

Livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer blant norske universitetsstudenter

«Hvordan er livskvalitet og psykiske plager assosiert med potensielle alkoholproblemer blant norske universitetsstudenter?»

Pia Jensen



Masteroppgave i helsefremmende arbeid og helsepsykologi

HEMIL-Senteret

Ved

Det psykologiske fakultet

Universitetet i Bergen

Vår 2020

Forord

Kjære leser,

Når du leser dette forordet indikerer dette begynnelsen på masteroppgaven min. For min del indikerer forordet siste innspurt av oppgaven og ikke minst selve avslutningen av min tid som student. Det å skrive en masteroppgave er en langvarig prosess, og det inneværende året har både vært spennende og lærerikt. Jeg var utrolig heldig som fikk samarbeide med Folkehelseinstituttet (FHI), som ga meg muligheten til å skrive en oppgave om temaer jeg synes er veldig spennende. Ved å fordype meg i problemstillingen har jeg fått masse ny kunnskap, og om mulig fått en enda større interesse for fagfeltene psykisk helse og rus.

I tillegg til at året med skriving av masteroppgaven har bydd på glede og mestring, har det også vært tider med stor frustrasjon og utfordringer. Bak det ferdige produktet du leser ligger det timevis med lesing, skriving, sletting og omskriving. Å skrive en omfattende masteroppgave er krevende, spesielt i tider med koronavirus. Hverdagen ble plutselig snudd på hodet, og lesesalen ble omgjort til et stuebord i en leilighet på 49 kvm².

I de tunge periodene er det spesielt viktig med god støtte og oppmuntring. I den forbindelse vil jeg gjerne starte med å takke min biveileder Jens Christoffer Skogen fra FHI, som har vært en super lærer i STATA og kommet med god veiledning og tilbakemeldinger gjennom hele skriveprosessen. Jeg vil også gi en stor takk hovedveilederen min Ellen Haug, som alltid har tatt seg god tid på veiledning og kommet med oppmuntrende og kloke ord i de krevende periodene. Det har vært en fryd å få samarbeide med dere.

Jeg vil også rette en spesiell takk til jentene i «ABBA 2.0» for at de har spredd så mye glede, latter og omsorg gjennom de to årene på masteren. Jeg må også takke kjæresten min, venner og familie for den gode støtten jeg har fått gjennom alle mine år i Bergen. Avslutningsvis vil jeg gi en spesiell takk til mamma og pappa – uten dem hadde ikke denne masteren vært mulig.

Pia Jensen

HEMIL-senteret, Psykologisk fakultet UiB

Våren 2020

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	IV
ABSTRACT	V
1 INNLEDNING	1
2 SENTRALE BEGREPER OG TEORI	4
2.1 SENTRALE BEGREPER	4
2.1.1 <i>Studenttilværelsen</i>	4
2.1.2 <i>Livskvalitet</i>	4
2.1.3 <i>Psykiske plager</i>	6
2.1.4 <i>Potensielle alkoholproblemer</i>	6
2.2 TEORI.....	7
2.2.1 <i>Den sosiale helsemodellen</i>	8
2.2.2 <i>Hypoteser om sammenhengen mellom psykiske plager og alkoholbruk</i>	11
2.2.3 <i>Hypoteser om sammenhengen mellom livskvalitet og alkoholbruk</i>	12
3 LITTERATURGJENNOMGANG	14
3.1 LITTERATURSØK	14
3.2 TIDLIGERE FORSKNING	15
3.2.1 <i>Alkoholbruk blant studenter</i>	15
3.2.2 <i>Livskvalitet blant studenter</i>	18
3.2.3 <i>Psykiske plager blant studenter</i>	21
3.2.4 <i>Sammenhengen mellom livskvalitet og alkoholbruk</i>	23
3.2.5 <i>Sammenhengen mellom psykiske plager og alkoholbruk</i>	25
3.2.6 <i>Sammenhengen mellom livskvalitet og psykiske plager</i>	27
4 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING	29
5 METODE	30
5.1 FILOSOFISK VERDENSILDE (PARADIGME) OG FORSKNINGSTILNÆRMING	30
5.2 FORSKNINGSDESIGN OG METODE	31
5.3 UTVALG OG PROSEDYRE.....	32
5.3.1 <i>Utvalg</i>	32
5.3.2 <i>Prosedyre</i>	33
5.4 MÅLEINSTRUMENTER OG VARIABLER	34
5.4.1 <i>Måleinstrumenter</i>	34
5.4.2 <i>Variabler</i>	36
5.5 DATABEARBEIDING OG STATISTISKE ANALYSER.....	37

5.5.1	<i>Preliminære analyser</i>	38
5.5.2	<i>Hovedanalyser</i>	41
5.6	KVALITETSSIKRING	44
5.6.1	<i>Validitet</i>	44
5.6.2	<i>Reliabilitet</i>	46
5.7	FORSKNINGSETISKE VURDERINGER.....	47
6	RESULTAT	48
6.1	DESKRIPTIVE RESULTATER PÅ TVERS AV LAVRISIKO DRIKKEMØNSTER OG POTENSIELLE ALKOHOLPROBLEMER	48
6.2	ASSOSIASJONEN MELLOM LIVSKVALITET OG POTENSIELLE ALKOHOLPROBLEMER	49
6.3	ASSOSIASJONEN MELLOM PSYKISKE PLAGER OG POTENSIELLE ALKOHOLPROBLEMER	50
6.4	FORMEN PÅ ASSOSIASJONENE MELLOM LIVSKVALITET, PSYKISKE PLAGER OG POTENSIELLE ALKOHOLPROBLEMER	52
7	DISKUSJON	55
7.1	OPPSUMMERING AV HOVEDFUNN	55
7.2	ASSOSIASJONEN MELLOM LIVSKVALITET OG POTENSIELLE ALKOHOLPROBLEMER	55
7.2.1	<i>Formen på assosiasjonen mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer</i>	57
7.3	ASSOSIASJONEN MELLOM PSYKISKE PLAGER OG POTENSIELLE ALKOHOLPROBLEMER	62
7.3.1	<i>Formen på assosiasjonen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer</i>	64
7.4	OPPSUMMERING.....	70
7.5	METODISKE BETRAKTNINGER	72
7.5.1	<i>Studiens styrker</i>	72
7.5.2	<i>Studiens svakheter</i>	73
7.6	IMPLIKASJONER	74
7.7	VIDERE FORSKNING	76
8	KONKLUSJON	78
	REFERANSELISTE	79
	VEDLEGG	I

Sammendrag

Bakgrunn: Livskvalitet og psykiske plager er to faktorer som har blitt assosiert med alkoholbruk, og blant studenter er alkoholforbruket hyppig og stort. Tidligere studier finner ofte at redusert livskvalitet og høyere nivåer av psykiske plager fører til et økt alkoholkonsum. Studier som har undersøkt sammenhengene mellom psykisk helse og alkoholbruk antyder i tillegg at assosiasjonene ikke nødvendigvis er lineære, men forskningen er ikke entydig.

Hensikt: Studien hadde som formål å undersøke hvordan livskvalitet og psykiske plager er assosiert med potensielle alkoholproblemer blant norske universitetsstudenter. Formen på sammenhengene ble også undersøkt.

Metode: Data fra studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT 2018, N = 50054) ble anvendt. Assosiasjonene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer (AUDIT; risikabelt og skadelig drikkemønster) ble undersøkt ved bruk av logistiske regresjonsanalyser. Ujusterte modeller og modeller justert for alder, kjønn og sivilstatus ble utført. For å undersøke formen på sammenhengene ble logistiske regresjonsanalyser med kvadratiske og kubiske ledd gjennomført.

Resultater: Resultatene viste at lavere livskvalitet og økte psykiske plager var assosiert med risikabelt og skadelig drikkemønster. Blant studenter med risikabelt drikkemønster ble det funnet kurvelineære sammenhenger med både livskvalitet og psykiske plager. Blant studentene med skadelig drikkemønster ble det funnet en lineær sammenheng med livskvalitet og en kurvelineær sammenheng med psykiske plager.

Konklusjon: En betydelig andel studenter rapporterer potensielle alkoholproblemer. Studenter med skadelig drikkemønster virker å være mer utsatt for redusert livskvalitet og høyere nivåer av psykiske plager enn studenter med risikabelt drikkemønster. Ulike former på assosiasjonene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer ble funnet.

Nøkkelord: *Potensielle alkoholproblemer, psykiske plager, livskvalitet, studenter, populasjonsundersøkelse*

Abstract

Objective: Life satisfaction and mental health problems have been related to alcohol consumption, and among students the consumption is high and frequent. Reduced life satisfaction and more mental health problems often leads to a higher consumption. Evidence about the shape of the relationship between mental health and alcohol consumption is debated.

Aim: To investigate the associations of life satisfaction and mental health problems with potential alcohol-related problems among Norwegian university students. The shape of the associations was also examined.

Methods: Data from the Norwegian Students' Health and Wellbeing Study (SHoT 2018) were used. Associations between life satisfaction, mental health problems and potential alcohol-related problems (AUDIT; risky and harmful alcohol use) were investigated using logistic regression. Both crude models and models adjusted for age, gender and marital status were conducted. To investigate the shape of the associations, logistic regression with quadric and cubic terms were conducted.

Results: Decreased life satisfaction and increased mental health problems were associated with risky and harmful alcohol use. Curvilinear associations was found between life satisfaction, mental health problems, and risky alcohol use. For harmful alcohol use, a linear association with life satisfaction and a curvilinear association with mental health problems was identified.

Conclusion: A considerable proportion of students reports potential alcohol-related problems. Students with harmful alcohol use seems to be more at risk of reduced life satisfaction and increased mental health problems than students with risky alcohol use. Different shapes of the associations between life satisfaction, mental health problems and potential alcohol-related problems was identified.

Keywords: *Potential alcohol-related problems, life satisfaction, mental health problems, college students, university students, population-based study*

1 Innledning

Folkehelsearbeidet har blitt satt høyt på den politiske agendaen i Norge de siste tiårene (Fosse, 2009). I følge Folkehelseloven (2011, § 1) er formålet å «fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse». Folkehelsearbeidet innebærer således både helsefremmende tiltak og tiltak for å redusere risiko for skade eller sykdom (Mæland, 2016, s. 20).

Helsefremmende arbeid handler i stor grad om å gi mennesker kontroll over forhold som påvirker egen livskvalitet og helse (Mæland, 2016, s. 26; Skjetne, 2019). For å måle befolkningens helse analyseres sykdomsbyrden, som inkluderer opplysninger om sykdommer, dødelighet og forekomst av risikofaktorer. I følge sykdomsbyrden i Norge utgjør alkohol og psykiske lidelser alvorlige risikofaktorer som er knyttet til sykdom med høy dødelighet og tap av friske leveår (FHI, 2018a, s. 2). Alkohol og psykiske lidelser utgjør dermed to av de ti store folkehelseutfordringene i Norge, som blant annet er knyttet til redusert trivsel og livskvalitet (FHI, 2018a, s. 2 og 3).

I Norge drikker hver person over 15 år i gjennomsnitt nesten syv liter alkohol i året, og inntaket er omtrent dobbelt så høyt blant menn enn blant kvinner (FHI, 2018b, s. 8). Til tross for at alkoholforbruket blant ungdom (15-16 åringer) har blitt redusert siden 2000-tallet (ESPAD, 2016, s. 72), har studentenes helse- og trivselsundersøkelse fra 2018 (SHoT-2018) vist at det er en økning av studenter som drikker 2-3 ganger i uken (Knapstad, Heradstveit & Sivertsen, 2018, s. 106). Som en konsekvens av et økt alkoholforbruk i befolkningen har man grunn til å anta at det er en økning i andelen med alkoholbrukslidelser, som omfatter avhengighet eller skadelig bruk/misbruk av alkohol (FHI, 2018b, s. 26). Slike lidelser debuterer ofte i begynnelsen av tenårene, og forekomsten øker utover ungdomstiden og i ung voksen alder (Reneflot, Aarø, Aase, Reichborn-Kjennerud, Tambs & Øverland, 2018, s. 105). Alkoholbrukslidelser bidrar til betydelige helsetap (Reneflot et al., 2018, s. 7), og regjeringen har derfor et mål om å redusere minst 10% av det skadelige alkoholforbruket i befolkningen (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 14).

I folkehelsemeldingen «Mestring og muligheter (2014-2015)» ble psykisk helse løftet frem som et viktig innsatsområde, da psykiske lidelser ble sett på som en av de store samfunns- og helseutfordringene i Norge (Major et al., 2011, s. 13). Regjeringen ønsket derfor å utvikle en folkehelsepolitikk der psykisk helse både skulle få en større plass og integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 9). I

tillegg fikk man et økt fokus på befolkningens livskvalitet, ettersom at forskningen viste at dårlig opplevd livskvalitet kunne ha konsekvenser for blant annet relasjoner, generell helse og fungering i arbeidslivet (Nes, 2017). Å fremme befolkningens livskvalitet ble dermed inkludert som en viktig del av folkehelsearbeidet. Som en oppfølging av folkehelsemeldingen la regjeringen fram «Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2020)». Her videreførte regjeringen målene om at flere skulle oppleve god psykisk helse, livskvalitet og mestring, og at de sosiale forskjellene i psykisk helse skulle reduseres (Departementene, 2017, s. 7). Strategien la vekt på at livskvalitet og mestring var viktige deler av det psykiske helsefeltet (Departementene, 2017, s. 8), fordi man så at høyere livskvalitet ofte hadde en sammenheng med færre psykiske plager og lidelser (Nes, 2017).

I 2019 kom den nye folkehelsemeldingen «Gode liv i et trygt samfunn», som bygget videre på folkehelsemeldingen fra 2015. Den nye folkehelsemeldingen fokuserer på å fremme bedre folkehelse og god livskvalitet i befolkningen, og påpeker at en tidlig innsats hos barn og unge er avgjørende i dette arbeidet (Meld. St. 19 (2018-2019), s. 9 og 19). Norge har i tillegg sluttet seg til FN's 2030-agenda med bærekraftige mål, der to av målene er å fremme psykisk helse og å styrke forebyggingen og behandlingen av alkohol- og rusmisbruk (Meld. St. 19 (2018-2019), s. 13). Det har ikke blitt funnet en økning i andelen med psykiske lidelser i den voksne befolkningen (Reneflot et al., 2018, s. 6 og 7), men flere internasjonale studier fra de senere årene har indikert at forekomsten av psykiske lidelser er høyere blant unge voksne enn blant eldre (FHI, 2018c). Tall fra levekårsundersøkelsene i Norge viste i tillegg en økning av rapporterte psykiske plager blant unge i aldersgruppen 16-24 år, hvor økningen var størst blant unge kvinner (Norgeshelsa statistikkbank, 2012). Dette bekreftes også av SHoT-undersøkelsene, hvor man har dokumentert en økning av psykiske plager blant norske studenter (Knapstad et al., 2018, s. 71). Undersøkelsene har vist at andelen med betydelige psykiske plager har økt fra hver 6. student i 2010, til hver 5. student i 2014, til mer enn hver 4. student i 2018 (Knapstad et al., 2018, s. 71). Som et resultat av SHoT-undersøkelsene inkluderte folkehelsemeldingen fra 2019 helse- og velferdstjenester for studenter som et viktig forebyggende tiltak (Meld. St. 19 (2018-2019), s. 38). Utdanningsinstitusjoner ble også oppfordret til å vurdere hvordan de kan bedre den psykiske helsen til studentene (Meld. St. 19 (2018-2019), s. 46). I tillegg styrkes innsatsen for å redusere alkohol- og rusmisbruk blant studenter gjennom tilskuddsordningen for rusmiddelforebyggende innsats, i regi av blant annet studentorganisasjoner og studentsamskipnader (Meld. St. 19 (2018-2019), s. 129). Studentenes fysiske og psykiske helse virker dermed å bli prioritert i større grad enn før.

Forskning har vist at rusbrukslidelser og psykiske helseproblemer ofte forekommer samtidig (komorbiditet), noe som indikerer tilstedeværelsen av en relasjon mellom alkoholbrukslidelser og psykiske lidelser (Kessler, 2004). Denne relasjonen kan være spesielt relevant å undersøke blant studenter, ettersom de er i alderen da de fleste høy-prevalens lidelser som stemnings-, angst- og rusbrukslidelser oppstår (de Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi & McGorry, 2012; Kessler et al., 2005). Psykiske plager blant studenter utgjør et samfunnsmessig problem (Sivertsen, Råkil, Munkvik & Lønning, 2019), ettersom de er nøkkelpopulasjonen for å avgjøre et lands økonomiske vekst og fremtid med tanke på arbeid og utdanning (Auerbach et al., 2018). Arbeidet med å identifisere studenter med psykiske plager på et tidlig stadium vil dermed ha viktige konsekvenser, og viser nødvendigheten av å studere denne gruppen (Sivertsen et al., 2019).

Til tross for at det var en økning av studenter i 2018 som både rapporterte betydelige psykiske plager og et skadelig alkoholforbruk, rapporterte fortsatt flertallet av studentene en relativ god livskvalitet (Knapstad et al., 2018, s. 69). Dette kan anses som et overraskende funn, ettersom en økning i psykiske plager ofte har blitt assosiert med en nedgang i opplevd livskvalitet (Lombardo, Jones, Wang, Shen & Goldner, 2018; Reneflot et al., 2018, s. 152). Det er derfor behov for mer forskning på hvilke faktorer som spiller inn på studentenes psykiske helse, herunder psykiske plager og livskvalitet. Sammenlignet med forskningen på alkoholbruk og psykiske plager, er det gjort mindre forskning på sammenhengen mellom livskvalitet og alkoholbruk (Molnar, Busseri, Perrier & Sadava, 2009). Studier som er blitt gjort viser derimot tvetydige resultater, og det er derfor et behov for mer forskning. Alle tiltak som kan redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom og som tar sikte på å bedre befolkningens livskvalitet og mestringsmuligheter anses som å tilhøre det helsefremmende arbeidet (Braut, 2018). Inneværende studie er på denne måten relevant for det helsefremmende arbeidet, og kan både bidra med kunnskap om risikofaktorer i studentpopulasjonen og faktorer som påvirker studentenes livskvalitet og helse. Studien kan i tillegg bidra med kunnskap som er relevant for regjeringens mål om at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, samt bidra i arbeidet med å utvikle intervensjoner som kan redusere skadelig alkoholbruk blant studenter.

2 Sentrale begreper og teori

Denne delen starter med å definere og presentere de mest sentrale begrepene som studien anvender. Det finnes særlig mange ulike tilnærminger til begrepet livskvalitet, noe som har gjort det nødvendig med en grundig redegjørelse. De sentrale begrepene blir også koblet til helse, som viser deres relevans for det helsefremmende arbeidet. Avslutningsvis blir det teoretiske rammeverket som studien anvender grundig presentert.

2.1 Sentrale begreper

2.1.1 Studenttilværelsen

Dagens yngre generasjon er den største gruppen av studenter hittil (Grøtan, Sund & Bjerkeset, 2019), og utgjør dermed en stor og viktig gruppe av befolkningen i Norge. For mange innebærer overgangen til studenttilværelsen store forandringer og utfordringer på flere områder: bosted, økonomi og omgangskrets (Grøtan et al., 2019). Studenttilværelsen kan derfor oppleves som en sårbar periode (Samskipnadsrådet, 2016, s. 7), da det er en livsfase preget av større selvstendighet (Erevik, Pallesen, Vedaa, Andreassen & Torsheim, 2017) og identitetsendringer (Borsari, Murphy & Barnett, 2007). Sammenlignet med voksenlivet er det også en livsperiode med økt eksperimentering og risikabel atferd (Walters, Bulmer, Troiano, Obiaka & Bonhomme, 2018), som for eksempel med alkohol og andre rusmidler. På denne måten har studenttilværelsen visse likhetstrekk med ungdomstiden.

2.1.2 Livskvalitet

I de siste tiårene har det blitt et økt fokus på positiv psykologi, som fokuserer på betingelser som fremmer optimal utvikling og fører til positive utfall i livet (Huebner, 2004, s. 3). Gjennom dette perspektivet har man derfor fått en større interesse for hvilke faktorer som påvirker et «godt liv», og hva som fører til forbedret livskvalitet. Livskvalitet er et omfattende begrep som har blitt tolket og definert på mange ulike måter (Espnes & Smedslund, 2017, s. 274). Blant annet blir konstruert subjektivt velvære («subjective well-being» SWB) ofte brukt sammen med, og i en del tilfeller synonymt med, livskvalitet (Espnes & Smedslund, 2017, s. 275). En grunn til dette er at velvære-begrepene og livskvalitet overlapper en god del (Helsedirektoratet, 2015, s. 8), som har ført til at man har brukt begrepene psykisk helse, trivsel og livskvalitet om hverandre (Helsedirektoratet, 2014, s.3).

Subjektivt velvære omfatter positive indikatorer på psykisk helse som går utover kun fraværet av negative faktorer (Antaramian, 2015), og henger dermed spesielt sammen med psykisk helse (Nes, Hansen & Barstad, 2018, s. 8). Subjektivt velvære kan defineres som et individs opplevde livskvalitet, og inkluderer både affektive og kognitive komponenter (Antaramian, 2015; Molnar et al., 2009). Positiv og negativ affekt utgjør den affektive komponenten, mens livstilfredshet («life satisfaction») defineres som en overordnet vurdering av egen livskvalitet, der kriteriene for den kognitive vurderingen bestemmes av personen selv (Pavot & Diener, 2009, s. 102; Diener, Emmons, Larson & Griffin, 1985).

En annen norsk oversettelse av SWB er subjektiv livskvalitet, og defineres som å bestå av tre dimensjoner; affektiv livskvalitet, eudaimonisk livskvalitet og kognitiv livskvalitet (Barstad, 2016, s. 27; Nes et al., 2018, s. 54). Den affektive livskvaliteten handler om en tilstedeværelse av positive og negative følelser, den eudaimoniske livskvaliteten omhandler forskjellige aspekter av psykologisk fungering og den kognitive livskvaliteten refererer til tilfredshet med livet (Barstad, 2016, s. 11; Nes et al., 2018, s. 56). Det engelske begrepet «quality of life» reflekterer også den subjektive livskvaliteten, og er en vurdering av daglig funksjon på ulike områder i livet (Levola, Pitkänen, Kampman & Aalto, 2017). I inneværende studie blir begrepet livskvalitet derfor brukt som en samlebetegnelse på de engelske begrepene «life satisfaction» og «quality of life», og omhandler en overordnet vurdering av egen livskvalitet. Bakgrunnen for denne beslutningen er at livstilfredshet blir ansett som en vurdering av subjektiv livskvalitet, og fordi inneværende studie anvender «Satisfaction with life scale», som er et mål på den kognitive livskvaliteten (Nes et al., 2018, s. 12).

Generelt sett handler livskvalitet blant annet om å oppleve tilfredshet og glede, samt å føle mestring og engasjement (Nes, 2017). Høy livskvalitet er assosiert med en rekke positive utfall, som større deltakelse i fritidsaktiviteter (trening og sosiale treff), redusert alkoholbruk, redusert risiko for psykiske lidelser og plager, mindre røyking og sunnere kosthold (Nes, 2019a). I tillegg kan livskvalitet ha en innvirkning på den fysiske helsen, da det er funnet en sammenheng mellom høy livskvalitet og redusert stress og ulykker (Nes, 2019a). Livskvalitet og trivsel har vist seg å være viktige faktorer for god helseutvikling, ettersom trivsel i ungdomsårene henger sammen med lavere risikoatferd og bedre helse i voksenårene (Nes, 2019a). Høy livskvalitet kan også styrke et individs motstandskraft i møte med utfordringer og belastninger (Nes, 2017), og virker således å ha en beskyttende funksjon. Ved å se på de positive helsegevinstene av å ha god livskvalitet, vil en dårlig opplevd livskvalitet derfor ha konsekvenser for relasjoner, oppvekstkår, generell helse og fungering i arbeidslivet (Nes, 2017). Fokus på livskvalitet i folkehelsearbeid anses derfor som viktig.

2.1.3 Psykiske plager

Psykiske plager er et begrep som anvendes om symptomer på psykiske lidelser, særlig angst og depresjon, som for eksempel nedstemthet og engstelse (Reneflot et al., 2018, s. 10; Mykletun & Knudsen, 2009, s. 17). Plagene er derimot ikke belastende nok til at de kan karakteriseres som diagnoser (FHI, 2015a), og skiller seg dermed fra begrepet psykiske lidelser, som benyttes om ulike diagnostiserbare tilstander. De psykiske plagene kan oppleves av personen som mer eller mindre belastende, men et høyt nivå av psykiske plager indikerer ikke nødvendigvis tilstedeværelsen av en psykisk lidelse (Reneflot et al., 2018, s. 10).

Psykiske plager har en innvirkning på individets daglige funksjon, ved å påvirke følelser, tanker og atferd (Mykletun & Knudsen, 2009, s. 22). På denne måten kan plagene resultere i redusert livskvalitet og stor følelsesmessig lidelse (Nes & Clench-Aas, 2011, s. 13). Plagene er assosiert med en rekke negative konsekvenser, som ekskludering, stigmatisering, fremmedgjøring, redusert somatisk helse og økt dødelighet. I tillegg kan de psykiske plagene virke negativt inn på en rekke områder som utdanningsforløp, sosial deltakelse og personlige forhold (Nes & Clench-Aas, 2011, s. 9). Siden psykiske plager ofte oppstår i en tidlig alder og har en tendens til å vare over lengre tid, kan de ha alvorlige konsekvenser for den enkelte på mange viktige livsområder og medføre både sosiale og økonomiske belastninger også for pårørende (Nes & Clench-Aas, 2011, s. 13). Andre negative innvirkninger som følge av dårlig psykiske helse er økt bruk av tobakk og alkohol, usunt kosthold, overvekt og lite fysisk aktivitet (Reneflot et al., 2018, s. 50). Ved å se på studentpopulasjonen har man sett at psykiske plager ofte er assosiert med dårligere studieprogresjon, lav akademisk selvtillit, dårligere relasjoner, isolering og begrensede muligheter til å få seg jobb, utdanning og bolig (Storrie, Ahern & Tuckett, 2010; Grøtan et al., 2019).

2.1.4 Potensielle alkoholproblemer

I denne studien anvendes potensielle alkoholproblemer som en samlebetegnelse, og inkluderer både risikabelt og skadelig alkoholbruk (Heradstveit, Skogen, Brunborg, Lønning & Sivertsen, 2019). Alkoholbruk er en av de viktigste risikofaktorene for helsetap og tidlig død i befolkningen (Kaljord, 2018). Grunnen til dette er at et høyt forbruk over en lengre periode øker sannsynligheten for visse kreftformer, psykiske lidelser, leverskader, hjerte- og karsykdommer, selvmordsforsøk og selvmord. Det eksisterer ingen skarpe skiller mellom bruk og skadelig bruk, men de som har et stort inntak over lengre tid og/eller et stort inntak

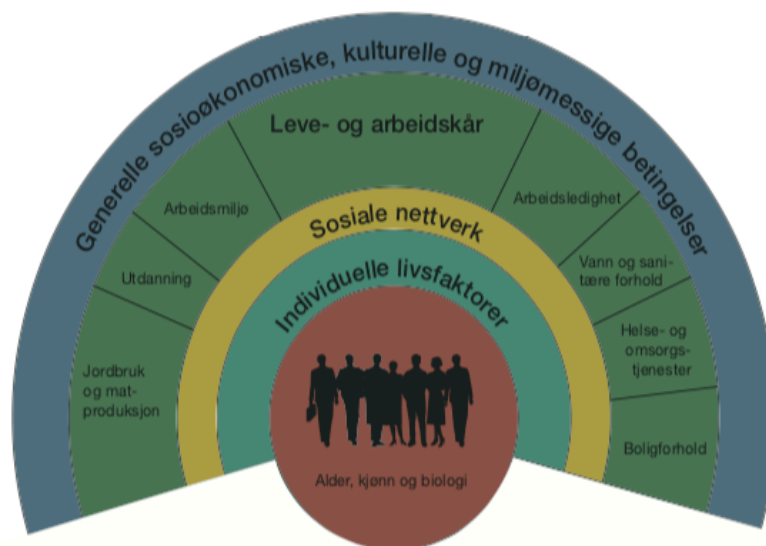
per gang, kalt sporadisk stordriking («binge drinking»), er de som er mest utsatt for skader og ulykker (Kaljord, 2018). Et risikabelt alkoholforbruk blir definert som et etablert drikkemønster som medfører en økt risiko for fremtidig fysisk eller psykisk skade, men som foreløpig ikke har gitt noen alvorlige negative effekter (Babor & Grant, 1989). Drikkemønsteret er derimot assosiert med en rekke problemer, som tap av arbeid, ekskludering fra viktige sosiale arenaer og ødelagte relasjoner til venner og familie. I kontrast defineres et skadelig alkoholforbruk som et drikkemønster som allerede skader helsen, enten fysisk eller psykisk (Babor & Grant, 1989). Generelt sett reduserer et høyt alkoholforbruk livskvalitet og helse, både for brukeren selv og dens familie, kollegaer og venner (Kaljord, 2018). I studentpopulasjonen antyder studier at det i økende grad har blitt normalisert å ha et risikabelt alkoholbruk (Myrtveit et al., 2016; Sæther, Knapstad, Askeland & Skogen, 2019), og det kan virke som at dette drikkemønsteret er assosiert med litt færre negative konsekvenser sammenlignet med et skadelig alkoholforbruk (Sæther et al., 2019; Babor & Grant, 1989). Likevel er et høyt alkoholforbruk blant studenter over lengre tid assosiert med flere negative konsekvenser, både fysisk, psykisk og akademisk. For eksempel kan det føre til svekkede kognitive evner, svekkede motoriske evner og dårligere akademisk prestasjon (White & Hingson, 2013).

2.2 Teori

Sammenhengene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer anses å være komplekse, derfor vil studien anvende ulike teorier og hypoteser for å skape en større forståelse av assosiasjonene mellom de tre variablene. Kapitlet starter med å presentere den sosiale helsemodellen til Dahlgren og Whitehead (1991), som utgjør den overordnede forståelsesrammen i studien. Her blir også spesifikke påvirkningsfaktorer som anses å være relevant for studenttilværelsen identifisert. Avslutningsvis blir spesifikke hypoteser som forsøker å belyse assosiasjonen mellom 1) psykiske plager og alkoholbruk, og 2) livskvalitet og alkoholbruk presentert.

2.2.1 Den sosiale helsemodellen

Individer sin helse og velvære (inkludert livskvalitet) blir påvirket i alle aldre av en rekke faktorer som både er innenfor og utenfor individets kontroll. Disse faktorene kalles helsedeterminanter (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 6-7). Da alle helsedeterminantene har et sosialt opphav, ved at de skapes i samfunnet man lever i, kalles de ofte sosiale helsedeterminanter (Graham & White, 2016). I følge WHO er sosiale helsedeterminanter betingelser der mennesker blir født, vokser, eldes, lever og jobber (WHO, u.å.). Den sosiale helsemodellen til Dahlgren og Whitehead (1991) konseptualiserer helsedeterminantene som en regnbue, hvor de forskjellige lagene utgjør ulike helsedeterminanter, som påvirker helsen til individet (se figur 1) (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 20). Modellen vektlegger betydningen av samspill på tvers av lagene i modellen; både livsstil, arbeidsforhold, samfunnsforhold og kulturelle faktorer bidrar sammen til å avgjøre et individs helsetilstand (Fosse, 2006, s. 15).



Figur 1. Den sosiale helsemodellen (Dahlgren & Whitehead, 1991, oversatt av Fosse, 2006)

I kjernen av figuren finner man karakteristikkene som alder, kjønn og biologiske egenskaper. Disse karakteristikkene kan påvirke individets helse, men er ofte upåvirkelige faktorer man har lite kontroll over (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 21). Et individ i kjernen av modellen blir født med det biologiske kvinnelige eller mannlige kjønn, med en tilhørighet til en etnisk gruppe og kan ha arvet genetiske faktorer som påvirker utviklingen og helsen til individet (Day, 2008, s. 27-28). For eksempel kan individet ha blitt utsatt for negativ miljøpåvirkning i livmoren (mor røyker eller bruker andre rusmidler). Sammen avgjør de genetiske faktorene individets sårbarhet eller robusthet mot ytre påvirkninger, og er individets

individuelle disposisjon for helse (Mæland, 2016, s. 32). De fire lagene som omringer de genetiske faktorene viser til de ytre helsedeterminantene, som kan påvirkes av blant annet politiske tiltak (Mæland, 2016, s. 32; Naidoo & Wills, 2016, s. 22).

I det første laget som omringer de genetiske faktorene finner man de individuelle livsfaktorene, som utgjøres av helseatferder som kosthold, alkoholbruk, røyking og fysisk aktivitet. Valgene individet tar om egen livsstil frem til de er voksne vil samlet sett ha en negativ eller positiv innvirkning på deres helse (Day, 2008, s. 28). For eksempel kan røyking, høyt alkoholforbruk, dårlig kosthold og lite fysisk aktivitet predisponere et individ for hjerte- og karsykdommer. Likevel skyldes ikke et individs livsstil kun individuelle valg, men gjenspeiler også påvirkninger fra miljøet (Mæland, 2016, s. 32). I det andre laget finner man sosiale- og samfunnsnettverk, som tydeliggjør at livsstil og helsetilstand i tillegg blir påvirket av andre individer og nærmiljøet, gjennom et samspill. For å opprettholde egen helse er støtte fra familie, venner og nærmiljø alle viktige for god helseutvikling (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 21; Dahlgren & Whitehead, 1991, s. 11).

I det tredje laget finner man leve- og arbeidskår, og illustrerer påvirkningen materielle forhold har på et individs helse. Viktige faktorer er tilgjengelighet av mat og tilgang på utdanning, arbeid, bolig og viktige varer og tjenester (Mæland, 2016, s. 32). Leve- og arbeidskår fokuserer således på lokal økonomi og betingelsene der individer lever og arbeider (Day, 2008, s. 29). Mange problemer mennesker opplever i hverdagen kan være utenfor samfunnets og individets kontroll, og noen av disse problemene kan være avgjørende for individets helse. Alle faktorene i dette nivået kan separat eller kombinert påvirke individets emosjonelle, mentale og fysiske helse (Day, 2008, s. 29). Levekårene fra det tredje laget påvirkes av generelle kulturelle, miljømessige og sosioøkonomiske betingelser, som utgjør det ytterste laget i modellen. Dette laget fokuserer på de overordnede politiske strategiene og tiltakene som styrer politikken, økonomien og samfunnsutviklingen (Day, 2008, s. 30). Slike påvirkninger er dominerende i samfunnet, og er en avgjørende helsedeterminant for folkehelsen (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 21; Dahlgren & Whitehead, 1991, s. 11; Mæland, 2016, s. 32; Naidoo & Wills, 2016, s. 22).

De ytre helsedeterminantene kan være positive helsefaktorer, beskyttende faktorer eller risikofaktorer avhengig av hvordan de påvirker individets helseutvikling (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 21). De positive helsefaktorene bidrar med å opprettholde helsen, de beskyttende faktorene reduserer eller eliminerer risikoen for sykdom, mens risikofaktorer skaper helseproblemer som potensielt sett kunne vært unngått (Dahlgren & Whitehead, 2006,

s. 21). Grovt sett kan man derfor si at et individs helse er resultatet av samspillet mellom biologiske egenskaper, positive helsefaktorer, beskyttende faktorer og risikofaktorer i miljøet.

2.2.1.1 Den sosiale helsemodellen med studenttilværelsen som kontekst

Den sosiale helsemodellen kan anvendes for ulike perioder i livet, ved at livsfasen utgjør selve konteksten eller utgangspunktet for modellen. Studenter er unge voksne, som betegner perioden da man er mellom 18-25 år. De representerer en spesiell gruppe i samfunnet, fordi de kjennetegnes av karakteristikk og utfordringer som normalt sett ikke finnes hos andre grupper av befolkningen (Erevik, Pallesen, Vedaa, Andreassen & Torsheim, 2018; Lo, Monge, Howell & Cheng, 2013). Studentenes livssituasjon kjennetegnes av en overgangsproblematikk som er relatert til det å flytte hjemmefra og klare seg på egenhånd for første gang (Samskipnadsrådet, 2016, s. 7). I tillegg kjennetegnes studenttilværelsen av en økning i usunne vaner, som redusert fysisk aktivitet og økt alkoholbruk (Kwan, Cairney, Faulkner & Pullenayegum, 2012; O'Malley & Johnston, 2002). Slike vaner har vist seg å ikke bare skyldes individets valg, men også betingelser i omgivelsene (Deliens, Deforche, De Bourdeaudhuij & Clarys, 2015; Garcia, Sykes, Matthews, Martin & Leipert, 2010).

I henhold til ungdommer og unge voksne (10-24 år) tyder forskning på at viktige globale helsedeterminanter er strukturelle faktorer, som ulikhet i inntekt, tilgang på utdanning og landets generelle velstand (Viner et al., 2012). I tillegg er sosial kontekst, som trygg og støttende familie, skole og venner avgjørende for at unge mennesker skal oppnå god helse og utvikle deres fulle potensiale i overgangen til voksenlivet (Currie et al., 2012, s. xvi; Viner et al., 2012). Lignende sosiale helsedeterminanter har også blitt funnet i studentpopulasjonen, da forskning antyder at deres helse blir påvirket av universitetets fasiliteter og karakteristikk (boforhold, «studentlivsstil» og akademisk press), sosiale nettverk (spesielt samspill med jevnaldrende) og økonomiske forhold (Deliens et al., 2015; Taylor, 2006; Garcia et al., 2010; Roberts, Golding, Towell & Weinreb, 1999).

De sentrale begrepene i inneværende studie, livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer, kan alle bli påvirket av miljøfaktorer knyttet til studenttilværelsen. Livskvalitet handler om en opplevelse av god fungering, som mestring, vitalitet, interesse og mening (Nes, 2019b). Muligheten og evnen til å oppleve mestring avhenger av individuelle og miljømessige faktorer, og livskvalitet er på denne måten et resultat av samspillet mellom de ulike lagene i modellen (Helsedirektoratet, 2014, s. 10).

Livskvalitet kan videre betraktes som en beskyttende faktor, da en høy livskvalitet har vist seg å være assosiert med både bedre fysisk og psykisk helse (Nes, 2019b).

Å ha en god psykisk helse kan i følge den sosiale helsemodellen anses som en positiv helsefaktor, siden det kan bidra til å opprettholde en god generell helse. Psykiske plager kan derimot anses som en risikofaktor, ettersom forskning viser at slike plager har en rekke negative konsekvenser for et individ (Nes & Clench-Aas, 2011, s. 13). Psykiske plager skiller seg fra de andre sentrale begrepene i studien, ved at de i tillegg kan skyldes en genetisk sårbarhet (FHI, 2018d). På denne måten utvikles plagene i et komplekst samspill mellom genetiske, individuelle og miljømessige faktorer (Major, 2015). Ettersom mange studenter rapporterer psykiske plager, kan dette indikere at forhold ved studenttilværelsen kan påvirke studentenes psykiske helse (Knapstad et al., 2019; Grøtan et al., 2019).

Potensielle alkoholproblemer kan også anses som en risikofaktor, ettersom det er en helseatferd assosiert med flere negative konsekvenser (Kaljord, 2018). Studentenes høye alkoholforbruk kan betraktes som et resultat av samspillet mellom de ulike lagene i modellen, som sosiale nettverk, levekår og generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser. Studentenes alkoholforbruk påvirker både psykisk og fysisk helse, men årsakssammenhengene er derimot både sammensatte og komplekse (Helsedirektoratet, 2014, s.13). Den sosiale helsemodellen demonstrerer dermed hvordan samspillet av helsedeterminanter kan forme studentenes helse, og i denne sammenheng hvordan livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer er relatert til hverandre.

2.2.2 Hypoteser om sammenhengen mellom psykiske plager og alkoholbruk

Relasjonen mellom psykiske plager og alkoholbruk antas å være svært kompleks og sammensatt (Skogen, 2013), og det ser derfor ikke ut til at det finnes en helhetlig teori som kan forklare denne assosiasjonen. Det finnes derimot flere hypoteser som forsøker å belyse sammenhengen. Den første hypotesen forklarer relasjonen ved at alkoholbruk er en risikofaktor for utvikling av psykiske plager (Skogen, 2013). På denne måten ses utvikling av psykiske lidelser som en konsekvens av alkoholbrukslidelser. Boden og Fergusson (2011) støtter denne hypotesen i sin litteraturgjennomgang, der de hevder at den mest plausible kausale relasjonen mellom depresjon og alkoholbrukslidelser er en der alkoholbrukslidelser øker risikoen for depresjon. Forskning har også vist at sporadisk stordriking kan føre til utvikling av symptomer på depresjon (Paljärvi et al., 2009), og hypotesen gjelder derfor ikke bare for alkoholbrukslidelser. Det er sannsynlig at alkoholmisbruk og dens negative effekter

på individets liv, som tap av arbeid og inntekt, svekkede personlige relasjoner og dårlig helsetilstand (Kaljord, 2018), kan skape psykiske plager og trigge utvikling av depresjon (Boden & Fergusson, 2011).

En annen hypotese er at psykiske lidelser skaper alkoholmisbruk gjennom en selvmedisineringsprosess (Rosenthal et al., 2018). I følge selvmedisineringshypotesen bruker individet alkohol eller andre rusmidler for å redusere eller lindre psykiske plager (Newcomb, Vargas-Carmona & Galaif, 1999) og negativ affekt (Sher, Grekin & Williams, 2005). Behovet for å lindre ubehag vil dermed være hovedmotivasjonen for bruken av rusmidler (Newcomb et al., 1999). Denne motivasjonen kan medføre at konsekvenser knyttet til alkoholbruken blir mindre viktige sammenlignet med de oppfattede fordelene (Martinez, Klanecky & McChargue, 2018). På denne måten vil psykiske plager opptre som en risikofaktor for alkoholbruk (Skogen, 2013).

En tredje hypotese er at det muligens eksisterer en tredjevariabel som forklarer relasjonen mellom alkoholbruk og psykiske plager (Newcomb et al., 1999). Det kan dermed tenkes at andre bakenforliggende fenomener fører til risiko for utvikling av både psykiske plager og alkoholbruk (Skogen, 2013). Denne hypotesen støttes ved at flere av risikofaktorene som øker sannsynligheten for rusproblemer også henger sammen økt sannsynlighet for utvikling av psykiske plager (Skogen, 2013).

Den siste hypotesen er at rusbruk og psykiske plager har en negativ vekselvirkning på hverandre, ved at de danner et kretsløp og forsterker hverandre (Skogen, 2013). Dette kan dermed skape et mønster der man får en gradvis økning av psykiske plager og rusbruk. Siden sammenhengen er så kompleks er det vanskelig å si hvilken hypotese som gjenspeiler virkeligheten best. Det er derfor viktig å tenke at hypotesene ikke nødvendigvis er gjensidig utelukkende (Skogen, 2013).

2.2.3 Hypoteser om sammenhengen mellom livskvalitet og alkoholbruk

Det ser ut til at det finnes få hypoteser som er spesifikt tilknyttet sammenhengen mellom livskvalitet og alkoholbruk. Likevel er det en mulighet for at de samme hypotesene som forklarer assosiasjonen mellom psykiske plager og alkoholbruk også gjelder for livskvalitet, ettersom livskvalitet og psykiske plager er nært relatert (Reneflot et al., 2018, s. 152; Vaez & Laflamme, 2003).

I følge Clifford, Edmundson, Koch og Dodd (1991) kan en mulig forklaring på sammenhengen mellom livskvalitet og alkoholbruk være at opplevd grad av livskvalitet

potensielt kan påvirke studentenes bruk av rusmidler og motsatt. Med andre ord kan det tenkes at opplevd livskvalitet bidrar med å regulere bruken av rusmidler. Argumentet bak denne hypotesen er at vanemessig bruk av rusmidler ofte er assosiert med en lavere rapportert livskvalitet (Clifford et al., 1991). Andre funn som støtter hypotesen til Clifford et al. (1991) er at individer som opplever en nedgang i opplevd livskvalitet responderer med å anvende alkohol for å bedre livskvaliteten igjen (Tartaglia, Gattino & Fedi, 2018; Zullig, Valois, Huebner, Oeltmann & Drane, 2001). Clifford et al. (1991) hevder også at bruken av rusmidler i sosiale settinger kan skape en følelse av forbedret livskvalitet, hvilket kan forklare en økt bruk.

3 Litteraturgjennomgang

I denne delen blir litteraturgjennomgangen presentert. Kapitlet starter med å introdusere søkestrategien som studien har anvendt i litteratursøkene, etterfulgt av tidligere forskning på livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer.

3.1 Litteratursøk

Før man kan gjennomføre et forskningsprosjekt er det viktig at forskeren har kunnskap om tidligere forskningsfunn på området man ønsker å studere (Cozby & Bates, 2015, s. 27). Det ble derfor gjennomført flere litteratursøk for å innhente informasjon om temaene livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer i perioden mai-juni og august-oktober 2019. Utover dette ble det også utført sporadiske litteratursøk frem til mai 2020, for å sikre at nye og relevante artikler også ble inkludert. Litteratursøkene ble hovedsakelig utført i databasene «Web of science», «Medline», «PsychInfo», «Oria» og søkemotoren «Google Scholar», men snøballmetoden ble også anvendt. Med dette menes at det ble funnet artikler gjennom å bruke referanselisten til relevante artikler anvendt i oppgaven. I tabell 1 blir de spesifikke søkeordene presentert.

Tabell 1

Oversikt over søkeord

Studenter	Psykiske plager	Potensielle alkoholproblemer	Livskvalitet
<i>Universitetsstudent*</i>	<i>Mental helse</i>	<i>Alkohol</i>	<i>Livskvalitet</i>
<i>SHoT-undersøkelsen</i>	<i>Psykisk helse</i>	<i>Alkoholkonsum</i>	<i>Subjektivt velvære</i>
<i>Student*</i>	<i>Psykiske problemer</i>	<i>Alkoholproblemer</i>	<i>Subjektiv livskvalitet</i>
<i>College student*</i>	<i>Psykiske plager</i>	<i>Potensielle</i>	<i>Life quality</i>
<i>University student*</i>	<i>Psykiske lidelser</i>	<i>alkoholproblemer</i>	<i>Quality of life</i>
<i>Young adult*</i>	<i>Mental health</i>	<i>Alcohol</i>	<i>SWLS</i>
<i>The SHoT study</i>	<i>Psychological disorder*</i>	<i>Alcohol consumption</i>	<i>Life satisfaction</i>
	<i>Mental disorder*</i>	<i>Alcohol use</i>	<i>Satisfaction with life</i>
	<i>Mental health disorder*</i>	<i>Alcohol related problems</i>	
	<i>Mental illness</i>	<i>Hazardous drinking</i>	
	<i>Mental health problem*</i>	<i>Risky drinking</i>	
	<i>HSCL-25</i>	<i>Alcohol dependence</i>	
	<i>Symptoms of depression</i>	<i>AUDIT</i>	
	<i>Symptoms of anxiety</i>	<i>Harmful drinking</i>	

Litteratursøket var hovedsakelig rettet mot studentpopulasjonen (både høyskole og universitet), men da det var begrenset med litteratur ble søket utvidet til å inkludere ungdommer, unge voksne og voksne. Bakgrunnen for dette var at studenter er unge voksne som er i en overgangsperiode fra å være tenåring til å bli voksen, og dermed kan ha likhetstrekk med både tenåringer og voksne. Det ble i tillegg utført både norske og engelske søk. Siden det fantes svært få artikler som anvendte begrepet potensielle alkoholproblemer, ble bredere søkeord relatert til alkohol inkludert. Det samme problemet oppstod med psykiske plager, noe som førte til at relaterte begreper knyttet til psykiske plager også ble inkludert. Denne beslutningen ble tatt på bakgrunn av sannsynligheten for at mekanismene som opererer i assosiasjonen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer også opererer i assosiasjonen med relaterte begreper, som alkoholmisbruk og psykiske lidelser.

Søkeordene i hver kolonne ble først kombinert med «OR», før de ble satt sammen med «AND». Ettersom få studier har undersøkt sammenhengen mellom alle de tre variablene samtidig, ble det også utført separate litteratursøk for hver assosiasjon; «livskvalitet» AND «alkoholbruk» AND «studenter», og «psykiske plager» AND «alkoholbruk» AND «studenter». For å sikre oppdatert forskning ble artikler publisert etter år 2000 valgt, men artiklene fra det siste tiåret ble hovedsakelig vektlagt. Grunnet begrenset forskning på temaene ble også noen spesielt relevante artikler publisert før år 2000 inkludert. Dette gjaldt primært litteratur angående teoriene, da dette gjerne er originalartikler.

3.2 Tidligere forskning

3.2.1 Alkoholbruk blant studenter

Studenttilværelsen kjennetegnes normalt av et økt og potensielt skadelig alkoholkonsum (O'Malley & Johnston, 2002; Weitzman, 2004). Sporadisk stordriking blir ofte anvendt som en indikator på problematisk drikking, og defineres som å drikke fem eller flere enheter for menn og fire eller flere enheter for kvinner i løpet av to timer (Borsari et al., 2007; NIAAA, 2004, s. 3). Sammenlignet med andre grupper i befolkningen har det vist seg at sporadisk stordriking er mer vanlig blant universitetsstudenter (Slutske et al., 2004). En annen måte å identifisere problematisk drikking på er ved bruk av «Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)» (Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente & Grant, 1993), som skiller mellom risikabelt alkoholbruk, skadelig alkoholbruk og alkoholavhengighet. I følge Heradstveit et al. (2019) har nivået av potensielle alkoholproblemer blant norske studenter

holdt seg relativt stabilt fra 2010-2018, målt gjennom SHoT-undersøkelsene. Resultatene indikerte likevel et faretruende høyt nivå av alkoholbruk, da mange av studentene skårte over grenseverdien på potensielle alkoholproblemer (Heradstveit et al., 2019).

3.2.1.1 Prevalens

I SHoT-undersøkelsen fra 2018 var det en stor overvekt av studenter som rapporterte at de drikker alkohol (92%), sammenlignet med de som rapporterte at de aldri drikker (8%) (Knapstad et al., 2018, s. 106). Det var også flere studenter i 2018 som rapporterte at de drikker 2-3 ganger i uken (14%) sammenlignet med i 2014 (12%), noe som tilsvarte tallene fra 2010 (14%). Undersøkelsen viste videre at det var en høy andel studenter som rapporterte et risikabelt eller skadelig alkoholforbruk (44%) (Knapstad et al., 2018, s. 108). Samlet sett viste SHoT-2018 at det var færre studenter som hadde et alkoholforbruk som kan betraktes som normalt (56%) (ut ifra grenseverdiene til AUDIT), sammenlignet med tallene fra 2014 (59%). Økningen kan skyldes ved at det var flere studenter som rapporterte et skadelig alkoholforbruk i 2018 (5%) sammenlignet med 2014 (3%) (Knapstad et al., 2018, s. 109).

Ved bruk av SHoT-2014 fant Myrvtveit et al. (2016) at mer enn 40% kvinnelige og mer enn 50% mannlige studenter rapporterte et risikabelt (8-18) eller skadelig alkoholbruk (≥ 19), målt gjennom AUDIT. Andersson, Johnsson, Berglund og Öjehagen (2007) fant lignende resultater i sin tversnittstudie, som ble utført på førsteårsstudenter fra to svenske universiteter. I denne studien skårte 49% av de kvinnelige studentene og 56 % av de mannlige studentene over grenseverdien på potensielle alkoholproblemer (en skåre over 6 for kvinner og en skåre over 8 for menn på AUDIT). Å rapportere potensielle alkoholproblemer ser dermed ut til å være utbredt i studentpopulasjonen.

3.2.1.2 Påvirkningsfaktorer

Det kan være flere faktorer på ulike nivåer som bidrar til et økt alkoholbruk blant studenter. Flere studier har indikert at studenter for eksempel anvender alkohol som en håndteringsstrategi i møte med stress og utfordringer i hverdagen (Pritchard, Wilson & Yamnitz, 2007; Dauenhauer, 2014, s. 10). Forskning har blant annet vist at studenter som rapporterer at de ofte drikker seg fulle er mer sannsynlige til å rapportere at de anvender alkohol som en håndteringsstrategi sammenlignet med studenter som rapporterer at de sjeldent drikker (Pritchard et al., 2007). I tillegg kan medstudenter påvirke hverandres

alkoholbruk, og være en årsak til et høyt alkoholforbruk (Taylor, 2006). For eksempel har man sett at alkoholbruk kan bli påvirket av sosial støtte, men forskningen er tvetydig. En studie fant at alkoholbruket var høyere hos studenter som opplevde høy grad av sosial støtte (Allgöver, Wardle og Steptoe, 2001), mens annen forskning har funnet at manglende sosial støtte kan bidra til et økt alkoholforbruk (FHI, 2015b).

Andre faktorer som har vist seg å ha en sammenheng med studentenes alkoholforbruk er blant annet alder, kjønn og sivilstatus. Flere studier har indikert at det er en sammenheng mellom individets alder og alkoholforbruket. I en nasjonal spørreundersøkelse i USA fant Chan, Neighbors, Gilson, Larimer og Marlatt (2007) at drikkefrekvensen var høyest i aldersgruppen 18-29 år. Det var en spesielt stor økning i drikkefrekvensen assosiert med aldersgrensen for lovlig alkoholbruk, etterfulgt av en gradvis nedgang etter fylte 30 år. Blant studenter fant Tembo, Burns og Kalembo (2016) i deres australske tversnittstudie at det var flere yngre (18-20 år) enn eldre (21-25) studenter som både rapporterte et risikabelt og skadelig alkoholbruk. Lignende resultater har blitt funnet blant skandinaviske studenter. I to norske tversnittstudier fremkom det at det var en negativ assosiasjon mellom alder og potensielle alkoholproblemer, der skadelig og risikabelt alkoholbruk var høyest i den yngste aldersgruppen (Erevik et al., 2017; Heradstveit et al., 2019). Det samme resultatet ble funnet i Andersson et al. (2007) sin svenske tversnittstudie med førsteårsstudenter. Videre fant Arria et al. (2016) i sin longitudinelle studie med amerikanske studenter, at alkoholbruken ble mer frekvent gjennom årene på høyskolen, men at den avtok etter uteksaminering. I tillegg ble alkoholkvantiteten (antall enheter) gradvis ble lavere gjennom årene på høyskolen, og fortsatte å avta etter uteksaminering (Arria et al., 2016).

Forskning har også vist en kjønnsforskjell i alkoholbruk. I en internasjonal populasjonsstudie (basert på 35 land) med deltakere fra 18-65 år, fant Wilsnack, Wilsnack, Kristjanson, Vogeltanz-Holm og Gmel (2009) at alkoholbruk og stordriking oftere forekom blant menn enn blant kvinner. Dette har også blitt funnet blant studenter. I Wicki, Kuntche & Gmel (2010) sin litteraturgjennomgang om alkoholbruk blant studenter, fremkom det at mannlige studenter hadde en tendens til å drikke oftere og i høyere kvantitet sammenlignet med kvinnelige studenter. Lignende resultater har også blitt funnet i Norge, hvor man har sett at mannlige studenter har en høyere sannsynlighet til å både rapportere risikabelt alkoholbruk, skadelig alkoholbruk og alkoholavhengighet (Erevik et al., 2017; Sæther et al., 2019; Myrtveit et al., 2016; Heradstveit et al., 2019). Tall fra SHoT-undersøkelsen 2018 viste at det var flere mannlige enn kvinnelige studenter som rapporterte at de både drikker 2-3 ganger i uken (19% vs. 12%) og 4 ganger i uken eller mer (2,1% vs. 0,8%). I tillegg rapporterte flere kvinnelige

(35%) enn mannlige (26%) studenter at de kun drikker månedlig eller sjeldnere (Knapstad et al., 2018, s. 106). Carroll, Rhew og Larimer (2019) fant derimot ingen vesentlige kjønnsforskjeller i frekvensen eller kvantiteten av alkoholbruk blant unge voksne i en nylig prospektiv studie, som anvendte data fra to internasjonale spørreundersøkelser i USA og Sverige. Dette resultatet ble støttet i en stor nasjonal kohortstudie på amerikanske ungdommer, hvor Johnston et al. (2019, s. 49) konkluderte med at kjønnsgapet i alkoholbruken har begynt å minske.

Videre kan sivilstatus også ha en innvirkning på alkoholforbruket. For eksempel fant Braithwaite, Delevi og Fincham (2010) at studenter som var i et parforhold drakk sjeldnere og var mindre sannsynlige til å rapportere sporadisk stordriking sammenlignet med single studenter. I henhold til AUDIT fant Whitton, Weitbrecht, Kuryluk & Bruner (2013) i deres tversnittstudie, at amerikanske bachelorstudenter som var i et parforhold var mindre sannsynlige til å ha en sumskåre på AUDIT som indikerte potensielle alkoholproblemer sammenlignet med single studenter. Dette har også blitt funnet i skandinaviske studier. Andersson et al. (2007) fant i deres studie på svenske førsteårsstudenter at studenter i et seriøst parforhold (stødig parforhold eller gift) skårte lavere på AUDIT sammenlignet med single studenter. I Norge fant både Erevik et al. (2017) og Heradstveit et al. (2019) at single studenter var mer sannsynlige til å rapportere potensielle alkoholproblemer (risikabelt-, skadelig- og avhengig alkoholbruk) sammenlignet med studenter i et parforhold. Salvatore, Kendler og Dick (2014) fant derimot ingen statistisk forskjell mellom single studenter og studenter i et parforhold når det kom til alkoholfrekvens, alkoholmengde og alkoholproblemer i deres studie utført på førsteårsstudenter fra et amerikansk universitet.

3.2.2 Livskvalitet blant studenter

En rekke norske undersøkelser har vist at de fleste i befolkningen har høy livskvalitet, målt gjennom tilfredshet med livet (Reneflot et al., 2018, s. 154). Det finnes imidlertid ikke mye forskning som har dokumentert studenter sin livskvalitet, og litteraturen virker dermed å være begrenset. Manglende kartlegging av studentene sin trivsel og velvære i Norge var dermed litt av bakgrunnen for gjennomføringen av studentenes helse- og trivselsundersøkelser (Nedregård & Olsen, 2010; Nedregård & Olsen, 2014; Knapstad et al., 2018). Av de få studiene som har blitt gjort hevder likevel Çivitci (2015) at livskvalitet er en faktor som universitetsstudenter verdsetter høyt, ettersom Diener (2000) blant annet fant i sin studie med studenter at de fleste i utvalget anså livskvalitet og glede som viktigere enn penger. Massin og

Kopp (2014) fant i tillegg i sin studie at det å være student i seg selv var korrelert med høyere livskvalitet.

Resultater fra SHoT-undersøkelsene fra 2010, 2014 og 2018 viste at nivået av livskvalitet har vært rimelig stabilt over tid (Knapstad et al., 2018, s. 69). På lik linje med de tidligere årene rapporterte omtrent 4 av 10 (38%) studenter god livskvalitet i 2018. Videre rapporterte 46% moderat livskvalitet og 15% rapporterte dårlig livskvalitet (Knapstad et al., 2018, s. 69). Resultatene kan antyde en svak økning i andelen studenter som rapporterte dårlig livskvalitet fra 2010-2018. I tillegg så man en høyere livskvalitet blant utvekslingsstudenter, hvor 5 av 10 rapporterte god eller svært god livskvalitet.

Studenter og ungdommer deler visse likhetstrekk, og norske studier har vist at de fleste ungdommer rapporterer en god livskvalitet (Skogen, Smith, Aarø, Siqveland & Øverland, 2018, s. 20). I HEVAS-undersøkelsen fra 2016 fremkom det at over 80% av 15 og 16 åringene skårte 6 eller høyere på livstilfredshet-skalaen (Samdal et al., 2016, s. 38-39). Resultatene antydde at ungdommer i Norge er tilfredse med livet. Ved å se på utviklingen blant ungdom i Norge over tid, har man dokumentert en signifikant økning i andelen som rapporterer høy livskvalitet i perioden fra 2002-2014 (Due et al., 2019). Generelt har man sett høy livskvalitet blant ungdommer i nordiske land (Danmark, Finland, Island, Sverige og Norge), ettersom Due et al. (2019) fant at mer enn hver fjerde ungdom rapporterte høy livskvalitet. Til tross for at studenter og ungdommer har noen felles kjennetegn, er sammenligningen av begrenset verdi, ettersom at ungdommer er i en annen livsfase enn studenter.

3.2.2.1 Påvirkningsfaktorer

Det er flere faktorer som kan påvirke livskvalitet, som mestringsressurser, livshendelser, følelse av tilhørighet, samfunnsforhold og økonomi (Nes, 2019b). Videre er sosial støtte en viktig faktor, da man har funnet en sammenheng mellom mangel på sosial støtte og lav livskvalitet (Helsedirektoratet, 2014, s. 11). Motsatt har man sett at individer som rapporterer høy livskvalitet også har bedre sosial støtte (Helgeson, 2003; Reneflot et al., 2018, s. 163). Omfattende forskning har også vist at psykiske plager kan påvirke livskvalitet, muligens fordi det spiller en viktig rolle i vurderingen av opplevd livskvalitet (Reneflot et al., 2018, s. 152). Coccia og Darling (2016) har påpekt at det er viktig å få kunnskap om hvilke faktorer som påvirker studentenes livskvalitet. Forskning indikerer blant annet at

studierelaterte forhold, som akademiske krav og stress, er kontekstspesifikke faktorer som kan redusere studentenes livskvalitet (Coccia & Darling, 2016).

Andre faktorer som har en sammenheng med livskvalitet er blant annet alder, kjønn og sivilstatus. Noen studier har blant annet indikert at det eksisterer en U-formet relasjon mellom livskvalitet og alder. For eksempel fant Hellevik (2017) i sin norske studie at individer rapporterte lavest livskvalitet i aldersgruppen 50-56, mens Massin og Kopp (2014) fant i deres russiske studie at deltakerne rapporterte lavest livskvalitet i 40-års alderen. Hellevik (2017) fant også at mange rapporterte lav livskvalitet i aldersgruppene 15-21 og 22-28. Dette kan muligens korrespondere med perioden mange flytter ut og er student, og er således relevant for inneværende studie. Ved å se på studentpopulasjonen fant Murphy, Hoyme, Colby & Borsari (2006) at alder ikke var relatert til livskvalitet i deres tversnittstudie med amerikanske psykologistudenter, som hovedsakelig var i alderen 25 år eller yngre (gjennomsnitt 20 år). I SHoT-undersøkelsen fra 2018 fant man derimot tendenser til en synkende livskvalitet med økende alder (Knapstad et al., 2018, s. 69). Sammenhengen med alder er dermed ikke entydig, og det er mulig at livsfase eller livssituasjon har en større innvirkning enn alder.

Det ser videre ut som at det eksisterer kjønnsforskjeller i rapportert livskvalitet. Ved å se på livskvaliteten i den generelle befolkningen i Norge, målt gjennom negative følelser, har man sett at kvinner skårer høyere enn menn. Likevel er kvinner ofte like, eller mer tilfredse og lykkelige enn menn (Reneflot et al., 2018, s. 156). I en svensk studie på førsteårsstudenter fant Vaez og Laflamme (2003) at kvinner rangerte deres livskvalitet høyere enn mannlige jevnaldrende studenter. Dette fant også Murphy, McDevitt-Murphy og Bennet (2005) i sin amerikanske tversnittstudie, hvor kvinnelige bachelorgradsstudenter fra et offentlig universitet rapporterte høyere nivåer av livskvalitet enn mannlige studenter. I motsetning fremkom det i ShoT-undersøkelsen fra 2018 at de mannlige studentene skårte høyere i snitt enn de kvinnelige studentene, men forskjellen var liten (Knapstad et al., 2018, s. 69). Murphy et al. (2006) fant derimot ingen kjønnsforskjeller i rapportert livskvalitet i sin studie på amerikanske psykologistudenter.

Andre faktorer som kan påvirke livskvaliteten er sivilstatus og kvalitet på parforhold (Reneflot et al., 2018, s. 157). For individer som er i et forhold har det vist seg at høy kvalitet på forholdet gir økt livskvalitet over tid, sammenlignet med personer som rapporterer dårlig parforholdskvalitet (Reneflot et al., 2018, s. 157). En mulig forklaring kan være at partnere påvirker livskvaliteten til hverandre. Videre fant Holt-Lunstad, Birmingham og Jones (2008) at individer som var gift rapporterte høyere livskvalitet enn single individer.

3.2.3 Psykiske plager blant studenter

Flere studenter opplever studenttilværelsen som mentalt stressende (Knapstad et al., 2019; Grøtan et al., 2019). For eksempel fant Grøtan et al. (2019) at studenter, sammenlignet med jevnaldrende ikke-studenter, oftere rapporterte symptomer på moderate og betydelige psykiske plager. Internasjonal forskning fra de senere årene har også vist en økning av alvorlige psykiske lidelser blant universitetsstudenter rundt omkring i verden, som depresjon, angst og psykotiske lidelser (Storrie et al., 2010; Auerbach et al., 2018). I en amerikansk longitudinell studie utført av Zivin, Eisenberg, Gollust og Golberstein (2009), fant de at mer enn 1/3 av studentene i utvalget hadde en eller annen form for psykisk plage målt ved baseline. Av disse studentene hadde 60% fortsatt psykiske plager målt to år senere, og 24% av studentene som ikke hadde en psykisk plage ved baseline, hadde utviklet en form for psykisk plage to år senere. Studenter sin psykiske helse utgjør på denne måten en økende helseutfordring, men også en mulighet for å iverksette viktige helsefremmende og forebyggende tiltak hos en utsatt gruppe (Hunt & Eisenberg, 2010).

3.2.3.1 Prevalens

Resultater fra SHoT-undersøkelsen 2018 viste at totalt 42% av studentene rapporterte psykiske plager (Knapstad et al., 2018, s. 70). Spesifikt rapporterte 13% moderate plager, 18% betydelige plager og 11% betydelige og mange plager. Samlet sett så man en atskillig økning i andelen som rapporterte psykiske plager fra 2010 (Knapstad et al., 2018, s. 71). Spesielt har andelen med betydelige psykiske plager økt fra hver 6. student i 2010, til hver 5. student i 2014, til mer enn hver 4. student i 2018 (Knapstad et al., 2018, s. 72). Økningen ble sett både hos mannlige og kvinnelige studenter, men økningen var mer markant blant kvinnelige studenter (Knapstad et al., 2018, s. 72). En lignende nasjonal studentundersøkelse ble gjennomført av Price og Smith (2019, s. 18) i Irland, hvor de fant at 32,4% av studentene rapporterte at de ofte opplevde psykiske plager. Videre rapporterte 17% at de konstant opplevde psykiske plager, 19,9% rapporterte at de periodevis opplevde psykiske plager og 21,1% rapporterte at de noen ganger opplevde psykiske plager. Kun 9,6% av studentene i undersøkelsen rapporterte ingen psykiske plager.

3.2.3.2 *Påvirkningsfaktorer*

Det er dokumentert flere faktorer som kan øke risikoen for psykiske plager. Forskning har blant annet vist at manglende sosial støtte kan føre til psykiske plager, gjennom en svekket evne til å mestre vanskelige situasjoner og påkjenninger (FHI, 2015b). Videre har man sett en sammenheng mellom lav livskvalitet og flere psykiske plager (Reneflot et al., 2018, s. 152). I likhet med alkoholforbruk og livskvalitet er det også funnet en sammenheng med alder, kjønn og sivilstatus. Forskning har blant annet vist blandede resultater om sammenhengen mellom alder og psykiske plager. I en norsk populasjonsbasert studie fant Stordal et al. (2001) at risikoen for depresjon økte med alderen, spesielt i alderen mellom 30-59 år. I henhold til studentpopulasjonen ble det funnet i baseline studien til WHO sitt prosjekt kalt «World mental health surveys – International college student project», at blant førsteårsstudenter var det å være over 19 år positivt korrelert med både 12-månedersforekomst og livstidsforekomst av psykiske lidelser, sammenlignet med 18-årige studenter (Auerbach et al., 2018). I motsetning fant Mahmoud, Staten, Hall & Lennie (2012) i deres tversnittstudie utført på et stort universitet i Amerika, at yngre studenter (18-19) rapporterte høyere skåre på depresjon sammenlignet med eldre studenter. I SHoT-undersøkelsen fra 2018 var det derimot ingen tydelig aldersforskjell i gjennomsnittsnivå av psykiske plager, slik som også var tilfellet i SHoT-2014 (Knapstad et al., 2018, s. 71).

Mye forskning har vist at det eksisterer kjønnsforskjeller i psykiske plager og lidelser. I en rapport fra WHO basert på populasjonsstudier så man at antall tilfeller av psykiske lidelser var høyere blant kvinner enn blant menn (Piccinelli & Homen, 1997, s. 26). Dette gjelder også blant ungdommer (13-19), da Derdikman-Eiron et al. (2011) fant i deres norske populasjonsstudie at jenter oftere rapporterte symptomer på angst og depresjon sammenlignet med gutter. Tilsvarende resultater har også blitt funnet i studentpopulasjonen. I den internasjonale tversnittstudien til Auerbach et al. (2018) fremkom det at for førsteårsstudenter var det å være kvinne positivt korrelert med både 12-månedersforekomst og livstidsforekomst av psykiske lidelser. Det samme fant Mahmoud et al. (2012) i sin tversnittstudie på amerikanske studenter, hvor kvinnelige studenter rapporterte høyere skåre på angst enn mannlige studenter. Grøtan et al. (2019) fant lignende resultater i sin norske tversnittstudie, hvor kvinnelige studenter dobbelt så ofte rapporterte alvorlige symptomer på psykiske plager sammenlignet med mannlige studenter.

Sivilstatus har også vist seg å ha en sammenheng med psykiske plager. Brown, Bulanda og Lee (2005) gjennomførte en tversnittstudie i Amerika på et nasjonalt

representativt utvalg på voksne over 50 år. De fant at personer som var gift rapporterte lavere symptomer på depresjon sammenlignet med personer som var samboere, aldri vært gift, skilte personer og enker/enkemenn. Det samme ble funnet i den koreanske tversnittstudien til Kim, Kim, Morris og Park (2015), der det å være gift reduserte risikoen for depresjon blant voksne over 60 år. Lignende resultater har vist seg å gjelde i studentpopulasjonen. I en tversnittstudie utført på et stort amerikansk universitet fant Braithwaite et al. (2010) at studenter som var i et parforhold opplevde færre psykiske plager sammenlignet med single studenter. Dette ble bekreftet i en annen tversnittstudie utført på unge voksne i Florida, hvor nåværende parforhold var assosiert med færre symptomer på depresjon, mens nylige brudd var assosiert med flere symptomer på depresjon (Simon & Barrett, 2010).

3.2.4 Sammenhengen mellom livskvalitet og alkoholbruk

Alkoholforbruk er en av mange helserelaterte atferder som har blitt assosiert med livskvalitet, men det er likevel få studier som har undersøkt positive utfall ved alkoholbruk, som livskvalitet (Massin & Kopp, 2014; Molnar et al., 2009). Dermed inkluderer denne delen også forskning som er gjort på konstruktet «subjective well-being» og andre velværebegreper. I den generelle befolkningen fant blant annet Peele og Brodsky (2000, s. 241) at moderate drikkere, sammenlignet med alkoholavholdne og stordrikkere, opplevde høyere psykologisk velvære, stressreduksjon, forbedret humør, bedre psykisk helse, sosial integrering, økt sosialisering, bedre arbeidsrelaterte utfall og kognitiv funksjon. Slike positive utfall kan muligens være spesielt gjeldende for universitetsstudenter, ettersom de er i en livsfase hvor alkohol blir brukt hyppig og ansett som en del av universitetskulturen (Draper, 2015, s. 93).

Massin og Kopp (2014) gjennomførte en stor populasjonsbasert studie for å undersøke sammenhengen mellom alkoholbruk og livskvalitet blant den russiske befolkningen. I de ujusterte analysene fant de en omvendt J-formet kurve hos menn, og en omvendt U-formet kurve hos kvinner. Resultatene indikerte at mannlige stordrikkere rapporterte lavere livskvalitet enn menn som var alkoholavholdende, og at både kvinnelige stordrikkere og alkoholavholdende kvinner rapporterte lavere livskvalitet enn de moderate drikkere. I tillegg rapporterte de kvinnelige stordrikkere litt høyere livskvalitet enn de som avstod fra alkohol. Massin og Kopp (2014) fant videre at de kurvelineære formene ble betydelig flatere da de justerte for en rekke kontrollvariabler, som alder, kjønn, sivilstatus, utdanning, yrke og inntekt. I de justerte analysene var ikke lenger assosiasjonen mellom livskvalitet og

alkoholbruk signifikant blant kvinner, men blant menn og i det fulle utvalget var det fortsatt en signifikant kurvelineær assosiasjon mellom alkoholbruk og livskvalitet.

Forskning på relasjonen mellom livskvalitet og alkoholbruk blant studenter har vist blandede resultater. I en tverrsnittstudie utført i New Zealand med deltakere fra 8 ulike universiteter, fant Blank, Connor, Gray og Tustin (2016) at et risikabelt og skadelig drikkemønster hos menn og et skadelig drikkemønster hos kvinner var assosiert med en signifikant nedgang i skårer på mentalt velvære sammenlignet med kvinnelige og mannlige studenter som avstod fra alkohol. Begrepet mentalt velvære ble her definert som å inkludere både subjektiv livskvalitet og psykologisk funksjon. Mohamed og Ajmal (2015) fant lignende resultater i sin irske tverrsnittstudie hvor deltakerne var unge voksne i alderen 18-29 år. Studien indikerte at stordrikkere og individer med et risikabelt drikkemønster hadde dårligere livskvalitet sammenlignet med individer uten et risikabelt drikkemønster. Studier som skiller mellom alkoholbruk og alkoholrelaterte problemer finner derimot at det er alkoholrelaterte problemer, og ikke alkoholbruk, som er sterkest relatert til en lavere livskvalitet hos både kvinnelige og mannlige studenter (Murphy et al., 2005; Murphy et al., 2006). Dette ble støttet i Diulio, Cero, Witte og Correia (2014) sin studie med amerikanske studenter, hvor alkoholrelaterte problemer var negativt assosiert med livskvalitet.

I motsetning fant Molnar et al. (2009), ved bruk av både tverrsnittdata og lengdesnittdata modeller, at alkoholbruk (etter å ha kontrollert for alkoholrelaterte konsekvenser) predikerte høyere subjektiv livskvalitet (indikert av høyere skåre på kognitiv livskvalitet), blant førsteårsstudenter på et kanadisk universitet. Likevel fant de at studenter som rapporterte flere alkoholrelaterte konsekvenser relatert til deres alkoholbruk også rapporterte lavere subjektiv livskvalitet. Dette hevder Molnar et al. (2009) kan tyde på at alkoholkonsum fører til høyere rapportert livskvalitet opp til et visst nivå. Draper (2015, s. 93) fant derimot ingen assosiasjon mellom alkoholbruk og livskvalitet i sin tverrsnittstudie på amerikanske studenter, og tolket det som at mengden alkohol ikke har noen innvirkning på opplevd livskvalitet. Det ble heller ikke funnet en assosiasjon mellom livskvalitet og alkoholbruk i en kryss-kulturell tverrsnittstudie med kvinnelige og mannlige studenter fra 24 land i Europa, USA og Asia (Grant, Wardle & Steptoe, 2009)

Det eksisterer videre inkonsistente funn når det kommer til om kjønn påvirker assosiasjonen mellom livskvalitet og alkoholbruk. Murphy et al. (2005) fant for eksempel i deres tverrsnittstudie at alkoholbruk var assosiert med en lavere generell livskvalitet hos kvinnelige studenter, men at alkoholbruk ikke var assosiert med generell livskvalitet hos mannlige studenter. I en kanadisk tverrsnittstudie utført av Edkins, Edgerton og Roberts (2017,

s. 130) ble det derimot funnet at sporadisk stordriking var positivt assosiert med livskvalitet for mannlige universitetsstudenter, men ikke for kvinnelige universitetsstudenter. Funnene indikerte at menn som utførte sporadisk stordriking var mer sannsynlige til å rapportere høyere livskvalitet sammenlignet med mannlige studenter som ikke utførte sporadisk stordriking (Edkins et al., 2017, s. 130).

3.2.5 Sammenhengen mellom psykiske plager og alkoholbruk

Det finnes mye omfattende forskning som har dokumentert at det eksisterer en relasjon mellom alkoholbruk og psykiske plager (Grant et al., 2004; Kim et al., 2015; Skogen, Harvey, Henderson, Stordal & Mykletun, 2009; Tembo et al., 2017). I en norsk tversnittstudie med totalt 11,236 deltakere fra de fire største utdanningsinstitusjonene i Bergen, fant Erevik et al. (2017) at symptomer på depresjon og angst var relatert til ulike drikkemønstre. Symptomer på angst økte sannsynligheten for å rapportere et risikabelt, skadelig eller avhengig drikkemønster (målt gjennom AUDIT), i tillegg til å drikke 2-4 ganger i måneden eller oftere, og å drikke minst 6 enheter på samme kveld månedlig eller oftere. Symptomer på depresjon økte derimot sannsynligheten for å rapportere risikabelt eller skadelig drikkemønster (målt gjennom AUDIT), i tillegg til å drikke 6 eller flere enheter månedlig eller oftere, og å ha et høyt gjennomsnittlig alkoholkonsum (Erevik et al., 2017). En svært relevant studie gjort på lignende data som inneværende studie, ble utført av Sæther et al. (2019). Studien brukte data fra SHoT-undersøkelsen fra 2014, og fant blant annet at studenter som rapporterte et risikabelt alkoholforbruk (målt gjennom AUDIT) opplevde litt flere psykiske plager og redusert livskvalitet sammenlignet med studenter med et lavt alkoholforbruk. Studenter med et skadelig alkoholforbruk (målt gjennom AUDIT) rapporterte både flere psykiske plager og lavere livskvalitet.

I en australsk tversnittstudie på universitetsstudenter fant Tembo et al. (2017) at studenter som rapporterte moderate eller høye nivåer av psykiske plager hadde 1,3 ganger høyere sannsynlighet for å ha et risikabelt eller skadelig alkoholforbruk (målt gjennom AUDIT), sammenlignet med studenter som rapporterte lave nivåer av psykiske plager. Seo et al. (2018) fant lignende resultater i sin sørkoreanske tversnittstudie, hvor både raten av risikabelt alkoholbruk (målt gjennom AUDIT) og skårene på AUDIT var høyere blant deprimerte studenter, sammenlignet med ikke-deprimerte studenter. I en amerikansk tversnittstudie som også inkluderte tilhørighet i studentforening (fraternity/sorority), fant Martinez et al. (2018) at studenter som hadde en historie med psykiske plager og som ikke

tilhørte en studentforening, hadde større sannsynlighet for å rapportere potensielle alkoholproblemer (målt gjennom AUDIT) under det første året de studerte, sammenlignet med studenter som var medlem av en studentforening. Førsteårsstudenter som ikke var medlem av en sosial studentforening og som ikke hadde en historie med psykiske plager, hadde lavest risiko for å rapportere potensielle alkoholproblemer.

Andre studier har derimot ikke funnet en sammenheng mellom alkoholbruk og psykiske plager blant studenter. For eksempel fant Rosenthal et al. (2018) at alkoholforbruk ikke predikerte utviklingen av depresjon blant kvinnelige amerikanske førsteårsstudenter i sin longitudinelle studie. Tran et al. (2017) fant heller ingen relasjon mellom alkoholbruk og psykiske plager i sin store franske tversnittstudie på bachelorgradstudenter. Manglende statistisk sikker assosiasjon mellom psykiske plager og alkoholbruk ble også funnet i to andre tversnittstudier med bachelorstudenter fra offentlige universiteter i USA (Burris, Brechting, Salsman & Carlson, 2009; Walters et al., 2018).

Flere studier tyder videre på at relasjonen mellom alkoholbruk og psykiske plager ikke er lineær (Rodgers et al., 2000). Blant annet fant Skogen et al. (2009) belegg for en U-formet relasjon mellom alkoholkonsum, angst og depresjon i deres tversnittstudie med norske deltakere på over 20 år. Både Kim et al. (2015) og Caldwell et al. (2002) fant en J-formet relasjon mellom alkoholkonsum og depresjon. I Kim et al. (2015) sin tversnittstudie var deltakere over 60 år og fra Sør-Korea, mens i Caldwell et al. (2002) sin tversnittstudie var deltakerne unge australske voksne (20-24 år). Funnene fra disse studiene indikerte at både individer som var alkoholavholdende og individer som var stordrikkere hadde økt risiko for å rapportere psykiske plager, mens de moderate drikkere hadde en lavere risiko. En relevant studie av Peltzer og Pengpid (2015) undersøkte formen på assosiasjonen blant universitetsstudenter fra 26 land i Asia, Afrika og Sør-Amerika. De fant antydninger til en omvendt U-formet assosiasjon mellom alkoholkonsum (volum og frekvens) og symptomer på depresjon, og en J-formet assosiasjon mellom frekvensen av sporadisk stordriking og symptomer på depresjon. I motsetning til Skogen et al (2009), Kim et al. (2015) og Caldwell et al. (2002) var det studentene som rapporterte et lavt alkoholforbruk, sammenlignet med alkoholavholdne og stordrikkere, og studentene som rapporterte sporadisk stordriking ukentlig, som hadde størst sannsynlighet for å rapportere symptomer på depresjon (Peltzer & Pengpid, 2015). Skogen et al. (2014) fant derimot ikke støtte for en U-formet eller en J-formet relasjon i deres tversnittstudie på norske ungdommer, noe de tolker kan skyldes at det eksisterer en annen assosiasjon mellom alkoholvaner og psykiske plager i denne aldersgruppen. Det er derfor uklart om en ikke-lineær kurve kan bli identifisert på tvers av

ulike aldersgrupper og kontekster (Kim et al., 2015), og det er derfor ønskelig å undersøke dette i den norske studentpopulasjonen.

Videre eksisterer det uenigheter om kjønn påvirker assosiasjonen mellom psykiske plager og alkoholbruk, da noen har funnet at sammenhengen er sterkere blant kvinnelige studenter enn blant mannlige studenter (Lo et al., 2013; Weitzman, 2004; Mahmoud et al., 2012), andre har funnet at assosiasjonen kun er signifikant blant mannlige studenter (Pedrelli et al., 2011), mens andre ikke har funnet at kjønn påvirker assosiasjonen (Kim et al., 2015).

3.2.6 Sammenhengen mellom livskvalitet og psykiske plager

Inneværende studie undersøker hvordan livskvalitet og psykiske plager er assosiert med potensielle alkoholproblemer. Det er viktig å påpeke at opplevd livskvalitet er nært forbundet med psykiske plager, som symptomer på angst og depresjon, spesielt hvis livskvalitet måles som tilfredshet med livet (Reneflot et al., 2018, s. 152). En grunn til dette er at individer ofte assosierer livskvalitet med psykisk helse (Vaez & Laflamme, 2003). I tillegg kan det tenkes at psykiske plager spiller en viktig rolle i den kognitive vurderingen av egen livskvalitet (Nishida, Richards & Stafford, 2016). På denne måten er alle konstruktene i oppgaven assosiert med hverandre, og viser hvor komplekse og sammensatte sammenhengene er.

Gjeldende studie velger likevel å undersøke sammenhengene separat. Denne beslutningen ble tatt på bakgrunn av forskningslitteraturen som hevder at psykiske plager og livskvalitet er to distinkte, men relaterte, faktorer (Eklund, Dowdy, Jones & Furlong, 2010). Forskning som støtter dette synet har funnet at instrumenter som måler livskvalitet korrelerer svakere med instrumenter som måler psykisk helse, og er således et tegn på diskriminerende validitet (van Beuningen, 2012, s. 3 og 16; Huebner & Alderman, 1993). Perspektivet utgjør av ulike to-faktor modeller for psykisk helse, hvor et individs psykiske helse blir klassifisert basert på om deres subjektive livskvalitet er høy eller lav, og om de har høye eller lave symptomer på psykiske lidelser (Antaramian, 2015; Eklund et al., 2010; Renshaw & Cohen, 2014). Eklund et al. (2010) fant i sin studie at studentene i de to gruppene med høy livskvalitet demonstrerte høyere nivåer av takknemmelighet, psykologisk velvære (livskvalitet) og håp, uavhengig av hvilket nivå de hadde av psykiske plager. Livskvalitet og psykiske plager var således to uavhengige konstrukter.

Ettersom forskningen på dette feltet ikke er entydig, er det er nødvendig å belyse det motstridende perspektivet, som hevder at livskvalitet og psykiske plager utgjør motsatte ender

på et psykisk helse kontinuum (Antaramian, 2015). Ut i fra denne konseptualiseringen av psykisk helse klassifiseres mennesker enten som mentalt friske, eller psykisk syke (Keyes, 2005). Argumentet bak dette perspektivet er at en reduksjon av psykologisk ubehag har blitt assosiert med en økning i psykologisk velvære (livskvalitet) og omvendt (Renshaw & Cohen, 2014). På denne måten utgjør psykiske plager og livskvalitet et speilbilde av hverandre. Flere studier har funnet støtte for dette perspektivet, hvor lav livskvalitet har blitt assosiert med høyere nivåer av psykiske plager (Mahmoud et al., 2012; Reneflot et al., 2018, s. 152). Denne sammenhengen har også blitt funnet motsatt vei, ved at høyere nivåer av psykiske plager er assosiert med lavere livskvalitet (Reneflot et al., 2018, s. 152; Lombardo et al., 2018). På denne måten anses psykisk helse som en viktig faktor for livskvalitet, og viser at de er nært relaterte (Lombardo et al., 2018).

4 Hensikt og problemstilling

Denne masteroppgaven utføres i samarbeid med Folkehelseinstituttet. Hensikten er å undersøke hvordan livskvalitet og psykiske plager er relatert til potensielle alkoholproblemer blant norske universitetsstudenter. Livskvalitet og psykiske plager blir undersøkt i separate analyser, ettersom de er to forskjellige fenomener. Da kan man se om de er relatert til potensielle alkoholproblemer på ulike måter.

Det finnes omfattende forskning på relasjonen mellom psykiske plager/lidelser og alkoholbruk, men mindre forskning har sett på sammenhengen mellom positive mål på velvære, som livskvalitet, og alkoholbruk. Det meste av forskningen som er gjort på disse relasjonene er også utført på den voksne populasjonen, og færre studier har undersøkt sammenhengene i studentpopulasjonen. Denne studien kan dermed bidra til å frembringe ny og oppdatert kunnskap. Studien har også som hensikt å undersøke om sammenhengen mellom 1) livskvalitet og potensielle alkoholproblemer og 2) psykiske plager og potensielle alkoholproblemer er lineær eller kurvelineær, da tidligere forskning har vist blandede resultater. Det er også usikkert om kurvelineære sammenhenger kan bli funnet på tvers av ulike aldersgrupper og kontekster, da tidligere forskning hovedsakelig har sett på den voksne populasjonen. Resultatene fra studien kan forhåpentligvis være relevant for utviklingen av helse- og velferdstjenester for studentpopulasjonen, som er et innsatsområde i Folkehelsemeldingen fra 2018.

Denne studien anvender SHoT-undersøkelsen fra 2018 for å undersøke følgende problemstilling: «Hvordan er assosiasjonene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer blant norske universitetsstudenter?».

5 Metode

I metodekapitlet inngår hva man har gjort for å besvare de spesifikke forskningsspørsmålene (Lerdal, 2016). Følgende kapittel vil innledningsvis redegjøre for valg av vitenskapsteoretisk tilnærming med tilhørende paradigme og forskningsdesign. Videre presenteres studiens utvalg og prosedyren for datainnsamling. Deretter blir måleinstrumentene og variablene som er anvendt i oppgaven beskrevet, før kapitlet går inn på hvilke statistiske analyser som er benyttet. Avslutningsvis blir det redegjort for kvalitetssikring og forskningsetiske vurderinger.

5.1 Filosofisk verdensbilde (paradigme) og forskningstilnærming

Et filosofisk verdensbilde er «en generell filosofisk orientering om verdenen og forskningsnaturen, som en forsker bringer med seg i en studie» (Creswell & Creswell, 2018, s. 5). Det finnes flere slike verdensbilder, og alle består av noen fundamentale verdier, antakelser, oppfatninger og normer som er med på å avgjøre hvordan kunnskap blir undersøkt og analysert (Kivunja & Kuyini, 2017; MacKenzie & Knipe, 2006). Første steg i forskningsprosessen bør derfor være å oppgi sitt filosofiske verdensbilde, da verdensbildet er med på å styre valget av forskningstilnærming (MacKenzie og Knipe, 2006). En forskningstilnærming er som regel enten kvantitativ eller kvalitativ, og omhandler de planene og prosedyrene man har for forskningen. Med dette inngår valg av forskningsdesign og spesifikke datainnsamlingsmetoder (Creswell & Creswell, 2018, s. 4).

Det skilles ofte mellom to hovedretninger av filosofiske verdensbilder; hermeneutikk og positivisme (Thomassen, 2006, s. 44). Innenfor hermeneutikken er man opptatt av å forstå menneskelige handlinger ved å fortolke meningsinnholdet i den konteksten som handlingen utføres i. Har forskeren et hermeneutisk verdensbilde fører dette ofte til en kvalitativ forskningstilnærming, som kjennetegnes ved bruk av blant annet tekstdata (NEM, 2010, s. 7). I den kvalitative tilnærmingen er forskeren opptatt av å forstå fenomener i sin helhet, ved å undersøke hvordan individer eller grupper av individer tilskriver mening til fenomenet man undersøker (Bjørndal & Hofoss, 2017, s. 25; Creswell & Creswell, 2018, s. 4).

Positivismen hevder derimot at den eneste måten man kan opparbeide kunnskap på er gjennom sanseerfaring og empirisk observasjon (Sletnes, 2019). Verdensbildet vektlegger at vitenskap skal forstås som en verdiløs og objektiv aktivitet, som er uavhengig av subjektiv fortolkning. Etter positivismen oppstod postpositivismen, som utfordret positivismens syn ved

å hevde at sannhet ikke kan være absolutt, men sannsynlig (Kivunja & Kuyini, 2017). Postpositivismen kjennetegnes videre av en årsakstenkning og en deterministisk filosofi, som vil si et synspunkt der årsaker sannsynligvis avgjør effekter eller utfall (Creswell & Creswell, 2018, s. 6). Forskning som tar utgangspunkt i et slikt verdensbilde er derfor ute etter å identifisere antatte sammenhenger mellom årsaksvariabler og virkningsvariabler (Thomassen, 2006, s. 145). Paradigmet er også reduksjonistisk (Creswell & Creswell, 2018, s. 6), ved at man forenkler verden til et mindre sett med testbare hypoteser, teorier og modeller ved bruk av variabler. Postpositivister tar gjerne utgangspunkt i hypoteser, «som gjennom kontrollerte studier kan testes mot observerbare og målbare, kvantitative data» (Thomassen, 2006, s. 145). Hensikten er dermed å forkaste eller å bevise hypoteser, gjennom en hypotetisk-deduktiv strategi (Pripp, 2020). Har forskeren et positivistisk/postpositivistisk verdensbilde fører dette ofte til en kvantitativ forskningstilnærming (Creswell & Creswell, 2018, s. 6). Grunnen til dette er at man i den kvantitative forskningen er opptatt av å studere sammenhenger, effekter, utbredelser, årsaker eller forekomster av fenomener ved å for eksempel teste teorier og hypoteser (Bjørndal & Hofoss, 2017, s. 213-214; Thagaard, 2018, s. 16). Fenomenene som undersøkes i den kvantitative tilnærmingen blir ofte målt ved bruk av måleinstrumenter, slik at svarene kvantifiseres (Creswell & Creswell, 2018, s. 16). Felles for alle kvantitative metoder er dermed bruken av talldata. I tillegg vil forskningen ofte fokusere på deler av en sammenheng, og ikke fenomener i sin helhet (Bjørndal & Hofoss, 2017, s. 25).

Siden denne studien ønsker å undersøke sammenhengene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer tilhører studien den kvantitative tilnærmingen. Årsaken til dette er at datamaterialet som inneværende studie anvender har blitt innhentet ved bruk av spørreskjema, hvor variablene livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer har blitt målt ved bruk av kjente måleinstrumenter. Svarene fra spørreundersøkelsen har dermed blitt kvantifisert og omgjort til talldata. I tillegg vil det postpositivistiske verdensbildet ligge til grunn for forskningen, ettersom de postpositivistiske antakelsene stemmer overens med den kvantitative tilnærmingen og studiens formål.

5.2 Forskningsdesign og metode

I følge Creswell og Creswell (2018, s. 11) er forskningsdesign de spesifikke formene for undersøkelser innenfor de ulike forskningstilnærmingene, som gir retning til forskningsprosjektet. Videre er forskningsmetoder de spesifikke verktøyene forskere anvender for å samle inn data, og avhenger av både forskningsspørsmål og forskningsdesign

(Krumsvik, 2015, s. 122). Metode innebærer også valg av statistiske analyser og tolkning av data (Creswell & Creswell, 2018, s. 16). En hovedinndeling av kvantitative forskningsdesign er observerende (beskrivende) design og eksperimentelle design (Bjørndal og Hofoss, 2017, s. 24). Et observerende design innebærer at man innhenter informasjon om en større eller mindre gruppe av befolkningen, uten å gjøre noen forsøk på å forandre eller påvirke dem (Bjørndal og Hofoss, 2017, s. 24). Et annet ord for denne typen design er derfor ikke-eksperimentelle design (Creswell & Creswell, 2018, s. 12). Eksperimentelle design innebærer derimot at man tilfører en endring/intervensjon, og måler effekten eller utfallet av denne (Drageset & Ellingsen, 2009).

Inneværende studie er en tversnittstudie, med bruk av spørreundersøkelse, som inngår i det man kaller observerende design. Tversnittstudier innebærer at det kun blir gjort én måling på et bestemt tidspunkt (Bjørndal og Hofoss, 2017, s. 25; Drageset & Ellingsen, 2009), og gir kvantitative beskrivelser av blant annet opplevelser, erfaringer, holdninger eller meninger i en populasjon ved å studere et utvalg av populasjonen (Creswell & Creswell, 2018, s. 12). I følge Fowler (2008, sitert i Creswell & Creswell, 2018, s. 12) er vanlige forskningsmetoder innenfor tversnittstudier spørreundersøkelser eller strukturerte intervju, hvor formålet er å generalisere funnene fra et utvalg og til hele populasjonen. Sammenlignet med andre metoder omfatter spørreundersøkelser ofte en stor mengde data, med mange respondenter og relativt mye informasjon fra hver enkelt respondent (Befring, 2007, s. 43). Siden det kun blir gjort én måling, er svakheter ved tversnittstudier at man ikke kan påvise kausalitet eller utelukke om andre forhold påvirker sammenhengen mellom variablene man undersøker (Drageset & Ellingsen, 2009).

Inneværende studie anvendte allerede innsamlede data fra SHoT- 2018, som er en landsomfattende studentundersøkelse (Knapstad et al., 2018, s. 7). Undersøkelsen ble initiert av studentsamskipnadene SiO, SiT og Sammen, i samarbeid med Folkehelseinstituttet (Knapstad et al., 2018, s. 1). Spørreundersøkelsen ble gjennomført med tilskudd fra Helsedirektoratet og Kunnskapsdepartementet, med formål om å frembringe oppdatert kunnskap om hvordan norske studenter har det, med hovedvekt på psykososiale forhold.

5.3 Utvalg og prosedyre

5.3.1 Utvalg

I forskning refererer populasjonen til den gruppen av personer, institusjoner eller fenomener forskeren ønsker å få informasjon eller kunnskap om (Bjørndal & Hofoss, 2017, s.

34). I motsetning til andre studier som anvender et utvalg (det utsnittet av populasjonen man undersøker i selve studien; Befring, 2007, s. 93) ble denne studien basert på en populasjonsstudie. Dette innebærer at man undersøker alle enheter innenfor en populasjon (Storsul, 2011). Populasjonen i SHoT-undersøkelsen var alle heltidsstudenter i alderen 18-35 år med norsk statsborgerskap. I 2018 var det totalt 162 512 studenter som oppfylte dette inklusjonskriteriet. Disse ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen via SMS og e-post (Knapstad et al., 2018, s. 7). Av de inviterte var det totalt 50 054 studenter fra 45 utdanningsinstitusjoner som valgte å fullføre spørreundersøkelsen, noe som ga en responsrate på 30,8% (Knapstad et al., 2018, s. 7). Dette utgjorde dermed datagrunnlaget i studien. Blant de som svarte var 69,1% kvinner og 30,9% menn, og gjennomsnittsalderen var 23,2 (Standardavvik (SD) = 3,3) år. Videre var aldersfordelingen i utvalget av de deltakende studentene; 18-20 år (18%), 21-22 år (31%), 23-25 år (32%), 26-28 år (12%) og 29-35 år (7%) (Knapstad et al., 2018, s. 7).

5.3.2 Prosedyre

Deltakerne fikk en invitasjon til å delta via SMS og e-post, og mulighet til å svare på undersøkelsen via en link i e-posten (Knapstad et al., 2018, s. 1). Datainnsamlingen foregikk i perioden mellom 6. februar og 5. april 2018, og besvarelsene ble elektronisk samlet inn via plattformen «Tjenester for Sensitive Data (TSD)» ved Universitetet i Oslo (Knapstad et al., 2018, s. 5). Studenter som ikke hadde svart på undersøkelsen ble sendt opptil tre påminnelser (én på SMS og to på e-post) i løpet av de to månedene datainnsamlingen foregikk. Spørreundersøkelsen dekket sentrale temaer som trivsel, fysisk og psykisk helse, forhold på studiestedet, alkohol og rusbruk, i tillegg til en del spørsmål om bakgrunn og livsstilsfaktorer. Det ble beregnet at det ville ta ca. 20-25 minutter å svare på spørreundersøkelsen. For å øke deltakelsen (og dermed responsraten) drev studentpolitikere pågående kampanjer og reklamer, samtidig som at noen av de deltakende utdanningsinstitusjonene satte av tid på forelesninger slik at studentene kunne fylle ut spørreundersøkelsen (Knapstad et al., 2018, s. 5).

5.4 Måleinstrumenter og variabler

5.4.1 Måleinstrumenter

5.4.1.1 Livskvalitet

For å måle livskvalitet ble den norske oversettelsen av «Satisfaction with Life Scale (SWLS)» (Diener et al., 1985) anvendt. SWLS er en 5-ledds skala utformet for å måle globale kognitive vurderinger av ens livskvalitet (Diener et al., 1985). Studentene indikerte hvor mye de var enig eller uenig i de fem påstandene ved bruk av en syvpunkts Likert-type skala, som rangeres fra 1 (svært uenig) til 7 (svært enig) (Diener et al., 1985). Skalaen gir en sumskåre med variasjonsbredde 5-35, der en høy skår indikerer et høyt nivå av livskvalitet. I følge Diener (2006) kan skårene inndeles i kategorier basert på følgende grenseverdier: svært dårlig (5-9), dårlig (10-14), litt under gjennomsnittet (15-19), gjennomsnittskåre (20-24), god (25-29) og svært god (30-35). Vittersø (2009) oppsummerte funn fra flere studier som viste at SWLS har en høy indre konsistens reliabilitet, med en Cronbach's alfa som varierte mellom 0,70 og 0,90. I inneværende studie viste SWLS også en god indre konsistens reliabilitet, med en Cronbach's alfa på 0,89.

Eksempler på spørsmål fra spørreskjemaet er (se vedlegg 1 for fullt spørreskjema): «Livsbetingelsene mine er svært gode» og «Jeg er fornøyd med livet mitt».

5.4.1.2 Psykiske plager

For å måle psykiske plager ble den norske oversettelsen av «Hopkins Symptom Checklist 25» (HSCL-25) (Winokur, Winokur, Rickels & Cox, 1984) anvendt. Dette er en modifisert kortversjon av den originale skalaen «Symptom Checklist 90» (SCL-90) (Derogatis, Lipman, Rickels, Ulenhuth & Covi, 1974). Skalaen består av en 10-ledds underskala for angst og en 15-ledds underskala for depresjon, der hver enhet skåres på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 4 (svært mye) (Winokur et al., 1984; Strand, Dalgard, Tambs, & Rognerud, 2003). I følge Skogen, Øverland, Smith og Aarø (2017) egnet skalaen seg best som et endimensjonalt mål på psykiske plager blant studentpopulasjonen (data fra SHoT-2014), og ikke som et todimensjonalt mål på angst og depresjon. Referanseperioden var de siste to ukene, hvor studentene skulle vurdere hvor mye hver av de 25 symptomene var til plage eller ulempe for dem (Knapstad et al., 2018, s. 70). Eksempler på spørsmål fra spørreskjemaet er (se vedlegg 2 for fullt spørreskjema): «Føler deg slapp og uten energi» og «Føler deg redd eller engstelig».

Responsene summeres og deles på antall besvarte enheter for å lage en gjennomsnittlig skåre som går fra 1-4 (Winokur et al., 1984). På denne måten vil et høyt gjennomsnitt indikere et høyt nivå av psykiske plager (Knapstad et al., 2018, s. 70). Grenseverdien som indikerer tilstedeværelsen av betydelige psykiske plager er 1,75 (Winokur et al., 1984). Gjennomsnittsskårene kan bli inndelt i kategorier basert på følgende grenseverdier (Nedregård & Olsen, 2014, s. 82-83): i) få symptomer ($< 1,75$), ii) moderate symptomer ($\geq 1,75 < 2,0$), iii) betydelige symptomer ($< 2,0$) og iv) betydelige og mange symptomer (plages en god del eller svært mye av minst 13 av 25 symptomer). En norsk studie som sammenlignet flere ulike måleinstrumenter på psykiske plager viste at HSCL-25 har en høy indre konsistens reliabilitet med en Cronbach's alfa på 0,93 (Strand et al., 2003). I innværende studie viste HSCL-25 også en høy indre konsistens, med en Cronbach's alfa på 0,94.

5.4.1.3 Potensielle alkoholproblemer

For å måle potensielle alkoholproblemer ble testen «Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)» (Saunders et al., 1993) anvendt. AUDIT består av 10 spørsmål, og disse måler alkoholkonsum (spm. 1-3), drikkeatferd (spm. 4-6), uønskede psykologiske reaksjoner (spm. 7-8) og alkoholrelaterte problemer (spm. 9-10) (Saunders et al., 1993). Eksempler på spørsmål fra spørreskjemaet er (se vedlegg 3 for fullt spørreskjema): Hvor ofte... «drikker du 6 alkoholenheter eller mer?» og «unntot du å gjøre ting du skulle ha gjort på grunn av drikking?».

Hvert ledd skåres fra 0-4, som samlet gir en sumskåre med variasjonsbredde 0-40. Anbefalte grenseverdier på potensielle alkoholproblemer varierer fra ≥ 5 til ≥ 11 (Skipsey, Burleson & Kranzler, 1997), men de fleste studier anvender grenseverdien ≥ 8 (de Meneses-Gaya, Zuardi, Loureiro & Crippa, 2009). Resultater fra noen studier har antydnet at denne grenseverdien kan være for høy for kvinner, og at en grenseverdi på 5 eller 6 kan være mer passende (Reinert & Allen, 2002). I denne studien ble det likevel anvendt samme grenseverdi for kvinner og menn, med grenseverdi for potensielle alkoholproblemer på ≥ 8 (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001, s. 19). Årsaken var at ≥ 8 er den generelt aksepterte grenseverdien for å identifisere potensielle alkoholproblemer (de Meneses-Gaya et al., 2009; Reinert & Allen, 2002; Babor et al., 2001, s. 12 og 20). AUDIT inndeler alkoholproblemer i tre ulike kategorier; risikabelt alkoholkonsum, skadelig alkoholkonsum og symptomer på alkoholavhengighet (Babor et al, 2001, s. 11). Innværende studie ble inspirert

av Babor et al. (2001, s. 5, 20 og 21) sin inndeling av AUDIT skårer, og opererte med følgende inndeling; en total skåre under 8 indikerte lavrisiko drikkemønster og en total skåre mellom 8-15 indikerte risikabelt drikkemønster. I tillegg opererte studien med at en total skåre på 16 eller mer indikerte skadelig drikkemønster (Nedregård & Olsen, 2014, s. 97; Thørrisen, Skogen, Kjekken, Jensen & Aas, 2019).

Det er store forskjeller i AUDIT sin sensitivitet og spesifisitet, avhengig av studienes utvalg og hvilke grenseverdier som har vært anvendt. Sensitivitet sikter til måleinstrumentet sin sannsynlighet til å påvise en diagnose hos individer som faktisk har en diagnose (Malt & Stoltenberg, 2017), mens spesifisitet sikter til måleinstrumentet sin sannsynlighet til å klassifisere individer som «friske» når de faktisk er friske (Braut, 2017). Med en grenseverdi på ≥ 8 fant de Meneses-Gaya et al. (2009) i deres metastudie at sensitiviteten varierte fra 0,63-1,0, og at spesifisiteten varierte fra 0,70-0,96 i ulike studier. Videre har det blitt påvist i to metastudier at AUDIT har en tilfredsstillende indre konsistens reliabilitet med Cronbach's alfa verdier over 0,80 (Reinert & Allen, 2002; de Meneses-Gaya et al., 2009). I inneværende studie hadde skalaen en Cronbach's alfa verdi på 0,75, og viste således en tilfredsstillende indre konsistens reliabilitet.

5.4.2 Variabler

I inneværende studie var potensielle alkoholproblemer satt som den avhengige variabelen, og livskvalitet og psykiske plager utgjorde de to uavhengige variablene. Potensielle alkoholproblemer ble behandlet som en dikotom variabel som var kalkulert ut i fra sumskåren til AUDIT, der det i de deskriptive analysene ble skilt mellom referansegruppen (<8 , kodet i denne studien som 0), og potensielle alkoholproblemer (≥ 8 , kodet i denne studien som 1). I de logistiske regresjonsanalysene var det ønskelig å inndele potensielle alkoholproblemer i risikabelt og skadelig drikkemønster, ettersom tidligere studier hadde indikert at de ulike drikkemønstrene var assosiert med ulike resultater (Erevik et al., 2017; Sæther et al., 2019). Blant annet fant Sæther et al. (2019) at et skadelig drikkemønster var assosiert med litt mer alvorlige konsekvenser enn et risikabelt drikkemønster. Generelt sett øker graden av helserisiko med alkoholmengden og drikkefrekvensen (Oslo Universitetssykehus, 2017) og kan således gjenspeile en høyere skåre på AUDIT. Det ble derfor laget to nye dikotome variabler ut ifra sumskåren til AUDIT (se tabell 2). Variabelen risikabelt drikkemønster omhandlet studentene som skårte mellom 8-15 på AUDIT (kodet i denne studien som 1), og variabelen skadelig drikkemønster omhandlet studentene som skårte

16 eller mer på AUDIT (kodet i denne studien som 1). I begge variablene (risikabelt drikkemønster og skadelig drikkemønster) var referansegruppen den samme (<8, kodet i denne studien som 0). De uavhengige variablene livskvalitet (målt gjennom SWLS) og psykiske plager (målt gjennom HSCL-25) var basert på henholdsvis sumskårer og gjennomsnitt, og ble således behandlet som kontinuerlige variabler på intervallnivå.

Tabell 2

Oversikt over avhengig variabel. N = 49,886

Variabel	N
Referansegruppe (AUDIT <8)	28,111
Potensielle alkoholproblemer (AUDIT ≥8)	21,775
Risikabelt drikkemønster (AUDIT 8-15)	19,051
Skadelig drikkemønster (AUDIT ≥16)	2,724

Som det fremkom i litteraturgjennomgangen har tidligere forskning vist at alder, kjønn og sivilstatus er faktorer som er assosiert med livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer, og det var derfor ønskelig å inkludere disse som kontrollvariabler. Kjønn var en kategorisk variabel med to nivåer i henhold til studentenes biologiske kjønn (mann/kvinne), og sivilstatus var en kategorisk variabel med 4 nivåer; singel, i et forhold, samboer og gift. Alder var en kontinuerlig variabel som i henhold til inklusjonskriteriene varierte fra 18-35 år.

5.5 Databearbeiding og statistiske analyser

Statistikkprogrammet STATA, versjon 15.0 (StataCorp, 2017), ble anvendt for å utføre de statistiske analysene. I forkant av de preliminære- og hovedanalysene ble datasettet renset. I den bearbeidede versjonen av SHoT-datamaterialet ble det oppdaget en feil på den ferdigstilte dikotome AUDIT-variabelen, da det ble tydelig at det var satt feil grenseverdi for

å skille studenter med potensielle alkoholproblemer og lavrisiko drikkemønster. Det ble derfor laget en ny dikotom variabel med riktig grenseverdi. Ingen flere feil ble oppdaget.

5.5.1 Preliminære analyser

I forkant av hovedanalysene ble det utført deskriptive analyser, som er metoder for å bearbeide, presentere og tolke data (Befring, 2007, s.137). For de kategoriske variablene ble det utført frekvensanalyser for å se hvor mange deltakere som ga hver respons, og for de kontinuerlige variablene ble det utført oppsummerende statistikk for å se utvalgets størrelse, minimums- og maksimumsverdi, gjennomsnitt, standardavvik og normalfordeling (Pallant, 2016, s. 55 og 56). Den formelle testen «skjevhet og kurtose test for normalitet» viste signifikante resultater for variablene livskvalitet, psykiske plager og alder, og indikerte at variablene ikke var normalfordelt (Pevalin & Robson, 2009, s. 140). Dette var likevel forventet, og ved store utvalg vil ikke dette bruddet skape noen store problemer (Pallant, 2016, s. 208). Årsaken til dette er at man ved store datasett stoler på «sentralgrenseteoremet (SGT)», som hevder at gjennomsnittet i utvalget nærmer seg en normalfordeling jo større utvalget er (Lumley, Diehr, Emerson & Chen, 2002). De kategoriske variablene potensielle alkoholproblemer, kjønn og sivilstatus ble ikke testet for normalitet, ettersom variablene var på nominal- og ordinalnivå.

Svarkategoriene til leddene i skalaene SWLS, HSCL-25 og AUDIT var alle utformet slik at en høyere verdi indikerte et høyere nivå av henholdsvis livskvalitet, psykiske plager og alkoholproblemer. Skalaene trengte derfor ikke å bli reversert før det ble dannet separate sumskårer for hver skala. Med totalt 50 054 deltakere, var det ulike mengder med missing data for hver variabel med i studien. For å håndtere missing data ble «pairwise deletion» anvendt. Dette er en metode som kun ekskluderer data fra deltakere hvis de mangler data på variablene som kreves for å utføre de spesifikke analysene (Pallant, 2016, s. 58). Den avhengige variabelen potensielle alkoholproblemer hadde 0,3% missing data, og av de uavhengige variablene hadde sivilstatus minst missing data (0,2%) og livskvalitet mest missing data (2,9%). I følge Bennet (2001) vil missing data over 10 % kunne skape problemer, og gjeldende studie var således langt under dette. Videre opererte studien med en signifikansverdi på $< 0,05$.

Før man kan utføre statistiske analyser, må man undersøke at man ikke bryter de generelle antakelsene som angår alle parametriske tester (Pallant, 2016, s. 207). Da det finnes veldig mange antakelser, vil følgende del kun presentere de mest sentrale. I henhold til t-

testens antakelser, var det lav prosent med missing data og variablene var på intervallnivå (Pallant, 2016, s. 207-208). Antakelsen om normalitet ble som nevnt brutt, men ville ikke skape noen problemer for videre analyser (Pallant, 2016, s. 208). I tillegg ble antakelsen om lik varians brutt for variablene livskvalitet og alder, da Levene's test var signifikant. En mulig årsak på dette bruddet kan skyldes at store utvalg fører til lave p-verdier, og dermed signifikante resultater på Levene's test (Grace-Martin, u.å). Dette bruddet ville likevel ikke utgjøre et problem, ettersom t-tester er forhåndsvis robuste tester som tåler ulik varians (Pallant, 2016, s. 209). For disse variablene ble dermed t-tester med antakelse om ulik varians utført, og det er disse resultatene som blir presentert i resultatkapitlet. Til tross for at kjiqvadrat er en ikke-parametrisk test, har den to generelle antakelser (Pallant, 2016, s. 218). I henhold til antakelsene viste studien ingen brudd, siden dataen var basert på uavhengige observasjoner, og hadde en laveste forventet cellefrekvens over 10.

Logistisk regresjon er en forholdsvis robust statistisk analyse, som ikke krever mange av de statistiske forutsetningene som andre regresjonsanalyser gjør (Statistics Solutions, 2019). Forutsetningene for å kunne utføre en binær logistisk regresjon er at den avhengige variabelen er dikotom, og at effekten man ønsker å studere kodes som 1. Hver observasjon må i tillegg være uavhengig, noe som betyr at dataen ikke kan komme fra forskningsdesign der deltakerne måles to ganger på samme variabel. Modellen bør ha lite eller ingen multikollinearitet, som vil si at de uavhengige variablene ikke bør korrelere mye med hverandre. For å teste denne antakelsen skal indikatoren «variance inflation factor» (VIF) være under 10 og indikatoren toleranse være mindre enn 1,0 (Pevalin & Robson, 2009, s. 295). Inneværende studie viste ikke brudd på antakelsen om multikollinearitet, ettersom alle de uavhengige variablene (inkludert kontrollvariablene) hadde en VIF-verdi under 10 og en toleranse-verdi under 1,0. Den høyeste verdien for henholdsvis VIF og toleranse var 1,14 og 0,98. Logistisk regresjon krever videre at det er en lineær sammenheng mellom de uavhengige variablene og log odds (logaritmen av odds). Hvis ikke underestimerer analysen styrken på relasjonen, noe som kan føre til at man avslår at det eksisterer en sammenheng. Til slutt krever analysen relativt store utvalg (Pallant, 2016, s. 170; Field, 2018, s. 886). Samlet sett ble det ikke funnet noen brudd på de statistiske antakelsene tilhørende logistisk regresjon.

5.5.1.1 T-test og kjiqvadrat test

Som en del av de deskriptive analysene ble det utført tre separate t-tester for uavhengige utvalg og to separate kjiqvadrat tester. Dette ble gjort for å undersøke om de

uavhengige variablene og kontrollvariablene som skulle benyttes i de logistiske regresjonsmodellene var statistisk forskjellig blant de over og under grenseverdien ≥ 8 på AUDIT. Hvis det eksisterte kjønnsforskjeller, aldersforskjeller og forskjeller i sivilstatus blant referansegruppen og gruppen med potensielle alkoholproblemer, ville dette vist betydningen av å inkludere disse variablene som kontrollvariabler i regresjonsanalysene. Det var fordi det var grunn til å anta at disse kunne opptre som konfunderende variabler når man undersøkte sammenhengene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer. En variabel er konfunderende for sammenhengen dersom den påvirker den uavhengige og avhengige variabelen (Thoresen, 2018). Konfunderende variabler kan på denne måten både skape en tilsynelatende sammenheng eller skjule en reell sammenheng. For å håndtere slike uønskede effekter kan man blant annet justere for slike variabler i en regresjonsanalyse (Thoresen, 2018), noe som ble gjort i inneværende studie.

T-test for uavhengige utvalg anvendes når man ønsker å sammenligne gjennomsnittsskåren på en kontinuerlig variabel, for to ulike grupper (Pallant, 2016, s. 244). Med andre ord anvendes analysen når grupperingsvariabelen er kategorisk med to nivå (dikotom) (Pallant, 2016, s. 245). T-testen ble utført for å undersøke forskjeller i gjennomsnittsskårer for referansegruppen (< 8 , kodet som 0) og gruppen med potensielle alkoholproblemer (≥ 8 , kodet som 1) på tvers av livskvalitet, psykiske plager og alder. Det ble i tillegg regnet ut effektstørrelse ved bruk av Cohen's d, som ser på forskjeller i gjennomsnitt mellom to grupper og uttrykker forskjellen i form av standardavvik. I følge Cohen (1988, sitert i Pallant, 2016, s. 248) er 0,2 en liten effekt, 0,5 en moderat effekt og 0,8 en stor effekt. For å undersøke forskjeller i referansegruppen (< 8 , kodet som 0) og gruppen med potensielle alkoholproblemer (≥ 8 , kodet som 1) på tvers av kjønn og sivilstatus ble det anvendt kjiikvadrat tester. Denne analysen anvendes når man ønsker å undersøke relasjonen mellom to kategoriske variabler (Pallant, 2016, s. 218). For å regne ut effektstørrelse ble phi anvendt i analysen med kjønn og Cramer's V i analysen med sivilstatus. Phi er en korrelasjonskoeffisient som går fra 0-1, hvor 0,1 indikerer en liten effekt, 0,3 indikerer en moderat effekt og 0,5 indikerer en sterk effekt (Cohen 1988, sitert i Pallant, 2016, s. 221). Cramer's V tar derimot høyde for frihetsgrader, og i inneværende studie med 4 kategorier på sivilstatus indikerte 0,06 en liten effekt, 0,17 en moderat effekt og 0,29 en sterk effekt (Pallant, 2016, s. 222).

5.5.2 Hovedanalyser

5.5.2.1 Binær logistisk regresjonsanalyse

For å besvare forskningsspørsmålet «hvordan er assosiasjonene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer blant norske universitetsstudenter?» ble det utført flere separate logistiske regresjonsanalyser. Årsaken til bruk av separate analyser var at livskvalitet og psykiske plager ble ansett som to adskilte fenomener, i tillegg til at det var ønskelig å skille risikabelt og skadelig drikkemønster fra hverandre. Dette ble gjort da man ville undersøke om de to drikkemønstrene var assosiert ulike resultater, som har blitt funnet tidligere (Erevik et al., 2017; Sæther et al., 2019). Enkel binær logistisk regresjon anvendes når den avhengige variabelen er kategorisk med to nivå (dikotom) og når man kun har én uavhengig variabel. Hvis man har flere uavhengige variabler i samme regresjonsmodell kalles analysen multippel logistisk regresjon (Bjørndal & Hofoss, 2017, s. 169). For binær logistisk regresjon, brukes analysen for å forklare binære responser ved at man undersøker sannsynligheten for at en binær (ja/nei) begivenhet skal inntreffe (Bjørndal & Hofoss, 2017, s. 164). Det er ikke direkte sannsynligheten man studerer ved logistisk regresjon, men oddsene. Oddsene er forholdstallet mellom sannsynligheten for at noe ikke skjer og sannsynligheten for at det skjer (Bjørndal og Hofoss, 2017, s. 166). I logistisk regresjon anvender man ofte oddsratio (OR), som er et tall på forholdet mellom to odds. I denne studien ble det anvendt logistisk regresjon for å undersøke om sannsynligheten for å rapportere potensielle alkoholproblemer var assosiert med livskvalitet og psykiske plager. I tillegg til oddsratio, ble også 95% konfidensintervall regnet ut. I alle de separate logistiske regresjonsanalysene ble studenter med et lavrisiko drikkemønster behandlet som referansegruppen (AUDIT <8, kodet som 0), og potensielle alkoholproblemer ble målt gjennom risikabelt drikkemønster (AUDIT mellom 8-15, kodet som 1) og skadelig drikkemønster (AUDIT ≥ 16, kodet som 1).

Den første logistiske regresjonsanalysen undersøkte assosiasjonen mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer, ved at det ble utført separate analyser med risikabelt og skadelig drikkemønster (se tabell 3 for oversikt). Først ble oddsratioen for å rapportere potensielle alkoholproblemer kalkulert ved å se på assosiasjonen med rapportert livskvalitet. For å undersøke om assosiasjonen ble påvirket av studentenes alder, kjønn og sivilstatus ble det utført tre separate analyser for hver av kontrollvariablene, i tillegg til en fullt justert analyse som kontrollerte for alle kontrollvariablene samtidig.

Den andre logistiske regresjonsanalysen undersøkte assosiasjonen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer, og ble utført på samme måte som over (se tabell 3 for

oversikt). Oddsratioen (OR) for å rapportere potensielle alkoholproblemer ble kalkulert ved å se på assosiasjonen med rapporterte psykiske plager. Det ble også utført tre separate analyser for å justere for effektene av studentenes alder, kjønn og sivilstatus, i tillegg til en samlet analyse for å justere for effekten av alle kontrollvariablene.

Tabell 3

Oversikt over logistiske regresjonsanalyser

Avhengig variabel		Logistiske regresjonsanalyser
Potensielle alkoholproblemer	Risikabelt drikkemønster AUDIT 8-15*	Uavhengig variabel**, ujustert Uavhengig variabel**, justert for alder Uavhengig variabel**, justert for kjønn Uavhengig variabel**, justert for sivilstatus Uavhengig variabel**, fullt justert
	Skadelig drikkemønster AUDIT ≥ 16 *	Uavhengig variabel**, ujustert Uavhengig variabel**, justert for alder Uavhengig variabel**, justert for kjønn Uavhengig variabel**, justert for sivilstatus Uavhengig variabel**, fullt justert

* AUDIT <8 utgjør referansegruppen

** Enten livskvalitet eller psykiske plager som uavhengig variabel

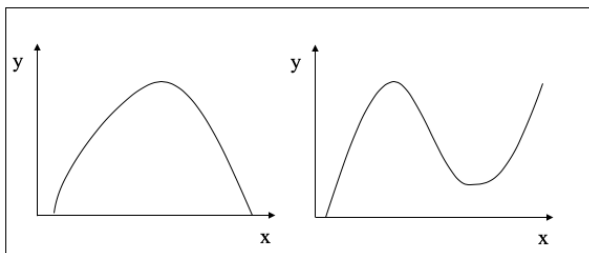
Avslutningsvis var det ønskelig å undersøke formen på assosiasjonene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer (se tabell 4 for oversikt). Dette ble gjort da noen studier har funnet at sammenhengen mellom 1) livskvalitet og potensielle alkoholproblemer og 2) psykiske plager og potensielle alkoholproblemer ikke nødvendigvis er lineær. For å undersøke formen på sammenhengene ble det først utført logistiske regresjonsanalyser med kvadratiske og kubiske ledd, noe som tillater ikke-linearitet i en lineær modell (se figur 2). I disse analysene indikerte signifikante resultater at assosiasjonen var ikke-lineær.

Tabell 4

Oversikt over logistiske regresjonsanalyser med kvadratiske og kubiske ledd

Risikabelt drikkemønster AUDIT 8-15*		Skadelig drikkemønster AUDIT ≥ 16 *	
Kvadratiske ledd	Kubiske ledd	Kvadratiske ledd	Kubiske ledd
Livskvalitet, ujustert	Livskvalitet, ujustert	Livskvalitet, ujustert	Livskvalitet, ujustert
Livskvalitet, fullt justert	Livskvalitet, fullt justert	Livskvalitet, fullt justert	Livskvalitet, fullt justert
Psykiske plager, ujustert	Psykiske plager, ujustert	Psykiske plager, ujustert	Psykiske plager, ujustert
Psykiske plager, fullt justert	Psykiske plager, fullt justert	Psykiske plager, fullt justert	Psykiske plager, fullt justert

* AUDIT <8 utgjør referansegruppen



Figur 2. Grafisk fremstilling av henholdsvis en kvadratisk og kubisk modell

I den første delen av analysen ble formen på assosiasjonen mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer undersøkt, ved å utføre separate analyser med risikabelt og skadelig drikkemønster. Da det var ønskelig å undersøke om formen på sammenhengen ble påvirket av kontrollvariablene (alder, kjønn og sivilstatus), ble det gjennomført både ujusterte og fullt justerte analyser med kvadratiske og kubiske ledd. I den andre delen av analysen ble formen på assosiasjonen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer undersøkt. Også her ble det utført separate analyser med risikabelt og skadelig drikkemønster. Det ble gjennomført både ujusterte og justerte analyser med kvadratiske og kubiske ledd for å se om kontrollvariablene påvirket formen på sammenhengen. Resultatene fra disse analysene vil derimot ikke bli presentert i sin helhet, men heller vist gjennom resultatene fra likelihood-ratio testene.

For å videre undersøke formen på sammenhengene ble det utført likelihood-ratio tester. Dette ble gjort for å undersøke hvilken av modellene fra analysene over som passet datagrunnlaget best. Likelihood-ratio test er en analyse som brukes for å sammenligne to

modeller, gitt at den enkleste modellen er integrert («nested») i den andre modellen (Glen, 2016). I disse analysene er p-verdiene et uttrykk for hvorvidt en mer "komplisert" modell passer dataene bedre, og signifikante resultater indikerer dermed at en mer komplisert modell passer datagrunnlaget best. I den første delen ble assosiasjonen mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer undersøkt. Først ble den kvadratiske og lineære modellen sammenlignet, etterfulgt av den kubiske og kvadratiske modellen. Dette ble gjennomført både for risikabelt drikkemønster og for skadelig drikkemønster. I den andre delen ble assosiasjonen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer undersøkt, ved at det ble utført separate analyser for risikabelt og skadelig drikkemønster. Her ble også først den kvadratiske og lineære modellen sammenlignet, etterfulgt av den kubiske og kvadratiske modellen.

5.6 Kvalitetssikring

Kvalitetssikring er systematiske og planlagte tiltak som utføres for å oppnå god kvalitet (Halbo, 2019). I kvantitativ forskning oppnår man god kvalitet gjennom blant annet å måle validitet og reliabilitet (Frambach, van der Vleuten & Durning, 2013; Heale & Twycross, 2015).

5.6.1 Validitet

I kvantitativ forskning refererer validitet til hvilken grad et begrep blir nøyaktig målt (Heale & Twycross, 2015). Med andre ord sikter begrepet til om et måleinstrument måler det den er ment til å måle. I følge Cozby og Bates (2015, s. 93) kan forskning bli evaluert og beskrevet i henhold til tre ulike typer validitet: begrepsvaliditet, indre validitet og ytre validitet. Begrepsvaliditet er en evaluering av om enhetene som utgjør et måleinstrument faktisk måler begrepet/fenomenet den er ment til å måle (Cozby & Bates, 2015, s. 105). På denne måten handler begrepsvaliditet om i hvilken grad man kan trekke gyldige slutninger fra testskårer relatert til begrepet/fenomenet man studerer (Heale & Twycross, 2015). Begrepsvaliditet kan anses som en vurdering basert på evidens fra flere studier som har anvendt samme måleinstrument (Kimberlin & Winterstein, 2008). Studier der måleinstrumentet har ført til korrelasjoner som passer med det forventede mønsteret bidrar på denne måten som bevis for høy begrepsvaliditet (Kimberlin & Winterstein, 2008). Det eksisterer mange indikatorer på begrepsvaliditet, blant annet diskriminerende, konvergerende

og samtidig (concurrent) validitet. Et måleinstrument har høy diskriminerende validitet når den ikke er relatert til andre konstrukter som den ikke bør være relatert til (Cozby & Bates, 2015, s, 109). Konvergerende validitet er når skårene fra måleinstrumentet er relatert til skårene fra andre måleinstrumenter som måler lignende eller samme konstrukt (Cozby & Bates, 2015, s, 108). Samtidig validitet demonstreres når det er en sammenheng mellom testskåren fra et måleinstrument og andre kriterier (for eksempel atferd) som er tilstede på samme tid, for eksempel ved å se om personer som skårer lavt eller høyt på et måleinstrument oppfører seg ulikt på forventede måter (Cozby & Bates, 2015, s, 108).

SWLS måler den kognitive livskvaliteten, og det er gjort lite konseptuelt arbeid for å beskrive hvilke teoretiske betydninger konstruktet kan tillegges (Vittersø, 2009). Valideringsgrunnlaget er dermed knyttet opp mot diskriminerende validitet og konvergerende validitet. Slike valideringsstudier har ofte funnet at SWLS korrelerer med de målene det er meningsfullt at kognitiv livskvalitet henger sammen med (Vittersø, 2009). For eksempel fant Pavot og Diener (2009, s. 101) høy konvergerende validitet med andre mål på subjektiv livskvalitet, i tillegg til diskriminerende validitet fra mål på emosjonelt velvære. Videre har valideringsstudier på HSCL-25 funnet at den har tilfredsstillende validitet for å måle symptomer på angst og depresjon (Derogatis et al., 1974; Nettelbladt, Hansson, Stefansson, Borgquist & Nordström, 1993). I en studie som undersøkte faktorstrukturen til HSCL-25 i studentpopulasjonen (ved bruk av SHoT-2014) ble det også funnet indikasjoner på konvergerende validitet (Skogen et al., 2017). Avslutningsvis tyder forskning på at AUDIT er et valid måleinstrument for identifisering av skadelig bruk, misbruk og alkoholavhengighet (de Meneses-Gaya et al., 2009) med tilfredsstillende samtidig validitet og begrepsvaliditet (Bohn, Barbor & Kranzler, 1994). Dette har også blitt funnet i studentpopulasjonen (Kokotailo et al., 2004; de Meneses-Gaya et al., 2009).

Indre validitet refererer til hvor nøyaktig man kan trekke konklusjoner om årsaksforhold (kausaltitet) (Cozby og Bates, 2015, s. 87). Med dette menes i hvilken grad de observerte effektene i studien skyldes undersøkelsen (de uavhengige variablene) og ikke ytre påvirkninger man ikke kontrollerer for (Frambach et al., 2013; Drageset & Ellingsen, 2009). Siden inneværende studie er en tversnittstudie ved bruk av spørreundersøkelse, kan man ikke trekke slutninger om årsaksforhold. Studien vil dermed ha en lav indre validitet.

Den siste formen for validitet som Cozby og Bates (2015, s. 93) nevner er ytre validitet. Ytre validitet refererer til graden resultater kan bli generalisert fra utvalget i studien og til populasjonen man undersøker (Frambach et al., 2013). Et annet begrep for ytre validitet er således generaliserbarhet (Drageset & Ellingsen, 2009). I denne studien bestod utvalget av

50 054 studenter fra 45 utdanningsinstitusjoner, hvilket representerte de 14 studentsamskipnadene i Norge (Knapstad et al., 2018, s.6). Utvalget var likefullt suboptimalt, siden det var flere kvinner (69,1%) enn menn (30,9%) med i undersøkelsen sammenlignet med de inviterte studentene (58,1% kvinner og 41,9% menn) (Knapstad et al., 2018, s.7). Dette, sammen med den relativt lave responsraten på 30,8%, vil svekke generaliserbarheten til populasjonen. Til tross for utvalgets svakheter, var utvalget stort og landsdekkende, slik at det vil være mulig (med forbehold) å generalisere funnene til studentpopulasjonen i Norge. En av grunnene til dette er at påvirkningen ikke-deltakelse har er mindre tydelig i assosiasjonsstudier (Knudsen, Hotopf, Skogen, Øverland & Mykletun, 2010), som inneværende studie er.

5.6.2 Reliabilitet

Reliabilitet refererer til et måleinstruments konsistens eller stabilitet (Heale & Twycross, 2015). Med andre ord sikter reliabilitet til hvor pålitelig et måleinstrument er. Ethvert måleinstrument består av en «sann» skåre, som er ukjent, og en målefeil (Cozby & Bates, 2015, s. 100). Den sanne skåren er skåren en person ville fått dersom måleinstrumentet er helt nøyaktig (Kimberlin & Winterstein, 2008). Således betyr reliabilitet i kvantitativ metode i hvilken grad resultatene er konsistente hvis studien repliseres (Frambach et al., 2013). Til tross for at det ikke er mulig å gi en eksakt kalkulering av reliabilitet, kan man oppnå et estimat på reliabilitet gjennom ulike mål (Heale & Twycross, 2015). Siden inneværende studie er en tversnittstudie, ble det kun gjort én måling på ett tidspunkt. Det var dermed naturlig å måle måleinstrumentenes indre konsistens (reliabilitet), da det ikke var mulig å måle stabilitet over tid i gjeldende studie. Denne formen for reliabilitet gir et estimat på om leddene som utgjør måleinstrumentet er ekvivalente, og baseres på antakelsen om at enhetene som måler samme konstrukt bør korrelere (Kimberlin & Winterstein, 2008). Den vanligste testen for å avgjøre et måleinstruments indre konsistens er Cronbach's alfa (Heale & Twycross, 2015). Denne gir informasjon om gjennomsnittet av alle mulige split-half reliabilitetskoeffisienter, som er korrelasjonen av den totale skåren på en halvdel av testen med den totale skåren på den andre halvdel av testen (Cozby & Bates, 2015, s. 103). Verdien på Cronbach's alfa er således funksjonen av gjennomsnittskorrelasjonen mellom alle enkeltleddene, og antall enheter i måleinstrumentet (Kimberlin & Winterstein, 2008). Resultatet på Cronbach's alfa er et tall mellom 0 og 1, og en ofte anvendt akseptert verdi er

0,70 og høyere (Heale & Twycross, 2015). I inneværende studie viste både SWLS (0,89), HSCL-25 (0,94) og AUDIT (0,75) en tilfredsstillende indre konsistens reliabilitet.

5.7 Forskningsetiske vurderinger

Forskningsetiske retningslinjer er forankret i forskningsetiske normer (NESH, 2016, s. 6), som innebærer moralske eller etiske regler for hvordan man utfører forskning (Befring, 2007, s. 54). De forskningsetiske retningslinjene er veiledende og rådgivende, og hensikten er at de skal bidra til å utvikle forskningsetisk refleksjon og skjønn, fremme god vitenskapelig praksis, samt avklare etiske dilemma (NESH, 2016, s. 5). Retningslinjene er forpliktende både for forskningsinstitusjoner og forskere, og innebærer et ansvar for å sikre at forskningen som blir utført er god og forsvarlig. De forskningsetiske normene som retningslinjene er forankret i, regulerer forskningen i ulike relasjoner og på ulike områder; normer som regulerer forskersamfunnet, normer for god vitenskapelig praksis, forskningens relasjon til samfunnet og forskningens forpliktelse overfor deltakerne i forskningen (NESH, 2016, s. 6).

Inneværende studie fulgte prinsippene om åpenhet, etterprøvbarehet, redelighet, etterrettelighet og kritisk vurdering i forskningsprosessen. Videre ble SHoT-undersøkelsen 2018 godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2017/1176/REK vest) (se vedlegg 4). Angående forpliktelser overfor deltakere i studien fikk alle deltakere en detaljert orientering innledningsvis om undersøkelsens personvern og forskningsetikk (Knapstad et al., 2018, s. 1). Deltakerne mottok så et elektronisk informert samtykke (se vedlegg 5) som måtte bli signert før de kunne gå videre med selve undersøkelsen (Knapstad et al., 2018 s. 5). De ble også informert om at deltakelse var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen. I tillegg har alt datamateriale blitt behandlet konfidensielt.

SHoT-undersøkelsen 2018 ble utført av Folkehelseinstituttet (FHI) på oppdrag av studentsamskipnadene SiT, SiO og Sammen (Knapstad et al., 2018, s.1). Det var således FHI som var forskningsansvarlig institusjon for spørreundersøkelsen (Knapstad et al., 2018, s 5). Både gjennomføring og planleggingen av undersøkelsen foregikk i tett samarbeid med styringsgruppen, som bestod av velferdsdirektøren fra Sammen og SiT, samt tidligere leder for SiO helse (Knapstad et al., 2018, s 5). Det har også vært et tett samarbeid mellom styringsgruppen og FHI, der spørreskjemaet ble gjennomgått og forbedret i fellesskap, i tillegg til at dataanalyse og rapportskrivning ble utført i tett samspill og dialog (Knapstad et al., 2018, s.1).

6 Resultat

Gjeldende studie undersøkte assosiasjonen mellom 1) livskvalitet og potensielle alkoholproblemer og 2) psykiske plager og potensielle alkoholproblemer. I denne problemstillingen inngikk også undersøkelsen av formen på sammenhengene. Alle analyser ble utført for å belyse denne problemstillingen. Kapitlet starter med å presentere resultatene fra de deskriptive analysene, hvor forskjeller på tvers av referansegruppen og gruppen med potensielle alkoholproblemer ($AUDIT \geq 8$) ble undersøkt i henhold til de uavhengige variablene og kontrollvariablene. Avslutningsvis blir resultatene fra de ulike binære logistiske regresjonsanalysene presentert, i tillegg til analysene som undersøkte formen på sammenhengene.

6.1 Deskriptive resultater på tvers av lavrisiko drikkemønster og potensielle alkoholproblemer

I tabell 5 presenteres de deskriptive resultatene på tvers av gruppen med lavrisiko drikkemønster (referansegruppen) og gruppen med potensielle alkoholproblemer, som både omfatter gruppen med risikabelt drikkemønster og skadelig drikkemønster. Det var en signifikant forskjell mellom de to gruppene i nivåer av livskvalitet; $t(46298,1) = 13,92, p < 0.001$, *Cohen's d* = 0,13), der gruppen med potensielle alkoholproblemer rapporterte lavere nivåer av livskvalitet (Gjennomsnitt (M) = 21,47, standardavvik (SD) = 6,64) sammenlignet med gruppen med lavrisiko drikkemønster (M = 22,33, SD = 6,82). Det var også en signifikant forskjell i gjennomsnittskåren av psykiske plager; $t(49809) = -10,25, p < .001$, *Cohen's d* = -0,09), hvor gruppen med potensielle alkoholproblemer rapporterte høyere gjennomsnittsnivåer av psykiske plager (M = 1,76, SD = 0,55) sammenlignet med gruppen med lavrisiko drikkemønster (M = 1,71, SD = 0,55).

Når det gjaldt kontrollvariablene ble det funnet en signifikant forskjell i gjennomsnittsalderen mellom de to gruppene; $t(49166,9) = 21,86, p < .001$, *Cohen's d* = 0,19), der gruppen med potensielle alkoholproblemer hadde lavere gjennomsnittsalder (M = 22,89, SD = 2,84) sammenlignet med gruppen med lavrisiko drikkemønster (M = 23,53, SD = 3,58). Videre var det en signifikant assosiasjon mellom kjønn og potensielle alkoholproblemer; χ^2 (Frihetsgrader (DF) = 1, N = 49,690) = 704,27, $p < .001$, *phi* = 0,12), der en høyere andel med mannlige studenter (52,5%) rapporterte potensielle alkoholproblemer sammenlignet med kvinnelige studenter (39,7%). Det var også en signifikant assosiasjon mellom sivilstatus og potensielle alkoholproblemer; χ^2 (DF = 3, N =

49,812) = 1700,00, $p < .001$, *Cramer's V* = 0,19), hvor en høyere andel med single studenter (58%) rapporterte potensielle alkoholproblemer sammenlignet med både studenter i et forhold (23,8%), studenter med samboer (17,2%) og studenter som er gift (0,9%).

Tabell 5

Deskriptive beskrivelser av gruppene med lavrisiko drikkemønster og potensielle alkoholproblemer

	N	AUDIT<8	AUDIT≥8	p-verdi	t-verdi / χ^2 -verdi
Livskvalitet ^a	48,571	22,33	21,47	< .001	13,88
Psykiske plager ^a	49,811	1,71	1,76	< .001	-10,25
Alder ^a	49,202	23,53	22,89	< .001	21,24
Kjønn ^b	49,690			< .001	704,27
	Kvinner (%)	60,3	39,7		
	Menn (%)	47,5	52,5		
Sivilstatus ^b	49,812			< .001	1700,00
	Singel (%)	43,8	58,0		
	I et forhold (%)	23,7	23,8		
	Samboer (%)	27,1	17,2		
	Gift (%)	5,4	0,9		

^aUavhengig t-test

^bKjikkvadrat test

6.2 Assosiasjonen mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer

Tabell 6 viser til de ujusterte og justerte logistiske regresjonsmodellene for assosiasjonen mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer, hvor det skiller mellom risikabelt drikkemønster (AUDIT mellom 8-15) og skadelig drikkemønster (AUDIT ≥16). Referansegruppen var studentene som skårte under 8 på AUDIT. Den ujusterte modellen viste en signifikant assosiasjon mellom livskvalitet og risikabelt drikkemønster, der én enhets økning i verdien på livskvalitet reduserte sannsynligheten for å ha et risikabelt drikkemønster (OR = 0,99, $p < .001$). Resultatene indikerte at for hvert økende nivå av livskvalitet var det i gjennomsnitt om lag 1 % mindre sannsynlighet for å rapportere et risikabelt drikkemønster. Ved separat justering for alder, kjønn og sivilstatus ble det observert en marginal endring i punkttestimatet etter å ha kontrollert for sivilstatus (se tabell 6). Den fullstendig justerte modellen var statistisk signifikant ($\chi^2(6, N = 45,068) = 1970,08, p < .001$). Modellen indikerte

at for hver enhets økning i livskvalitet var studenter i gjennomsnitt om lag 1 % mindre sannsynlige til å rapportere et risikabelt drikkemønster (OR = 0,99, $p < .001$).

Når det gjaldt sammenhengen mellom livskvalitet og skadelig drikkemønster viste den ujusterte modellen en signifikant assosiasjon, der én enhets økning i livskvalitet reduserte sannsynligheten for å ha et skadelig drikkemønster (OR = 0,94, $p < .001$). Resultatene indikerte at for hvert økende nivå av livskvalitet var det i gjennomsnitt om lag 6% mindre sannsynlighet for å rapportere et skadelig drikkemønster. Ved separat justering for kontrollvariablene alder, kjønn og sivilstatus ble det kun observert en marginal endring i punkttestimatet etter å ha kontrollert for sivilstatus (se tabell 6). Den fullstendig justerte modellen var statistisk signifikant ($\chi^2(6, N = 29,387) = 1448,53, p < .001$). Modellen indikerte at for hver enhets økning i livskvalitet var studenter i gjennomsnitt om lag 5% mindre sannsynlige til å rapportere et skadelig drikkemønster (OR = 0,95, $p < .001$).

Tabell 6

Ujusterte og justerte assosiasjoner mellom livskvalitet (SWLS) og potensielle alkoholproblemer (AUDIT ≥ 8). Logistiske regresjonsmodeller. N = 47,686.

	AUDIT (8-15)*		AUDIT (≥ 16)*	
	Odds ratio ^a (KI95%)	p-verdi	Odds ratio ^a (KI95%)	p-verdi
Livskvalitet, ujustert	0,987 (0,985 – 0,990)	< .001	0,943 (0,938 – 0,949)	< .001
Livskvalitet, justert for alder	0,986 (0,983 – 0,989)	< .001	0,942 (0,937 – 0,948)	< .001
Livskvalitet, justert for kjønn	0,987 (0,984 – 0,990)	< .001	0,944 (0,938 – 0,949)	< .001
Livskvalitet, justert for sivilstatus	0,995 (0,992 – 0,998)	< .001	0,955 (0,949 – 0,960)	< .001
Livskvalitet, fullt justert	0,992 (0,990 – 0,995)	< .001	0,953 (0,947 – 0,958)	< .001

*AUDIT <8 utgjør referansegruppen

^aBenytter 3 desimaler i denne tabellen, fordi 1,00 vil være resultatet ved avrunding for det øvrige kondifensintervallet

6.3 Assosiasjonen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer

Tabell 7 viser til de ujusterte og justerte logistiske regresjonsmodellene for assosiasjonen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer, hvor det skiller mellom risikabelt drikkemønster (AUDIT mellom 8-15) og skadelig drikkemønster (AUDIT ≥ 16). Referansegruppen var studentene som skårte under 8 på AUDIT. Den ujusterte

modellen viste en signifikant assosiasjon mellom psykiske plager og risikabelt drikkemønster, der én enhets økning i psykiske plager i gjennomsnitt økte sannsynligheten for å rapportere et risikabelt drikkemønster med om lag 8% (OR = 1,08, $p < .001$). Ved separat justering for alder og sivilstatus ble det kun observert en marginal endring i punkttestimatet. Det ble derimot observert en større endring i punkttestimatet ved å justere for kjønn (se tabell 7). Den fullstendig justerte modellen var statistisk signifikant ($\chi^2(6, N = 46,224) = 2074,02, p < .001$). Resultatet indikerte at for hver enhets økning i psykiske plager var studenter i gjennomsnitt om lag 19% mer sannsynlige til å rapportere et risikabelt drikkemønster (OR = 1,19, $p < .001$).

Når det gjaldt assosiasjonen mellom psykiske plager og skadelig drikkemønster viste den ujusterte modellen en signifikant assosiasjon, hvor én enhets økning i psykiske plager i gjennomsnitt ga om lag dobbelt så stor sannsynlighet for å rapportere et skadelig drikkemønster (OR = 2,00, $p < .001$). Ved separat justering for alder og sivilstatus ble det observert en marginal endring i punkttestimatet. Det ble derimot observert en større endring i punkttestimatet ved å justere for kjønn (se tabell 7). Den fullstendig justerte modellen var statistisk signifikant ($\chi^2(6, N = 30,190) = 1840,14, p < .001$). Modellen indikerte at for hver enhets økning i psykiske plager hadde studenter i gjennomsnitt om lag 2,5 ganger høyere odds til å rapportere et skadelig drikkemønster (OR = 2,45, $p < .001$).

Tabell 7

Ujusterte og justerte assosiasjoner mellom psykiske plager (HSCL-25) og potensielle alkoholproblemer (AUDIT ≥ 8). Logistiske regresjonsmodeller. $N = 48,886$.

	AUDIT (8-15)*		AUDIT (≥ 16)*	
	Odds ratio (KI95%)	p-verdi	Odds ratio (KI95%)	p-verdi
Psykiske plager, ujustert	1,08 (1,04 – 1,12)	< .001	2,00 (1,87 – 2,13)	< .001
Psykiske plager, justert for alder	1,07 (1,04 – 1,11)	< .001	1,99 (1,87 – 2,12)	< .001
Psykiske plager, justert for kjønn	1,21 (1,16 – 1,25)	< .001	2,53 (2,36 – 2,70)	< .001
Psykiske plager, justert for sivilstatus	1,07 (1,04 – 1,11)	< .001	1,97 (1,85 – 2,11)	< .001
Psykiske plager, fullt justert	1,19 (1,15 – 1,23)	< .001	2,45 (2,29 – 2,62)	< .001

*AUDIT <8 utgjør referansegruppen

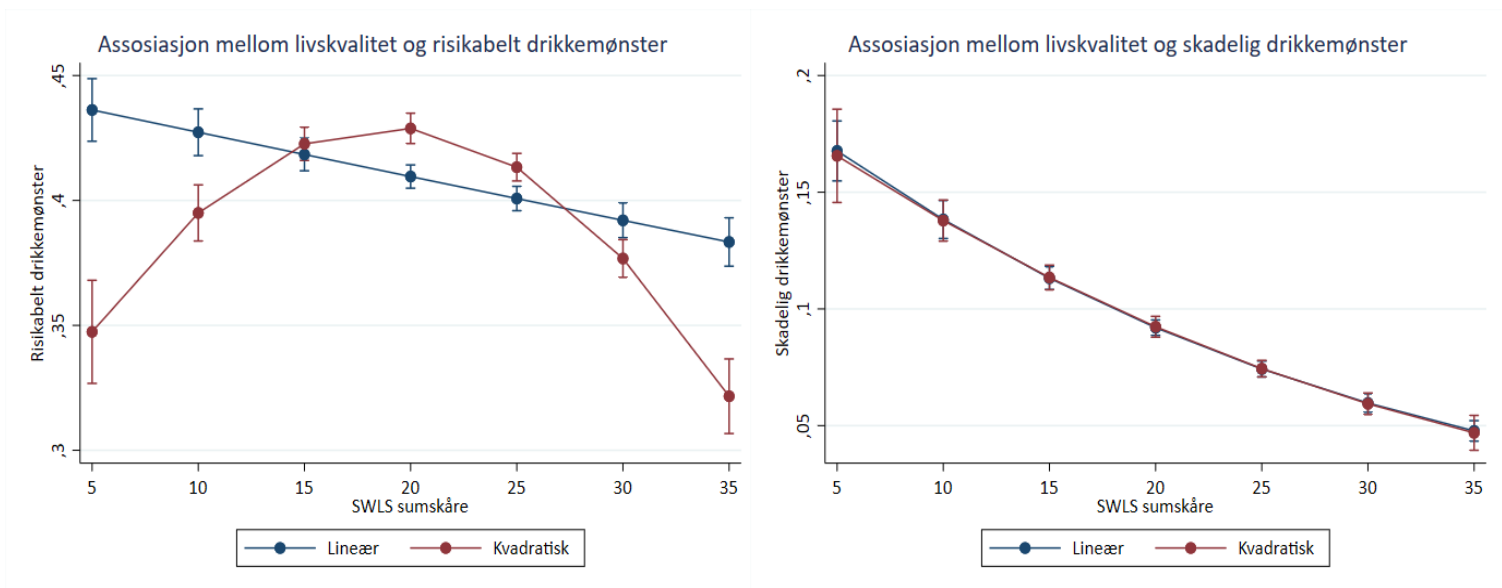
6.4 Formen på assosiasjonene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer

Tabell 8 viser likelihood-ratio tester for de fullt justerte assosiasjonene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer i separate analyser. I disse analysene inngikk resultatene fra de fullt justerte logistiske regresjonsanalysene med kvadratiske og kubiske ledd. Siden oddsratioene for de ikke-lineære leddene kan være vanskelige å tolke, ble det besluttet å kun vise resultatene fra likelihood-ratio testene. Se vedlegg 6 for resultater fra de logistiske regresjonsanalysene med kvadratiske og kubiske ledd. I innværende studie var den lineære modellen den enkleste modellen, etterfulgt av den kurvelineære modellen, og til sist var den kubiske modellen den mest kompliserte modellen. Resultatene fra likelihood-ratio testene for assosiasjonen mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer viste at den kvadratiske modellen var best for å beskrive assosiasjonen med risikabelt drikkemønster, hvor studentene med moderat livskvalitet hadde den høyeste sannsynligheten for å tilhøre gruppen med risikabelt drikkemønster (se figur 3). For assosiasjonen mellom livskvalitet og skadelig drikkemønster var den lineære modellen best, hvor studentene med lavest livskvalitet hadde den høyeste sannsynligheten for å tilhøre gruppen med skadelig drikkemønster (se figur 3).

Tabell 8

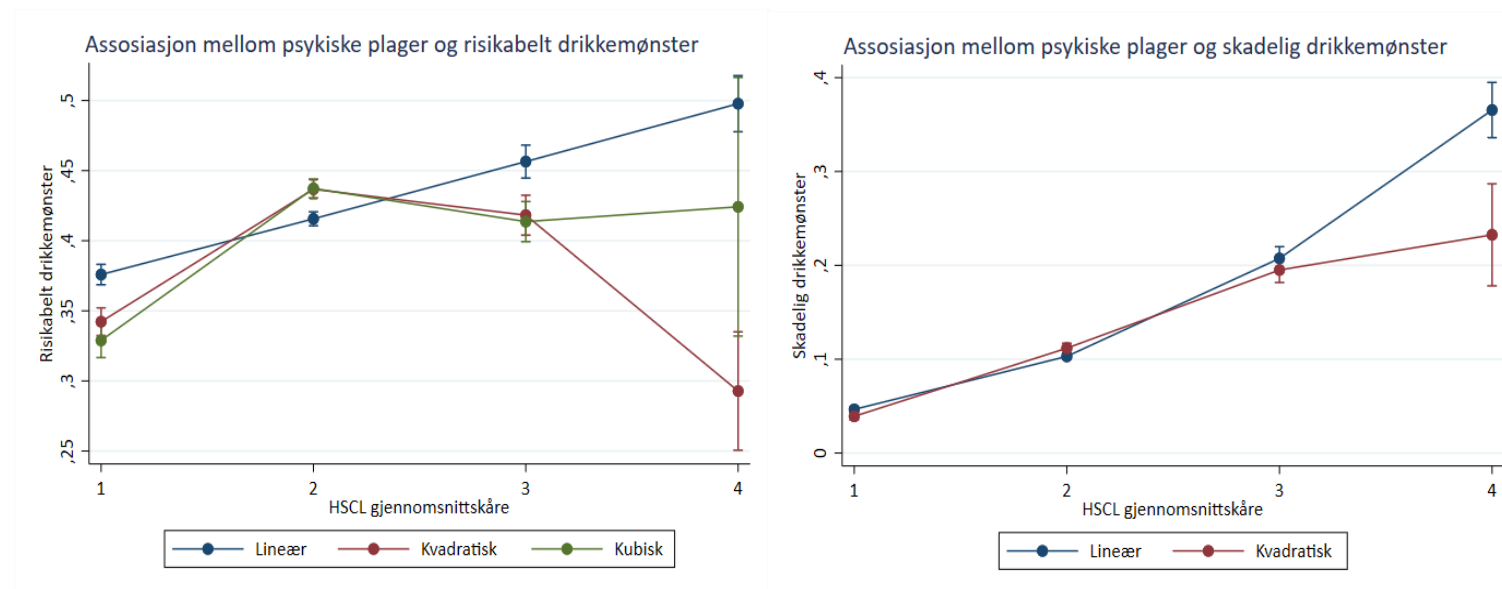
Likelihood-ratio tester for assosiasjonene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer.

	AUDIT (8-15)		AUDIT (≥ 16)	
	Likelihood ratio	P-verdi	Likelihood ratio	P-verdi
Livskvalitet, fullt justert	Kvadratisk vs. lineær	< .001	Kvadratisk vs. lineær	.790
	Kubisk vs. kvadratisk	.557	Kubisk vs. kvadratisk	.150
Psykiske plager, fullt justert	Kvadratisk vs. lineær	< .001	Kvadratisk vs. lineær	< .001
	Kubisk vs. kvadratisk	.001	Kubisk vs. kvadratisk	.134



Figur 3. Assosiasjonen mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer

Når det gjaldt assosiasjonen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer viste likelihood-ratio testene at den kubiske modellen var best for å beskrive assosiasjonen med risikabelt drikkemønster, og at den kvadratiske modellen var best for å beskrive assosiasjonen med skadelig drikkemønster (se figur 4).



Figur 4. Assosiasjonen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblem

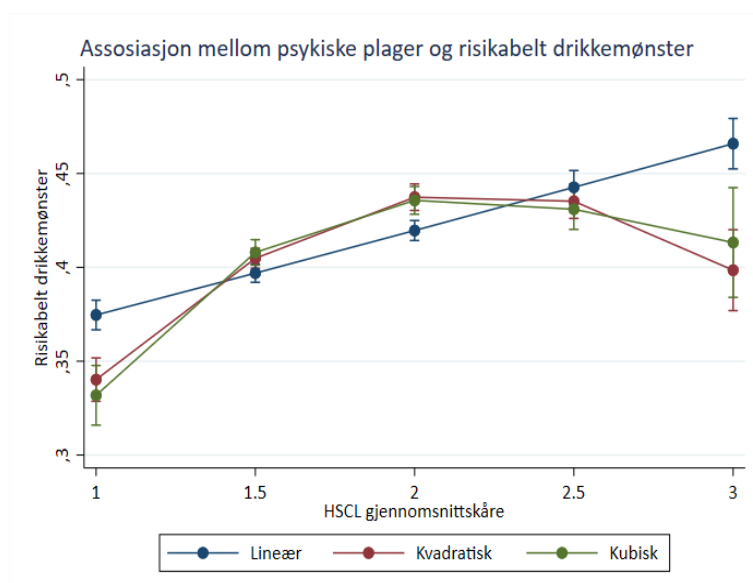
Funnet om at den kubiske modellen var best for å beskrive assosiasjonen mellom psykiske plager og risikabelt drikkemønster var et uventet resultat, ettersom slike modeller kan være vanskelig å tolke og forklare. I følge parsimonitetsprinsippet er en enklere modell å foretrekke dersom den forklarer tilsvarende like mye som den mer kompliserte. I tillegg var

konfidensintervallet for å skåre 4 på HSCL-25 veldig stort, noe som indikerte upresise estimat og få målepunkt. Det var derfor ønskelig å utføre en ad-hoc analyse for å undersøke om den lille andelen (til sammen 5% av utvalget, 2,5% i hver ende av skalaen) av studentene som skårte de mest ekstreme verdiene på HSCL-25 (1 og 4) påvirket formen på assosiasjonen. Det ble derfor gjennomført en ny likelihood-ratio test der 2,5% av skårene i hver ende av HSCL-25 skalaen ble fjernet, som vist i tabell 9. Etter justeringen ble det observert en endring, der den kvadratiske modellen passet dataen best for å beskrive assosiasjonen mellom psykiske plager og risikabelt drikkemønster (se figur 5). Resultatene indikerte at studentene med moderate gjennomsnittsnivåer av psykiske plager hadde den største sannsynligheten for å tilhøre gruppen med risikabelt drikkemønster, og at studentene med høyest gjennomsnittsnivå av psykiske plager hadde den største sannsynligheten for å tilhøre gruppen med skadelig drikkemønster.

Tabell 9

Likelihood-ratio test for assosiasjonen mellom psykiske plager og risikabelt drikkemønster etter å ha fjernet 2,5% av deltakerne i hver ende av HSCL-25 skalaen

AUDIT (8-15)		
	Likelihood-ratio	P-verdi
Psykiske plager, fullt justert	Kvadratisk vs. lineær	<.001
	Kubisk vs. kvadratisk	.139



Figur 5. Assosiasjonen mellom psykiske plager og risikabelt drikkemønster (fjernet 2,5% i hver ende av HSCL-25 skalaen)

7 Diskusjon

Følgende kapittel starter med å presentere hovedfunnene i inneværende studie. Videre blir resultatene diskutert i henhold til tidligere forskning og studiens teoretiske rammeverk. Studiens styrker, svakheter og implikasjoner vil så bli drøftet, før det avslutningsvis blir presentert forslag til videre forskning og konklusjon.

7.1 Oppsummering av hovedfunn

Inneværende studie undersøkte assosiasjonene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer blant norske universitetsstudenter. Resultatene fra de ulike logistiske regresjonsanalysene støttet antakelsene om at det eksisterer en assosiasjon mellom 1) livskvalitet og potensielle alkoholproblemer og 2) psykiske plager og potensielle alkoholproblemer. I de justerte analysene, hvor det ble kontrollert for alder, kjønn og sivilstatus, ble det funnet at for hver enhets økning i livskvalitet ble sannsynligheten for at studentene rapporterte risikabelt eller skadelig drikkemønster redusert. Motsatt sammenheng ble funnet for psykiske plager, da resultatene viste at for hver enhets økning i psykiske plager ble sannsynligheten for at studentene rapporterte risikabelt eller skadelig drikkemønster økt.

Gjeldende studie undersøkte også formen på assosiasjonene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer. Blant studenter med et risikabelt drikkemønster antydte resultatene at det eksisterte en kurvelineær assosiasjon, i form av en omvendt U-formet kurve, med både livskvalitet og psykiske plager. Blant studentene med et skadelig drikkemønster ble det derimot funnet en lineær assosiasjon med livskvalitet, og en kurvelineær assosiasjon med psykiske plager. Samlet sett viste studien betydningen av å gjennomføre separate analyser for de ulike formene for potensielle alkoholproblemer, da risikabelt og skadelig drikkemønster hadde en ulik assosiasjon med livskvalitet og psykiske plager.

7.2 Assosiasjonen mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer

Den observerte sammenhengen mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer indikerte at en økning i livskvalitet reduserte sannsynligheten for at studentene rapporterte potensielle alkoholproblemer. Ved å se på de to underkategoriene av potensielle alkoholproblemer, ble det spesifikt funnet at én enhets økning i livskvalitet reduserte sannsynligheten for å rapportere et risikabelt drikkemønster med om lag 1%. For skadelig drikkemønster ble sannsynligheten redusert med om lag 5%. Disse prosentverdiene bør ses i

lys av at SWLS har en variasjonsbredde på 5-35. Livskvaliteten kan dermed potensielt øke med 30 nivåer og resultere i betydelig redusert sannsynlighet for å rapportere risikabelt eller skadelig drikkemønster. Likevel kan man ikke direkte sammenligne oddsratioen i den lineære modellen, ettersom studien fant at formen på sammenhengene var ulik for risikabelt og skadelig drikkemønster.

Funnet samsvarer i stor grad med andre studier som har undersøkt assosiasjonen mellom alkoholbruk og livskvalitet, men med livskvalitet som den avhengige variabelen. Både Blank et al. (2016) og Mohamed og Ajmal (2015) brukte AUDIT-C, som er en kortversjon av AUDIT med tre spørsmål om alkoholbruk de siste 12 månedene (Bush, Kivlahan, McDonell, Fihn & Bradley, 1998). Begge fant at et risikabelt og et skadelig drikkemønster var assosiert med lavere livskvalitet blant universitetsstudenter. Blank et al. (2016) opererte i tillegg med kjønnsespesifikke grenseverdier for potensielle alkoholproblemer, og brukte begrepet mentalt velvære som et overordnet begrep på subjektiv livskvalitet og psykologisk funksjon i sin studie. Blank et al. (2016) fant i analysene, justert for ulike individuelle-, sosiale- og personlighetsfaktorer, at de mannlige studentene som rapporterte et skadelig (AUDIT-C skåre ≥ 7) og et risikabelt drikkemønster (AUDIT-C skåre 1-6) hadde lavere mentalt velvære sammenlignet med studentene som ikke drakk alkohol. Blant de kvinnelige studentene ble det kun funnet en sammenheng mellom skadelig drikkemønster (AUDIT-C skåre ≥ 5) og mentalt velvære. Videre fant Mohamed og Ajmal (2015) i de justerte analysene, hvor det blant annet ble kontrollert for alder og kjønn, at et risikabelt drikkemønster (som indikert ved en høyere AUDIT-C skåre) økte sannsynligheten for å rapportere dårlig livskvalitet med 9% blant unge voksne (18-29 år). En svakhet ved studien var imidlertid at de ikke oppga grenseverdien for risikabelt drikkemønster, og det var dermed usikkert hva de definerte som et risikabelt drikkemønster. Til tross for at Blank et al. (2016) og Mohamed og Ajmal (2015) brukte andre mål på livskvalitet, samsvarer deres resultater i stor grad med inneværende studie, hvilket styrker dokumentasjonen på at det eksisterer en sammenheng mellom livskvalitet og alkoholproblemer.

Man antar at det eksisterer et komplekst samspill mellom livskvalitet og alkoholbruk. Den sosiale helsemodellen til Dahlgren og Whitehead (1991) antyder at faktorer som kjønn, alder og sosial støtte, i form av hvilken grad man opplever nære relasjoner, påvirker individets helse og helseatferd (Helsedirektoratet, 2014, s. 14). Tidligere studier har funnet at yngre, mannlige og single studenter drikker mer enn andre studenter (Heradstveit et al., 2019; Erevik et al., 2017). Denne variasjonen innad i studentpopulasjonen var noe inneværende studie tok hensyn til, ved at alder, kjønn og sivilstatus ble inkludert som kontrollvariabler. Likevel forble

resultatene signifikante i de justerte analysene, og det ble kun observert en marginal endring i punkttestimatet etter å ha justert for sivilstatus. Samlet sett tolkes dette som at justeringen av kontrollvariablene ikke påvirket forholdet mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer blant studentene i inneværende studie.

At det ikke ble observert en konfundering, i form av at sammenhengen ble sterkere eller svakere i de justerte analysene, står i kontrast til studien til Massin og Kopp (2014). Dette er en av de få studiene som i tillegg har undersøkt formen på assosiasjonen mellom alkoholkonsum og livskvalitet, og som det dermed er mulig å sammenligne med. I deres studie ble både assosiasjonen svakere og formen på de kurvelineære sammenhengene betraktelig flatere når det ble kontrollert for en rekke forhold som alder, kjønn, sivilstatus, utdanning, yrke og inntekt. At inneværende studie står i motsetning til studien til Massin og Kopp (2014) kan delvis forklares ved at de inkluderte en rekke andre kontrollvariabler enn gjeldende studie, og at Massin og Kopp (2014) hadde et utvalg med bredere aldersspenn, som ikke var studenter.

Resultatene fra inneværende studie står også i kontrast til flere studier som har funnet at kjønn påvirker assosiasjonen mellom alkoholbruk og livskvalitet. Blant annet fant Murphy et al. (2005) at alkoholbruk kun var assosiert med lavere livskvalitet hos amerikanske kvinnelige studenter, mens Edkins et al. (2017, s. 130) fant at sporadisk stordriking kun var assosiert med høyere livskvalitet hos mannlige kanadiske studenter. Murphy et al. (2005) forklarte funnene delvis ved at kvinner kan være mer sensitive enn menn til å føle på de negative effektene som alkoholbruk har på livskvalitet, som søvnproblemer, vektøkning, svekket energi og redusert prestasjon (Murphy et al., 2005). Både Murphy et al. (2005) og Edkins et al. (2017, s. 130) forklarte også funnene ved at mannlige studenter i større grad opplever sosiale fordeler og høyere sosial tilfredshet enn kvinnelige studenter, hvilket muligens reduserer virkningen som de alkoholrelaterte problemene har på generell livskvalitet. Som nevnt ble det ikke observert noen forskjell før og etter justering av kontrollvariablene i inneværende studie, men det kan være at sammenhengene hadde endret seg ved å inkludere andre potensielt konfunderende variabler.

7.2.1 Formen på assosiasjonen mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer

Inneværende studie undersøkte også formen på assosiasjonen mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer. Studien fant belegg for en kurvelineær assosiasjon mellom livskvalitet og risikabelt drikkemønster, og en lineær assosiasjon mellom livskvalitet og

skadelig drikkemønster i de justerte analysene. Dette støtter dermed tidligere forskning som har funnet at de ulike drikkemønstrene er assosiert med ulike utfall (Erevik et al., 2017; Sæther et al., 2019). Blant annet fant Sæther et al. (2019) at studenter som rapporterte et skadelig drikkemønster hadde lavere livskvalitet enn studentene som rapporterte et risikabelt drikkemønster.

7.2.1.1 Risikabelt drikkemønster

I inneværende studie utgjorde assosiasjonen med livskvalitet en omvendt U-formet kurve. Det vil si at studentene som rapporterte en moderat livskvalitet hadde den høyeste sannsynligheten for å tilhøre gruppen med risikabelt drikkemønster. Blant studentene som rapporterte høyest og lavest livskvalitet, er det verdt å merke seg at det var studentene med høyest livskvalitet som hadde den laveste sannsynligheten for å tilhøre gruppen med risikabelt drikkemønster. At det ble funnet en kurvelineær assosiasjon i gruppen med risikabelt drikkemønster er i tråd med studien til Massin og Kopp (2014), som også fant en omvendt U-formet kurve når de undersøkte formen på relasjonen mellom alkoholkonsum og livskvalitet i det fulle utvalget (både kvinner og menn). I motsetning til inneværende studie fant Massin og Kopp (2014) at stordrikkere og alkoholavholdne individer rapporterte den laveste livskvaliteten. Ettersom det er usikkert om forskjellene skyldes metodiske ulikheter eller faktiske forskjeller, må sammenligning bli gjort med forbehold. Mulige årsaker til hvorfor inneværende studie fikk andre resultater kan skyldes at Massin og Kopp (2014) målte alkoholkonsum, mens gjeldende studie anvendte AUDIT som et mål på risikabelt drikkemønster. I tillegg målte Massin og Kopp (2014) livskvalitet gjennom kun ett spørsmål, mens inneværende studie anvendte det validerte måleinstrumentet SWLS. Massin og Kopp (2014) hadde også et utvalg med voksne deltakere som var i en annen livsfase enn studenter. Resultatet fra inneværende studie kan dermed tolkes som at livsfase eller livssituasjon er av betydning for assosiasjonen mellom livskvalitet og alkoholbruk.

I gjeldende studie rapporterte 38,2% (N = 19,051) av studentene et risikabelt drikkemønster, noe som utgjorde flertallet i gruppen med potensielle alkoholproblemer. Dette er i tråd med tidligere studier som har funnet at det er et slikt drikkemønster som er vanlig i studentpopulasjonen (Sæther et al., 2019; Myrtveit et al., 2016). Edkins et al. (2017, s. 113) hevder at sporadisk stordrikkelse virker å ha blitt en del av universitetskulturen, der det å drikke store mengder alkohol i økende grad har blitt normalisert. Å ha et høyt alkoholforbruk i denne aldersgruppen virker i tillegg å fremstå som en vanlig atferd, ettersom Chan et al.

(2007) fant i sin amerikanske populasjonsstudie at alkoholforbruket var høyest i aldersgruppen 18-29, etterfulgt av en gradvis nedgang etter fylte 30 år. Dette ble støttet i den longitudinelle studien til Arria et al. (2016), som fant at alkoholbruken (både frekvens og kvantitet) avtok etter uteksaminering fra høyere utdanning. Dette kan indikere at det risikable drikkemønsteret er forbigående, og knyttet til studenttilværelsen. Med andre ord er det sannsynlig at det risikable drikkemønsteret i større grad reflekterer sosial drikking blant studenter, og ikke problematisk drikking. I følge Christiansen, Vik og Jarchow (2002) påvirkes sosial drikking av konteksten individet er i. Individuer med sosiale motiver rapporterer i større grad positive opplevelser når de drikker alkohol, som humørforbedringer, sosiale fordeler og kroppslige reaksjoner (Peele og Brodsky, 2000, s. 231). Dette kan være spesielt gjeldende i studentpopulasjonen.

Det har i tillegg blitt trukket frem flere forhold i studenttilværelsen som kan bidra til å forklare det risikable drikkemønsteret, hvilket gjeldende studie antyder er den «vanlige atferden» i denne gruppen. For eksempel hevder Smith et al. (2011) at det høye alkoholforbruket kan reflektere en oppfattet uavhengighet fra foreldre, og virke som et overgangsritual til voksenlivet og selvbestemmelse. Sosialt nettverk er også en viktig påvirkningsfaktor, da man har sett at alkoholbruken er høyere blant studenter som har venner som anvender rusmidler (Taylor, 2006). I tillegg er festing blant studenter en viktig sosial arena. Deltakelse i fadderuken, som er arrangert av universiteter og høyskoler, har også vist seg å være assosiert med bedre sosial integrering og tilfredshet med studentmiljøet på universitetet (Myrtveit, Askeland, Knapstad, Knudsen & Skogen, 2017). Likevel har man sett en sammenheng mellom deltakelse i fadderuken og et risikabelt drikkemønster (Myrtveit et al., 2016). Dette er eksempel på hvordan kontekstuelle forhold knyttet til det å være ny student kan påvirke studentenes alkoholbruk.

Videre fant studien at over 40 % av studentene med et risikabelt drikkemønster rapporterte en moderat livskvalitet, og representerte således flertallet i gruppen. At studentene med en moderat livskvalitet var mest sannsynlige til å tilhøre gruppen med risikabelt drikkemønster, kan dermed skyldes at både en moderat livskvalitet og et risikabelt drikkemønster er utbredt blant studenter. Diener (2006) hevder at en skåre på SWLS mellom 20-24 representerer gjennomsnittsnivået, og det er således mulig at en moderat livskvalitet er et vanlig nivå i studentpopulasjonen. Individuer som opplever gjennomsnittlige nivåer av livskvalitet er for det meste fornøyd med livet, men ønsker enten litt forbedringer på alle områder i livet, eller har noen få livsområder som trenger forbedring (Diener, 2006). For en student kan man anta at utdanning er et viktig livsområde som påvirker deres livskvalitet.

Hvor fornøyd studentene er med dette livsområdet avhenger av en rekke faktorer, som opplevelsen av mestring, engasjement og sosial støtte (Helsedirektoratet, 2014, s. 10). I tillegg er både opplevelsen av akademisk press og stress trolig sentrale faktorer i en utdanningssituasjon, hvilket Coccia og Darling (2016) fant var med på å redusere studentenes livskvalitet. En høy opplevd livskvalitet har sammenheng med både bedre fysisk og psykisk helse, med positive innvirkninger på blant annet helseatferd, livsstil og stress (Nes, 2019b). Dette kan muligens forklare hvorfor studentene i inneværende studie med høy livskvalitet hadde den laveste sannsynligheten for å tilhøre gruppen med risikabelt drikkemønster.

Som nevnt antyder tidligere studier at et risikabelt drikkemønster er vanlig blant studenter (Sæther et al., 2019; Myrtveit et al., 2016). Dersom drikkemønsteret faktisk gjenspeiler sosial drikking i studentpopulasjonen, kan det derfor være relevant å undersøke hvordan konteksten påvirker sammenhengen, ettersom Christiansen et al. (2002) påpeker at dette er en sentral faktor. Overordnet sett kan det risikable drikkemønsteret være et resultat av student- og universitetskulturen (Edkins et al., 2017, s. 113). Som det fremgår av studien er alkoholbruken både stor og hyppig blant studenter, og tidligere studier har vist at alkohol blir ansett som et viktig sosialt bindemiddel (Stålesen, 2015, s. 35). På denne måten virker et høyt alkoholforbruk å være sosialt akseptert blant studenter. Sosial støtte er en viktig helsedeterminant som blant annet kan bidra til økt mestringsevne og økt livskvalitet (Helsedirektoratet, 2014, s. 10; FHI, 2015b). Dette er noe studenter kan oppleve ved å delta på fester, hvor de kan få følelsen av samhold og tilhørighet (Stålesen, 2015, s. 33). Studentenes sosiale nettverk kan på denne måten påvirke både livskvalitet og alkoholbruk. Clifford et al. (1991) fant i tillegg at å drikke i sosiale settinger var assosiert med å ha det gøy, og kunne skape en følelse av forbedret livskvalitet. Dette kan dermed føre til at studenter oftere drar på fest. Sammenhengen mellom livskvalitet og risikabelt drikkemønster kan dermed ses i lys av samspillet mellom flere miljøfaktorer i studenttilværelsen.

7.2.1.2 Skadelig drikkemønster

Videre ble det observert en lineær sammenheng mellom livskvalitet og skadelig drikkemønster, hvor studentene med lavest livskvalitet hadde høyest sannsynlighet for å tilhøre gruppen. Sannsynligheten for å rapportere et skadelig drikkemønster avtok gradvis med økende grad av livskvalitet, slik at studentene med høyest livskvalitet hadde lavest sannsynlighet for å tilhøre denne gruppen. Dette supplerte resultatet fra gruppen med risikabelt drikkemønster, hvilket kan antyde at en høy livskvalitet i studentpopulasjonen

henger sammen med en høyere sannsynlighet for å tilhøre gruppen med lavrisiko drikkemønster.

En mulig årsak til hvorfor det eksisterer en annen sammenheng blant studentene med skadelig drikkemønster, kan være at de skiller seg fra gruppen med risikabelt drikkemønster ved å ha et enda høyere alkoholforbruk, som vist gjennom en høyere skåre på AUDIT. Gruppen representerte i tillegg kun 5,5% (N = 2,724) av studentene, og utgjorde dermed en veldig liten andel av gruppen med potensielle alkoholproblemer. På denne måten antyder resultatene at disse studentene har et drikkemønster som kan betraktes som statistisk avvikende, selv i studentpopulasjonen. Dette drikkemønsteret kan dermed tolkes som å representere problematisk drikking, som kjennetegnes ved at man blant annet anvender alkohol som en håndteringsstrategi (Peele & Brodsky, 2000, s. 232). Individuer med et problematisk drikkemønster har større sannsynlighet for å drikke alene, ettersom de har færre sosiale motiv for å drikke. Et skadelig drikkemønster er i seg selv assosiert med en rekke negative konsekvenser (Oslo universitetssykehus, 2017), hvilket kan antyde at dette er en gruppe hvor det høye alkoholforbruket kun er én av flere indikatorer på problemer i livssituasjonen. Dette kan muligens belyse hvorfor det var studentene med lavest livskvalitet som hadde høyest sannsynlighet for å tilhøre denne gruppen.

I følge Diener (2006) representerer en skåre mellom 5-9 på SWLS individer som er ekstremt lite tilfreds med livet. Lav livskvalitet har blitt assosiert med en rekke negative konsekvenser som færre nære venner og familie, og dårligere livsstil, psykisk helse og fysisk helse (Diener, 2006; Nes, 2019a). Den lave skåren kan skyldes at man er misfornøyd med veldig mange livsområder eller være en respons på et kronisk problem, som for eksempel avhengighet (Diener, 2006). En veldig lav livskvalitet kan også skyldes en reaksjon på en alvorlig livshendelse, noe som videre har blitt assosiert med et økt alkoholforbruk (Helsebiblioteket, 2019). Samtidig kan overgangen til studenttilværelsen føre til en rekke endringer i hvilke forhold som er viktig for individets helseutvikling, noe den sosiale helsemodellen (Dahlgren & Whitehead, 199) vektlegger. For eksempel medfører studenttilværelsen nye levevaner, nytt sosialt nettverk og nye generelle levekår, og slike miljøfaktorer kan påvirke individets psykiske helse og livskvalitet (Helsedirektoratet, 2014, s. 13). Videre vet man at livssituasjoner som er preget av store endringer kan skape uro og bekymring (Nedregård & Olsen, 2014, s. 78), og på denne måten redusere livskvaliteten. Dette kan muligens belyse hvorfor noen opplever overgangen til studenttilværelsen som en sårbar periode i livet.

I forskningslitteraturen er det trukket frem flere mulige hypoteser som kan belyse sammenhengen mellom livskvalitet og skadelig drikkemønster. En av dem antar at et høyt alkoholbruk kan føre til redusert livskvalitet gjennom de negative konsekvensene som er knyttet til alkoholbruken, som svekkede kognitive- og motoriske evner og dårligere akademisk prestasjon (White & Hingson, 2013). Molnar et al. (2009) hevder at studenter som har et større alkoholforbruk gjerne opplever flere negative alkoholrelaterte konsekvenser. Slike negative konsekvenser fører ofte til alkoholrelaterte problemer, som videre har blitt assosiert med en lavere livskvalitet blant studenter (Diulio et al., 2014; Murphy et al., 2005; Murphy et al., 2006). Sæther et al. (2019) undersøkte denne hypotesen i sin studie, og konkluderte med at de negative konsekvensene og alkoholrelaterte problemene delvis kunne forklare den reduserte livskvaliteten. Likevel kunne de ikke utelukke andre hypoteser, grunnet studiens design (tversnittstudie). En annen hypotese er antakelsen om at lav livskvalitet kan føre til et økt alkoholforbruk, gjennom en regulerende mekanisme (Clifford et al., 1991). Antakelsen bygger på at individer som enten har lav livskvalitet i utgangspunktet eller som opplever en nedgang i opplevd livskvalitet responderer med å bruke alkohol for å bedre den opplevde livskvaliteten (Tartaglia et al., 2018; Zullig et al., 2001). Hvis denne responsen på lav livskvalitet pågår over tid, kan det muligens også forklare hvorfor lav livskvalitet er assosiert med rusproblemer og rusmisbruk (Clifford et al., 1991). Det er sannsynlig at flere av hypotesene opererer samtidig, og man kan ikke utelukke at det er en gjensidig påvirkning mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer.

7.3 Assosiasjonen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer

I gjeldende studie indikerte den observerte sammenhengen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer at høyere nivåer av psykiske plager økte sannsynligheten for at studentene rapporterte potensielle alkoholproblemer. Ved å se på de to underkategoriene av potensielle alkoholproblemer, ble det spesifikt funnet at én enhets økning i psykiske plager økte sannsynligheten for å rapportere et risikabelt drikkemønster med om lag 19%. Sannsynligheten ble om lag 2,5 ganger høyere for å rapportere et skadelig drikkemønster.

Resultatene samsvarer i stor grad med tidligere studier. Tembo et al. (2017) brukte også AUDIT i sin studie, og skilte mellom lavrisiko alkoholforbruk (< 8) og risikabelt alkoholforbruk (≥ 8). De fant at studenter med moderate eller høye nivåer av psykiske plager, målt gjennom «Kessler psychological distress scale (K10)», var 1,3 ganger mer sannsynlige til å rapportere et risikabelt alkoholforbruk. Martinez et al. (2018) fant også lignende

resultater i deres studie, der de undersøkte om førsteårsstudenter og studenter som var medlem i en studentforening («fraternity»/«sorority»), hadde høyere risiko for å rapportere potensielle alkoholproblemer (målt gjennom høyere skåre på AUDIT). I deres studie hadde studenter med en historie med psykiske plager, og som ikke var medlem i en studentforening, større sannsynlighet for å rapportere potensielle alkoholproblemer under det første året de studerte.

Studier som har undersøkt assosiasjonen motsatt vei, med potensielle alkoholproblemer som uavhengig variabel, har vist tilsvarende sammenhenger som inneværende studie. Blant annet fant Seo et al. (2018) at skåren på AUDIT var høyere blant deprimerte studenter sammenlignet med ikke-deprimerte studenter, og at forekomsten av risikabelt drikkemønster (menn: AUDIT ≥ 12 , kvinner: AUDIT ≥ 8) var høyere i den deprimerte gruppen. I tillegg fant Sæther et al. (2019) at studentene som rapporterte et risikabelt (AUDIT 8-17) og skadelig alkoholforbruk (AUDIT ≥ 18) opplevde flere psykiske plager og redusert livskvalitet sammenlignet med studenter med et lavt alkoholforbruk (data fra SHoT-2014). Studentene med et skadelig alkoholforbruk rapporterte i tillegg litt flere psykiske plager og lavere livskvalitet enn studentene med risikabelt alkoholforbruk. Til tross for at tidligere studier har anvendt andre mål på psykiske plager og student assosiasjonen motsatt vei, har inneværende studie fått tilsvarende resultater. Dette styrker den eksisterende litteraturen på feltet som hevder at psykiske plager og alkoholbruk er nært assosiert.

Det antas å eksistere et komplekst samspill mellom psykiske plager og alkoholbruk, og i forskningslitteraturen finnes det flere hypoteser som forsøker å belyse sammenhengen. Disse hypotesene utelukker nødvendigvis ikke hverandre (Skogen, 2013). Om sammenhengen skyldes at psykiske plager og lidelser opptrer som en risikofaktor for alkoholproblemer, eller at det eksisterer felles bakenforliggende årsaker som fører til utviklingen av både psykiske plager og rusmisbruk (Kessler, 2004; Skogen, 2013), kan man verken bekrefte eller avkrefte i denne tversnittstudien. Det kan også tenkes at rusmisbruk og psykiske plager har en negativ vekselvirkning på hverandre, ved at de danner et kretsløp og forsterker hverandre (Skogen, 2013). Rusmisbruk og rusbrukslidelser kan også føre til utviklingen av psykiske plager/lidelser, gjennom en kombinasjon av biologiske og miljømessige mekanismer (Kessler, 2004). Flere studier indikerer i tillegg at mennesker med psykiske lidelser ofte også har en rusbrukslidelse (Kessler, 2004). Dette kan muligens bidra til å forstå den robuste sammenhengen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer.

Studien inkluderte som nevnt alder, kjønn og sivilstatus som kontrollvariabler. Dette ble gjort for å ta hensyn til disse variablene for den observerte sammenhengen mellom

psykiske plager og potensielle alkoholproblemer. Resultatene i studien forble signifikante selv i de fullt justerte analysene, hvor de konfunderende effektene fra kontrollvariablene ble justert vekk. Likevel ble det observert en økning i punkttestimatet til de fullt justerte assosiasjonene mellom psykiske plager og både risikabelt og skadelig drikkemønster (se tabell 7). Funnene indikerte dermed en negativ konfundering av de inkluderte kontrollvariablene, ved at alder, kjønn og sivilstatus var med på å svekke effekten før justering. Dette viste derfor behovet for å inkludere disse som kontrollvariabler i studien. Spesifikt var det kontrolleringen av kjønn som ga utslaget på de observerte resultatene i inneværende studie. Punkttestimatene til de justerte analysene med kjønn viste en liten økning i den estimerte assosiasjonen med risikabelt drikkemønster, og en betydelig økning i den estimerte assosiasjonen med skadelig drikkemønster. For dette utvalget kan den negative konfunderingen trolig forstås ved at det eksisterer systematiske kjønnsforskjeller i både rapporterte psykiske plager/lidelser og alkoholforbruk, også blant studenter.

Forskning har blant annet vist en tendens til at kvinnelige studenter ofte rapporterer flere psykiske plager og lidelser (Auerbach et al., 2018; Mahmoud et al., 2012; Grøtan et al., 2019), samtidig som de i mindre grad rapporterer potensielle alkoholproblemer (Erevik et al., 2017; Sæther et al., 2019; Myrtveit et al., 2016; Heradstveit et al., 2019). Mannlige studenter rapporterer derimot ofte færre psykiske plager og lidelser (Auerbach et al., 2018; Mahmoud et al., 2012; Grøtan et al., 2019), samtidig som de i større grad rapporterer potensielle alkoholproblemer (Erevik et al., 2017; Sæther et al., 2019; Myrtveit et al., 2016; Heradstveit et al., 2019). En forklaring på hvorfor kjønn opererte som en konfunderende variabel i inneværende studie kan dermed være at de kvinnelige studentene skårte høyt på HSCL-25 og lavt på AUDIT, mens de mannlige studentene skårte lavt på HSCL-25 og høyt på AUDIT.

7.3.1 Formen på assosiasjonen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer

Gjeldene studie undersøkte også formen på assosiasjonen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer. Det ble funnet kurvelineære sammenhenger, hvor henholdsvis studenter med et moderat og høyt nivå av psykiske plager, hadde høyest sannsynlighet for å tilhøre gruppene med risikabelt og skadelig drikkemønster. Til tross for at inneværende studie fant kurvelineære assosiasjoner, står resultatene i kontrast til andre studier som også har undersøkt formen på assosiasjonen. Skogen et al. (2009) undersøkte formen på sammenhengen mellom alkoholbruk og både angst og depresjon. De anvendte en

populasjonsbasert helseundersøkelse i Nord Trøndelag, som inkluderte deltakere på over 20 år. Skogen et al. (2009) fant belegg for en U-formet kurve, der både individer som var alkoholavholdende og stordrikkere hadde økt risiko for å rapportere både angst og depresjon.

Caldwell et al. (2002) undersøkte også sammenhengen mellom alkoholkonsum og angst og depresjon, med bruk av unge voksne deltakere i alderen 20-24 år fra Australia. Denne studien fant kun en J-formet relasjon mellom alkoholkonsum (målt gjennom AUDIT) og depresjon blant mannlige deltakere. Resultatene indikerte at stordrikkere hadde økt risiko for å rapportere symptomer på depresjon, sammenlignet med individene med et lavt alkoholkonsum. I likhet med de andre fant Peltzer og Pengpid (2015) kurvelineære relasjoner mellom alkoholbruk og psykiske plager blant asiatiske, afrikanske og sør-amerikanske universitetsstudenter. De fant også en omvendt U-formet assosiasjon mellom alkoholkonsum og depresjon, men her var det derimot studentene som rapporterte et lavt alkoholbruk (1-5 enheter i løpet av 2 uker) som hadde økt risiko for å rapportere symptomer på depresjon, sammenlignet med alkoholavholdende og stordrikkere. Videre ble det funnet antydninger til en J-formet relasjon mellom frekvensen av sporadisk stordriking og depresjon, hvor studenter som rapporterte ukentlig sporadisk stordriking hadde økt risiko for å rapportere symptomer på depresjon.

Det er usikkert om resultatene fra inneværende studie reflekterer faktiske forskjeller fra Skogen et al. (2009), Caldwell et al. (2002) og Peltzer og Pengpid (2015) sine studier, eller om de ulike resultatene kan skyldes metodiske forskjeller. For eksempel målte Skogen et al. (2009), Caldwell et al. (2002) og Peltzer og Pengpid (2015) alkoholkonsum og ikke spesifikke drikkemønstre. I likhet med gjeldende studie anvendte Caldwell et al. (2002) også AUDIT, men de anvendte AUDIT som et kontinuerlig mål på alkoholkonsum. Inneværende studie anvendte derimot AUDIT som et kategorisk mål på risikabelt og skadelig drikkemønster. Skogen et al. (2009), Caldwell et al. (2002) og Peltzer og Pengpid (2015) anvendte også andre måleinstrumenter for å måle angst og depresjon, noe som kan forklare de ulike resultatene. Peltzer og Pengpid (2015) målte i tillegg kun depresjon, og Skogen et al. (2009) og Caldwell et al. (2002) anvendte også deltakere som ikke var studenter. Inneværende studie kan trolig indikere at selve studenttilværelsen har en innvirkning på resultatene, da studien fikk andre resultater enn Caldwell et al. (2002) som anvendte unge voksne i alderen 20-24 år. Denne alderen samsvarer med alderen til flertallet av studentene i gjeldende studie, hvilket kan tyde på at livsfase og kontekst er viktigere enn alder. I tillegg antyder resultatene at kultur kan ha en innvirkning, ettersom inneværende studie fikk andre resultater enn Peltzer og Pengpid (2015), der utvalget bestod av ikke-vestlige studenter.

7.3.1.1 Risikabelt drikkemønster

Blant studentene med risikabelt drikkemønster utgjorde assosiasjonen en omvendt U-formet kurve, etter å ha ekskludert 2,5% av responsene i hver ende av HSCL-25 skalaen. Ekskluderingen ble gjort da den kubiske modellen viste et stort konfidensintervall på gjennomsnittskåren 4, hvilket indikerte få datapunkt og dermed usikre estimat. Det ble videre stilt spørsmål ved hvorvidt det var reelt å rapportere de mest ekstreme gjennomsnittskårene 1 eller 4, og om disse respondentene var med på å påvirke utfallet. Den kurvelineære modellen ble valgt framfor den kubiske, da den kubiske modellen ikke lenger var signifikant etter at de ekstreme responsene i hver ende av HSCL-25 skalaen var fjernet. Resultatene fra den kurvelineære modellen viste at studentene med moderate nivåer av psykiske plager hadde den høyeste sannsynligheten for å tilhøre gruppen med risikabelt drikkemønster. Blant studentene som rapporterte høyest og lavest gjennomsnittsnivå av psykiske plager, er det verdt å merke seg at det var studentene med lavest gjennomsnittsnivå av psykiske plager som hadde den laveste sannsynligheten for å tilhøre gruppen med risikabelt drikkemønster. At det ble funnet en omvendt U-formet kurve blant studentene med risikabelt drikkemønster samsvarer med resultatet fra assosiasjonen med livskvalitet. Resultatene ser dermed ut til å støtte litteraturen som hevder at livskvalitet og psykiske plager er to relaterte konstrukter (Reneflot et al., 2018, s. 152).

Som tidligere nevnt rapporterte en betydelig andel av studentene et risikabelt drikkemønster (38,2%), og majoriteten av disse rapporterte et moderat gjennomsnittsnivå av psykiske plager (45%). Resultatene kan dermed indikere at det å rapportere et moderat gjennomsnittsnivå av psykiske plager og et risikabelt drikkemønster sameksisterer hos de samme individene. På denne måten kan resultatene tolkes som at et «vanlig» nivå av psykiske plager henger sammen med et «vanlig» drikkemønster i studentpopulasjonen. Det risikable drikkemønster kan som nevnt trolig gjenspeile sosial drikking på fest. Som for assosiasjonen med livskvalitet, kan det tenkes at det er faktorer i studenttilværelsen som påvirker studentenes alkoholforbruk, som venner, universitetskulturen og studentmiljøet. For de fleste vil dermed det risikable drikkemønsteret være forbigående, og mest sannsynlig gå over til å bli et lavrisiko drikkemønster når man ikke lenger er student (Arria et al., 2016). På bakgrunn av dette er det mulig at det risikable drikkemønsteret er mer akseptert i studentpopulasjonen og av den generelle befolkningen, fordi det anses å være knyttet til livsfasen studentene er i.

Studenttilværelsen er relatert til flere utfordringer som økonomisk usikkerhet, akademiske utfordringer og tilpasningsproblemer (Seo et al., 2018). Mange opplever også

stress, nedstemthet, indre uro og nervøsitet knyttet til studentsituasjonen og studieforhold (Nedregård & Olsen, 2014, s. 82). Samlet sett kan slike utfordringer og stress øke risikoen for å utvikle psykiske plager (Grøtan et al., 2019; Seo et al., 2018), og trolig belyse hvorfor en stor andel av studentene i studien rapporterte moderate gjennomsnittsnivåer av psykiske plager. Flere nasjonale og internasjonale studier har indikert et høyt nivå av psykiske plager og lidelser i studentpopulasjonen (Knapstad et al., 2018, s. 70; Price & Smith, 2019, s. 18; Storrie et al., 2010; Auerbach et al., 2018), og det kan dermed antas at det er utbredt blant studenter å skåre over grenseverdien på psykiske plager, sammenlignet med andre grupper i befolkningen. Moderate nivåer av psykiske plager tilsvarer en gjennomsnittsskåre mellom 1,75-2,0 på HSCL-25, og utgjør ofte forbigående og milde symptomer (Nedregård & Olsen, 2014, s. 83). Alle mennesker vil i kortere eller lengre perioder oppleve plager eller symptomer som inngår i psykiske lidelser (Mykletun & Knudsen, 2009, s. 15) og trenger derfor ikke å bli ansett som et alvorlig problem i seg selv. Man kan dermed hevde at fokuset burde være på studenter med en gjennomsnittsskåre på HSCL-25 over 2,0, da dette muligens er en indikasjon på psykiske plager som påvirker daglig funksjon og er mer vedvarende.

Det er flere hypoteser som forsøker å belyse sammenhengen mellom psykiske plager og alkoholbruk, men det er mulig at disse er mer relevant for å forklare et problematisk alkoholbruk og mer alvorlige psykiske plager. Etersom individer med sosiale drikkemotiver i stor grad påvirkes av kontekst (Christiansen et al., 2002), kan det være betydningsfullt å se på hvordan faktorer i studenttilværelsen påvirker sammenhengen mellom psykiske plager og risikabelt drikkemønster. I følge Nedregård og Olsen (2014, s. 84) kan de moderate psykiske plagene i større grad reflektere studieforhold, og i mindre grad være knyttet til individet og genetiske faktorer. For eksempel er nære venner og sosial støtte viktige faktorer ved studenttilværelsen, og kan påvirke studentenes psykiske helse. Forskning har blant annet vist at studenter med lav sosial støtte har høyere sannsynlighet for å rapportere psykiske plager, sammenlignet med studenter med høy sosial støtte (Hefner & Eisenberg, 2009). Lav sosial støtte har også blitt funnet blant individer som rapporterer et risikabelt eller skadelig alkoholforbruk (Rodgers et al., 2000). Som tidligere nevnt kan det også se ut til at det risikable drikkemønsteret reflekterer drikkekulturen på universitetet. I tillegg kan studentenes boforhold påvirke alkoholbruken. Ward og Gryczynski (2009) fant at studenter som bodde i studentboliger og studenter som delte leilighet med andre, hadde høyere sannsynlighet for å rapportere sporadisk stordriking. Studenter som derimot bodde hjemme, med en partner eller i en alkoholfri studentbolig, hadde lavere sannsynlighet for å rapportere sporadisk stordriking. Samlet sett viser dette hvordan kontekst kan påvirke utvikling av psykiske

plager og risikabelt drikkemønster. Sammenhengen mellom psykiske plager og risikabelt drikkemønster kan dermed trolig ses i lys av samspillet mellom flere miljøfaktorer i studenttilværelsen.

7.3.1.2 Skadelig drikkemønster

Studentene med høyest gjennomsnittsnivå av psykiske plager hadde lav sannsynlighet for å tilhøre gruppen med risikabelt drikkemønster, men derimot høy sannsynlighet for å tilhøre gruppen med et skadelig drikkemønster. Denne gruppen utgjorde som nevnt en liten andel av studentene (5,5%, N = 2,724) i studien, og representerte således studenter med et mer ekstremt drikkemønster. Det ble funnet en kurvelineær sammenheng blant studentene med skadelig drikkemønster, hvor studentene som rapporterte et høyt gjennomsnittsnivå av psykiske plager hadde størst sannsynlighet for å tilhøre gruppen. Studentene med lavt gjennomsnittsnivå av psykiske plager hadde lav sannsynlighet for å rapportere skadelig drikkemønster, og supplerte resultatet fra gruppen med risikabelt drikkemønster. Dette kan muligens indikere at lavere nivåer av psykiske plager i studentpopulasjonen øker sannsynligheten for å ha et lavrisiko drikkemønster.

I følge Nedregård og Olsen (2014, s. 83) klassifiseres en skåre over 2,0 på HSCL-25 som betydelige symptomer, og kjennetegnes av å ofte være mer alvorlige og stabile enn de moderate plagene. Betydelige psykiske plager har som nevnt en rekke negative konsekvenser på flere områder i livet, som personlige relasjoner, sosial deltakelse og utdanning (Nes & Clench Aas, 2011, s. 13). I tillegg vil det kunne redusere et individs livskvalitet (Nes & Clench Aas, 2011, s. 13). Resultatene kan indikere at både de psykiske plagene og drikkemønsteret er såpass alvorlige at de antyder en komorbiditet som støttes i litteraturen, hvor man har sett at rusbrukslidelser og psykiske lidelser ofte opptrer samtidig (Reneflot et al., 2018, s. 106). Sammenlignet med individer som har sosiale drikkemotiver, oppgir individer med alkoholproblemer at de drikker for å motarbeide negative følelser (Peele & Brodsky, 2000, s. 221). Selvmedisineringshypotesen kan dermed bidra med å belyse hvorfor studentene med høyest gjennomsnittsnivå av psykiske plager hadde høyere sannsynlighet for å tilhøre gruppen med skadelig drikkemønster.

Sentralt i selvmedisineringshypotesen er tanken om at individer med psykiske plager/lidelser oppfatter deres symptomer som mulig å behandle, og ut ifra dette handler bevisst for å lindre symptomene gjennom bruken av rusmidler (Harris & Edlund, 2005). I denne konteksten kan dermed alkoholbruk anses som en håndteringsstrategi, og flere studier

har indikert at dette er en håndteringsstrategi mange studenter anvender i møte med utfordringer i hverdagen (Pritchard et al., 2007; Dauenhauer, 2014, s. 10). Det kan dermed antas at disse studentene i mindre grad drikker for å oppleve sosiale fordeler (Peele & Brodsky, 2000, s. 231), og istedenfor drikker for å håndtere ubehag. Christiansen et al. (2002) hevder at en slik drikkemotivasjon kan øke sannsynligheten for at man drikker store mengder alkohol, selv i fraværet av sosiale påvirkninger. På denne måten skiller disse studentene seg fra studentene i gruppen med risikabelt drikkemønster, ved at alkoholbruket er knyttet til problemer på personlige plan. Miller, Miller, Verhegge, Linville og Pumariega (2002) hevder at individer som driver med selvmedisinering ikke nødvendigvis utvikler en alkoholbrukslidelse, men kun opplever de negative konsekvensene knyttet til en delvis effektiv behandling mot deres symptomer på psykiske lidelser. Etersom studentene med skadelig drikkemønster har et mer ekstremt alkoholforbruk, er det sannsynlig at disse studentene opplever flere slike negative konsekvenser knyttet til alkoholbruken enn studentene med risikabelt drikkemønster. Likevel er det mulig at studentene til en viss grad opplever en lindrende effekt gjennom selvmedisineringen, og at dette i følge Martinez et al. (2018) gjør at de oppfattede fordelene ved alkoholbruken oppveier de negative konsekvensene – i alle fall på kort sikt.

En annen mulig årsak til hvorfor studentene med høyest gjennomsnittsnivå av psykiske plager hadde den høyeste sannsynligheten for å rapportere skadelig drikkemønster, kan være at selvmedisinering gjennom alkohol har alvorlige sideeffekter. Forskning har vist at alkoholen på lengre sikt kan produsere og/eller forlenge blant annet depresjon og i tillegg forverre psykiske plager (Helsebiblioteket, 2019). Blant studentene med høyest gjennomsnittsnivå av psykiske plager kan det dermed ha blitt dannet en ond sirkel mellom psykiske plager og alkoholbruk, hvor økende psykiske vansker og alkoholforbruk forsterker hverandre (Skogen, 2013). Motsatt kan det tenkes at det er alkoholbruken som opptrer som en risikofaktor for psykiske plager, ettersom det skadelige drikkemønsteret kjennetegner et veldig høyt alkoholbruk. På denne måten er det sannsynlig at individet opplever flere negative konsekvenser av sitt drikkemønster, som videre kan forverre eller danne grunnlag for psykiske plager/lidelser (Kaljord, 2018; Boden & Fergusson, 2011). Sannsynligvis opererer flere av hypotesene som belyser assosiasjonen mellom psykiske plager og alkoholbruk samtidig.

7.4 Oppsummering

Samlet sett kan resultatene tolkes som at studenter med moderate nivåer av livskvalitet og psykiske plager har høyere sannsynlighet for å tilhøre gruppen med risikabelt drikkemønster. For dette utvalget av studenter, er det plausibelt at det risikable drikkemønsteret ikke nødvendigvis trenger å bli ansett som farlig. Siden inneværende studie ikke kan fastslå om drikkemønsteret gjenspeiler sosial drikking eller drikking for å føle seg bedre, er det nødvendig med mer forskning for å avklare hva det innebærer å ha et risikabelt drikkemønster blant studenter. Dette kunne bidratt med viktig informasjon for å belyse resultatene fra inneværende studie. Videre er det usikkert hva som ligger i å rapportere moderate psykiske plager i studentpopulasjonen. Nedregård og Olsen (2014, s. 83) hevder at de moderate plagene gjenspeiler mildere symptomer som er forbigående, og at de i større grad er knyttet til studiesituasjonen. Det er derfor vanskelig å si om de moderate plagene har færre alvorlige konsekvenser, og om de går utover studentenes daglige funksjon.

Til tross for at inneværende studie bekrefter tidligere funn om at et risikabelt drikkemønster er vanlig blant studenter (Sæther et al., 2019; Myrtveit et al., 2016; Erevik et al., 2017), ser likevel alkoholforbruket ut til å være høyt i forhold til gjennomsnittspopulasjonen. En mulig årsak til dette kan være tendensen de har til å drikke like mye som det de oppfatter er normalt at andre medstudenter gjør (Crawford & Novak, 2007). Denne feiloppfatningen, ved at de overvurderer hvor mye andre medstudenter drikker og hvor mye som forventes at man skal drikke, kan dermed bidra med å forklare hvorfor det risikable drikkemønsteret har blitt vanlig i studentpopulasjonen. Et større fokus bør likevel være på å fremme funnet om at studenter med lav livskvalitet og et høyt gjennomsnittsnivå av psykiske plager hadde høyere sannsynlighet for å tilhøre gruppen med skadelig drikkemønster. Dette drikkemønsteret anses ikke som vanlig, selv i studentpopulasjonen, og representerte kun en liten andel av studentene i studien. Det skadelige drikkemønsteret kan derfor betraktes som farligere enn det risikable drikkemønsteret, med høyere risiko for kortsiktige og langsiktige negative konsekvenser.

Den høye prevalensen av psykiske plager og alkoholbruk observert i gjeldende studie, kan muligens relateres til studenttilværelsen. Dette er i tråd med studien til Aceijas, Waldhäusl, Lambert, Cassar & Bello-Corassa (2017) hvor de fant at flere av de identifiserte helsedeterminantene som førte til dårlige helse blant studenter skyldtes samfunnsmessige eller institusjonelle barrierer. Inneværende studie har diskutert flere miljøfaktorer fra forskningslitteraturen som kan ha bidratt til utvikling av potensielle alkoholproblemer. For

eksempel kan livskvalitet og psykiske plager i seg selv ha påvirket studentenes alkoholbruk, men andre samfunnsforhold, som utdanningsinstitusjoner, universitetskulturen og sosial støtte, kan også ha påvirket studentenes alkoholbruk. Det er dermed sannsynlig at det eksisterer et komplekst samspill mellom individ og miljø som påvirker sammenhengene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer.

Avslutningsvis kan psykiske plager, sett i lys av den sosiale helsemodellen, betegnes som en risikofaktor for potensielle alkoholproblemer. Derimot kan en god psykisk helse anses å være en positiv helsefaktor og muligens en beskyttende faktor (Dahlgren & Whitehead, 2006, s. 21). Årsaken til dette er at gjeldende studie fant at lavere nivåer av psykiske plager reduserte sannsynligheten for å rapportere potensielle alkoholproblemer. En mulig forklaring kan være at lavere nivåer av psykiske plager henger sammen med høyere livskvalitet, noe som videre har vist seg å ha positive effekter på blant annet helseatferder og livsstil (Nes, 2019b). Dette kan muligens bidra til å redusere sannsynligheten for å utføre risikoatferder, som å ha et stort alkoholforbruk. Å ha en god psykisk helse kan også gi evner til å mestre hverdagens utfordringer, samt føre til fravær av alvorlige psykiske plager og lidelser (Departementene, 2017, s. 9). På denne måten kan innføring av helsefremmende tiltak for å bedre studentenes psykiske helse potensielt også være gunstig for studentenes alkoholforbruk.

Videre hevder Reneflot et al. (2018, 164) at livskvalitet kan ha en viktig beskyttende og ressursbyggende funksjon, både kortsiktig og langsiktig. Som tidligere nevnt fant gjeldende studie at økte nivåer av livskvalitet reduserte sannsynligheten for å rapportere potensielle alkoholproblemer. Sett i sammenheng med forskning som hevder at livskvalitet har positive effekter på livsstil og reduserende effekt på alkoholbruk (Nes, 2019a; Nes, 2019b), kan resultatet fra inneværende studie tolkes slik at livskvalitet virker som en beskyttende faktor i forhold til alkoholproblematikk. Ettersom studien fant at psykiske plager økte risikoen for å rapportere potensielle alkoholproblemer, mens livskvalitet senket risikoen, støtter også inneværende studie den eksisterende forskningslitteraturen som hevder at livskvalitet og psykiske plager utgjør motsatte ender på et psykisk helse kontinuum (Antaramian, 2015; Renshaw & Cohen, 2014). Videre antas potensielle alkoholproblemer å utgjøre en risikofaktor i seg selv, og studien kan ikke utelukke at potensielle alkoholproblemer fører til både redusert livskvalitet og utvikling av psykiske plager.

7.5 Metodiske betraktninger

I dette delkapitlet blir de metodiske betraktningene gjort rede for. Dette er en viktig del av diskusjonskapitlet, da forskere både har et faglig og et etisk ansvar for å gjøre lesere oppmerksomme på studiens styrker og svakheter (Lerdal, 2010). Grunnen til dette er at studiens svakheter kan ha påvirket resultatene, og det er derfor svært viktig å være åpen om dette, slik at man kan være kritisk til resultatenes tolkning og betydning. Informasjonen som blir fremlagt i denne delen kan videre bli anvendt i fremtidig forskning, da forskere kan ta grep for å forsøke å redusere nevnte svakheter i senere studier.

7.5.1 Studiens styrker

En av studiens åpenbare styrker er at den har anvendt data fra SHoT-undersøkelsen. Dette ga forholdsvis ny og oppdatert informasjon, ettersom spørreundersøkelsen ble gjennomført i 2018. SHoT-undersøkelsen 2018 har i tillegg et veldig stort utvalg (N=50,054), som inkluderte studenter fra 45 utdanningsinstitusjoner (Knapstad et al., 2018, s. 7). En fordel med store utvalg er at det reduserer størrelsen på konfidensintervallet, gjennom mer presise eller sikre estimat (Frøslie, 2018; Lysne & Olsen, 2017). Spørreundersøkelsen har videre anvendt etablerte måleinstrument som regnes som godt validerte og reliable. Dette gir høyere sannsynlighet for at resultatene i inneværende studie både er pålitelige og gyldige for deltakerne. En annen styrke med inneværende studie er at det var en lav andel missing data, hvilket reduserer mulighetene for systematiske skjevheter (bias) i konklusjonene som trekkes i studien (Byrne, 2010, s. 353). SHoT-undersøkelsen fra 2018 har også blitt revidert og forbedret tre ganger, da det følger i rekken av undersøkelser gjennomført i 2010 og 2014 (Knapstad et al., 2018, s. 1). En annen styrke er at gjeldende studie gikk ett steg videre enn mye av den tidligere forskningen på sammenhengene, og undersøkte formen på assosiasjonene mellom 1) livskvalitet og potensielle alkoholproblemer og 2) psykiske plager og potensielle alkoholproblemer. Dette var med på å gi et mer detaljert bilde av sammenhengene, ettersom det ble funnet at majoriteten av sammenhengene var ikke-lineære. Denne informasjonen hadde ikke blitt avdekket ellers. Inneværende studie bidrar også med å undersøke om kurvelineære assosiasjoner finnes på tvers av ulike aldersgrupper og kontekster, da studien hadde et utvalg med unge voksne som i tillegg er studenter. Tidligere studier har hovedsakelig sett på andre grupper i befolkningen og funnet både J-formede og U-formede assosiasjoner. Her har ofte alkoholavholdne individer og stordrikkere hatt økt sannsynlighet for å rapportere lav livskvalitet og symptomer på psykiske lidelser.

7.5.2 Studiens svakheter

En viktig svakhet med inneværende studie var den lave responsraten (31%), som muligens skyldes måten SHoT-undersøkelsene har blitt distribuert på. Sammenlignet med ulike former for intervjuer og spørreundersøkelser tilsendt i posten, har studier vist at e-post undersøkelser ofte fører til en lavere responsrate (Cozby & Bates, 2015, a. 143; Shih & Fan, 2009). En lav responsrate gir høyere sannsynlighet for at systematiske skjevheter har påvirket resultatene (Cozby & Bates, 2015, s. 154), og til tross for et stort utvalg bør generaliseringer basert på inneværende studie og til studentpopulasjonen derfor bli gjort med noe forbehold. Den lave responsraten kan blant annet indikere tilstedeværelsen av ulike former for seleksjonsbias, som er en samlebetegnelse på skjevheter der de frivillige respondentene skiller seg fra ikke-respondentene ved å ha ulike egenskaper (Cozby & Bates, 2015, s. 154; Staff, 2015). For eksempel har ikke-respondenter ofte dårligere helse enn individer som takker ja til å delta i populasjonsstudier (Knudsen et al., 2010), hvilket kan gi en feil-representasjon (underrepresentasjon) av de reelle nivåene av psykiske plager og alkoholproblemer, og overrepresentasjon av god livskvalitet. I tillegg bestod utvalget i studien av en større andel kvinnelige (69%) enn mannlige studenter (31%), sammenlignet med alle de inviterte studentene (58% kvinner og 42% menn). Dette er et typisk problem i spørreundersøkelser, hvor man har sett en tendens til at menn i mindre grad enn kvinner deltar i undersøkelser (Smith, 2008). Til tross for studiens lave responsrate tyder flere studier på at ulike former for seleksjonsbias trolig utgjør en større validitetstrussel i prevalensstudier enn i assosiasjonsstudier (Knudsen et al., 2010; Nilsen et al., 2009; Nilsen et al., 2013).

En annen svakhet med inneværende studie er at alle måleinstrumentene ble basert på selvrapporing, og man kan derfor ikke utelukke responsbias. Responsbias refererer til betingelser eller faktorer som påvirker hvordan individer responderer på undersøkelser (Lavrakas, 2008). Den vanligste formen for responsbias kalles sosialt ønskeverdighetsbias, og innebærer at deltakerne svarer på den mest sosialt aksepterte måten (Cozby & Bates, 2015, s. 135). Dette kan dermed ha medført at studentene underrapporterte uønskede atferder eller plager, som alkoholbruk og psykiske plager, og overrapporterte positive atferder eller opplevelser, som livskvalitet. En annen viktig svakhet angår måleinstrumentet AUDIT. Inneværende studie anvendte samme grenseverdi for kvinner og menn, ettersom litteraturen fremhever at ≥ 8 er den mest aksepterte grenseverdien for å avdekke potensielle alkoholproblemer (de Meneses-Gaya et al., 2009; Reinert & Allen, 2002; Babor et al., 2001, s. 12 og 20). Likevel kan det tenkes at denne grenseverdien er for høy for kvinner (Reinert &

Allen, 2002), og at studien kunne fått andre resultat med bruk av kjønnsespesifikke grenseverdier. I tillegg finnes det ikke godt validerte og allment aksepterte grenseverdier på AUDIT for studentpopulasjonen, hvor man vet at alkoholbruken er høy. Det kan dermed være at grenseverdien burde vært justert for både kvinnelige og mannlige studenter.

En siste svakhet er at inneværende studie er en tversnittstudie, og kan derfor ikke avklare årsakssammenhenger eller retning i sammenhengene. Studien kan heller ikke utelukke at andre forhold kan ha forårsaket assosiasjonene, kalt konfundering. Til tross for at dataen ikke kan anvendes for å belyse retningen på årsaksforholdene, kan inneværende studie likevel bidra med å øke kunnskapen om de komplekse sammenhengene mellom 1) livskvalitet og potensielle alkoholproblemer og 2) psykiske plager og potensielle alkoholproblemer.

7.6 Implikasjoner

Gjeldende studie kan ha implikasjoner for arbeidet med å fremme befolkningens livskvalitet og psykiske helse, og for det rusforebyggende arbeidet. Resultatene er av spesiell betydning for regjeringens fokus på å bedre studentenes helse- og velferdstjenester, da studien påpeker helseutfordringer i studentpopulasjonen som disse studenttjenestene burde ta tak i. For eksempel fant inneværende studie at det var en høy andel av potensielle alkoholproblemer blant de deltakende universitetsstudentene (43,6%). Disse studentene hadde både lavere livskvalitet og høyere gjennomsnittsnivå av psykiske plager sammenlignet med studentene med et lavrisiko drikkemønster. Studentene rapporterte hovedsakelig et risikabelt drikkemønster (38,2%), som inneværende studie antar gjenspeiler sosial drikking i studentpopulasjonen. I gjeldende studie anses dermed studentene med et skadelig drikkemønster (5,5%) som en viktigere gruppe å fokusere på. Tiltak bør likevel bli gjort for å redusere det generelle alkoholforbruket i studentpopulasjonen, siden det ser ut til å være høyt sammenlignet med den generelle befolkningen. Universiteter og høyskoler kan være en ideell arena for å gjennomføre slike tiltak, slik at man kan forhindre at de potensielle alkoholproblemene blir verre og langvarige. Forskning viser at man kan få økt alkoholtoleranse etter lengre tids drikking, noe som fører til at man må drikke større mengder alkohol for å oppnå samme beruselseeffekt (Oslo Universitetssykehus, 2017). Det er dermed grunn til å anta at det risikable drikkemønsteret kan øke sannsynligheten for å utvikle et skadelig drikkemønster over tid, grunnet toleranseutvikling. Dette kan videre gi langvarige problemer for individet. Således burde tidlig innsats og forebygging av alkoholmisbruk i studentpopulasjonen prioriteres.

Gjeldende studie fant også at studentene med et skadelig drikkemønster rapporterte lav livskvalitet og høye gjennomsnittsnivåer av psykiske plager. Dermed antyder studien at lav livskvalitet og betydelige psykiske plager virker å være risikofaktorer for potensielle alkoholproblemer i studentpopulasjonen. Å identifisere studenter som rapporterer disse risikofaktorene på et tidlig stadium kan derfor være viktig i arbeidet med å redusere den skadelige bruken av alkohol i studentpopulasjonen, som er et av regjeringens mål i folkehelsearbeidet (Meld. St. 19 (2014-2015), s. 14).

Resultatene fra inneværende studie har også implikasjoner for utviklingen av helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot studenter. Det er sannsynlig at det er flere faktorer på ulike nivå som samlet påvirker studentenes psykiske helse og alkoholbruk. Dette gir gode muligheter for å utvikle og innføre helsefremmende tiltak, da ytre helsedeterminanter er faktorer som i stor grad kan endres og påvirkes av blant annet politiske tiltak (Dahlgren & Whitehead, 1991, s. 11; Mæland, 2016, s. 32; Naidoo & Wills, 2016, s. 22). Gjeldende studie kan ikke avdekke om en uhensiktsmessig levestil, som et høyt alkoholforbruk, fører til utvikling av psykiske plager og lav livskvalitet, eller om en opplevelse av lav livskvalitet og psykiske plager bidrar til utvikling av potensielle alkoholproblemer. Derfor burde det utvikles brede, befolkningsrettede tiltak som tar høyde for ulike forhold som påvirker livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer. For eksempel må regjeringen fortsette å ha et overordnet fokus på at flere skal oppleve god livskvalitet og psykisk helse i befolkningen. I tillegg fremhever den sosiale helsemodellen at kontekst er en viktig faktor, og det burde derfor også utvikles tiltak rettet spesifikt mot studenttilværelsen. For eksempel burde man ha flere alkoholfrie aktiviteter i fadderuken, og ikke bare tilby alkoholfrie arrangementer som alternativer til det tradisjonelle opplegget.

Inneværende studie fant også at det var mange studenter som rapporterte moderat og lav livskvalitet, og moderate og høye gjennomsnittsnivåer av psykiske plager. Tilgangen på helse- og velferdstjenester for studenter kan derfor være en viktig helsedeterminant. Studentavisen Khrono hevder at det kan være lange ventetider for å få time hos psykolog gjennom studentsamskipnadene (Ousdal, 2018), og det er derfor et behov for større kapasitet på studentenes helsetjenester slik at ventetidene reduseres. I tillegg til studentsamskipnadenes helsetjenester, er det også andre forhold ved studenttilværelsen som påvirker studentenes helse. Blant annet er det å mestre oppgaver og utfordringer i hverdagen avgjørende for å oppleve god livskvalitet og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2014, s. 11). Tiltak for å sikre at studenter opplever mestring kan derfor være viktig for både livskvalitet, psykisk helse og

alkoholbruk. Arbeidet med å identifisere flere helsedeterminanter knyttet til studenttilværelsen er derfor av betydning.

Videre er arbeidet med å få flere studenter til å oppsøke hjelp for sine plager også avgjørende, da studien viste en sammenheng mellom lav livskvalitet, høye psykiske plager og skadelig drikkemønster. For å bedre studentenes levekår burde helsesektoren utvikle spesifikke tiltak som er rettet mot studenttilværelsen, da de er en spesiell gruppe i samfunnet som skiller seg fra resten av befolkningen (Erevik et al., 2018; Lo et al., 2013). I tillegg vil tilretteleggingen av helsevennlige valg i samfunnet, som kan motivere studentene til å redusere skadelig bruk av alkohol, også være viktig for opplevelsen av livskvalitet og psykiske helse (Departementene, 2017, s. 15). Det er også behov for mer kunnskap om studentpopulasjonen, ettersom de er en gruppe i befolkningen man i mindre grad har forsket på.

Inneværende studie viser også at utdanningsinstitusjoner bør ta et viktig ansvar for studentenes helse. Blant annet burde utdanningsinstitusjoner fremme et ansvarsfullt alkoholforbruk, da man ser tendenser til at et høyt alkoholforbruk både har blitt normalisert og blitt en del av universitetskulturen (Edkins et al., 2017, s. 113). Ettersom tidligere studier har påpekt at det er en økning av studenter som opplever studenttilværelsen som mentalt stressende (Knapstad et al., 2019), burde utdanningsinstitusjoner forsøke å redusere belastninger som kan føre til lav livskvalitet og utvikling av psykiske plager, og fremme forhold som virker positivt på studentenes helse (FHI, 2018c). For eksempel fører den akademiske kalenderen til perioder med mye stress og påkjenninger (eksamensperioder), men få systematiske og ingen universelle tiltak har blitt innført for å hjelpe studentene med å håndtere dette (Aceijas et al., 2017). Studentenes høye alkoholforbruk kan også muligens reduseres ved å gi informasjon og opplæring i ferdigheter for å håndtere akademiske påkjenninger og negative tilbakemeldinger, da studier har vist at noen studenter bruker alkohol som en håndteringsstrategi i møte med stress og utfordringer (Pritchard et al., 2007; Dauenhauer, 2014, s. 10). Gjeldende studie viser derfor at det er behov for brede tiltak rettet mot hele studentpopulasjonen, men at det også kan være spesielt viktig å identifisere studentene med skadelig drikkemønster og tilby spesifikke tiltak særlig rettet mot dem.

7.7 Videre forskning

Til tross for at inneværende studie har bidratt med å frembringe ny kunnskap om assosiasjonene, undersøkte studien kun to av mange potensielle faktorer som er relatert til

potensielle alkoholproblemer. Videre forskning burde derfor undersøke hvilke sammenhenger andre faktorer har på studentenes alkoholforbruk. I tillegg ser det ut til at det meste av forskningen på dette feltet er basert på tversnittstudier. Videre forskning burde derfor anvende longitudinelle design for å gi en dypere forståelse av sammenhengene over tid, og for mulig å avklare årsaksretningene på assosiasjonene.

Potensielle alkoholproblemer ble i inneværende studie målt gjennom AUDIT, hvor ≥ 8 ble satt som grenseverdi for både kvinner og menn. Videre forskning burde undersøke kjønns spesifikke grenseverdier og om den tradisjonelle grenseverdien (≥ 8) er egnet for studenter, da de er en populasjon hvor et høyt alkoholforbruk anses som vanlig. Ytterligere forskning burde også gjøres for å undersøke om grenseverdien på HSCL-25 er egnet for studentpopulasjonen, da det var en stor andel studenter som skårte over den nåværende grenseverdien på 1,75. Ettersom flere studier antyder at et risikabelt drikkemønster representerer det som er vanlig i studentpopulasjonen, hadde det vært interessant å følge opp med kvalitative intervjuer for å undersøke hva et risikabelt drikkemønster innebærer. Det er uklart hvilke konsekvenser et risikabelt drikkemønster har på studentenes daglige fungering, og om det faktisk gjenspeiler sosial drikking. Å undersøke drikkemønsteret over tid kunne gi viktig informasjon om dette, ettersom man kunne sett hvordan drikkemønsteret henger sammen med studiarbeid og andre aktiviteter. Mer forskning burde også gjøres for å undersøke om en moderat livskvalitet og om moderate nivåer av psykiske plager er vanlig i studentpopulasjonen, og se i hvilken grad dette går utover studentenes daglige funksjon.

Inneværende studie kontrollerte for effekten av kjønn, men for å få en bedre forståelse av sammenhengene bør fremtidig forskning undersøke eventuelle kjønnsforskjeller i assosiasjonene, og hvorvidt det er vesensforskjeller mellom kjønnene i sammenhengene mellom livskvalitet/psykiske plager og potensielle alkoholproblemer blant studenter. Dette kan gi viktig informasjon i utviklingen av tiltak, da det er mulig at assosiasjonene er sterkere for det ene kjønn enn det andre. Siden inneværende studie har fått ulike resultater enn andre som har undersøkt formen på assosiasjonen mellom 1) livskvalitet og potensielle alkoholproblemer og 2) psykiske plager og potensielle alkoholproblemer, kan det virke som om sammenhengene er et resultat av mekanismer og komplekse samspill mellom individ og miljø som er kontekstspesifikke. Det hadde derfor vært av spesiell interesse å repetere inneværende studie med deltakere i samme aldersgruppe, men som ikke er studenter. Da kunne man hatt et bedre datagrunnlag for å si noe om hvilken rolle konteksten spiller på assosiasjonene.

8 Konklusjon

Inneværende studie bekrefter tidligere forskning som har funnet at potensielle alkoholproblemer, herunder risikabelt og skadelig drikkemønster, er vanlig blant norske universitetsstudenter (Heradstveit et al., 2019; Erevik et al., 2017; Myrtveit et al., 2016; Sæther et al., 2019). Studien fant at studenter med lavere nivåer av livskvalitet og høyere gjennomsnittsnivåer av psykiske plager var mer utsatt for å rapportere potensielle alkoholproblemer. Videre antydte resultatene at studenter med et drikkemønster som kategoriseres som skadelig var mer risikoutsatt for lavere livskvalitet og høyere gjennomsnittsnivåer av psykiske plager enn studentene med et risikabelt drikkemønster. Dette har implikasjoner for utformingen av helsefremmende tiltak, da man burde prioritere å redusere det skadelige alkoholforbruket blant studenter. I henhold til assosiasjonen mellom livskvalitet og potensielle alkoholproblemer ble det funnet belegg for en omvendt U-formet kurve med risikabelt drikkemønster og en lineær assosiasjon med skadelig drikkemønster. For assosiasjonen mellom psykiske plager og potensielle alkoholproblemer ble det funnet belegg for en kurvelineær sammenheng med både risikabelt og skadelig drikkemønster. Studien bekrefter dermed tidligere forskning som antyder at det eksisterer en ikke-lineær sammenheng mellom psykiske plager og alkoholbruk (Rodgers et al., 2000; Skogen et al., 2009; Kim et al., 2015; Caldwell et al., 2002).

Inneværende studie har bidratt med viktig kunnskap om hvordan formen på sammenhengene mellom livskvalitet, psykiske plager og potensielle alkoholproblemer er i studentpopulasjonen. Gjeldende studie har kun undersøkt to av mange potensielle faktorer relatert til potensielle alkoholproblemer, hvilket danner grunnlag for videre forskning. Videre forskning burde også undersøke de to sammenhengene over tid, da dette muligens kunne bidratt med viktig informasjon om årsaksretningene. I tillegg kunne man fått informasjon om det risikable drikkemønsteret faktisk gjenspeiler sosial drikking blant studenter, da man kunne sett hvordan drikkemønsteret påvirker studentenes daglige funksjon.

Referanseliste

- Aceijas, C., Waldhäusl, S., Lambert, N., Cassar, S. & Bello-Corassa, R. (2017). Determinants of health-related lifestyles among university students. *Perspectives in public health*, 137(4), 227-236. doi: 10.1177/1757913916666875
- Allgöver, A., Wardle, J. & Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health psychology*, 20(3), 223-227. doi: 10.1037/0278-6133.20.3.223
- Andersson, C., Johnsson, K. O., Berglund, M. & Öjehagen, A. (2007). Alcohol involvement in Swedish university freshmen related to gender, age, serious relationship and family history of alcohol problems. *Alcohol & Alcoholism*, 42(5), 448-455. doi: 10.1093/alcalc/agm008
- Antaramian, S. (2015). Assessing Psychological Symptoms and Well-Being: Application of a Dual-Factor Mental Health Model to Understand College Student Performance. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 33(5), 419-429. doi: 10.1177/0734282914557727
- Arria, A. M., Caldeira, K. M., Allen, H. K., Vincent, K. B., Bugbee, B. A. & O'Grady, K. E. (2016). Drinking like an adult? Trajectories of alcohol use patterns before and after college graduation. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 40(3), 583-590. doi: 10.1111/acer.12973
- Auerbach, R., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., ... & Kessler, R. C. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and Distribution of Mental Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623-638. doi: 10.1037/abn0000362
- Babor, T. F. & Grant, M. (1989). From clinical research to secondary prevention: International collaboration in the development of the Alcohol Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Health and Research World*, 13, 371-374. Hentet fra <https://blog.3rdmil.com/sites/default/files/2017-02/Babor%20-%20From%20clinical%20research%20to%20secondary%20prevention.pdf>
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test - guidelines for use in primary health care* (Dokument Nr. WHO/MSD/MSB/01.6a). Hentet fra <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67205>
- Barstad, A. (2016). *Gode liv i Norge: Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*

- (Rapport IS-2479). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gode-liv-i-norge-utredning-om-maling-av-befolkningens-livskvalitet/Gode%20liv%20i%20Norge%20%E2%80%93%20Utredning%20om%20m%C3%A5ling%20av%20befolkningens%20livskvalitet.pdf/_/attachment/inline/4d212043-e2a4-4904-a360-94bfd977ed9a:51d6f261364996e6656a4e0564fb9bc967b4ecf0/Gode%20liv%20i%20Norge.pdf
- Befring, E. (2007). *Forsningsmetode med etikk og statistikk* (2. utg.). Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bennett, D. A. (2001) How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(5), 464–469. doi:10.1111/j.1467-842X.2001.tb00294.x
- Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2017). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Blank, M-L., Connor, J., Gray, A. & Tustin, K. (2016). Alcohol use, mental well being, self-esteem and general self-efficacy among final-year university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(3), 431-441. doi: 10.1007/s00127-016-1183-x
- Boden, J. M. & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906–914. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>
- Bohn, M. J., Babor, T. F. & Kranzler, H. R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of studies on alcohol*, 56(4), 423-432. doi: 10.15288/jsa.1995.56.423
- Borsari, B., Murphy, J. G. & Barnett, N. P. (2007). Predictors of alcohol use during the first year of college: Implications for prevention. *Addictive behaviors*, 32(10), 2062-2086. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.01.017
- Braithwaite, S. R., Delevi, R. & Fincham, F. D. (2010). Romantic relationships and the physical and mental health of college students. *Personal relationships*, 17(1), 1-12. doi: 10.1111/j.1475-6811.2010.01248.x
- Braut, G. S. (2017). Spesifisitet. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 23. oktober 2019 fra <https://snl.no/spesifisitet>
- Braut, G. S. (2018). Helsefremmende arbeid. I Store medisinske leksikon. Hentet 13. februar 2020 fra https://sml.snl.no/helsefremmende_arbeid
- Brown, S. L., Bulanda, J. R. & Lee, G. R. (2005). The significance of nonmarital

- cohabitation: Marital status and mental health benefits among middle-aged and older adults. *The Journal of Gerontology*, 60B(1), 21-29. doi: 10.1093/geronb/60.1.S21
- Burris, J. L., Brechting, E. H., Salsman, J. & Carlson, C. R. (2009). Factors associated with the psychological well-being and distress of university students. *Journal of American college health*, 57(5), 536-544. doi: 10.3200/JACH.57.5.536-544
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of internal medicine*, 158(16), 1789-1795. doi: 10.1001/archinte.158.16.1789
- Byrne, B. M. (2010). *Multivariate applications series. Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2. utg.). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Caldwell, T. M., Rodgers, B., Jorm, A. F., Christensen, H., Jacomb, P. A., Korten, A. E. & Lynskey, M. T. (2002). Patterns of association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety in young adults. *Addiction*, 97(5), 583-594. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00092.x
- Carroll, H. A., Rhew, I. & Larimer, M. E. (2019). Moderation of relation between psychological risk factors and alcohol use by sex. *Women & health*, doi: 10.1080/03630242.2019.1635559
- Chan, K. K., Neighbors, C., Gilson, M., Larimer, M. E. & Marlatt, G. A. (2007). Epidemiological trends in drinking by age and gender: Providing normative feedback to adults. *Addictive behaviors*, 32(5), 967-976. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.07.003
- Christiansen, M, Vik, P. W. & Jarchow, A. (2002). College student heavy drinking in social contexts versus alone. *Addictive Behaviors*, 27 (3), 393-404. Doi: 10.1016/S0306-4603(01)00180-0
- Çivitci, A. (2015). Perceived stress and life satisfaction in college students: Belonging and extracurricular participation as moderators. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 205, 271-281. Doi: 10.1016/j.sbspro.2015.09.077
- Clifford, P. R., Edmundson, E. W., Koch, W. R. & Dodd, B. G. (1991) Drug Use and Life Satisfaction Among College Students, *International Journal of the Addictions*, 26(1), 45-53, DOI: 10.3109/10826089109056238
- Coccia, C. & Darling, C. A. (2016). Having the time of their life: College student stress, dating and satisfaction with life. *Stress and Health*, 32(1), 28-35. Doi: 10.1002/smi.2575

- Cozby, P. & Bates, S. (2015). *Methods in behavioral research* (12. utg.). Boston: McGraw-Hill Education.
- Crawford, L. A. & Novak, K. B. (2007). Resisting peer pressure: Characteristics associated with other-self discrepancies in college students' levels of alcohol consumption. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 51(1), 35-62. Hentet fra http://digitalcommons.butler.edu/facsch_papers/389
- Creswell, J. & Creswell, J. David. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (5. utg.). Los Angeles: Sage.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., ... & Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey* (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6). Hentet fra http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Hentet fra <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up part 2* (Studies on social and economic determinants of population health, No. 3). Hentet fra <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107791>
- Dauenhauer, K. C. (2014). *Maladaptive Behavior in College Students and Breaking Student Codes of Conduct* (Masteroppgave). The college at Brockport, State University of New York. Hentet fra https://digitalcommons.brockport.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1158&context=edc_theses
- Day, A. (2008). Principles and key concepts in public health practice. I J. Mitcheson (Red.), *Public Health Approaches to Practice: Expanding Nursing and Health Care Practice* (s 21-35). Hentet fra <http://nrl.northumbria.ac.uk/id/eprint/2537>
- De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A. & McGorry, P. D. (2012). Age of onset of mental disorders and use of mental health services: Needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 47- 57. doi: 10.1017/S2045796011000746
- Deliens, T., Deforche, B., De Bourdeaudhuij, I. & Clarys, P. (2015). Determinants of physical

- activity and sedentary behaviour in university students: A qualitative study using focus group discussions. *BMC Public Health*, 15(201). doi: 10.1186/s12889-015-1553-4
- de Meneses-Gaya, C., Zuardi, A. W., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. S. (2009). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. *Psychology & Neuroscience*, 2(1), 83-97. doi:10.3922/j.psns.2009.1.12
- Departementene. (2017). *Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Derdikman-Eiron, R., Indredavik, M. S., Bratberg, G. H., Taraldsen, G., Bakken, I. J. & Colton, M. (2011). Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial functioning in adolescents with symptoms of anxiety and depression: Findings from the Nord-Trøndelag health study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(3), 261-267. doi: 10.1111/j.1467-9450.2010.00859.x
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science*, 19(1), 1-15. doi: 10.1002/bs.3830190102
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. Doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34
- Diener, E. (2006). Understanding scores on the satisfaction with life scale. Hentet fra <http://labs.psychology.illinois.edu/~ediener/Documents/Understanding%20SWLS%20Scores.pdf>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diulio, A. R., Cero, I., Witte, T. K. & Correia, C. J. (2014). Alcohol-related problems and life satisfaction predict motivation to change among mandated college students. *Addictive behaviors*, 39(4), 811-817. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.01.001
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning – en introduksjon og oversikt. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 5(2). Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/273566>
- Draper, B. (2015). *The relationship between health-compromising behaviors, employment*

- status, classification and quality of life in college students* (Doktoravhandling).
Capella University. Hentet fra <https://search.proquest.com/docview/1738990264?pq-origsite=primo>
- Due, P., Eriksson, C., Torsheim, T., Potrebny, T., Välimaa, R., Suominen, S., ... & Damgaard, M. T. (2019). Trends in high life satisfaction among adolescents in five Nordic countries 2002–2014. *Nordisk välfärdsforskning| Nordic Welfare Research*, 4(2), 54-66. doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-4161-2019-02-03>
- Edkins, T., Edgerton, J. D. & Roberts, L. W. (2017). Correlates of binge drinking in a sample of Canadian university students. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 8(1), 112-144. doi: 10.18357/ijcyfs81201716944
- Eklund, K., Dowdy, E., Jones, C. & Furlong, M. (2010). Applicability of the dual factor model of mental health for college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 25(1), 79-92. doi: 10.1080/87568225.2011.532677
- Erevik, E. K., Pallesen, S., Vedaa, Ø., Andreassen, C. S. & Torsheim, T. (2017). Alcohol use among Norwegian students: Demographics, personality and psychological health correlates of drinking patterns. *Nordic Studies on Alcohol and*, 34(5), 415-429. Doi: 10.1177/1455072517709918
- Erevik, E. K., Pallesen, S., Vedaa, Ø., Andreassen, C. S. & Torsheim, T. (2018). “Freshman’s week”: characteristics associated with participation and experiencing adverse effects. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 13(21). doi: 10.1186/s13011-018-0161-6
- Espnes, G. & Smedslund, G. (2017). *Helsepsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- ESPAD. (2016) *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (Rapport 2015). Hentet fra http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf
- FHI. (2015a). Fakta om psykiske plager og lidelser hos voksne. Hentet fra <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/artikler/psykisk-helse/psykiske-plager-og-lidelser-hos-vok/>
- FHI. (2015b). Fakta om sosial støtte og ensomhet. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- FHI. (2018a). Ti store folkehelseutfordringer i Norge. Hva sier analyse av sykdomsbyrde?

- Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/ti-store-folkehelseutfordringer-notat-2019.pdf>
- FHI. (2018b). *Helsetilstanden i Norge 2018* (Rapport 2018). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/helsetilstanden-i-norge-20182.pdf>
- FHI. (2018c, 14. mai). Psykiske lidelser hos voksne. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>
- FHI. (2018d, 26. juni). Psykiske lidelser har i stor grad felles genetiske sårbarhetsfaktorer. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/psykiske-lidelser-har-i-stor-grad-felles-genetiske-sarbarhetsfaktorer/>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5. utg.). Los Angeles: SAGE.
- Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid (LOV-2011-06-24-29). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29#KAPITTEL_1
- Fosse, E. (2006). *Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger: verktøy og erfaringer i noen europeiske land* (IS-1305). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/tema/sosial-ulikhet-i-helse/sosial-ulikhet-pavirker-helse-tiltak-og-rad/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20som%20tema%20i%20helsekonsekvensutredninger.pdf/_/attachment/inline/6cd2f46a-887c-4d68-a049-aa3ffd4d1113:6605013f595b71b72cef2b99f1f90338950ecf85/Sosial%20ulikhet%20i%20helse%20som%20tema%20i%20helsekonsekvensutredninger.pdf
- Fosse, E. (2009). Norwegian Public Health Policy: Revitalization of the Social Democratic Welfare State? *International Journal of Health Services*, 39(2), 287-300. doi: 10.2190/HS.39.2.d
- Frambach, J. M., van der Vleuten, C. P. & Durning, S. J. (2013). AM last page: Quality criteria in qualitative and quantitative research. *Academic Medicine*, 88(4), 552. doi: 10.1097/ACM.0b013e31828abf7f
- Frøslie, K. F. (2018, 26. juni). Konfidensintervall. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 15. januar 2020 fra <https://snl.no/konfidensintervall>
- Garcia, A. C., Sykes, L., Matthews, J., Martin, N. & Leipert, B. (2010). Perceived facilitators of and barriers to healthful eating among university students. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 71(2), e28-33. doi: 10.3148/71.2.2010.69
- Glen, S. (2016, 15. september). Likelihood-Ratio Tests (Probability and Mathematical

- statistics). Hentet 23. september 2019 fra
<https://www.statisticshowto.datasciencecentral.com/likelihood-ratio-tests/>
- Grace-Martin, K. (u.å). The Problem with Using Tests for Statistical Assumptions.
 Hentet 28. Januar 2020 fra <https://www.theanalysisfactor.com/the-problem-with-tests-for-statistical-assumptions/>
- Graham, H. & White, P. C. L. (2016). Social determinants and lifestyles: integrating environmental and public health perspectives. *Public health*, 141, 270-278. doi: 10.1016/j.puhe.2016.09.019
- Grant, B., Stinson, F., Dawson, D., Chou, S., Dufour, M., Compton, W., . . . Kaplan, K. (2004). Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61(8), 807. doi: 10.1001/archpsyc.61.8.807
- Grant, N., Wardle, J. & Steptoe, A. (2009). The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *International journal of behavioral medicine*, 16(3), 259-268. doi: 10.1007/s12529-009-9032-x
- Grøtan, K., Sund, E. R. & Bjerkeset, O. (2019) Mental Health, Academic Self Efficacy and Study Progress Among College Students – The SHoT Study, Norway. *Frontiers in Psychology*, 10(45). doi: 10.3389/fpsyg.2019.00045
- Halbo, L. (2019, 12. juli). Kvalitetssikring. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 22. august 2019 fra <https://snl.no/kvalitetssikring>
- Harris, K. M. & Edlund, M. J. (2005). Self-medication of mental health problems: New evidence from a national survey. *Health Services Research*, 40(1), 117-134. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00345.x
- Heale, R., & Twycross, A. (2015). Validity and reliability in quantitative studies. *Evidence based nursing*, 18(3), 66-67. doi: 10.1136/eb-2015-102129
- Hefner, J. & Eisenberg, D. (2009). Social support and mental health among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 491-499. doi: 10.1037/a0016918
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of life research*, 12(1), 25-31. doi: 10.1023/A:1023509117524
- Hellevik, O. (2017). The U-shaped age-happiness relationship: Real or methodological artifact? *Quality & Quantity*, 51(1), 177-197. doi: 10.1007/s11135-015-0300-3
- Helsebiblioteket. (2019, 28. november). Helsekadelig alkoholbruk. *Helsebiblioteket.no*.

- Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/alle-brosjyrer/helseskadelig-alkoholbruk>
- Helsedirektoratet. (2014). *Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet* (IS-2263). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helse-og-trivsel-i-folkehelsearbeidet/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf/_/attachment/inline/c3e9d9e3-8a17-45ee-a66e-4ea6850789ee:236bae07e0b209e222ff1747dba9ad3336c813dd/Psykisk%20helse%20og%20trivsel%20i%20folkehelsearbeidet.pdf
- Helsedirektoratet (2015). *Well-being på norsk* (IS-2344). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/well-being-pa-norsk/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf/_/attachment/inline/46a66c5f-e872-4e52-96b5-4ae1c95c5d23:488beb667da23e74e06e64a4e800417c2f205c90/Well-being%20p%C3%A5%20norsk.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter* (Meld. St. 19 (2014-2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Folkehelsemeldingen - Gode liv i et trygt samfunn* (Meld. St. 19 (2018-2019)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Heradstveit, O., Skogen, J. C., Brunborg, G. S., Lønning, K. J. & Sivertsen, B. (2019). Alcohol-related problems among college and university students in Norway: extent of the problem. *Scandinavian journal of public health*, 1-9. doi: 10.1177/1403494819863515
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W. & Jones, B. Q. (2008). Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health. *Annals of behavioral medicine*, 35(2), 239-244. doi: 10.1007/s12160-008-9018-y
- Huebner, E. S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social indicators research*, 66(1-2), 3-33. doi: 10.1023/B:SOCI.0000007497.57754.e3
- Huebner, E. S. & Alderman, G. L. (1993). Convergent and discriminant validation of a children's life satisfaction scale: Its relationship to self-and teacher-reported psychological problems and school functioning. *Social indicators research*, 30(1), 71-82. doi: 10.1007/BF01080333

- Hunt, J. & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of adolescent health*, 46(1), 3-10. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.008
- Johnston, L. D., Miech, R. A., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E. & Patrick, M. E. (2019). Monitoring the Future national survey results on drug use 1975-2018: Overview, key findings on adolescent drug use. Hentet fra <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/148123/Overview%202018%20FINAL%20print%201-30.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kaljord, C. (2018). Alkohol som risikofaktor. *Rusfag: fagmagasin for kommunene*, nr. 1 2018, 9-11. Hentet fra <http://kompetansesenterrus.no/file/91679-rusfagnr1-2018.pdf>
- Kessler, R. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56(10), 730-737. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.06.034
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Keyes, C. L. (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
- Kim, S-A., Kim, E., Morris, R. G. & Park, W-S. (2015). Exploring the Non-Linear Relationship between Alcohol Consumption and Depression in an Elderly Population in Gangneung: The Gangneung Health Study. *Yonsei Medical Journal*, 56(2), 418-425. doi: 10.3349/ymj.2015.56.2.418
- Kimberlin, C. L. & Winterstein, A. G. (2008) Validity and reliability of measurement instruments used in research, *American Journal of Health-System Pharmacy*, 65(23), 2276–2284. doi: 10.2146/ajhp070364
- Kivunja, C., & Kuyini, A. B. (2017). Understanding and Applying Research Paradigms in Educational Contexts. *International Journal of Higher Education*, 6(5), 26-41. doi:10.5430/ijhe.v6n5p26
- Knapstad, M., Heradstveit, O. & Sivertsen, B. (2018). *Studentenes Helse- og Trivselsundersøkelse 2018 (SHoT)/ HELT ÆRLIG-undersøkelsen*. Hentet fra [https://khrono.no/files/2018/09/05/SHOT%202018%20\(1\).pdf](https://khrono.no/files/2018/09/05/SHOT%202018%20(1).pdf)
- Knapstad, M., Sivertsen, B., Knudsen, A. K., Smith, O. R. F., Aarø, L. E., Lønning, K. J. &

- Skogen, J. C. (2019). Trends in self-reported psychological distress among college and university students from 2010 to 2018. *Psychological medicine*, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291719003350>
- Knudsen, A. K., Hotopf, M., Skogen, J. C., Øverland, S., & Mykletun, A. (2010). The health status of nonparticipants in a population-based health study: the Hordaland Health Study. *American journal of epidemiology*, 172(11), 1306-1314. doi: 10.1093/aje/kwq257
- Kokotailo, P. K., Egan, J., Gangnon, R., Brown, D., Mundt, M. & Fleming, M. (2004). Validity of the alcohol use disorders identification test in college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(6), 914-920. doi: 10.1097/01.ALC.0000128239.87611.F5
- Krumsvik, R. (2015). *Forskningsdesign og kvalitativ metode: Ei innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kwan, M. Y., Cairney, J., Faulkner, G. E. & Pullenayegum, E. E. (2012). Physical activity and other health-risk behaviors during the transition into early adulthood: a longitudinal cohort study. *American journal of preventive medicine*, 42(1), 14-20. doi: 10.1016/j.amepre.2011.08.026
- Lavrakas, P. J. (2008). Response Bias. *Encyclopedia of survey research methods* Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc. doi: <https://dx.doi.org/10.4135/9781412963947.n486>
- Lerdal, A. (2016, 26. mai). Metodekapitlet. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/10/metodekapitlet>
- Levola, J., Pitkänen, T., Kampman, O. & Aalto, M. (2017). The association of alcohol use and quality of life in depressed and non-depressed individuals: a cross-sectional general population study. *Quality of life research*, 27, 1217-1226. doi: 10.1007/s11136-017-1741-z
- Lo, C. C., Monge, A. N., Howell, R. J. & Cheng, T. C. (2013) The Role of Mental Illness in Alcohol Abuse and Prescription Drug Misuse: Gender-Specific Analysis of College Students. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45(1), 39-47. doi: 10.1080/02791072.2013.763561
- Lombardo, P., Jones, W., Wang, L., Shen, X. & Goldner, E. M. (2018). The fundamental association between mental health and life satisfaction: results from successive waves of a Canadian national survey. *BMC public health*, 18(342). doi:10.1186/s12889-018-5235-x

- Lumley, T., Diehr, P., Emerson, S. & Chen, L. (2002). The importance of the normality assumption in large public health data sets. *Annual review of public health*, 23(1), 151-169. doi: 10.1146/annurev.publhealth.23.100901.140546
- Lysne, V. & Olsen, T. (2017) Konfidensintervaller – hva kan de fortelle deg? Hentet fra <https://www.ntfe.no/i/2017/1/tfe-2017-01b-808>
- Mackenzie, N. & Knipe, S. (2006). Research dilemmas: Paradigms, methods and methodology. *Issues in educational research*, 16(2), 193-205. Hentet fra <http://msessd.ioe.edu.np/wp-content/uploads/2017/04/Handout4L4pages11-Research-Dilemmas-etc.pdf>
- Mahmoud, J. S. R., Staten, R. T., Hall, L. A. & Lennie, T. A. (2012). The Relationship among Young Adult College Students' Depression, Anxiety, Stress, Demographics, Life Satisfaction, and Coping Styles. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(3), 149-156. doi: 10.3109/01612840.2011.632708
- Major, E. F. (2015). Hvordan påvirker levevaner vår psykiske helse? Hentet fra <http://www.forebygging.no/Artikler/-2015/Hvordan-pavirker-levevaner-var-psykiske-helse/>
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalninger* (2011:1). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2011/bedre-fore-var---psykisk-helse-hels/>
- Malt, U. & Stoltenberg, C. (2017). Sensitivitet – test. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 23. oktober 2019 fra https://snl.no/sensitivitet_-_test
- Martinez, H. S., Klanecky, A. K. & McChargue, D. E. (2018). Problem drinking among at-risk college students: The examination of Greek involvement, freshman status, and history of mental health problems. *Journal of American College Health*, 66(7), 579-587. doi: 10.1080/07448481.2018.1432625
- Massin, S. & Kopp, P. (2014). Is life satisfaction hump-shaped with alcohol consumption? Evidence from Russian panel data. *Addictive Behaviors*, 39(4), 803-810. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.01.005
- Miller, B. E., Miller, M. N., Verhegge, R., Linville, H. H. & Pumariega, A. J. (2002). Alcohol misuse among college athletes: self-medication for psychiatric symptoms? *Journal of Drug Education*, 32(1), 41-52. doi: 10.2190/JDFM-AVAK-G9FV-0MY Y
- Mohamed, S. & Ajmal, M. (2015). Multivariate analysis of binge drinking in young adult

- population: Data analysis of the 2007 Survey of Lifestyle, Attitude and Nutrition in Ireland. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 69(8), 483-488. doi:10.1111/pcn.12284
- Molnar, D. S., Busseri, M. A., Perrier, C. P.K. & Sadava, S. W. (2009). A longitudinal examination of alcohol use and subjective well-being in an undergraduate sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(5), 704-713. doi: 10.15288/jsad.2009.70.704
- Murphy, J. G., Hoyme, C. K., Colby, S. M. & Borsari, B. (2006). Alcohol consumption, alcohol-related problems, and quality of life among college students. *Journal of College Student Development*, 47(1), 110-121. doi: 10.1353/csd.2006.0010
- Murphy, J. G., McDevitt-Murphy, M. E. & Barnett, N. P. (2005). Drink and Be Merry? Gender, Life Satisfaction, and Alcohol Consumption Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 184-191. doi: 10.1037/0893-164X.19.2.184
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Del 1: Voksne* (Rapport 2009:8). hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport-20098-pdf-.pdf>
- Myrtveit, S. M., Askeland, K. G., Knapstad, M., Knudsen, A. K. & Skogen, J. C. (2017). The Norwegian student introductory week: who takes part, and is participation associated with better social integration and satisfaction among students? *EJHE*, 7(2), 136-52. Doi: 10.1080/21568235.2016.1252933
- Myrtveit, S. M., Askeland, K. G., Knudsen, A. K., Knapstad, M., Nedregård, T. & Skogen, J. C. (2016). Risky drinking among Norwegian students: Associations with participation in the introductory week, academic performance and alcohol-related attitudes. *Nordic studies on alcohol and drugs*, 33(4), 361-380. doi: 10.1515/nsad-2016-0031
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2016). *Foundations for health promotion* (4th ed.). Amsterdam: Elsevier.
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2004). NIAAA Newsletter (*Winter 2004, number 3*). Hentet fra https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Newsletter/winter2004/Newsletter_Number3.pdf

- Nedregård, T. & Olsen, R. (2010). *Studentenes Helse- Og Trivselsundersøkelse SHOT 2010*. Hentet fra https://studentensbeste.no/wp-content/uploads/2014/05/shot_2010_rapport.pdf
- Nedregård, T. & Olsen, R. (2014). *Studentenes Helse- Og Trivselsundersøkelse SHOT 2014*. Hentet fra http://www.vtbergen.no/wpcontent/uploads/2013/10/VT0614_6214_SHoT2014.pdf
- NEM (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag). (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag* (ISBN: 978-82-7682-059-1). Hentet fra <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf>
- Nes, R. B. (2017, 21. mars). Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge. Hentet 28. mai 2019 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>
- Nes, R. B. (2019a, 20. september). Hva betyr livskvalitet og trivsel for barn og unges fysiske og psykiske helse? Hentet 10. desember 2019 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykisk-helse-barn-unge/fakta-om-livskvalitet-og-trivsel-ho/>
- Nes, R. B. (2019b, 23. september). Fakta om livskvalitet og trivsel. Hentet 25. oktober 2019 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Nes, R. B. & Clench-Aas, J. (2011). *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger* (Rapport 2011:2). Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport-20112-psykisk-helse-i-norge.-tilstandsrapport-med-internasjonale-sammenligninger..pdf>
- Nes, R. B., Hansen, T. & Barstad, A. (2018). *Livskvalitet: anbefalinger for et bedre målesystem* (Rapport IS-2727). Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%20%E2%80%93%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf/_/attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet%20%E2%80%93%20Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf
- NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og*

- teologi* (ISBN: 978-82-7682-071-3). Hentet fra https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/60125_fek_retningslinjer_nesh_digital.pdf
- Nettelbladt, P., Hansson, L., Stefansson, C. G., Borgquist, L. & Nordström, G. (1993). Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 28(3), 130-133. doi: 10.1007/BF00801743
- Newcomb, M. D., Vargas-Carmona, J. & Galaif, E. R. (1999). Drug problems and psychological distress among a community sample of adults: Predictors, consequences, or confound? *Journal of Community Psychology*, 27(4), 405-429. doi: 10.1002/(SICI)1520-6629(199907)27:4<405::AID-JCOP4>3.0.CO;2-2
- Nilsen, R. M., Surén, P., Gunnes, N., Alsaker, E. R., Bresnahan, M., Hirtz, D., ... & Roth, C. (2013). Analysis of self-selection bias in a population-based cohort study of autism spectrum disorders. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 27(6), 553-563. doi: <https://doi.org/10.1111/ppe.12077>
- Nilsen, R. M., Vollset, S. E., Gjessing, H. K., Skjaerven, R., Melve, K. K., Schreuder, P., ... & Magnus, P. (2009). Self-selection and bias in a large prospective pregnancy cohort in Norway. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 23(6), 597-608. Doi: 10.1111/j.1365-3016.2009.01062.x
- Nishida, A., Richards, M. & Stafford, M. (2016). Prospective associations between adolescent mental health problems and positive mental wellbeing in early old age. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 10(12). doi: 10.1186/s13034-016-0099-2
- Norgeshelsa statistikkbank. (2012). Psykiske plager og symptomer, voksne (L). Hentet fra <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>
- O'Malley, P. M. & Johnston, L. D. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 23-39. doi: 10.15288/jsas.2002.s14.23
- Oslo Universitetssykehus (2017, 8. januar) Virkninger av alkohol på sentralnervesystemet og kroppen forøvrig. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/rettsmedisinske-fag/alkohol-og-rusmidler/virkninger-av-alkohol-pa-sentralnervesystemet-og-kroppen-forovrig>
- Ousdal, C. K. (2018, 4. September). Stor sprik i ventetid for studenter som ber om psykologhjelp. *Khrono*. Hentet fra <https://khrono.no/nyheter-psykolog-shot/stor-sprrik-i-ventetid-for-studenter-som-ber-om-psykologhjelp/214674>

- 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. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02577.x
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS* (6.utg.). Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press.
- Pavot, W. & Diener, E. (2009). Review of the satisfaction with life scale. I E. Diener (Red.), *Assessing well-being. Social indicators research Series, volum 39 (s. 101-117)*. Hentet fra https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_5
- Pedrelli, P., Farabaugh, A. H., Zisook, S., Tucker, D., Rooney, K., Katz, J., ... & Fava, M. (2011). Gender, depressive symptoms and patterns of alcohol use among college students. *Psychopathology*, 44(1), 27-33. Doi: 10.1159/000315358
- Peele, S. & Brodsky, A. (2000). Exploring psychological benefits associated with moderate alcohol use: a necessary corrective to assessments of drinking outcomes? *Drug and alcohol dependence*, 60(3), 221-247. doi: 10.1016/S0376-8716(00)00112-5
- Peltzer, K. & Pengpid, S. (2015). Extent of alcohol use and mental health (depressive and posttraumatic stress disorder symptoms) in undergraduate university students from 26 low-, middle-and high-income countries. *South African Journal of Psychiatry*, 21(2), 39-43. doi: DOI:10.7196/SAJP.662
- Piccinelli, M., Homen, F. G., WHO Nations for Mental Health Initiative, & World Health Organization. (1997). *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia* (No. WHO/MSA/NAM/97.1). World Health Organization. Hentet fra https://www.who.int/mental_health/publications/gender_schizophrenia/en/
- Pevalin, D. & Robson, K. (2009). *Stata Survival Manual*. Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Price, A. & Smith, H. A. (2019). USI National report on student mental health in third level education. Hentet fra <http://usi.ie/wp-content/uploads/2019/08/WEB-USI-MH-report-1.pdf>
- Pripp, A. H. (2019, 23. desember). Vi trenger likestilte forskningsmetoder. Hentet 3. januar 2020 fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/09/likestilling-eller-likeverd-mellom-kvantitativ-og-kvalitativ-forskingsmetode>
- Pritchard, M. E., Wilson, G. S., & Yamnitz, B. (2007). What predicts adjustment among college students? A longitudinal panel study. *Journal of American College Health*, 56(1), 15-22. doi: 10.3200/JACH.56.1.15-22

- Reinert, D. F. & Allen, J. P. (2002). The alcohol use disorders identification test (AUDIT): a review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(2), 272-279. doi: 10.1111/j.1530-0277.2002.tb02534.x
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge* (FHI Rapport 01/2018). Hentet fra <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Renshaw, T. L. & Cohen, A. S. (2014). Life satisfaction as a distinguishing indicator of college student functioning: Further validation of the two-continua model of mental health. *Social indicators research*, 117(1), 319-334. doi: DOI 10.1007/s11205-013-0342-7
- Roberts, R., Golding, J., Towell, T. & Weinreb, I. (1999). The Effects of Economic Circumstances on British Students' Mental and Physical Health. *Journal of American College Health*, 48(3), 103-109. doi: 10.1080/07448489909595681
- Rodgers, B., Korten, A. E., Jorm, A. F., Jacomb, P. A., Christensen, H. & Henderson, A. S. (2000). Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. *Psychological Medicine*, 30(2), 421-432. Hentet fra: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/nonlinear-relationships-in-associations-of-depression-and-anxiety-with-alcohol-use/4243BA296FAD1A4D99E6AFE6777620D2#fndtn-information>
- Rosenthal, S. R., Clark, M. A., Marshall, B. D. L., Buka, S. L., Carey, K. B., Shepardson, R. L. & Carey, M. P. (2018). Alcohol consequences, not quantity, predict major depression onset among first-year female college students. *Addictive Behaviors*, 85, 70-76. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.05.021
- Salvatore, J. E., Kendler, K. S. & Dick, D. M. (2014). Romantic relationship status and alcohol use and problems across the first year of college. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 75(4), 580-589. doi: 10.15288/jsad.2014.75.580
- Samdal, O., Mathisen, F. K. S., Torsheim, T., Diseth, Å. R., Fismen, A-S., Larsen, T., (...) Årdal, E. (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge* (HEMIL-rapport 1/2016). Hentet fra <http://filer.uib.no/psyfa/HEMIL-senteret/HEVAS/HEMIL-rapport2016.pdf>
- Samskipnadsrådet. (2016). *Rapport om studenthelse: Studentsamskipnadene i Norge*. Hentet fra <https://studentsamskipnader.files.wordpress.com/2016/02/rapport-om-studenthelse-2016-10-07.pdf>
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R. & Grant, M. (1993).

- Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
- Seo, E. H., Kim, S. G., Kim, S. H., Kim, J. H., Park, J. H. & Yoon, H. J. (2018). Life satisfaction and happiness associated with depressive symptoms among university students: a cross-sectional study in Korea. *Annals of General Psychiatry*, 17(52). doi: 10.1186/s12991-018-0223-1
- Sher, K. J., Grekin, E. R. & Williams, N. A. (2005). The development of alcohol use disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 493-523. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144107
- Shih, T. H. & Fan, X. (2009). Comparing response rates in e-mail and paper surveys: A meta-analysis. *Educational research review*, 4(1), 26-40. doi: 10.1016/j.edurev.2008.01.003
- Simon, R. W., & Barrett, A. E. (2010). Nonmarital romantic relationships and mental health in early adulthood: Does the association differ for women and men? *Journal of Health and Social Behavior*, 51(2), 168-182. doi: 10.1177/0022146510372343
- Sivertsen, B., Råkil, H., Munkvik, E. & Lønning, K. J. (2019). Cohort profile: the SHoT-study, a national health and well-being survey of Norwegian university students. *BMJ open*, 9(1), e025200. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025200
- Skipsey, K., Burleson, J. A., & Kranzler, H. R. (1997). Utility of the AUDIT for identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug and alcohol dependence*, 45(3), 157-163. doi: 10.1016/S0376-8716(97)01353-7
- Skjetne, I. (2019, 16. januar). Helsefremmende og forebyggende arbeid. Hentet fra <https://ndla.no/nb/subjects/subject:24/topic:1:183730/topic:1:4013/resource:1:4018>
- Skogen, J. C. (2013, 2. mai). Tidlig debut av rusbruk, rusproblemer og mental helse hos ungdom. Hentet fra <http://www.forebygging.no/Global/Jens%20C.Skogen%20endelig.utkast.pdf>
- Skogen, J. C., Harvey, S. B., Henderson, M., Stordal, E. & Mykletun, A. (2009). Anxiety and depression among abstainers and low-level alcohol consumers. The Nord-Trøndelag Health Study. *Addiction*, 104(9), 1519-1529. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02659.x
- Skogen, J. C., Sivertsen, B., Lundervold, A. J., Stormark, K. J., 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:e005357. doi: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* (Rapport 2018). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/barn_og_unges_psykiske_helse_forebyggende.pdf
- Skogen, J. C., Øverland, S., Smith, O. R. & Aarø, L. E. (2017). The factor structure of the Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25) in a student population: A cautionary tale. *Scandinavian journal of public health*, 45(4), 357-365. doi: 10.1177/1403494817700287
- Sletnes, K. B. (2019, 8. juli) Positivism – vitenskapsfilosofi. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 23. oktober 2019 fra https://snl.no/positivisme_-_vitenskapsfilosofi
- Slutske, W. S., Hunt-Carter, E. E., Nabors-Oberg, R. E., Sher, K. J., Bucholz, K. K., Madden, P. A. F., . . . Heath, A. C. (2004). Do College Students Drink More Than Their Non-College-Attending Peers? Evidence From a Population-Based Longitudinal Female Twin Study. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(4), 530-540. doi:10.1037/0021-843X.113.4.530
- Smith, W. G. (2008). Does gender influence online survey participation? A recordlinkage analysis of university faculty online survey response behavior. *ERIC Document Reproduction Service* No. ED 501717. Hentet fra https://scholarworks.sjsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1003&context=elementary_ed_pub
- Smith, S. W., LaPlante, C., Wibert, W. N., Mayer, A., Atkin, C. K., Klein, K., ... & Martell, D. (2011). Student-generated protective behaviors to avert severe harm due to high-risk alcohol consumption. *Journal of College Student Development*, 52(1), 101-114. Doi: 10.1353/csd.2011.0004
- Staff, A. (2015, 23. Juni). Bias. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Spesielle-problemomrader/Bias/>
- StataCorp. (2017). *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp LLC.
- Statistics Solutions. (2019). Assumptions of Logistic Regression. Hentet 23. September fra <https://www.statisticssolutions.com/assumptions-of-logistic-regression/>
- Stordal, E., Krüger, M. B., Dahl, N. H., Krüger, Ø., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2001).

- Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(3), 210-216. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00130.x
- Storrie, K., Ahern, K. & Tuckett, A. (2010). A systematic review: Students with mental health problems—A growing problem. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 1-6. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01813.x
- Storsul, T. (2011). Forskningsdesign og sentrale begreper. Hentet fra <https://www.uio.no/studier/emner/hf/imk/MEVIT2800/v11/undervisningsmateriale/2Designogbegreper.pdf>
- Strand, B. E., 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. doi: 10.1080/08039480310000932
- Stålesen, E. (2015). *Hvordan opplever studenter ved Universitetet i Agder forholdet til alkohol i fadderuken?* (Masteroppgave). Hentet fra <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/301200/Eli%20St%c3%a5lesen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sæther, S. M. M., Knapstad, M., Askeland, K. G. & Skogen, J. C. (2019). Alcohol consumption, life satisfaction and mental health among Norwegian college and university students. *Addictive Behaviors Reports*. doi: <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100216>
- Tartaglia, S., Gattino, S. & Fedi, A. (2018). Life satisfaction and alcohol consumption among young adults at social gatherings. *Journal of Happiness Studies*, 19(7), 2023-2034. doi: 10.1007/s10902-017-9907-5
- Taylor, J. (2006). Life events and peer substance use and their relation to substance use problems in college students. *Journal of drug education*, 36(2), 179-191. doi: 10.2190/1MNH-ARUD-R57K-7710
- Tembo, C., Burns, S. & Kalembo, F. (2017). The association between levels of alcohol consumption and mental health problems and academic performance among young university students. *PLoS ONE*, 12(6), E0178142. doi: 10.1371/journal.pone.0178142
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). Vitenskap, kunnskap og praksis – Innføring i vitenskapsfilosofi for

- helse- og sosialfag. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thoresen, M. (2018). Konfundering – et tilbakevendende problem. *Tidsskrift for den norske Legeforening*, 3. Doi: 10.4045/tidsskr.17.0795
- Thørrisen, M. M., Skogen, J. C., Kjekken, I., Jensen, I., & Aas, R. W. (2019). Current practices and perceived implementation barriers for working with alcohol prevention in occupational health services: the WIRUS OHS study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 14(30). doi: 10.1186/s13011-019-0217-2
- Tran, A., Tran, L., Geghre, N., Darmon, D., Rampal, M., Brandone, D., ... & Avillach, P. (2017). Health assessment of French university students and risk factors associated with mental health disorders. *PloS one*, 12(11), e0188187. doi: 10.1371/journal.pone.0188187
- Vaez, M. & Laflamme, L. (2003). Health behaviors, self-rated health, and quality of life: a study among first-year Swedish university students. *Journal of American college health*, 51(4), 156-162. doi: 10.1080/07448480309596344
- van Beuningen, J. (2012). *The satisfaction with life scale examining construct Validity* (ISSN: 1572-0314). Hentet fra <https://pdfs.semanticscholar.org/3efd/f3d497cac8ff84226baaa1f08ce963fb5a98.pdf>
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A. & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The lancet*, 379(9826), 1641-1652. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60149-4
- Vittersø, J. (2009). Satisfaction with life scale. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/oppsummert/2009/08/satisfaction-life-scale>
- Walters, K. S., Bulmer, S. M., Troiano, P. F., Obiaka, U. & Bonhomme, R. (2018). Substance use, anxiety, and depressive symptoms among college students. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 27(2), 103-111. doi: 10.1080/1067828X.2017.1420507
- Ward, B. W. & Gryczynski, J. (2009). Social learning theory and the effects of living arrangement on heavy alcohol use: Results from a national study of college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70(3), 364-372. doi: 10.15288/jsad.2009.70.364
- Weitzman, E. R. (2004). Poor mental health, depression, and associations with alcohol consumption, harm, and abuse in a national sample of young adults in college. *The Journal of nervous and mental disease*, 192(4), 269-277. doi: 10.1097/01.nmd.0000120885.17362.94

- White, A., & Hingson, R. (2013). The burden of alcohol use: Excessive alcohol consumption and related consequences among college students. *Alcohol Research : Current Reviews*, 35(2), 201-218. doi: 10.1037/t69599-000
- Whitton, S. W., Weitbrecht, E. M., Kuryluk, A. D. & Bruner, M. R. (2013). Committed dating relationships and mental health among college students. *Journal of American college health*, 61(3), 176-183. doi: 10.1080/07448481.2013.773903
- WHO. (u.å.). Social determinants of health. Hentet 8. oktober 2019 fra https://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/
- Wicki, M., Kuntsche, E. & Gmel, G. (2010). Drinking at European universities? A review of students' alcohol use. *Addictive behaviors*, 35(11), 913-924. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.06.015
- Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., Kristjanson, A. F., Vogeltanz-Holm, N. D. & Gmel, G. (2009). Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction*, 104(9), 1487-1500. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02696.x
- Winokur, A., Winokur, D. F., Rickels, K. & Cox, D. S. (1984). Symptoms of emotional distress in a family planning service: stability over a four-week period. *British Journal of Psychiatry*, 144(4), 395-399. doi:10.1192/bjp.144.4.395
- Zivin, K., Eisenberg, D., Gollust, S. E. & Golberstein, E. (2009). Persistence of mental health problems and needs in a college student population. *Journal of affective disorders*, 117(3), 180-185. doi: 10.1016/j.jad.2009.01.001
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., Oeltmann, J. E. & Drane, J. W. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29(4), 279-288. Doi: 10.1016/S1054-139X(01)00269-5

Vedlegg

Vedlegg 1: Livskvalitet spørreskjema

Vedlegg 2: Psykiske plager spørreskjema

Vedlegg 3: Alkoholproblemer spørreskjema

Vedlegg 4: Søknad til REK

Vedlegg 5: Samtykkeskjema

Vedlegg 6: Ujustert og fullt justerte assosiasjoner mellom livskvalitet og psykiske plager og potensielle alkoholproblemer. Logistiske regresjonsmodeller, med kvadratiske og kubiske ledd

Vedlegg 1: «Satisfaction with life scale» spørreskjema

Nedenfor står fem påstander som kan stemme godt eller dårlig for deg. For hver påstand er det en svarskala som går fra 1 til 7. Vi ber deg om å krysse av for det tallet som passer best for deg.

	Stemmer dårlig						Stemmer perfekt
	1	2	3	4	5	6	7
På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Livsbetaingelsene mine er svært gode	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er fornøyd med livet mitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Så langt har jeg fått det viktigste jeg har ønsket meg i livet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvis jeg kunne leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret på noe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vedlegg 2: «Hopkins Symptom Checklist 25» spørreskjema

Nedenfor er en liste med symptomer eller problemer folk av og til har. Gi en vurdering av hvor mye hvert symptom var til plage eller ulempe for deg de siste to ukene (til og med i dag).

	Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Svært mye
Plutselig skremt uten grunn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler deg redd eller engstelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler deg svimmel eller kraftløs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervøs eller urolig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hjertebank	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skjelving	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler deg anspent eller opphisset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hodepine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anfall av redsel eller panikk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rastløshet, kan ikke sitte rolig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler deg slapp og uten energi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anklager deg selv for ting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har lett for å gråte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tap av seksuell interesse eller lyst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dårlig appetitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vanskelig for å sove	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Svært mye
Følelse av håpløshet for fremtiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler deg nedfor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler deg ensom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har tanker om å ta ditt liv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Følelse av å være fanget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bekymrer deg for mye	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler ikke interesse for noe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler at alt krever stor anstrengelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler at du ikke er noe verd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vedlegg 3: «Alcohol Use Disorder Identification Test» spørreskjema

Hvor ofte drikker du alkohol?

- Aldri
- Månedlig eller sjeldnere
- 2-4 ganger i måneden
- 2-3 ganger i uken
- 4 ganger i uken eller mer

Ved andre kryss enn Aldri:

Hvor mange alkoholenheter (en liten øl, et glass vin, eller en drink) drikker du typisk på en dag du drikker?

- 1-2
- 3-4
- 5-6
- 7-9
- 10 eller flere

Her er noen spørsmål knyttet til din bruk av alkohol det siste året. Hvor ofte ...

	Aldri	Sjelden	Noen ganger i måneden	Noen ganger i uken	Daglig/nesten daglig
...drikker du 6 alkoholenheter eller mer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du begynte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort på grunn av drikking?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...starter du dagen med alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...har du hatt skyldfølelse på grunn av drikking?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...har du glemt det som hendte kvelden før på grunn av drikking?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...har du vært borte fra en skoletime/forelesning/kurs/gruppe fordi du drakk alkohol dagen før?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nei	Ja, men ikke i løpet av siste år	Ja, i løpet av siste år
Har du eller noen andre blitt skadet på grunn av din drikking?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har en slektning, venn eller lege uttrykt bekymring for drikkingen din, eller antydnet at du bør redusere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du blitt skadet som følge av at andre har drukket?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Til alle:

I hvor stor grad er du enig i følgende utsagn?

	Helt uenig	Litt uenig	Litt enig	Helt enig
Det drikkes for mye i studentmiljøet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det burde vært flere alkoholfrie studenttilbud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Har du latt være å delta på studentarrangement fordi det drikkes alkohol der?

- Ja
- Nei

Vedlegg 4: Søknad til REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Jessica Svård	55978498	01.09.2017	2017/1176/REK vest
			Deres dato:	Deres referanse:
			13.06.2017	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Børge Sivertsen
Avdeling for helsefremmende arbeid

2017/1176 SHoT 2018 (Studentenes Helse- og trivselsundersøkelse 2018)

Forskningsansvarlig: Folkehelseinstituttet, Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus
Prosjektleder: Børge Sivertsen

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 16.08.2017. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Prosjektomtale

Formålet med dette prosjektet er todelt. Første del består av å gjennomføre en ny stor helse – og trivselsundersøkelse (SHoT2018) på studenter. SHoT har tidligere blitt gjennomført i 2010 og 2014. Alle studenter i Norge (ca. 227 000) vil i februar 2018 bli invitert to å fylle ut et internettbasert spørreskjema der de blir spurt om forhold knyttet sin psykiske og fysiske helse, livsstilsfaktorer, og trivsel rundt studiesituasjonen sin. Andre del av prosjektet består av å koble data fra denne undersøkelsen mot eksisterende nasjonale registre og tidligere helseundersøkelser. Denne delen av prosjektet vil gi ny og viktig kunnskap både om tidlige risikofaktorer, samt om hvordan helse og trivsel i studietiden henger sammen med akademisk prestasjon, og senere helse og tilknytning til arbeidslivet.

Vurdering

Datainnsamling/Forsvarlighetsvurdering

Deltakelse i prosjektet innebærer et internettbasert spørreskjema med noen sensitive spørsmål og en omfattende kobling mot flere sentrale registre.

Innsamlede data kobles mot data i:

Medisinsk fødselsregister: fødselsvekt, prematuritet, gestasjonsalder.

Norsk pasientregister: mentale og somatiske sykdommer/diagnoser.

Reseptregisteret: Opplysninger om resepter forskrevet for mentale og somatiske sykdommer/diagnoser. ung@hordaland: for aktuelle personer som deltok på begge undersøkelsene vil disse dataene bli koblet sammen.

Forløpsdatabasen Trygd: sykefravær og uføretrygd

Nasjonal utdanningsdatabase: karakterer, studiepoeng, fullført utdanning mm

Komiteen diskuterte hvis det er godt nok at studentene etter innsending av skjema blir sendt videre til nettside med kontaktinfo til studenthelsetjeneste og spør hvis det er mulig å oppfordre studenter til å ta kontakt med studenthelsetjenesten når de svarer på en måte som gir grunn for bekymring, for eksempel på spørsmål om selvmordstanker.

Besøksadresse:
Armåuer Hansens Hus (AHH),
Tverrflyøy Nord, 2 etasje. Rom
281. Haukelandsveien 28

Telefon: 55975000
E-post: rek-vest@uib.no
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i saksbehandlingen, bes adressert til REK vest og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK vest, not to individual staff

Samtykke

Samtykke innhentes elektronisk, i forkant av spørreundersøkelsen. Del 1: samtykke til å delta, 2 samtykke til at data kan kobles mot andre registre. REK vest har ingen innvendinger til dette.

Informasjonsskrivet

Komiteen mener at informasjonsskrivet underkommuniserer ulempene ved å delta og ber prosjektleder om å bruke REK sin mal for informasjonsskriv.

I informasjonsskrivet må det stå om hvilke typer av spørsmål som inngår i spørreskjemaet, mer om ulemper ved å delta som beskrevet i prosjektsøknaden og at man kan velge å ikke svare på alle spørsmål. Videre mangler informasjonsskrivet logo til forskningsansvarlig (FHI).

Rekruttering

Kontaktes via epost oppgitt hos lånekasse. REK vest har ingen innvendinger til dette.

Utførsel av data

Prosjektet har samarbeid med USA, Australia, Storbritannia og Canada. Hvis data skal føres ut så minner REK vest om at opplysninger utelukkende skal anvendes til studiens formål, og ingen identifiserbar informasjon lagres utover prosjektslutt.

Prosjektslutt og håndtering av data

Prosjektslutt er 31.08.2027, data aidentifiseres ved prosjektslutt. Prosjektleder ber om å få oppbevare koblingsnøkkel slik at data etter nye søknader kan kobles til senere runder av SHOT. Data kan lagres 5 år etter prosjektid for etterkontroll, søknad om nytt prosjekt som skal gjenbruke data fra denne studien må komme innen den tid.

Vilkår

- REK vest ber om at revidert informasjonsskriv sendes til REK vest på post@helseforskning.etikk.no.
- Data kan lagres i 5 år etter prosjektslutt for etterkontroll.

Vedtak

REK vest godkjenner prosjektet på betingelse av at ovennevnte vilkår tas til følge.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK vest på eget skjema senest 29.02.2028, jf. hfl. § 12. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK vest dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. hfl. § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK vest. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK vest, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
Prof. Dr. med.
Komitéleder

Jessica Svärd
rådgiver

Vedlegg 5: Samtykkeskjema



Studentsamskipnaden
i Oslo og Akershus



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET SHOT 2018

Studentenes helse- og trivselsundersøkelse (SHoT 2018)

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en landsomfattende spørreundersøkelse som vil gi oss ny kunnskap om hvordan norske studenter har det. Vi studerer samspill mellom helse, livskvalitet og studieprestasjon/-gjennomføring, og ved å følge endringer i studentenes helse over tid, kan vi finne hva som gir god helse og bedre livskvalitet. Slik vil vi bidra til at studenttilværelsen blir en så god tid som mulig.

Din deltakelse bidrar til at vi kan finne ut mer om hva som påvirker helse og livskvalitet for studenter. Kunnskapen fra SHoT 2018 vil bli en unik ressurs for alle studentsamskipnader, utdanningsinstitusjoner, studentpolitikere, kommuner og beslutningstakere generelt. Alle norske heltidsstudenter under 35 år får mulighet til å delta. Jo flere som svarer, desto mer verdifull blir undersøkelsen.

SHoT 2018 er et samarbeidsprosjekt mellom studentsamskipnadene i Norge og Folkehelseinstituttet. Folkehelseinstituttet er forskningsansvarlig institusjon.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Du deltar ved å fylle ut et nettbasert spørreskjema som behandles på en sikker måte, og samtykker til at data om deg kan lagres og brukes til forskning. Sentrale tema som dekkes er bl.a. forhold på studiestedet, trivsel, fysisk og psykisk helse, alkohol og rusbruk, i tillegg til en del spørsmål om bakgrunn og livsstilsfaktorer.

Det tar 20-25 minutter å svare på spørsmålene i undersøkelsen.

Innsamlede data om deg fra spørreundersøkelsen kan kobles til andre datakilder for å kunne gjennomføre godkjente forskningsprosjekter, om du samtykker til det. Data om deg vil da være knyttet til et løpenummer og ikke til ditt navn. Aktuelle datakilder er:

- Nasjonale personregistre:
 - Nasjonal utdanningsdatabase (NUDB)
 - Forløpsdatabasen Trygd (FD-Trygd)
 - Nasjonale helseregistre: Medisinsk fødselsregister, Kommunalt pasient- og brukerregister, Norsk pasientregister, Reseptregisteret, Dødsårsaksregisteret
 - Sesjonsdata i Forsvarets helseregister
- Den tidligere helseundersøkelsen ung@hordaland (gjelder for deg som gikk på videregående skole i Hordaland i 2012)
- Fremtidige runder av SHoT (den neste er planlagt i 2022)

MULIGE FORDELER OG ULEMPER MED Å DELTA I PROSJEKTET

Fordeler: Du gir et viktig bidrag til forskning, og svært nyttig informasjon til studentsamskipnaden. Kunnskapen fra forskningen vil i sin tur bli brukt å for å gjøre studentlivet så godt som mulig.

Ulemper: Noen av spørsmålene i undersøkelsen vil kunne oppfattes som sensitive og gi bekymringer. Dette gjelder blant annet spørsmål knyttet til psykiske vansker, selvskading og selvmordstanker.

DET ER FRIVILLIG Å DELTA I PROSJEKTET

Det er helt frivillig å delta i prosjektet, og du kan hoppe over spørsmål du ikke ønsker svare på. Dersom du ønsker å delta, krysser du av for samtykke på nettsiden før selve spørreundersøkelsen begynner.

Du kan når som helst og uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke, og derved trekke deg fra prosjektet. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede data om deg, med mindre disse allerede er inngått i analyser som er brukt i rapporter og vitenskapelige publikasjoner.

Dersom du har spørsmål til prosjektet, eller ønsker å trekke ditt samtykke, kan du ta direkte kontakt med Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus, som leder undersøkelsen:

Kontaktperson:

Cecilie Krefting

Telefon: 92427634

E-post: helse@sio.no

Adresse: Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus (SiO)

Pb 94 Blindern, 0314 Oslo

www.sio.no

HVA SKJER MED DATA SOM ER SAMLET INN OM DEG?

Data som er samlet inn og registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. De som behandler data i prosjektet har taushetsplikt.

Data lagres i en sikker databank ved Universitetet i Oslo (Tjeneste for Sensitive Data - TSD). TSD er en lukket dataløsning uten koblingsmulighet til internett, som er godkjent for oppbevaring og behandling av forskningsdata.

Forskere som skal analysere data får ikke tilgang til ditt navn, adresse eller fødselsnummer. Data om deg knyttes i stedet til et løpenummer som sorterer alle data om deg på riktig måte. Slik sikrer vi at dataene blir behandlet korrekt uten at vi trenger å se hvem de gjelder. Nøkkelen som knytter ditt fødselsnummer til løpenumret vil bli kryptert og lagret adskilt fra øvrige data. Kun prosjektleder vil ha tilgang til denne nøkkelen.

All tilgang til data fra SHoT krever nødvendige godkjenninger i henhold til norsk lov. Ved å delta i prosjektet, samtykker du også til at forskningsdata fra SHoT, uten navn, adresse eller fødselsnummer, kan gjøres tilgjengelig for samarbeidende forskere i Norge, EU og USA. I tillegg samtykker du til at fagtidsskrifter kan få tilgang til data for å kontrollere resultatene fra forskningen.

SHoT gir ikke noen utenforstående, som utdanningsinstitusjoner, arbeidsgivere, Lånekassen, NAV, forsikringselskaper, reklamebransjen eller politiet, tilgang til individdata fra SHoT.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at data om deg blir behandlet på en sikker måte, og at du får ivaretatt dine rettigheter som deltaker.

Data avidentifiseres ved prosjektslutt (31.08.2027), og data vil bli lagret i 5 år etter dette for etterkontroll.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2017/1176/REK vest).

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

Jeg har lest informasjonsbrosjyren SHoT 2018, og er kjent med hva det generelle samtykket til å delta innebærer. Jeg har hatt anledning til å spørre om mer informasjon.

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET

- Ja, jeg samtykker til å delta i SHoT2018

Du kan delta i SHoT2018 uansett om du svarer Ja eller Nei på valget under.

JEG SAMTYKKER TIL AT MINE DATA KAN KOBLES MED ANDRE DATAKILDER FOR FORSKNING

- Ja, jeg samtykker til at data om meg fra SHoT2018 kan kobles mot andre datakilder som nevnt på s. 1
- Nei, jeg samtykker ikke til at data om meg fra SHoT2018 kan kobles mot andre datakilder

Vedlegg 6: Ujustert og fullt justerte assosiasjoner mellom livskvalitet og psykiske plager og potensielle alkoholproblemer. Logistiske regresjonsmodeller, med kvadratiske og kubiske ledd.

	AUDIT (8-15)*				AUDIT (≥16)*			
	Kvadratiske ledd		Kubiske ledd		Kvadratiske ledd		Kubiske ledd	
	Odds ratio (KI95%)	p-verdi	Odds ratio (KI95%)	p-verdi	Odds ratio (KI95%)	p-verdi	Oddsratio (KI95%)	p-verdi
Livskvalitet, ujustert	.998 (.998, .998)	<.001	1.000 (1.000, 1.000)	.223	1.000 (1.000, 1.001)	.478	1.000 (1.000, 1.000)	.408
Livskvalitet, fullt justert	.998 (.998, .999)	<.001	1.000 (1.000, 1.000)	.557	1.000 (.999, 1.001)	.853	1.000 (1.000, 1.000)	.189
Psykiske plager, ujustert	.846 (.804, .889)	<.001	1.068 (1.000, 1.141)	.051	.926 (.847, 1.012)	.089	1.006 (.897, 1.128)	.918
Psykiske plager, fullt justert	.780 (.741, .822)	<.001	1.129 (1.055, 1.210)	.001	.826 (.752, .907)	<.001	1.090 (.967, 1.228)	.160

* AUDIT <8 utgjør referansegruppen