	1.012	.104	(-.456-2.481)	.174	
Stress*	.222	.562	(.153-.290)	<.001	
					.442

B = ustandardisert beta. β = standardisert beta. 95 % CI = 95 % konfidensintervall. p = p-verdi. r² = justert R-square. Alder* = 13-19 år. Stress* = Sumscore av ASQ-N.

6 Diskusjon

6.1 Hovedfunn

Masteroppgaven har undersøkt resultatene fra en tverrsnittstudie av ungdommer fra fem bygdekommuner i Trøndelag. Hensikten var å undersøke kjønns- og aldersforskjeller i alkoholbruk og psykisk helse, og sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse blant elever i ungdomsskole og videregående skole. For å forstå hvilke faktorer som kan påvirke alkoholbruk ble sammenhengen mellom sosiodemografiske faktorer, stress og alkoholbruk undersøkt. Til slutt ble sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse kontrollert for sosiodemografiske faktorer og stress.

Overordnet viser resultatene at alkoholbruk blant ungdommer øker med alderen, uavhengig av kjønn. I aldersgruppen 13-15 år er det svært få som drikker alkohol, og i aldersgruppen 16-19 år er det å drikke alkohol mer utbredt. Det er signifikante aldersforskjeller, men ingen signifikante kjønnsforskjeller i alkoholbruk. De fleste ungdommene rapporterer om en god psykisk helse, men det er signifikante kjønns- og aldersforskjeller. Jenter oppgir i gjennomsnitt en lavere grad av psykisk velvære og en høyere forekomst av symptomer på angst og depresjon, sammenlignet med gutter. Funnt fra studien viser at ungdommenes psykiske helse blir dårligere med alderen.

Det er ingen signifikant sammenheng mellom alkoholbruk og psykisk velvære i korrelasjonsanalysene. Imidlertid har alkoholbruk en svak positiv sammenheng med symptomer på angst og depresjon. Alkoholbruk og kontrollvariablene alder, mors utdanningsnivå, fars utdanningsnivå og stress har også signifikante sammenhenger. Sammenhengen mellom alkoholbruk og kontrollvariablene ble undersøkt i en regresjonsanalyse. Resultatene fra denne analysen viser signifikante sammenhenger mellom alkoholbruk, alder og fars utdanningsnivå.

Variablene som ble brukt for å måle psykisk helse har en sterk negativ statistisk signifikant interkorrelasjon. En høyere grad av psykisk velvære blant ungdommene, førte til et lavere nivå av symptomer på angst og depresjon, og vice versa. Resultatene fra regresjonsanalysene viser ingen statistisk signifikant sammenheng mellom alkoholbruk og psykisk helse, kontrollert for sosiodemografiske faktorer og stress. Funnene kan imidlertid tyde på en sammenheng mellom alder, stress, familieøkonomi og psykisk velvære, og mellom stress og symptomer på angst og depresjon.

6.2 Kjønn- og aldersforskjeller i alkoholbruk og psykisk helse

Resultater fra denne studien viser at flertallet av ungdommene, uavhengig av alder og kjønn, ikke drikker alkohol. En større andel av ungdommene rapporterer at de sjelden eller aldri drikker alkohol. Disse funnene samsvarer med tidligere forskning og undersøkelser som tyder på en nedgang i alkoholbruk blant ungdom (de Looze et al., 2015; ESPAD group, 2016; Kraus et al., 2018; Bakken, 2022). Rapporten Ung i Distrikts-

Norge anslår at 55 % av ungdommene i distriktet aldri drikker alkohol, sammenlignet med 61 % i resten av landet (Bakken, 2020b). I vår studie oppgir 57.4 % av ungdommene at de aldri drikker alkohol. Dette kan tyde på en høyere forekomst av alkoholbruk blant ungdommer i bygdekommuner i Trøndelag sammenlignet med landsgjennomsnittet, men ikke like markante som funnene i Bakken (2020b) sin rapport.

Forskjellen i alkoholbruk mellom kjønnene er liten. Tidligere forskning viser at gutter og jenter drikker omtrent like mye (Bye & Rossow, 2023; Bakken, 2022). Dette gjenspeiles også i vår studie, hvor det ikke ble funnet signifikante kjønnsforskjeller. Imidlertid tyder tidligere forskning på at alkoholbruk øker i takt med alder (Bye & Rossow, 2023; Bakken, 2022). Resultatene fra vår studie støtter tidligere forskning og viser statistisk signifikante aldersforskjeller, som tyder på at flere i den eldste aldersgruppen har debutert med alkohol. Svært få elever i ungdomsskolen drikker alkohol sammenlignet med elever i videregående skole, der flere oppgir at de drikker alkohol enn de som ikke drikker alkohol i denne studien.

Alkohol er et rusmiddel som har flere negative konsekvenser for helsen (WHO, 2022; WHO, 2018; Rehm, 2011; Zhao et al., 2023; Arora et al. 2023; Nutt, 2020; Blomhoff et al. 2023; Mørland, 2003; WHO, 2023). Tidligere forskning viser at ungdommer har kunnskap om de negative konsekvensene av alkohol, og nevner flere grunner til å vente med å drikke alkohol (Sandberg & Skjælaaen, 2018; Scheffels et al., 2020). Samtidig antyder undersøkelser at det er normalt å eksperimentere med alkohol i ungdomstiden (Heradstveit & Skogen, 2020; Bakken, 2022), og at de fleste ungdommene på videregående skole har drukket alkohol (Bakken, 2022). Dette støtter resultatene fra vår studie, som viser at flere av ungdommene i aldersgruppen 16-19 år har drukket alkohol sammenlignet med de i aldersgruppen 13-15 år. Til tross for at tre av fire 18- og 19-åring har vært beruset (Bakken, 2022), tyder vår studie på at gjennomsnittet av ungdommene i aldersgruppen 16-19 år sjelden drikker alkohol.

Tidligere forskning og resultater fra vår studie tyder på at det er en kompleks sammenheng mellom ungdommer og alkoholbruk. Årsaken til dette kan være at alkohol har en integrert rolle i mange sosiale settinger og i kulturen (Bakken, 2022). I tillegg har venner og jevnaldrende en stor innflytelse på hvilke valg ungdommene tar, og ungdomstiden er en fase i livet preget av utforskning og eksperimentering (Kuntsche et al., 2004; Sandberg & Skjælaaen, 2018; Scheffels et al., 2020; Stengård & Appelqvist-Schmidlechner, 2010; Crone & Dahl, 2012; Larson et al., 1996). Selv om tidligere forskning viser en nedgang i alkoholbruk og resultatene fra vår studie viser at ungdommer sjelden eller aldri drikker alkohol, antyder funn fra forskning på norsk drikkekultur at ungdommene har et periodisk og høyt alkoholkonsum når de først drikker (Bye & Rossow, 2023).

Årsakene til en generell nedgang i alkoholbruk og at forbruket øker med alderen blant ungdommene kan forklares av internasjonale og nasjonale strategiplaner, koronapandemien, teknologi- og samfunnsutvikling, endring i levevaner og økt kunnskap om konsekvenser av alkohol (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021; Babor et al., 2023; Wagenaar et al., 2009; Chaloupka et al. 2002; Xu & Chaloupka, 2011; Bakken, 2022; Pape et al., 2018; Rossow et al., 2020; Sandberg og Skjælaaen, 2018; Scheffels et al., 2020; de Looze et al., 2015). Nedgangen kan også ses i sammenheng med nye bruksmønstre når det kommer til rusmidler. Siden midten av 2010-tallet har det vært en

økning i bruk av illegale rusmidler blant norske ungdommer. Ungdataundersøkelsen fra 2022 viser at 9 % av ungdommene har prøvd cannabis (Bakken, 2022), og Ung i Oslo-undersøkelsen fra 2023 viser at andelen av ungdommer i Oslo som har prøvd kokain er tredoblet siden 2018 (Bakken, 2023).

Resultater fra vår studie tyder på at de fleste ungdommene har en god psykisk helse. En større andel av deltakerne i studien har en høy gjennomsnittlig sumscore i opplevelsen av psykisk velvære og en lav gjennomsnittlig sumscore i nivå av symptomer på angst og depresjon. Både tidligere nasjonale og internasjonale studier støtter disse resultatene, og viser at de fleste opplever sin subjektive helse som god og er tilfredse med livet (Rangul & Kvaløy, 2020; Samdal et al., 2016; Proctor et al., 2009; Bakken, 2022; Bøe et al., 2021; Steinsbekk et al., 2022; Sund et al., 2011), selv om barn og unges psykiske helse er dårligere enn tidligere (Meld. St. 23 (2022-2023); Krokstad et al., 2022; Bakken, 2022; Potrebny et al., 2017; Bang et al., 2023). Resultatene fra vår studie indikerer at over halvparten av ungdommene opplever høy grad av psykisk velvære og én av tre har symptomer på angst og depresjon. Det er en sterk negativ interkorrelasjon mellom psykisk velvære og symptomer på angst og depresjon. Selv om dette tyder på at ungdommer med en høyere grad av psykisk velvære vil ha et lavere nivå av symptomer på angst og depresjon, kan fenomenene positiv psykisk helse og psykiske lidelser koeksistere. Ifølge "the dual-continua model" kan mennesker med høye nivåer av positiv psykisk helse også ha en psykisk lidelse (Keyes, 2005).

I både opplevelsen av psykisk velvære og rapportering av symptomer på angst og depresjon viser vår studie statistisk signifikante kjønnsforskjeller. Jenter opplever i gjennomsnitt en lavere grad av psykisk velvære sammenlignet med gutter. Tidligere forskning viser også at jenter opplever en lavere grad av livstilfredshet enn gutter, og at kjønn og alder har en sammenheng med opplevd grad av livstilfredshet (Oberle et al., 2011, Proctor et al., 2009; Proctor et al., 2010). Flere studier har funnet denne sammenhengen blant norske ungdommer i aldersgruppen 13-17 år (Moksnes et al., 2013; Samdal et al., 2016). Tidligere forskning tyder på at de fleste har få psykiske plager før puberteten, og kjønnsforskjellene er små (Reneflot et al., 2018; Sletten & Bakken, 2016). Resultatene fra vår studie støtter funn fra tidligere forskning, og viser at det er en statistisk signifikant forskjell i psykisk velvære mellom ungdommene i aldersgruppen 13-15 år og 16-19 år. Den yngste aldersgruppen rapporterte om en høyere grad av psykisk velvære.

Funn fra tidligere studier viser at jenter i aldersgruppen 14-16 år rapporterer om flere subjektive helseplager enn gutter (Aanesen et al., 2017). I aldersgruppen 16-19 år rapporterer også jenter om flere psykiske og fysiske helseplager, og flere symptomer på angst og depresjon (Rangul & Kvaløy, 2020; Samdal et al., 2016). Resultater fra vår studie tyder på at jenter har et høyere nivå av symptomer på angst og depresjon, som støttes av tidligere studier hvor jenter har en høyere forekomst av både symptomer på angst og depresjon og angst- og depresjonslidelser enn gutter i ungdomsårene (Beesdo et al., 2009; Steinsbekk et al., 2022; Sund et al., 2011; Bang et al., 2023; Salk et al., 2017). Tall fra Ungdataundersøkelsen fra 2022 viser at en høyere andel jenter rapporterer om "mange psykiske plager" de siste syv dagene sammenlignet med gutter. Andelen som rapporterer om plagene, øker med alder blant begge kjønnene. Det er fortsatt en større andel jenter som rapporterer om plagene (Bakken, 2022).

Antallet som opplever et høyt nivå av symptomer på angst og depresjon blant ungdommene øker i takt med alder. Studien vår viser statistiske signifikante kjønns- og aldersforskjeller i symptomer på angst og depresjon. Dette kan forklares av biologiske forskjeller mellom kjønnene i hvordan følelser og psykiske plager tolkes og kommer til uttrykk. Jenter har oftere internaliserende plager, er mer sensitive for kroppens signaler og har en bedre evne til å formidle det de føler og opplever (Wool & Barsky, 1994; Skogen et al., 2023). Samtidig er plager som tristhet, nedstemthet, bekymringer og søvnproblemer en del av ungdomstiden (Bakken et al., 2018). Puberteten innebærer fysiologiske endringer (Blakemore & Mills, 2014), som også påvirker den psykiske helsen hos ungdom. Til tross for dette, kan disse plagene føre til dårligere livskvalitet og være starten på psykiske vansker (Eriksen & Bakken, 2020).

6.3 Sammenhengen mellom sosiodemografiske faktorer, stress og alkoholbruk

Resultatene fra korrelasjonsanalysene i denne studien viser at alkohol har en signifikant sammenheng med kontrollvariablene alder, mors utdanningsnivå, fars utdanningsnivå og stress. For å undersøke hvor stor prosentandel kontrollvariablene utgjør av variansen i alkoholbruk, ble det gjennomført multippel lineær regresjonsanalyse. Tidligere forskning tyder på at ungdommenes alkoholbruk påvirkes av en rekke faktorer som sosiale normer, familie, livsstil, samfunn, politikk og teknologi- og samfunnsutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021; Babor et al., 2023; Wagenaar et al., 2009; Chaloupka et al., 2002; Xu & Chaloupka, 2011; Bakken, 2022; Pape et al., 2018; Rossow et al., 2020; Sandberg & Skjælaaen, 2018; Scheffels et al., 2020; de Looze et al., 2015). I vår studie viser resultatene fra regresjonsanalysen en statistisk signifikant sammenheng mellom alder, fars utdanningsnivå og alkoholbruk. Mors utdanningsnivå, familieøkonomi og stress er ikke statistisk signifikante.

Forventningene om selvstendighet og løsrivelse blant ungdommer kan oppleves som stressende, og det kan øke risikoen for alkoholmisbruk i ungdomstiden (Arnett et al., 2014; Viner & Tanner, 2009). Tall fra en undersøkelse gjennomført av alkovevttorganisasjonen Av-og-til (2023) viser at dobbelt så mange unge i Norge bruker alkohol for å håndtere blant annet stress, sammenlignet med gjennomsnittet av befolkningen. Årsaken til at det ikke er en sammenheng mellom stress og alkoholbruk i vår studie kan være at undersøkelsen ble gjennomført på unge i aldersgruppen 18-29 år, som er eldre enn store deler av aldersgruppen vår studie undersøker. Det kan tyde på at alder har en sammenheng med alkoholbruk, og i vår studie er det imidlertid en positiv statistisk signifikant sammenheng mellom alkohol og alder. Dette funnet kan indikere at alkoholbruk øker med alderen, som støttes av tidligere forskning og flere resultater i vår studie (Bye & Rossow, 2023; Bakken, 2022).

Sammenhengen mellom alkoholbruk og alder kan forstås i lys av modellen for helsedeterminanter. Denne modellen viser at alkoholbruk påvirkes av individuelle faktorer, sosiale nettverk og generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser (Whitehead & Dahlgren, 2006). En gradvis større løsrivelse i ungdomstiden kan forklare hvorfor alkoholbruk øker med alderen. Både samfunnet, familie og venner skaper sosiale normer som unge integrerer og vokser opp i. Tidligere forskning viser at dette påvirker ungdommenes alkoholdebut og levevaner (Kuntsche et al., 2004;

Sandberg & Skjælaaen, 2018; Scheffels et al., 2020; Staff & Maggs, 2020; Koutakis et al., 2008; van der Vorst et al., 2010; Haugland et al., 2012; Haugland et al., 2015; Bakken, 2020a; Bakken, 2020b). I flere studier nevner ungdommer press som en påvirkningsfaktor til å drikke alkohol (Kuntsche et al., 2004; Sandberg & Skjælaaen, 2018). Tidligere forskning viser at ungdommer som får tillatelse av foreldre til å drikke alkohol, har et høyere alkoholkonsum (Staff & Maggs, 2020; Bakken, 2020b). Strategiplanen for alkohol legger føringer for norsk alkoholpolitikk, som blant annet inkluderer reklameforbud og aldersgrenser. Et viktig satsingsområde er å fremme alkoholfrie miljøer for ungdommer, som skal tilrettelegge for alkoholfrie valg og øke aksepten for å ikke drikke alkohol (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Økt bevissthet blant ungdommen selv og nærmiljøet, fremmet av politiske føringer og tiltak kan bidra til å forklare sammenhengen mellom alder og alkoholbruk blant ungdom.

Fars utdanningsnivå og ungdommens alkoholbruk kan også ha en sammenheng. Regresjonsanalysen viser en negativ statistisk signifikant sammenheng med fars utdanningsnivå. Dette kan tyde på at ungdommer som drikker mer alkohol har en far med et lavere utdanningsnivå. Foreldrene påvirker ungdommens alkoholvaner, slik som tidligere nevnt (Staff & Maggs, 2020; Koutakis et al., 2008; van der Vorst et al., 2010). Ungdommer som vokser opp og ser at alkohol brukes i ulike sammenhenger, har større risiko for å utvikle et risikofylt alkoholbruk (Haugland et al., 2012; Haugland et al., 2015). Tidligere studier viser til en sammenheng mellom lav sosioøkonomisk status og høyt alkoholforbruk (Østhus et al., 2016; Pape et al., 2018). Dette kan ses i sammenheng med resultatene fra vår studie hvor fars utdanningsnivå kan påvirke økonomien i familien, selv om det ikke ble funnet noen statistisk signifikant sammenheng mellom alkoholbruk hos ungdommer og familieøkonomi.

6.4 Sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse

Resultatene fra vår studie viser ingen tydelig sammenheng mellom frekvensen av alkoholbruk og grad av opplevd psykisk velvære og nivåer av symptomer på angst og depresjon blant ungdommer. Dette utfordrer tidligere forskning, som tyder på at alkohol kan ha negative konsekvenser for den psykiske helsen og motsatt (Paljärvi et al., 2009; Boden & Fergusson, 2011; Gilman & Abraham, 2001; Manninen et al., 2006; Schneier et al., 2010; Appleton et al., 2018). Tidlig alkoholdebut og rusmiddelproblemer blant ungdommer har en assosiasjon med flere symptomer på psykiske helseplager (Skogen et al., 2014). I vår studie viser resultatene fra korrelasjonsanalysene en svak positiv signifikant sammenheng mellom alkoholbruk og symptomer på angst og depresjon. Dette kan ses i sammenheng med tidligere forskning som tyder på at ungdommer med psykiske helseplager og psykiske lidelser har en større sannsynlighet for å involvere seg i ulike former for risikoatferd, som å teste rusmidler og å utvikle et skadelig alkoholforbruk (NOVA, 2015; Avenevoli et al., 2001; Lima et al., 2020; Heradstveit et al., 2018; Johannessen et al., 2017). Resultatene fra en studie viser at ungdommer med psykiske plager som angst og depresjon kan bruke alkohol som en mestringsstrategi for å håndtere følelsesmessige utfordringer (Skogen et al., 2014). Til tross for at sammenhengen mellom alkoholbruk og symptomer på angst og depresjon er svak i vår studie, kan dette tyde på at ungdommer med psykiske plager bruker alkohol for å regulere vanskelige følelser.

Resultatene fra vår studie viser ingen statistisk signifikant sammenheng mellom alkoholbruk og psykisk velvære. Årsaken til dette kan være at datamaterialet til studien ble samlet inn i 2022, som var et år preget av koronapandemien og sosiale restriksjoner. Dersom datainnsamlingen hadde blitt gjennomført før pandemien, kunne resultatene sett annerledes ut. Ungdommer kan assosiere alkohol med fellesskap og moro, og drikker ofte alkohol i samvær med jevnaldrende. Resultatene fra Ungdataundersøkelsen viser at ungdommer som drikker ofte, har et større sosialt nettverk (Bakken, 2020a). Restriksjoner på sosialt samvær under koronapandemien medførte færre muligheter til at ungdommene kunne møtes i slike settinger med alkohol, som kan forklare hvorfor denne studien hadde motstridende resultater sammenlignet med tidligere forskning. I tillegg er forskningen på psykisk velvære mangelfull (Ringdal et al., 2017), og tidligere forskning har i stor grad undersøkt sammenhengen mellom alkoholbruk og psykiske helseplager.

6.4.1 Betydningen av kontrollvariablene på sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse

Alkoholbruk og psykisk helse hos et individ påvirkes av helsedeterminanter som henger sammen og har en gjensidig påvirkning (Dahlgren & Whitehead, 2006). For å forstå sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse er det nyttig å kontrollere for faktorer som kan påvirke begge variablene. Alkoholbruk, sosiodemografiske faktorer og stress forklarer 40.7 % av variansen i psykisk velvære og 44.2 % av variansen i symptomer på angst og depresjon i vår studie. Det er imidlertid ingen statistisk signifikant sammenheng mellom alkoholbruk og psykisk helse. Til tross for at resultatene ikke tyder på en sammenheng, er det en signifikant sammenheng mellom psykisk helse og noen av kontrollvariablene.

Resultater fra denne studien og tidligere forskning viser at alder har en sammenheng med alkoholbruk og psykisk helse. Alder er en helsedeterminant blant individuelle faktorer som ikke kan påvirkes av omgivelsene (Whitehead & Dahlgren, 2006). I denne studien har alder en negativ statistisk signifikant korrelasjon med psykisk velvære og en positiv statistisk signifikant korrelasjon med symptomer på angst og depresjon. Dette tyder på at ved økende alder blant ungdommene, minsker opplevd grad av psykisk velvære, og nivået av symptomer på angst og depresjon øker. Når det kontrolleres for sosiodemografiske faktorer og stress i regresjonsanalysen, tyder resultatene også på at psykisk velvære har en negativ statistisk signifikant sammenheng med alder. Tidligere forskning viser at alder har en negativ sammenheng med grad av livstilfredshet hos ungdommer (Oberle et al., 2011; Proctor et al., 2009; Proctor et al., 2010), og at de fleste ungdommer har fått psykiske plager før puberteten (Reneflot et al., 2018; Sletten & Bakken, 2016).

Selv om mange ungdommer rapporterer om psykiske helseplager, er det normalt å oppleve negative følelser og plager i ungdomstiden (Krokstad et al., 2022; Bakken et al., 2018). En annen forklaring på resultatene kan være at psykisk helse har blitt mindre tabubelagt enn tidligere, som kan ha ført til mer åpenhet rundt psykiske plager blant ungdommer (Eriksen & Bakken, 2020). Åpenhet rundt psykisk helse kan også forklare økningen i psykiske plager som kommer til syne gjennom tidligere forskning og undersøkelser, samt forekomsten av symptomer på angst og depresjon og opplevd psykisk velvære i vår studie. Tidligere forskning viser også at ungdommer i utgangspunktet opplever åpenhet som noe positivt, men nevner ulemper som at

Åpenheten kan misbrukes, og føre til feil bruk av diagnoser og romantisering av psykiske lidelser (Rolandsgard et al., 2023). For de fleste ungdommene vil plagene gå over av seg selv, men samtidig er det viktig å huske på at psykiske helseplager kan være belastende og føre til dårligere livskvalitet (Eriksen & Bakken, 2020).

Resultatene fra vår studie og tidligere undersøkelser viser at eldre ungdommer rapporterer om en lavere grad av psykisk velvære og et høyere nivå av symptomer på angst og depresjon, sammenlignet med yngre ungdommer (Oberle et al., 2011; Proctor et al., 2009; Proctor et al., 2010; Moksnes et al., 2013; Samdal et al., 2016). For å forstå dette må ungdommens psykiske helse sees i sammenheng med ungdomstiden som fenomen. Denne perioden starter med puberteten, og avsluttes når ungdommene har funnet en selvstendig rolle i samfunnet (Blakemore & Mills, 2014). På den ene siden kan hormonelle endringer forsterke ungdommens følelser, og de kan ha større humørsvingninger, håpløshetsfølelse, konsentrasjonsproblemer, økt søvnbehov, tristhet og generell, vedvarende nedstemthet og sosial angst (Grøholt & Sund, 2017). På den andre siden har eldre ungdommer kommet lengre i den kognitive og affektive modningen, som kan føre til at de har en dypere forståelse av spørsmålene i spørreskjemaet og en bedre forståelse av følelsene sine (Choudhury, 2010; Steinberg, 2005; Mulye et al., 2009).

En annen årsak til at den psykiske helsen blir dårligere desto eldre ungdommene blir, kan skyldes økte krav og forventninger, og at de gradvis blir mer selvstendige. Dette innebærer en større frihet til å ta egne valg, som blant annet hvilken utdanningsretning de ønsker å ta (Stengård & Appelqvist-Schmidlechner, 2010). Ungdommens sosiale nettverk utvides ofte på videregående, og de får nye bekjentskaper og impulser. I denne perioden får jevnaldrende gradvis større innflytelse, og det er viktig å passe inn (Stengård & Appelqvist-Schmidlechner, 2010; Larson et al., 1996). I tillegg kan større krav til å prestere godt på skolen, presset om å fremstå som "perfekt" på flere arenaer og mobbing på sosiale medier skape stress. Dette kan føre til at eldre ungdommer opplever flere psykiske plager (Madsen, 2022; Eriksen & Bakken, 2020; Aanesen et al., 2017).

Psykisk helse og stress har også signifikante sammenhenger i denne studien. Korrelasjons- og regresjonsanalyser viser en negativ statistisk signifikant sammenheng mellom stress og psykisk velvære, og en positiv statistisk signifikant sammenheng mellom stress og symptomer på angst og depresjon. Resultatene kan tyde på at ungdommene som rapporterer om en høy grad av psykisk velvære, har et lavere stressnivå. Årsaken til dette funnet kan forstås i lys av WHO's definisjon av psykisk helse, der god psykisk helse innebærer at individet kan håndtere normale stress-situasjoner i livet (WHO, u. å. a). Samtidig kan resultatene fra vår studie også tyde på at de som rapporterer om et høyt nivå av symptomer på angst og depresjon har et høyt stressnivå. De mest utbredte psykiske plagene som ble rapportert om i Ungdataundersøkelsen fra 2022 var stressrelaterte plager, som bekymringer eller følelsen av at alt er et slit (Bakken, 2022). Disse plagene kan knyttes opp mot symptomer på angst og depresjon, og kan forklare hvorfor det er en signifikant sammenheng mellom stress og symptomer på angst og depresjon.

Resultatene fra denne studien viser at familieøkonomi har en svak positiv signifikant sammenheng med psykisk velvære, og en svak negativ signifikant sammenheng med

symptomer på angst og depresjon. De fleste ungdommene i denne studien rapporterer at familien har god økonomi. Disse funnene kan forklares av tidligere forskning, som antyder at sosioøkonomisk status har en sammenheng med psykisk helse, og at ungdommer med lav sosioøkonomisk status har en økt risiko for å utvikle depresjon og andre psykiske plager (Curtis et al., 2013; Sletten, 2015; Reiss, 2013). Ungdommer fra familier med dårlig økonomi rapporterer også om lavere forventninger til fremtidig livskvalitet (Helsedirektoratet, 2023b). Den psykiske helsen hos ungdommer fra familier med store eller flere belastninger, som for eksempel dårlig økonomi, kan styrkes av helsefremmende miljøer og sosial støtte (Skogen et al., 2023; Helsedirektoratet, 2014).

6.5 Metodediskusjon

6.5.1 Studiedesign

I denne studien var formålet å undersøke kjønns- og aldersforskjeller i alkoholbruk og psykisk helse, og sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse blant ungdommer. Studien benyttet kvantitativ metode som gir data i målbare enheter. Fordelen med denne metoderetningen er at det gir muligheten til å gå i bredden og samle inn informasjon om mange undersøkelsesenheter (Dalland, 2020). Ved å benytte tverrsnittstudie som studiedesign, får en mulighet til å undersøke forekomsten av kjønns- og aldersforskjeller i alkoholbruk og psykisk helse blant ungdommer. Sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse kan utforskes med denne metoden. Tverrsnittstudier sier imidlertid ingenting om årsakssammenhenger (Helsebiblioteket, 2017). Det kunne vært interessant å undersøke årsakssammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse blant ungdommer med en prospektiv studie, som målte psykisk helse før og etter eksponering av alkohol. En kohortstudie eller kasus-kontrollstudie kunne blitt anvendt for å undersøke dette (Helsebiblioteket, 2020).

Ved å bruke spørreskjema med faste svaralternativer blir observasjonene systematiske og strukturerte. I tillegg gjennomføres datainnsamlingen uten direkte kontakt med utvalget, og det skaper en avstand og nøytralitet (Dalland, 2020). Spørsmålene og svaralternativene i et spørreskjema må være tydelige, for å unngå feiltolkninger og misforståelser blant deltakerne (Warren et al., 2010). Spørreskjemaet som ble benyttet i denne studien hadde flere spørsmål med diffuse svaralternativ, som kan utfordre reliabiliteten, for eksempel spørsmålet "Hvor ofte drikker du alkohol?". Oppfatningen av hvor ofte "sjelden" er kan være ulik, ettersom det ikke er en tydelig frekvens. Flere spørsmål som kartlegger årsaker til hvorfor de drikker alkohol, antall enheter de drikker i løpet av en uke og i hvilke sammenhenger de drikker alkohol kunne gitt et tydeligere bilde på ungdommenes alkoholbruk.

For mennesker med kognitiv umodenhet kan subjektive måleinstrumenter være utfordrende (Warren et al., 2010). Ungdomstiden er en kritisk periode hvor kognitive, affektive og sosiale ferdigheter modnes (Choudhury, 2010; Steinberg, 2005; Muley et al., 2009). På den ene siden kan biologiske faktorer som puberteten påvirke selvrapporteringen av psykisk helse. Puberteten kan også forsterke ungdommens følelser og opplevelser av de ulike plagene som beskrives i spørreskjemaet, som kan utfordre studiens reliabilitet i form av responsbias. På den andre siden ble det benyttet validerte måleinstrumenter for psykisk velvære, symptomer på angst og depresjon og stress. Disse tre måleinstrumentene har høy intern konsistens (Ringdal et al., 2017; Strand et

al., 2003; Moksnes & Espnes, 2017; Moksnes & Espnes, 2011), som styrker både studiens reliabilitet og indre validitet. Vår studie benyttet variabler som dekker både negative og positive aspekter av psykisk helse, som kan gi en mer helhetlig forståelse av den psykiske helsen blant ungdommer.

6.5.2 Utvalg

Studien baserte seg på et datamateriale fra fem bygdekommuner i Trøndelag. Av 1558 elever var det kun 307 som deltok. Dette tilsvarer en svarprosent på 20 %, som utfordrer studiens ytre validitet. Studiens generaliserbarhet kan diskuteres, ettersom datamaterialet baserer seg på et lite utvalg med ungdommer fra bygdekommuner. I tillegg ble spørreskjemaet sendt ut under koronapandemien, som var en periode preget av unntakstilstand. Både svarprosenten, deltakernes svar og resultatene i vår studie har sannsynligvis blitt påvirket av denne perioden.

6.5.3 Statistiske analyser

I denne studien ble det blant annet brukt parametriske tester som t-test og Pearsons korrelasjon. Datamaterialet var noe skjevfordelt, men oppfylte forutsetningen om tilnærmet normalfordeling (Skovlund, 2020). Ved bruk av ikke-parametriske tester når dataene er tilnærmet normalfordelte, vil p-verdien overstige den p-verdien som hadde blitt oppnådd ved en parametrisk test. Dermed er det mindre sannsynlighet for å erklære et resultat som ikke-signifikant ved bruk av ikke-parametriske tester, når forutsetningene for parametriske tester er oppfylt. Av den grunn kan en si at en ikke-parametrisk test har mindre teststyrke enn en parametrisk test (Walters et al., 2021). For å kontrollere dette ble det også gjennomført ikke-parametriske tester, som Mann Whitney-U og Spearman's korrelasjon, som viste omtrent de samme p-verdiene.

7 Konklusjon

7.1 Implikasjoner for fagfeltet

Denne studien gir verdifull informasjon om alkoholbruk og psykisk helse blant ungdomsskole- og videregående elever i Trøndelag. Alkoholbruk og psykisk helse blant ungdommer er en svært viktig og relevant tematikk i dagens samfunn. Psykiske plager og lidelser er forsket mye på, mens forskningen på psykisk velvære er mangelfull. Generelt er det lite forskning på ungdommer og psykisk helse sammenlignet med voksenpopulasjonen. I videre forskning kan det være interessant med flere prospektive eller longitudinelle studier på norske ungdommer, for å se på årsakssammenhenger mellom alkoholbruk og psykisk helse. Denne studien benyttet en tverrsnittsstudie, som gir et øyeblikksbilde av ungdommenes selvrapporterte helse. Studier som benytter kvalitativ metode, kan også gi en dypere forståelse og kartlegge årsaker til hvorfor ungdommer drikker alkohol.

I tiden framover vil det være interessant å studere et større utvalg på landsbasis. Rekordmange har blitt invitert til å delta i Ungdata-undersøkelsen i 2024 (Sodeland & Eriksen, 2024), og dette kan bidra til verdifull kunnskap om barn og unges helsetilstand. Erfaringer og opplevelser fra ungdomstiden påvirker livet som voksen, og kjennskap til ungdommers helsetilstand er viktig for de som jobber med barn og unge. Skolehelsetjenesten skal fremme god psykisk helse og samarbeide med skolen for å forebygge bruk av rusmidler. Kunnskap om alkoholbruk og psykisk helse blant ungdommer kan styrke helsesykepleiers helsefremmende og forebyggende arbeid. En helsesykepleier som jobber kunnskapsbasert og er oppdatert på trender blant ungdommer kan bidra til bedre kvalitet i tjenesten.

7.2 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke kjønns- og aldersforskjeller i alkoholbruk og psykisk helse, og sammenhengen mellom alkoholbruk og psykisk helse. Resultatene viser at det er aldersforskjeller i alkoholbruk og kjønns- og aldersforskjeller i psykisk helse blant ungdommene i studien. Disse funnene støttes av tidligere forskning, rapporter og undersøkelser. De fleste ungdommene drikker lite alkohol og alkoholforbruket øker med alderen. Majoriteten av ungdommene har en god psykisk helse, selv om de rapporterer om flere symptomer på angst og depresjon og en lavere grad av psykisk velvære ved økende alder. Jentene rapporterer om en lavere grad av psykisk velvære og et høyere nivå av symptomer på angst og depresjon, sammenlignet med guttene. Til tross for at tidligere forskning og annen litteratur viser at det er en sammenheng mellom alkoholbruk og psykisk helse, ble det ikke funnet en tydelig signifikant sammenheng i denne studien. Flere av funnene i studien vår tyder på at sosiodemografiske faktorer og stress kan påvirke både alkoholbruk og psykisk helse blant ungdommer.

Referanser

- Aalen, O. O. (red.), Frigessi, A., Moger, T. A., Scheel, I., Skovlund, E. & Veierød, M. B. (2019). *Statistiske metoder i medisin og helsefag* (2. utgave). Gyldendal.
- Aanesen, F., Meland, E. & Torp, S. (2017). Gender differences in subjective health complaints in adolescence: The roles of self-esteem, stress from schoolwork and body dissatisfaction. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(4), 389-396. 10.1177/1403494817690940
- Alkovettorganisasjonen Av-og-til. (2023). *Unge bruker alkohol for å håndtere følelser*. <https://kommunikasjon.ntb.no/pressemelding/18006319/unge-bruker-alkohol-for-a-handtere-folelser?publisherId=13120998&lang=no>
- Appleton, A., James, R., & Larsen, J. (2018). The Association between Mental Wellbeing, Levels of Harmful Drinking, and Drinking Motivations: A Cross-Sectional Study of the UK Adult Population. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1333. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071333>
- Arnett, J. J., Žukauskienė, R., & Sugimura, K. (2014). The new life stage of emerging adulthood at ages 18–29 years: Implications for mental health. *The Lancet Psychiatry*, 1(7), 569–576. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(14\)00080-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(14)00080-7).
- Arora, M., ElSayed, A., Beger, B., Naidoo, P., Shilton, T., Jain, N., Armstrong-Walenczak, K., Mwangi, J., Wang, Y., Eiselé, J. L., Pinto, F. J., & Champagne, B. M. (2022). The Impact of Alcohol Consumption on Cardiovascular Health: Myths and Measures. *Global heart*, 17(1), 45. <https://doi.org/10.5334/gh.1132>
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L. & Merikangas, K. R. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: models and evidence from a prospective high-risk family study. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1071-1081. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01142-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01142-8)
- Babor, T. F., Casswell, S., Graham, K., Huckle, T., Livingston, M., Rehm, J., Room, R., Rossow, I., & Sornpaisarn, B. (2022). Alcohol: No Ordinary Commodity-a summary of the third edition. *Addiction* 117(12), 3024–3036. <https://doi.org/10.1111/add.16003>
- Bakken, A., Sletten, M. & Eriksen, I. M. (2018). Generasjon prestasjon? Ungdoms opplevelse av press og stress. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 18(2), 45-75.
- Bakken, A. (2020a). *Ungdata. Ung i Distrikts-Norge*. (NOVA Rapport 3/20). OsloMet.
- Bakken, A (2020b). *Ungdata 2020: Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport 16/20). OsloMet.
- Bakken, A. (2022). *Ungdata 2022: Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport 5/22). OsloMet. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/handle/11250/3011548>
- Bakken, A. (2023). *Ung i Oslo 2023. Ungdomsskolen og videregående skole*. (NOVA Rapport 6/23). NOVA/OsloMet. <https://hdl.handle.net/11250/3065089>
- Bang, L., Furu, K., Handal, M., Torgersen, L., Støle, H. S., Surén, P., Odsbu, I. & Hartz, I. (2023). *Psykiske lidelser og plager hos barn og unge*. (Folkehelse rapporten). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=>
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 483–524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>

- Blakemore, S. J., & Mills, K. L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology*, 65, 187-207. doi:10.1146/annurev-psych010213-115202
- Blomhoff, R., Andersen, R., Arnesen, E. K., Christensen, J. J., Eneroth, H., Erkkola, M., Gudaviciene, I., Halldorsson, T. I., Høyer-Lund, A., Lemming, E. W., Meltzer, H. M., Pitsi, T., Schwab, U., Siksnà, I., Thorsdottir, I. & Trolle, E. (2023). *Nordic Nutrition Recommendations 2023*. Nordic Council of Ministers. <https://pub.norden.org/nord2023-003/nord2023-003.pdf>
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906–914. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>
- Bye, E. K., & Rossow, I. M. (2023). *Alkohol i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholinorge/omsetning-og-bruk/alkoholbruk-i-den-voksne-befolkningen/?term=#alkoholbruk-p-hverdager-og-p-helgedager>
- Bøe, T., Heiervang, E. R., Stormark, K. M., Lundervold, A. J. & Hysing, M. (2021). Prevalence of psychiatric disorders in Norwegian 10-14-year-olds: Results from a cross-sectional study. *PLoS One*, 16(3), 1-15. 10.1371/journal.pone.0248864
- Carlquist, E. (2015). *Well-being på norsk*. (IS-2344). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/well-being-pa-norsk/>
- Chaloupka, F. J., Grossman, M., & Saffer, H. (2002). The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 26(1), 22–34.
- Choudhury S. (2010). Culturing the adolescent brain: what can neuroscience learn from anthropology? *Social cognitive and affective neuroscience*, 5(2-3), 159–167. <https://doi.org/10.1093/scan/nsp030>
- Crone, E. & Dahl, R. (2012). Understanding adolescence as a period of social–affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, 13, 636–650. <https://doi.org/10.1038/nrn3313>
- Curtis, S., Pain, R., Fuller, S., Khatib, Y., Rethon, C., Stansfeld, S. A. & Daya, S. (2013). *Health & Place*, (20), 81-90. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.10.010>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006). *Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/107791>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2021). The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. *Public health*, 199, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.009>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utgave). Gyldendal. de Looze, M., Raaijmakers, Q., ter Bogt, T., Bendtsen, P., Farhat, T., Ferreira, M., Godeau, E., Kuntsche, E., Molcho, M., Pförtner, T. K., Simons-Morton, B., Vieno, A., Vollebergh, W., & Pickett, W. (2015). Decreases in adolescent weekly alcohol use in Europe and North America: evidence from 28 countries from 2002 to 2010. *European journal of public health*, 25 Suppl 2(2), 69–72. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv031>
- Eikemo, T. A., Clausen, T. H (red.). (2012). *Kvantitativ analyse med SPSS - En praktisk innføring i kvalitative analyseteknikker*. Vigmostad & Bjørke AS
- Eriksen, I. M. & Bakken, A. (2020). Stress, press og psykiske plager blant ungdom. I L. R. Øhickers, O. Heradstveit & L. Sand (red.), *Ungdom og psykisk helse* (s. 35-44). Fagbokforlaget.
- ESPAD Group. (2016). *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. European Monitoring Centre for Drugs and

- Drug Addiction.
http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
- FN. (2023). *FNs bærekraftsmål. God helse og livskvalitet*. <https://fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/god-helse-og-livskvalitet>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (FOR-2003-04-03-450). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning*. (FOR-2005-12-01-1381). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-04-09-1146>
- Gilman, S. E., & Abraham, H. D. (2001). A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. *Drug and alcohol dependence*, 63(3), 277–286. [https://doi.org/10.1016/s0376-8716\(00\)00216-7](https://doi.org/10.1016/s0376-8716(00)00216-7)
- Grimsmo, A. (2009). Tidlige brukere av alkohol – hvem er de? Kjennetegn ved ungdom som starter tidlig med alkohol. *Norsk epidemiologi*, 6(1). <https://doi.org/10.5324/nje.v6i1.339>
- Grøholt, B. & Sund, A. M. (2017). Depressive lidelser. I *Veileder for barne- og ungdomspsykiatri*. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsett-etter-inndeling-i-icd-10/depressive-lidelser/>
- Haug, E., Robson-Wold, C., Helland, T., Jåstad, A., Torsheim T., Fismen, A.S, Wold, B., Samdal, O. (2020). *Barn og unges helse og trivsel: Forekomst og sosial ulikhet i Norge og Norden*. (HEMIL-rapport 2020). Universitetet i Bergen. https://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/hevas_rapport_v10.pdf
- Haugland, S. H, Strandheim, A. & Bratberg, G. (2012) Er risikofylt rusmiddelbruk vanligere blant ungdom som har sett foreldrene beruset? *Tidsskrift for den norske legeforening* 132(4), 410-413. doi: 10.4045/tidsskr.11.0623
- Haugland, S. H., Holmen, T. L., Krokstad, S., Sund, E. R., & Bratberg, G. H. (2015). Intergenerational Hazardous Alcohol Use and Area Factors: The HUNT Study, Norway. *Substance use & misuse*, 50(14), 1753–1764. <https://doi.org/10.3109/10826084.2015.1037396>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Nasjonal alkoholstrategi. En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk. 2021–2025*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7517d7f5a9d34a9ba5954a21a8317803/alkoholstrategien-til-nett.pdf>
- Helsebiblioteket. (2017, 16. juni). *Tverrsnittstudie*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.5-tverrsnittstudie>
- Helsebiblioteket. (2020, 14. november). *Forskningsmetode*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/2.sporsmalsformulering/2.3-forskningsmetode>
- Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet*. (IS-2263). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet>
- Helsedirektoratet. (2023a). *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjon-s-og-skolehelsetjenesten>

- Helsedirektoratet. (2023b, 1. august). *Kunnskapsoppsummering om ulikheter i helse og livskvalitet i Norge siden 2014 - sammendrag*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kunnskapsoppsummering-om-ulikheter-i-helse-og-livskvalitet-i-norge-siden-2014--sammendrag>
- Heradstveit, O., Skogen, J. C., Bøe, T., Hetland, J., Pedersen, M. U., & Hysing, M. (2018). Prospective associations between childhood externalising and internalising problems and adolescent alcohol and drug use: The Bergen Child Study. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 35(5), 357–371. <https://doi.org/10.1177/1455072518789852>
- Heradstveit, O., Skogen, J. C., Edland-Gryt, M., Hesse, M., Vallentin-Holbech, L., Lønning, K. J., & Sivertsen, B. (2020). Self-Reported Illicit Drug Use Among Norwegian University and College Students. Associations With Age, Gender, and Geography. *Frontiers in psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.543507>
- Herrmann, H., Saxena, S. & Moodie, R. (2004). *Promoting Mental Health; Concepts emerging evidence and practice*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9241562943>
- Johannessen, E. L., Andersson, H. W., Bjørngaard, J. H., & Pape, K. (2017). Anxiety and depression symptoms and alcohol use among adolescents - a cross sectional study of Norwegian secondary school students. *BMC public health*, (17). <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4389-2>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(3): 539-548. DOI:10.1037/0022-006X.73.3.539
- Kleppang, A. L. & Hagquist, C. (2016). The psychometric properties of the Hopkins Symptom Checklist-10: a Rasch analysis based on adolescent data from Norway. *Family Practice*, 33(6), 740-745. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw091>
- Koutakis, N., Stattin, H., & Kerr, M. (2008). Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: the Orebro Prevention Program. *Addiction*, 103(10), 1629–1637. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02326.x>
- Kraus, L., Seitz, N. N., Piontek, D., Molinaro, S., Siciliano, V., Guttormsson, U., Arpa, S., Monshouwer, K., Leifman, H., Vicente, J., Griffiths, P., Clancy, L., Feijão, F., Florescu, S., Lambrecht, P., Nociar, A., Raitasalo, K., Spilka, S., Vyshinskiy, K., & Hibell, B. (2018). 'Are The Times A-Changin'? Trends in adolescent substance use in Europe. *Addiction*, 113(7), 1317–1332. <https://doi.org/10.1111/add.14201>
- Krokstad, S., Weiss, D. A., Krokstad, M. A., Rangul, V., Kvaløy, K., Ingul, J. M., Bjerkeset, O., Twenge, J. & Sund. E. R. (2022). Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: repeated cross-sectional population based surveys from the HUNT Study, Norway. *BMJ Open*, 12(5). [10.1136/bmjopen-2021-057654](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057654)
- Kuntsche, E., Rehm, J. & Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine*, 59(1), 113-127. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.10.009>
- Larson, R. W., Richards, M. H., Moneta, G., Holmbeck, G., & Duckett, E. (1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology*, 32(4), 744–754. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.4.744>
- Lima, F., Sims, S., & O'Donnell, M. (2020). Harmful drinking is associated with mental health conditions and other risk behaviours in Australian young people. *Australian*

- and *New Zealand journal of public health*, 44(3), 201–207.
<https://doi.org/10.1111/1753-6405.12978>
- Madsen, O. J. (2022). Psykiske lidelser i oppveksten. I C. Lundgren (red.), *Psykisk oppvekst: Barn og unges psykiske helse fra 0-25 år* (s. 17-22). Rådet for psykisk helse.
- Manninen, L., Poikolainen, K., Vartiainen, E. & Laatikainen, T. (2006). Heavy drinking occasions and depression. *Alcohol & Alcoholism*, 41(3), 293-299.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/agh246>
- McCambridge, J., McAlaney, J., & Rowe, R. (2011). Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: a systematic review of cohort studies. *PLoS medicine*, 8(2).
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000413>
- Meld. St. 15 (2022-2023). *Folkehelsemeldinga — Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>
- Meld. St. 23 (2022-2023). *Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>
- Mittelmark, M. B. (2012). From Associations to Processes. I E. Wold (red.) & O. Samdal (red.), *An Ecological Perspective on Health Promotion Systems, Settings and Social Processes* (s. 11-16). Bentham Science Publishers.
<https://library.oapen.org/bitstream/handle/20.500.12657/75865/9781608053414.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moksnes, U. K. (2021). Psykisk helse og velvære hos ungdom - betydningen av "opplevelse av sammenheng". I M. Hedlund, K. Ingstad & A. Moe (red.), *God helse - kunnskap for framtidens kommunehelsetjeneste* (s. 226-244). Universitetsforlaget. <https://www.idunn.no/doi/10.18261/9788215042985-2021-11>
- Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2011). Evaluation of the Norwegian version of the Adolescent Stress Questionnaire (ASQ-N): factorial validity across samples. *Scandinavian journal of psychology*, 52(6), 601–608.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00907.x>
- Moksnes, U. K., Løhre, A. & Espnes, G. A. (2013). The association between sense of coherence and life satisfaction in adolescents. *Quality of Life Research* 22, 1331-1338. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0249-9>
- Moksnes, U. K. & Espnes, G.A. (2017). Stress, sense of coherence and subjective health in adolescents aged 13–18 years. *Scandinavian journal of psychology*, 45(4), 397-403 <https://doi.org/10.1177/1403494817694974>
- Mulye, T. P., Park, M. J., Nelson, C. D., Adams, S. H., Irwin, C. E., Jr., & Brindis, C. D. (2009). Trends in adolescent and young adult health in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 45(1), 8-24. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.03.013
- Mørland, J. (2003) Biologiske virkningsmekanismer og noen kliniske effekter av alkohol. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 2, 180-844.
- NOVA (2015). *Ungdata: Nasjonale resultater 2014*. (NOVA Rapport 7/15). NOVA
https://www.khrono.no/files/2017/11/15/nova-rapport_7-15_ungdata2014.pdf
- Nutt, D. (2020). *Drink?: The New Science of Alcohol and Your Health*. Yellow Kite.
- Oberle, E., Schonert-Reichl, A. & Zumbo, B.D. (2011). Life satisfaction in early adolescence: Personal, neighbourhood, school, and peer influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 889–901. DOI 10.1007/s10964-010-9599-1
- Paljärvi, T., Koskenvuo, M., Poikolainen, K., Kauhanen, J., Sillanmäki, L. & Mäkelä, P. (2009). Binge drinking and depressive symptoms: a 5-year population-based

- cohort study. *Addiction*, 104(7), 1168-1178. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02577.x>
- Pape, H. & Rossow, I. (2007). Farlig fyll. Overstadig drikking og problemer knyttet til alkoholbruk blant skoleungdom. *Tidsskrift for ungdomsforskning*, 7(1), 113-125.
- Pape, H., Rossow, I., & Brunborg, G. S. (2018). Adolescents drink less: How, who and why? A review of the recent research literature. *Drug and Alcohol Review*, 37(1), 98-114. <https://doi.org/10.1111/dar.12695>
- Potrebny, T., Wium, N. & Lundegård, M. M. I. (2017). Temporal trends in adolescents' self-reported psychosomatic health complaints from 1980-2016: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 12(11). 10.1371/journal.pone.0188374
- Proctor, C.L., Linley, P.A. & Maltby, J. (2009). Youth Life Satisfaction: A Review of the Literature. *Journal of Happiness Studies*, 10(5), 583-630. 10.1007/s10902-008-9110-9
- Proctor, C., Linley, P. & Maltby, J. (2010). Very happy youths: Benefits of very high life satisfaction among adolescents. *Social Indicators Research*, 98, 519-532. DOI 10.1007/s11205-009-9562-2
- Rangul, V. & Kvaløy, K. (2020). *Selvopplevd helse, kroppsmasse og risikoatferd blant ungdommer i Nord-Trøndelag 2017-19: Helsestatistikk-rapport nummer 1 fra Ung-HUNT4* (ISBN 978-82-91725-18-5). HUNT forskningscenter. https://www.ntnu.no/documents/10304/4902807/Delrapport1_Ung_HUNT4+_Mar_s2020.pdf/e7f7a922-906f-aa1c-9aed-4fa2d7bf14b9?t=1584711026088
- Rapee, R. M., Wignall, A., Spence, S. H., Cobham, V. & Lynehan, H. (2016). *Hjelp ditt engstelige barn: En foreldreveileder*. Gyldendal Akademisk.
- Rehm, J. (2011). The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 34(2), 135-143. PMID: [PMC3307043](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23307043/)
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., & Patra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373(9682), 2223-2233. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60746-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60746-7)
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, (90), 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.026>
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Ringdal, R., Eilertsen, M. E. B., Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A. & Moksnes, U. K. (2017). Validation of two versions of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale among Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 718-725. <https://doi.org/10.1177/1403494817735391>
- Rolandsgard, N., Amengual, C. K. & Madsen, O. J. (2023). Unges forståelser av åpenhet om psykiske problemer: en kvalitativ studie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(5), 286-296. <https://doi.org/10.52734/MUAS4377>
- Rossow, I., Pape, H., & Torgersen, L. (2020). Decline in adolescent drinking: Some possible explanations. *Drug and Alcohol Review*, 39(6), 721-728. <https://doi.org/10.1111/dar.13132>
- Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender Differences in Depression in Representative National Samples: Meta-Analyses of Diagnoses and Symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783-822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>

- Samdal, O., Mathisen, F. K. S., Torsheim, T., Diseth, Å., Fismen, A. S., Larsen, T., Wold, B., Årdal, E. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge. Resultater fra den landsrepresentative spørreundersøkelsen «Helsevaner blant skoleelever. En WHO-undersøkelse i flere land»*. (HEMIL-Rapport 1/2016). Universitetet i Bergen, HEMIL-senteret. <https://filer.uib.no/psyfa/HEMIL-senteret/HEVAS/HEMIL-rapport2016.pdf>
- Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Dalgard, O. S., Sørensen, T. & Bruusgaard, D. (1998). Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (33), 345-354. 10.1007/s001270050064
- Sandberg, S. & Skjælaaen, Ø. (2018). «Shoes on your hands»: Perceptions of alcohol among young adolescents in Norway. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 25(6), 449–456. <https://doi.org/10.1080/09687637.2017.1335690>
- Scheffels, J., Buvik, K., Tokle, R., & Rossow, I. (2020). Normalisation of non-drinking? 15-16-year-olds' accounts of refraining from alcohol. *Drug and alcohol review*, 39(6), 729–736. <https://doi.org/10.1111/dar.13084>
- Schneier, F. R., Foose, T. E., Hasin, D. S., Heimberg, R. G., Liu, S. M., Grant, B. F., & Blanco, C. (2010). Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological medicine*, 40(6), 977–988. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991231>
- Schwartz, B., Rubel, J. A., Deisenhofer, A. K. & Lutz, W. (2022). Movement-based patient-therapist attunement in psychological therapy and its association with early change. *Digital health*, (8), 1-17. DOI: 10.1177/20552076221129098
- Skogen, J. C., Sivertsen, B., Lundervold, A. J., Stormark, K. M., Jakobsen, R., & Hysing, M. (2014). Alcohol and drug use among adolescents: and the co-occurrence of mental health problems. Ung@hordaland, a population-based study. *BMJ open*, 4(9). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-005357>
- Skogen, J. C., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Siqveland, J. & Øverland, S. (2018). *Barn og unges psykiske helse: Forebyggende og helsefremmende folkehelse tiltak. En kunnskapsoversikt*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/barn-og-unges-psykiske-helse-forebyggende-og-helsefremmende-folkehelse-tilta/>
- Skogen, J. C., Klepp, K. I., Samdal, O. & Aarø, L. E. (2023). Helse blant ungdom. I K. I. Klepp, J. C. Skogen & L. E. Aarø., *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid - folkehelsearbeid for og med ungdom* (5. utgave, s. 55-80). Gyldendal Akademisk.
- Skovlund E. (2017). Når bør man velge en ikke-parametrisk metode? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 137, (16). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0219>
- Skovlund E. (2020). Enkel lineær regresjon. *Tidsskrift for den Norske legeforening*, 140. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0494>
- Skretting, A., Vedøy, T.F., Lund, K.E. & Bye, E.K. *Rusmidler i Norge 2016 Alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffling, doping og tjenestetilbudet*. Folkehelseinstituttet. https://www.fhi.no/rapporter/rusmidler_i_norge_2016.pdf
- Sletten, M. A. (2015). *Psykiske plager blant ungdom: sosiale forskjeller og historien om de flinke pikene*. Barn i Norge, 8-25. <https://hdl.handle.net/10642/2997>
- Sletten, M. A. & Bakken, A. (2016). *Psykiske helseplager blant ungdom – tidstrender og samfunnsmessige forklaringer. En kunnskapsoversikt og en empirisk analyse*. (NOVA Notat 4/2016). OsloMet. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/3469>
- Smith, O. R. F., Alves, D. E., Knapstad, M., Haug, E. & Aarø, L. E. (2017). Measuring mental well-being in Norway: validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-

- being Scale (WEMWBS). *BMC Psychiatry*, 17(182), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1343-x>
- Sodeland, B. & Eriksen, N. (2024). Rekordhøy deltakelse i Ungdata-undersøkelsen. *Ungdata*. <https://www.ungdata.no/rekordhoy-deltakelse-i-ungdata-undersokelsen/>
- Staff, J., & Maggs, J. L. (2020). Parents Allowing Drinking Is Associated With Adolescents' Heavy Alcohol Use. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 44(1), 188–195. <https://doi.org/10.1111/acer.14224>
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69-74. doi:10.1016/j.tics.2004.12.005
- Steinsbekk, S., Ranum, B. & Wichstrøm, L. (2022). Prevalence and course of anxiety disorders and symptoms from preschool to adolescence: a 6-wave community study. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 63(5), 527-534.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13487>
- Stengård E., & Appelqvist-Schmidlechner K. (2010). *Mental health promotion in young people: an investment for the future*. WHO rapport.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Mentalhealthpromotionyoungpeople.pdf>
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K. & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113-118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Sund, A. M., Larsson, B. & Wichstrøm, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 28(5), 1-13. 10.1186/1753-2000-5-28
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(63). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Thoresen, M. (2018). Konfundering – et tilbakevendende problem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138. doi: 10.4045/tidsskr.17.0795
- Thuen, F. (2019). En god barndom varer hele livet: Betydning av oppvekst for fremtidig helse. I J. G. Mæland (red.), *Sykdommers sosiale røtter*. (1. utgave, s. 84-102). Gyldendal Akademisk.
- van der Vorst, H., Engels, R. C., & Burk, W. J. (2010). Do parents and best friends influence the normative increase in adolescents' alcohol use at home and outside the home? *Journal of studies on alcohol and drugs*, 71(1), 105–114.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2010.71.105>
- Viner, J. & Tanner, J. L. (2009). Psychiatric disorders in emerging adulthood. *Yellowbrick Journal*, 10(5).
- Wagenaar, A. C., Salois, M. J., & Komro, K. A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104(2), 179–190. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x>
- Walters, S. J., Campbell, M. J. & Machin, D. (2021). *Medical Statistics. A textbook for the health sciences*. (5. edition). Wiley Blackwell.
- Warren, J. M., Ekelund, U., Besson, H., Mezzani, A., Geladas, N., Vanhees, L., & Experts Panel (2010). Assessment of physical activity - a review of methodologies with reference to epidemiological research: a report of the exercise physiology section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation : official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology &*

- Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*, 17(2), 127–139.
<https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e32832ed875>
- Warwick Medical School. (u. å.). *About WEMWBS*. Hentet 24. april 2024 fra
<https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/about/>
- WHO. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. <https://iris.who.int/handle/10665/94384>
- WHO. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. (ISBN 978-92-4-156563-9). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1>
- WHO. (2022). *Alcohol*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- WHO. (2023). *No level of alcohol consumption is safe for our health*.
[://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health](https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health)
- WHO. (u. å. a). *Adolescent health*. Hentet 11. mai 2024 fra https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- WHO. (u. å. b). *Mental health*. Hentet 24. april 2024 fra https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- Wool, C. A. & Barsky, A. J. (1994). Do Women Somatize More Than Men?: Gender Differences in Somatization. *Psychosomatics*, 35(5), 445-452.
[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(94\)71738-2](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(94)71738-2)
- Xu, X., & Chaloupka, F. J. (2011). The effects of prices on alcohol use and its consequences. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 34(2), 236–245.
- Zhao, J., Stockwell, T., Naimi, T., Churchill, S., Clay, J., & Sherk, A. (2023). Association Between Daily Alcohol Intake and Risk of All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-analyses. *JAMA network open*, 6(3).
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.6185>
- Østhus, S. Mäkelä, P., Norström, T. & Rossow, I. (2016). *Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet*. (IS-2474). Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/sosial-ulikhet-i-alkoholbruk-og-alkoholrelatert-sykkelighet-og-dodelighet>

Vedlegg

Vedlegg 1: REK-godkjenning

Vedlegg 2: Spørreskjema alkoholbruk (Spørsmål nr. 14)

Vedlegg 3: Spørreskjema psykisk velvære (WEMWBS)

Vedlegg 4: Spørreskjema symptomer på angst og depresjon (HSCL-11)

Vedlegg 5: Spørreskjema alder

Vedlegg 6: Spørreskjema kjønn

Vedlegg 7: Spørreskjema familieøkonomi

Vedlegg 8: Spørreskjema mors- og fars utdanningsnivå

Vedlegg 9: Spørreskjema stress (ASQ-N)

Vedlegg 10: Arbeidsfordeling

Vedlegg 1: REK-godkjennelse:



Region:	Saksbehandler:	E-post:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Ramunas Kazakauskas	rek-midt@mh.ntnu.no	73597510	08.05.2024	20331

Unni Karin Moksnes

Prosjektsøknad: Oppvekst i bygder

Søknadsnummer: 2016/1165

Forskningsansvarlig institusjon: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Samarbeidende forskningsansvarlige institusjoner: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Prosjektsøknad: Endring godkjennes

Søkers beskrivelse

Målet med undersøkelsen «Oppvekst i bygder» er å undersøke oppvekst, helse og trivsel blant ungdom, i rurale kommuner i sørlige deler av Trøndelag. Undersøkelsen har tidligere blitt gjennomført hvert femte år siden 1996 og inkluderer data fra 2001, 2006, 2011, 2016 og 2022. Undersøkelsen gjennomføres i skolen blant elever mellom 13-19 år i ungdomsskole og videregående skole med bruk av spørreskjema. Spørreskjemaet omhandler overordnet spørsmål om subjektiv helse, livskvalitet, helseatferd, trivsel i nærmiljøet, fritidsaktiviteter, fysisk aktivitet og idrett, skoletrivsel og tanker om framtida. Undersøkelsen er viktig for å kartlegge hvordan ungdom opplever sine livshelhetlig og kan bidra med undersøkelse av trender på tvers av de ulike kohortene og undersøkelse av sammenhenger i de ulike datasettene. Kunnskapen fra data kan bidra som grunnlag for utvikling og implementering av forebyggende og helsefremmende arbeid i ungdomspopulasjonen.

Vi mottok din søknad om prosjektendring 02.05.2024. Søknaden er behandlet av sekretariat for REK midt på delegert fullmakt fra komiteen, med hjemmel i forskningsetikkforskriften § 7, første ledd, tredje punktum. Søknaden er vurdert med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

REKs vurdering

Du søker om å bytte tittel for prosjektet og revidere prosjekttalen (søkers beskrivelse).

Vi har gjennomført endringene.

Vi bekrefter også at tidligere godkjent prosjektendring om å gjennomføre et masterprosjekt skal benytte data fra 2022. Masterprosjektet dette gjelder er "Alkoholbruk og psykisk helse blant ungdom".

Vedtak
Godkjent.

Sluttmelding

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK på eget skjema via REK-portalen senest 6 måneder etter sluttdato 31.12.2026, jf. helseforskningsloven § 12. Dersom prosjektet ikke starter opp eller gjennomføres meldes dette også via skjemaet for sluttmelding.

Søknad om endring

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

Klageadgang

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

Med vennlig hilsen

Hilde Eikemo
Sekretariatsleder

Ramunas Kazakauskas
Rådgiver

Kopi til:

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Vedlegg 2: Spørreskjema alkoholbruk (Spørsmål nr. 14):

FRITIDSAKTIVITETER

Her er en del aktiviteter som unge mennesker driver med i fritiden. Hvor ofte gjør du hver av disse tingene? *Ett kryss på hver linje.*

1) Aldri 2) Sjelden 3) Ca en dag i uka 4) 2-3 dager i uka 5) 4-7 dager i uka

1. Spiller musikkinstrument
2. Hører på musikk.....
3. Leser bøker, magasiner eller papiraviser.....
4. Har venner på besøk
5. Røyker
6. Gjør husarbeid eller annet arbeid hjemme.....
7. Sitter med familien og snakker om ting
8. Er sammen med venner utendørs (på gata, veien e.l.).....
9. Er på besøk hos venner.....
10. Spiser «ute» med venner (på kafé e.l.).....
11. Drar til sentrum for å kikke i butikker.....
12. Går på kino, konserter eller fester.....
13. Er ute for å danse (f.eks. på diskotek)
14. Drikket alkohol
15. Snuser.....
16. Deltar i organisert fritidsaktivitet.....
17. Motorsport
18. Jakt og fiske
19. Friluftsliv

Vedlegg 3: Spørreskjema psykisk velvære (WEMWBS):

PSYKISK VELVÆRE

Her er noen utsagn om følelser og tanker. Vennligst kryss av for det som best beskriver din opplevelse *de siste 2 ukene*.

1) Ikke i det hele tatt 2) Sjelden 3) En del av tiden 4) Ofte 5) Hele tiden

1. Jeg har vært optimistisk med hensyn til fremtiden
2. Jeg har følt meg nyttig
3. Jeg har følt meg avslappet.....
4. Jeg har følt interesse for andre mennesker
5. Jeg har hatt masse energi
6. Jeg har håndtert problemer godt.....
7. Jeg har tenkt klart
8. Jeg har vært fornøyd med meg selv
9. Jeg har følt nærhet til andre mennesker
10. Jeg har følt meg selvsikker
11. Jeg har vært i stand til å ta beslutninger
12. Jeg har følt meg elsket.....
13. Jeg har vært interessert i nye ting.....
14. Jeg har vært i godt humør.....

Vedlegg 4: Spørreskjema symptomer på angst og depresjon (HSCL-11):

Nedenfor er en liste over noen problemer eller plager. Har du vært plaget av noe av dette de siste 14 dagene?

Sett et kryss for hver linje

1) Ikke plaget, 2) Litt plaget, 3) Ganske plaget, 4) Veldig plaget

1. Plutselig frykt uten grunn
2. Følt deg redd eller engstelig
3. Matthet eller svimmelhet
4. Følt deg anspent eller oppjaget (urolig)
5. Lett for å klandre deg selv
6. Søvnproblemer
7. Følt på håpløshet når du tenker på framtida
8. Følt deg nedenfor eller trist
9. Hatt en følelse av å være unyttig, lite verd
10. Følt at alt var et slit
11. Bekymret deg for mye om forskjellige ting

Vedlegg 5: Spørreskjema alder:

Hvilket år er du født (skriv årstall)? -----

Vedlegg 6: Spørreskjema kjønn

Er du jente eller gutt?

Jente..... Gutt.....

Vedlegg 7: Spørreskjema familieøkonomi:

Hvordan har familiens økonomi vært de siste to årene? NB: Her setter du bare ett kryss.

Vi har hatt dårlig råd hele tida

Vi har stort sett hatt dårlig råd.....

Vi har verken hatt dårlig råd eller god råd

Vi har stort sett hatt god råd.....

Vi har hatt god råd hele tida.....

Vedlegg 8: Spørreskjema mors- og fars utdanningsnivå:

Hva er dine foreldres/foresattes høyeste fullførte utdanning? NB: Sett ett kryss for mor / kvinnelig foresatt, og ett for far / mannlig foresatt.

Mor Far

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Grunnskole..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Videregående skole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Høgskole/universitet, opptil 4 år..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Høgskole/universitet, mer enn 4 år | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vet ikke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Vedlegg 9: Spørreskjema Stress (ASQ-N):

STRESS

1. Her er en liste med ting eller situasjoner du kanskje opplever som stressende. Hvor stressende har hver av disse tingene eller situasjonene vært for deg i løpet av det siste året?

NB: Hvis det er noe du ikke har opplevd, krysser du i rute nr. 1 (Ikke stressende).

1) Ikke stressende 2) Litt stressende 3) Moderat stressende 4) Ganske stressende 5) Svært stressende

Hvor stressende er (det)...

1. ... uenigheter mellom deg og faren din?
2. ... å stå opp tidlig om morgenen?
3. ... å være nødt til å lære ting du ikke forstår?
4. ... å ha lærere som forventer for mye av deg?
5. ... å bli ertet?.....
6. ... å ha vanskeligheter med noen skolefag?
7. ... å følge regler du er uenig i hjemme?.....
8. ... å måtte lese ting du ikke er interessert i?
9. ... å bli oversett eller avvist av en person du er interessert i?.....
10. ... å ikke ha nok tid til å ha det gøy?
11. ... uenigheter med søsknene dine?
12. ... å ikke ha nok tid til å drive med fritidsaktiviteter?
13. ... å ha for mye hjemmelekser?
14. ... å ikke få nok tilbakemelding på skolearbeidet tidsnok til at det er hjelp i det?
15. ... å få forholdet til kjæresten til å fungere?
16. ... å bli nedvurdert av vennene dine?
17. ... uenigheter mellom foreldrene dine?
18. ... å ha for mye fravær fra skolen?.....
19. ... hvordan du ser ut?.....
20. ... uenigheter mellom deg og mora di?

21. ... å gå på skolen?
22. ... å ikke ha nok tid til kjæresten din?
23. ... lærere som erter deg?
24. ... å adlyde regler du er uenig i på skolen?.....
25. ... å ikke bli hørt på av lærere?
26. ... å ikke komme overens med kjæresten din?
27. ... mangel på respekt fra lærere?
28. ... uenigheter mellom deg og dine venner?
29. ... å ikke komme overens med lærerne dine?
30. ... å slå opp med kjæresten?

Vedlegg 10: Arbeidsfordeling

SYT3904 Masteroppgave i helsesykepleie vår 2024 - Arbeidsfordeling

Ved samarbeid om en felles masteroppgave mellom to studenter krever NTNU en beskrivelse av arbeidsfordelingen gjennom prosessen. Nedenfor vil det bli presentert en kortfattet beskrivelse av vårt samarbeid med masteroppgaven.

Samarbeidet om en felles masteroppgave har vært en kontinuerlig prosess gjennom studieåret 2023/2024. Det startet med å utarbeide en prosjektskisse for masteroppgaven i høstsemesteret, etterfulgt av selve skriveprosessen etter jul. Gjennom tidligere samarbeid om semesteroppgaver og gruppeeksamener oppdaget vi at vi jobbet godt sammen. Dette er noe vi har sett på som verdifullt både før og under utarbeidelse av masteroppgaven.

Kommunikasjon har vært viktig i vårt samarbeid. Begge har vært bevisste på å prioritere og respektere avsatt tid og avtalte møter som er nødvendig for å få et godt samarbeid. Vi har også vært fleksible mot hverandre når uforutsette hendelser har oppstått. Vårt samarbeid har vært preget av åpenhet, som har gitt rom for faglige diskusjoner. I situasjoner hvor vi har møtt utfordringer eller hatt ulike synspunkt, har vi hatt en god dialog. Ofte har dette inkludert en rådgøring med veileder, før vi i fellesskap har tatt de endelige beslutningene og avgjørelsene.

I bakgrunnskapittelet har vi hatt hvert vårt hovedansvar: en med fokus på psykisk helse og den andre på alkohol. Selv om den ene har hatt det primære ansvaret, har begge aktivt deltatt i utviklingen og formuleringen av innholdet. De andre delene av oppgaven, som analysene i SPSS, metode-, resultat- og diskusjonskapittelet, har vi utarbeidet i fellesskap. Det har vært enighet om at vi ønsker å være involvert og delaktig i hele oppgaven, for å oppnå et sluttresultat som begge kan stå inne for.

Trondheim, 08.05.24
Sted, dato

Julie Håpnes
Julie M. J. Håpnes

Maren B. Kjerringvåg
Maren Berg Kjerringvåg

