



# Masteroppgave i helse- og sosialfag - mestring og myndiggjøring

*«Hvorfor drikker den eldre Jeppe? Risikofylt alkoholbruk blant eldre - En kvantitativ analyse av data fra Samordnet Levekårsundersøkelse 2008»*

Studiepoeng (45)

Erik Sletten Helgesen

Mai / 2015

# Abstract

Alcohol consumption in Norway has increased significantly in recent years. Meanwhile, there has been a change in the availability of alcohol and the Norwegians' attitudes towards alcohol. Alcohol consumption can cause major social and health problems, both for the individual and the society. Interest in alcohol problems among the elderly is relatively new and there are currently few studies with elderly alcohol consumption as the main theme. Thus, there is lacking knowledge about the health, social and economic impacts of alcohol consumption among the elderly.

Statistisk Sentralbyrå (SSB), in connection with the «Samordnet Levekårsundersøkelse 2008», collected the empirical data. This was a cross-sectional study, which includes health as one of the main areas. The data is divided into two age categories, under 65 years and 65 years or older.

The purpose of this study is to identify the key factors, which apparently have the greatest impact on alcohol consumption among the elderly people (over 65 years old). The study also attempts to determine whether these factors differ from factors that affect alcohol use among younger people (under 65 years).

There are four variables measuring alcohol consumption in the empirical data. Factor analysis combined these variables into an index, and the term "hazardous alcohol consumption" was established. Other statistical methods used are analysis of variance (t-tests and one-way analysis of variance (ANOVA)) and linear regression analysis.

The findings indicate that there are some differences regarding the factors that influence alcohol consumption in the two age groups. In the oldest group (65 years or older) gender, smoking and disability pension were statistically significant variables. In the youngest age group, a number of factors have an influence on alcohol consumption. In both age groups, gender, smoking and disability pension are of significant importance. Disability pension have different effects in the two age groups. In the youngest, it reduces the risk, while in the oldest it increases the risk.

In the discussion part of the master thesis, topics for further research as well as a conclusion are offered.

**Key words:** Alcohol consumption, elderly, gender, smoking, disability pension.

# Sammendrag

Alkoholforbruket i Norge har økt betydelig de siste årene. Samtidig har det vært en endring i tilgjengeligheten av alkohol og nordmenns holdninger til alkohol. Alkoholforbruk kan føre til store sosiale og helsemessige problemer, både for den enkelte og samfunnet. Interessen for alkoholproblemer blant eldre er relativt ny, og det er foreløpig få studier med eldre alkoholkonsum som hovedtema. Det er derfor behov for kunnskap om helse, sosiale og økonomiske konsekvenser av alkoholbruk blant eldre.

Målet med studien er å kartlegge hvilke sentrale faktorer som tilsynelatende har størst påvirkning på alkoholforbruket blant personer som er 65 år eller eldre. Jeg vil også forsøke å finne ut om disse faktorene skiller seg fra faktorene som påvirker yngre personer (under 65 år).

Kvantitative metoder ble brukt i denne studien ved at data som er samlet inn av Statistisk Sentralbyrå i forbindelse med «Samordnet levekårsundersøkelse 2008», analyseres. Dette var en tverrsnittsundersøkelse med blant annet helse som ett av hovedtemaene. I analysedelen er empirien delt inn i to alderskategorier, under 65 år og 65 år eller eldre. På denne måten kan man gjøre en komparativ analyse og undersøke om det er ulike variabler som påvirker risikofyllt alkoholbruk hos de to aldersgruppene.

I datamaterialet er det fire alkoholvariabler. Disse ble ved hjelp av faktoranalyse kombinert til en indeks og begrepet «risikofyllt alkoholbruk» ble etablert. Andre statistiske metoder som ble brukt, er variansanalyser (t-tester og enveis variansanalyse (ANOVA) og lineær regresjonsanalyser.

Analysene viste at det er noen forskjeller på faktorer som påvirker alkoholbruk i de to aldersgruppene. Hos den eldste gruppen (65 år eller eldre) fant man at kjønn, røyking og mottak av uførepensjon var signifikante forklaringsvariabler. Det er et mer sammensatt bilde hos den yngste aldersgruppen. Kjønn, røyking og uførepensjon er signifikante i begge aldersgruppene. Uførepensjon har ulik effekt i de to aldersgruppene. I den yngste reduserer den risikoen, mens i den eldste øker den risikoen.

Avslutningsvis pekes det på temaer for videre forskning. Helt til slutt oppsummeres oppgaven i en konklusjon.

**Nøkkelord:** Alkoholbruk, eldre, kjønn, røyking, uførepensjon.

# Forord

*«De sier at Jeppe drikker, men ikke hvorfor han drikker.» (Ludvig Holberg)*

Sitatet over er hentet fra Ludvig Holbergs stykke Jeppe på Bjerget. I stykket er Jeppe en festbonde i landsbyen Bjerget. Jeppe er i en klemme mellom sin kone og ridefogden. I stedet for å prøve å løse sine problemer rasjonelt, fortrenger han dem med et voldsomt alkoholkonsum. Dette forsterker igjen problemene så de til slutt nærmest blir uløselige, og en ond sirkel blir etablert.

Som hos Jeppe kan et risikofylt alkoholbruk blant eldre være forårsaket av sosiale problemer. Målet med denne studien er derfor å forsøke å kartlegge bakenforliggende faktorer som påvirker alkoholbruk blant eldre. Eldres alkoholbruk er et sensitivt og tabubelagt tema som kan få store sosiale og helsemessige konsekvenser for den enkelte og samfunnet generelt.

En av hovedårsakene til at jeg startet på masterutdanningen ved Høgskulen i Volda var et ønske om en videreutdanning innen rus. Etter å ha gjennomført de obligatoriske emnene, mestring og myndiggjøring, ble interessen for å skrive en masteroppgave med rus som tema forsterket. Alkohol blant eldre ble valgt ut i fra et ønske om å fordype meg i et tema som kan få store samfunnsmessige konsekvenser.

Mange har hjulpet meg på ulike vis med oppgaven. Jeg vil først og fremst takke min veileder Jon Olav Myklebust som har gitt meg god og målrettet veiledning. Takk til arbeidsplassen min, Ålesund sykehus, som har vist forståelse for min studiesituasjon ved siden av jobb.

Til venner og familie: takk for tålmodighet og forståelse. Takk for korrekturlesing og heiarop. Dere har vært viktige bidragsyttere til at siste kapittel endelig er ferdigskrevet.

Ålesund, mai 2015

Erik Sletten Helgesen

# Innhold

1.0 INNLEDNING .....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2 Studiens mål .....	6
1.3 Presentasjon av problemstillinger og forskningsspørsmål .....	6
1.4 Avgrensning av studien .....	6
1.5 Begrepsavklaringer .....	7
1.6 Oppgavens oppbygging .....	8
2.0 TEORETISK RAMME .....	9
2.1 Kort om Bourdieus teorier .....	9
2.2 Et drikkemønster i endring .....	13
2.2.1 Den norske drikkekulturen .....	13
2.2.2 Holdningsendringer .....	14
2.2.3 Alkoholforbruk i Norge .....	16
2.2.4 Økt tilgjengelighet .....	17
2.3 Alkoholbrukens konsekvenser .....	20
2.4 Eldre og alkohol .....	22
2.4.1 Manglende forskning .....	22
2.4.2 Sosiale og fysiologiske endringer .....	23
2.4.3 Eldres alkoholbruk .....	24
2.4.4 Alkohol og kjønn .....	26
2.4.5 Alkohol og sivilstand .....	28
2.4.6 Alkohol og økonomi .....	29
2.4.7 Alkohol og helsetjenester .....	30
2.4.8 Andre faktorer .....	32
2.5 Oppsummering og hypoteser .....	33
3.0 METODER .....	34
3.1 Forskningsdesign .....	34
3.2 Datainnsamling .....	35
3.3 Utvalg .....	36
3.4 Reliabilitet og validitet .....	38
3.5 Etske refleksjoner .....	43
3.6 Analytisk tilnærming .....	45

3.6.1 Faktoranalyse .....	45
3.6.2 Reliabilitetsanalyse .....	46
3.6.3 Variansanalyse .....	47
3.6.4 Regresjonsanalyse.....	49
4.0 PRESENTASJON AV VARIABLER .....	51
4.1 Avhengige variabler .....	52
4.2 Forklaringsvariabler.....	53
5.0 ANALYSER OG RESULTATER .....	56
5.1 Deskriptiv statistikk.....	56
5.1.1 Kontinuerlige variabler .....	56
5.1.2 Kategoriske variabler .....	61
5.2 Begrepsavklaringer .....	64
5.2.1 «Risikofylt alkoholbruk» .....	65
5.2.2 «Angst» .....	66
5.2.3 «Depresjon» .....	68
5.3 Er der forskjeller mellom menn og kvinner med hensyn til risikofylt alkoholbruk? .....	69
5.4 Er det noen sammenhenger mellom risikofylt alkoholbruk og sivilstand? .....	72
5.5 Lineære regresjonsanalyser .....	75
5.5.1 Hvilke sentrale bakenforliggende faktorer ser ut til å påvirke risikofylt alkoholbruk hos eldre (respondenter som er 65 år eller eldre)? .....	77
5.5.2 Finner man de samme bakenforliggende faktorene hos yngre (respondenter under 65 år)? .....	81
5.6 Oppsummering .....	85
6.0 DRØFTING.....	86
7.0 AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....	94
7.1 Refleksjon rundt forskningsprosessen .....	94
7.2 Forskningsmessige implikasjoner.....	97
7.3 Oppsummering og konklusjon.....	98
KILDER .....	99
VEDLEGG .....	102

# Tabelloversikt

Tabell 1	<i>Oversikt over hypoteser i oppgaven</i>	34
Tabell 2	<i>Nøkkeltall i Samordnet levekårsundersøkelse 2008</i>	38
Tabell 3	<i>Oversikt over avhengige variabler</i>	53
Tabell 4a	<i>Oversikt over forklaringsvariabler (uavhengige variabler)</i>	54
Tabell 4b	<i>Oversikt over forklaringsvariabler som benyttes i analysene</i>	55
Tabell 4c	<i>Oversikt over forklaringsvariabler som måler plager og problemer de siste 14 dagene</i>	56
Tabell 5	<i>Fordeling av respondenter på alkoholvariabler</i>	58
Tabell 6	<i>Fordeling av respondenter etter eksakt alder</i>	59
Tabell 7	<i>Fordeling av respondenter på plager- og problemer</i>	61
Tabell 8	<i>Frekvenstabell for pensjonsvariabler</i>	64
Tabell 9	<i>Frekvenstabell for variabler som omhandler livshendelser det siste året</i>	65
Tabell 10	<i>Oversikt over fordeling av respondenter på negative livshendelser</i>	66
Tabell 11	<i>Deskriptiv statistikk for begrepet «risikofylt alkoholbruk»</i>	68
Tabell 12	<i>Deskriptiv statistikk for begrepet «angst»</i>	69
Tabell 13	<i>Deskriptiv statistikk for begrepet «depresjon»</i>	70
Tabell 14	<i>Deskriptiv statistikk – risikofylt alkoholbruk fordelt på kjønn</i>	71
Tabell 15	<i>T-test risikofylt alkoholbruk, kjønn</i>	72
Tabell 16	<i>Deskriptiv statistikk – risikofylt alkoholbruk fordelt på sivilstand</i>	74
Tabell 17	<i>Enveis variansanalyse (signifikanstesting mellom mange grupper)</i>	76
Tabell 18	<i>Koeffisienter for lineær regresjon – respondenter 65 år eller eldre</i>	80
Tabell 19	<i>Oppsummering av resultater med hensyn til hypotesene (respondenter 65 år eller eldre)</i>	82
Tabell 20	<i>Koeffisienter for lineær regresjon – respondenter under 65 år</i>	84
Tabell 21	<i>Oppsummering av resultater med hensyn til hypotesene (respondenter under 65 år)</i>	86
Tabell 22	<i>Oversikt over forskningsspørsmål og hypoteser</i>	88

# Figuroversikt

Figur 1:	<i>Årlig omsetning av alkohol per innbygger i liter ren alkohol 1970 – 2010</i>	17
Figur 2:	<i>Antall Vinmonopol utsalg i perioden 1996 – 2012</i>	19
Figur 3:	<i>Antall skjenkesteder for alkohol i perioden 1980 – 2012</i>	20
Figur 4:	<i>Sammenhengene mellom forbruk av alkohol, medierende faktorer og alkoholrelaterte konsekvenser</i>	21
Figur 5:	<i>Innleggelse i somatiske sykehus med alkoholrelaterte hoveddiagnoser 1999 – 2012 fordelt på kjønn</i>	32
Figur 6:	<i>Fordeling av respondenter innenfor aldersgruppene: under 65 år og 65 år eller eldre</i>	60
Figur 7:	<i>Fordeling i prosent av respondenter på de ulike sivilstand kategoriene.</i>	63
Figur 8:	<i>Oppsummering av lineær regresjonsanalyse – respondenter som er 65 år eller eldre</i>	81
Figur 9:	<i>Oppsummering av lineær regresjonsanalyse – respondenter som er under 65 år</i>	85



# 1.0 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Risikofylt alkoholbruk blant eldre kan føre til store sosiale- og helsemessige problemer, både for den enkelte og samfunnet. Interessen for alkoholproblemer blant eldre er relativt ny, og det finnes i dag få studier der Eldres alkoholbruk er hovedtema (Løset og Slagsvold, 2013: 69). Sammenlignet med alkoholforbruket hos yngre mennesker mangler det norske og europeiske studier som beskriver Eldres alkoholbruk, alkoholrelaterte skader og hvilke effektive forebyggende tiltak som eksisterer for personer over 65 år. Man vet derfor lite om helsemessige, sosiale og økonomiske påvirkninger av alkoholbruk hos eldre (Frydenlund, 2011: 7; Bye og Østhus, 2012: 2). Ifølge Støver m.fl. (2012: 2) bør derfor forskning på alkoholbruk blant dagens og fremtidens eldre være et satsningsområde.

Politikere og fagfolk har i de siste årene blitt stadig mer opptatt av fremtidens eldrebølge. I følge FNs befolkningsprognose for 2050 vil andelen eldre i Norden øke dramatisk. Innen 2028 er det estimert at rundt 25 prosent av befolkningen i Europa vil være 65 år eller eldre (Frydenlund, 2011: 7). Økt levealder og lavere fødselstall samt «babyboomen» på 1950-tallet vil ifølge beregninger gjort av Statistisk Sentralbyrå, føre til at innen år 2050 vil nesten hver fjerde nordmann være over 65 år. Den aldrende befolkningen kan gi et økt trykk på helsetjenestene og dermed større utfordringer for helsemyndighetene (Støver m.fl., 2012: 2).

Dagens og fremtidens eldre har vokst opp med et annet forhold til alkohol enn foregående generasjoner. Det er grunn til å anta at generasjonene som nå nærmer seg pensjonsalderen, vil ha et betydelig høyere alkoholforbruk enn tidligere generasjoner. Dette skyldes først og fremst at mange eldre tar med seg tidligere etablerte alkoholvaner inn i alderdommen. I tillegg har tilgangen til alkohol økt. Et økende antall eldre med høyere alkoholforbruk vil føre til flere alkoholrelaterte problemer i denne gruppen (Bye og Østhus, 2012; Løset og Slagsvold, 2013). Som følge av sosiale og helsemessige endringer kan mange eldre sent i livet utvikle risikofylt drikkevaner (Frydenlund, 2011: 61).

Tall fra helseundersøkelser i Trøndelag, HUNT2 og HUNT3, viser at alkoholforbruket i befolkningen øker, også i den eldste aldersgruppen (Støver m.fl., 2012: 2). Rossow (2008) påpeker at et høyere alkoholforbruk i befolkningen vil føre til flere storforbrukere og risikofylte drikkesituasjoner. Dette kan resultere i høyere omfang av alkoholrelaterte skader (Storvoll og Rossow, 2011: 96).

## 1.2 Studiens mål

Målet med studien er å kartlegge hvilke sentrale faktorer som har størst påvirkning på alkoholforbruket blant personer som er 65 år eller eldre. Jeg vil også forsøke å finne ut om disse faktorene skiller seg fra faktorene som påvirker yngre personer (under 65 år). I denne undersøkelsen analyseres data som er samlet inn av Statistisk Sentralbyrå i forbindelse med «Samordnet levekårsundersøkelse 2008».

## 1.3 Presentasjon av problemstillinger og forskningsspørsmål

Basert på diskusjonen ovenfor og etterfølgende litteraturgjennomgang er det naturlig at det fokuseres på følgende problemstillinger.

1. Hvilke sentrale bakenforliggende faktorer ser ut til å påvirke risikofylt alkoholbruk hos personer som er 65 år eller eldre?
2. Finner man de samme bakenforliggende faktorene hos yngre (respondenter under 65 år)?

Dette videreføres til følgende forskningsspørsmål:

- Er det noen sammenhenger mellom risikofylt alkoholbruk og kjønn?
- Er det noen sammenhenger mellom risikofylt alkoholbruk og sivilstand?
- Er det noen sammenhenger mellom risikofylt alkoholbruk og økonomi (pensjon)?
- Er det noen sammenhenger mellom risikofylt alkoholbruk og bruk av helsetjenester?

Forskningsspørsmålene utdypes og underbygges i løpet av den teoretiske gjennomgangen, spesielt i delkapittel 2.3 (Eldre og alkohol).

## 1.4 Avgrensning av studien

Studien er avgrenset ut fra datamaterialet som er samlet inn i forbindelse med «Samordnet levekårsundersøkelse 2008». Da dette er en tverrsnittsundersøkelse, kan det ikke gjøres noen analyser og konklusjoner med hensyn til årsak-virkning eller kohorteffekter. Man kan derimot danne seg et bilde av hvordan situasjonen var i 2008.

## 1.5 Begrepsavklaringer

### Alkoholbruk

Det eksisterer ingen internasjonal overensstemmelse om risikogrenser for alkoholbruk blant eldre, og anbefalte alkoholemengde for eldre varierer mye fra land til land. I blant annet USA anbefaler man at grensene for risikofylt alkoholforbruk hos eldre har et lavere målenivå enn hos yngre. Risikokonsum blir der definert som inntak av mer enn én standardenhet om dagen for begge kjønn. I de fleste europeiske land har man ingen definerte skiller for risikokonsum mellom yngre og eldre. I Norge har man ikke utarbeidet anbefalte grenser for eldre (Støver m.fl., 2012: 4; Lindén-Boström m.fl., 2009: 401).

Helsedirektoratet har følgende definisjon på alkoholenheter:

Én standard alkoholenhet (AE) tilsvarer 15 ml alkohol, noe som tilsvarer 12,8 gram ren alkohol. 1 AE tilsvarer alkoholemengden i ½ flaske pils (35 cl), 1 glass bordvin (12 cl) eller en drink brennevin (4 cl) (Frydenlund, 2011: 13).

Ifølge (ibid: 13) opererer man i Norge med følgende anbefalte grenseverdi med hensyn til inntak:

- 9 AE pr. uke for kvinner og ikke mer enn 4 standard alkoholenheter i løpet av ett drikketilfelle.
- 14 AE pr. uke for menn og ikke mer enn 5 standard alkoholenheter i løpet av ett drikketilfelle.

Verdens helseorganisasjon (WHO) har listet opp følgende definisjoner på ulike drikkemønster (ibid: 14):

- *Overstadig drikking:* mer enn 14 AE pr. uke for kvinner og mer enn 21 AE pr uke for menn.
- *Risikofylt drikking:* 14 AE pr uke for kvinner og 21 AE for menn.
- *Bekymringsfylt drikking:* 9 - 14 AE pr uke for kvinner og 13 – 21 pr. uke for menn.
- *Anbefalt grenseverdi:* under 9 AE pr uke for kvinner og under 13 AE pr. uke for menn.

Det er grunn til å anta en sterk underrapportering av alkoholkonsum, spesielt i gruppen som ligger utenfor anbefalt grenseverdier. Det er her man vil finne både de med bekymringsfullt forbruk og storkonsumentene (Løset og Slagsvold, 2013: 61).

I oppgaven vil begrepene; alkoholforbruk, alkoholkonsum, beruselse og drikking være brukt som underbegrep for alkoholbruk.

## **Eldre**

Definisjonen på eldre er ikke alltid gitt. I mange nordiske studier settes grense ved ordinær pensjonsalder til 65 år (Lindén-Boström m.fl., 2009: 402).

I denne studien blir «eldre» definert som personer i aldersgruppen 65 år eller eldre.

## **1.6 Oppgavens oppbygging**

I kapittel 2 presenteres en kort gjennomgang av Bourdieus teorier. Disse teoriene vil bli brukt i drøftingsdelen for å gi forklaringer til funnene i studien. Deretter følger en gjennomgang av hvordan det norske drikkemønsteret har endret seg. Jeg går da først kort igjennom kjennetegn ved den norske drikkekulturen, holdningsendringer, alkoholbruken i Norge og den økte tilgjengeligheten til alkohol. Så følger en del der jeg ser nærmere på alkoholbrukens konsekvenser. Til slutt ser jeg mer spesifikt på alkoholbruk blant eldre. Der relevant forskning trekkes inn.

I kapittel 3 presenteres metodiske valg og hensyn i studien. I kapittel 4 presenteres variablene som inngår i studien. I kapittel 5 presenteres analyser og resultater. Kapittel 6 oppsummerer og drøfter funnene. I Kapitel 7 reflekterer jeg rundt forskningsprosessen, peker på temaer for videre forskning samt gir en konklusjon.

## **2.0 TEORETISK RAMME**

For å kunne svare på formulerte problemstillinger og forskningsspørsmålene er det behov for teoretiske definisjoner og kjennskap til resultater fra andre studier.

Før alkoholforskningen presenteres, blir det gitt en kort presentasjon av Bourdieus teorier. Deretter beskrives hvordan det norske drikkemønsteret har endret seg. Så vil jeg gå nærmere inn på sentrale aspekter ved alkoholbrukens konsekvenser. Der vil både fysiske og sosiale konsekvenser bli drøftet. Til slutt presenteres ulike sider ved alkoholbruk blant eldre.

### **2.1 Kort om Bourdieus teorier**

For å få en bedre forståelse av hvordan de ulike bakenforliggende faktorene påvirker risikofyllt alkoholbruk blant eldre, er det behov for sosiologiske teorier. Slike teorier kan gi forklaringer på hvordan strukturen og aktørene påvirker hverandre. I denne studien blir Bourdieus teorier brukt for å forklare hvordan alkoholbruk påvirker og kan bli påvirket av andre faktorer. Disse teoriene vil hovedsakelig bli brukt i drøftingsdelen av oppgaven.

Bourdieu oppfatter samfunnet som klassesdelt der mengde kapital og makt definerer hvilken klassetilhørighet man har. Kapitalbegrepene forekommer i fire bestemmende typer som hver har sine underformer. Kapitaltypene er økonomisk, kulturell, sosial og symbolsk kapital. Felles for alle kapitaltypene er at de dreier seg om relasjoner. Man har økonomisk, kulturell, sosial og symbolsk kapital i forhold til hva andre har.

Økonomisk kapital gir mest makt og er hos Bourdieu den viktigste formen for kapital og dreier seg om økonomiske ressurser. Man skaffer den som oftest gjennom arv eller ved å arbeide seg opp fra de lavere lag i samfunnet.

Kulturell kapital består i tilegnelse av den legitime kulturelle koden i samfunnet. Man tilegner seg den i familien (dannelse) og gjennom utdanning (kunnskap). Kulturell kapital gir makt gjennom å gi tilgang til både ulike sosiale felt (arbeidsmarked, vitenskap, kunst og lignende) og gjennom den prestisje den gir. Innholdet i kulturell kapital varierer fra samfunn til samfunn.

Sosial kapital er summen av all kapital og makt som kan mobiliseres av et individ. Med andre ord er dette tilgangen man har til ulike sosiale nettverk og sosiale grupper (Bourdieu, 1993: 104).

Symbolsk kapital hefter ikke ved personen som en objektiv størrelse eller ressurs, men er det de andre kapitaltypene «kler seg i». Dette skjer ved at symbolsk kapital er noe man blir tillagt av andre. Den består av en slags aura av anseelse og autoritet. Symbolsk kapital står i nær forbindelse med økonomisk kapital og er en kilde til makt og kontroll (Bourdieu, 1993: 104).

Bjørnhaug (2002) hevder at det nok er store ulikheter mellom forhold i Norge og det elitedominerte Frankrike som Bourdieu undersøkte. Til tross for dette viste en studie fra Stavanger at forskjellene mellom den økonomiske og kulturelle eliten når det gjaldt preferanser, holdninger og smak, ikke var så avvikende fra det Bourdieu fant i sine analyser (Bjørnhaug, 2002: 165).

### ***Det sosiale rommet***

Bourdieu konstruerer det sosiale rommet med utgangspunkt i kapitalbegrepet sitt. Det sosiale rommet representerer et bilde av det samfunnet man lever i. Samfunnet oppfattes som en objektiv struktur hvor sosiale posisjoner stilles opp mot hverandre. Posisjonene i strukturen ordnes med bakgrunn i fordelingen av ulike typer kapital. Det sosiale rommet er preget av hierarkiske relasjoner ved at aktørene befinner seg på ulike steder i forhold til hverandre. Det sosiale rommet bestemmes via en balanse mellom en orden i fordelingen av aktører og fordelingen av eiendommer (Bourdieu, 1999: 140).

Bourdieu inndeler det sosiale rommet langs to akser. Størrelsen på totalkapitalen danner den loddrette aksene, og det relative forholdet mellom kulturell og økonomisk kapital utgjør den vannrette aksene. Det sosiale rommet inneholder dermed flere sosiale felt hvor det finnes hierarkiske relasjoner. På hvert enkelt felt finnes det en fundamental enighet om hvilke regler som gjelder. Bourdieu kaller denne enigheten doxa, og det er den som bestemmer hvilken kapitalform som gjelder på feltet. Doxa er med andre ord det som tas for selvfølgelig uten videre. Forekomsten av sosiale felt gjør at det innenfor hver hovedklassifisering finnes flere subgrupper ut fra kapitalmengde og hvilken type kapital som er rådende (Hoverak og Bye, 2007: 22).

De sosiale posisjonene blir på denne måten inndelingsprinsipper som danner forståelsen av den sosiale verden. Man skaffer seg erfaringer om objektive grenser ved at man blir utelukket fra ulike goder, steder, personer og lignende. En viktig virkning av samsvaret mellom samfunnsstrukturer og mentale strukturer er at man får en erfaring av doxa ved at man slutter seg til den samfunnsmessige orden (Bourdieu, 1995: 225).

## *Habitus*

Bourdieu bruker begrepet habitus for å beskrive formidlingen mellom det sosiale rommet og livsstilenes rom. Summen av handlinger som man utfører, kaller Bourdieu for livsstil. Det vil da på samme måte som det finnes et sosialt rom, eksistere et livsstilenes rom. Habitusbegrepet gir aktøren en kraft som er generende og samlende. Det dreier seg om at individet er sosialt og kollektivt eller sagt med andre ord en sosialisert subjektivitet (Bourdieu, 1993: 111).

Bourdieu definerer habitus som det sosiale omgjort til noe kroppslig, og den er alltid til stede i det feltet habitusen oppfatter gir mening og interesse. Habitus er et integrert system av varige og kroppsliggjorte disposisjoner som regulerer hvordan man oppfatter, vurderer og handler. Habitus er handlingstilbøyeligheter som definerer hvordan man tenker og handler (Aakvaag, 2008: 160).

Både handling og praksis blir påvirket av de objektive strukturer. Habitus viser både hvordan dette skjer og hvordan selvstendige handlende aktører reproducerer det sosiale rommet med ulike sosiale felt. Altså gir habitus ingen enkel anvisning på handling. Ifølge Bourdieu er habitusbegrepets viktigste funksjon å avvise to komplementære feilslutninger. Den ene feilslutningen er at handlinger skyldes en mekanisk virkning av ytre årsakers tvang. Den andre feilslutningen er teorien om rasjonell handling med utgangspunkt at aktøren handler fritt og bevisst utfra en beregning om muligheter og fortjeneste. Bourdieu hevder at de sosiale aktørene er utstyrt med en habitus som er innprentet i individet gjennom tidligere erfaringer (Bourdieu, 1999: 144).

Gjennom en spesiell måte å orientere seg mot verden danner habitus verden. Den utgjør grunnlaget for en praktisk erfaring av tilpasninger mellom ulike aktører gjennom å definere legitime være- og handlemåter innenfor ulike felt. Habitus er et produkt av historien til aktøren, og vil være strukturert av den verden som den strukturerer. Bourdieu forklarer dette slik:

*«Habitus som system av disposisjoner for å være og for å gjøre, er en mulighet, et ønske om å være som på en måte søker å skape betingelsene for å kunne realiseres, og dermed å frembringe de betingelser som er mest gunstige for den selv»*

(Bourdieu, 1999: 156).

Gjennom å være strukturerende muliggjør habitus aktørenes deltagelse i sosiale situasjoner. De ferdighetene og disposisjonene som er forankret i habitus gjør det mulig å delta kompetent i sosiale sammenhenger. Habitus gir aktørene handlingskompetanse i ulike sosiale kontekster. Den uttrykker altså hvilke disposisjoner aktøren er utrustet med, den sosiale status til disposisjonene og den måten man forholder seg til dem på (Aakvaag, 2008: 161; Hoverak og Bye, 2007: 23).

Den enkelte aktør vil forsøke å realisere potensialene som er nedskrevet i sin habitus. På denne måten er det en sammenheng mellom aktørens habitus og de materielle gjenstander man omgir seg med, samt omgangskretsen man tilhører. Habitusformen vil være i en ustanselig forandring i forhold til nye erfaringer. Tilbøyelighetene er underlagt en regelmessig kontroll som finner sted ut fra forutsetninger lagt i den forrige tilstanden. Disposisjonene er altså kjennetegnet av en sammensetning av stødighet og forandring ut fra aktørens grad av smidighet eller stivhet. Habitus gjør det enkelte sosiale felt forståelig for aktøren og gir det verdier og meninger som fører til at aktøren ønsker å bruke energi på feltet (Bourdieu, 1999: 168; Bourdieu, 1993: 113).

Hoverak og Bye (2007) klassifiserer habitus knyttet til sosiale klasser for skikker, mens habitus som er koblet til individer kalles for vaner. På denne måten vil drikkeskikker referere til hvordan en gruppe av individer drikker, mens drikkevaner beskriver hvordan enkeltpersoner drikker. Drikkevaner kan like gjerne være uvaner. Drikkekultur blir da et begrep som best beskriver habitus på nasjonalt nivå (Hoverak og Bye, 2007: 23).



## **2.2 Et drikkemønster i endring**

I dette delkapitlet drøftes hvordan drikkemønsteret i Norge har endret seg de siste tiårene. Først beskrives den norske drikkekulturen. Deretter drøftes det hvordan nordmenns holdninger til alkohol har endret seg. Til slutt presenteres hvordan dette har påvirket alkoholforbruket.

### **2.2.1 Den norske drikkekulturen**

Ifølge Nesvåg (1994) vil en beskrivelse av den norske drikkekulturen si lite om kulturelle verdier og kunnskap, men heller være en beskrivelse av et mønster i drikkeadferd. Fordi alkoholbruk er en form for menneskelig handling og samhandling, har den i form av å skape, endre og ødelegge, også sosiale, personlighetsmessige, materielle og kulturelle konsekvenser (Nesvåg, 1994: 56).

I likhet med blant annet kontekst og atferd blir mengden alkohol, som blir konsumert, bare en del av drikkekulturen. Dette beskriver drikkeskikken til en nasjon eller en gruppe med felles kulturell bakgrunn. Dersom man skal beskrive hvordan ulike grupper innenfor samme drikkekultur drikker, må man også se på omfanget av selve drikkingen. Drikkekulturen kommer da til uttrykk igjennom de forskjellige drikkeskikkene som varierer mellom de ulike sosiale gruppene i drikkekulturen.

Drikkesituasjon er et sentralt begrep når en skal beskrive drikkeskikker. I drikkesituasjon legger man både den sosiale konteksten og konsumet av alkohol. Dette medfører at drikkeskikken innen en gruppe kommer til uttrykk gjennom de ulike drikkesituasjoner i gruppen. Man må derfor ta med alle ulike drikkesituasjoner som sammen beskriver hvordan det blir drukket.

Fordi drikkeskikken kan bestå av utallige drikkesituasjoner, må man se bort fra den enkelte drikkesituasjonen og heller prøve å trekke ut et hovedmønster i drikkemåten (Hoverak og Bye, 2007: 25).

Rent historisk har den norske drikkekulturen vært preget av at man drikker sjelden, men mye når man først drikker. Opp igjennom tidene har et noe hemningsløst alkoholforbruk i den enkelte drikkesituasjon preget drikkevanene i Norden. Dette har ført til at til tross for et lavt totalforbruk er beruselse vesentlig utbredt når man sammenligner med søreuropeiske drikkevaner. Dette skyldes hvilke alkoholdrikker som har vært foretrukket. I Sør-Europa har vin dominert, mens det i Norden har vært øl (Hauge, 2009: 75).

Hoverak og Bye (2007: 35) har listet opp seks kjennetegn som de mener best betegner den norske drikkekulturen:

1. *Rus* – jakten på rusen. Fyll er, og har vært et sentralt trekk ved den norske drikkekulturen.
2. *Frekvens* – man drikker sjelden, men relativt mye når en drikker. Alkoholbruk utenom høytider, helg og festligheter er mer uvanlig.
3. *Alkohol drikk* – øl og brennevin har vært de foretrukne alkoholdrikkene, svakvin har inntil de siste 10 - 15 årene vært relativt uvanlig.
4. *Selskap* – et sentralt trekk ved den norske drikkekulturen er at alkoholbruken skal skje i selskap med andre.
5. *Måltider* – et måltid er ikke nødvendigvis en ledsager til alkoholinntak.
6. *Kjønn* – det forventes at kvinner drikker mindre og blir sjeldnere beruset enn menn.

Den norske drikkekulturen er i sterk endring. Dette skyldes blant annet nordmenns holdninger til alkohol og økt tilgjengelighet til alkohol. I tillegg blir ofte sterkere kjøpekraft og globalisering gjennom erfaring av kontinentale drikkevaner på utenlandsreiser pekt på som sentrale faktorer i denne endringen.

### **2.2.2 Holdningsendringer**

Verdiene som til enhver tid er dominerende i et samfunn, definerer normer for hva som er passende eller ikke passende. Normene er i kontinuerlig forandring, og definisjonen på hva som er passende eller ikke, blir det hele tiden kjempet om. Dette gjenspeiler seg i normene som gjelder for alkoholbruk gjennom hva som blir betegnet som «normalbruk», «risikobruk» og «misbruk» (Nesvåg, 1994: 57).

Oppfatninger av «alkoholmisbruk» avhenger av flere forhold. For mange vil bruksfrekvens være et viktig moment. Bruksfrekvensen kan kvantifiseres i henhold til et tidsaspekt (for eksempel et par ganger i uken, et par ganger i måneden eller et par ganger i året). Denne kvantifiseringen antas å være relativt presis og uavhengig av kultur. En annen faktor som fremheves, er hvor mye som konsumeres per «drikkegang». Et siste moment er konteksten for alkoholbruken, det vil si om man drikker alene eller i selskap med andre (Nordlund, 2008: 87).

Skadevirkningene av alkoholbruken blir ofte inkludert i oppfatningen av om den blir klassifisert innenfor «misbruk» eller «normalbruk». Normalbruk blir definert ut hva aktørene i en gitt kultur anser som akseptabel alkoholbruk. Definisjonen av «normalbruk» sier derfor lite om alkoholemengden eller sosiale konsekvenser av alkoholforbruket (Nesvåg, 1994: 60).

Nordlund (2008: 89) hevder at det har skjedd store endringer i nordmenns holdninger til alkoholbruk. Utviklingen har beveget seg mot et mer liberalt syn på hva som bør betegnes som «alkoholmisbruk». Endringene har vært markante, og den generelle oppfatningen av hva som er «normalbruk» og «misbruk» gjør at folk i dag godtar både tyngre og hyppigere beruselse enn før. Den sosiale konteksten hvor drikkingen skjer har også fått redusert viktighet. «Alkoholmisbruk» blir oppfattet som det å drikke mer enn det man gjør selv. Denne oppfatningen har ført til at grensene for hva som blir klassifisert som «normalbruk» og «misbruk» har flyttet seg. Jo mer man drikker selv, desto høyere terskel har man for å betegne drikking som «misbruk».

Nordmenns holdninger til alkohol har generelt blitt mer liberale siden begynnelsen av 1960-tallet. Holdningsendringene henger sammen med de endringene som har skjedd i drikkemønsteret og alkoholens tilgjengelighet i perioden. Den liberale holdningstrenden har vært sterkere hos kvinner enn for menn. Selv om oppslutningen til mer liberale regler i alkoholpolitikken har økt, har også oppslutningen om gjeldende regler økt i perioden. Man ser ofte at restriktive holdninger til alkohol henger sammen med hvor ofte det drikkes alkohol (Østhus, 2005: 104).

En liberal holdning til omsetningsregler for alkohol henger sammen med økt konsum. Samtidig må det påpekes at økt alkoholforbruk ikke er ensbetydende med mer liberale holdninger. Økt alkoholkonsum og mer liberale holdninger kan også henge sammen med en mer liberal alkoholpolitikk. Dette er svært komplekse sammenhenger som det er vanskelig å forklare på en enkel måte. I perioden 1991 til 1999 var det en reduksjon i andel nordmenn som sluttet opp om Vinmonopolordningen. Samtidig var det en økning i andelen som mente at blant annet vin burde selges i dagligvarebutikker (Storvoll m.fl., 2010: 13).

Ifølge Løset og Slagsvold (2013: 56) blir tradisjonelle verdier som solidaritet, konformitet og beskjedenhet gradvis avløst av individualistiske verdier. Samfunnet dreier mot en større vektlegging av individets behov for selvrealisering og livsnyttelse. Siden alkohol for mange representerer nytelse, knyttes individualistiske verdier opp mot høyere alkoholkonsum. I sin studie fant de at sannsynligheten for et høyt alkoholforbruk var knyttet mot individualistiske

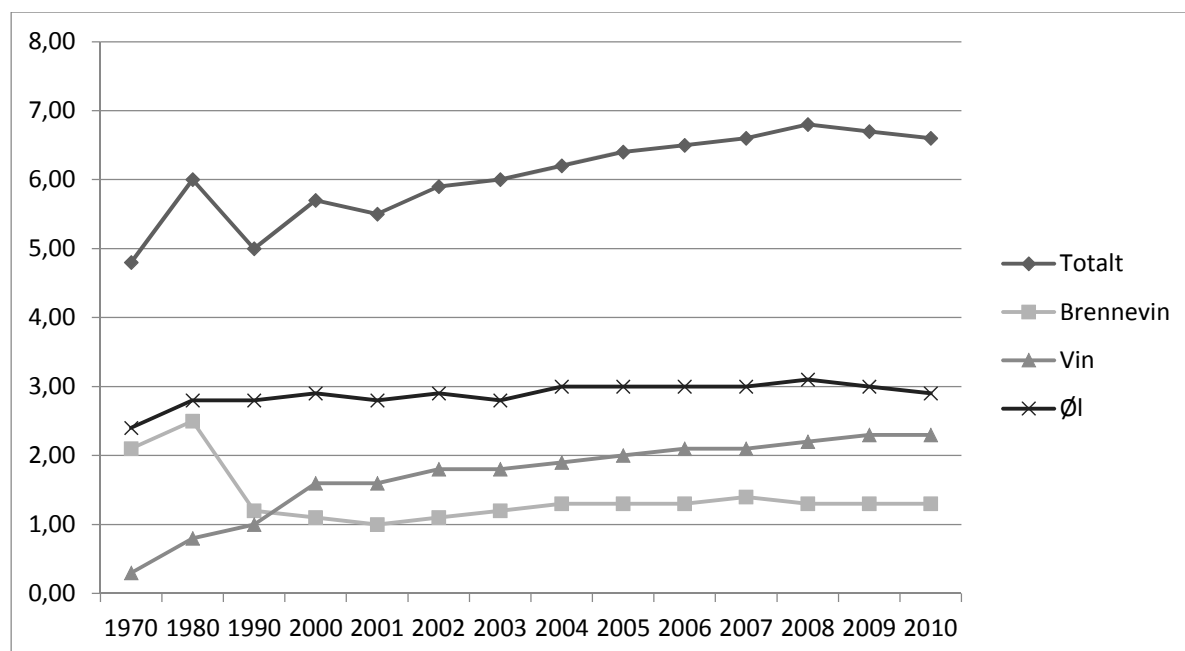
verdier. Mer tradisjonelle og kollektivistiske verdier ble derimot relatert til mindre sannsynlighet for høyt alkoholforbruk.

Kommende eldregenerasjoner antas på bakgrunn av overstående faktorer derfor å ha mindre kollektivistiske og mer individualistiske verdier enn det dagens eldre har. Dette medfører at man kan legge til grunn at deler av den kommende eldregenerasjonen, vil ha større sannsynlighet for å utvikle et risikofylt alkoholforbruk enn det dagens eldre har.

### 2.2.3 Alkoholforbruk i Norge

Alkoholforbruk påvirkes hovedsakelig av tre forhold; 1) befolkningens holdninger, 2) alkoholpolitikken som føres og 3) kjøpeevnen i befolkningen. I tillegg spiller befolkningens sammensetning en rolle (Fekjær, 2009: 72).

Figur 1 viser at det har skjedd en betydelig økning i alkoholforbruket de siste 40 årene. I 1970 var den registrerte omsetningen på 4,8 liter ren alkohol per voksen innbygger. I 2010 hadde den økt til 6,6 liter ren alkohol per voksen innbygger. Samtidig har det skjedd en endring i hvilke alkoholvarer som foretrekkes. Forbruket av brennevin har gått ned og vinkonsumet har økt. Forbruket av øl har stort sett holdt seg stabil igjennom hele perioden (Skretting m.fl., 2014: 19).



Figur 1: Årlig omsetning av alkohol per innbygger (over 15 år) i liter ren alkohol 1970 - 2010 (Kilde: Rusmidler i Norge, 2013).

Alkoholomsetningen i Norge har de siste 15 årene økt med rundt 40%. En økning i salg av vin utgjør hoveddelen av dette. Ulike spørreundersøkelser viser at det i den norske befolkningen er en økende andel som drikker relativt større mengder alkohol ofte. Denne økningen har særlig vært markant blant personer over 50 år. Resultater fra ulike tverrsnittsundersøkelser i Norge har vist det samme (Bye og Østhus, 2012: 5). En studie av norske drikkevaner fra 1973 til 2004 viste at økningen i alkoholkonsum har skjedd for begge kjønn og i alle aldersgrupper og sosiale lag (Horverak og Bye, 2007).

#### **2.2.4 Økt tilgjengelighet**

De alkoholpolitiske tiltakene har som misjon at de blant annet skal beskytte befolkningens helse og sikkerhet ved å påvirke hvor mye, hvordan og når alkohol drikkes. Sammenlignet med andre vestlige land har man i Norge en restriktiv alkoholpolitikk. Sentrale virkemidler i den norske alkoholpolitikken er bevillingssystemet og vinmonopolordningen. Dette er kontrollpolitiske virkemidler som regulerer tilgjengeligheten til alkoholvarer. Tilgjengelighet av en vare har betydning for hvor mye en kjøper og bruker av denne varen. Dette er en velkjent sammenheng på mange områder, og dette gjelder ikke minst for alkoholholdige varer. I Norge har man i tillegg restriksjoner på hvem som kan kjøpe og selge alkohol (Storvoll m.fl., 2010: 16; Skretting m.fl., 2014: 16).

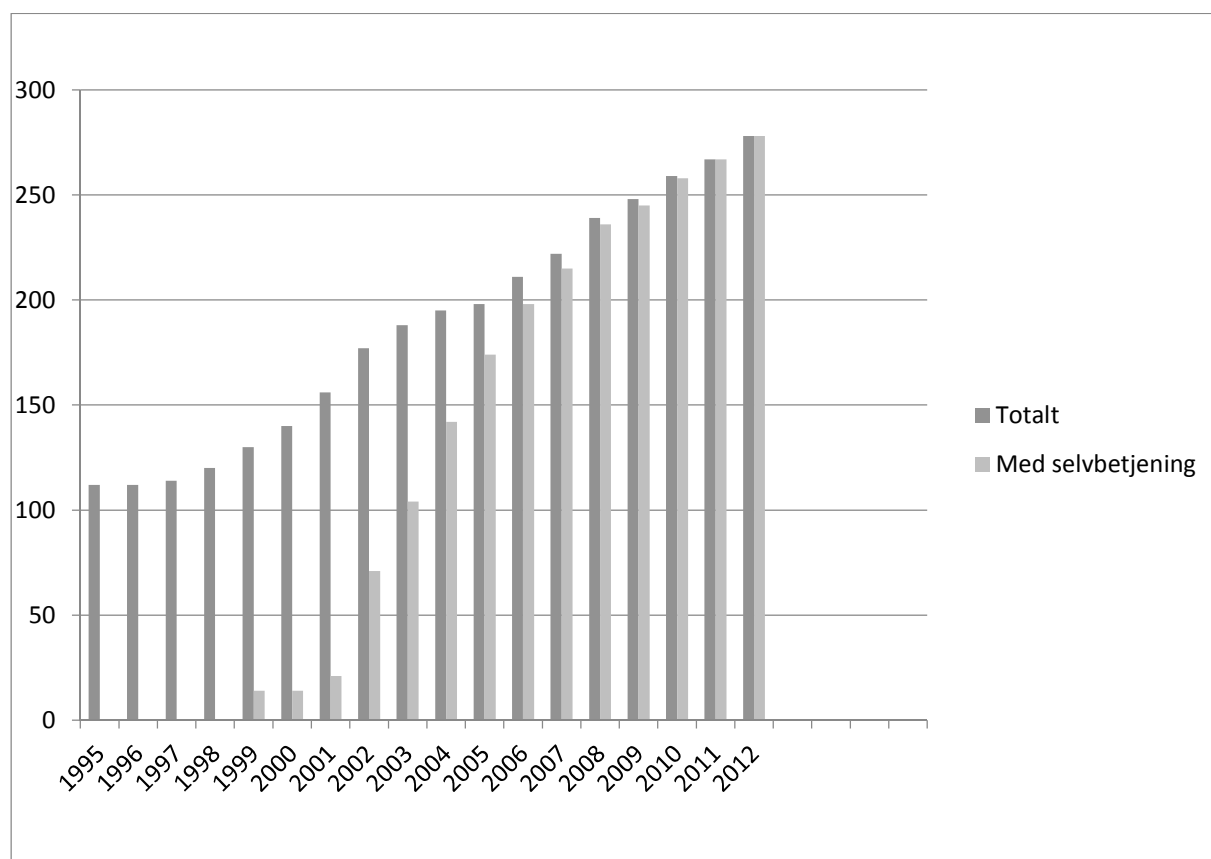
#### ***Vinmonopolet***

Vinmonopolet ble etablert i 1922 og fikk i 1938 enerett på salg av vin og brennevin i Norge. Etter at EØS-avtalen ble inngått, ble Vinmonopol-ordningen satt under press. Det ble slått fast at import- og engrosmonopolet på alkohol var i strid med EØS-avtalen. Dette resulterte i blant annet at eneretten Vinmonopolet hadde til import av vin og brennevin ble opphevet. Funksjonen som detaljutsalg har man valgt å beholde (Skretting m.fl., 2014: 17).

Nordlund (2008: 417) hevder at norsk alkoholpolitikk blir påvirket både direkte og indirekte av samarbeidet med EU. Dette førte blant annet til en økende andel i befolkningen ønsket at vin skulle gjøres tilgjengelig for salg i dagligvarebutikker. Alkoholpolitikken ble da påvirket ved at også flere politikere har blitt positive til salg av vin i dagligvarebutikker.

Vinmonopolet har på sin side reagert på denne trenden ved å øke antall utsalgssteder fra 120 i 1998 til 198 i 2004, en økning på 62 prosent på 6 år. For å fortsette moderniseringen av Vinmonopolet ble selvbetjening introdusert som en prøveordning i 1999, først ved 14 utsalg. På slutten av 2004 var ordningen utvidet til 142 Vinmonopol (Nordlund, 2007: 416).

Figur 2 viser utviklingen i antall Vinmonopolutsalg i perioden 1996 – 2012. Både totalantallet og antall Vinmonopolutsalg med selvbetjening har hatt en betydelig vekst siden slutten av 1990-tallet.



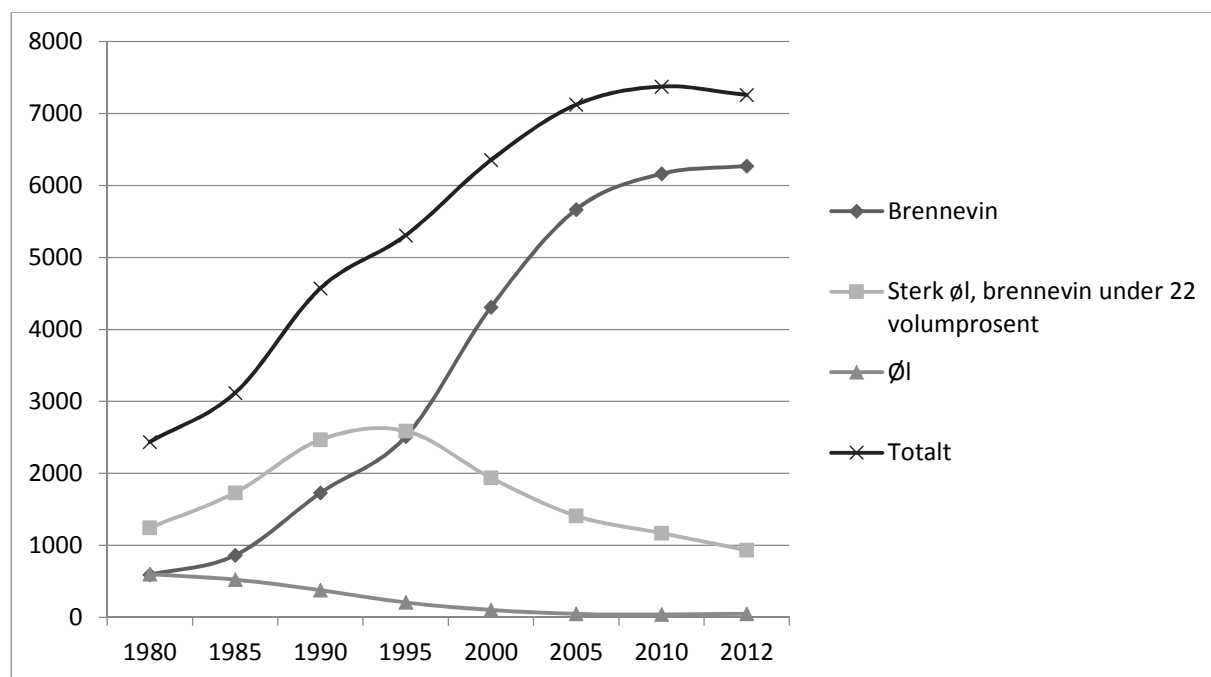
Figur 2: Antall Vinmonopol utsalg i perioden 1996 - 2012 (Kilde: Rusmidler i Norge, 2013).

### Salgs- og skjenkesteder

Det har skjedd en stor økning i antall bevillinger de siste 20 årene. I storbyene har det vært en fordobling, og på landsbasis har det vært en økning på 60 %. Det har i tillegg vært en reduksjon i antall kommuner med et tak for antall skjenkesteder, og per i dag er det nesten ingen kommuner igjen med slike begrensninger. I tillegg gir de fleste bevillinger i dag rett til å skjenke brennevin (80 prosent). Dette er en stor økning fra 1980 hvor bare 25 prosent av bevillingene

gav denne retten. Antall utsalgssteder for øl og rusbrus har minket, men dette kan hovedsakelig skyldes en nedgang i antall dagligvarebutikker (Skretting m.fl., 2014).

Figur 3 viser utviklingen i forhold til antall skjenkesteder for alkohol i perioden 1980 til 2012.



Figur 3: Antall skjenkesteder for alkohol i perioden 1980 – 2012 (Kilde: Rusmidler i Norge, 2013).

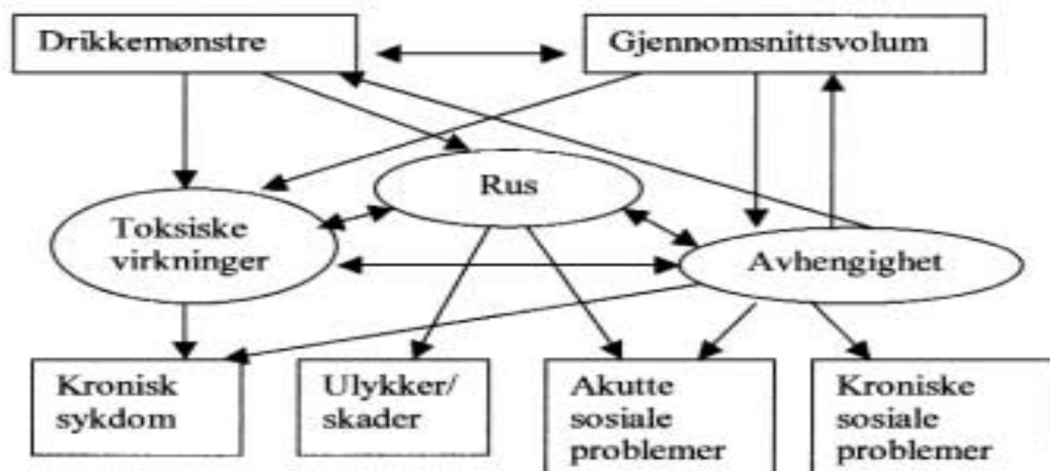
Figur 2 og 3 viser at tilgjengeligheten til alkohol har økt de siste 20 årene. Dette har skjedd både via flere Vinmonopolutsalg og salgs- og skjenkesteder. Samtidig har alkoholforbruket økt. Med andre ord er det en sammenheng mellom befolkningens holdninger, tilgjengelighet og forbruk av alkohol.

Utviklingen de siste årene har vært at flere ønsker mer restriktiv alkoholpolitikk. Det er foreløpig vanskelig å si hvorfor denne holdningsendringen har skjedd. En mulig forklaring er at flere har lettere tilgang til alkohol, og derfor ikke ser behov for å øke tilgjengeligheten. En annen årsak kan være at stadig flere opplever alkoholens negative konsekvenser (Skretting, m.fl., 2014: 18).

## 2.3 Alkoholbrukens konsekvenser

Det er en sammenheng mellom det totale alkoholkonsumet i et samfunn og omfanget av alkoholrelaterte problemer. Hovedårsaken til dette er det norske drikkemønsteret ved at majoriteten av alkoholrelaterte skader skyldes det som defineres som «normalbruk». Med andre ord står det store flertallet av befolkningen som ikke har et misbruksproblem, for størstedelen av skadene. En økning i totalalkonsumet av alkohol vil likevel innebære en økning i forbruket blant de som drikker mest. Endringer i det totale alkoholforbruket i en befolkning vil derfor kunne gi en god indikasjon på omfanget av alkoholmisbruk og risikofylte drikketilfeller. Dette skyldes at storforbrukere står for mesteparten av alkoholforbruket, selv om de utgjør et mindretall av befolkningen. Gjennomsnittlig alkoholforbruk per person i en befolkning vil dermed være nært knyttet til forekomsten av storforbrukere og dermed også de kroniske alkoholrelaterte skadene (SIRUS, 2003: 3).

Figur 4 viser at alkohol har både store somatiske og sosiale konsekvenser. Det er tre mekanismer ved alkohol som kan forklare dette; fysisk toksisitet, rus og avhengighet.



Figur 4: Sammenhengene mellom forbruk av alkohol, medierende faktorer og alkoholrelaterte konsekvenser (Babor et al, 2003 her fra SIRUS, 2003: 4)

Alkoholens toksiske virkning påvirker kroppen både direkte og indirekte. Hovedårsaken til alkoholrelaterte skader er knyttet mot beruselse. Sammenhengen mellom alkoholforbruk og skadevirkninger er klar. Avhengighet er en lidelse som skyldes langvarig alkoholmisbruk. Den har mange medvirkende forklaringer blant annet arvelig disposisjon, men drikkemønstrene er også en sentral årsak.



Det norske drikkemønsteret vil ofte føre til en rask økning i alkoholnivået i blodet. Dette øker sjansen for problemer som forbindes med akutt beruselse (fyll). Eksempler på slike problemer er ulykker, skader eller vold. Et drikkemønster preget av et hyppig og stort alkoholkonsum kan føre til kroniske helseproblemer (for eksempel skrumplever, hjerte- og karsykdommer og depresjoner). Et vedvarende høyt alkoholforbruk vil føre til alkoholavhengighet. Dette kan igjen føre til at evnen til å kontrollere alkoholinntaket svekkes (SIRUS, 2003: 3).

Alkoholrelaterte problemer og skader kan beskrives langs to dimensjoner: (1) helsemessige eller sosiale konsekvenser, og (2) akutte eller kroniske skader. I tillegg skiller man som regel mellom problemer som skyldes eget alkoholbruk eller andres drikking (tredjepartsskader) (Storvoll og Rossow, 2011: 96).

Sammenhengen mellom totalkonsum og alkoholrelaterte skader gjelder også for eldre, men de eldre er ikke en homogen gruppe. Alkoholkonsum og antall alkoholrelatert dødsfall er forskjellig for ulike aldersgrupper (Hallgren m.fl., 2009: 79)

### ***Alkoholrelaterte dødsfall***

I 2008 var antall alkoholrelaterte dødsfall fire ganger høyere hos norske menn enn norske kvinner. Hos menn var dødsfallene mest utbredt i aldersgruppene 60 – 74 år. For kvinner var det høyest utbredt i aldersgruppen 55 – 64 år (Frydenlund, 2011).

I Sverige viser statistikken at antallet alkoholrelaterte dødsfall blant eldre har økt den senere tiden. Det antas at denne trenden vil fortsette (Lindén-Boström m.fl., 2009: 399). I Finland viser undersøkelser den samme utviklingen ved at flere sykehusinnleggelse og dødsfall blant eldre skyldes alkoholrelaterte sykdommer (Ahlström m.fl., 2009: 435).

Alkoholrelaterte dødsfall blant eldre europeere har økt markant de siste ti årene. De hyppigst rapporterte sykdommer stod også for majoriteten av alkoholrelaterte helseproblemer; alkoholisk leversykdom, psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol. Alkoholrelatert dødelighet er mye høyere blant eldre europeiske menn enn kvinner (Hallgren m.fl., 2009: 79).

## 2.4 Eldre og alkohol

### 2.4.1 Manglende forskning

Oppmerksomhet rundt Eldres alkoholproblemer er av nyere dato, og så langt finnes det få studier der Eldres alkoholbruk er hovedtema. Når man sammenligner med forskning på yngre aldersgrupper, mangler man data som beskriver alkoholbruk og alkoholrelaterte skader blant Eldre. Det er gjennomført noe nordisk forskning, men man har få sammenlignende studier på området (Løset og Slagsvold, 2013: 53; Støver m.fl., 2012: 28).

Forskningen som er gjort på området, er avgrenset og fenomenet har til nå tiltrukket seg lite interesse blant forskere. Alkoholforskningen i Norden er ofte preget av bestemte tradisjoner, og som regel er forskning på Eldre fokusert på helserelaterte spørsmål. Foreløpig har ingen forskningsdesign blitt utviklet for å undersøke det store bildet. Man får dermed ikke en forståelse av hvordan de ulike dimensjonene som er involvert i fenomenet er vevd sammen (Jyrkämä og Haapamäki, 2008: 68).

Både i Norge og Europa har få studier hatt fokus på Eldres alkoholbruk. Når man vet at Eldre utgjør en stadig større del av Europas befolkning, og at det blant Eldre blir stadig flere som har et høyt alkoholforbruk, vil man også kunne anta at dette vil føre til flere alkoholrelaterte problemer hos Eldre (Bye og Østhus, 2012: 17).

Én årsak til manglende forskning på området kan ligge i at selve fenomenet er mer eller mindre moralsk ladet. Mange studier viser dessuten at det er vanskelig å oppdage og diagnostisere alkoholproblemer blant Eldre. Det kan være mange årsaker til dette, men en sentral faktor kan være at Eldre i mindre enn andre alders grupper er villig til å innrømme alkoholproblemer (Jyrkämä og Haapamäki, 2008: 68; Støver m.fl., 2012: 6).

Den manglende forskningen fører til at man behøver kunnskap om både helse- og sosialeffekter av Eldres alkoholbruk. Økningen i antall Eldre som har et høyt alkoholforbruk, øker også sannsynligheten for at samfunnet vil få større utfordringer på dette området i fremtiden (Støver m.fl., 2012: 2).

## 2.4.2 Sosiale og fysiologiske endringer

Alderdom fører til både fysiologiske og sosiale endringer. Overgangen til pensjonisttilværelsen kan for mange oppleves som en overgang til mer fritid, frihet og rekreasjon med muligheter for blant annet reiser, omgang med venner og familie. Den samme overgangen kan for andre bety at man taper rutiner i hverdagen, sosial isolasjon og ensomhet. Opplevelsen av tap og mangel på mening med livet kan hos mange være en risikofaktor for økt alkoholforbruk. Et høyt alkoholforbruk hos eldre kan derfor være et symptom på sosiale, psykiske og fysiske problemer (Frydenlund, 2011: 61).

Ifølge det engelske Institute of Alcohol Studies (IAS) er eldre mer følsomme for alkohol. Dette skyldes først og fremst endringer i metabolisme og fysiologi som fører til at toleransen for alkohol er lavere. Samme mengde alkohol kan dermed være mer skadelig for eldre enn for yngre personer. IAS (2013: 14) lister opp følgende årsaker til dette:

- Endringer i kroppsvæskemengde i forhold til fett som fører til at eldre har mindre væske som alkoholen utvannes i.
- Redusert blodgjennomstrømning i lever fører til svekkelse av leverens effektivitet, noe som igjen fører til at alkohol brytes ned tregere og at alkoholen påfører leveren mer skade.
- Dårligere nyre- og leverfunksjon.
- Endret responstid i hjernen ved at alkoholen påvirker eldre hjerner raskere enn hos yngre.

Den samme mengden alkohol kan gi en høyere konsentrasjon av alkohol i blodet hos eldre sammenlignet med yngre. Alkoholen påvirker dermed hjernens funksjon i større grad hos eldre. Konsekvenser av dette kan være svekket koordinasjon (økt fare for fallulykker), nedsatt hukommelse, øke sannsynligheten for inkontinens, hypotermi og selvforsømmelse. Dette kan føre til at sykdomstilstander som skyldes alkoholbruk kan mistolkes som symptomer på andre sykdommer (for eksempel demens), som igjen kan resultere i at helsevesenet ikke gir effektiv hjelp til de som trenger det (IAS, 2013: 14).

### 2.4.3 Eldres alkoholbruk

Sammenlignet med for 5 – 10 år siden er det flere eldre mennesker som drikker alkohol i Europa i dag. Fortsatt er det tre til fire ganger høyere andel avholdsfolk blant eldre, sammenlignet med den totale voksne befolkningen. Med andre ord er det fortsatt mindre sannsynlighet at eldre drikker alkohol enn yngre voksne. Likevel er det, spesielt blant eldre menn, tegn på at forskjellen mellom aldersgruppene i alkoholbruk er i ferd med å avta (Hallgren m.fl., 2009: 79).

Anslag gjort av Statistisk sentralbyrå viser at den demografiske utviklingen i Norge vil kunne føre til at andelen eldre i befolkningen stiger med rundt 50 prosent de neste 20 årene. I 2001 var andelen personer over 64 år rundt 15 prosent. Det er forventet at denne andelen vil stige til rundt 22 prosent innen 2040 (Støver m.fl., 2012; Bye og Østhus, 2012: 18).

Økt alkoholforbruk totalt i befolkningen eller en bestemt aldersgruppe vil ofte medføre økte alkoholrelaterte problemer. Totalforbruket i en befolkning vil også påvirke totalkonsumet i undergrupper av samfunnet, for eksempel hos eldre (Jyrkämä og Haapamäki, 2008; Ramstedt, 2009).

Andelen avholdende eldre i Norge har blitt markant redusert siden midten av 1980-tallet. Samtidig har alkoholinntaket doblet seg i aldersgruppene over 60 år, og de utgjør den aldersgruppen med den største relative økningen. Spesielt har vinkonsumet økt betraktelig. Det er flere eldre som drikker alkohol i dag enn det var for 15 år siden, og de drikker også alkohol oftere enn tidligere. Økningen har vært størst i aldersgruppen 66 – 79 år (Støver m.fl., 2012; Bye og Østhus, 2012: 17).

Når flere eldre opprettholder et relativt høyt alkoholforbruk vil man også få en økning i alkoholrelaterte skader og andre alkoholproblemer hos eldre. Dette kan resultere i store utfordringer for fremtidens helse- og omsorgstjenester (Løset og Slagsvold, 2013).

Ifølge IAS (2013: 13) har forskere identifisert tre hovedkategorier av eldre problemdrikkere:

1. De som utviklet alkoholproblemer tidligere i livet, og som tar med seg drikkemønster inn i alderdommen.
2. De som utvikler et høyt alkoholforbruk senere i livet, ofte som respons til ulike traumatiske livshendelser (bortfall av livsledsager, ensomhet, o.l.).
3. De som drikker alkohol innimellom, og som noen ganger har et drikkemønster som kan føre til problemer.

Det blir antatt at de to siste kategoriene har en større sjanse til å bryte alkoholmisbruket, dersom de får tilgang til behandling og støtte (IAS, 2013: 13).

Både beruselsesdrikking og det totale alkoholforbruket avtar ved stigende alder. Etter hvert som man nærmer seg 80 årsalderen, blir det mindre og mindre vanlig å drikke seg beruset, drikke større mengder alkohol og å drikke alkohol ofte (Støver m.fl., 2012). Eldre drikker både mindre alkohol og på en mindre skadelig måte enn det yngre aldersgrupper gjør. Likevel har det skjedd en markant økning i alkoholrelaterte dødsfall blant eldre (Lindén-Boström m.fl., 2009: 400; Hallgren m.fl., 2009: 79).

Studier fra Finland viser at andelen eldre med et høyt forbruk av alkohol ble fordoblet fra 1985 til 2001. Andelen avholdende eldre var også betydelig redusert. Generelt drikkes alkohol oftere, enten i liten, moderat eller stor mengde. En forklaring på dette kan være mer fritid med sosial omgang med alkohol. En viktigere faktor er de økonomiske endringene på 2000-tallet førte til større mulighet til både å kjøpe og konsumere alkohol (Lindén-Boström m.fl., 2009: 400; Ahlström m.fl., 2009: 434).

Basert på tall fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT3) er det rundt 56 000 eldre nordmenn som har et problematisk drikkemønster i dag. Dersom utviklingen fortsetter, vil andelen med problematisk drikkeatferd øke til ca. 83 000 innen 2031. Problematiske drikking økte i alle aldersgruppene fra HUNT2 (1995-1997) til HUNT 3 (2006-2008). I HUNT 2 var det nesten ingen over 80 år som rapporterte om problematisk drikkeatferd. Andelen var økt til 2,3 % i HUNT 3. Blant aldersgruppen 70-79 år hadde andelen økt fra under 0,5 % til 4,5 % (Støver m.fl., 2012: 15).

I Sverige viser undersøkelser at et klart flertall av eldre drakk alkohol månedlig. Dersom man sammenligner med yngre aldersgrupper, var andelen relativt liten, men det var større forskjeller i frekvensen av overstadig beruselse. Tendensen viser likevel at eldre har et stabilt økende forbruk av alkohol. Totalt sett kan det virke som at eldre generelt drikker mindre enn andre aldersgrupper, men at forbruket av alkohol har økt og dermed også de alkoholrelaterte problemene (Ramstedt, 2009: 385).

#### 2.4.4 Alkohol og kjønn

Tradisjonelt har kvinner drukket mindre alkohol enn menn. Slik er det fortsatt, men forskjellene reduseres stadig. De siste 30 årene har alkoholforbruket blant kvinner økt mer enn hos menn. Utviklingen er bekymringsfull blant annet fordi kvinner tåler mindre alkoholemengder enn menn og kan dermed også lettere utvikle alkoholproblemer. Hos eldre aldersgrupper ser man den samme trenden ved at alkoholforbruket blant eldre kvinner øker mer enn hos menn. Problematiske drikking er noe man hovedsakelig ser blant menn, men kvinner har hatt den største relative økningen i alkoholforbruk (Løset og Slagsvold, 2013; Støver m.fl., 2012: 14).

Kvinnens alkoholforbruk blir i stor grad styrt av de ulike miljø og forventninger innad i miljøene. Dette gjelder enten det dreier seg om et lavt eller høyt forbruk. I tillegg dreier det seg om muligheter til alkoholkonsum. For eksempel vil en urban alenekvinne med god inntekt ha større muligheter for en friere livstil med tanke på alkohol enn travle småbarnsmødre. En mulig forklaring på at kvinner generelt har lavere alkoholforbruk enn menn, kan være at det fortsatt finnes relativt strenge normer for voksne kvinners alkoholforbruk. Ofte er fordømmelsen av kvinner som får alkoholproblemer, sterkere enn hos menn som får de samme problemene. En sentral forklaring på dette er at deler av den tradisjonelle kvinnenrollen fortsatt eksisterer i det norske samfunnet, men man skal være forsiktig med å trekke for enkle konklusjoner (Ravndal, 2008: 61).

Eldre menn drikker mer alkohol enn eldre kvinner, og oftere har de et drikkemønster som kan medføre alkoholrelaterte skader. I alle aldersgrupper er det langt vanligere blant menn enn kvinner å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller mer. I aldersgruppen 60-65 år drikker omtrent 25 prosent av menn alkohol så ofte. For kvinner i samme aldersgruppe var andelen rundt 16 prosent (Støver m.fl. 2012: 18; Hallgren m.fl., 2009: 79).

I aldersgruppen yngre eldre (50 – 65 år) er alkoholforbruket økt med nesten en tredjedel. Menn i den eldste aldersgruppen har økt sitt alkoholforbruk til samme nivå som i de yngre aldersgruppene. For kvinner har også forskjellen mellom aldersgruppene blitt mindre. I alle aldersgruppene har det skjedd en økning i frekvens av beruselse for kvinner (Ahlström m.fl., 2009).

Den største økningen i alkoholforbruk er hos kvinner og menn i 50 årene. De siste tiårene har disse gruppene nesten doblet alkoholkonsumet sitt. Kvinner i aldersgruppen 50-70 år drikker mer enn kvinner i 30-40 års alderen. Man antar i dag at rundt 6 % av dagens menn over 70 år har et problematisk alkoholforbruk. Eldre kvinner drikker mer enn i dag enn sine forgjengere.

Studier viser at kvinner med et moderat forbruk av alkohol reduserer bruken med alderen. Antall kvinner med et stort forbruk er stabilt. Hos menn finner man en motsatt tendens; eldre menn drikker jevnlig moderat, men antall med et stort forbruk avtar med alderen (Frydenlund, 2011: 70).

Til tross for at det hos eldre er færre som regelmessig drikker alkohol, er det fortsatt ganske vanlig blant menn. I HUNT3 studien fant man at det i aldersgruppen 60-64 år var rundt 80 prosent som rapporterte å ha drukket alkohol siste måned. Andelen hadde sunket til omtrent halvparten i aldersgruppen 80+ år. For kvinnene i den eldste aldersgruppen rapporterte under en tredel at de hadde drukket alkohol siste måned. Det å drikke mye hver gang man inntar alkohol blir mer uvanlig med økende alder. I Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) fant man at rundt 25 prosent av menn i alderen 60-64 år rapporterte dette drikkemønsteret. I aldersgruppen 80+ år var denne andelen gått ned til omtrent 7 prosent. For kvinner i samme aldersgruppe var andelen 2 prosent (Støver m.fl., 2012: 18).

Fordi alkoholproblemer hos kvinner som regel er mindre synlig enn hos menn, får ofte ikke kvinner med alkoholproblemer adekvat hjelp. Kvinner ser i mindre grad enn menn alkoholen som hovedproblemet. Forekomsten av for eksempel angst, depresjon og skyldfølelse er større hos kvinner enn hos menn. Dermed har de også et større forbruk av angstdempende og beroligende medikamenter. Kvinner med alkoholproblemer har ofte en samlivspartner med alkoholproblemer. De har også større frekvens av samlivsproblemer. I tillegg har kvinner tradisjonelt oftere omsorg for mindreårige barn. Alt dette kan resultere i en større forekomst av «hjemme alene» - drikking hos kvinner (Duckert, 2008: 81).

En mulig forklaring på at kvinner øker alkoholforbruket mer enn menn kan være at deler av de tradisjonelle kjønnsrollene er i endring. De mer instrumentelle aspektene ved den maskuline kjønnsrollen som domineres av uavhengighet, handlekraft og fokus på selvbestemmelse, kan betegnes som «handlekraftig orientering». Dette ser man spesielt hos kvinner med høy utdanning som i mange tilfeller beskriver seg like «maskuline» som menn med samme utdanning. Fordi maskuline væremåter i mange tilfeller er knyttet til et høyt alkoholforbruk, kan man anta at en slik sammenheng også gjelder for kvinner (Løset og Slagsvold, 2013: 56).

## 2.4.5 Alkohol og sivilstand

Sivilstand kan påvirke alkoholforbruket ved at personer i et parforhold drikker mindre alkohol enn enslige. Å leve i et parforhold kan dessuten bedre prognosen og virke som en viktig buffer mot fremtidig alkoholproblemer, spesielt for mannlige alkoholmisbrukere med partnere som ikke har alkoholproblemer. Det er betydelige forskjeller mellom menn i parforhold og enslige menn med tanke på tilbakefallssannsynlighet. Den subjektive opplevelsen av det sosiale nettverket, og evnen til å nyttiggjøre seg sosial støtte i en gjensidig relasjon vil naturligvis virke inn på samspillet mellom det enkelte individ og nettverket (Helle m.fl., 1999: 206).

Ifølge Løset og Slagsvold (2013: 63) har andre studier også vist at parforhold kan ha en beskyttende effekt på alkoholforbruk. Både skilte menn og kvinner synes å ha et høyere alkoholforbruk enn de som fortsatt er i et forhold. Den beskyttende effekten et parforhold kan gi, betinger av at man ikke har en stordrikkende partner. I så tilfelle øker sannsynligheten for et høyt alkoholforbruk.

Eldre, ensomme menn med et lite sosialt nettverk har ofte større risiko for å utvikle et alkoholproblem enn det eldre kvinner har. Eldre ensomme kvinner har derimot høyere risiko for å utvikle problemer relatert til misbruk av legemidler (Frydenlund, 2011: 71).

Løset og Slagsvold (2013: 69) fant i en studie at det blant enslige menn var et høyere alkoholforbruk enn blant menn i et parforhold. Samtidig fant de ikke den samme sammenhengen hos kvinner. Dette kan skyldes at relasjonen mellom sivilstand og alkoholbruk er mer sammensatte for kvinner enn for menn. Trolig blir kvinners alkoholforbruk mer påvirket av partnerens alkoholkonsum enn hos menn. Med andre ord har det å leve i et parforhold ulik virkning på alkoholforbruk for kvinner og menn. Dersom man legger til grunn at det stadig er vanligere med partnerbrudd, også blant eldre, kan man anta at det vil finnes flere aleneboende eldre i fremtiden. Dette kan også bidra til et høyere alkoholforbruk i denne aldersgruppen.



## 2.4.6 Alkohol og økonomi

Både dagens og fremtidige eldregenerasjoner er en relativt ressurssterk gruppe, noe man kan anta vil påvirke alkoholbruket. God økonomi, og dermed også økt kjøpekraft, korrelerer ofte med kjøp av alkohol (Ramstedt, 2009: 62).

Mange yngre pensjonister har gode pensjonsvilkår og mulighet til å nyte det «gode livet», noe som for en del vil bety økt risiko for å utvikle alkoholproblemer (Lindén-Boström m.fl., 2009).

Høyere utdanning medfører i de fleste tilfeller bedre økonomi, og dermed også større muligheter for å «nyte det gode liv». Eldre både arbeider og lever lenger. Samtidig har de større økonomisk frihet enn tidligere. De har etter hvert blitt et eget markedssegment for de som selger alkohol. Pensjonisttilværelsen vil for en del medføre en overgang til mer frihet, fritid og rekreasjonsmuligheter. For mange vil nok dette også bety at man deltar på kulturelle arrangementer der det nytes alkohol (Frydenlund, 2011: 70).

Ravndal (2008: 61) hevder at mange studier viser en relativt klar sammenheng mellom høy utdanning, urban livsstil og et høyt alkoholforbruk. Drikkemønstre varierer også med utdanningsnivå og de med høy utdanning drikker oftere enn de med lav utdanning, men de drikker seg sjeldnere beruset. Med andre ord viser studiene at man ofte finner et mer kontinentalt drikkemønster hos personer med høy utdanning. Både frekvens av alkoholinntak og alkoholforbruket øker med høyere utdanning, men man finner likevel at det oftest utvikles alkoholavhengighet hos de med lavere utdanning.

I «Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT)» fant man at alkoholforbruket økte i alle aldersgruppene, men at den relative økningen var størst blant de eldre. Avhold er blitt langt mindre vanlig blant eldre, spesielt hos de med høyest utdanning. Frekvensen med problematisk drikking økte i alle utdanningsgrupper fra HUNT2 (1995-1997) til HUNT 3 (2006-2008), men også her var problemet oftest forekommende blant respondenter med høyere utdanning (Støver m.fl., 2012: 22).

Dagens og fremtidens eldre har et annet forhold til alkohol enn tidligere generasjoner. Generasjonene som vokste opp i etterkrigstiden vokste opp i en tid med økende velstand. Tilgjengeligheten til alkohol og større kjøpekraft har ført til alkohol har blitt relativt billigere. Derfor kan man anta at generasjonene som nå nærmer seg pensjonsalder vil ha et betydeligere høyere alkoholforbruk enn foregående generasjoner (Bye og Østhus, 2012: 69)

## 2.4.7 Alkohol og helsetjenester

Alkoholbruk kan være en direkte årsak til mange sosiale og helsemessige skader. Mange innleggelser og dødsfall er helt klart alkoholrelaterte. I tillegg kan alkohol være en medvirkende årsak til mange andre sykehusinnleggelser og dødsfall. Eksempler på dette er voldsskader, ulykker og selvpåførte skader som ikke fremkommer i innleggesdiagnose. En rekke andre sykdommer og dødsfall kan også settes i sammenheng med alkoholbruk, for eksempel kreft og hjerte-karsykdommer (Skretting m.fl., 2014: 55).

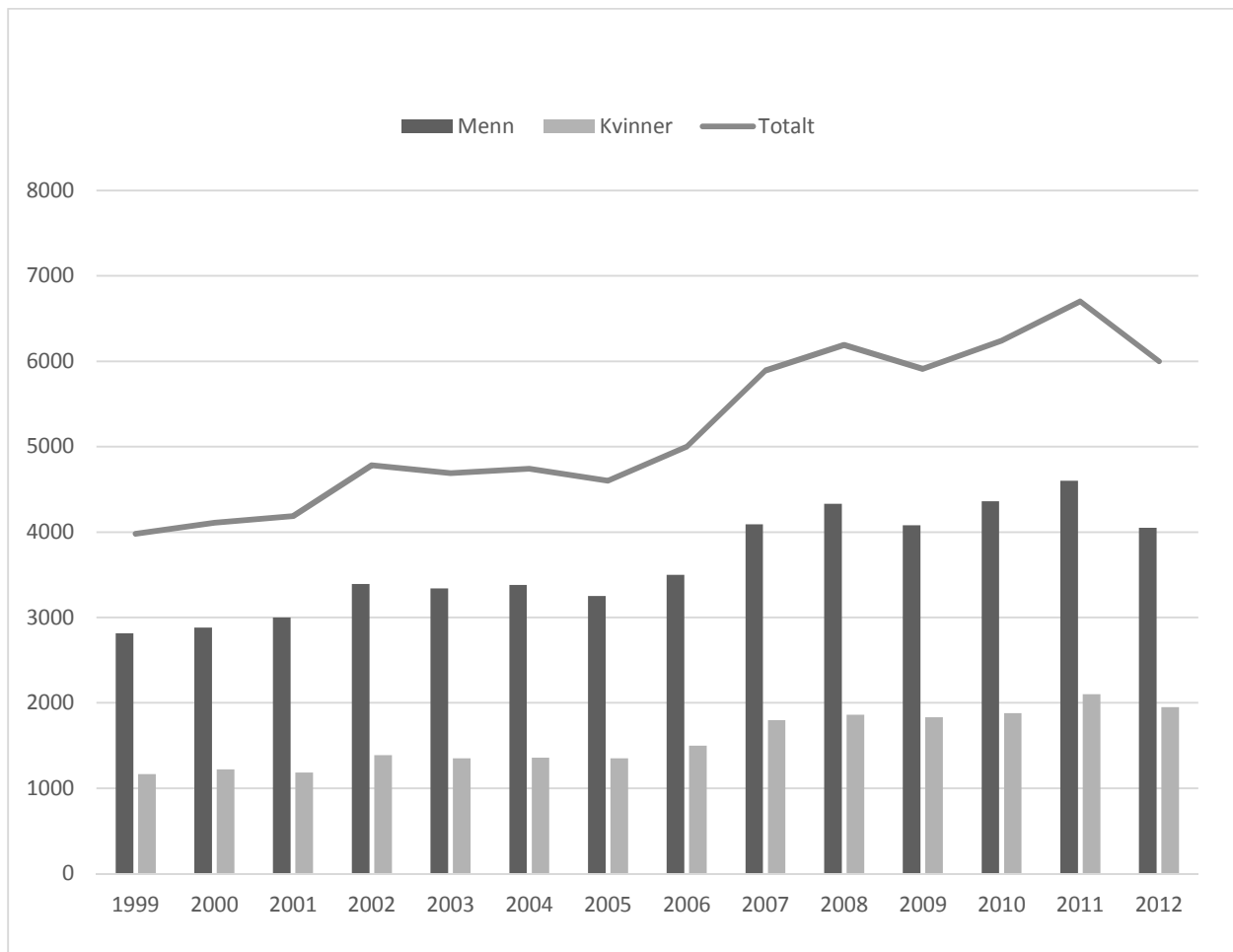
Resultater fra norske undersøkelser viser en høy forekomst av alkohol og andre psykoaktive substanser hos eldre som ble innlagt på sykehus med akutte skader. Nesten hver tredje hjemmeboende eldre faller minst én gang årlig. Nedsatt bevegelighet, dårligere syn, flere kroniske lidelser, bruk av legemidler og alkoholbruk er sentrale risikofaktorer for eldre (Frydenlund, 2011: 70).

Omtrent halvparten av alkoholrelaterte innleggelser skyldes akutt forgiftning (56 prosent i 2010). Resten av innleggelsene er knyttet til alkoholbetingede kroniske sykdommer, for eksempel leverskader. Sammenhengen mellom totalforbruk av alkohol og problemer kan ha endret seg over tid. En økende andel av alkoholforbruket i Norge skyldes vin. Det kan derfor tenkes at flere drikkeepisoder skjer i situasjoner (for eksempel til måltider) hvor risiko for akutte skader og sosiale problemer er noe mindre (Storvoll og Rossow, 2011: 105).

Blant eldre finner man et mer blandet bilde uten klare trender. Det er imidlertid indikasjoner på at alkoholrelaterte sykehusinnleggelser av eldre kvinner har økt betraktelig de siste årene (Hallgren m.fl., 2009: 79).

Man ser en økende tendens til at flere korte sykehusopphold skyldes kroniske sykdomstilfeller. Befolkningsøkningen kan dermed også ha bidratt til denne utviklingen. Likevel utgjør sykdomstilfellene med alkoholrelatert hoveddiagnose bare en liten del av den totale alkoholrelaterte sykkeligheten. Det er psykiske lidelse, atferdsforstyrrelse av alkohol/akutt forgiftning og alkoholindusert leverskade som utgjør mesteparten av alkoholrelaterte innleggelser i sykehus (Skretting m.fl., 2014: 57).

Figur 5 viser at antall alkoholrelaterte sykehusinnleggelser har økt betraktelig de siste årene. Slike innleggelser er vesentlig høyere for menn enn for kvinner. Et viktig poeng er at tallene i figuren viser antall innleggelser og ikke antall personer med alkoholrelaterte hoveddiagnose. Dermed kan samme person ha vært innlagt flere ganger med samme diagnose i løpet av samme år.



*Figur 5: Innleggelser i somatiske sykehus med alkoholrelaterte hoveddiagnoser 1999 – 2012 fordelt på kjønn (Kilde: Rusmidler i Norge 2013)*

## 2.4.8 Andre faktorer

Det å stå utenfor arbeidslivet, være uten inntektsgivende arbeid og gå på trygd, har en sammenheng med helserelatert risikoatferd. Dette kan blant annet være et risikofylt alkoholbruk (Myklestad m. fl., 2008). Kahn m.fl. (2002) fant at det skjer en reduksjon i alkoholbruk hos personer som nettopp har blitt arbeidsledig, sammenlignet med personer i arbeid. Det ble også funnet en økning i alkoholbruk hos personer som har vært arbeidsledige over lengre tid, sammenlignet med personer i arbeid.

Både tverrsnittsdata og longitudinell data viser tendenser til at det å være i arbeid over lengre tid, reduserer risiko for alkoholavhengighet (Myklestad m. fl., 2008; Wilsnack m. fl., 1991).

Det kan være flere årsaker til at alkoholbruken til arbeidsledige skiller seg fra de som er i arbeid. De som står utenfor arbeidslivet, er en utsatt gruppe og kan være preget av stress som et resultat av økonomiske bekymringer. I tillegg har de redusert sosial støtte, som følge av å mangle kollegaer, og flere psykiske problemer. Andre sosiale problemer som kan skyldes arbeidsledighet er manglende struktur i hverdagen, følelse av inaktivitet og isolasjon. Alle disse faktorene kan føre til et økt alkoholbruk blant arbeidsledige (Kahn m.fl., 2002; Myklestad m.fl., 2008).

Lindén-Boström m.fl. (2009) fant i sin undersøkelse at problematisk alkoholforbruk er nært knyttet opp mot blant annet røyking, fysisk inaktivitet, lav egenvurdering av helse og medikamentbruk.

Lavere egenvurdering av helse, angst og depresjoner, balanseproblemer og fallulykker er i mange tilfeller knyttet opp mot et problematisk drikkemønster. Konsekvenser av eldre alkoholproblemer som for eksempel fall, forvirring og depresjon, kan derfor i mange tilfeller bli forvekslet med andre sykdommer (Støver m.fl., 2012).

## 2.5 Oppsummering og hypoteser

Alkoholbruket i Norge har økt de siste tiårene. Samtidig har det skjedd en endring i nordmenns holdninger alkohol og tilgjengeligheten til alkohol har økt. Dette er en trend man også har sett hos eldre. I følge tidligere forskning er kjønn en avgjørende faktor med hensyn til alkoholbruk. Et kjennetegn ved den norske drikkekulturen er at kvinner tradisjonelt har et lavere alkoholforbruk sammenlignet med menn. Den teoretiske gjennomgangen viser at også sivilstand har en avgjørende rolle ved at enslige har et større alkoholforbruk sammenlignet med personer som lever i et parforhold. Et tredje poeng er at økonomi og alkoholforbruk henger sammen. Personer med god økonomi har normalt et større alkoholforbruk enn personer med dårligere økonomi. Teori gjennomgangen viste også at det er en sammenheng mellom bruk av helsetjenester og alkoholbruk.

### *Hypoteser:*

Med utgangspunkt i formulerte forskningsspørsmål, teori gjennomgangen og resultater fra tidligere studier presenteres fire hypoteser. Tabell 1 viser en oversikt over disse hypotesene.

*Tabell 1: Oversikt over hypoteser i oppgaven*

---

Hypotese 1	Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og kjønn ved at menn har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn kvinner.
Hypotese 2	Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og sivilstand ved at enslige har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn respondenter i et parforhold.
Hypotese 3	Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og økonomi ved at respondenter som mottar uførepensjon, har lavere sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn respondenter som mottar andre pensjonsformer.
Hypotese 4	Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og bruk av helsetjenester ved at respondenter som har et stort forbruk av helsetjenester, har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn andre respondenter.

---

I tillegg til variablene som er inkludert i hypotesene ovenfor, kontrolleres det for følgende variabler: røyking, snusbruk, ulike negative livshendelser (12 variabler) og psykisk helse (25 variabler). Dette utdypes i etterfølgende kapitler.

## 3.0 METODER

### 3.1 Forskningsdesign

Når en undersøkelse gjennomføres gjøres det mange overveielser og valg. Dette gjelder særlig tidlig i prosessen hvor det blir vurdert hva og hvem som skal undersøkes, og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres. I forskning betegnes dette som forskningsdesign. Forskningsdesign er med andre ord «alt» som knytter seg til undersøkelsen. En forsker starter med problemstillingen og vurderer hvordan undersøkelsen gjennomføres «fra start til mål» (Johannessen m.fl., 2006: 73).

Et sentralt tema innenfor forskningsdesign er tidsrammen. Studier kan gjennomføres på ett bestemt tidspunkt, eller det kan gjennomføres studier over lengre perioder. Det førstnevnte betegnes som tverrsnittsundersøkelser, og det andre som longitudinelle undersøkelser. Et annet spørsmål er hvilket utvalg som skal brukes, skal undersøkelsen bestå av ett utvalg eller skal det gjennomføres et eksperiment med en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe. Et tredje spørsmål er hvilke data som skal samles inn, om man har behov for kvalitative eller kvantitative data. Forskningsdesignet bestemmer ikke hvilke teknikker som brukes for å samle inn data, men noen teknikker passer bedre under visse designtyper. Til slutt må man vurdere hvilket teoretisk utgangspunkt man tar, forklarende eller utforskende. Opplegg for gjennomføring av undersøkelser kan dermed klassifiseres i noen generelle kategorier, for eksempel tverrsnittsundersøkelser, longitudinelle undersøkelser, eksperimenter, grounded theory og case-undersøkelser (Denscombe, 2010: 99).

Forskningsdesignet i denne studien er basert på kvantitative metoder. Datamaterialet som er grunnlag for studien, er innhentet på forhånd. Dermed er også metoden for datainnsamlingen gitt før studien startet. Under Samordnet levekårsundersøkelse 2008 ble det benyttet et tverrsnittsdesign for datainnsamlingen. Respondentene fikk først tilsendt et postalt spørreskjema og deretter intervjuet.

Tverrsnittsundersøkelser er den enkleste designtypen og består i at man observerer et antall enheter på ett enkelt tidspunkt. Observasjonsenhetene kan da være individer, grupper, nasjoner og lignende. Vanligvis blir det registrert ulike egenskaper ved observasjonsenhetene. Hensikten er å studere variasjoner og samvariasjoner med hensyn til disse egenskapene (Skog, 2010:71).

Tverrsnittsstudier har ofte et rent deskriptivt siktemål, men man kan også bruke datamaterialet til å teste kausale hypoteser. Fordi datamaterialet er samlet inn på ett tidspunkt, må man være forsiktig med å trekke konklusjoner som sier noe om utviklingen over tid (Johannessen m.fl., 2006: 74).

Undersøkelsen ble foretatt av Statistisk sentralbyrå (SSB) i perioden 22. september 2008 til 30. mars 2009. Den har tre hovedområder; helse, omsorg og sosial kontakt. Under helseområdet ble det kartlagt et vidt helsebegrep med ønske om å måle ulike sider ved helsetilstanden i den norske befolkningen. Viktige faktorer var symptomer på helseproblemer, virkninger av sykdom, funksjonsevne, levevaner og bruk av helsetjenester. Under omsorgsområdet ble det kartlagt behov for og mottak av omsorg og omsorgsyting. Kontakt med familie, venner og fortrolige, samt mulighet til å få praktisk hjelp i hverdagen ble kartlagt i sosialkontaktområdet (Wilhelmsen, 2009: 5).

## **3.2 Datainnsamling**

Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden 22. september til 30. mars 2009. Den ble gjort ved en kombinasjon av personlige intervju og postale selvutfyllingsskjema. Intervjuene ble gjennomført av personer i nettoutvalget, mens alle i bruttoutvalget fikk spørreskjemaet tilsendt.

I intervjudelen ble gjort enten ved telefon- eller besøksintervju. Dette skyldes først og fremst lengden på intervjuene, og man foretrakk besøksintervju dersom intervjuet oversteg 30 minutter. Enkelte aldersgrupper brukte lenger tid enn andre. Blant annet brukte den eldste aldersgruppen mye lenger tid (44 minutter) enn den yngste (33 minutter). Eldre og syke respondenter ble derfor prioritert for besøksintervju. Andelen besøksintervju var størst blant personer over 67 år. Det ble også foretatt flere besøksintervju av kvinner sammenlignet med menn.

Alle respondenter fikk tilsendt et informasjonsbrev og en brosjyre som omhandlet undersøkelsen før intervjuundersøkelsen startet. Foresatte til respondenter under 18 år ble tilsendt et eget orienteringsbrev. Grunnen var å sørge for at respondentene fikk informasjon om undersøkelsesopplegg, tema for undersøkelsen og personvern. For respondenter som ikke hadde lest informasjonsbrevet eller brosjyren, ble dette lest opp før intervjuet startet. Det ble det også sendt ut et hjelpekort med svaralternativ på en del av spørsmålene. Slike hjelpekort benyttes normalt i besøksintervju når et spørsmål har mange svaralternativer, er sensitive eller

når samme svaralternativ gjentas i flere spørsmål. Dette ble gjort for at rapporteringen skulle bli så identisk som mulig uavhengig av intervjumodus.

Svarinngangen var stort sett stabil i hele perioden, men på grunn av at den var noe svakere enn forventet, ble det gjennomført en frafallsoppfølging. Man valgte da områder eller aldersgrupper med lav svarprosent, og utvalgte fikk tilsendt nytt informasjonsbrev med varsel om ny henvendelse om intervju.

Datainnsamlingen i intervjuundersøkelsen foregikk ved hjelp av PC, såkalt «computer assisted interviewing». Rent praktisk skjer dette ved at intervjueren leser opp spørsmål fra dataskjermen og svar blir registrert direkte. En fordel med denne metoden er at alle hopp i spørreskjemaet er programmert på forhånd, noe som reduserer faren for at intervjueren stiller feil spørsmål til feil person. PC-assistert intervjuing gir mulighet for direkte kontroll av svarkonsistens mellom ulike spørsmål, og kan bidra til å øke kvaliteten på datamaterialet.

Bruttoutvalget fikk tilsendt et postalt spørreskjema. 895 personer i bruttoutvalget fikk ikke tilsendt skjemaet. Dette var hovedsakelig personer som av ulike grunner ikke ville delta i intervjuundersøkelsen, og det ble dermed vurdert at en ny kontakt ville kunne skape negative reaksjoner. Utsendingen av skjemaet foregikk i puljer. I den første utsendingen fikk 515 respondenter tilsendt et skjema med feiltrykk. På grunn av omfanget av feilen, og at det medførte at bare enkelte hadde unnlatt å svare på et par spørsmål, ble det ikke satt i gang noen tiltak. Begrunnelsen for dette var at omfanget av feilen var vesentlig mindre enn oppgavebyrden for respondentene ved re-kontakt ville vært. Besvarte skjema ble maskinelt registret og verifisert av SSB (Wilhelmsen, 2009: 9).

### **3.3 Utvalg**

I forskning hvor man ønsker å generalisere funn til en større populasjon, er det et krav at man har et datamateriale som er basert på et tilfeldig utvalg. Dataene skal med andre ord representere forholdene slik de er i populasjonen. Dette bestemmes av utvalgsmetoden. Normalt gjøres dette ved at man trekker et stratifisert tilfeldig utvalg. Da identifiserer man først de faktorene som er viktige for representativiteten. Deretter brukes disse faktorene til å dele populasjonen inn i strata. Til slutt trekker man tilfeldig fra hver av disse stratene. På denne måten kan man gjennom et betydelig mindre antall respondenter ha grunnlag for generalisering av funn fra studien (Nyeng, 2012: 120).



I levekårsundersøkelsen ble dette gjort ved at det ble trukket ett utvalg på 10 000 personer i aldersgruppen 16 og eldre, hvor alderen ble beregnet per 31.12.2008. Man benyttet SSBs sentrale demografi-/befolkningsdatabase (BEBAS) som grunnlag. Deretter ble SSBs to trinns utvalgsplan benyttet. Denne planen deler landet inn i et sett av utvalgsområder. Utvalgsområdene blir igjen gruppert inn i 109 strata. Kommuner eller grupper av kommuner utgjør utvalgsområdene. Kommuner med et lavt innbyggertall blir slått sammen med andre kommuner, og alle kommuner med mer enn 30 000 innbyggere ble tatt ut som egne strata.

Deretter ble det i første trinn trukket ut et utvalgsområde fra hvert strata. De utvalgsområdene som utgjorde egne strata ble trukket ut med 100 prosent sannsynlighet. Resterende utvalg ble trukket ut med en sannsynlighet proporsjonalt med innbyggertallet i utvalgsområdet. I andre trinn blir et tilfeldig utvalg trukket fra de 109 stratene. På trinn to foregikk trekningen slik at utvalget ble selvveiende når man ser begge trinn under ett (Wilhelmsen, 2009: 6).

Tabell 2 viser nøkkeltall i levekårsundersøkelsen. Det er et større antall respondenter i intervjuundersøkelsen enn i spørreskjema delen. Til sammen er det rundt 4500 respondenter som har deltatt både i intervju- og spørreskjemadelen av undersøkelsen.

Tabell 2: Nøkkeltall i Samordnet levekårsundersøkelse 2008 (Wilhelmsen, 2009: 6).

<b>Intervjuundersøkelsen</b>	<b>Antall respondenter</b>	<b>Prosent</b>
Trukket utvalg (personer trukket ut for intervju)	10 000	
Avgang	316	
Bruttoutvalg	9684	100
Frafall	3219	33,2
Nettutvalg (personer oppnådd intervju med)	6465	66,8
<b>Spørreskjema</b>		
Bruttoutvalg	9684	100
Frafall	4852	50,1
Nettutvalg (personer som har besvart skjema)	4832	49,9
<b>Både besvart intervju og spørreskjema</b>	<b>4498</b>	<b>69,7</b>

### ***Frafall:***

Av forskjellige grunner vil det alltid være noen som er trukket ut, og ikke vil delta i undersøkelsen. Det vil med andre ord alltid være et frafall av respondenter. Dette er en feilkilde man må være oppmerksom på (Johannessen et al, 2006: 209).

For intervjudelen var frafallet på 3219 personer (rundt 33 prosent). Den viktigste begrunnelsen for frafall her var at man ikke ønsket å delta i undersøkelsen. Ellers fant man at frafallet var høyest blant personer over 67 år, noe som resulterte i en dårlig svarprosent i denne aldersgruppen. Man fant også at frafallet var mindre i de nordligste landsdelene og blant kvinner generelt. Blant menn hadde aldersgruppen 25 – 44 år et høyt frafall, og var den gruppen med dårligst svarprosent.

For spørreskjemadelen var frafallet på 4852 personer (rundt 50 prosent). Man har ikke opplysninger om frafallsårsaker i denne delen, men ut ifra bruttoutvalg fant man at frafallet var størst i aldersgruppene 15 – 44 år og over 80 år. I likhet med intervjudelen var frafallet størst blant menn (Wilhelmsen, 2009: 14).

Normalt vil man si at en svarrespons på rundt 50 prosent er bra, men man må samtidig være oppmerksom på at en slik svarprosent har konsekvenser for generaliseringen av resultat. Jo mindre frafallet er, desto mindre usikkerhet er det ved generalisering fra utvalg til populasjonen (Johannessen m.fl., 2006: 209).

Etter min oppfatning vil derfor ikke frafallet ha store konsekvenser for generalisering av resultatene i denne studien. Dette skyldes først og fremst at svarresponsen i begge delene av undersøkelsen er rundt 50 prosent.

## **3.4 Reliabilitet og validitet**

Begrepet reliabilitet og ulike validitetsformer brukes innenfor kvantitativ forskning som kriterier for kvalitet. Reliabilitet er knyttet mot undersøkelsens data. Sentrale spørsmål når man vurderer en undersøkelse er hvilke data som benyttes, måten de er samlet inn på og hvordan de er bearbeidet. Det finnes flere måter å teste reliabilitet på. Dersom flere forskere kommer frem til lignende resultat, kan det være et uttrykk for reliabilitet (Johannessen m.fl., 2006: 198).

Et grunnleggende spørsmål innenfor forskning er datas pålitelighet. Reliabilitet handler om hvor solid en studie eller en måling er, og om datamaterialet er tillitsvekkende. Med andre ord er det gjort gode målinger av det man ønsker å måle. I forskning vil vurdering om reliabilitet

handle om man vil få de samme resultatene dersom man gjør studien på nytt. Det kan også dreie seg om andre forskere har gjort lignende funn forutsatt at det er bruk samme målemetode. Det vil si om det er konvergens i resultatene (Nyeng, 2012: 112).

Validitet betyr gyldighet og handler stort sett om forskjellige aspekter av om undersøkelsen gir korrekte svar på problemstillingen og forskningsspørsmål. Det handler om hvordan man skal unngå å gå i forskningsmessige feller. Det finnes flere former for validitet. Man snakker ofte om designvaliditet i forhold til designets følsomhet og evne til å påvise sammenhenger. Videre har man validitet i forhold til målinger, fortolkning av data og eventuelle generaliseringer av resultatene fra forskningen.

Den mest grunnleggende validitetsformen er begrepsvaliditet som handler om man undersøker det fenomenet man ønsker å undersøke. Det er en samlebetegnelse for ulike målemessige problemer som kan oppstå i en undersøkelse. Et viktig spørsmål er om man lykkes med å måle det man ønsket å måle med akseptabel grad av presisjon. Eller sagt på en annen måte om man har målt og registrert data på en tilfredsstillende og pålitelig måte. Begrepsvaliditet er dermed både knyttet til måling av variabler og til utvalget av observasjonsenheter. Det første gjelder operasjonalisering av variablene, og det andre gjelder om utvalget er adekvat og korrekt trukket (Skog, 2010: 90).

En undersøkelse kan være reliabel uten å være valid, men kan ikke være valid uten å være reliabel. Reliabilitet kan derfor betraktes som en del av begrepsvaliditet. En sentral utfordring i kvantitative undersøkelser er at det kan være komplisert å si hva som er passende eller vanlige forhold for en måling. Derfor må man drøfte hvilke forhold under datainnsamlingen som kan virke inn på datamaterialet, og prøve å avdekke mulige feilkilder (Nyeng, 2012: 112).

Et viktig moment i vurdering av reliabiliteten til denne studien er at designet for datainnsamlingen og selve innsamlingen er gjort av et nasjonalt byrå (SSB). Ut ifra de opplysninger som kommer frem av dokumentasjonsrapporten til undersøkelsen, kan man legge til grunn at innsamlingsmetoden og datamaterialet er solide. Man kan alltid diskutere om datamateriale som er innhentet av andre er samlet inn for andre formål enn det dataene blir brukt til i denne studien. Man kan komme i en situasjon der datamaterialet er solid og pålitelig i forhold til intensjonen til de som samlet inn dataene, men at de samme dataene ikke belyser denne studiens problemstilling og spørsmål på en like god måte. Fordi hovedtemaet i undersøkelsen til SSB var den norske befolkningens helse, legges det likevel til grunn at datamaterialet er pålitelige i forhold til å belyse spørsmålene i denne studien.

Utvalgsvaliditet omhandler i hvor stor grad utvalget man har er statistisk representativt for den populasjonen man ønsker å uttale seg om. To årsaker til lav representativitet kan være at man har brukt en uadekvat utvalgsmetode eller at man har et stort frafall som dermed skaper skjevheter i nettoutvalget. Utvalgsskjevhet har en når fordelingen av et bestemt kjennemerke er annerledes i nettoutvalget kontra bruttoutvalget. I forhold til ett kjennemerke vil ikke utvalgsskjevhet føre til at nettoutvalget er skjevt i forhold til andre kjennemerker.

På den andre siden vil ikke en god balanse mellom fordelingen i nettoutvalget og bruttoutvalget for ett eller flere områder gi noen bekreftelse på at utvalget ikke er skjevt på andre områder. Utvalgsskjevhet kan også skyldes at fordelingen av et bestemt kjennemerke er forskjellig i bruttoutvalget enn i populasjonen. Dette kan skyldes utvalgsvarians ved at tilfeldigheter under utvalgstrekkningen fører til en skjevfordeling av kjennemerker i utvalget kontra resten av populasjonen. Avvik mellom bruttoutvalg og populasjon skyldes som regel tilfeldig utvalgsvarians, og man kan derfor anta at uttrukne personer ikke skiller seg systematisk fra de som ikke er trukket ut. Man har en risiko for at nettoutvalget skiller seg systematisk fra personer som ikke har deltatt (frafallet). Ved vurdering av utvalgsskjevhet bør man være oppmerksom på avvikene mellom netto- og bruttoutvalget (Skog, 2010: 100).

Datainnsamlingen ble foretatt via både intervju og spørreskjema. I forhold til intervjudelen var avvikene mellom netto- og bruttoutvalget lite, og vil i de fleste sammenhenger ikke ha betydning for analyser. Man fant at det er minst avvik mellom de ulike landsdelene, og størst når det gjelder kjønn og alder. Det er størst avvik i aldersgruppen 45 – 66 år som er noe overrepresentert. Et annet avvik er at menn og personer i aldersgruppen +80 år er noe underrepresentert.

I spørreskjemadelen fant man lignende tendenser. Kvinner er overrepresentert, og aldersskjevhetene fra intervjudelen er forsterket. I tillegg var de to yngste aldersgruppene noe underrepresentert, og aldersgruppen 45-66 år er noe overrepresentert. Frafallet av menn i aldersgruppen 16-44 år er også høyere.

316 personer av trukket utvalg ble vurdert til å være utenfor målgruppen, og ble klassifisert som «avgang». Dette gjaldt personer som var døde, bosatt i utlandet eller på institusjon. Videre hadde man en andel av bruttoutvalget som enten ikke ønsket å delta eller var forhindret til å delta i undersøkelsen. Det var også en gruppe som man ikke lyktes å oppnå kontakt med. For intervjudelen var frafallet til sammen rundt 33 prosent av bruttoutvalget. Det høyeste frafallet var hos personer over 67 år. Ved det postale spørreskjemaet var frafallet noe større (rundt 50

prosent) av bruttoutvalget. Frafallet var størst i aldersgruppen 15 – 44 år og i den eldste aldersgruppen (Wilhelmsen, 2009: 13).

I denne studien kan det være et problem for utvalgsvaliditeten at den eldre aldersgruppen er noe underrepresentert i nettoutvalget. Dette kan medføre at det innenfor denne aldersgruppen også er en skjevfordeling av de kjennemerkene som denne studien ønsker å belyse.

Et annet moment er at intervjudataene kan være beheftet med målefeil. Slike målefeil kan føre til manglende overenstemmelse mellom sann og målt verdi ved at noen som har den egenskapen benekter å ha den. Dette kan skyldes at respondenter underrapportere sensitive tema, som for eksempel eget alkoholforbruk, med det resultat at man får falske negative. Det kan også oppstå det motsatte ved at respondenter som ikke har en egenskap påstår at de har den, med det resultat at man får falske positive. Dessuten kan man anta at respondenter med et stort alkoholforbruk er underrepresentert i datagrunnlaget, noe som også fører til en skjevhet i utvalget.

Det kan også være et problem med systemisk feil i datamaterialet ved at respondenter enten misforstår spørsmål eller husker feil. I tillegg kan enkelte respondenter, ubevisst eller bevisst, svare det som oppfattes som sosialt akseptert. Dataene vil dermed preges av målefeil, falske positive og falske negative. Dette kan igjen få utslag når man skal tolke resultatene av analysene. Det kan tenkes at en del av temaene i datainnsamlingen kan oppleves som sensitive og normative. Dette kan skyldes for eksempel en sårbarhet i forhold til eget alkoholforbruk eller at man ønsker å gi et bedre mer sosialt akseptert bilde av seg selv til intervjuer. Dette kan igjen føre til en økt risiko for under- og feilrapportering innenfor disse temaene.

Ut ifra opplysninger i dokumentasjonsrapporten fra SSB legges det grunn at faren for slike systematiske feil er minimalisert. Ett av tiltakene som ble gjort var at intervjuene ble gjort ved hjelp av PC. Intervjueren leste opp spørsmålene fra dataskjermen, og registrerte svarene direkte. En viktig fordel var at alle hopp i spørreskjemaet var programmert på forhånd. Dermed ble faren for at spørsmål ble stilt feil redusert. En annen fordel med PC-assistert intervjuing er muligheten for direkte kontroll av svarkonsistensen mellom ulike spørsmål. Under datainnsamlingen var det blant annet lagt inn feilmeldingssystemer som økte svarkontrollen og dermed også datakvaliteten. Samtidig kan forhåndsprogrammeringen føre til at feil i programmeringen blir gjennomgående, og dermed at enkelte spørsmål blir verdiløse. En programmeringsfeil kan føre til at ett eller flere spørsmål ikke måler det som var tenkt. Det ble ikke oppdaget slike problemer under datainnsamlingen (Wilhelmsen, 2009: 15).

Man bruker ofte begrepet intern validitet når man snakker om validitet i forhold til fortolkning av datamaterialet. Intern validitet handler både om bakenforliggende og mellomliggende variabler. Et sentralt spørsmål i fortolkning av data blir da om faktor A frembringer faktor B, eller om det kan være andre faktorer som frembringer B. I tillegg til problemet med spuriøs korrelasjon handler intern validitet også om mellomliggende variabler. Med mellomliggende variabler mener man hvilke mekanismer ved A som frembringer B. Det kan være mange mekanismer som forklarer sammenhengen mellom A og B. I ikke-eksperimentelle kvantitative undersøkelser brukes ofte kontrollvariabelmetoden for å eliminere konkurrerende forklaringer og derved besvare konkrete innvendinger. Denne metoden innebærer at man aldri vil være 100 prosent sikker på at man har kontrollert for alt man burde kontrollere for. Det kan alltid dukke opp nye innvendinger man ikke har tenkt på (Skog, 2010: 107).

I denne studien vil statistiske metoder bli brukt for å styrke den interne validiteten. Analysestrategiene i studien vil forhåpentligvis sørge for en solid intern validitet, men slike metoder kan ikke gi en helt sikker validitet i fortolkningen av datamaterialet. Statistisk konklusjonsvaliditet har med tilfeldigheter å gjøre, og man må vurdere om de sammenhengene man finner skyldes reelle effekter eller tilfeldigheter. Styrken i designvaliditeten vil si en del om de konklusjonene som kan trekkes av funn i datamaterialet. Både designet og datainnsamlingen utført av SSB, og det legges derfor til grunn at dette er utført på en pålitelig måte.

Ekstern validitet handler om kvaliteten og påliteligheten i generaliseringen av resultater fra undersøkelsen. Validitet dreier seg da om hvor relevante eller troverdige funnene er, om funn fra undersøkelsen kan overføres fra utvalget til populasjonen. Igjen må man vurdere om utvalget er representativt for populasjonen. Et stort frafall i utvalget kan medføre redusert ekstern validitet og dermed også lavere grad av generalisering av resultater. Dersom bortfallet ikke er vesentlig må det vurderes om resultatene bare er gjeldende i en spesiell kontekst og dermed har en begrenset overføringsverdi (Johannessen m. fl., 2006: 200).

Datainnsamlingen ble gjennomført i 2009, og man kan dermed stille spørsmål om resultater av analyser fra dette datamaterialet kan overføres til dagens situasjon. Ut ifra funn i andre undersøkelser er det likevel sannsynlig at funn i denne studien kan overføres til dagens situasjon. Studien vil også kunne gi et situasjonsinntrykk ut ifra hvordan bildet var i 2009. Etter min oppfatning er det lite sannsynlig at funn fra denne studien kan overføres til andre kulturer enn de nordiske landene. Dette skyldes først og fremst kultur- og vaneforskjeller.

### 3.5 Etske refleksjoner

Etikk dreier seg om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om handlinger er riktige eller gale. Dette gjelder all virksomhet som kan ha konsekvenser for mennesker, også forskning. Innenfor forskning kan man grovt dele etiske hensyn i to deler. På den ene siden finner man forskningsinterne regler og normer. Dette omhandler saklighet, åpenhet og redelighet internt i forskersamfunnet. Eller sagt med andre ord hvordan forskningen gjennomføres og blir rapportert. På den andre siden finner man forskningseksterne vurderinger. Dette gjelder forskerens forhold til deltakerne i undersøkelsen og vitenskapens rolle i samfunnet generelt. Den eksterne siden har det viktigste etiske kravet til forskning som omhandler mennesker, nemlig kravet om fritt informert samtykke (Denscombe, 2010: 71).

Samfunnsforskere skal ha et moralsk perspektiv på hvordan undersøkelser blir designet og gjennomført. Man bør være forpliktet til å oppdage og rapportere funn så ærlig som mulig. Det forventes at forskere er uavhengige, objektive og ærlige i forskningen. Dette innebærer at man også må være følsom for de effektene undersøkelsene kan ha på de involverte (ibid: 59).

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora har vedtatt forskningsetiske retningslinjer. I følge retningslinjene er det særlig tre typer hensyn samfunnsforskere plikter å reflektere rundt; retten til selvbestemmelse og autonomi, respekt for privatliv og at man skal unngå skade (Johannessen m.fl., 2006: 93).

Retten til selvbestemmelse og autonomi betyr at deltakere i undersøkelser bestemmer selv over sin deltakelse. Respondenter skal gi uttrykkelig informert og frivillig samtykke til å delta. Ingen kan tvinges til å delta i undersøkelser, og de som sier ja skal vite hva de sier ja til. Etisk sett er kravet begrunnet med personlig autonomi. At alle har rett til å opptre som selvstendige og selvbestemmende individer, og med det bestemme selv om man ønsker å delta i forskningsprosjekter. I tillegg skal deltakerne i forskningen når som helst kunne trekke sin deltakelse uten noen form for ubehag eller negative konsekvenser (Nyeng, 2012: 162).

Hvilke etiske refleksjon som ble gjort under datainnsamlingen er vanskelig å vurdere da datamaterialet er innhentet av andre. Dersom man ser på frafall og beskrivelser av hvordan datainnsamlingen ble utført, er det likevel naturlig å anta at etiske retningslinjer ble fulgt. Retten til å si nei til å delta i undersøkelsen blir respektert ved at man har et frafall av personer som ikke ønsket å delta i undersøkelsen. Det er også en andel man ikke oppnådde kontakt med som fikk tilsendt et påminningsbrev. Dette kan tenkes å være i konflikt med selvbestemmelsesretten.

Etter min oppfatning har man likevel respektert autonomien ved å ikke sende flere påminningsbrev enn høyst nødvendig.

Respekt for privatlivets fred betyr at man bestemmer selv hvem man «slipper inn» i livet sitt, og hva som «slippes ut» av informasjon. Forskere kan nektes adgang til opplysninger. Deltagere skal være sikre på at forskeren bruker og ivaretar opplysninger på en konfidensiell og ikke identifiserbar måte (Johannessen m.fl., 2006: 93).

Opplysningene i denne studien er innhentet av et anerkjent nasjonalt byrå (SSB). Selv om man aldri kan være helt sikker, må man anta at datamaterialet er godkjent og ivaretatt på en etisk forsvarlig måte. I informasjonsbrevet som ble sendt ut til utvalget kommer det frem at respondentene både ved telefon- og besøksintervju fikk en bekreftelse på at intervjueren var fra SSB. I tillegg opplyste brevet om at alle som arbeidet med undersøkelsen var underlagt taushetsplikt, og at man fulgte lovpålagte regler. Datamaterialet er bearbeidet og anonymisert av SSB. Det er deretter blitt gjort tilgjengelig for forskere gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Datamaterialet er anskaffet av min veileder via søknad til NSD.

Et viktig etisk prinsipp er at deltakere i undersøkelser skal utsettes for minst mulig belastning i forbindelse med undersøkelsen. Risiko for skade innebærer for det første en vurdering av at man spesielt i forbindelse med datainnsamlingen berører sårbare og følsomme områder. Dette kan være temaer som kan være vanskelig å bearbeide for deltakerne. Forskning kan også påvirke mennesker gjennom den kunnskapen og virkelighetsoppfatningen som den formidler. Dette kan skje ved påvirkningen av folks forståelse av seg selv, eller av andres forståelse. Det kan få alvorlige konsekvenser dersom forskningsresultatene brukes på en slik måte at folks egenoppfatning endres dramatisk. Etablerte handlingsmønstre og vaner kan endres som en følge av at de fortolkes på en ny måte. Det sistnevnte trenger ikke i alle tilfeller være problematisk (Johannessen m. fl., 2006: 92).

En annen type etisk vurdering dreier seg om hvordan forskeren tolker og betrakter respondentene på. Dette ut på at man reflekterer rundt måten data brukes data. Samfunnsforskere leter ofte etter bakenforliggende faktorer og underliggende strukturer i data. Derfor bør man ha noen tanker rundt hvilke problemer forskningen skal bidra til å løse, og hvilken rolle resultatene av forskningen vil spille i samfunnet. Noen temaer og problemstillinger kan være så normativt ladet at det blir vanskelig å forske verdinøytralt på dem (Nyeng, 2012: 164).



Hovedtema i denne studien er drikkemønster og drikkevaner blant eldre. Dette kan i mange tilfeller være et følsomt og moralsk tema som må behandles på en respektfull måte. Datamaterialet har mange opplysninger som kan oppleves nærgående og personlige. Dette gjelder blant annet opplysninger som kan brukes til å kartlegge et tabubelagt tema som alkoholmisbruk. For mange eldre kan eget alkoholforbruk være et område knyttet til skam- og skyldfølelser. Det er derfor viktig å vise forsiktighet ved definering, regulering og inngripen i slike samfunnsproblemer. Det kan tenkes at resultater fra undersøkelsen kan bidra til å bygge et morallandskap. Etter min oppfatning er problemstillingene og forskningsspørsmålene av en såpass generell karakter at risikoen for å skape belastninger og bekymringer er redusert.

## **3.6 Analytisk tilnærming**

Dataene ble samlet inn og systematisert av SSB, og var dermed allerede lagt inn i SPSS. Før datasettet blir gjennomgått og presentert (univariat analyse), presenteres kortfattet de analyseverktøyene som benyttes i denne undersøkelsen. For å svare på forskningsspørsmålene og problemstillingen har jeg valgt å bruke følgende analyseverktøy; faktoranalyse, reliabilitetsanalyse, variansanalyse og regresjonsanalyse.

### **3.6.1 Faktoranalyse**

Betegnelsen «faktoranalyse» omfatter en rekke forskjellige beslektede multivariate metoder der hensikten er datareduksjon. Disse metodene går ut på å analysere avhengighetsforholdene mellom et stort antall variabler for deretter å forklare deres felles underliggende dimensjoner (Hamilton, 1992: 250).

Det er to hovedformer for faktoranalyse – eksplorerende og bekreftende. Eksplorerende faktoranalyse blir ofte brukt på et tidlig stadium i analysen for å samle informasjon om, og utforske, sammenhenger mellom variabler. Bekreftende faktoranalyse brukes for å teste eller bekrefte spesifikke hypoteser eller teorier vedrørende bakenforliggende struktur i et sett av variabler (Pallant, 2013: 188).

En faktoranalyse baseres på en del forutsetninger. Det må være et visst antall respondenter. Hvor mange respondenter det må være, er der ulike oppfatninger om. I følge Tabachnick og Fidell (2007) bør det være minst 300, men dersom det er høy korrelasjon og få tydelige faktorer, kan et mindre utvalg aksepteres. Dersom det er høye faktorladninger på nøkkelvariabler (større

enn 0,80), kan det være tilstrekkelig med 150 respondenter. Den andre forutsetningen er at det må være et visst antall variabler med visse kjennetegn. Man må ha minst tre variabler for at en faktoranalyse kan gjennomføres. Målenivået til variablene er også avgjørende. Det er bare kontinuerlige variabler som kan brukes. Videre må variablene ha minimum fire verdier (Johannessen, 2009: 167).

Faktoranalyse vil alltid produsere like mange faktorer som det er variabler. De ulike faktorene som finnes, vil alltid rangeres fra størst til minst i deres evne til å trekke ut variasjon fra dataene. Egenverdier brukes for å avgjøre hvor mange faktorer som kan trekkes ut. Summen av alle egenverdiene blir alltid lik det antall variabler som inngår i analysen. I faktoranalyse er det vanlig å sette en grense på egenverdier høyere enn 1. Det ideelle er at den ekstraherte faktoren forklarer 70-80 prosent av variansen (Pallant, 2013: 188).

Rotasjon av faktorene får frem et tydeligere underliggende mønster ved at variablene får høye faktorladninger på én faktor og lavere ladninger på de øvrige faktorene. (Johannssen, 2009: 177).

### **3.6.2 Reliabilitetsanalyse**

Enkeltvariablene som grupperes sammen til en indeks kan i mange tilfeller bli utvalgt på flere ulike måter. Man trenger derfor et mål som kan vise i hvilken grad den indeksen som dannes gir samme inndeling av enhetene som man ville ha fått ved en annen indekskonstruksjon. For å sjekke dette brukes Cronbachs alpha. Denne statistikken forteller hvor godt indeksen vil samsvare med en annen indeks basert på andre enkeltvariabler som måler det samme begrepet. Med andre ord i hvilken grad den aktuelle indeksen gir et generaliserbart måleresultat. Størrelsen på Cronbachs alpha er avhengig av størrelsen på korrelasjonen mellom de enkeltvariablene indeksen er laget av. I tillegg betyr antallet variabler i indeksen også noe for størrelsen. Jo flere variabler som inngår, desto større blir Cronbach alpha-verdien (Skog, 2010: 97).

Pallant (2013: 104) hevder at verdier på Cronbachs alpha på over 0,7 regnes som akseptable, men man anbefaler verdier over 0,8.

### 3.6.3 Variansanalyse

Variansanalyse blir brukt for å teste ulike gjennomsnitt mot hverandre for å se om man kan identifisere forskjeller mellom ulike grupperinger. Variansanalyser baseres på noen generelle forutsetninger. For det første må den avhengige variabelen være målt på intervallnivå, altså være kontinuerlig. Den andre forutsetningen er at man har brukt et tilfeldig utvalg ved datainnsamlingen. Et tredje krav er at observasjonene må være uavhengige av hverandre. Med andre ord forutsettes det at hver enkelt måling ikke er påvirket av andre målinger. Populasjonen som dataene er hentet fra, må være normalfordelt, men med store utvalgsstørrelser (over 30) vil brudd på denne forutsetningen ikke skape noen store problemer. Til slutt forutsettes det at dataene er hentet fra populasjoner med like avvik, at variasjonene på målingene for hver av gruppene er lik (Hamilton, 1992: 295; Pallant, 2013: 213).

Formålet med variansanalyser er å teste hypoteser, og med denne typen analyse er det mulig å trekke feil konklusjon. Det er to forskjellige feil man kan gjøre i statistiske analyser, type 1 feil og type 2 feil. Ved type 1 feil avviser man nullhypotesen når den faktisk stemmer. Dette skjer når man tror at det er en forskjell mellom gruppene, mens det i virkeligheten ikke er forskjell. Mulighet for denne type feil kan reduseres ved å velge et passende signifikansnivå. De to nivåene som ofte brukes er 0,05 og 0,1. Man har med andre ord en viss kontroll for denne type feil, ved at man selv velger sannsynligheten for at denne feilen oppstår. Feil av type 2 oppstår når man ikke klarer å forkaste en falsk nullhypotese. Blant annet vil valg av signifikansnivå påvirke sjansen for å gjøre feil av type 2. Jo strengere signifikansnivå man velger, desto større sannsynlighet er det for type 2 feil. Videre vil utvalgets størrelse også påvirke sannsynligheten for å gjøre denne type feil. Jo større utvalg man har, desto større sjanse for å avdekke faktiske sammenhenger og gruppeforskjeller (Skog, 2010: 207; Pallant, 2013: 215).

Teststyrken er testens evne til å avsløre faktiske sammenhenger og forskjeller. Den er nær knyttet opp mot feil av type 2, med andre ord er teststyrken lik sjansen for at man forkaster falske nullhypoteser. Dette har forbindelse med hvor sterk sammenheng det er mellom gruppene samt utvalgsstørrelsen. Når utvalgsstørrelsen er tilstrekkelig stor (over 100 respondenter), utgjør ikke teststyrken et problem. Det er likevel viktig å tenke gjennom teststyrken og sannsynligheten for å gjøre type 2 feil når man skal teste en nullhypotese (ibid; 215).

### ***T-test***

Prinsippet bak t-tester er å formulere en hypotese, kalt nullhypotese. Denne hypotesen sier at det ikke er differanse i gjennomsnitt mellom populasjonene. Den alternative hypotesen sier at det faktisk er en differanse i gjennomsnitt. Det er alltid nullhypotesen som testes. Dersom man avviser nullhypotesen, konkludere man samtidig at resultatene gir støtte for den alternative hypotesen (Johannessen, 2009: 130; Hamilton, 1992: 82).

En t-test viser om det er en statistisk signifikant forskjell i gjennomsnittlig måling for to grupper. Det finnes noen generelle forutsetninger som må være til stede dersom man skal benytte t-tester. For det første må den avhengige variabelen være målt på minst intervallnivå. Videre forutsettes at resultatet er oppnådd ved bruk av et tilfeldig utvalg av befolkningen. For det tredje skal observasjonene som utgjør datamaterialet, være uavhengig av hverandre. Med andre ord må hver måling ikke bli påvirket av noen annen måling. Det er også en forutsetning at den avhengige variabelen er normalfordelt, men dette er ikke et absolutt krav. I en rekke undersøkelser, spesielt i samfunnsfag, er ikke denne forutsetningen oppfylt. Heldigvis er t-test metoden rimelig robust og tolerant for brudd på denne forutsetningen. Ved store utvalgsstørrelser vil brudd på denne forutsetningen ikke skape store problemer (Pallant, 2013: 247).

### ***Enveis variansanalyse (One-way ANOVA)***

Enveis variansanalyse ligner på t-tester, men den brukes når den uavhengige variabel har tre eller flere kategorier. Den avhengige variabelen er fortsatt kontinuerlig, målt på intervallnivå. Den kalles enveis fordi man bare undersøker virkningen av én uavhengig variabel på den avhengige variabelen (Hair m.fl., 2006: 408).

Testen vil vise om gruppene er forskjellige, men vil ikke fortelle hvor den vesentlige forskjellen er. For å finne ut hvor disse forskjellene mellom gruppene ligger, kan man gjøre en post-hoc test. Denne testen er laget for å beskytte mot sannsynligheten for en type 1 feil (Pallant, 2013: 258).

### 3.6.4 Regresjonsanalyse

Regresjon er analyse av effekten på en avhengig variabel fra én eller flere uavhengige variabler. Det er to mål med regresjon. Det første er å beregne hvilken effekt den eller de uavhengige variablene har på den avhengige variabelen. Det andre målet er å predikere den avhengige variabelen gitt visse nivåer på den eller de uavhengige variablene. Fordelen med regresjonsanalyse er at man kan inkludere flere uavhengige variabler i analysen (Pallant, 2013: 154).

Et sentralt spørsmål i regresjonsanalyse er hvor god modellen er, hvor mye av variasjonen i den avhengige variabelen som forklares av hver enkelt uavhengige variabel. Det kontrolleres dermed for alle variablene samtidig (partielle effekter). Det mest brukte målet på dette er den multiple regresjonskoeffisienten, justert  $R^2$ . Den forteller hvor mye feilgjetingen reduseres ved å bruke regresjonsligningen fremfor bare gjennomsnittsverdien på den avhengige variabelen. Jo høyere justert  $R^2$  er, desto mer forklarer de uavhengige variablene variasjoner i den avhengige variabelen (Skog, 2010: 224).

Det finnes to former for regresjonsanalyse, lineær og logistisk. Ved lineær regresjonsanalyse forutsettes det at den avhengige variabelen har høyt målenivå. Den bør være målt minst på intervallnivå. Dersom variabelen er ikke oppfyller dette kravet anbefales logistisk regresjon. Ved etableringer av begreper basert på «summed scales» vil den nye variabelen ha flere verdialternativer enn de som inngår i de opprinnelige variablene (Johannessen, 2009: 144).

Multipel regresjonsanalyse baseres på en rekke forutsetninger om dataene. For det første må utvalgsstørrelsen være stor nok. Dette skyldes hovedsakelig generaliserbarheten av resultatene. Det finnes ikke noe absolutt minimum, men som regel gjelder det å ha minst 10 respondenter for hver uavhengige variabel som inkluderes i analysen. Flere respondenter er nødvendig dersom den avhengige variabelen er skjevfordelt (Pallant, 2013: 157).

Multikolinearitet referer til forholdet mellom de uavhengige variablene. Dersom de er sterkt korrelert, betegnes det som multikolinearitet, og dette kan skape problemer i regresjonsanalyser. To uavhengige variabler som i stor grad måler det samme begrepet, vil bidra til en kunstig høy forklaringskraft for regresjonsmodellen. Man sjekker for multikolinearitet ved å gjøre korrelasjonsanalyser mellom de uavhengige variablene. Singularitet oppstår når en uavhengig variabel faktisk er en kombinasjon av andre uavhengige variabler (Johannessen, 2009: 158).

Høy korrelasjon mellom forklaringsvariablene betyr at de har en tendens til å opptre samtidig. Det er derimot sjelden man finner svært høye korrelasjoner i samfunnsvitenskapelige sammenhenger. Normalitet betyr at man forutsetter at restleddene skal være normalfordelt. Dette har hovedsakelig betydning for den statistiske hypotesetestingen. Denne forutsetningen sjekkes ved å beregne residualene, estimatene for restleddene, og tegner et histogram over fordelingen. Til slutt bør restleddvariasjonene være uavhengige av hverandre. Ved utvalgsundersøkelser vil denne forutsetningen normalt være oppfylt (Johannessen, 2009: 159; Skog, 2010: 250).

Et spesielt problem ved regresjonsanalyser er uteliggere. Dette er observasjoner som ligger svært langt unna regresjonslinjen i forhold til resten av observasjonene. Slike atypiske observasjoner vil i en regresjonsanalyse få en sterk innvirkning på den estimerte regresjonskoeffisienten. Uteliggere representerer brudd på både normalitets- og homoskedastisetsforutsetningene (Johannessen, 2009: 158).

For å svare på problemstillingen vil jeg benytte multippel lineær regresjonsanalyse. Målenivået til den avhengige variabelen bør aller helst være på intervallnivå, mens målenivåene til de uavhengige variablene er det derimot ingen spesielle krav til. Dersom man skal bruke variabler på nominalnivå, eller ordinalnivå med få verdier, bruker man normalt dummyvariabler. En dummyvariabel er en indikator på om et kjennetegn er til stede eller ikke. Normalt koder man verdiene null og én. Der de observasjonsenheterne som har den aktuelle egenskapen kodes med verdi én, mens de øvrige har verdien null. Når man skal erstatte en variabel med flere enn to verdier med dummyvariabler, må man bruke to eller flere dummyvariabler. Det vil si at det blir en dummyvariabel mindre enn verdien på variabelen (Hair m.fl., 2006: 96).

## 4.0 PRESENTASJON AV VARIABLER

Datasettet består av 49 variabler. Det er fire avhengige variabler som måler ulike sider ved alkoholbruken til respondentene.

Antall forklaringsvariabler (uavhengige variabler) i undersøkelsen er førtiåtte. Disse er inndelt slik; tre demografiske variabler som måler alder, kjønn og sivilstand. Fire variabler som måler økonomi gjennom om respondentene mottar ulike pensjonsformer. To variabler som måler kontakt med helsevesenet gjennom kontakt med fastlege og innleggelse på sykehus. To variabler måler om respondentene røyker eller bruker snus. Tolv av variabler måler om respondentene har opplevd ulike negative livshendelser det siste året.

Til slutt er det tjuefem variabler som måler om respondentene har opplevd ulike plager og problemer de siste 14 dagene. Disse variablene inngår i Hopkins symptom checklist-25 (HSCL-25) som er et screeningverktøy utviklet for å fange opp symptomer på angst og depresjon. Skjemaet er en god indikator på depresjon og psykiske plager (Sandanger m.fl., 1999).

Skjemaet er sammensatt av to deler. De ti første spørsmålene kartlegger angst og de siste 15 kartlegger depresjon. Det er ikke nødvendigvis psykiatriske diagnoser som kartlegges, men indikasjoner på uspesifikke psykosomatiske symptomer og plager. Hver respondent blir scoret på en skala fra 1 (ikke plaget) til 4 (meget plaget). Referanseperioden er normalt den siste måneden (Derogatis m.fl., 1974: 1). Ifølge Sandanger m.fl. (1999) vil en score på  $\geq 1,75$  indikere symptomer på angst eller depresjon.

## 4.1 Avhengige variabler

I datasettet er det fire variabler som måler alkoholbruken til respondentene. Disse fire variablene utgjør de avhengige variablene i undersøkelsen. Tabell 3 gir en oversikt over spørsmål, verdi og målenivå til disse variablene. Variablene er tilordnet symboler som brukes i faktoranalysen.

Tabell 3: Oversikt over avhengige variabler

NAVN	SYMBOL	VERDIER	MÅLENIVÅ
I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du drukket noen form for alkohol?	A1	1 = ingen ganger 2 = 1 gang i mnd. eller sjeldnere 3 = 2-3 ganger i mnd. 4 = 1 gang per uke 5 = 2-3 ganger per uke 6 = 4-5 ganger per uke 7 = 6-7 ganger per uke	Intervall
I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du drukket så mye at følt deg tydelig beruset?	A2	1 = ingen ganger 2 = 1 gang i mnd. eller sjeldnere 3 = 2-3 ganger i mnd. 4 = 1 gang per uke 5 = 2-3 ganger per uke 6 = 4-5 ganger per uke 7 = 6-7 ganger per uke	Intervall
I løpet av de siste 12 månedene, hvor ofte har du drukket 6 drinker eller mer på en kveld?	A3	1 = ingen ganger 2 = 1 gang i mnd. eller sjeldnere 3 = 2-3 ganger i mnd. 4 = 1 gang per uke 5 = 2-3 ganger per uke 6 = 4-5 ganger per uke 7 = 6-7 ganger per uke	Intervall
Hvor mange alkoholenheter drikker du på en «typisk» drikkedag?	A4	1 = 1 eller 2 2 = 3 eller 4 3 = 5 eller 6 4 = 7, 8 eller 9 5 = 10 eller flere	Intervall



## 4.2 Forklaringsvariabler

Datasettet inneholder en rekke uavhengige variabler som brukes i analysene. Tabell 4a viser en oversikt over navn, hvilken hypotese de tilhører, verdier og målenivå på de uavhengige variabler som benyttes i hypotesene, jamfør tabell 1.

Tabell 4a: Oversikt over forklaringsvariabler (uavhengige variabler)

NAVN	VERDIER	MÅLENIVÅ
<b>Hypotese 1</b>		
Kjønn	1 = mann 2 = kvinne	Nominal
<b>Hypotese 2</b>		
Sivilstand	1 = Gift 2 = Samboende 3 = Enslig	Nominal
<b>Hypotese 3</b>		
Mottar AFP eller annen førtidspensjon	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Mottar vanlig alderspensjon	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Mottar etterlattepensjon	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Mottar uførepensjon	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
<b>Hypotese 4</b>		
Legekontakt siste 14 dager	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Innlagt sykehus over natten siste 12 mnd.	1 = Ja 2 = Nei	Nominal

Tabell 4b viser en oversikt over navn, verdier og målenivå på andre forklaringsvariabler som benyttes i analysene.

*Tabell 4b: Oversikt over forklaringsvariabler som benyttes i analysene.*

<b>NAVN</b>	<b>VERDIER</b>	<b>MÅLENIVÅ</b>
Alder		Intervall
Hender det at du røyker	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Bruker du snus daglig, av og til eller aldri	1 = Daglig 2 = Av og til 3 = Aldri	Nominal
Har du selv vært alvorlig syk, utsatt for skade eller overfall?	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk, utsatt for skade eller overfall?	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Har foreldre, partner eller barn avgått ved døden?	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Har en annen slektning eller nær venn avgått ved døden?	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Har du blitt separert på grunn av problemer i ekteskapet/samboerskapet?	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Har du brutt et langvarig vennskap eller forhold?	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Hatt et alvorlig problem m/ nær venn, nabo eller slektning	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Blitt arbeidsledig, eller søkt forgjeves etter ny jobb i mer enn en måned?	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Avskjediget fra din jobb?	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Har du hatt alvorlig økonomiske problemer?	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Har du hatt problemer med politiet og blitt fremstilt for retten?	1 = Ja 2 = Nei	Nominal
Har du mistet eller blitt frastjålet noe du satte pris på?	1 = Ja 2 = Nei	Nominal

Tabell 4c viser en oversikt over variablene som inngår i Hopkins symptom checklist-25 (HSCL-25). Verdiene til variablene er: 1 (ikke plaget), 2 (litt plaget), 3 (ganske mye plaget) og 4 (veldig mye plaget). Det legges til grunn at variablene er målt på intervallnivå. Variablene er gitt symboler som brukes i faktoranalysene.

*Tabell 4c: Oversikt over forklaringsvariabler som måler plager og problemer de siste 14 dagene.*

NAVN	SYMBOL
Hodepine	Y1
Skjelving	Y2
Matthet eller svimmelhet	Y3
Nervøsitet eller indre uro	Y4
Plutselig frykt uten grunn	Y5
Stadig redd eller engstelig	Y6
Hjertebank	Y7
Følelse av å være anspent	Y8
Anfall av angst eller panikk	Y9
Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille	Y10
Mangel på energi	Y11
Lett for å klandre deg selv	Y12
Lett for å gråte	Y13
Tanker om å ta ditt liv	Y14
Dårlig matlyst	Y15
Søvnproblemer	Y16
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	Y17
Nedtrykt, tungsindig	Y18
Følelse av ensomhet	Y19
Tap av seksuell lyst og interesse	Y20
Følelse av å vært lurt i en felle eller fanget	Y21
Mye bekymret eller urolig	Y22
Uten interesse for noe	Y23
Følelse av at alt er et slit	Y24
Følelse av å være unyttig	Y25

## **5.0 ANALYSER OG RESULTATER**

Det er naturlig at de statistiske analysene starter med deskriptiv statistikk. Deretter kommer noen begrepsavklaringer hvor det blir brukt faktoranalyse for å redusere antall variabler. Det blir laget indekser av de fire avhengige variablene og variablene som måler psykisk helse (Hopkins Symptoms Checklist-25).

Deretter blir de to første hypotesene testet ved variansanalyser (t-tester og enveis variansanalyser). Til slutt blir problemstillingene besvart og hypotesene testet ved lineære regresjoner.

### **5.1 Deskriptiv statistikk**

Univariate analyser er den enkleste formen for statistisk analyse. Man undersøker da hvordan utvalget fordeler seg i forhold til én variabel. Dette gjøres normalt for å skaffe seg en oversikt over datasettet ved å se hvordan respondentene fordeler seg på hver enkelt variabel. Andre bruksområder er å sjekke variablene i datasettet for eventuelle brudd på forutsetninger for bruk valgte statistiske analyser (Pallant, 2013: 55).

Hvordan data analyseres og hvilke statistiske metoder som brukes, avhenger av den enkelte variabls målenivå. Man skiller da ofte mellom kontinuerlige og kategoriske variabler (Johannessen, 2009: 73).

#### **5.1.1 Kontinuerlige variabler**

Kontinuerlige variabler har mange verdier, og man bruker derfor ulike statistiske mål for å analysere dem. Disse statistiske målene blir delt inn i fire grupper; mål for sentraltendens (det typiske), mål for spredning (variasjon), skjevhet og kurtose. Innenfor sentraltendens brukes gjennomsnitt som beregnes ved å summere alle verdiene, og totalsummen deles på antall verdier. For å måle spredning brukes vanligvis standardavvik, minimum og maksimum. Standardavviket viser i hvilken grad enhetene avviker fra gjennomsnittet. Et lavt standardavvik tyder på at respondentene konsentrerer seg rundt gjennomsnittet. Minimum og maksimum viser variasjonsbredden i fordelingen (Johannessen, 2009: 83).

Skjevhetsverdien gir en indikasjon på symmetrien til fordelingen. Positiv skjevhetsverdi tyder på at enhetene «klynger» seg til venstre i grafen med lave verdier, mens en negativ verdi indikerer at de samler seg på høyre side med høye verdier. Kurtose gir informasjon om «spissingen» i fordelingen. En positiv kurtoseverdi tyder på at fordelingen er «spisset», samlet i midten. Kurtoseverdier under 0 tyder på at man har mange enheter med ekstremverdier. Dersom fordelingen er helt normalfordelt vil både skjevhets- og kurtoseverdiene være 0 (Pallant, 2013: 59).

### ***Avhengige variabler***

I datasettet blir det brukt fire ulike variabler for å måle respondentenes alkoholbruk det siste året. Det legges til grunn at disse variablene er målt på intervallnivå, jamfør tabell 2.

- A1: hvor ofte har du drukket noen form for alkohol?
- A2: hvor ofte har du drukket så mye at følt deg tydelig beruset?
- A3: hvor ofte har du drukket 6 drinker eller mer på en kveld?
- A4: Hvor mange alkoholenheter drikker du på en «typisk» drikkedag?

Tabell 5 viser fordeling av respondenter på de fire alkoholvariablene. For variabel A1 er gjennomsnittet er 3,2. Dette indikere at respondentene gjennomsnittlig har drukket alkohol 2-3 ganger i måneden, jamfør tabell 3. Standardavviket er 1,5. Variansbredden er fra 1 til 7. Skjevheten ligger nært null og viser dermed en tilnærmet normalfordeling. Verdien er positiv og viser dermed en positiv skjevhet. Dette tyder på at respondentene «klynger» seg på venstre side i grafen. Kurtoseverdien tyder på at fordelingen er noe «flat» og at man har noen verdier som ligger i ytterkantene.

*Tabell 5: Fordeling av respondenter på alkoholvariabler.*

	<b>N</b>	<b>Gj. Snitt</b>	<b>Std. Avvik</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>Skjevhet</b>	<b>Kurtose</b>
A1	4450	3.20	1.50	1	7	0.42	-0.54
A2	4407	1.70	0.90	1	7	1.63	2.72
A3	4395	1.70	1.04	1	7	1.72	3.04
A4	3775	2.20	1.21	1	5	0.81	-0.43

Variablene A2 og A3 måler alkoholbruk som fører til tydelig beruselse. Begge variablene har et gjennomsnitt på rundt 1,7. Dette betyr 1 gang i måneden eller sjeldnere, jamfør tabell 3. Standardavviket ligger på omtrent 1, noe som tyder på at respondentene fordeler seg rundt gjennomsnittet. Variansbredden er fra 1 til 7. Skjevheten er på nesten 2 for begge variablene. Kurtoseverdiene ligger rundt 3 med positiv verdi, og viser dermed at fordelingen er «spisset», samlet i midten med lange tynne «haler» i grafen.

For variabel A4 er gjennomsnittet rundt 2. Dette indikerer et alkoholbruk på 3 eller 4 alkoholenheter per drikkegang, jamfør tabell 2. Standardavviket er rundt 1, og det vurderes at respondentene samler seg rundt gjennomsnittet. Skjevheten ligger på nesten 1 med positiv verdi. Dette betyr at respondentene samler seg på venstre side i grafen. Kurtoseverdien er rundt 0 med negativ ladning. Dette tyder på at man har noen respondenter med ekstremverdier.

### ***Alder***

Tabell 6 viser hvordan respondentene fordeler seg ut ifra eksakt alder på datainnsamlingstidspunktet. Gjennomsnittlig alder er omtrent 46 år. Dette viser at det er en overvekt av respondenter som er under 65 år. Standardavviket er 18, noe som er forventet ved at respondentene ikke er samlet rundt gjennomsnittet. Videre ser man at variansbredden er fra 15 til 97 år.

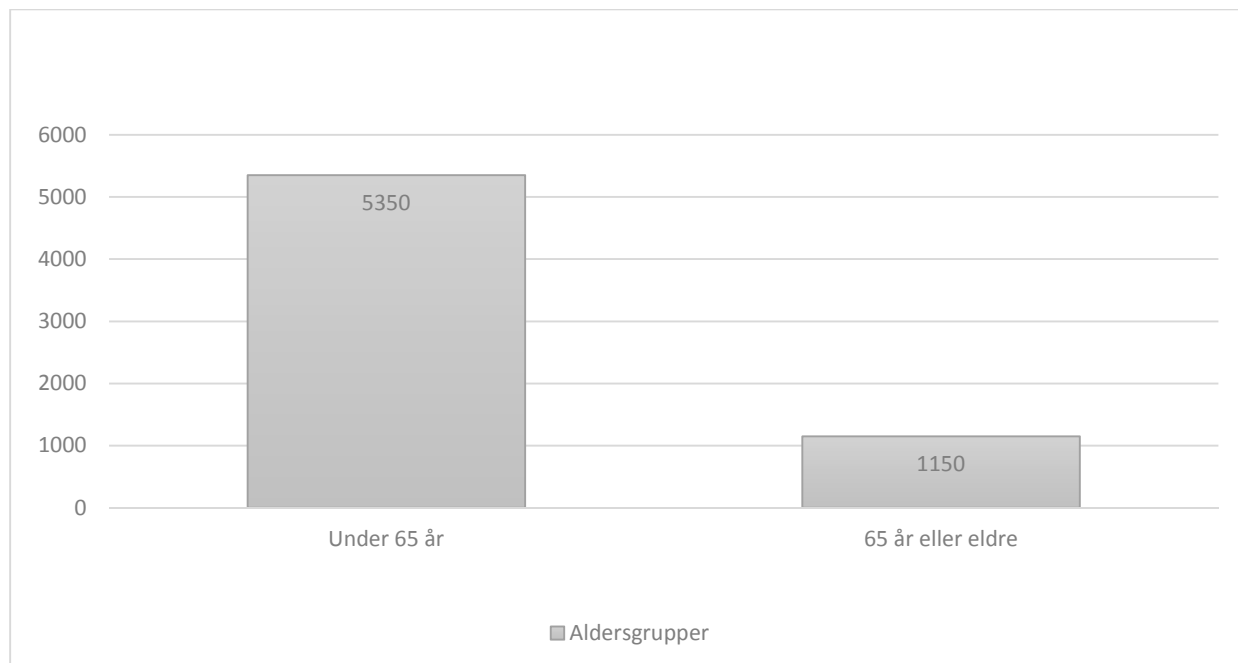
Skjevheten er rundt 0 med positiv verdi. Dette indikerer at respondentene «klynger» seg til venstre med lave verdier. Dette kan tyde på at der en hoveddel av yngre respondenter. Kurtoseverdien er også rundt 0, men med negativ verdi. Dette tyder på at man det er noen ekstreme verdier i utvalget. Dette kan være at man har et par respondenter som er i den aller yngste (rundt 15 år) og i den aller eldste (rundt 90 år).

*Tabell 6: Fordeling av respondenter etter eksakt alder.*

	<b>N</b>	<b>Gj. Snitt</b>	<b>Media n</b>	<b>Modus</b>	<b>Std. Avvik</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks</b>	<b>Skjevhet</b>	<b>Kurtose</b>
<b>Eksakt Alder</b>	6465	46,48	45,00	42	18,22	15	97	0,232	-0,718

### ***Aldersgrupper:***

For å besvare problemstillingene i denne studien, er respondentenes alder delt inn i to grupper; under 65 år og 65 år eller eldre. Figur 6 viser hvordan fordelingen av respondenter er på de to ulike aldersgruppene. Den yngste aldersgruppen har omtrent 5000 responenter, mens den eldste har i overkant av 1000 respondenter. Det er med andre ord en forholdsvis stor forskjell i størrelsen på de to aldersgruppene ved at den yngste aldersgruppen er nesten fem ganger større enn den eldste.



*Figur 6: Fordeling av respondenter innenfor aldersgruppene: under 65 år og 65 år eller eldre (N = 6465).*

## Psykisk helse

I datasettet er det 25 variabler som måler psykisk helse. Variablene måler ulike sider ved plager og problemer som respondentene har vært utsatt for i løpet av de siste 14 dagene. Variansbredden er fra 1 («ikke plaget») til 4 («veldig mye plaget»). Det legges til grunn at variablene er målt på intervallnivå, jamfør tabell 4c. Tabell 7 viser hvordan respondentene fordeler seg på de ulike variablene.

Tabell 7: Fordeling av respondenter med hensyn til plager- og problemer

	N	Gj. Snitt	Std. Avvik	Skjevhet	Kurtose
Hodepine	4389	1.55	0.73	1.27	1.30
Skjelving	4349	1.13	0.41	3.72	16.02
Matthet eller svimmelhet	4350	1.38	0.61	1.56	2.30
Nervøsitet eller indre uro	4375	1.44	0.67	1,52	2.09
Plutselig frykt uten grunn	4386	1.14	0.43	3.57	14.62
Stadig redd eller engstelig	4370	1.16	0.46	3.24	11.72
Hjertebank	4377	1.20	0.50	2.43	6.60
Følelse av å være anspent	4366	1.48	0.65	1.27	1.53
Anfall av angst eller panikk	4382	1.11	0.39	4.03	18.31
Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille	4391	1.27	0.55	2.17	4.96
Mangel på energi	4394	1.63	0.74	1.10	1.01
Lett for å klandre deg selv	4370	1.50	0,69	1.33	1.53
Lett for å gråte	4390	1.31	0.59	2.09	4.44
Tanker om å ta ditt liv	4389	1.06	0.28	6.02	42.99
Dårlig matlyst	4389	1.17	0.46	3.13	11.11
Søvnproblemer	4379	1.57	0.76	1.32	1.34
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	4382	1.32	0.62	2.18	4.86
Nedtrykt, tungsindig	4383	1.30	0.58	2.01	4.08
Følelse av ensomhet	4388	1.32	0.61	2.06	4.39
Tap av seksuell lyst og interesse	4344	1.47	0.74	1.60	2.17
Følelse av å være lur i en felle eller fanget	4387	1.11	0.40	4.04	17.98
Mye bekymret eller urolig	4387	1.40	0.63	1.60	2.46
Uten interesse for noe	4390	1.17	0.47	3.25	11.74
Følelse av at alt er et slit	4393	1.38	0.65	1.81	3.30
Følelse av å være unyttig	4395	1.22	0.56	2.85	8.59

Alle variablene har et stort antall respondenter, over 4000. Gjennomsnittsverdiene er alle rundt 1. Dette indikerer at hoveddelen av respondentene ikke har vært plaget. For problemene «hodepine», «følelse av å være anspent», «mangel på energi», «lett for å klandre deg selv» og «søvnproblemer» ligger gjennomsnittet rundt 1,50 eller høyere.



Det er med andre ord disse problemene flest respondenter har opplevd. Høyest gjennomsnitt har «mangel på energi» og lavest er «tanker om å ta ditt liv». Det sistnevnte kan skyldes at dette spørsmålet kan oppleves svært følsomt og tabubelagt tema. Dette kan igjen ha ført til en underrapportering av problemet.

Standardavviket til alle variablene ligger i nærheten av 0. Dette som tyder på at respondentene konsentrerer seg rundt gjennomsnittene. Skjevhetsverdiene veksler mellom 1,1 til 6, alle med positive verdier. Respondentene samler seg til venstre med lave verdier. Dette indikerer at det er få respondenter som har svart «veldig mye plaget». Alle kurtoseverdiene er positive verdier. Dette tyder på at fordelingen er «spisset», og respondentene er samlet mot midten. Det er dermed få ekstremverdier.

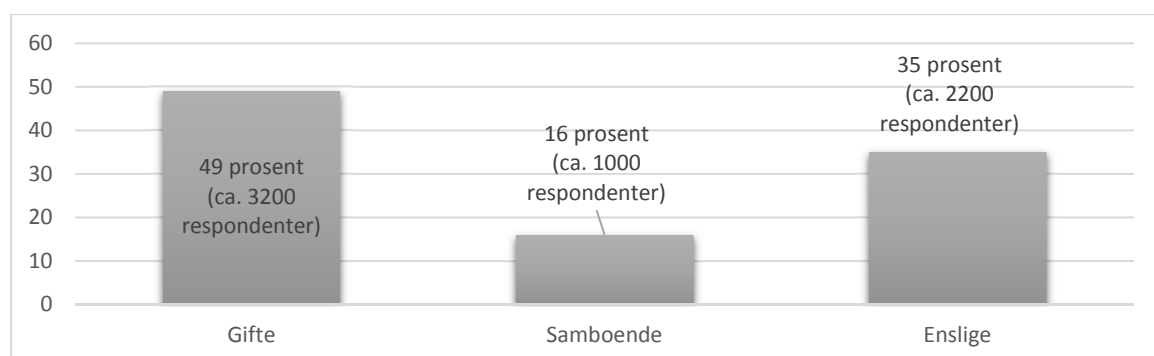
### 5.1.2 Kategoriske variabler

Kategoriske variabler består av verdier som ikke kan rangeres. Slike variabler blir analysert og fremstilt ved hjelp av frekvenstabeller eller grafiske figurer. Fordi måling av samfunnsmessige fenomener normalt er beheftet med mye usikkerhet, bruker man normalt ikke desimaler i presentasjonen av frekvenstabeller (Johannessen m.fl., 2006: 238).

#### *Kjønn og sivilstand*

Kjønnsfordelingen i utvalget er tilnærmet lik med 51 prosent kvinnelige og 49 prosent mannlige respondenter. Antall respondenter er 6465.

Figur 7 viser at omtrent halvparten av respondentene er gift. Andel samboende er lavest. Litt over en tredjedel av respondentene er i kategorien «enslige». Det er med andre ord en overvekt av respondenter som lever i et parforhold.



Figur 7: Fordeling i prosent av respondenter på de ulike sivilstand kategoriene (N = 6465).

### ***Økonomi (pensjon)***

I datasettet er det fire variabler som måler om respondentene mottar pensjon, jamfør tabell 4a. Tabell 8 viser at andelen av respondenter som mottar pensjon, er vesentlig lavere enn de som ikke mottar pensjon. Dette kan skyldes at den eldste aldersgruppen er mye mindre enn den yngste, og det er blant de eldste respondentene man vil forvente å finne flest respondenter som mottar pensjon. Andelen som mottar vanlig alderspensjon, er noe høyere enn andelen som mottar de andre pensjonstypene. Omtrent 500 respondenter mottar uførepensjon.

*Tabell 8: Frekvenstabell for pensjonsvariabler*

<b>Pensjonstype</b>	<b>Svar</b>	<b>Frekvens</b>
Mottar AFP eller annen førtidspensjon (N = 6463)	Ja	3 %
	Nei	97 %
Mottar vanlig alderspensjon (N = 6463)	Ja	15 %
	Nei	85 %
Mottar etterlattepensjon (N = 6465)	Ja	1 %
	Nei	99 %
Mottar uførepensjon (N = 6465)	Ja	8 %
	Nei	92 %

### ***Kontakt med helsevesenet***

Det brukes to variabler for å måle respondentenes kontakt med helsevesenet. Det er rundt 6500 respondenter på begge variablene. En overvekt av respondentene som svarte at de ikke har hatt kontakt med helsevesenet. Bare 18 prosent av respondentene svarte at de har hatt legekontakt de siste 14 dager. Ti prosent av respondentene har vært innlagt på sykehus i løpet av det siste året.

### ***Røyking og snusbruk***

Det brukes to variabler for å måle røyking og snusbruk. Det er rundt 6500 respondenter på begge variablene. Omtrent en tredjedel (29 prosent) av respondentene svarte at de røyker. Når det gjelder snusbruk svarte hoveddelen av respondentene at de aldri bruker snus. Bare rundt ti prosent av respondentene bruker snus daglig eller av og til.

### *Livshendelser siste året*

Det er brukt 12 forskjellige variabler for å måle negative livshendelser det siste året. Tabell 9 viser en oversikt over disse variablene.

*Tabell 9: Frekvenstabell for variabler som omhandler livshendelser det siste året.*

Utsatt for en alvorlig fysisk sykdom, skade eller overfall (N = 4437)	Ja	7 %
	Nei	93 %
En av dine nærmeste har vært alvorlig syk, skadet eller overfalt (N = 4405)	Ja	20 %
	Nei	80 %
Nær slektning avgått ved døden (N = 4403)	Ja	6 %
	Nei	94 %
Annen slektning eller nær venn avgått ved døden (N = 4406)	Ja	23 %
	Nei	77 %
Blitt separert på grunn av problemer i ekteskap/samboerskap (N = 4407)	Ja	3 %
	Nei	97 %
Brutt et langvarig vennskap/forhold (N = 4402)	Ja	6 %
	Nei	94 %
Hatt alvorlig problem med nær venn, nabo eller slektning (N = 4406)	Ja	9 %
	Nei	91 %
Blitt arbeidsledig/søkt forgjeves etter ny jobb i mer enn en måned (N = 4406)	Ja	4 %
	Nei	96 %
Blitt avskjediget fra din jobb (N = 4433)	Ja	2 %
	Nei	98 %
Hatt alvorlig økonomiske problemer (N = 4409)	Ja	5 %
	Nei	95 %
Hatt problemer med politiet og blitt fremstilt for retten (N = 4410)	Ja	1 %
	Nei	99 %
Noe du satte pris på er mistet/blitt stjålet (N = 4401)	Ja	5 %
	Nei	95 %

På spørsmålene «en av dine nærmeste har vært alvorlig syk, skadet eller overfalt» og «annen slektning eller nær venn avgått ved døden», svarte omtrent en femtedel at de har opplevd denne hendelsen.

Omtrent 130 respondenter har blitt separert på grunn av problemer i ekte- eller samboerskapet. Ellers har rundt 15 prosent av respondentene opplevd sosiale problemer ved å enten ha brutt et langvarig forhold/vennskap eller hatt alvorlig problem med nær venn, nabo eller slektning. Når det gjelder arbeidsrelaterte problemer, har om lag to prosent av respondentene blitt avskjediget

fra sin jobb i løpet av det siste året. Videre svarte fire prosent at de har blitt arbeidsledig eller har søkt forgiveves etter ny jobb i mer enn en måned.

En overvekt av respondentene har ikke opplevd negative livshendelser det siste året. Det er med andre ord en stor skjevfordeling på spørsmålene. Til tross for at det er et stort antall respondenter på alle spørsmålene, kan skjevfordelingen føre til at et fåtall respondenter gir store utslag i analysene. Dette gjelder spesielt i den eldste aldersgruppen som har færre respondenter enn den yngste aldersgruppen. For å redusere risikoen for dette lages det derfor en additiv indeks av de tolv variablene. Dette resultere i at man taper informasjon om effekten til enkeltvariablene, men på grunn av skjevfordelingen må dette gjøres.

Tabell 10 viser frekvensfordelingen på indeksen «negative livshendelser». Indeksen er inndelt i fire kategorier. Omtrent halvparten av respondentene har ikke opplevd noen negative livshendelser. Rundt en tredel har opplevd én negativ livshendelse.

*Tabell 10: Oversikt over fordeling av respondenter på negative livshendelser (indeks)  
(Total N = 4326)*

NAVN	FREKVENS	PROSENT
Ingen negative livshendelser	2132	49
Én negativ livshendelse	1240	29
To negative livshendelser	575	13
Tre eller flere negative livshendelser	379	9

## 5.2 Begrepsavklaringer

Bekreftende faktoranalyser brukes for å avdekke om spørsmål henger sammen på en slik måte at de danner et begrep. Hvis så er tilfelle, gjennomføres reliabilitetsanalyser. Ved positive utfall også her, etableres et nytt begrep, vanligvis som gjennomsnittet av verdien på variablene som inngår i begrepet «summated scales» (Hair m.fl., 2006:102).

Det gjøres først en faktoranalyse av de fire avhengige variablene. Deretter følger en analyse av variablene som inngår settet «plager og problemer» (Hopkins Symptoms Checklist-25).

### 5.2.1 «Risikofylt alkoholbruk»

Fire spørsmål (variabler) måler alkoholbruk, jfr. tabell 2. For disse fire spørsmålene ble det gjennomført en bekreftende faktoranalyse. Vedlegg A viser de viktigste resultatene i SPSS-utskriften.

- A1: hvor ofte har du drukket noen form for alkohol?
- A2: hvor ofte har du drukket så mye at følt deg tydelig beruset?
- A3: hvor ofte har du drukket 6 drinker eller mer på en kveld?
- A4: Hvor mange alkoholenheter drikker du på en «typisk» drikkedag?

Resultatene av faktoranalysen viser at Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) verdien er 0,7. Dette er høyere enn anbefalt nivå 0,6. KMO undersøker partielle korrelasjoner kontrollert for de andre variablene, og er et mål for utvalgstilstrekkelighet. Bartlett's sfæretest er signifikant på 0,05-nivået. Bartlett's sfæretest tester en nullhypotese om at korrelasjonene i korrelasjonsmatrisen kunne ha kommet fra en populasjon hvor samtlige korrelasjoner er lik null. Man ønsker å forkaste denne nullhypotesen for å fortsette faktoranalysen (Pallant, 2013). De fleste korrelasjonskoeffisientene er over 0,3. Bare korrelasjonen mellom variablene A1 og A4 er under 0,3.

Kommunaliteten viser hvor stor del av variansen i den enkelte variabel som den uttrukne faktoren bidrar til å forklare. Faktoren forklarer størst varians i variablene A2 og A3. Dette betyr at disse to variablene har størst «plass» i begrepet som etableres.

Prinsippal komponent analysen viste én komponent med egenverdi over 1. Den ekstraherte faktoren forklarer 61,54 % av variansen. Faktorladningene kan ikke roteres fordi det bare ble trukket ut én faktor.

#### *Reliabilitetsanalyse*

Reliabilitet i faktoranalyser sjekkes ved å bruke verdien på Cronbachs alfa. I følge Pallant (2013: 104) bør denne verdien overstige 0,7 for at man skal betegne indeksen som reliabel. «Risikofylt alkoholbruk» oppnår en Cronbachs alfa på 0,85. Man kan derfor konkludere med at denne faktoren er reliabel. Reliabilitetsanalysen viser at Cronbachs alfa øke til 0,9 dersom variabel A1 fjernes. Det velges likevel ikke å gjøre noen endringer. Dette skyldes hovedsakelig at Cronbachs alfa er over anbefalt nivå.

Resultatet av faktoranalysen fører til at begrepet «risikofylt alkoholbruk» produseres. Dette gjøres ved å slå sammen de fire variablene. Det benyttes «summed scale» for å lage variabelen. De fire variablene ble lagt sammen og delt på antall variabler, fire. Denne fremgangsmåten gjør det enkelt å etterprøve beregningene. Navnet til begrepet forklares med at variablene A2 og A3 har størst plass i begrepet. Disse variablene måler alkoholbruk som fører til tydelig beruselse.

Tabell 11 viser deskriptiv statistikk for det nye begrepet «risikofylt alkoholbruk». Gjennomsnittet ligger rundt 2. Standardavviket ligger rundt 1. Variansbredden er fra 1 til 7. Skjevhetsverdien er rundt 0 med positive verdi. Dette indikerer at respondentene «klynger» seg til venstre i grafen med lave verdier. Kurtoseverdien er også rundt 0 med positiv verdi. Dette tyder på at fordelingen er «spisset» ved at enhetene samler seg i midten av grafen.

*Tabell 11: Deskriptiv statistikk for begrepet «risikofylt alkoholbruk»*

	N	Gj. Snitt	Std. Avvik	Min.	Maks.	Skjevhet	Kurtose
Risikofylt alkoholbruk	3723	2,33	0,848	1	7	0,898	0,732

## **Psykisk helse (plager og problemer)**

Tjuefem spørsmål (variabler) måler to aspekter ved psykisk helse, jfr. tabell 3c. For disse 25 spørsmålene ble det gjennomført to bekreftende faktoranalyser. Utgangspunktet for faktoranalysene er teorien om skjemaet. Faktoranalysen deles inn i to deler. Den første delen inneholder de første ti variablene («angst»), og den andre inneholder de siste femten («depresjon»). Vedlegg B og C viser de viktigste resultatene i SPSS-utskriften.

### **5.2.2 «Angst»**

Resultatet av innledende faktoranalyse ga to komponenter med egenverdi over 1. Etter vurdering av resultater (korrelasjonsmatrisen, faktorladninger og så videre) og endring av Cronbachs alfa dersom variabel «hodepine» trekkes ut, blir det gjennomført en ny faktoranalyse der denne variabelen er tatt vekk. Kaiser-Meyer-Olkin verdien ble da 0,89. Bartlett's sfæretest

er signifikant på 0,05-nivået. Én komponent med egenverdi over 1 ble trukket ut. Denne faktoren forklarer rundt 45 prosent av variansen. Faktormatrisen viser at nesten alle variablene har faktorladningene som er over 0,5.

### ***Reliabilitetsanalyse***

Begrepet «angst» oppnår en Cronbachs alfa på 0,83. Dette er over anbefalt nivå. Man kan derfor konkludere med at denne faktoren er reliabel. Reliabilitetsanalysen viser at Cronbachs alfa ikke vil endre seg positivt dersom man tar vekk enkeltvariabler.

Resultatet av faktoranalysen fører til at begrepet «angst» etableres. Dette gjøres ved å slå sammen de ni variablene. Det benyttes «summated scale» for å produsere variabelen. De ni variablene ble lagt sammen og delt på antall variabler, ni. Denne fremgangsmåten gjør det enkelt å etterprøve beregningene.

Tabell 12 viser deskriptiv statistikk for det nye begrepet «angst». Gjennomsnittet ligger på rundt 1.3. Standardavviket ligger rundt 0. Skjevhetsverdien er om lag 2,5 med positive verdi, noe som indikerer at enhetene «klynger» seg til venstre i grafen med lave verdier. Kurtoseverdien har også positiv verdi, noe som indikerer at fordelingen er «spisset» ved at respondentene samler seg i midten av grafen.

*Tabell 12: Deskriptiv statistikk for begrepet «angst»*

	<b>N</b>	<b>Gj.snitt</b>	<b>Std. Avvik</b>	<b>Skjevhet</b>	<b>Kurtose</b>
<b>«Angst»</b>	4195	1.25	0.34	2.50	8.99

### 5.2.3 «Depresjon»

Resultatene av faktoranalysen viser at Kaiser-Meyer-Olkin verdien er 0,95. Dette er høyere enn kravet på 0,6. Bartletts sfæretest er signifikant på 0,05-nivået. Én komponent med egenverdi over 1 ble trukket ut. Denne faktoren forklarer rundt 42 prosent av variansen. Faktormatrisen viser at nesten alle variablene har faktorladningene som er over 0,5.

#### *Relabilitetsanalyse*

«Depresjon» oppnår en Cronbachs alfa på 0,89. Dette er over anbefalt nivå. Man kan derfor konkludere med denne faktoren er reliabel. Reliabilitetsanalysen viser at det ikke vil føre til noen endringer av Cronbachs alfa dersom man trekker ut noen enkeltvariabler.

Resultatet av faktoranalysen fører til at begrepet «depresjon» produseres. Dette gjøres ved å slå sammen de femten variablene. Det benyttes «summated scale» for å produsere begrepet. De femten variablene legges sammen og deles på antall variabler, femten. Denne fremgangsmåten gjør det enkelt å etterprøve beregningene.

Tabell 13 viser deskriptiv statistikk for det nye begrepet «depresjon». Gjennomsnittet er rundt 1,3. Variansbredden er fra 1 til 4. Standardavviket ligger rundt 0. Skjevhetsverdien er rundt 2,1 med positiv verdi. Dette indikerer at respondentene «klynger» seg til venstre i grafen med lave verdier. Kurtoseverdien er rundt 6 med positiv verdi. Dette tyder på at fordelingen er «spisset» ved at respondentene samler seg i midten av grafen.

*Tabell 13: Deskriptiv statistikk for begrepet «depresjon»*

	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>	<b>Gj.snitt</b>	<b>Std. Avvik</b>	<b>Skjevhet</b>	<b>Kurtose</b>
<b>Depresjon</b>	4210	1	4	1.32	0.38	2.14	5.98



### 5.3 Er der forskjeller mellom menn og kvinner med hensyn til risikofylt alkoholbruk?

Studiens første problemstilling fokuserer på kjønnsforskjeller med hensyn til risikofylt alkoholbruk. Hypotese 1 er som følger: det er en sammenheng mellom alkoholbruk og kjønn ved at menn har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn kvinner.

For å teste denne hypotesen benyttes det t-tester. Datasettet blir delt slik at man først får en t-test for respondenter under 65 år, og deretter en t-test for respondenter som er 65 år eller eldre.

#### *Deskriptiv statistikk*

Tabell 14 viser deskriptiv statistikk når den avhengige variabelen (risikofylt alkoholforbruk) blir fordelt på kjønn.

*Tabell 14: Deskriptiv statistikk – risikofylt alkoholbruk fordelt på kjønn*

<b>Respondenter under 65 år</b>				
<i>Kjønn</i>		<i>N</i>	<i>Gjennomsnitt</i>	<i>Standardavvik</i>
Mann	Risikofylt alkoholbruk	1517	2.69	0.90
Kvinne	Risikofylt alkoholbruk	1682	2.13	0.72
<b>Respondenter 65 år og eldre</b>				
<i>Kjønn</i>		<i>N</i>	<i>Gjennomsnitt</i>	<i>Standardavvik</i>
Mann	Risikofylt alkoholbruk	311	2.04	0.69
Kvinne	Risikofylt alkoholbruk	213	1.82	0.57

*Respondenter under 65 år:* Gjennomsnittet er 2,69 for menn, og 2,13 for kvinner. Standardavviket er 0,90 for menn, og 0,72 for kvinner.

*Respondenter 65 år og eldre:* Gjennomsnittet til menn er 2,04, og 1,82 for kvinner. Gjennomsnittet til begge kjønn er lavere enn hos den yngste aldersgruppen. Standardavviket er 0,69 for menn og 0,57 for kvinner.

## T-tester

Tabell 15 viser resultatet av t-testen hvor man sammenligner gjennomsnittet i den avhengige variabelen (risikofylt alkoholbruk), for gjennomsnittet i de to kjønnskategoriene. Det er ulike tester basert på om variansene er like eller ulike for menn og kvinner med hensyn til den aktuelle variabelen (Pallant, 2013: 250).

Tabell 15: T-test risikofylt alkoholbruk, kjønn

<b>Respondenter under 65 år</b>								
		Levene's test for likhet i avvik		T-test for likhet i gjennomsnitt				
		F	Sig.	t	Df.	Sig. (2-tailed)	Gj. snitt forskjell	Std. avvik forskjell
Risikofylt alkoholbruk	Like avvik antatt	64.22	0.001	19.54	3197	0.001	0.56	0.29
	Like avvik ikke antatt			19.33	2904	0.001	0.56	0.29
<b>Respondenter 65 år og eldre</b>								
Risikofylt alkoholbruk	Like avvik antatt	7.19	0.001	3.89	522	0.001	0.22	0.57
	Like avvik ikke antatt			4.03	504	0.001	0.22	0.55

*Respondenter under 65 år:* Tallet under Sig. er her mindre enn 0,05, og man forutsetter at variansen mellom gruppene ikke er lik. Følgelig brukes tallene i den nederste raden. Sig- (2-tailed) viser at det er under 5 prosent sannsynlighet for å avvise en riktig nullhypotese. Det er med andre ord en statistisk signifikant forskjell på 0,001-nivået, og det er svært lite sannsynlig at en riktig nullhypotese forkastes. Resultatet støtter den alternative hypotesen. Det er forskjell i risikofylt alkoholbruk mellom menn og kvinner under 65 år.

*Respondenter 65 år og eldre:* Sig- (2-tailed) viser at det er under 5 prosent sannsynlighet for å avvise en riktig nullhypotese. Det er med andre ord en statistisk signifikant forskjell på 0,001-nivået, og det er svært lite sannsynlig at vi forkaster en riktig nullhypotese. Resultatet støtter den alternative hypotesen. Det er forskjell i risikofylt alkoholbruk mellom menn og kvinner som er 65 år eller eldre.

### ***Reliabilitetsanalyse (effektstørrelse)***

Effektstørrelse gir en indikasjon på omfanget av forskjellen mellom gruppene, ikke bare om forskjellen kunne ha skjedd ved en tilfeldighet. Den mest brukte effektstørrelse målet er  $Eta^2$ . Det representerer den andelen av variasjonen i den avhengige variabelen som forklares av den uavhengige variabelen. Størrelsen på  $Eta^2$  varierer fra 0 til 1. Retningslinjene for å tolke denne verdien er: 0,01 = mindre effekt, 0,06 = moderat effekt og 0,14 = stor effekt (Pallant, 2013).

*Respondenter under 65 år:*  $Eta^2$  størrelsen er 0,10. Effektstørrelsen for variansen er altså moderat til stor på rundt 10 prosent.

*Respondenter 65 år og eldre:*  $Eta^2$  størrelsen er 0,03. Effektstørrelsen for variansen er altså liten til moderat på rundt 3 prosent.

Resultatene av t-testene viser at det er større sannsynlighet for at menn har et risikofylt alkoholbruk enn kvinner. Dette gjelder for begge aldersgruppene. Med andre ord støttes hypotese 1. Effektstørrelsen er større i den yngre aldersgruppen sammenlignet med den eldste.

Dette er en innledende test. Hypotesen tas igjen i regresjonsanalysene der det kontrolleres for alle andre forklaringsvariabler som inngår i studien.

## 5.4 Er det noen sammenhenger mellom risikofylt alkoholbruk og sivilstand?

Det benyttes enveis variansanalyser for å svare på problemstillingen og teste hypotese 2, jamfør tabell 1. Enveis variansanalyse benyttes her for å undersøke variansen i risikofylt alkoholbruk mellom tre ulike sivilstand (gift, samboende og enslig). Dersom det er flere enn to verdier på den uavhengige variabelen, anvendes enveis variansanalyse. Denne analysemetoden vil vise om det er signifikante forskjeller i gjennomsnittlige verdier på den avhengige variabelen på verdiene til den uavhengige variabelen (Pallant, 2013: 258).

Datasettet ble delt opp slik at man får en enveis variansanalyse for respondenter under 65 år, og deretter en for respondenter som er 65 år eller eldre.

### *Deskriptiv statistikk*

Tabell 16 viser deskriptiv statistikk når den avhengige variabelen (risikofylt alkoholforbruk) er fordelt på sivilstand.

*Tabell 16: deskriptiv statistikk – risikofylt alkoholbruk fordelt på sivilstand*

<b>Respondenter under 65 år</b>				
Sivilstand		N	Gjennomsnitt	Standardavvik
Giftede	Risikofylt alkoholbruk	1638	2.24	0.78
Samboende	Risikofylt alkoholbruk	641	2.50	0.80
Enslige	Risikofylt alkoholbruk	919	2.59	0.97
<b>Respondenter 65 år og eldre</b>				
Giftede	Risikofylt alkoholbruk	359	1.99	0.65
Samboende	Risikofylt alkoholbruk	17	2.22	0.91
Enslige	Risikofylt alkoholbruk	148	1.83	0.62

### ***Respondenter under 65 år:***

Gjennomsnittet er 2,24 for gifte, 2,50 for samboende og 2,59 for enslige. Standardavviket er 0,78 for gifte, 0,80 for samboende og 0,97 for enslige.

### ***Respondenter 65 år og eldre:***

Antall respondenter er forholdsvis stor for kategoriene gifte og enslige. For kategorien samboende er det bare 17 respondenter. Det kan spekuleres om dette skyldes sivilstandstradisjoner i denne aldersgruppen (+64 år). Gjennomsnittet er 1,99 for gifte, 2,22 for samboende og 1,83 for enslige. Standardavviket er 0,65 for gifte, 0,91 for samboende og 0,62 for enslige.

### ***Sammenligning av alderskategoriene***

I den yngste aldersgruppen er gjennomsnittene til alle tre sivilstandskategorier høyere sammenlignet med den eldste aldersgruppen. Dette gir en indikasjon på at alkoholbruken er høyere i den yngste aldersgruppen. Videre ser man at i den yngste aldersgruppen er det høyeste gjennomsnittet hos de enslige, mens i den eldste er det høyeste gjennomsnittet hos samboende.

### ***Enveis variansanalyser:***

Levene's test for homogenitet i variansene tester om variansen i skårene er lik for hver av de tre gruppene. Signifikansverdien skal være over 0.05 hvis en ikke skal bryte forutsetningen om varianslikhet. Dersom summen er under 0,05 må man bruke robuste tester av likhet i gjennomsnitt (Pallant, 2013: 259).

Tabell 17 viser enveis variansanalysen mellom risikofylt alkoholbruk og sivilstand. Med andre ord vises de multiple sammenligningene og resultatet av post-hoc testene, eksakt hvor forskjellene mellom gruppene ligger.

Tabell 17a: Enveis variansanalyse (signifikanstesting mellom mange grupper)

<b>Respondenter under 65 år</b>				
Avhengig variabel: Risikofylt alkoholbruk				
Tamhane				
Sivilstand (A)	Sivilstand (B)	Gjennomsnitt forskjell (A-B)	Standard avvik	Sig.
Gifte	Samboende	-,262**	,037	,0001
	Enslige	-,351**	,037	,0001
Samboende	Gifte	,262**	,037	,0001
	Enslige	-,089	,045	,1372
Enslige	Gifte	,351**	,037	,0005
	Samboende	,089	,045	,1372
<b>Respondenter 65 år og eldre</b>				
Avhengig variabel: Risikofylt alkoholbruk				
Bonferroni				
Gifte	Samboende	-,235	,161	,440
	Enslige	,157**	,064	,042
Samboende	Gifte	,235	,161	,440
	Enslige	,391	,166	,057
Enslige	Gifte	-,157**	,064	,042
	Samboende	-,391	,166	,057
**. Gjennomsnittlig forskjell er signifikant på 0,05 nivå.				

*Respondenter under 65 år:* Fordi variansene ikke er like, brukes Tamhane test for post-hoc analysen. Tabell 15 viser at gjennomsnittlig forskjell er signifikant på 0,001-nivået mellom kategorien «gifte» og kategoriene «samboende» og «enslige». Resultatet av variansanalysen viser at det å være gift har en negativ effekt på risikofylt alkoholbruk, dersom man sammenligner med det å være samboende eller enslig. Det er forskjell på samboende og enslige, men den er ikke statistisk signifikant på grunn av variasjoner innad i gruppene.

*Respondenter 65 år og eldre:* Sig. verdien er over 0,05. Det er signifikante forskjeller mellom gjennomsnittsverdiene til den avhengige variabelen for de tre gruppene. Fordi variansene er like, brukes Bonferroni test for post-hoc analysen. Gjennomsnittlig forskjell er signifikant på 0,05-nivået mellom kategoriene mellom kategorien «gifte» og kategorien «enslige». Resultatet av variansanalysen viser at det å være enslig har en negativ effekt på risikofylt alkoholbruk. Med andre har enslige over 65 år et mindre risikofylt alkoholbruk enn gifte.

Man finner ingen statistiske signifikante forskjeller mellom kategoriene «gifte» og «samboende», og mellom kategoriene «samboende» og «enslige». Dette kan skyldes at det for denne aldersgruppen er få respondenter i kategorien «samboende».

Resultatene av enveis variansanalysene viser at hypotesen om at det er en sammenheng mellom risikofylt alkoholbruk og sivilstand, støttes for den yngste aldersgruppen. Det å være gift resulterer i mindre sjanse for risikofylt alkoholbruk sammenlignet med det å være samboende eller enslig.

For den eldste aldersgruppen fant man en motsatt resultat ved at det å være enslig er forbundet med mindre sjanse for et risikofylt alkoholbruk. Med andre ord avkreftes hypotesen om at enslige har større sjanse for å ha et risikofylt alkoholbruk enn respondenter i parforhold.

## **5.5 Lineære regresjonsanalyser**

Det er to hovedproblemstillinger som ligger til grunn i denne studien:

- 1) «Hvilke sentrale bakenforliggende faktorer ser ut til å påvirke risikofylt alkoholbruk hos personer som er 65 år eller eldre?»
- 2) «Finner man de samme bakenforliggende faktorene hos yngre (respondenter under 65 år)?»

Problemstillingene ble videreført til fire forskningsspørsmål. Disse ble igjen presentert som fire hypoteser, jamfør tabell 1. I de to foregående delkapitlene ble de to første hypotesene testet ved hjelp av t-tester og enveis variansanalyser.

For å svare på problemstillingene og teste alle de fire hypotesene samtidig, gjennomføres det to lineære regresjonsanalyser. I regresjonsanalysene blir alle tilgjengelige forklaringsvariabler inkludert. Man oppnår med andre ord å kontrollere for alle forklaringsvariabler samtidig. På denne måten får man en bedre oversikt over hvordan variablene påvirker hverandre.

Først blir det gjort en regresjonsanalyse av respondenter som er 65 år eller eldre. Deretter en regresjonsanalyse for yngre respondenter (under 65 år).

### ***Koding av variabler i modellen***

For å gjøre tabellen over koeffisientene enklest mulig å lese bør variablene kodes på en bestemt måte. Det er naturlig å kode forklaringsvariablene i den retning man forventer at de samvarierer med den avhengige variabelen (Hair m.fl., 2006: 96).

I modellen blir forklaringsvariablene kodet på følgende måte; kjønn har kvinner som referansekategori. Kvinner er kodet 0 og menn er kodet 1. Det forventes med andre ord at kvinner har et lavere alkoholbruk enn menn.

De fire variablene som måler pensjon har «nei» som referansekategori. Respondenter som ikke mottar de ulike pensjonstypene (AFP, alderspensjon, etterlattepensjon og uførepensjon) er kodet 0, og de som mottar pensjon er kodet 1. De to variablene som måler kontakt med helsevesenet (legekontakt siste 14 dager og innlagt sykehus i løpet av siste år) har «nei» som referansekategori. Respondenter som ikke har hatt kontakt med helsevesenet er kodet 0, og de som har hatt kontakt er kodet 1. Det forventes med andre ord at respondenter som ikke har hatt kontakt med helsevesenet har et lavere alkoholbruk. Røyking har «nei» som referansekategori. Ikke-røykere er kodet 0, og røykere kodet 1. Det forventes med andre ord at respondenter som røyker har et høyere alkoholbruk enn respondenter som ikke røyker. Snusbruk har «aldri» som referansekategori. «Aldri» er kodet 0, og «daglig» og «av og til» er kodet 1. Det forventes at ikke-snusere har lavere alkoholbruk enn snusere.

For variabler målt på nominalnivå med flere enn to verdier, brukes dummyvariabler. I denne modellen gjelder de to sivilstand variablene (samboende og enslige) og de tre variablene som måler negative livshendelser (ut ifra indeksen som ble dannet). For samboende er gifte og enslige referanse kategorier, mens for enslige er gifte og samboende referanse kategorier.

De tre variablene som måler negative livshendelser har, følgende kodinger;

1. «Opplevd én negativ livshendelse» har følgende referanse kategorier «ingen negative livshendelser», «to negative livshendelser» og «tre eller flere negative livshendelser».
2. «Opplevd to negative livshendelser» har følgende referanse kategorier «ingen negative livshendelser» og de andre to verdiene (opplevd en og to negative livshendelser) som referanse kategorier.



3. «Opplevd tre eller flere negative livshendelser» har følgende referansekategorier «ingen negative livshendelser», «opplevd én negativ livshendelse» og «opplevd to negative livshendelser».

### **5.5.1 Hvilke sentrale bakenforliggende faktorer ser ut til å påvirke risikofylt alkoholbruk hos eldre (respondenter som er 65 år eller eldre)?**

Avhengig variabel i modellen er «risikofylt alkoholbruk». Det er 16 uavhengige variabler. Av disse er det fem dummyvariabler. Dette er enslig og samboende, samt tre variabler som måler om respondentene har opplevd negative livshendelser.

Korrelasjonsmatrisen viser at ingen korrelasjoner er over 0.7. En kan derfor legge til grunn at det ikke er problemer med multikollinearitet. Variansanalysen av modellen (ANOVA) viser at resultatene i modellen er statistisk signifikante på 0,001-nivået. F-verdien er 2.61. Justert  $R^2$  viser hvor mye av variasjonen i alkoholbruk som er forklart ved hjelp av modellen. Jo høyere justert  $R^2$  er, desto bedre er modellen (Johannessen, 2009: 151).

For denne modellen er justert  $R^2$  0,05. Dette betyr at de uavhengige variablene bare forklarer 5 prosent av variasjonen i risikofylt alkoholbruk. Med andre blir 95 prosent av variasjonen i risikofylt alkoholbruk forklart av andre variabler enn de som inngår i modellen.

Deretter ble det sjekket om residualene var normalfordelte. Kolmogorov-Smirnov er en metode som benyttes for å teste normalfordeling. En signifikansverdi på over 0,05 indikerer at residualen er normalfordelt (Pallant, 2013: 66). I denne modellen er Kolmogorov-Smirnov lavere enn 0,05. Dette kan tyde på at residualene i denne modellen ikke er normalfordelte. Det ble forsøkt med ulike transformasjoner av den avhengige variabelen, men det førte ikke til bedre resultater. Det ble dermed besluttet å beholde «summed scale» slik den er.

Regresjonsmodellen har variabler både på intervall- og nominalnivå. Det undersøkes derfor hvor høy Beta-verdien i standardiserte koeffisienter er. Beta er den standardiserte koeffisienten, og varierer fra -1 til 1. Den brukes til å sammenligne ulike målemetoder med hverandre. Desto større absolutt Beta-verdi, desto sterkere er effekten. Beta-verdien sier oss hvor mye av den avhengige variabelen som blir forklart av de ulike uavhengige variablene (Skog, 2010: 233).

Tabell 18 viser ustandardiserte og standardiserte koeffisienter for den lineære regresjonen av respondenter 65 år og eldre.

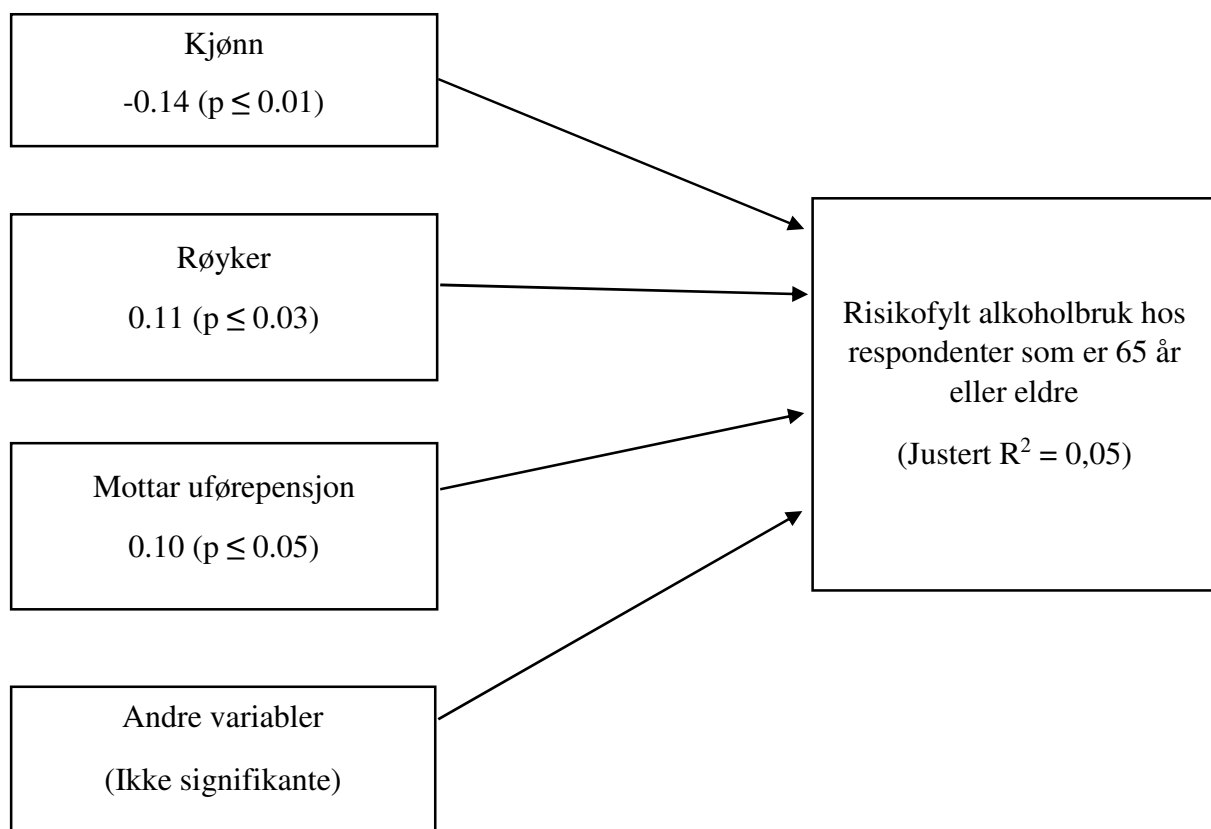
Tabell 18: Koeffisienter for lineær regresjon – respondenter 65 år eller eldre (N = 458)

Variabel	Ustandardiserte	Standardiserte	t	Sig
	koeffisienter	koeffisienter		
	B	Beta		
(Konstant)	2.08	-	11.32	0.01
Kjønn	-0.19	-0.14	-2.85	0.01**
Samboende	0.19	0.05	1.10	0.27
Enslig	-0.12	-0.08	-1.61	0.11
Mottar AFP	-0.16	-0.07	-1.21	0.23
Mottar vanlig alderspensjon	-0.09	-0.05	-0.93	0.35
Mottar etterlatte pensjon	-0.02	-0.01	-0.12	0.91
Mottar uførepensjon	0.30	0.10	1.99	0.05*
Legekontakt siste 14 dager	-0.05	-0.03	-0.66	0.51
Innlagt sykehus i løpet av siste år	0.13	0.07	1.39	0.16
Røyker	0.20	0.11	2.24	0.03*
Bruker snus	0.26	0.06	1.36	0.17
Depresjon	-0.08	-0.03	-0.50	0.62
Angst	0.08	0.03	0.51	0.61
Opplevd én negativ livshendelse	0.09	0.06	1.31	0.19
Opplevd to negative livshendelser	0.08	0.04	0.82	0.42
Opplevd tre eller flere negative livshendelser	-0.09	-0.03	-0.64	0.52

(\*\* 0,01-signifikansnivå / \* 0,05-signifikansnivå)

Figur 8 viser en oppsummering av resultatene av den lineære regresjonsanalysen for respondenter som er 65 år eller eldre. Det er tre variabler som er signifikante på 0,05-nivået. Dette er kjønn, mottar uførepensjon og røyker.

Effektstørrelsen (Beta-verdien) viser at kjønn har størst effekt på risikofylt alkoholbruk. Ut ifra kodingen betyr dette at kvinner lavere risiko for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med menn. Røyking har en signifikant effekt ved at respondenter som røyker har større risiko for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med ikke-røykere. Til slutt har uførepensjon den effekten at det øker risikoen for å ha et risikofylt alkoholbruk.



Figur 8: Oppsummering av lineær regresjonsanalyse – respondenter som er 65 år eller eldre.

Tabell 19 gir en oversikt over resultatene av regresjonsanalysen med hensyn til hypotesene. Det er bare resultater på et 0,05-signifikansnivå som blir vurdert. For respondenter som er 65 år eller eldre er det bare hypotese 1 som støttes. Med andre ord finner man en signifikant sammenheng med hensyn til kjønn når det gjelder risikofylt alkoholbruk i denne aldersgruppen.

Et annet funn er sammenhengen mellom uførepensjon og alkoholbruk. For denne aldersgruppen er det å motta uførepensjon forbundet med økt risiko for å ha et risikofylt alkoholbruk. Selv om det blir funnet en sammenheng mellom økonomi og alkoholbruk fører effekten av variabelen til at hypotese 4 forkastes.

*Tabell 19: Oppsummering av resultater med hensyn til hypotesene (respondenter 65 år eller eldre)*

<b>Hypoteser</b>	<b>Resultat</b>
Hypotese 1: Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og kjønn ved at menn har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn kvinner	Støttes
Hypotese 2: Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og sivilstand ved at enslige har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn respondenter i et parforhold	Forkastes
Hypotese 3: Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og økonomi ved at respondenter som mottar uførepensjon har lavere sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn respondenter som mottar andre pensjonsformer	Forkastes
Hypotese 4: Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og bruk av helsetjenester ved at respondenter som har et stort forbruk av helsetjenester har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn andre respondenter	Forkastes

***Oppsummering og konklusjon:***

Resultatene av regresjonsanalysen viser at det er tre bakenforliggende faktorer som ser ut til å påvirke risikofylt alkoholbruk hos personer som er 65 år eller eldre.

Kjønn har størst effekt ved at kvinner har mindre risiko for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med menn. En annen faktor er røyking ved at respondenter som røyker har større risiko for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med ikke-røykere.

Et interessant funn er sammenhengen mellom uførepensjon og alkoholbruk. For den eldste aldersgruppen viser analysen at uførepensjon medfører økt risiko for å ha et risikofylt alkoholbruk. Ut ifra teoridelen og sammenhengen mellom økonomi og alkohol er dette et uventet funn. En mulig årsak til dette funnet kan være at det er de yngste respondentene i denne aldersgruppen som mottar uførepensjon, og alkoholbruk avtar med alderen.

### **5.5.2 Finner man de samme bakenforliggende faktorene hos yngre (respondenter under 65 år)?**

Avhengig variabel i modellen er «risikofylt alkoholbruk». Det er 16 uavhengige variabler. Av disse er det fem dummyvariabler. Dette er enslig og samboende, samt tre variabler som måler om respondentene har opplevd negative livshendelser.

Korrelasjonsmatrisen viser at det er ingen korrelasjoner som er over 0.7. En kan derfor legge til grunn at det ikke er problemer med multikollinearitet. Variansanalysen av modellen (ANOVA) viser at resultatene i modellen er statistisk signifikante på 0,005-nivået. F-verdien er 49,15. For regresjonsanalysen av respondenter under 65 år er verdien på justert  $R^2$  0,21. Dette betyr at de uavhengige variablene forklarer rundt 21 prosent av variasjonen i risikofylt alkoholbruk i denne aldersgruppen.

Det ble deretter sjekket om residualene var normalfordelte. Kolmogorov-Smirnov verdien ble i denne modellen under 0,05. Dette kan tyde på at residualen ikke er normalfordelt. Det ble forsøkt med ulike transformasjoner av den avhengige variabelen, men det førte ikke til noen bedre resultater. Det ble dermed besluttet å beholde «summed scale» slik den er.

Tabell 19 viser ustandardiserte og standardiserte koeffisienter for den lineære regresjonen av respondenter under 65 år.

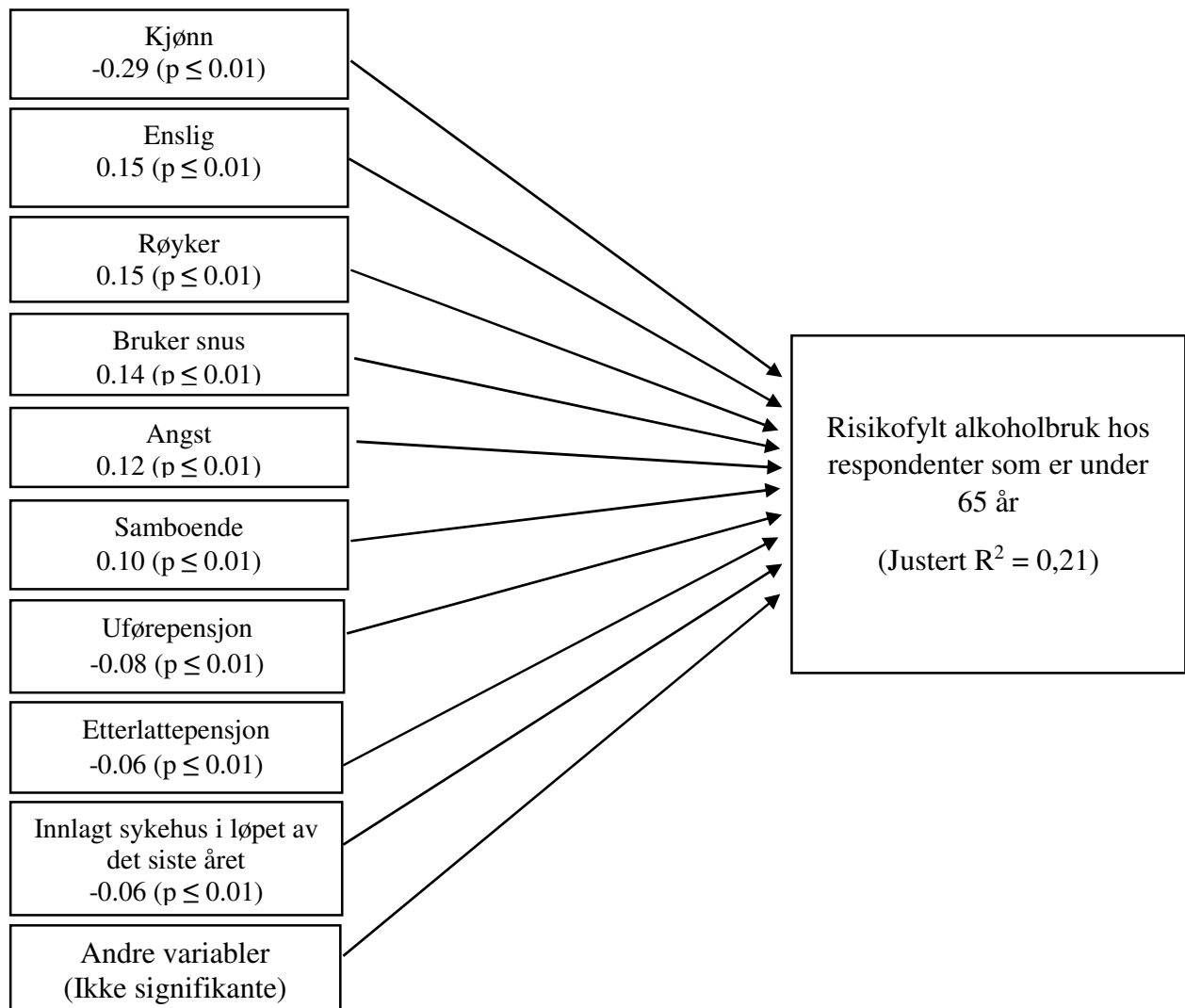
Tabell 19: Koeffisienter for lineær regresjon – respondenter under 65 år (N = 2888)

Variabel	Ustandardiserte	Standardiserte	t	Sig
	koeffisienter	koeffisienter		
	B	Beta		
(Konstant)	2.02	-	33.33	0.01
Kjønn	- 0.50	-0,29	-17.00	0.01**
Samboende	0.21	0.10	5.69	0.01**
Enslig	0.28	0.15	8.14	0.01**
Mottar AFP	- 0.08	-0.01	-0.84	0.40
Mottar vanlig alderspensjon	0.11	0.01	0.42	0.68
Mottar etterlatte pensjon	-0.73	-0.06	-3.81	0.01**
Mottar uførepensjon	-0.27	-0.08	-4.75	0.01**
Legekontakt siste 14 dager	0.03	0.01	0.64	0.52
Innlagt sykehus i løpet av siste år	-0.17	-0.06	-3.55	0.01**
Røyker	0.27	0.15	8.58	0.01**
Snusbruk	0.37	0.14	7.96	0.01**
Depresjon	0.02	0.01	0.39	0.69
Angst	0.32	0.12	4.93	0.01**
Opplevd én negativ livshendelse	0.01	0.01	0.07	0.95
Opplevd to negative livshendelser	0.02	0.01	0.44	0.66
Opplevd tre eller flere negative livshendelser	- 0.08	-0.03	-1.41	0.16

(\*\* 0,01-signifikansnivå)

Figur 9 viser en oppsummering av resultatene fra den lineære regresjonsanalysen av respondenter under 65 år. Det er ni variabler som er signifikante på minst 0,01-nivået. Dette er kjønn, samboende, enslig, røyking, snusbruk, angst, mottar etterlattepensjon, mottar uførepensjon og innlagt sykehus i løpet av det siste året.

Effektstørrelsen (Beta-verdien) viser at kjønn som har størst effekt. Kvinner har mindre risiko for å ha et risikofylt alkoholbruk. Sivilstand har også en signifikant effekt på risikofylt alkoholbruk. Enslige har en større risiko for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med gifte og samboende. Samboende har også en signifikant betydning. Røyking har en større effekt enn snusbruk. Videre ser man at angst har en signifikant effekt, mens depresjon ikke har det. Økonomi har en effekt ved at det å motta etterlatte- eller uførepensjon reduserer risikoen for risikofylt alkoholbruk. Å ha vært innlagt på sykehus i løpet av det siste året har også en effekt ved at det reduserer risikoen.



Figur 9: Oppsummering av lineær regresjonsanalyse – respondenter som er under 65 år.

Tabell 21 viser en oversikt over resultatene av regresjonsanalysen med hensyn til hypotesene. Det er bare resultater på minst et 0,05-signifikansnivå som blir vurdert.

For respondenter under 65 år er det bare hypotese 4 som forkastes. Dette skyldes effekten av variabelen som måler om respondentene har vært innlagt på sykehus i løpet det siste året; respondenter som har vært innlagt på sykehus har redusert risiko for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med andre respondenter.

*Tabell 21: Oppsummering av resultater med hensyn til hypotesene (respondenter under 65 år)*

<b>Hypoteser</b>	<b>Resultat</b>
Hypotese 1: Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og kjønn ved at menn har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn kvinner	Støttes
Hypotese 2: Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og sivilstand ved at enslige har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn respondenter i et parforhold	Støttes
Hypotese 3: Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og økonomi ved at respondenter som mottar uførepensjon har lavere sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn respondenter som mottar andre pensjonsformer	Støttes
Hypotese 4: Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og bruk av helsetjenester ved at respondenter som har et stort forbruk av helsetjenester har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn andre respondenter	Forkastes

### ***Oppsummering og konklusjon:***

Resultatene av regresjonsanalysen viser at det i denne aldersgruppen er et mer sammensatt bilde med hensyn til påvirkningsfaktorer. Sammenhengen mellom kjønn og risikofylt er lik den sammenhengen man finner i den eldre aldersgruppen. Kvinner har mindre sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med menn. Sivilstand har en signifikant betydning i denne aldersgruppen. Det å være enslig har en noe større effekt enn samboende. Videre fant man at uførepensjon har en noe større effekt enn etterlattepensjon. Økonomi spiller dermed en rolle ved at respondenter som mottar pensjonsformene har mindre sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med andre respondenter. Det samme gjelder innleggelse på sykehus i løpet av det siste året. Andre funn var at angst har effekt på risikofylt alkoholbruk ved å øke sannsynligheten. Det samme gjelder røyking og snusbruk.



Konklusjonen og svaret på problemstillingen blir at man finner tre bakenforliggende faktor som påvirker risikofylt alkoholbruk i begge aldersgruppene. Den ene faktoren er kjønn ved at kvinner har mindre sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med menn. Den andre faktoren er røyking ved at respondenter som røyker har en høyere risiko for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med respondenter som ikke røyker. Det siste funnet er at uførepensjon har en signifikant betydning. Et interessant funn er at uførepensjon har motsatt effekt i de to aldersgruppene. I den yngste aldersgruppen reduserer den risikoen for et risikofylt alkoholbruk, mens i den eldste aldersgruppen øker den risikoen.

## 5.6 Oppsummering

Resultatene av de lineære regresjonene viser at det er tydelige forskjeller i hvilke faktorer som påvirker risikofylt alkoholbruk i de to aldersgruppene. I den eldste aldersgruppen finner man et lite antall faktorer, mens det i den yngste aldersgruppen er et mer sammensatt bilde med mange ulike påvirkningsfaktorer.

Et annet poeng er at modellen har større forklaringskraft i den yngste aldersgruppen. I den eldste aldersgruppen forklarte modellen bare 5 prosent av variansen i risikofylt alkoholbruk, mens for den yngste aldersgruppen forklarte den samme modellen rundt 21 prosent av variansen. Dette kan tyde på at det er andre faktorer som påvirker alkoholbruk i den eldste aldersgruppen sammenlignet med den yngste.

Tabell 18 og 20 viser en oversikt over hvilke hypoteser som ble støttet og forkastet i de to aldersgruppene. I den eldste aldersgruppen ble hypotese 1 støttet av resultatene i den lineære regresjonsanalysen. Det er med andre ord en sammenheng mellom kjønn og risikofylt alkoholbruk. Et annet funn var at det er en sammenheng mellom risikofylt alkoholbruk og røyking. Sammenhengen mellom uførepensjon og risikofylt alkoholbruk var motsatt av det man ventet, og hypotese 3 ble dermed forkastet.

I den yngste aldersgruppen fant man at respondenter som hadde vært innlagt på sykehus det siste året har mindre risiko for et risikofylt alkoholbruk. Dette resulterer i at hypotese 4 forkastes. Resten av hypotesene ble støttet.

Tre forklaringsvariabler har signifikant betydning i begge aldersgruppene. Dette er kjønn, røyker og mottar uførepensjon. Med andre ord bekrefter regresjonsanalysene funnene i t-testene ved at kvinner har mindre risiko for et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med menn.

## 6.0 DRØFTING

Det er to hovedproblemstillinger som ligger til grunn i denne studien:

- 1) «Hvilke sentrale bakenforliggende faktorer ser ut til å påvirke risikofylt alkoholbruk hos personer som er 65 år eller eldre?»
- 2) «Finner man de samme bakenforliggende faktorene hos yngre (respondenter under 65 år)?»

Problemstillingene ble videreført til fire forskningsspørsmål med tilhørende hypoteser. Tabell 22 viser en oversikt over forskningsspørsmålene og hypotesene som lå til grunn for analysene i studien.

Tabell 22: Oversikt over forskningsspørsmål og hypoteser

Forskningsspørsmål	Hypotese
Er det noen sammenhenger mellom risikofylt alkoholbruk og kjønn?	Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og kjønn ved at menn har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn kvinner.
Er det noen sammenhenger mellom risikofylt alkoholbruk og sivilstand?	Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og sivilstand ved at enslige har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn respondenter i et parforhold.
Er det noen sammenhenger mellom risikofylt alkoholbruk og økonomi (pensjon)?	Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og økonomi ved at respondenter som mottar uførepensjon, har lavere sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn respondenter som mottar andre pensjonsformer.
Er det noen sammenhenger mellom risikofylt alkoholbruk og bruk av helsetjenester?	Det er en sammenheng mellom alkoholbruk og bruk av helsetjenester ved at respondenter som har et stort forbruk av helsetjenester, har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk enn andre respondenter.

I analysedelen ble innledningsvis de to første hypotesene testet ved hjelp av henholdsvis t-tester og enveis variansanalyser. T-testene gav støtte til hypotesene ved at man fant at kvinner i begge aldersgruppene har mindre sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med menn. I enveis variansanalysene ble sammenhengen mellom tre ulike sivilstander og risikofylt

alkoholbruk undersøkt. For den yngste aldersgruppen fikk hypotesen støtte, og man fant at enslige og samboende har større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med gifte. For den eldste aldersgruppen viste enveis variansanalysen et motsatt resultat ved at det å være enslig er forbundet med mindre risiko for et risikofylt alkoholbruk. Med andre ord ble hypotesen avkrefte for denne aldersgruppen.

For å svare på problemstillingene og teste alle hypotesene samtidig ble det gjennomført to lineære regresjonsanalyser. I regresjonsanalysene ble 16 forklaringsvariabler inkludert, og man oppnådde da å kontrollere effekten av alle forklaringsvariablene samtidig. Dette ga en bedre oversikt over det totale bildet av hvordan variablene påvirker hverandre.

For den eldste aldersgruppen gav regresjonsanalysen støtte til hypotese 1. Man fant med andre ord en sammenheng mellom kjønn og risikofylt alkoholbruk. Andre funn var at røyking har en effekt. Alle sammenhengene var signifikante på 0,05-nivået. Det ble funnet en sammenheng mellom uførepensjon og risikofylt alkoholbruk, men denne hadde motsatt effekt enn det som var forventet. Hypotese 3 ble derfor forkastet for denne aldersgruppen.

Regresjonsanalysen for den yngste aldersgruppen gav støtte til alle hypotesene unntatt hypotese 4. Det ble funnet en sammenheng mellom bruk av helsetjenester og risikofylt, men denne hadde motsatt effekt enn det som var forventet. Dette førte til at hypotese 4 ble forkastet.

Andre funn var at livsvaner påvirker risikofylt alkoholbruk ved at både snusbruk røyking hadde en signifikant betydning. Angst har også en effekt på risikofylt alkoholbruk. Det samme gjelder det å ha vært innlagt på sykehus i løpet av det siste året. Alle sammenhengene var også her signifikante på 0,05-nivået.

Et viktig poeng er at regresjonsmodellen forklarte bare 5 prosent av variansen for den eldste aldersgruppen, mens den for den yngste forklarte rundt 21 prosent. Med andre ord forklarer modellen best varians i risikofylt alkoholbruk for den yngste aldersgruppen.

I de etterfølgende vil jeg forsøke å drøfte nærmere resultatene og forsøke å sette dem i sammenheng med annen forskning. Bourdieus teorier vil bli brukt i et forsøk på å forklare hvordan de ulike faktorene påvirker alkoholbruk. Forskningsspørsmålene og hypotesene blir brukt som inndeling av drøftingen.

### ***Sammenhengen mellom risikofylt alkoholbruk og kjønn***

For å undersøke sammenhengen mellom risikofylt alkoholbruk og kjønn ble det først formulert et forskningsspørsmål; er det noen sammenhenger mellom risikofylt alkoholbruk og kjønn? Dette ble igjen presentert som følgende hypotese; menn har et større alkoholbruk enn kvinner.

For å teste denne hypotesen ble det først utført to t-tester, en for respondenter under 65 år og en for respondenter som er 65 år eller eldre. Deretter ble det gjort to lineære regresjonsanalyser hvor alle forklaringsvariablene ble undersøkt opp mot risikofylt alkoholbruk. Ved å ta med alle variablene oppnår man å kontrollere for alle forklaringsvariabler samtidig. Det ble gjennomført en regresjonsanalyse for respondenter under 65 år, og en for respondenter som er 65 år eller eldre.

Resultatene av t-test analysene viste at det er en forskjell i risikofylt alkoholbruk mellom menn og kvinner. Det er større sjanse for at menn har et risikofylt alkoholbruk enn kvinner. Dette gjaldt for begge aldersgruppene.

Regresjonsanalysene viste de samme resultatene. I begge aldersgrupper har kjønn den største effekten på risikofylt alkoholbruk. Kvinner har en mindre sannsynlighet for risikofylt alkoholbruk, sammenlignet med menn. Funnene i analysene støttes av annen forskning.

Ifølge Frydenlund (2011) antar man at rundt 6 % av dagens menn over 70 år har et problematisk alkoholforbruk. Selv om eldre kvinner drikker mer i dag enn sine forgjengere, reduseres alkoholbruken med alderen. Hos menn finner man en motsatt tendens ved at eldre menn drikker jevnlig moderat.

Løset og Slagsvold (2013) hevder at kvinner drikker mindre alkohol enn menn, men at denne forskjellen reduseres stadig. De siste 30 årene har alkoholbruket blant kvinner økt mer enn blant menn. Dette er en trend man også har sett hos eldre.

Støver m.fl. (2012) fremholder den samme utviklingen ved at de fant at problematisk drikking er noe man normalt finner blant menn. Man fant at det i alle aldersgrupper fortsatt er langt vanligere blant menn å drikke alkohol sammenlignet med kvinner. I aldersgruppen 60 til 65 år drakk omtrent en fjerdedel av mennene alkohol så ofte. For kvinnene i samme aldersgruppe fant man tilsvarende andel var rundt 16 prosent.

Ahlström m.fl. (2009) fant at eldre menn har økt sitt alkoholforbruk til samme nivå som yngre aldersgrupper. De fant at forskjellen hos kvinner i de ulike aldersgruppene også var blitt mindre. I alle aldersgruppene har det skjedd en økning i frekvens av beruselse for kvinner.

Etter min oppfatning viser resultatene av analysene i denne studien et lignende mønster. Det er tydelig at menn har større risiko for å ha et risikofylt alkoholbruk. Dette gjelder i begge aldersgruppene.

Ravndal (2008) hevder at én årsak til dette kan være at kvinners alkoholbruk i stor grad blir styrt av tradisjoner og forventninger i samfunnet. En mulig forklaring til at kvinner har et lavere alkoholbruk kan derfor være at det fortsatt finnes relativt strenge normer for kvinners alkoholbruk. Dette gjelder kanskje spesielt eldre kvinner. Ofte er fordømmelsen av kvinner med alkoholproblemer sterkere enn det menn med samme problemer opplever. Dette kan skyldes at deler av den tradisjonelle kvinnerollen fortsatt eksisterer i det norske samfunnet.

For å bruke Bourdieus begrepsapparat kan det tyde på at den kvinnelige habitusen, gjennom den tradisjonelle kjønnsrollen, er forbundet med mindre alkoholbruk. Den tankemåten, holdningen og handlingstilbøyeligheten som ligger i den kvinnelige habitusen forklarer dermed hvorfor kvinner har et lavere alkoholbruk.

I følge Løset og Slagsvold (2013) er tradisjonelle og kollektivistiske verdier nært forbundet med mindre sannsynlighet for et høyt alkoholbruk. Dersom man legger til grunn resultatene fra denne studien og tidligere forskning, er det mye som tyder på at kvinnerollen fortsatt er forbundet med disse verdiene.

Ifølge Hoverak og Bye (2007) er et sentralt trekk ved den norske drikkekulturen at det forventes at kvinner drikker mindre alkohol og blir sjeldnere beruset enn menn. Det kan derfor etter min oppfatning diskuteres om den norske drikkekulturen og den tradisjonelle kvinnerollen medvirker til at man finner de resultatene man gjør. Et risikofylt alkoholbruk kan hos kvinner, og kanskje spesielt hos eldre kvinner, være et tabubelagt tema forbundet med skam. Dette kan igjen ha ført til at kvinnelige respondenter har oppgitt et lavere og mindre problemfylt alkoholbruk enn mannlige respondenter. Dermed kan man ha fått en del falske negative i empirien. I tillegg kan frafallet hos kvinner med et risikofylt alkoholbruk ha vært større enn hos menn.

### ***Sammenhengen mellom risikofylt alkoholbruk og sivilstand***

For å undersøke sammenhengen mellom risikofylt alkoholbruk og sivilstand ble det først formulert et forskningsspørsmål; er det noen sammenhenger mellom risikofylt alkoholbruk og sivilstand? Dette ble igjen presentert som følgende hypotese; enslige har et større alkoholbruk enn respondenter i et parforhold.

For å teste denne hypotesen ble det innledningsvis gjort to enveis variansanalyser. En for respondenter under 65 år og en for respondenter som er 65 år eller eldre. Deretter ble det gjort to lineære regresjonsanalyser hvor det ble kontrollert for alle forklaringsvariablene. Også her ble det gjennomført en analyse for respondenter under 65 år, og en for respondenter som er 65 år eller eldre.

Resultatet av enveis variansanalysen viste at det er forskjell mellom ulike sivilstander når det gjelder risikofylt alkoholbruk. For respondentene som er under 65 år, viste analysene at det å være gift har en beskyttende effekt mot et risikofylt alkoholbruk. Gifte respondenter har mindre sannsynlighet for risikofylt alkoholbruk sammenlignet med enslige respondenter. Analysene viste forskjeller mellom samboende og enslige, men disse forskjellene var ikke statistisk signifikante på grunn av variasjoner innad i gruppene. Med andre ord fikk man for denne aldersgruppen en bekreftelse på hypotesen om at respondenter i et parforhold har mindre sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med enslige.

For respondenter som er 65 år eller eldre viste analysene et motsatt resultat. Enslige respondenter har mindre sannsynlighet for et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med gifte. Det var få respondenter i kategorien «samboende», og man fant ingen statistisk signifikante forskjeller mellom samboende og de to andre sivilstandene. Med andre ord ble hypotesen avkreftet for denne aldersgruppen. Enslige har ikke større sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med personer i parforhold.

Regresjonsanalysene viste stort sett de samme resultatene. For respondenter under 65 år hadde det å være enslig en negativ effekt på risikofylt alkoholbruk, sammenlignet med gifte respondenter. For den eldste aldersgruppen viste analysene derimot at sivilstand ikke hadde signifikant betydning.

For den yngste aldersgruppen er funnene av analysene i overenstemmelse med tidligere forskning. Man fant at det å leve i et parforhold har en beskyttende effekt mot et risikofylt alkoholforbruk, mens det å være enslig er forbundet med en forhøyet sjanse for å ha et risikofylt alkoholforbruk.

Ifølge Løset og Slagsvold (2013) har andre studier også vist at partnerskap kan ha en beskyttende effekt på alkoholforbruk. Enslige har et høyere alkoholforbruk enn personer i et parforhold.

Helle m.fl. (1999) hevder at sivilstand kan påvirke alkoholforbruket ved at personer i et partnerskap drikker mindre alkohol enn enslige. Å leve i et parforhold kan bedre prognosen og virker som en viktig buffer mot fremtidige alkoholproblemer. Dette gjelder igjen spesielt for menn med et problematisk alkoholforbruk.

Etter min oppfatning gir resultatene i denne studien støtte til påstandene når det gjelder den yngste aldersgruppen. En mulig årsak til at gifte er forbundet med mindre sjanse for et risikofylt alkoholforbruk kan være at denne aldersgruppen forholdsvis stor (fra 15 år til 64 år). Dette kan innebære at det er mange respondenter med barnefamilier, og en del unge respondenter som normalt er enslige.

For den eldste gruppen ble det i variansanalysen funnet at enslige har mindre sannsynlighet for å ha et risikofylt alkoholbruk, sammenlignet med gifte respondenter. Dette er ikke i samsvar med resultater fra annen forskning. Ifølge Frydenlund (2011) har spesielt eldre, enslige menn med et lite sosialt nettverk en større risiko for å utvikle et alkoholproblem enn det eldre kvinner har.

En mulig årsak til dette funnet kan være at alkoholbruk avtar med alderen, og enslige i denne aldersgruppen ofte består av enker og enkemenn. Dette er gjerne respondenter som tilhører den øverste aldersgruppen (over 70 år). Under datainnsamlingen hadde man et høyest frafall blant personer over 67 år. Det kan derfor også ha vært et stort frafall av respondenter med et problematisk alkoholforbruk i denne aldersgruppen.

Det høye frafallet blant personer over 67 år kan også ha ført til at man har en overvekt av respondenter som er mellom 65 til 67 år. For å bruke Bourdieus begreper har respondenter i denne aldersgruppen tradisjonelt stor økonomisk og sosial kapital. Dette kan innebære økt mulighet til å «nyte det gode liv» og for mange kan dette innebære alkoholbruk.

### ***Sammenhengen mellom risikofylt alkoholbruk og økonomi***

For å undersøke sammenhengen mellom risikofylt alkoholbruk og økonomi ble det brukt fire variabler som måler om respondentene mottar ulike former for pensjonsutbetalinger. Ut fra forskningsspørsmålet ble følgende hypotese formulert; respondenter som mottar uførepensjon har et lavere alkoholbruk enn andre respondenter

For å teste denne hypotesen ble det utført to regresjonsanalyser, én for respondenter som er under 65 år og én for respondenter som er 65 år eller eldre. I regresjonsanalysene ble det kontrollert for alle variabler.

For den eldste aldersgruppen viste analysen at uførepensjon har en effekt ved at det øker risikoen for et risikofylt alkoholbruk. I den yngste aldersgruppen var effekten motsatt. Respondenter som mottar uførepensjon og etterlattepensjon har lavere risiko for å ha et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med andre respondenter.

Resultatene av analysene er ikke i overensstemmelse med det annen forskning har vist. Ramstedt (2009) påpeker at både dagens og fremtidens eldregenerasjoner er relativt ressurssterke. Dette kan man anta vil påvirke alkoholbruk. Han setter sammenheng mellom økonomi og muligheten til å kjøpe alkohol.

Ifølge Frydenlund (2011) har eldre som arbeider, og dermed ikke mottar pensjon, en større økonomisk frihet. De har dermed også en større mulighet til å «nyte det gode liv», noe som for mange vil innebære alkoholforbruk. Pensjonisttilværelsen vil for de med god økonomi medføre en overgang til mer fritid, frihet og rekreasjonsmuligheter.

Lindén-Boström m.fl. (2009) hevder at mange yngre pensjonister har gode pensjonsvilkår og mulighet til å nyte det «gode livet». Dette kan for noen bety økt risiko for å utvikle alkoholproblemer.

Etter min oppfatning tyder resultatet fra regresjonsanalysen for den yngste aldersgruppen på at det er en sammenheng mellom økonomi og risikofylt alkoholbruk. En mulig forklaring på effekten uførepensjon har i den eldste aldersgruppen kan være at det i denne aldersgruppen er flest respondenter rundt 65 år. Det er blant dem man forventer å finne flest som mottar uførepensjon. Samtidig avtar normalt alkoholbruk med alderen. Tilsammen kan dette gi en forklaring på sammenhengen mellom uførepensjon og risikofylt alkoholbruk i den eldste aldersgruppen.



### ***Sammenhengen mellom risikofylt alkoholbruk og bruk av helsetjenester***

For å undersøke sammenhengen mellom risikofylt alkoholbruk og bruk av helsetjenester ble det først formulert et forskningsspørsmål; er det noen sammenhenger mellom risikofylt alkoholbruk og bruk av helsetjenester? Dette ble igjen presentert som følgende hypotese, respondenter som har et stort forbruk av helsetjenester har et større alkoholbruk enn andre respondenter. For å teste denne hypotesen ble det utført to regresjonsanalyser, én for respondenter som er under 65 år og én for respondenter som er 65 år eller eldre. I regresjonsanalysene ble det kontrollert for alle tilgjengelige variabler.

For den yngste aldersgruppen viste regresjonsanalysen det å ha vært innlagt på sykehus har en signifikant betydning for risikofylt alkoholforbruk. Respondenter som oppgir å ha vært innlagt på sykehus har mindre risiko for å ha et risikofylt alkoholforbruk. For den eldste aldersgruppen fant man ingen signifikante sammenhenger mellom bruk av helsetjenester og risikofylt alkoholbruk.

Ifølge Storvoll og Rossow (2011) skyldes omtrent halvparten av alkoholrelaterte innleggelser akutt forgiftning. Resten av de alkoholrelaterte innleggelse er knyttet til alkoholbetingede kroniske sykdommer. Videre hevder de at en økende andel alkoholforbruket i Norge skyldes økende vinkonsum, og det kan tenkes at flere drikkeepisoder skjer i situasjoner hvor risiko for akutte skader er redusert.

Skretting m.fl. (2014) hevder at antall sykehusinnleggelser som skyldes alkoholbruk, har økt betraktelig de siste årene. Man ser en økende tendens til flere og kortere sykehusopphold for kroniske sykdomstilfeller.

Hallgren m.fl. (2009) fant at det blant eldre er et mer sammensatt bilde uten klare trender. Det er likevel indikasjoner på at alkoholrelaterte sykehusinnleggelser av kvinner har økt betraktelig de siste årene. Dette gjelder spesielt kvinner i aldersgruppen 60 – 70 år.

Etter min oppfatning kan dette være en mulig forklaring på at man ikke finner noen signifikante sammenhenger mellom bruk av helsetjenester og risikofylt alkoholbruk. Temaet kan være sensitivt og tabubelagt, spesielt for eldre. Det kan derfor tenkes at noe av frafallet i undersøkelsen kommer fra nettopp denne gruppen.

## **7.0 AVSLUTTENDE KOMMENTARER**

### **7.1 Refleksjon rundt forskningsprosessen**

#### *Tema*

Alkoholbruk blant eldre er et sensitivt og tabubelagt tema som kan ha store sosiale og helsemessige konsekvenser. Dette gjelder både dagens eldre generasjon og kommende generasjoner. Dagens eldre generasjon har vokst opp med et mer liberalt forhold til alkohol enn det foregående generasjoner hadde.

Som en del av masterutdanningen har jeg tatt videreutdanning innenfor rus. Jeg synes Eldres alkoholbruk er et spennende og interessant tema.

I løpet av prosessen rundt denne studien har jeg fått en større innsikt i de komplekse sammenhengene rundt Eldres alkoholbruk. Funn fra analysene i denne studien kan være av interesse for andre da det ble funnet tydelige sammenhenger mellom arbeidssituasjon og risikofylt alkoholbruk hos eldre.

Dersom jeg skulle ha startet prosessen på nytt, ville jeg heller ha valgt å konsentrert meg om alkoholbruk i andre aldersgrupper. Dette skyldes hovedsakelig at det er flere respondenter, og at man fant flere signifikante sammenhenger i den yngste aldersgruppen. Samtidig har gjennomgang av teorien vist at det mangler forskning som omhandler Eldres alkoholbruk. Dette har gitt utfordringer i å finne forskningsresultater som kan brukes i oppgaven.

#### *Problemstilling, forskningsspørsmål og hypoteser*

Fordi datamaterialet som benyttes i studien var samlet inn av andre, brukte jeg lang tid på å formulere passende problemstillinger. Det samme gjelder forskningsspørsmålene og hypotesene. De ble farget og konstruert ut ifra det datamaterialet som jeg måtte forholde meg til.

Dersom jeg skulle gjort noen endringer, ville jeg formulert andre forskningsspørsmål og hypoteser. Det kunne for eksempel vært sammenhengen mellom psykisk helse og alkohol, eller røyking og alkohol.

### ***Teoretisk utgangspunkt***

Temaet eldre og alkoholbruk har blitt lite forsket på, og interessen for temaet er forholdsvis ny. Dette kan skyldes at det kan være et sensitivt og tabubelagt tema for mange eldre. Jeg har brukt de forskningsrapportene som etter min oppfatning har vært aktuelle. I tillegg har generelle teorier rundt alkoholbruk blitt benyttet for å danne den teoretisk ramme i oppgaven.

Å bruke Bourdieu som forklaringsteori har vært både spennende og krevende. Det kan blant annet diskuteres om hans kapital- og habitusbegrep er like aktuelle og passende for norske forhold.

### ***Forskningsmetoder***

Datamaterialet som brukes i analysen var samlet inn av andre, og dermed ble valg av forskningsmetoder gjort tidlig i prosessen. Jeg føler at jeg har lært mye om kvantitative metoder i løpet av prosessen med masteroppgaven. Jeg har fått oppfrisket og lært nye sider ved statistiske analyser og hvordan de brukes i samfunnsfag.

Valget med å ta i bruk empiri som er samlet inn av andre førte til at jeg ikke hadde kontroll over datainnsamlingen. Samtidig fikk jeg et stort antall respondenter. Alkoholbruk kan for mange være et sensitivt og personlig tema, og det kan tenkes at dersom jeg skulle ha samlet inn data selv ville ha fått problemer med å få nok respondenter. For å besvare problemstillingene mener jeg at valget med å bruke datamaterialet som er samlet inn av SSB, var et godt valg. Dette skyldes hovedsakelig at resultatene av analysene kan lettere generaliseres.

Mot slutten av prosessen innser jeg at det hadde vært interessant og lærerikt å gjennomført en kvalitativ undersøkelse. Jeg kunne da ha gått enda dypere inn i temaet eldres alkoholbruk. Samtidig hadde jeg fått bedre kunnskap og erfaring med å samle inn data selv, og kunne ha styrt ordlyden og målenivå på spørsmålene selv. På denne måten kunne jeg da ha fått bedre frem de momentene som jeg ønsker å studere. Et mulig problem er at man kunne fått problemer med å få nok respondenter. Dette skyldes først og fremst at temaet og problemstillinger kan oppleves sensitive.

### ***Begrensninger i studien***

Empirien som ligger til grunn i denne studien er samlet inn av andre. Den kan derfor være samlet inn til andre formål enn det som de blir brukt til i denne studien. Det kan være en begrensning at dataene ikke er samlet inn og kontrollert av den som gjennomfører studien.

I studien har jeg valgt å lage en indeks av de fire avhengige variablene. Det hadde kanskje vært nyttig å gjøre noen innledende analyser av hver enkelt avhengig variabel før indeksen ble dannet. Man kunne da ha fått et inntrykk av hvordan hver enkelt avhengig variabel blir påvirket av forklaringsvariablene. For eksempel kunne det ha blitt utført logistiske regresjoner av variablene.

Det kan diskuteres om det brukes for mye plass på begrepsavklaringer. Dette gjelder spesielt faktoranalysene av variablene som inngår i Hopkins Symptoms Checklist. Regresjonsanalysen av den eldste aldersgruppen viste at begrepene som ble dannet ikke hadde noen signifikant betydning. Et annet aspekt som kan problematiseres er om variablene som inngår i faktoranalysene virkelig er målt på intervallnivå. I oppgaven forutsettes det at de er målt på intervallnivå, men det kan diskuteres om de er målt på ordinalnivå.

Det brukes også en del plass på variansanalyser (t-tester og enveis variansanalyser) i oppgaven. Dette kan problematiseres da disse analysene kan virke overflødige når man har regresjonsanalyser som kontrollerer for alle forklaringsvariablene samtidig. I oppgaven gjøres dette som innledende tester av to hypoteser, men det hadde kanskje vært bedre å bare ha regresjonsanalysene.

Størrelsesforskjellen mellom de to aldersgruppen er også et moment som kan diskuteres. I den yngste aldersgruppen er det mer enn fem ganger så mange respondenter som i den eldste. Den yngste aldersgruppen er dessuten forholdsvis vid og inneholder mange forskjellige «livsfasekategorier». Det kan derfor diskuteres om denne aldersgruppen inneholder for mange ulike kategorier, og at analysene derfor ikke gir noen entydige svar. En mulig løsning på dette problemet hadde vært å dele datasettet inn i flere alderskategorier.

Andelen samboende i den eldste aldersgruppen er forholdsvis liten, 17 respondenter. Det kan diskuteres om dette er et for lite antall. En mulig løsning på dette problemet kunne vært å slå sammen sivilstandskategoriene «gift» og «samboende» til «parforhold».

Mot slutten av prosessen ser jeg at det kanskje hadde vært formålstjenlig å presentere og analysere (univariat analyse) hvordan de ulike variablene fordeler seg innenfor de to aldersgruppene. På denne måten kan man danne seg et bedre bilde av sammenhengene som ble funnet i regresjonsanalysene.

Det kan problematiseres at regresjonsanalysene inneholder 16 variabler, og at man samtidig har rundt 450 respondenter i den eldste aldersgruppen. Man nærmer seg da en grense for at det er for mange variabler i modellen.

Til slutt ser jeg at det er en del andre interessante variabler som kanskje burde vært med i analysene. Dette gjelder spesielt bosted, utdanningsnivå og medikamentbruk. Det hadde også vært bedre med variabler som måler andre sider av blant annet kontakt med helsevesenet og økonomi.

## **7.2 Forskningsmessige implikasjoner**

Det ble funnet noen interessante funn i analysene. Sammenhengen mellom uførepensjon og risikofylt alkoholbruk har ulik effekt i de to aldersgruppene. I den eldste aldersgruppen øker uførepensjon risikoen for å ha et risikofylt alkoholbruk, mens i den yngste aldersgruppen har den motsatt effekt. Dette er et uventet funn med hensyn til hva tidligere forskning har kommet frem til med tanke på sammenhengen mellom alkohol og økonomi.

Etter min oppfatning er det et klart behov for ytterligere forskning innenfor temaet eldres alkoholbruk. Spesielt longitudinell forskning der en ser på mulige kohort- og livsfaseeffekter i forhold til alkoholbruk.

Et tema som det kan være interessant å se nærmere på er sammenhengen mellom økonomi og alkoholbruk blant eldre. Andre tema er sammenhengen mellom kjønn og alkoholbruk blant eldre. Det samme gjelder for røyking og alkoholbruk. Forskingen kan for eksempel gjøres ved kvalitative metoder der en går i dybden på disse områdene.

Det er også behov for ytterligere studier med kvantitative metoder, og da gjerne med annen empiri. Et annet moment kan da være at man deler aldersgruppen 65+ år inn i andre alderskategorier, og ser på sammenhenger innfor disse alderskategoriene.

Sammenhengene som ble funnet hos den yngste aldersgruppen er etter min oppfatning mindre interessante. Dette skyldes først og fremst at det er en forholdsvis stor aldersgruppe med mange livsfasekategorier. Dette kan igjen ha resultert i mindre tydelige og klare funn.

### **7.3 Oppsummering og konklusjon**

Jeg har i denne studien forsøkt å peke på sentrale bakenforliggende faktorer som påvirker alkoholbruk blant eldre. Kjønn er en faktor som spiller en avgjørende rolle i forhold til risikofylt alkoholbruk. Livsvaner har en betydning ved at røykere har større risiko for et risikofylt alkoholbruk sammenlignet med ikke-røykere. Et annet funn var at det er en sammenheng mellom uførepensjon og alkoholbruk.

For den yngste aldersgruppen ble det funnet mange bakenforliggende faktorer. Det er med andre ord et mer sammensatt bilde med flere ulike faktorer som påvirker risikofylt alkoholbruk.

Tre faktorer påvirker alkoholbruk i begge aldersgrupper. Dette er kjønn, røyking og uførepensjon. Når det gjelder kjønn er dette funnet klart i samsvar med tidligere forskning, ved at kvinner har et lavere alkoholforbruk enn menn. Uførepensjon hadde ulik effekt i de aldersgruppene.

Konklusjonen blir at man finner tre bakenforliggende faktorer som ser ut til å påvirke risikofylt alkoholbruk hos eldre. Dette er kjønn, røyking og uførepensjon. I den yngste aldersgruppen finner man flere faktorer og et mer sammensatt bilde, men kjønn, røyking og uførepensjon har signifikant effekt også i denne aldersgruppen.

# KILDER

- Aakvaag, G.C. (2008): *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt Forlag
- Ahlström, S., Mäkelä, Mustonen, H. og Huhtanen, P. (2009): *Alkoholen och äldre i Finland*. Nordisk Alkohol- & Narkotikatidsskrift vol. 25. 2008/5
- Bjørnhaug, I. (2002): *Pierre Bourdieu – alle stridighetens sosiolog*. Nordisk sosialt arbeid 2002/3 p.161-168.
- Bourdieu, P. (1993): *Den kritiske ettertanke: grunnlag for samfunnsanalyse*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Bourdieu, P. (1995): *Distinksjonen*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Bourdieu, P. (1999): *Meditasjoner*. Oslo: Pax Forlag A/S
- Bye, E.K. og Østhus, S. (2012): *Alkoholkonsum blant eldre. Hovedfunn fra spørreundersøkelser 1985-2008*. SIRUS. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Denscombe, M. (2010): *Ground rules for social research. Guidelines for good practice*. Open University Press: Berkshire.
- Derogatis, L.R., Lipmann, R.S. og Rickels, K. (1974): *The Hopkins symptoms checklist (HSCL): a self-report inventory*. Behav Sci 19: 1-15.
- Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. og Sandvik, B. (2008) *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget
- Fekjær, H. O. (2009): *RUS - bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Frydenlund, R. (2011): *Eldre, alkohol og legemiddelbruk – en kunnskapsoppsummering. Kompetansesenter rus – Oslo*. Rusmiddelstaten, Oslo kommune.
- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E. og Tatham, R.L. (2006): *Multivariate data analysis*. New Jersey: Person Prentice Hall.
- Hallgren, M., Högberg, P. og Andréasson, S. (2009): *Alcohol consumption among elderly European Union citizens – health effects, consumption trends and related issues*. Swedish National Institute of Public Health.
- Hamilton, L.H. (1992): *Regression with graphics. A second course in applied statistics*. Belmont: Duxbury Press
- Hauge, R. (2009): *Rus og rusmidler gjennom tidene*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helle, J., Arefjord, N. og Skutle, A. (1999): *Sosialt nettverk, parforhold og rusmiddelmisbruk*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, årg. 26, nr. 3.
- Hoverak, Ø. og Bye, E.K. (2007): *Det norske drikkemønsteret – en studie basert på intervjudata fra 1973-2004*. SIRUS-rapport 2/2007. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- IAS (Institute of Alcohol Studies) (2013): *Older people and alcohol – factsheet*. Institute of Alcohol Studies, London: IAS.
- Johannessen, A. (2009): *Introduksjon til SPSS*. Oslo: Abstrakt Forlag

- Johannessen, A., Tufte, P.A. og Kristoffersen, L. (2006): *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag
- Jyrkämä, J. og Haapamäki, L. (2008): *Äldre och alkohol – nordisk forskning och diskussion*. NAD-publikation nr. 52, 2008. Helsingfors.
- Kahn, S., Murray, R. P. & Barnes, G. E. (2002). A structural equation model of the effect of poverty and unemployment on alcohol abuse. *Addictive behaviors*, 27, 405-423.
- Lindén-Boström, M., Persson, C. og Berglund, M. (2009): *Riskfylld alkoholkonsumtion bland äldre – resultat från en svensk befolkningsundersökning*. Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift, vol. 26 nr. 5.
- Løset, G.K. og Slagsvold, B. (2013): *Vital aldring og samhold mellom generasjoner – resultat fra den norske studien i livsløp, aldring og generasjon (NorLag) – runde 1 og 2*. Oslo: NOVA-rapport 15/2013.
- Nesvåg, S. (1994): *Rusmiddelbrukens kulturelle betydning og forankring*. I Temaserie 1994: 2, Rusmiddeldirektoratet & Sosial- og helsedepartementet.
- Nordlund, S. (2007): *The influence of EU on alcohol policy in a non-EU country*. Journal of substance use. Vol. 12/6.
- Nordlund, S. (2008): *What is alcohol abuse?* Addiction research and theory. Vol. 16/1.
- Nyeng, F. 2012): *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Myklestad, I., Rognerud, M. & Johansen, R. (2008). *Levekårsundersøkelsen 2005. Utsatte grupper og psykisk helse*. (Nasjonalt folkehelseinstitutt-rapport 8/2008). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Pallant, J. (2013): *SPSS Survival Manual*. New York: McGraw-Hill
- Ramstedt, M. (2009): *Alkoholkonsumtion och alkoholrelaterade problem bland äldre svenskar – hur ser det ut egentligen?* Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift vol. 26. nr. 5.
- Rossow, I. (2007): *Trends in alcoholconsumption and alcohol-related harms in Norway around the turn of the millenium*. Nordic Studies on alcohol and drugs 24/2007.
- Ravndal, E. (2008): *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget
- Sandanger, I., Moum, T., Ingebrigtsen, G., Sørensen, T., Dalgard, O.S. og Bruusgaard, D. (1999): *The meaning and significance of caseness: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1999; 34: 53-59.
- SIRUS (2003): *Alkohol – ingen «ordinær» vare – et sammendrag av boken Alcohol: No ordinary Commodity*. Statens Institutt for rusmiddelforskning. Oslo: SIRUS.
- Skog, O-J (2010): *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.



- Skretting, A., Lund, K. E. og Bye, E.K. (red.) (2014): *Rusmidler i Norge 2013 – alkohol, tobakk, vanedannende legemidler, narkotika, sniffing og doping*. SIRUS. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Storvoll, E. og Rossow (2011): *Alkoholrelaterte skader og problemer*. I Skretting, A. og Storvoll, E. (red.). *Utviklingstrekk på rusmiddelfeltet – Grunnlagsmateriale til regjeringens stortingsmelding om rusmiddelpolitikken*. SIRUS-rapport 3/2011. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Storvoll, E., Rossow, I. og Rise, J. (2010): *Alkoholpolitikken og opinionen endringer i befolkningens holdninger til alkoholpolitikken og oppfatninger om effekten av ulike virkemidler i perioden 2005-2009*. SIRUS-rapport 1/2010. Oslo: Statens Institutt for Rusmiddelforskning.
- Støver, M., Bratberg, G., Nordfjærn, T. og Krokstad, S. (2012): *Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag – rapport. I hvor stor grad er bruk/ problematisk bruk assosiert med selvrapportert helse og funksjon?* HUNT Forskningsssenter, Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU.
- Tabachnick, B.G. og Fidell, L.S. (2007): *Using multivariate statistics*. Boston: Person Education.
- Wilhelmsen, M. (2009): *Samordnet levekårsundersøkelse 2008 – tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport*. Statistisk sentralbyrå.
- Wilsnack, S. C., Klassen, A. D., Schur, B. E., & Wilsnack, R. W. (1991): *Predicting onset and chronicity of women's problem drinking: a five-year longitudinal analysis*. American journal of public health, 81(3), 305-318. doi: 10.2105/AJPH.81.3.305
- Østhus, S. (2005): *Befolkningens holdninger til alkoholpolitikken - en analyse av sammenhengen mellom alkoholpolitikken og folkemeningen i perioden fra 1962 og fram til i dag*. SIRUS-rapport 3/2005. Oslo: Staten

# VEDLEGG

## *Vedlegg A - Faktoranalyse av de fire alkoholvariablene*

Variablene som inngår i analysen:

- (A1) Drukket noen form for alkohol?
- (A2) Drukket så mye at følt deg tydelig beruset?
- (A3) Drukket 6 drinker eller mer?
- (A4) Hvor mange alkoholenheter på en typisk drikkedag?

### *Korrelasjonsmatrise:*

	A1	A2	A3	A4
A1	1,00			
A2	0,34	1,00		
A3	0,38	0,76	1,00	
A4	0,09	0,57	0,62	1,00

### *Koeffisienter for kommunalitet:*

	Innledende	Ekstrahert
Drukket noen form for alkohol?	1,00	0,243
Drukket så mye at følt deg tydelig beruset?	1,00	0,787
Drukket 6 drinker eller mer?	1,00	0,842
Hvor mange alkoholenheter på en typisk drikkedag?	1,00	0,589

### *Urotert ekstraksjon som viser forklart varians:*

Komponent	Innledende egenverdier		Utvunnet summer av kvadrert ladninger	
	Total	% av varians (Kumulative%)	Total	% av varians (Kumulative%)
1	2,46	61,54	2,46	61,54
2	0,92	22,99		
3	0,39	9,75		
4	0,23	5,72		

### Screeplottet:



### Faktormatrise for faktorladningene

	Komponent
	1
Drukket noen form for alkohol?	0,493
Drukket så mye at følt deg tydelig beruset?	0,887
Drukket 6 drinker eller mer?	0,918
Hvor mange alkoholenheter på en typisk drikkedag?	0,768

### Variasjon i Cronbachs alfa dersom enkelt variabler fjernes

	Cronbachs alfa dersom variabel fjernes
Drukket noen form for alkohol?	0,904
Drukket så mye at følt deg tydelig beruset?	0,797
Drukket 6 drinker eller mer?	0,775
Hvor mange alkoholenheter på en typisk drikkedag?	0,846

## ***Vedlegg B - Faktoranalyse av variablene i begrepet «angst»***

Variablene som inngår i analysen:

- (Y2) Skjelving
- (Y3) Matthet eller svimmelhet
- (Y4) Nervøsitet, indre uro
- (Y5) Plutselig frykt uten grunn
- (Y6) Stadig redd eller engstelig
- (Y7) Hjertebank, hjerteslag som løper av gårde
- (Y8) Følelse av å være anspent, oppjaget
- (Y9) Anfall av angst eller panikk
- (Y10) Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille

### ***Korrelasjonsmatrise:***

	<b>Y2</b>	<b>Y3</b>	<b>Y4</b>	<b>Y5</b>	<b>Y6</b>	<b>Y7</b>	<b>Y8</b>	<b>Y9</b>	<b>Y10</b>
<b>Y2</b>	1.00								
<b>Y3</b>	0.30	1.00							
<b>Y4</b>	0.29	0.38	1.00						
<b>Y5</b>	0.32	0.30	0.52	1.00					
<b>Y6</b>	0.29	0.32	0.56	0.63	1.00				
<b>Y7</b>	0.32	0.35	0.35	0.34	0.35	1.00			
<b>Y8</b>	0.25	0.37	0.56	0.38	0.43	0.36	1.00		
<b>Y9</b>	0.30	0.33	0.50	0.62	0.59	0.34	0.39	1.00	
<b>Y10</b>	0.22	0.24	0.35	0.31	0.30	0.19	0.36	0.31	1.00

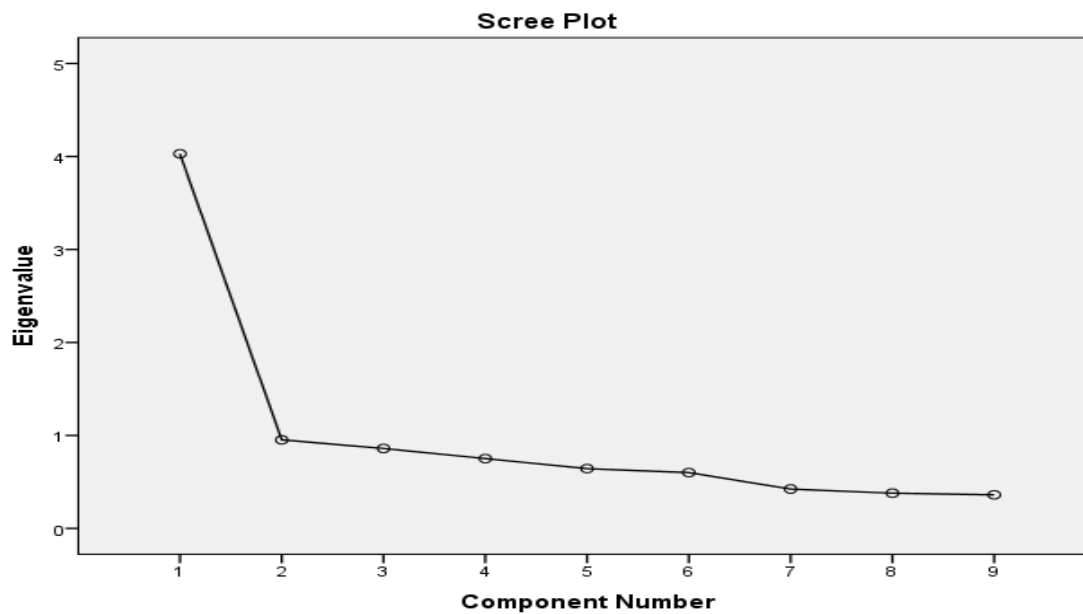
### ***Koeffisienter for kommunalitet:***

	<b>Innledende</b>	<b>Ekstrahert</b>
Skjelving	1.00	0.27
Matthet eller svimmelhet	1.00	0.34
Nervøsitet, indre uro	1.00	0.84
Plutselig frykt uten grunn	1.00	0.59
Stadig redd eller engstelig	1.00	0.60
Hjertebank, hjerteslag som løper av gårde	1.00	0.34
Følelse av å være anspent, oppjaget	1.00	0.47
Anfall av angst eller panikk	1.00	0.57
Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille	1.00	0.28

**Urotert ekstraksjon som viser forklart varians:**

Komponent	Innledende egenverdier		Utvunnet summer av kvadrert ladninger	
	Total	% av varians (Kumulative%)	Total	% av varians (Kumulative%)
1	4.04	44.94	4.044	44.94
2	0.95	10.61		
3	0.85	9.46		
4	0.75	8.30		
5	0.65	7.19		
6	0.59	6.60		
7	0.43	4.73		
8	0.38	4.19		
9	0.36	3.98		

**Scree-plott:**



***Faktormatrise for faktorladningene:***

	<b>Komponent</b>
	1
Skjelving	0.52
Matthet eller svimmelhet	0.58
Nervøsitet, indre uro	0.78
Plutselig frykt uten grunn	0.76
Stadig redd eller engstelig	0.77
Hjertebank, hjerteslag som løper av gårde	0.58
Følelse av å være anspent, oppjaget	0.68
Anfall av angst eller panikk	0.76
Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille	0.53

***Variasjon i Cronbachs alfa dersom enkelt variabler fjernes:***

	<b>Cronbachs alfa dersom variabel fjernes</b>
Skjelving	0.83
Matthet eller svimmelhet	0.82
Nervøsitet, indre uro	0.80
Plutselig frykt uten grunn	0.81
Stadig redd eller engstelig	0.80
Hjertebank, hjerteslag som løper av gårde	0.82
Følelse av å være anspent, oppjaget	0.81
Anfall av angst eller panikk	0.81
Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille	0.83

## ***Vedlegg C - Faktoranalyse av variablene i begrepet «depresjon»***

Variablene som inngår i analysen:

- (Y11) Mangel på energi, alt går langsommere enn vanlig
- (Y12) Lett for å klandre deg selv
- (Y13) Lett for å gråte
- (Y14) Tanker om å ta ditt liv
- (Y15) Dårlig matlyst
- (Y16) Søvnproblemer
- (Y17) Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden
- (Y18) Nedtrykt, tungsindig
- (Y19) Følelse av ensomhet
- (Y20) Tap av seksuell lyst og interesse
- (Y21) Følelse av å være lurt i en felle eller fanget
- (Y22) Mye bekymret eller urolig
- (Y23) Uten interesse for noe
- (Y24) Følelse av at alt er et slit
- (Y25) Følelse av å være unyttig

**Korrelasjonsmatrise:**

	<b>Y11</b>	<b>Y12</b>	<b>Y13</b>	<b>Y14</b>	<b>Y15</b>	<b>Y16</b>	<b>Y17</b>	<b>Y18</b>	<b>Y19</b>	<b>Y20</b>	<b>Y21</b>	<b>Y22</b>	<b>Y23</b>	<b>Y24</b>	<b>Y25</b>
<b>Y11</b>	1.00														
<b>Y12</b>	0.42	1.00													
<b>Y13</b>	0.30	0.41	1.00												
<b>Y14</b>	0.19	0.29	0.22	1.00											
<b>Y15</b>	0.31	0.26	0.26	0.24	1.00										
<b>Y16</b>	0.36	0.31	0.25	0.23	0.30	1.00									
<b>Y17</b>	0.42	0.48	0.35	0.38	0.35	0.41	1.00								
<b>Y18</b>	0.44	0.53	0.37	0.38	0.32	0.40	0.60	1.00							
<b>Y19</b>	0.35	0.43	0.34	0.34	0.34	0.35	0.55	0.55	1.00						
<b>Y20</b>	0.32	0.31	0.23	0.17	0.19	0.26	0.28	0.33	0.29	1.00					
<b>Y21</b>	0.25	0.31	0.21	0.34	0.22	0.25	0.44	0.42	0.38	0.27	1.00				
<b>Y22</b>	0.42	0.53	0.38	0.31	0.28	0.42	0.56	0.60	0.45	0.33	0.41	1.00			
<b>Y23</b>	0.39	0.35	0.27	0.35	0.29	0.28	0.49	0.49	0.43	0.30	0.35	0.40	1.00		
<b>Y24</b>	0.53	0.47	0.32	0.34	0.32	0.37	0.55	0.55	0.45	0.35	0.40	0.54	0.53	1.00	
<b>Y25</b>	0.41	0.43	0.30	0.37	0.31	0.34	0.53	0.49	0.49	0.30	0.38	0.43	0.52	0.54	1.00



**Koeffisienter for kommunalitet:**

	<b>Innledende</b>	<b>Ekstrahert</b>
Mangel på energi, alt går langsommere enn vanlig	1.00	0.40
Lett for å klandre deg selv	1.00	0.47
Lett for å gråte	1.00	0.27
Tanker om å ta ditt liv	1.00	0.27
Dårlig matlyst	1.00	0.24
Søvnproblemer	1.00	0.32
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	1.00	0.60
Nedtrykt, tungsindig	1.00	0.62
Følelse av ensomhet	1.00	0.50
Tap av seksuell lyst og interesse	1.00	0.24
Følelse av å være lur i en felle eller fanget	1.00	0.33
Mye bekymret eller urolig	1.00	0.55
Uten interesse for noe	1.00	0.45
Følelse av at alt er et slit	1.00	0.58
Følelse av å være unyttig	1.00	0.51

**Urotert ekstraksjon som viser forklart varians:**

Komponent	Innledende egenverdier		Utvunnet summer av kvadrert ladninger	
	Total	% av varians (Kumulative%)	Total	% av varians (Kumulative%)
1	6.36	42.38	6.36	42.38
2	0.99	6.60		
3	0.87	5.81		
4	0.84	5.60		
5	0.77	5.12		
6	0.74	4.95		
7	0.65	4.34		
8	0.61	4.05		
9	0.58	3.88		
10	0.52	3.45		
11	0.49	3.26		
12	0.44	2.94		
13	0.40	2.64		
14	0.38	2.55		
15	0.37	2.44		

### Scree-plott:



### Faktormatrise for faktorladningene:

	Komponent
	1
Mangel på energi, alt går langsommere enn vanlig	0.63
Lett for å klandre deg selv	0.68
Lett for å gråte	0.52
Tanker om å ta ditt liv	0.52
Dårlig matlyst	0.49
Søvnproblemer	0.56
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	0.78
Nedtrykt, tungsindig	0.79
Følelse av ensomhet	0.71
Tap av seksuell lyst og interesse	0.49
Følelse av å være lurt i en felle eller fanget	0.58
Mye bekymret eller urolig	0.74
Uten interesse for noe	0.67
Følelse av at alt er et slit	0.76
Følelse av å være unyttig	0.72

*Variasjon i Cronbachs alfa dersom enkelt variabler fjernes:*

	<b>Cronbachs alfa dersom variabel fjernes</b>
Mangel på energi, alt går langsommere enn vanlig	0.89
Lett for å klandre deg selv	0.89
Lett for å gråte	0.89
Tanker om å ta ditt liv	0.89
Dårlig matlyst	0.89
Søvnproblemer	0.89
Følelse av håpløshet med tanke på fremtiden	0.88
Nedtrykt, tungsindig	0.88
Følelse av ensomhet	0.89
Tap av seksuell lyst og interesse	0.89
Følelse av å være lurt i en felle eller fanget	0.89
Mye bekymret eller urolig	0.88
Uten interesse for noe	0.89
Følelse av at alt er et slit	0.88
Følelse av å være unyttig	0.89