



**Samband uppeldis og tengsla barna við foreldra við
upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu og fjölda
vímuefnagreininga**

Hildigunnur Helgadóttir

**Lokaverkefni til BS-gráðu
Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið**



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Samband uppeldis og tengsla barna við foreldra við upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu og fjölda vímuefnagreininga

Hildigunnur Helgadóttir

Lokaverkefni til BS-gráðu í sálfræði
Leiðbeinandi: Ingunn Hansdóttir

Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands
Júní 2012

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BS-gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Hildigunnur Helgadóttir 2012

Prentun: Háskólaprent
Reykjavík, Ísland 2012

Efnisyfirlit

Þakkarorð	5
Útdráttur	6
Inngangur	7
Líkamleg skaðsemi áfengisneyslu	8
Skaðsemi áfengis á heilastarfsemi	9
Sjúkdómar af völdum áfengisneyslu	10
Greining fíknsjúkdóma	11
DSM-IV greiningarviðmið.....	11
ICD-10 flokkunarkerfið.....	13
Áfengisneysla veldur þjóðfélaginu vanda	13
Ölvunarakstur vegna áfengisneyslu	15
Ofbeldisbrot vegna áfengisneyslu	15
Áhættuþættir áfengisneyslu	16
Uppeldisaðferðir	17
Kenning Díönu Baumrind	18
Tengsl eru milli uppeldisaðferða og hættu á misnotkun áfengis	20
Áhrif foreldra og forráðamanna á áfengisneyslu	21
Ungur upphafsaldur við reglulega áfengisneyslu	23
Skaðsemi þess að byrja ungur að neyta áfengis	25
Markmið rannsóknar	27
Aðferð	28
Þátttakendur	28
Mælitæki	29
Framkvæmd	30
Tölfræðileg úrvinnsla	31
Niðurstöður	32
Bakgrunnsbreytur	32
Upphafsaldur áfengisneyslu og fjölda greininga	33
Uppeldisaðferðir og upphaf áfengisneyslu.....	35
Samband foreldra og barns og upphafsaldur áfengisneyslu.....	39
Umræða	43
Heimildir	46

Þakkarorð

Ég vil byrja á að þakka Ingunni Hansdóttur kærlega fyrir þann stuðning sem hún veitti mér við skrif ritgerðarinnar og alla hjálpinu. Bestu þakkir fá einnig Þorkell Örn Ólason fyrir prófarkalestur og aðra aðstoð og Halldór Óli Úlriksson fyrir ómælda þolinmæði í minn garð á meðan á skrifum stóð.

Útdráttur

Hérlendis byrja ungmenni sífelld yngri að neyta áfengis reglulega. Skaðsemi áfengisneyslu er mikil og eru ungmenni hvorki líkamlega né andlega reiðubúin fyrir þau áhrif sem neysla hefur. Áhrif foreldra og forráðamanna geta verið mikil á áfengisneyslu barna og unglunga og dregið úr hættu sem fylgir áfengisneyslu, en þessir þættir eru meðal annars skoðaðir í rannsókninni. Markmið hennar er að kanna hvort aldur við upphaf reglulegrar áfengisneyslu (drekka einu sinni eða oftár í mánuði í 6 mánuði eða lengur) hafi áhrif á fjölda áfengisgreininga, en einnig hvort uppeldisaðferðir og samband foreldra og barns hafi áhrif á upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu. Gögnin voru aftursýn og fengin úr erfðarannsókn SÁÁ og Íslenskrar erfðagreiningar. Fjöldi þátttakenda var 1098 og meðalaldur þeirra var 51 ár. Tilgáturarnar voru prófaðar með dreifigreiningu og sýndu niðurstöður að börn og unglingar sem byrja að neyta áfengis reglulega fyrir 15 ára hafa ekki marktækt færri áfengis- og vímuefnagreiningar í framtíðinni. Aðrar niðurstöður voru að upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu er marktækt hærri hjá börnum sem alast upp þar sem foreldrar, óháð kyni eru mótulega strangir heldur ekki nógu strangir, en upphafsaldur var einnig marktækt hærri þegar móðir var of stöng heldur en ekki nógu stöng. Þá kom einnig í ljós að upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu var marktækt hærri hjá börnum sem töldu samband sitt við móður gott heldur en lélegt og að upphafsaldur var marktækt hærri þegar sambandið var framúrskarandi heldur en sámilegt. Þá var upphafsaldur marktækt hærri hjá þeim sem töldu samband sitt við föður gott heldur en lélegt, en einnig þegar það var framúrskarandi frekar en sámilegt eða lélegt. Því má segja, að upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu tengist uppeldisaðferð og gæðum sambands við foreldra, en hann tengist ekki alvarleika vímuefnavanda seinna á ævinni (fjölda vímuefnagreininga).

Áfengisneysla hefur færst í aukana hér á landi á seinustu árum og sýna tölur af seldum áfengislítrum á hvern íbúa þá gríðalegu aukningu sem orðið hefur, en til að athuga hana nánar eru tölur frá Hagstofu Íslands yfir 18 ára tímabil (1989-2007) athugaðar. Þar kemur í ljós að sala léttvíns hefur aukist úr rúmum 4 lítrum á hvern íbúa í rúma 12 lítra og sala bjórs hefur einnig aukist, eða úr rúmum 27 lítrum upp í rúma 62 lítra. Sala sterks víns hefur aftur á móti minnkað úr rúmum 5 lítrum í 3 lítra á hvern íbúa (Hagstofa Íslands, e.d.). Þróun eins og þessi veldur áhyggjum því áfengisneysla er ekki aðeins skaðleg heilsu fólks heldur eykur hún hættuna á umferðarslysum, sjálfsvígum og auknu ofbeldi innan samfélagsins, en þó að ekki sé hægt að rekja allt slíkt til áfengisneyslu hefur komið í ljós að marktæk lækkun verður á umferðarslysum, sjálfsvígum og ofbeldi eftir því sem áfengisneysla íbúa er minni (Klingemann, 2001).

Ýmislegt þarf að kanna þegar skoða á áfengisvandann bæði hér á landi sem og erlendis og benda Aunola, Stattin og Nurmi (2000) til að mynda á aldur við upphaf reglulegrar neyslu. Í rannsókn þeirra kemur fram að börn sem byrja ung að neyta áfengis, milli 11 og 14 ára, eru í meiri hættu á að þróa með sér vandamál sem tengjast áfengisneyslu en þau börn sem byrja eldri að neyta áfengis. Einnig benda þeir á að börn sem alast að miklu leyti upp við leiðandi uppeldisaðferð, sem felur í sér að foreldrar setji reglur og þeim sé fylgt eftir með vilja barnsins, séu í minni hættu á að þróa áfengisvanda en börn þar sem foreldrar styðjast við aðrar uppeldisaðferðir. Börn sem alast aftur á móti upp við afskiptaleysi foreldra, þar sem foreldra sinna aðeins grunnþörfum barnsins en skipta sér að öðru leyti ekki af því, eru í meiri hættu á að þróa áfengisvanda, eiga einnig erfitt með að aðlagast samfélaginu og eru með háa tíðni hegðunar- og áfengisvandamála (Aunola, Stattin og Nurmi, 2000).

Svo er það annar þáttur sem hefur áhrif á þróun áfengisvanda og felst hann í samveru og gæðum samveru milli barns og foreldra. Ef barni líður vel fremur en illa í návist foreldris er líðan og hegðun þess almennt betri (Smith, 2010) og hættan á að barn þrói vandamál vegna áfengisneyslu sinnar minni. Ef barninu líður aftur á móti illa í návist foreldra, og þá sérstaklega föður, síns eykst hættan á þróun áfengisvanda og líðan barns er almennt verri (Patock-Peckham og Morgan-Lopez, 2007).

Samkvæmt ofangreindu hefur því aldur við upphaf áfengisneyslu, uppeldisaðferðir foreldra og hversu gott eða slæmt samband foreldrar eiga við börn

sín í æsku áhrif á tíðni áfengisvandamála hjá börnum og unglíngum og verða eftirfarandi þættir meðal annars skoðaðir nánar í þessari skýrslu.

Líkamleg skaðsemi áfengisneyslu

Hér á landi voru sett lög um áfengi nr. 75/1998 sem tóku fyrst gildi þann 1. júlí 1998. Tilgangur laganna var að vinna gegn misnotkun áfengis. Samkvæmt þeim er áfengi skilgreint sem hver sá vökvadrykkur sem inniheldur meira en 2,25% vínanda.

Það er ekki að ástæðulausu sem lög eru sett til að sporna við misnotkun áfengis því rekja má 4% allra sjúkdóma á heimsvísu til ofneyslu áfengis (WHO, 2002).

Skaðsemi áfengisneyslu byrjar í móðurkviði því áfengisneysla móður á meðgöngu hefur slæm áhrif á þroska heila fóstursins. Áfengisneyslan getur leitt til vandamála í vitsmunastarfsemi eftir fæðingu sem lýsa sér í minnis- og athyglisvanda og eru slík vandamál meðal annars áhættuþættir fyrir áfengisvanda (Baer, Sampson, Barr, Connor og Streissguth, 2003). Það er þó ekki aðeins áfengisneysla barnshafandi kvenna sem getur leitt til vandamála í vitsmunastarfsemi því mikil og langvarandi neysla á unglingsárum getur einnig leitt til slíks vanda (Windle, Spear, Fuligni, Angold, Brown, Pine o.fl., 2009).

En ef við snúum okkur aftur að neyslu barnshafandi kvenna, þá hefur komið í ljós að mikil neysla áfengis á meðgöngu getur að auki leitt til þess að barn fái sjúkdóm sem nefnist áfengisheilkenni fósturs (*Fetal Alcohol Syndrome*) (Thomas, Warren og Hewitt, 2010). Einkenni sjúkdómsins eru að andlitsdrættir og líkamsvöxtur barnsins eru ólíkir heilbrigðum börnum og miðtaugakerfi þess er skaðað. Andlitsdrættirnir eru ólíkir heilbrigðum börnum á þann hátt að augu þeirra eru minni, efri vör er flatari og nefið uppbrett. Líkamsvöxtur þeirra er ólíkur á þann hátt að þau fæðast óeðlilega lítil miðað við meðgöngutíma og sköddun miðtaugakerfis felst í því að líffæri barnanna þróast ekki eðlilega og þau hafa færri frumur í heila, en það getur valdið greindarskerðingu, hegðunarerfiðleikum og námsörðugleikum hjá þeim (Thomas, Warren og Hewitt, 2010).

Skaðsemi áfengis á heilastarfsemi

Þó að skaðsemi áfengisneyslu barnshafandi kvenna sé mikil þá hefur áfengi ekki síður skaðleg áhrif á alla þá einstaklinga sem neyta þess óháð aldri, því áfengi hefur líkt og önnur lyf áhrif á ýmis taugaboðefni í heila (Hammoumi, Naassila og Daoust, 1997). Áfengi er í raun ávanabindandi lyf sem breytir heilastarfseminni með taugaboðefninu serótónin (Sari, Johnson og Weedman, 2011) en þó áhrif serótónins séu enn nokkuð óljós eru vísbendingar um að vöntun á taugaboðefninu í heila leiði til þess að einstaklingar leiti frekar í neyslu áfengis en þeir einstaklingar sem ekki vantar serótónin taugaboðefnið (Zwaluw o.fl., 2010).

Aðrar rannsóknir sem kannað hafa uppbyggingu heila og heilastarfsemi einstaklinga sem neytt hafa mikils áfengis í langan tíma sýna að heilaryrnun eigi sér stað sem og rýrnun í glúkósanýtingu í heila (Eckardt o.fl., 1998). Þá verður miðtaugakerfið einnig fyrir skaða því krufning og rannsóknir á heila fólks sem neytt hefur mikils áfengis í langan tíma benda til þess að miðtaugakerfið skaðist varanlega vegna mikillar drykkju í langan tíma (Courville, 1955; Kril, Halliday, Svoboda, Cartwright, 1997).

Breytingar á efnaboðum heilans eiga sér einnig stað um leið og áfengis eða annarra vímuefna er neytt og hefur áhrif á taugaboðefnin og þá taugaboðsviðtaka sem taugaboðin eru send til (Clapp, Bhave og Hoffman, 2008). Breytingarnar á efnaboðum heilans eru í fyrstu skammvinnar og fara eftir því hvaða áhrif áfengið eða vímuefnið sem neytt er hefur á heilann, en síendurtekin notkun slíkra efna veldur varanlegum breytingum á starfsemi taugaboða sem veldur því að einstaklingurinn sem neytir þeirra er líklegri en sá sem ekki neytir slíkra efna til að þróa fíknmyndun með sér (Clapp, Bhave og Hoffman, 2008). Þá hefur áfengisneysla einnig áhrif á taugaboðefnin GABA og serótónin í heila sem veldur aukinni áhættusækni og árásargirni hjá einstaklingum þegar þeir neyta áfengis eða annarra vímuefna (Lee og Forsythe, 2011).

Þegar litið er til þeirra áhrifa sem neysla áfengis getur valdið mönnum segja margir að þeir hafi upplifað minnisleysi þegar þeir neyttu mikils magns áfengis, en minnisleysi er algeng aukaverkun mikillar áfengisneyslu og verður vegna skemmda á ennisblaði og dreka í heila. Minnisleysi lýsir sér á þann hátt að einstaklingurinn sem neytir áfengis er fær um að taka þátt í hversdagslegum athöfnum og samtölum en vandinn liggur í því að hann man ekki eftir því seinna að hafa tekið þátt í þessum

athöfnum (White, 2003). Minnisleysi er talið mun algengara meðal einstaklinga sem drekka í félagsskap annarra og upplifa konur frekar minnisleysi þrátt fyrir að karlar drekki marktækt oftar og meira en konur. Mikil áfengisdrykkja ein og sér getur þó ekki valdið minnisleysinu, heldur þarf að taka tillit til þátta eins og þeirra hvort drukkið sé á tóman maga eða hvort áfengis sé neytt hratt eða hægt. Sá kynjamunur sem kemur fram í upplifun minnisleysis stafar af því á hversu misjafnan hátt karlar og konur brjóta áfengi niður líffræðilega (White, 2003).

Þá er vert að benda á þau líkamlegu og sálrænu einkenni sem áfengisneysla getur valdið þar sem aðallega hefur verið rætt um sértækar skemmdir í heila af völdum áfengisdrykkju hingað til. En algengt er, þegar einstaklingur ákveður að draga úr eða hættu áfengisneyslu sinni, að hann finni bæði fyrir líkamlegum og sálrænum fráhrarfseinkennum, en helstu klínísku líkamlegu einkennin eru: skjálfti, hraður hjartsláttur, hækkaður blóðþrýstingur og svitaköst og í alvarlegustu tilvikunum geta fráhrarfseinkennin leitt til ofskynjana eða ranghugmynda. Sálræn fráhrarfseinkenni leiða aftur á móti til breytinga á tilfinningum og valda meðal annars píringi, æsingi, kvíða, vanlíðan eða svefntruflunum. Líkamlegu einkennin hverfa oftast innan nokkurra daga en sálrænu einkennin geta varað lengur (Becker, 2008).

Í lokin er rétt að benda á að þær rannsóknir sem gerðar hafa verið á einstaklingum sem misnota áfengi og eru haldnir alkóhólisma sýna að sú erfðafræðilega skýring sem gefin er á tilhneigingunni til áfengismisnotkunar sé flókin svipgerð. Skilgreining á sjúkdómnum alkóhólismi er að það er erfðafræðilega flókið ástand þar sem erfðamynstrið bendir til þess að fleiri en einn arfberi sé orsakavaldur alkóhólisma (Aston og Hill, 1990) og svipgerð er safn einkenna sem mótast af arfgerð og umhverfi (Vigdís Stefánsdóttir, e.d.). En til að sýna enn betur hversu flókin þessi svipgerð er þá hafa COGA, samtökin sem sérhæfa sig í að rannsaka erfðaboð í heila einstaklinga sem þjást af sjúkdómnum alkóhólisma, ekki séð sér fært að útskýra þá erfðafræðilegu tilhneingingu sem áfengismisnotkunin leiðir til (Cook, 2000).

Sjúkdómar af völdum áfengisneyslu

Eins og áður er getið hefur áfengisneysla skaðleg áhrif á heilann en það eru ekki einu skaðlegu áhrifin sem hún veldur því mikil áfengisneysla hefur einnig skaðlega áhrif á lifrina og er ein helsta orsök lifrarsjúkdóma (WHO, e.d.-a). Áfengisneysla veldur meðal annars skertri lifrarstarfsemi og getur leitt til þróunar á alvarlegum sjúkdómi

sem nefnist skorpulifur (*hepatic encephalopathe*) (WHO, e.d.-a). Greining á vefjum í heila einstaklinga sem þjást af skorpulifur sýna að breytingar verða á skipulagi taugafrumna fremur en að taugafrumur eyðileggist. Sambandi heilastarfsemi og lifrar er þannig háttað að eðlileg heilastarfsemi getur aðeins átt sér stað ef lifrin virkar eðlilega. Dæmi um samvinnu lifrar og heila er að lifrin gefur heilanum meðal annars ákveðin næringarefni sem hann þarfnast til að geta starfað eðlilega og hreinsar efni úr blóðinu sem gætu valdið heilafrumum skaða (Butterworth, 2003).

Fleiri sjúkdómar af völdum áfengisneyslu geta þróast og má nefna Wernicke-Korsakoffssjúkdóminn (*WKS*), en hann stafar af B-vítamínskorti (*Thiamine*) og um 80% einstaklinga sem þjást af alkóhólisma skortir B-vítamín sökum lélegra matarvenja og leggst þessi sjúkdómur því oft á þessa einstaklinga. Þess ber að geta að B-vítamín er ómissandi næringarefni fyrir vefi heilans og getur mannlíkaminn ekki framleitt vítamínið sjálfur heldur þarf það að koma úr matvörum eins og svínakjöti, fuglakjöti og hrísgrjónum. WKS-sjúkdómurinn hefur áhrif á allt líffærakerfið, en taugafrumur og hjarta virðast sérstaklega næm fyrir áhrifum B-vítamínsskorts. Sjúkdómurinn er samsettur af tveimur aðskildum heilkennum og heitir fyrri heilkennið Wernicke. Það getur leitt til lífshættulegrar röskunar á taugakerfinu og eru helstu einkenni þess að fólk á erfiðara með samræmdar hreyfingar og lömum verður í taugum sem stjórna augnhreyfingum. Seinna heilkennið heitir Korsakoff og getur leitt til langvarandi taugafræðilegra heilkenna sem einkennast af óeðlilegri hegðun og minnisskerðingu (Martin, Singleton og Hiller-Sturmhöfel, 2003).

Greining fiknsjúkdóma

Nú er stuðst við tvö kerfi hér á landi þegar greina á fiknsjúkdóma og heitir annað þeirra DSM-IV greiningarviðmið en hitt ICD-10 flokkunarkerfi.

DSM-IV greiningarviðmið

Áfengis- og vímuefnasjúkdómar eru nú greindir samkvæmt viðurkenndum alþjóðlegum aðferðum fjórðu útgáfu DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). DSM-IV er handbók með upplýsingum um geðsjúkdóma og greiningum sem gefin er út af bandaríska geðlæknafélagið APA (*American Psychiatric Association*). DSM-IV flokkar áfengisfikn sem sjúkdóm og skiptir honum

í tvennt, annars vegar áfengissýki (*alcohol dependence*) og hins vegar ofneyslu áfengis (*alcohol abuse*).

Til að fá greiningu á ofneyslu áfengis (*alcohol abuse*) þarf að uppfylla eitt eða fleiri af neðangreindum skilyrðum síðastliðna 12 mánuði:

- 1) Síendurtekin neysla áfengis sem leiðir til þess að viðkomandi getur ekki staðið undir því sem hann þarf að gera varðandi vinnu, skóla og heimili.
- 2) Síendurtekin neysla áfengis í hættulegum aðstæðum, t.d. við akstur eða í vinnu.
- 3) Kemst síendurtekið í kast við lögreglu eða dómskerfi vegna neyslunnar.
- 4) Heldur neyslu áfram þó að hún valdi stöðugum eða síendurteknum félagslegum vandamálum og samskiptaerfiðleikum.

Til að fá greiningu fyrir áfengissýki (*alcohol dependence*) þarf að uppfylla þrjú af sjö neðangreindum skilyrðum á seinustu 12 mánuðum.

- 1) Aukið þol
 - a) Þörf fyrir að drekka verulega aukið magn af áfengi til að verða ölvaður eða fá fram þau áhrif sem óskað er eftir.
 - b) Áberandi minni áhrif fást þegar sama áfengismagn er notað hverju sinni.
- 2) Fráhvarf
 - a) Þarf tvö eða fleiri eftirfarandi einkenni; skjálfti, svefnleysi, kvíði, óróleiki, ofskynjanir, krampi, sviti eða hraður hjartsláttur.
 - b) Áfengi eða eitthvert náskylt efni eins og róandi lyf er notað til að laga eða forðast áfengisfráhvarf.
- 3) Neyslan verður meiri og tekur lengri tíma en áætlað var.
- 4) Viðvarandi löngun eða misheppnaðar tilraunir til að draga úr neyslunni.
- 5) Miklum tíma er eytt í að verða sér úti um áfengi, neyta áfengis og jafna sig eftir áfengisneyslu.
- 6) Vanrækir fjölskyldu og vinnu vegna drykkjunnar og hættir að stunda heilbrigðar venjur og tómstundir.
- 7) Neyslu áfengis er haldið áfram þó svo að viðkomandi gerir sér grein fyrir því að neyslan valdi viðvarandi líkamlegum og andlegum veikindum.

ICD- 10 flokkunarkerfið

ICD-10 flokkunarkerfið er staðlað alþjóðlegt sjúkdómsgreiningarkerfi sem er notað í klínískum tilgangi og til greiningar á heilbrigðissviði. Það greinir meðal annars heilsufar þjóðfélagsins, útbreiðslu sjúkdóma og flokkar sjúkdóma sem og önnur heilsufarsvandamál (WHO, World Health Organization, e.d.-b).

Innan ICD-10 eru tveir flokkar fyrir áfengisneyslu. Annar flokkurinn heitir ICO-10; *harmful use* eða skaðleg neysla og til að greina einstakling eftir því þarf að vera augljóst að áfengisneyslan sé farin að hafa neikvæð áhrif á heilsu og líf hans og eru einkennin flokkuð og skilgreind eftir geð- og líkamsheilsu einstaklinga. Hinn flokkurinn heitir ICD-10: *dependence syndrome* eða fíknisjúkdómur og til að greina einstakling eftir þessu kerfi þarf áfengisneysla hans að hafa forgang yfir aðra hegðun sem honum var áður mikilvæg og að hegðun hans einkennist af sterkri og yfirþyrmandi löngun í áfengi. Til að greina einstakling eftir öðrum hvorum flokknum innan ICD-10 þarf hann að hafa haft þrjú eða fleiri einkenni á sama tíma af samtals sex upptöldum einkennum á seinustu árum, en einkennin eru mjög svipuð þeim sem talin voru upp í DSM-IV greiningarviðmiðunum (WHO, World Health Organization, e.d.-c).

Áfengisneysla veldur þjóðfélaginu vanda

Útgjöld sem áfengis- og vímefnaneysla veldur þjóðfélaginu nemur á bilinu 1,7 til 2,9 milljóna króna á ári hverju, en inni í þeim tölum eru ekki greiðslur sem snúa að útgjöldum neytandans sjálfs, þolandans né aðstandenda (Þórdís L. Gísladóttir, 2007). Þegar útgjöld vegna barna- og unglínganeyslu eru skoðuð kemur í ljós í ársriti SÁÁ (2010) að árið 2009 hafi SÁÁ ráðstafað 102 milljónum í meðferð fyrir unglíngum undir 19 ára aldri. Þetta á þó ekki aðeins við um íslenskt samfélag því ef litið er til Bandaríkjanna var kostnaður vegna barna- og unglínganeyslu árið 2001 mikill og sem dæmi fóru 18 milljarðar Bandaríkjadala til framleiðslu áfengis. Einnig er áætlað að drykkja barna og unglíngum undir lögaldri nemi 16,2% af heildarsölu áfengis í Bandaríkjunum og að rekja megi ofbeldi, ölvunarakstur, eignaspjöll og sjálfsvíg til vanda tengdum áfengisneyslu þessa aldurshóps og nam heildarkostnaðurinn vegna slíkra vandamála árið 2001 rúmum 61 milljarði Bandaríkjadala. Inni í þeirri tölu er kostnaður sem snýr að lækniþjónustu, ummönnun, vinnumissi og annars kostnaðar sambærilegra þátta en mestur varð kostnaður vegna ofbeldisverka, eða rúmum 34

milljarðar og rúmir 13 milljarðar vegna umferðarslysa (Miller, Levy, Spicer og Taylor, 2006).

Hér á landi er stærsti hluti þess kostnaðar sem þjóðfélagið tekur á sig vegna áfengis- og vímuefnavanda vegna ótímabærs dauða eða örorku. Stór hluti dauðsfalla verður hjá ungum einstaklingum sem samfélagið hefur kostað til menntunar og eru í blóma lífsins og þetta veldur meðal annars framleiðslutapi fyrir þjóðfélagið (Ari Matthíasson, 2010), en samkvæmt útreikningum Ara Matthíassonar (2010) kemur fram að skaði þjóðfélagsins sé mestur ef tvítugur einstaklingur deyr því hann hefur líklega tekið út fulla fjárfestingu í menntun, en ekki skilað neinni framleiðslu til þjóðfélagsins.

Þjóðfélagslegur vandi vegna áfengis- og vímuefnaneyslu er ekki séríslenskt fyrirbæri og á fyrri hluta árs 2010 var heimsþing Alþjóðaheilbrigðismála-stofnunarinnar haldið þar sem fram kom að skaðsemi áfengisneyslu sé og muni halda áfram að vera alþjóðlegt vandamál og að sporna þurfi við þróun vandans með viðeigandi viðbrögðum og alþjóðlegum leiðbeiningum. Einnig kom fram að auka þurfi alþjóðlegt samstarf til að styðja og bæta aðgerðir um allan heim (WHO, World Health Organization, 2010).

Hérlandis hafa ýmis félög og samtök verið stofnuð á síðari árum til að koma til móts við þann vanda sem áfengisneysla veldur einstaklingi og hans nánasta umhverfi sem og þjóðfélaginu í heild sinni. Ein slík samtök sem starfsrækt eru hér á landi við gott orðspor eru SÁÁ, Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. Í ársriti SÁÁ (2010) segir að aðalmarkmið samtakanna sé að útrýma fordómum og vanþekkingu á áfengisvandanum og fræða fólk um eðli sjúkdómsins og hafa áhrif á viðhorf almennings með fræðslu á honum. Samtökin vinna í grófum dráttum á þann hátt að allir þeir einstaklingar sem leita sér aðstoðar fá markmið við hæfi og reynt er að vinna með einstaklingnum með hliðsjón af honum sjálfum, en þess ber að gæta að áfengis- og vímuefnavandi birtist í ólíkum myndum og er flókinn þar sem hann getur birst sem sjúkdómur, slys eða fjölskylduvandamál (Þórarinn Tyrfingsson, 2007). Í fæstum tilfellum ná áfengissjúklingar þó árangri í sinni fyrstu meðferð því aðeins 16% einstaklinga hafa hætt allri neyslu áfengis og vímuefna 28 mánuðum eftir að fyrstu meðferð lauk og meirihluti sjúklinganna, eða 56% karla og 59% kvenna voru byrjuð aftur í neyslu 16 mánuðum seinna og voru enn í neyslu 28 mánuðum eftir útskrift (Kristinn Tómasson og Vaglum, 1997).

Ölvunarakstur vegna áfengisneyslu

Eins og áður segir er stærsti kostnaður þjóðfélagsins vegna dauðsfalla af völdum áfengisneyslu og því er vert að benda á að ölvunarakstur er önnur algengasta orsök banaslysa í umferðinni hér á landi og rekja má 12% alvarlegra umferðarslysa til ölvunaraksturs (Rannsóknarnefnd umferðarslysa, 2008). Ítarlegri tölfræði yfir umferðarslys hér á landi má nálgast á vef Umferðarstofu sem birtir árlega skýrslu um umferðarslys á Íslandi. Í skýrslu frá árinu 2010 eru upplýsingar um ölvunarakstur og kemur í ljós að hlutfall slysa með meiðslum vegna ölvunaraksturs var 5% af heildarfjölda slysa árið 2010, en 44 slys urðu vegna ölvunarakstur af alls 882 slysum. Þess ber þó að geta að hlutfallið hefur lækkað seinustu ár og til samanburðar var hlutfall slysa með meiðslum vegna ölvunaraksturs 6,8% árið 2008 (Umferðarstofa, 2010). Eins og áður segir urðu 44 slys árið 2010 vegna ölvunarakstur, en inni í þeirri tölu voru 2 banaslys, 8 alvarleg slys og 34 minniháttar slys (Umferðarstofa, 2010). Fjöldi slasaðra einstaklinga af völdum ölvunaraksturs árið 2010 var aftur á móti 59 einstaklingar alls, þar af létust 3 einstaklingar, 9 slösuðust alvarlega og 47 slösuðust lítið (Umferðarstofa, 2010).

Þegar aldurskipting ölvaðra ökumanna árið 2010 er skoðaður sést að 28% einstaklinga á aldrinum 25 til 40 ára ollu slysi og 28% einstaklinga á aldrinum 41 til 64 ára, en aðrir aldursflokkar voru með töluvert lægri prósentutölu og yngsti einstaklingurinn sem olli slysi vegna ölvunaraksturs var 15 ára gamall (Umferðarstofa, 2010). Þegar slys af völdum ölvunaraksturs eru skoðuð eftir kyni kemur bersýnilega í ljós að karlar valda mun fleiri slysum en konur því þeir ollu alls 36 slysum af alls 44 árið 2010, þar af tveimur banaslysum, en konur 8 slysum af 44 alls og ekkert þeirra olli dauðsfalli. Þegar litið er á heildartölu slysa hvers árs fyrir sig frá árinu 2001 til 2010 hjá ölvuðum ökumönnum sem valda meiðslum eða dauða í umferð sést að flest slys áttu sér stað árið 2008, eða 74 slys en fæst voru slysin árið 2005, alls 34 talsins (Gunnar Geir Gunnarsson, Kristín Björg Þorsteindóttir og Þorbjörg Jónsdóttir, 2010).

Ofbeldisbrot vegna áfengisneyslu

Ofbeldisbrot koma ef til vill upp í huga margra þegar rætt er um afleiðingar áfengisneyslu og er það ekki að ástæðulausu því aukin hætta er á slíkum brotum þegar áfengis er neytt því tengsl eru á milli áfengisneyslu og ofbeldisbrota (Gísli H.

Guðjónsson og Hannes Pétursson, 1990). Rannsóknir (Parrott og Giancola, 2004; Foran og O'Leary, 2008) sem kanna heimilisofbeldi sýna til að mynda að sterk tengsl eru á milli reiði, áfengisneyslu og ofbeldis gegn maka, þ.e. þeir sem eru reiðir og undir áhrifum áfengis eiga það frekar til að beita maka sinn ofbeldi. Þessi tengsl milli ofbeldisbrota og áfengisneyslu sjást einnig bersýnilega þegar heimilisaðstæður og bakgrunnur íslenskra fanga er skoðaður því íslensk rannsókn leiddi í ljós að margir íslenskir fangar sem sitja meðal annars inni fyrir ofbeldisbrot hafa búa við erfið skilyrði og einnig kemur fram að áfengis- og vímuefnamisnotkun fer sífellt vaxandi meðal fanga hér á landi (Helgi Gunnlaugsson og Falliher, 2000). Þetta er að sjálfsögðu mikið áhyggjuefni og því má bæta við að komið hefur í ljós að við innkomu fanga til afplánunar greinast 70% þeirra með áfengis- og vímuefnavanda (Sturla B. Johnsen, 2009).

Áhættuþættir áfengisneyslu

Áhættuþáttur er hugtak sem notað er í læknávisindum, sálfræði og félagsfræði og er lykilhugtak í forvarnarstarfi. Hugtakið gefur til kynna hvaða þáttur eða þættir séu líklegir til að skapa þann vanda sem verið er að reyna að koma í veg fyrir. Það ber þó að hafa í huga að áhættuþættir auka aðeins líkurnar á vandamáli en eru ekki óumflýjanleg orsök þess (Einar G. Jónsson, 2001a).

Í ljós hefur komið að erfiðir eru einn af áhættuþáttum áfengisneyslu og kom fyrsta vísindalega vísbending þess að sjúkdómurinn alkóhólismi sé arfgengur fram árið 1972, en þar segir að börn foreldra sem eru alkóhólistar séu líklegri en önnur börn til að verða sjálf alkóhólistar þegar þau eldast (Schuckit, Goodwin og Winokur, 1972). En eins og áður hefur komið fram er skilgreiningin á alkóhólisma sú að það sé erfðafræðilega flókið ástand þar sem erfðamynstrið bendi til þess að fleiri en einn arfberi sé orsakavaldur alkóhólisma (Aston og Hill, 1990).

Þar sem erfiðir eru einnig einn af áhættuþáttunum hafa þær verið mikið rannsakaðar og er vinsælt að kanna áhrif erfða með tvíburarannsóknunum, en þá eru eineggja tvíburar og tvíeggja tvíburar rannsakaðir og bornir saman. Vinsældir slíkra rannsókna stafa af því að eineggja tvíburar eru erfðafræðileg eftirmynd hvor annars og ef eineggja tvíburar sem ekki hafa alist upp í sama umhverfi og hafa ekki samgang sín á milli eru líkari hvor öðrum en tvíeggja tvíburar sem alist hafa upp í sama

umhverfi gegna erfðir stóru hlutverki og hafa meiri áhrif á atferli og eiginleika en umhverfið (Goodwin, 1979).

Þó að stór þáttur áhættu stafi af erfðum eru umhverfisþættir eins og hegðun foreldra einnig stór þáttur í hættu á þróun áfengisvanda, því að börn hafa tilhneigingu til að tileinka sér sömu hegðun og foreldrar þeirra sýna. Hegðun foreldra getur til að mynda ýtt undir aukna eða áframhaldandi áfengisneyslu barns ef þeir reyna ekki að stöðva eða draga úr neyslu barns eftir að neyslan er farin að valda því vanda. Dæmi um slíkan vanda er ef unglingurinn keyrir undir áhrifum áfengis eða hættir að stunda nám vegna áfengisneyslu sinnar (Miller, Levy, Spicer, Taylor, 2006).

Samvera og gæði samveru milli barns og foreldra er enn einn áhættuþátturinn fyrir þróun áfengisvanda. Rannsókn (Þórarinn Tyrfingsson, o.fl., 2010) á samveru foreldra sem eiga við áfengisvanda að stríða, við börn sín leiddi í ljós að mikil samvera foreldra og barna auki hættuna á að barn þrói áfengisvanda með sér. Hættan er svo talin meiri þegar mikil samvera er hjá börnum af báðum kynjum við móður sína fremur en mikil samvera barna við föður sinn, en mesta hættan á að barn þrói áfengisvanda með sér er þegar mikil samvera er milli móður og dóttur (Þórarinn Tyrfingsson o.fl., 2010).

Uppeldisaðferðir

Ekki er langt síðan uppeldi barna fór að mestu fram í formi leiðsagnar þeirra sem eldri voru. Þannig fengu nýbakaðir foreldrar leiðsögn frá foreldrum sínum, systur og eldra fólki. Á seinustu 30 árum hefur þó orðið veruleg breyting á því nú er mun auðveldara að kynna sér uppeldisaðferðir af bókum, tímaritum, af internetinu eða frá aðilum sem hafa sérþekkingu á sviði uppeldisaðferða. Fræðileg þekking á uppeldi barna á þó enn langt í land þó að mikil þróun hafi orðið og með aukinni samkeppni á sviði fræðilegra rannsókna á uppeldisaðferðum barna verðum við æ upplýstari um hvaða aðferðir skila góðum árangri og hverjar ekki (Smith, 2010).

Nokkrar uppeldisaðferðir hafa verið meira áberandi en aðrar síðustu ár og eiga þær það allar sameiginlegt að vera nefndar eftir kenningu Díönu Baumrind. Ein þessara aðferða hefur skilað mjög góðum árangri samkvæmt rannsóknum (Steinberg, Elmen og Mounts, 1989; Fletcher og Jefferies, 1999; Gray og Steinberg, 1999; Steinberg, Lamborn, Dornbusch og Darling, 1992; Steinberg, 2001; Steinberg og Morris, 2001) og kallast sú aðferð leiðandi uppeldisaðferð. Foreldrar barna sem beita

Þessari aðferð leitast við að sýna barninu aðhald, eftirlit og umhyggju (Lamborn, Mounts, Steinberg og Dornbusch, 1991). Önnur uppeldisaðferð sem foreldrar hafa reynt að fylgja seinustu ár kallast skipandi uppeldisaðferð, en þar reyna foreldrar að beita miklum aga og fylgja hlýðni á reglum alltaf eftir (Lamborn, Mounts, Steinberg og Dornbusch, 1991). Þriðja aðferðin nefnist undanlátssöm uppeldisaðferð, en þar setja foreldrar fáar reglur og skipta sér ekki mikið af barninu (Lamborn, Mounts, Steinberg, og Dornbusch, 1991). Svo eru það börn sem alast upp við afskiptaleysi, en þar skipta foreldrar sér lítið sem ekkert af barninu eða uppeldi þess (Lamborn, Mounts, Steinberg og Dornbusch, 1991).

Það er þó ekki alltaf sem foreldrar barna eru sammála um hvaða uppeldisaðferð eigi að fylgja og nú á tímum eru mörg börn sem búa ekki hjá báðum foreldrum vegna skilnaðar eða annarra ástæðna. Þá eru meiri líkur á árekstrum sem geta leitt til þess að foreldrar noti sitthvora aðferðina til að ala barnið upp. Í síkum tilvikum koma börn verst út þegar móðir þess er afskiptalaus gagnvart uppeldinu og faðir þess beitir annað hvort undanlátssamri uppeldisaðferð eða er einnig afskiptalaus gagnvart uppeldinu. Barn kemur aftur á móti best út þegar báðir foreldrar beita leiðandi uppeldisaðferð, eða þegar aðeins annað foreldri beitir leiðandi uppeldisaðferð en hitt foreldrið beitir undanlátssemi (Simons og Conger, 2007).

Þar sem niðurstöður rannsókna (Lamborn, Mounts, Steinberg og Dornbusch, 1991) benda til þess að uppeldisaðferðir hafi áhrif á framtíðarhorfur barns er áhugavert að kanna þær enn frekar út frá fleiri sjónarhornum.

Kenning Diónu Baumrind

Samkvæmt kenningu Diónu Baumrind um uppeldisaðferðir geta foreldra haft áhrif á framtíðarhorfur barns og hvort barn fylgi ráðleggingum foreldra eftir (Baumrind, 1978). Baumrind segir að hvert foreldri noti sína uppeldisaðferð en áhrif foreldra á barnið skiptast í fjórar víddir.

Þetta útskýrir Baumrind frekar og segir að uppeldisaðferðirnar flokkist eftir eiginleikum foreldra til að sýna börnum hlýju og aga, en þessir eiginleikar skapa formgerð víddanna fjögurra, sem eru: leiðandi uppeldisaðferð (*authoritative parenting*), skipandi uppeldisaðferð (*authoritarian parenting*), undanlátssamt foreldri (*permissive parent*) og afskiptalaust foreldri (*uninvolved parent*). Það eru svo viðbrögð foreldra við gjörðum barnsins sem vísa til þeirra krafna sem foreldrar gera

til barna sinna. Misjafnar kröfur geta meðal annars falið í sér hversu mikið eftirlit foreldrar hafa með barninu, eða hvernig þau aga það eða taka á þeim vanda sem skapast ef barnið óhlýðnast þeim reglum sem foreldrar hafa sett (Baumrind, 1978). Hér fyrir neðan verður farið nánar yfir hverja og eina vídd uppeldisaðferðar Baumrind.

Í leiðandi uppeldisaðferð (*authoritative parenting*) leitast foreldrar við að sýna barninu mikla hlýju og hvetja það til sjálfstæðrar og rökréttar hugsunar. Þau hvetja barnið einnig til að hafa skoðanir og ýta undir rökræður ef barnið er ekki sammála stefnu foreldra. Þau vilja einnig að barnið hafi sjálfstæðan vilja og útskýra fyrir því tilgang þeirra reglna sem þau setja barninu. Foreldrar ýta undir og meta bæði leikræna tjáningu og hæfileika til að leika á hljóðfæri og vilja ekki hefta barnið með takmörkunum. Foreldrar framfylgja sínum sjónarmiðum í uppeldinu en taka tillit til vilja barnsins og hæfileika þess (Baumrind, 1991). Helstu einkenni barna sem alast upp eftir þessari aðferð eru að þau eru lífleg, hamingjusöm, sjálfsörugg varðandi eigin getu til að leysa verkefni og hafa góða stjórn á eigin tilfinningum (Baumrind, 1991). Þau hafa einnig náð góðum tókum á félagslegri færni og hafa fá hegðunar- og tilfinningavandamál (Lamborn, Mounts, Steinberg og Dornbusch, 1991).

Í skipandi uppeldisaðferð (*authoritarian parenting*) veita foreldrar minni hlýju en í leiðandi uppeldisaðferð og krefjast mikils aga. Aðferð skipandi uppeldis felur í sér að foreldrar reyni að móta og stjórna viðhorfi og hegðun barns og vilja að þessir þættir séu í samræmi við algenga staðla innan þjóðfélagsins. Foreldrar trúa því að það sé barninu fyrir bestu að hafa takmarkað sjálfstæði og það er látið bera ábyrgð inn á heimilinu svo að það virði verðmæti vinnunnar. Foreldrar líta svo á að til að barn hlýði reglum þurfi foreldrar að fylgja þeim reglum eftir sem þau hafa sett með öflugum eftirliti og aðgerðum sem fela í sér að draga úr vilja og trú barnsins þegar hegðun barns stangast á við það sem foreldrar telja að sé rétt hegðun. Foreldrar vilja ekki rökræða við barnið heldur á það að taka orð þeirra fyrir því sem réttast er (Baumrind, 1991). Einkenni barna þar sem foreldra reyna að fylgja þessari stefnu er að þau eru kvíðin, hlédræg, óhamingjusöm og ráða illa við skap sitt. Þetta lýsir sér í því að stúkur eru líklegar til að gefast upp á verkefnum og drengir eiga það til að vera óvinveittir öðrum. Þeim gengur aftur á móti vel í bóklegum hluta skóla og ná góðum tókum á félagslegri færni og þau eru ólíkleg til að neyta eiturfja, vinna skemmdarverk eða eiga við áfengismisnotkun að stríða (Baumrind, 1991).

Sú hegðun sem undanlátssamir foreldrar (*permissive parents*) sýna oftast er að veita mikla hlýju en krefjast lítils aga. Þau refsa barninu ekki og barnið stjórnar eigin hegðun að mestu sjálft. Foreldrar sýna einnig litla staðfestu gagnvart hugmyndafræði barnsins líkt og hvötum, þrám eða hegðun þess þó að þau séu mótfallin eða telji þá hugmyndafræði ranga. Foreldrar eiga það oft til að leita ráða hjá barninu þegar taka á ákvarðanir um reglur innan sem utan heimilis og gera litlar kröfur um að barnið sýni góða hegðun og ábyrgð hvort sem það á við þjóðfélagið eða heimilið. Foreldrar útskýra þó þær fáu reglur sem gilda en reyna ekki að öðru leyti að haga sér sem fyrirmynd barnsins (Baumrind, 1991). Einkenni barna sem alast upp hjá undanlátssömum foreldrum er að þau eiga erfitt með að stjórna eigin tilfinningum, sýna andfélagslega hegðun, eru uppreisnargjörn, mótþróafull og óhlýðin. Þau sýna einnig litla þrautseigju í krefjandi verkefnum (Baumrind, 1991). Þau hafa þó sterka sjálfmynd en fleiri úr þeirra hópi neyta ólöglegra vímuefna og hegða sér illa í skóla en þau börn sem alast upp við leiðandi og skipandi uppeldisaðferð (Lamborn, Mounts, Steinberg og Dornbusch, 1991).

Sú uppeldisaðferð sem hefur komið hvað verst út í rannsóknum fyrir framtíðarhorfur barns kallast afskiptaleysi foreldra (*uninvolved parents*). Aðferðin lýsir sér á þann hátt að foreldrar gera litlar kröfur til barns og samskiptin á milli barns og foreldris eru mjög lítil. Foreldrar uppfylla þó grunnþarfir barnsins eins og að veita barninu húsaskjól, gefa því mat og föt en að öðru leyti taka þau ekki mikinn þátt í lífi þess. Í alvarlegustu tilvikunum er barnið alveg vanrækt eða því afneitað af foreldrum (Baumrind, 1991). Helstu einkenni barna sem alast upp við afskiptaleysi eru að það hefur litla sjálfstjórn, lágt sjálfsmat, er hlédrægt, kvíðið, hrætt, stressað og hefur almennt minni samskiptahæfni en jafnaldrar þeirra (Baumrind, 1991). Þau eiga einnig við mörg hegðunar- og tilfinningavandamál að stríða (Lamborn, Mounts, Steinberg og Dornbusch, 1991).

Tengsl eru milli uppeldisaðferða og hættu á misnotkun áfengis

Þar sem fram hefur komið hér að ofan að uppeldisaðferðir hafa áhrif á framtíðarhorfur og getu barna til að aðlagast þjóðfélaginu er við hæfi og áhugavert að kanna hvort uppeldisaðferðir hafi einnig áhrif á áfengisneyslu barna og unglunga.

Það sést bersýnilega þegar rannsóknir eru skoðaðar að uppeldisaðferðir foreldra hafa áhrif á áfengisneyslu þessa aldurshóps og segir meðal annars í skýrslu

Hildar Bjargar Hafstein (2005) að foreldrar og uppeldisaðferðir þeirra séu lykilþættir við að koma í veg fyrir ofneyslu áfengis hjá börnum og unglíngum. Þá bendir önnur rannsókn (Kandel og Andrews, 1987) til þess að foreldrar sem eiga við áfengisvanda að stríða auki hættuna á að barn misnoti sjálft áfengi, og þegar uppeldisaðferðir foreldra sem eiga við slík vandamál að stríða eru skoðaðar kemur í ljós að þeir foreldrar sem styðjast við skipandi uppeldisaðferð auka enn frekar þá hættu sem fyrir var á að barn misnoti sjálft áfengi. Mörg börn foreldra sem eiga við áfengisvanda að etja sýna þó mikla þrautseigju í erfiðu umhverfi (Kandel og Andrews, 1987).

Það hefur einnig komið í ljós að því færari sem foreldrar eru í því að veita barni hlýju því minni er hættan á að barn eigi í erfiðleikum með áfengisnotkun sína seinna á ævinni og því meiri hlýju sem foreldrar veita, því betra verður samband barns og foreldris og við það minnkar hættan á áfengismisnotkun barns enn frekar (Mogro-Wilson, 2008). Foreldrar og uppeldisaðferðir þeirra geta því haft gríðarlega mikil áhrif og skiptir færni foreldra til að veita barni hlýju ekki aðeins máli fyrir áhættuna á þróun áfengisvanda heldur stuðlar hún að betra sambandi milli foreldra og barns sem skilar sér í enn minni hættu á þróun áfengisvanda (Mogro-Wilson, 2008).

Þar sem uppeldisaðferðinni leiðandi uppeldi hefur mikið verið hrósað er áhugavert að kanna áhrif hennar á áfengisneyslu barna og unglínga og segja rannsóknir að foreldrar sem leitast við að fylgja leiðandi uppeldisaðferð skapi vellíðan hjá barni og minnki hættuna á að barn neyti áfengis eða vímuefna almennt (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts, Dornbusch, 1994). Einnig segir að börn sem alast upp þar sem foreldrar reyna að beita þessari uppeldisaðferð eru líklegri til að hafa færri hegðunarvandamál að meðaltali (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts, Dornbusch, 1994).

Áhrif foreldra og forráðamanna á áfengisneyslu

Viðhorf unglínga til áfengis og vímuefna er mjög breytilegt eftir uppeldisaðferðum og þegar foreldrar drekka hóflega og á viðeigandi hátt, þ.e. sýna gott fordæmi, telst það verndandi þáttur gegn ofneyslu seinna meir á ævinni. Ef foreldrar útvega börnum sínum aftur á móti áfengi fyrir unglíngasamkomur eða party í heimahúsi telst það sem áhættuþáttur (Jackson, 2002). Í íslenskri rannsókn kemur fram að þeir unglíngar sem hafa þurft að búa við mikla ölvun foreldra sinna leiðast frekar út í frávikshegðun eins

og áfengis- eða vímuefnaneyslu en þeir unglingar sem hafa búið við minni áfengisneyslu foreldra sinna (Ársskýrsla Fangelsismálastofnunar ríkisins, 2003).

Vert er að staldra við og skoða betur þá staðreynd að ef foreldrar útvega börnum sínum áfengi teljist það sem áhættuþáttur fyrir áfengisvanda seinna meir. Þetta er áhugavert því sumir foreldrar velta því fyrir sér hvort það hjálpi unglingi að ná góðri stjórn á áfengisneyslu sinni ef hann byrjar að neyta áfengis heima hjá sér, en sú er ekki raunin. Raunin er sú að ef unglingur í efsta bekk grunnskóla fær leyfi foreldra sinna til að neyta áfengis heima fyrir ýtir það undir frekari drykkju og skapar hættu á að hann missi stjórn á áfengisneyslu sinni. Það er einnig líklegra að unglingurinn drekki oftar og sýnir þetta hvað foreldrar geta gegnt mikilvægu hlutverki í forvörnum (Komro, Maldonado-Molina, Tobler, Bonds og Muller, 2007).

Eftirlit foreldra er annar þáttur sem hefur sýnt góðan árangur í baráttunni við of mikla áfengisneyslu unglunga, en gott eftirlit felur í sér að foreldrar fylgist með neyslunni og viti hvaða vini hann umgengst því slíkt getur dregið úr líkum þess að unglingur lendi í áfengis- og vímuefnavanda. Eftirlit líkt og þetta getur að auki skapað öryggiskennd hjá unglingnum ef hann upplifir eftirlitið á þann hátt að hann skipti foreldra sína máli, en mestur er þó árangur eftirlits þegar unglingurinn upplifir það sem áhuga foreldra sinna en ekki sem afskiptasemi (SÁÁ, 2011). Annar mikilvægur þáttur sem eftirlit skapar er að líkurnar á að foreldrar taki eftir breytingum eru meiri heldur en þegar ekkert eftirlit er haft og þá geta foreldrar gripið inn í ef vandi skapast og tekið á honum á meðan hann er enn á forstigi (SÁÁ, 2011).

Annar mikilvægur þáttur sem gott er fyrir foreldra að hafa í huga snýr að útivistartíma barna þeirra. Það er nefnilega ekki að ástæðulausu sem foreldrar eru beðnir um að virða þann útivistartíma sem barnaverndarlög kveða á um, því það hefur sýnt sig að börn byrja oftast að fíkta með áfengi og önnur vímuefni og alvarlegar líkamsárásir og óæskileg kynlífsreynsla á sér stað síðla kvölds. Reglur um útivistartíma taka mið af þessu og kveða á um að börn og unglingar undir 16 ára aldri séu ekki ein úti á almannafæri á kvöldin nema í fylgd fullorðinna (Lögregluvefur, e.d.). Það er þó breytilegt hversu vel foreldrar hér á landi fylgja reglum barnaverndarlaga um útivistartíma eftir og sem dæmi segist aðeins tæplega helmingur foreldra unglunga í 10. bekk grunnskóla alltaf eða oftast fylgja reglunni eftir (Lýðheilsustöð, 2004).

Það er svo enn annar þáttur sem vert er að nefna sem hefur einnig verið talinn mikilvægur í forvarnarstafi gegn ofneyslu áfengis, en hann snýr að samverustund barns og foreldra. Rannsóknir hafa nefnilega sýnt að samvera með foreldrum dregur úr vægi þeirra áhrifa sem jafnaldrar hafa á hegðun hver annars. Þegar talað er um samverustund er átt við að unglingur og foreldri verji tíma saman. Sá tími þarf ekki að fela í sér skipulagða dagskrá heldur snýst hann um hversdagslega hluti eins og til dæmis sjónvarpsáhorf. Ef unglingur lendir svo í félagsskap þar sem áfengis- og vímuefnaneysla er algeng verða líkurnar á því að hann byrji að neyta þeirra einnig minni eftir því sem hann ver meiri tíma með foreldrum sínum (Þórólfur, Inga, Jón og Viðar, 1998).

Seinasti þátturinn sem hér verður talinn upp snýr að fjölskyldumynstrinu, þ.e. hvort unglingur búi hjá móður sinni eða föður. Fjölskyldumynstur hefur tengsl við áfengisneyslu og er áfengisneysla unglunga breytilegt eftir því hvort þeir búa hjá báðum foreldrum, öðru foreldri eða með eigin maka. Þau drekka hlutfallslega minna magn áfengis ef þeir búa hjá báðum foreldrum heldur en ef þeir búa aðeins hjá öðru (Sigrún, Andrea, Þórólfur og Kristín, 2003).

Ungur upphafsaldur við reglulega áfengisneyslu

Viðhorf unglunga til áfengisneyslu breytist mikið á milli aldursára hér á landi. Það sést bersýnlega því 31% 14 ára gamalla unglunga segjist mjög á móti því að fólk neyti áfengis en við 22 ára aldur er prósentutala unglunga sem eru á þessari skoðun fallin niður í 4% (Sigrún, Andrea, Þórólfur og Kristín, 2003).

Viðhorf unglunga er líklegt til að endurspegla viðhorf foreldrar þeirra og er því áhugavert að skoða viðhorf íslenskra foreldra til áfengisneyslu unglunga sinna og virðist það vera breytilegt á hvaða aldri foreldrum finnst eðlilegt að unglingar byrji að neyta áfengis. Körlum þykir eðlilegra en konum að börn og unglingar byrji yngri að neyta áfengis og fáum finnst óeðlilegt að unglingar neyti áfengis yfir höfuð. Þetta sést á tölum úr könnun Lýðheilustöðvar (2004), en þar kemur einnig í ljós að 33% karla telja eðlilegt að unglingar byrji að neyta áfengis 18 ára eða yngri en 20% kvenna finnst það eðlilegur aldur. Um það bil helmingur kvenna og karla telja eðlilegt að unglingar byrji að neyta áfengis milli 18 og 19 ára aldurs og um 14% karla og kvenna telja eðlilegt að neysla áfengis hefjist við 20 ára aldur eða síðar. Áhugavert er svo að

sjá að aðeins 4% karla og 5% kvenna finnst eðlilegt að unglingar byrji aldrei að neyta áfengis (Lýðheilsustöð, 2004).

Hér á landi fer upphafsaldur áfengisneyslu unglunga sífellt lækkandi og er áfengi algengasta vímuefnið (Álfgeir Logi Kristjánsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Jón Sigfússon, 2005), en það hefur sýnt sig að því yngri sem börn byrja að neyta áfengis því líklegra er að þau eigi síðar við áfengisvandamál að stríða og er vandinn jafnvel orðinn sýnilegur við 17 og 18 ára aldur (Hawkins o.fl., 1997). Almennur upphafsaldur áfengisneyslu árið 1972 var 14 ár í Reykjavík en árið 1995 var hann komin niður í 13 ár (Ása Guðmundsdóttir, 1998). Árið 2011 byrjaði rúmlega helmingur unglunga hér á landi fyrst að neyta áfengis 16 ára, óháð kyni og aðeins tæplega 10% unglunga neyta áfengis fyrst við 19 ára aldur (Álfgeir L. Kristjánsson, Jón Sigfússon, Inga D. Sigfúsdóttir og Hrefna Pálsdóttir, 2011). Þegar hlutfall 14 ára gamalla unglunga óháð kyni, sem sögðust hafa prófað að neyta áfengis, er skoðaður og borið saman milli árana 1989 og 1995 sést að þeim unglungum fjölgaði úr 41% í 66% (Sigrún og Kristjana Blöndal, 1995).

Eins og flestir þekkja er það mikið stökk að hefja nám í framhaldsskóla að grunnskóla loknum og sýna tölur að hlutfall áfengisneyslu meðal nemenda aukist mikið eftir að í framhaldsskóla er komið. Hlutfall nemenda af báðum kynjum í 10. bekk sem hafa orðið drukkniir a.m.k. einu sinni á sl. 30 dögum fer úr því að vera 26% upp í rúm 53% þegar þau eru komin á fyrsta ár í framhaldsskóla. Hlutfall nemenda í 10. bekk sem hafa orðið drukkniir a.m.k. einu sinni á ævinni fer einnig úr 48% upp í rúm 66% þegar þau byrja í framhaldsskóla (Álfgeir Logi o.fl., 2005). Hér sést því glögglega að aukning verður á áfengisneyslu um leið og ungmenni byrjar í framhaldsskóla. Þess ber þó að geta að þegar tölur milli árana 2004 og 2010 eru skoðaðar kemur í ljós að hlutfall áfengisneyslu um ævina hefur lækkað töluvert að meðaltali þó að aukning eigi sér alltaf stað að loknum 10. bekk. Árið 2004 var hlutfall áfengisneyslu nemenda í 10. bekk til að mynda 48% en árið 2010 var það komið niður í 31% en eins og áður segir þá hækkaði hlutfallið töluvert í báðum tilvikum eftir að í framhaldsskóla var komið. Þetta varð þó til þess að árið 2010 var hlutfall áfengisneyslu töluvert lægra en árið 2004 sem er jákvæð þróun (Álfgeir L. Kristjánsson, Jón Sigfússon, Inga D. Sigfúsdóttir og Hrefna Pálsdóttir, 2011).

Þegar áfengisneysla er svo borin saman eftir kyni sést að áfengisneysla stúlkna í framhaldsskólum milli árana 2007 og 2010 er hlutfallslega meiri en hjá piltum

(Rannsóknir & greining ehf., 2011). Það kemur einnig fram að dregið hafi úr áfengisneyslu milli ára óháð kyni, en það kemur einnig fram að neysla áfengis eykst með hækkandi aldri. Sem dæmi um að neysla aukist með hækkandi aldri var hlutfall drengja undir 18 ára aldri sem neytt höfðu áfengis einu sinni eða oftar um ævina árið 2010 tæplega 70% en þegar þeir voru búnir að ná 18 ára aldri var hlutfall þeirra orðið rúmlega 93% (Rannsóknir & greining ehf., 2011).

Skaðsemi þess að byrja ungur að neyta áfengis

Þessi þróun sem lýst er hér að ofan veldur áhyggjum því líkamsþroski unglunga undir 18 ára aldri er ekki nægilegur til að valda áfengisneyslunni (Einar G. Jónsson, 2001b). Lifrin hefur meðal annars ekki náð nægilegum þroska og vinnur því ekki úr áfenginu á sama hátt og hún gerir þegar hún hefur náð fullum þroska. Eins er tilfinningaþroski, félags-, og vitsmunabroski að þróast og á þessum aldri verða miklar breytingar á tilfinningum og sjálfsmyndin er að mótast. Þá eru börn á aldrinum 12-14 ára að ganga í gegnum miklar þroskabreytingar sem verða í miðtaugakerfinu og á þessum aldri eru þau bæði líkamlega og tilfinningalega vanhæf til að ráða við þau miklu áhrif sem áfengi hefur á miðtaugakerfið (Einar G. Jónsson, 2001b).

Upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu gefur einnig góða spá fyrir áfengis- og vímuefnavanda seinna meir á ævinni og sýnir rannsókn Grant og Dawson (1997) að áfengis- og vímuefnavandi er minni eftir því sem barn og unglingur byrjar síðar að neyta áfengis reglulega. Þar kemur einnig fram að prósentuhlutfall á misnotkun á áfengi lækkar um 14% fyrir hvert aukaár sem barn og unglingur neytir ekki áfengis reglulega. Sama rannsókn benti einnig á að unglingur undir 16 ára aldri sé á sérstaklega viðkvæmu tímabili og neysla áfengis á þessu tímabili veldur mikilli hættu á þróun áfengisvanda. Þá benda niðurstöður rannsóknarinnar á að miða ætti forvarnir gegn áfengisneyslu við börn og unglunga undir 18 til 19 ára aldri því þegar unglingar hafa náð þeim aldri eru þeir í minni hættu á að þróa vanda sem tengist áfengisneyslu (Grant og Dawson, 1997).

Þá hafa rannsóknir sýnt að 5% allra dauðsfalla ungs fólks á aldrinum 15 til 29 ára um allan heim megji rekja til áfengisneyslu og eitt af hverjum fjórum dauðsföllum karla á sama aldri í Evrópu tengist áfengisneyslu (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe og Breen, 2002). Í Bandaríkjunum deyja um það bil 5 þúsund einstaklingar undir 21 árs aldri á hverju ári vegna ofneyslu áfengis og þar af deyja um það bil 1500 vegna

manndráps og 300 vegna sjálfsvíga tengdra áfengisneyslu (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, e.d.).

Einar G. Jónsson (2001b) bendir á að því eldri sem börn og ungmenni byrja að neyta áfengis reglulega því ólíklegra er að vandamál komi upp seinna á ævinni tengd neyslunni og ef þau koma upp er líklegra en ekki að sá einstaklingur hafi fleiri þætti sér í hag eftir því sem hann byrjaði eldri að neyta áfengis. Til að útskýra þetta betur getum við tekið dæmi um einstakling sem byrjar að neyta áfengis fyrst á 18. aldursári. Hann hefur tekið út líkamlegan þroska og er að öllum líkindum kominn í framhaldsskóla og jafnvel búinn að finna sér maka og hefur átt ágætt samband við foreldra sína. Ef hann færir að þróa áfengisvanda með sér hefur hann að öllum líkindum makann, fjölskylduna og góða vini frá unglingsárum til að styðja við bakið á sér þegar hann þarf á aðstoð að halda og líklegt er að ótti hans við að missa allt það sem hann hefur byggt upp í kringum sig sé honum í hag. Lítum svo aftur á móti á einstakling sem byrjar að neyta áfengis reglulega fyrst á 13. aldursári. Ef hann heldur því til streitu hefur hann ekki náð líkamlegum þroska og að öllum líkindum misst tókin snemma á neyslunni. Neyslan veldur því að hann staðnar í tilfinninga- og félagsþroska sem verður líklega til þess að hann missir smám saman tengslin við skólafélagana og er bent á í ársriti SÁÁ (2010) að nær allir unglingar sem leita til þeirra í meðferð hafi orðið fyrir töfum eða hætt í námi. Sjálfsmynd þessa einstaklings er einnig léleg og samskipti við foreldra erfið sökum neyslunnar. Þessi einstaklingur er líklegri til að hafa engan af þeim þáttum sem fyrri einstaklingurinn hefur og leið hans til heilbrigðs lífs getur því orðið erfiðari fyrir vikið (Einar G. Jónsson, 2001b).

Áhugavert er að áróður samfélagsins gegn neyslu áfengis er mun minni en áróður gegn öðrum vímuefnum, hvort sem þau eru lögleg eða ólögleg (Álfgeir Logi o.fl., 2005), og að umburðarlyndi gagnvart áfengisneyslu hefur aukist og hefur ekki lengur eins neikvæðan blæ og tóbaksreykingar og ólögleg vímuefni er einnig áhugavert (Þóróflur o.fl., 1998). Báðar þessar staðhæfingar eru mjög slæmar því áfengisdrykkja barna og unglinga skapar ekki aðeins vanda fyrir þeirra eigin persónu heldur einnig fyrir þá einstaklinga sem standa þeim næst, því eins og áður hefur komið fram fylgja áfengisneyslu meðal annars dauðsföll, alvarlegir glæpir og slys sem taka sinn toll af fjölskyldu, nánustu ættingjum, fórnalömbum glæpanna eða slysanna og einnig af samfélaginu í heild sinni en það þarf að koma til móts við þennan vanda með þjónustu sinni og á annan hátt.

Markmið rannsóknar

Markmið rannsóknarinnar er að kanna hvort uppeldisaðferðir foreldra hafi áhrif á áfengisneyslu barna og unglunga. Skoðað er hvort ákveðin tegund uppeldisaðferðar virki betur en önnur sem verndandi þáttur eða sem áhættuþáttur. Einnig verður skoðað hvort samverustund og gæði samverustundar foreldra og unglunga hafi áhrif á áfengisneyslu barna og unglunga. Einnig verður kannað hvort börn sem byrja snemma að neyta áfengis reglulega eigi við fleiri áfengisvandamál að etja en börn sem byrja síðar.

Fyrsta tilgátan er að unglingar sem neyta áfengis reglulega fyrir 15 ára aldur, þ.e. drekka einu sinni eða oftár í mánuði í 6 mánuði eða lengur, hafi fleiri áfengis- og vímuefnagreiningar í framtíðinni en þeir unglingar sem byrja að neyta reglulega áfengis eldri en 15 ára.

Önnur tilgátan er að börn sem alast hjá foreldrum sem eru mátulega strangir, þ.e. fylgja leiðandi uppeldisaðferð samkvæmt kenningu Baumrind, byrji eldri að neyta áfengis reglulega heldur en börn sem alast ekki upp við nógu strangt uppeldi, þ.e. þegar foreldrar fylgja undanlátssamri uppeldisaðferð samkvæmt kenningu Baumrind.

Þriðja tilgáta rannsóknarinnar er sú að unglingar sem telja samband sitt við foreldrana gott byrji síðar að neyta áfengis en unglingar sem telja samband sitt við foreldrana slæmt.

Aðferð

Þátttakendur

Rannsóknargögnin voru fengin úr rannsókninni *Rannsókn á erfðum fíknsjúkdóma*, en tilgangur hennar var að finna gen sem tengjast fíknsjúkdómum af völdum áfengis eða annarra vímuefna og tengsl við geðsjúkdóma eins og til dæmis þunglyndi eða kvíða. Rannsóknin var unnin af SÁÁ í samstarfi við Íslenska erfðagreiningu (*ÍE*) og svöruðu þátttakendur spurningalistum sem þeir fengu senda heim í pósti eða fylltu þá út á tölvutæku formi á internetinu. Spurningunum var skipt niður í kafla og í hverjum kafla var spurt um ákveðið efni. Til dæmis var einn kafla sem fjallaði alfarið um áfengi og flest allt sem því viðkemur á meðan annar fjallaði ítarlega um þunglyndi og enn einn fjallaði um heimilisaðstæður þátttakenda. Þátttakendur voru spurðir nokkuð ítarlega um ákveðið efni í hverjum kafla og ef við tókum dæmi um nokkrar spurningar í áfengiskaflanum þá snéri ein að því hvað þátttakandi drykki margar drykki á dæmigerðum degi eða hversu marga drykki hann þurfi til að finna á sér eftir að hann byrjaði að drekka reglulega.

Þátttakendur voru einstaklingar sem áður hafa komið til meðferðar hjá SÁÁ (*Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann*) og fjölskyldur þeirra og voru þátttakendur fundnir í gegnum sjúkraskrár sjúkrahússins Vogs. Af þeim tæplega 6000 einstaklingum sem hringt var í af handahófi og boðið að taka þátt, þáðu 3000 einstaklingar það og gáfu um leið upplýst samþykki fyrir þátttöku sinni og að blóðsýni yrði tekið. Einnig gáfu þeir leyfi sitt fyrir því að rannsakendur hefðu samband við ættingja sína til að afla frekar upplýsinga. Af þeim 3000 einstaklingum sem þátt tóku komu alls 1098 manns á aldrinum 20 til 85 ára í SSAGA geðgreiningarviðtal. Þar af voru 778 karlar eða 70% og 329 konur eða 30% og var meðalaldur þeirra 51,41 ár. Þeir einstaklingar sem komu í SSAGA geðgreiningarviðtalið voru valdir eftir ákveðnum þáttum hverju sinni, þ.e. þeir voru ekki valdir af handahófi.

Í þessari rannsókn voru notaðar spurningar úr tveimur köflum í SSAGA geðgreiningarviðtalinu. Annar kaflinn snýr að heimilisaðstæðum þátttakenda og spurt er um atriði sem miðast er við að hafi átt sér stað þegar hann var á aldrinum 6-13 ára, en hinn fjallar um áfengisneyslu og spurt er um ýmis atriði sem tengjast henni.

Mælitæki

Mælitæki rannsóknarinnar var SSAGA (*semi-structured assessment of the genetics of alcoholism*), en SSAGA var sérstaklega þróað af Coga-samtökunum (*collaborative study on the genetics of alcoholism*) sem eru rannsóknarhópur sem hafði það að markmiði að bera kennsl á ákveðin gen sem talin eru liggja að baki áhættunni á að þróa með sér sjúkdóminn alkóhólisma (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2009).

SSAGA er hálfstaðlað klínískt viðtal, þ.e. rannsakandinn kannar hvert atriði eða viðhorf fyrir sig og aðlagar spurninguna að hverjum þátttakenda til að sannreyna hvort hann hafi fengið bestu mögulegu upplýsingarnar (Hasin, 2003). SSAGA er mjög skipulegt greiningartæki sem er hannað fyrir vel þjálfað fagfólk og býður upp á ýtarlega umfjöllum um áfengis- og vímuefnanotkun, alhliða mat á afleiðingum þeirra og einnig mat á geðsjúkdómum (Robins, Helzer, Croughan og Ratcliff, 1981). Kostur klínískra viðtala er að þau eru réttmæti og hafa góðan áreiðanleika (Helzer, 1981) og staðfesta fyrri rannsóknir (Bucholz o.fl., 1994; Bucholz o.fl., 1995) áreiðanleika SSAGA. SSAGA var sérstaklega hannað með það í huga að meta líkamleg, andleg og félagsleg einkenni vegna ofneyslu áfengis eða annarra vímuefna eða geðrænna vandamála og miðast meðal annars við DSM-111-R og DSM-IV eða ICD-10 greiningarviðmiðin (Hasselbrock, Bucholz, Schuckit & Hasselbrock, 1999). SSAGA hefur verið þýtt á sjö mismunandi tungumál og verið notað í meira en 50 mismunandi rannsóknum á alkóhólisma (Bucholz o.fl., 1994). Í upphafi var SSAGA forþróað á 350 manns en til að hægt væri að nota SSAGA í rannsókninni hérlandis var það þýtt af ensku á íslensku og svo aftur á ensku og borið saman við upprunalega skjalið til að kanna hvort þýðingin hafi valdið því að mikilvæg atriði breyttu um merkingu. Einnig voru spyrjar sérþjálfaddir með 60 klukkustunda námskeiði og forrannsókn fór fram á næmi SSAGA (Gyða Björnsdóttir, Ingunn Hansdóttir, Valgerður Rúnarsdóttir, Þorlákur Jónsson, Lárus Jón Guðmundsson, Kristleifur Kristjánsson o.fl., 2008).

Mælitækið SSAGA var notað í þessari rannsókn því að það veitir nákvæmar og greinargóðar upplýsingar um einstaklinga innan úrtaksins. Upplýsingar úr köflum X og E innan mælitækisins (greiningarviðtalsins) voru notaðir, en kafli X snýr að heimilisaðstæðum einstaklinga en kafli E snýr að áfengisneyslu. Í kaflanum um áfengisneyslu var unnið út frá spurningunni *hvað varstu gamall/gömull þegar þú byrjaðir að drekka reglulega, þ.e. að drekka að minnsta kosti einu sinni í mánuði í 6*

mánuði eða lengur? Svarmöguleikarnir voru þeir að aldur þátttakanda var skrifaður í dálk en hakað var við *aldrei* ef það átti við. Út frá þessari spurningu varð breytan regluleg neysla áfengis fyrir 15 ára aldur til sem snýr að tilgátu eitt í rannsókninni, það er að unglingar sem neyta áfengis reglulega fyrir 15 ára aldur, þ.e. drekka einu sinni eða oftár í mánuði í 6 mánuði eða lengur, hafi fleiri greiningar en unglingar sem byrja að neyta reglulega áfengis eldri en 15 ára.

Úr kaflanum um heimilsaðstæður var unnið með tvær spurningar, önnur þeirra snýr að uppeldisaðferðum foreldra og er þessi: *sumir foreldrar eru strangir við börn sín. Þeir setja fullt af reglum og leyfa börnunum sínum ekki að gera það sem flestir vina þeirra mega. Þegar þú varst 6-13 ára var (móðurímynd/föðurímynd) þín of ströng/strangur, mátulega eða ekki nógu ströng/strangur.* Út frá þessari spurningu varð breytan uppeldisaðferðir til sem leiddi til annarrar tilgátu rannsóknar sem er að börn sem alast hjá foreldrum sem eru mátulega strangir, þ.e. fylgja leiðandi uppeldisaðferð samkvæmt kenningu Baumrind, byrji eldri að neyta áfengis reglulega heldur en börn sem alast ekki upp við nógu strangt uppeldi, þ.e. fylgja undanlátssamri uppeldisaðferð samkvæmt kenningu Baumrind.

Seinni spurningin úr þessum kafla snýr að sambandi foreldra við barn sitt og hljóðar svo: *hugsaðu um samband þitt við (móðurímynd/föðurímynd) þína þegar þú varst 6-13 ára. Var samband þitt við (hana/hann) almennt framúrskarandi, gott, sæmilegt eða lélegt?* Svarmöguleikarnir voru því að hann hafi átt framúrskarandi, gott, sæmilegt eða lélegt samband við annað hvort móður eða föður. Út frá þessari spurningu varð breytan samband við foreldra til sem snýr að tilgátu þrjú en hún er sú að unglingar sem telja samband sitt við foreldranna gott byrji síðar að neyta áfengis en unglingar sem telja samband sitt við foreldrana slæmt.

Framkvæmd

Um var að ræða aftursýna rannsókn þar sem gögn voru fengin úr rannsókn sem áður var greint frá. Rannsóknin var unnin með leyfi Vísindasiðanefndar og Persónuverndar og unnið var með ópersónugreinanleg gögn við vinnslu þessarar rannsóknar.

Unnið var með frumbreyturnar regluleg neysla áfengis fyrir 15 ára aldur, uppeldisaðferðir, samband barns og foreldris. En fylgibreyturnar voru aldur við upphaf reglulegrar áfengisneyslu og aldur við greiningu.

Tölfræðileg úrvinnsla

Unnið var úr niðurstöðum geðgreiningarviðtalsins með tölfræðiforritinu Statistical Package for the Social Sciences (*SPSS*). Í upphafi var lýsandi tölfræði fyrir bakgrunnsbreyturnar aldur og kyn skoðuð en því næst var einbreytudreifigreining (One-way-ANOVA) framkvæmd. Forsendur hennar eru að gögn séu normaldreifð, jöfn dreifni sé í hópum og að breytur séu í þrepa- eða hlutfallskvarða (Einar Guðmundsson og Árni Kristjánsson, 2005). Lýsandi tölfræði, stöplarit og kassarit voru svo skoðuð fyrir hverja breytu til að kanna hvort forsendur dreifigreiningar stæðust og sú var raunin.

Einbreytudreifigreining kannar hvort munur sé á meðaltölum og F -próf metur hlutfallið sem er á milli hópanna og segir til um hvort munur á meðaltölum sé marktækur eða ekki og stuðst var við alfa 0,05. Kí-kvaðrat var einnig framkvæmt til að kanna hvort að kynjamunur væri til staðar á uppeldisaðferðum foreldra og sambandi við foreldra.

Tilgátur rannsóknar voru þrjár talsins og var þátttakendum skipt í hópa eftir uppeldisaðferðum sem foreldrar þeirra beittu í æsku, hvernig sambandi þeirra við foreldra var háttað í æsku eða hvort þeir byrjuðu að neyta áfengis reglulega fyrir eða eftir 15 ára aldur. Því næst voru hóparnir bornir saman til að kanna hvort marktækur munur væri á milli þeirra.

Frumbreytur rannsóknar voru þrjár, regluleg neysla áfengis fyrir 15 ára aldur, uppeldisaðferð og samskipti milli barns og foreldris, en fylgibreyturnar voru upphafsaldur reglulegrar neyslu og fjöldi greininga fyrir áfengisvanda.

Niðurstöður

Bakgrunnsbreytur

Bakgrunnsbreyturnar kyn, menntun og aldur þátttakenda voru kannaðar og niðurstöður lýsandi tölfræði skoðuð en þær má skoða á töflu 1. Þátttakendur voru alls 1098 manns og var hlutfall og meðalaldur skoðaður. Sá kynjamunur sem sést í töflu 1 endurspeglar þann mun sem finnst í fiknsjúkdómum og þar sem karlar eru töluvert fleiri en konur greinast fleiri karlar með fiknsjúkdóm heldur en konur. Þegar menntun þátttakenda var skoðuð kom í ljós að aðeins 9 þátttakendur svöruðu ekki þessari spurningu svo upplýsingarnar gefa góða mynd af stöðu menntunar þátttakenda.

Meðalaldur þátttakenda var frekar hár eða rúm 51 ár, og yngsti þátttakandinn var 20 ára en sá elsti 86 ára. Flestir voru á aldrinum 40 til 49 ára eða 54,2%, eins og mynd innan töflu 1 sýnir. Þá var hlutfall og meðalaldur menntunar, reglulegrar neyslu fyrir 15 ára aldur, fjölda áfengis- og vímuefnagreininga, uppeldisaðferð móður og föður og samband móður og föður við unglunga skoðuð og má sjá niðurstöðurnar í töflu 1.

Tafla 1. Rannsóknarbreytur; tíðni og meðaltöl. (N=1098)

	Hlutfall	Meðaltal
Kyn		
Karlar	70,9%	52,63 ár
Konur	29,1%	48,46 ár
Aldur		
51,41 ár		
Menntun		
Grunnskólapróf/Gagnfræðapróf	25,3%	
Stúdentspróf /Iðnnám	28,6%	
1 til 3 ár í framhaldsskóla	16,7%	
3 ár í háskóla: BA, BS	10,1%	
Doktorsgráða	0,5%	

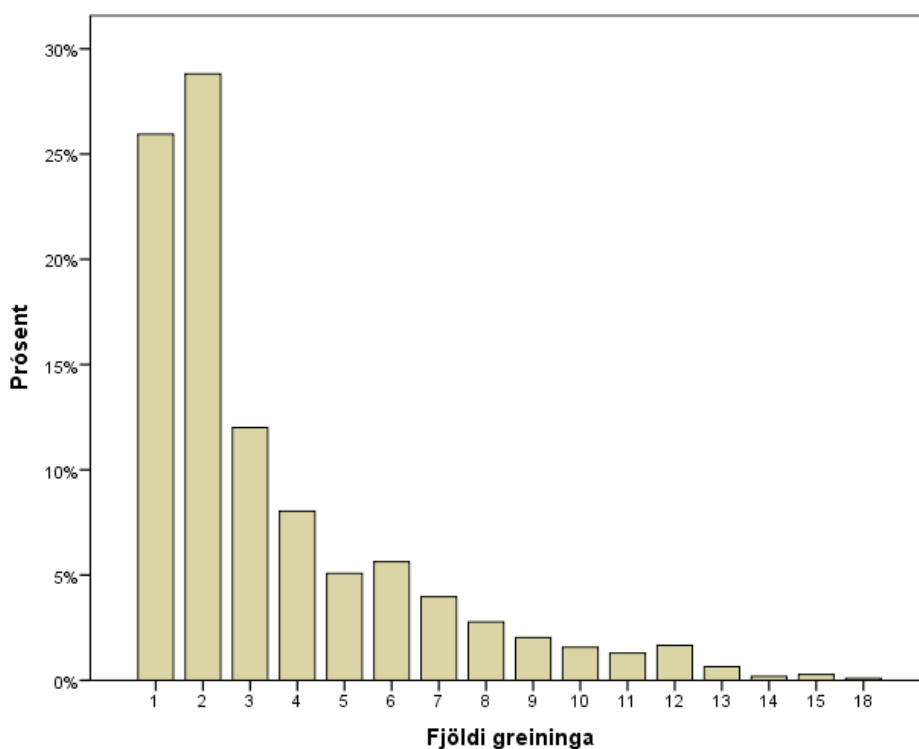
Regluleg neysla fyrir 15 ára aldur:		
Já	37,3%	
Nei	39,7%	
Fjöldi greininga:		
Ein	25,6%	3,46
Tvær	28,4%	
Þrjár	11,8%	
Fjórar	7,9%	
Fimm eða fleiri	26,3%	
Uppeldisaðferð móður		
Leiðandi uppeldisaðferð (mátulega ströng)	67,3%	
Skipandi uppeldisaðferð (of ströng)	11,2%	
Undanlátssöm uppeldisaðferð (ekki nógu ströng)	18,7%	
Afskiptaleyfi (Tók ekki þátt/var ekki til staðar)	2,9%	
Uppeldisaðferð föður		
Leiðandi uppeldisaðferð (mátulega strangur)	54,6%	
Skipandi uppeldisaðferð (of strangur)	17,3%	
Undanlátssöm uppeldisaðferð (ekki nógu strangur)	13,5%	
Afskiptaleyfi (Tók ekki þátt/var ekki til staðar)	14,7%	
Gæði sambands við föður		
Framúrskarandi	17,9%	
Gott	43,8%	
Sæmilegt	23,7%	
Lélegt	14,6%	
Gæði sambands við móður		
Framúrskarandi	28,2%	
Gott	43,9%	
Sæmilegt	19,2%	
Lélegt	8,8%	

Upphafsaldur áfengisneyslu og fjöldi greininga

Frumbreytan er upphafsaldur reglulegar áfengisneyslu sem tekur tvö gildi, fyrir 15 ára aldur eða eftir 15 ára aldur og var hún skoðuð í upphafi. Þetta er flokkabreyta og er

skiptingin milli hópa nokkuð jöfn eins og sést í töflu 1. Það voru 437 eða 51,6% sem sögðust hafa byrjað að neyta áfengis reglulega eftir 15 ára aldur en 410 eða 48,4% sem sögðust hafa byrjað fyrir 15 ára aldur.

Fylgibreytan var fjöldi greininga. Þegar niðurstöður lýsandi tölfræði voru skoðaðar fyrir breytuna kom í ljós að meðalfjöldi greininga var 3,46 og að dreifingin fylgdi ekki normalkúrvu alveg eftir því skekkja upp á 1,62 var í dreifingunni og ris hennar var 2,37. Flestir eða 28,8% þátttakenda, voru með tvær greiningar og sá sem var með flestar greiningar hafði 18 talsins eins og mynd 2 sýnir, en það var aðeins einn þátttakandi og 15 manns svöruðu ekki þessum lið.



Mynd 2. Sýnir fjölda greininga í prósentum.

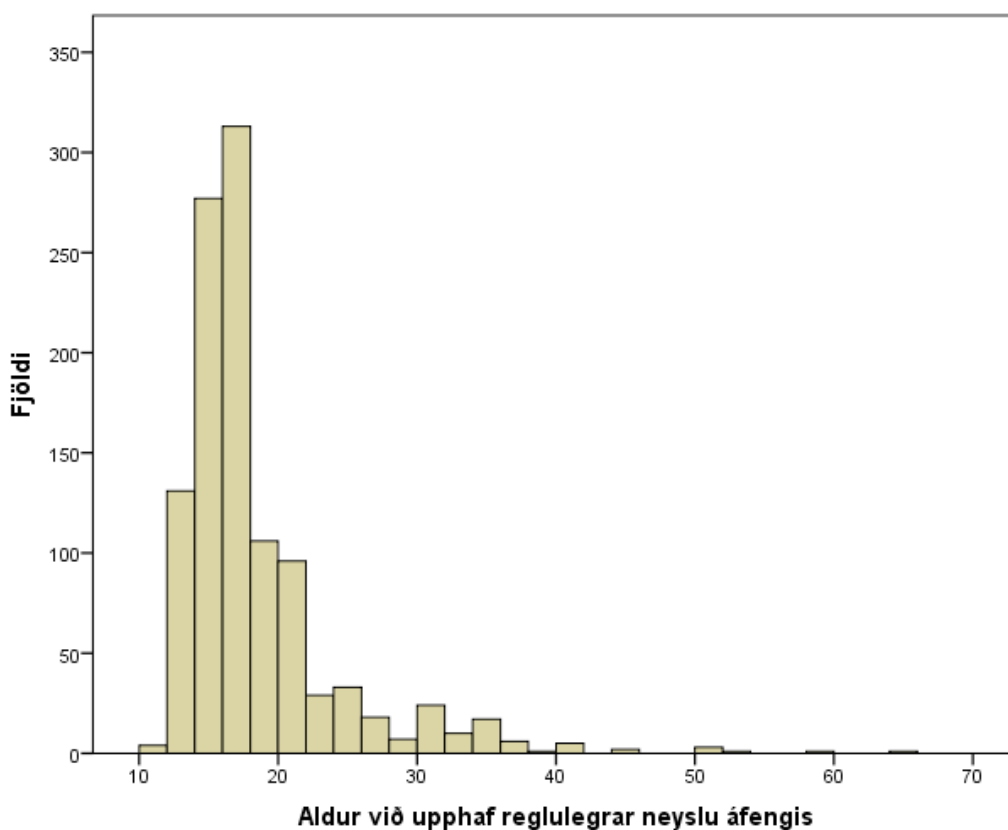
Fyrsta tilgáta var að unglingar sem neyta áfengis reglulega fyrir 15 ára aldur, þ.e. drekka einu sinni eða oftár í mánuði í 6 mánuði eða lengur, munu hafa fleiri greiningar síðar en þeir sem byrja að neyta reglulega áfengis eldri en 15 ára.

Dreifigreining var gerð og var niðurstaðan $F(1, 845) = 0,218 p < 0,05$. Prófið reyndist ekki marktækt og studdi niðurstaðan ekki tilgátuna um að þeir sem byrja að

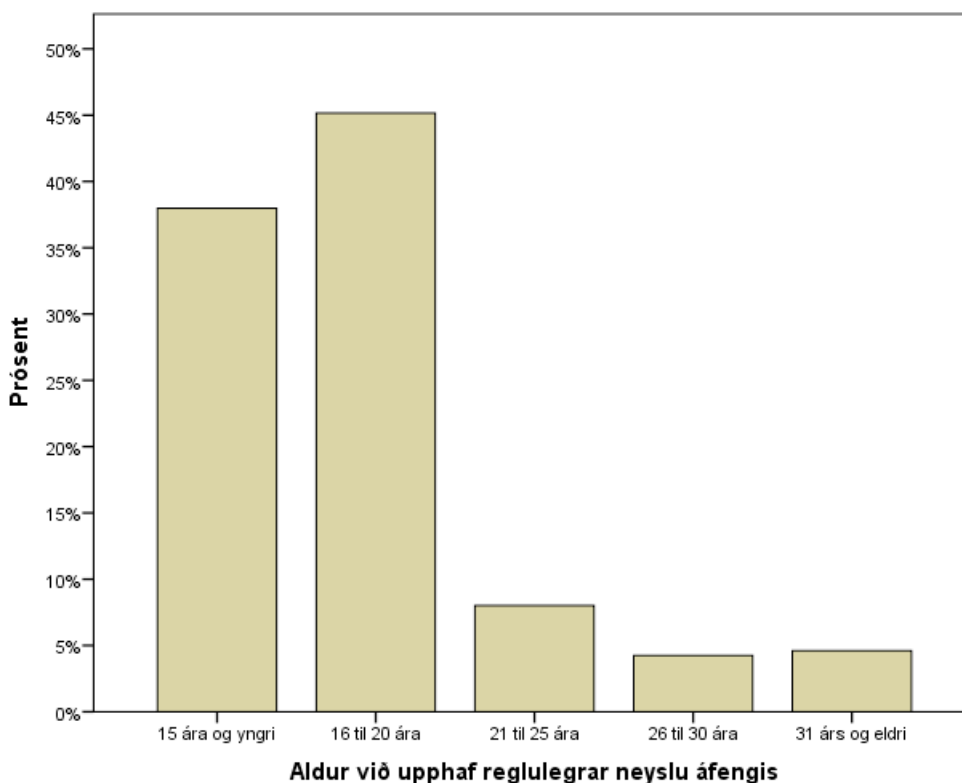
neyta reglulega áfengis eldri en 15 ára hafa marktækt færri áfengis- og vímuefnagreiningar síðar en þeir sem byrja yngri en 15 ára.

Uppeldisaðferðir og upphaf áfengisneyslu

Lýsandi tölfræði fyrir fylgibreytuna aldur við upphaf reglulegrar áfengisneyslu var skoðuð og var meðalaldur þegar regluleg áfengisneysla hófst 17,89 ár, miðgildið var 16 og staðalfrávik 5,86. Það var skekkja í dreifingunni upp á 2,75 og ris hennar var 10,85 og því var dreifingin lítið jákvætt skekkt en ekki langt frá normaldreifingu. Yngsti þátttakandinn var 11 ára þegar hann byrjaði að neyta áfengis reglulega en sá elsti 64 ára eins og sést á mynd 3. Mynd 4 sýnir svo þegar búið er að skipta þátttakendum í aldursflokka.



Mynd 3. Dreifing breytunnar aldur við upphaf reglulegra neyslu áfengis.



Mynd 4. Aldur við upphaf reglulegrar neyslu áfengis, þ.e. hjá þeim sem drekka einu sinni eða oftar í mánuði í 6 mánuði eða lengur í prósentum.

Uppeldisaðferðir móður og föður þátttakenda voru einnig skoðaðar. Í ljós kom að flestir sögðu móður sína hafa verið mátulega stranga eða, 67,3%, og fæstir, eða 2,7%, sögðu að móðir sín hafi ekki verið til staðar eða ekki tekið þátt í uppeldinu, en 5,3% þátttakenda svöruðu ekki þessari spurningu. Flestir sögðu að faðir hefði verið mátulega strangur, eða 54,6% þátttakenda, en fæstir sögðu að hann hefði ekki verið nógu stangur, eða 13,5%. Þá voru 11,9% þátttakenda sem slepptu þessari spurningu.

Kí-kvaðrat var framkvæmt til að kanna hvort að kynjamunur væri til staðar á því þegar foreldrar eru mátulega strangir eða ekki nógu strangir. Niðurstöður voru $\chi^2(2, N = 658) = 5,068, p = 0,079$ og er prófið ekki marktækt. Það er því ekki hægt að segja að það sé kynjamunur á því hvort foreldrar séu mátulega strangir eða ekki nógu strangir.

Þá var meðalaldur við upphaf reglulegrar áfengisneyslu skoðaður fyrir hverja uppeldisaðferð fyrir sig hjá hvoru foreldri og sjást niðurstöður í töflu 2. Meðalaldur reglulegrar áfengisneyslu var lægstur þegar móðir og faðir voru ekki nógu ströng og hæstur þegar móðir og faðir voru mátulega ströng.

Tafla 2. Uppeldisaðferð foreldra og meðalaldur unglunga við upphaf reglulegrar áfengisneyslu.

Uppeldisaðferð	Móðir	Faðir
	Meðalaldur	Meðalaldur
Of ströng/stangur	18,20	17,41
Mátulega ströng/strangur	18,31	18,42
Ekki nógu ströng/strangur	16,30	16,61
Tók ekki þátt/ var ekki til staðar	17,73	18,10

Önnur tilgáta rannsóknar var að börn sem alast upp hjá foreldrum sem eru mátulega strangir, þ.e. fylgja leiðandi uppeldisaðferð samkvæmt kenningu Baumrind, byrji eldri að neyta reglulega áfengis en börn sem alast upp þar sem foreldrar fylgja undanlátssamri uppeldisaðferð samkvæmt kenningu Baumrind, þ.e. foreldrar eru ekki nógu strangir.

Einbreytudreifigreining (*one-way anova*) var framkvæmd þar sem gögnin stóðust forsendur hennar en þær eru að gögnin séu normaldreifð, jöfn dreifni sé í hópum og að breytunar séu í þrepa- eða hlutfallskvarða (Einar Guðmundsson og Árni Kristjánsson, 2005). Dreifigreining var valin því hún kannar hvort munur sé á meðaltölum og F -prófið metur svo hlutfallið sem er á milli hópanna og segir til um hvort munur á meðaltölum sé marktækur eða ekki. (Sigurlaug María Jónsdóttir, 2003).

Dreifigreining var gerð í tvennu lagi, fyrir hvort kyn. Niðurstöður uppeldisaðferða föður var $F(1, 652) = 10,760 p < 0,001$. Prófið reyndist marktækt og það er því hægt að hafna þeirri núlltilgátu að enginn munur sé á upphafsaldri reglulegrar áfengisneyslu eftir því hvort faðir sé mátulega strangur eða ekki nógu strangur. Upphafsaldu reglulegrar áfengisneyslu er því marktækt hærri þegar faðir er mátulega strangur heldur en ekki nógu strangur.

Þar sem áhugi var fyrir hendi að kanna uppeldisaðferð nánar var dreifigreining gerð í tvennu lagi, fyrir hvort kyn og fyrir allar fjórar tegundir uppeldisaðferða. Niðurstaða fyrir föðurs var $F(3, 955) = 4,083 p < 0,05$. Prófið reyndist marktækt og

var Bonferroni eftir á samanburður notaðaður til að skoða nánar á milli hvaða uppeldisaðferða marktækt var og það smá sjá á töflu 3. Þar sést að upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu er ekki marktækt hærri eftir öðrum uppeldisaðferðum en þeim sem tilgátan greinir frá.

Tafla 3. Niðurstöður Bonferronis eftir á samanburðar á meðaltalsmun upphafsaldurs reglulegrar áfengisneyslu eftir uppeldisaðferð föður.

Uppeldisaðferð föður	Uppeldisaðferð föður til samanburðar	Meðaltalsmunur	P-gildi
Of stangur	Mátulega strangur	-1,012	0,284
	Ekki nógu strangur	0,799	1,000
	Tók ekki þátt/var ekki til staðar	-0,691	1,000
Mátulega strangur	Ekki nógu strangur	1,811	0,008
	Tók ekki þátt/var ekki til staðar	0,321	1,000
Tók ekki þátt/var ekki til staðar	Ekki nógu strangur	1,490	0,194

Meðaltalsmunur á upphafsaldri var marktækur við $p < 0,05$.

Niðurstöður dreifigreiningar fyrir uppeldisaðferð móður var $F(1, 887) = 18,060$ $p < 0,001$. Prófið var marktækt og það er því hægt að hafna þeirri núlltilgátu að upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu sé sá sami eftir því hvort móðir sé mátulega ströng eða ekki nógu ströng. Tilgátan var studd og er upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu marktækt hærri þegar móðir er mátulega ströng heldur en ekki nógu ströng.

Ákveðið var að kanna að auki allar uppeldisaðferðir móður og var niðurstaða dreifigreiningar $F(3, 1029) = 6,094$ $p < 0,001$. Prófið var marktækt og því var Bonferroni eftir á samanburður notaðaður til að skoða nánar á milli hvaða

uppeldisaðferða var marktækt. Á töflu 4 sést að upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu er marktækt hærri hjá þeim sem alast upp hjá of strangri móður heldur en ekki nógu strangri, en þetta var eini marktæki munurinn til viðbótar, að undanskilinni tilgátunni, sem var studd.

Tafla 4. Niðurstöður Bonferronis eftir á samanburðar á meðaltalsmun upphafsaldurs reglulegrar áfengisneyslu eftir uppeldisaðferð móður.

Uppeldisaðferð móður	Uppeldisaðferð móður til samanburðar	Meðaltalsmunur	P-gildi
Of ströng	Mátulega ströng	-0,104	1,000
	Ekki nógu ströng	1,902	0,034
	Tók ekki þátt/var ekki til staðar	0,468	1,000
Mátulega ströng	Ekki nógu ströng	2,006	0,000
	Tók ekki þátt/var ekki til staðar	0,573	1,000
Tók ekki þátt/var ekki til staðar	Ekki nógu ströng	1,433	1,000

Meðaltalsmunur á upphafsaldri var marktækur við $p < 0,05$.

Samband foreldra og barns og upphafsaldur áfengisneyslu

Þátttakendur voru beðnir um að meta hversu gott samband þeir töldu sig hafa við foreldra sína. Í ljós kom að meirihluti, eða 43,8%, taldi samband sitt við föður vera gott og 28,2% töldu það vera framúrskarandi. Í heildina svöruðu 1039 manns þessari spurningu en 5,4% slepptu henni og fylgdi dreifing sambands við föður normalkúrvu nokkuð vel en þar var þó villa upp á 0,319, og ris dreifingar var -0,755. Þá voru flestir, eða 43,8%, sem töldu samband sitt við móðir vera gott og 23,7% töldu það sæmilegt. Í heildina svöruðu 974 manns þessari spurningu en 11,3% slepptu henni og fylgdi dreifing sambands við móður normalkúrvunni vel þó þar væri villa upp á 0,546

og ris dreifingar væri -0,442. Notast var við sömu fylgibreytu og þegar uppeldisaðferð og upphaf áfengisneyslu var skoðað.

Hér, eins og í fyrri tilgátu, var kí-kvaðrat framkvæmt til að kanna kynjamun, þ.e. hvort kynjamunur væri til staðar á því hvort samband við foreldra er talið gott eða sæmilegt. Niðurstaðan var $\chi^2(2, N = 548) = 6,255, p = 0,044$ og er prófið marktækt. Það er því hægt að segja að kynjamunur sé á því hvort samband við foreldra er taldið gott eða sæmilegt.

Þegar gæði sambands við föður og móður var skoðað með tillit til upphafsaldurs áfengisneyslu kom í ljós að meðalaldur var hæstur, eða 19,35 ár, hjá þeim sem töldu samband sitt við föður vera framúrskarandi. Þá var upphafsaldur einnig hæstur, eða 18,68 ár, hjá þeim sem töldu samband sitt við móður vera framúrskarandi eins og sést á töflu 5.

Tafla 5. Gæði sambands foreldra við ungling og meðalaldur unglunga við upphaf reglulegrar áfengisneyslu.

Gæði sambands	Móðir	Faðir
	Meðalaldur	Meðalaldur
Framúrskarandi	18,68	19,35
Gott	17,65	18,34
Sæmilegt	17,17	17,18
Lélegt	17,62	16,33

Tilgáta 3 hljóðar svo að unglingar sem telja samband sitt við foreldra gott byrji síðar að neyta reglulega áfengis en unglingar sem telja samband sitt við foreldra lélegt. Til að kanna þetta var dreifigreining gerð í tvennu lagi, fyrir hvort kyn. Niðurstöður sambands föður var $F(1, 562) = 13,400 p < 0,000$. Prófið reyndist marktækt og það er því hægt að hafna þeirri núlltilgátu að enginn munur sé á upphafsaldri reglulegrar áfengisneyslu eftir því hvort samband við föður er gott eða lélegt. Upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu er því marktækt hærri þegar samband við föður er gott

heldur en þegar sambandið er lélegt og var því tilgáta 3 studd þegar samband við föður var skoðað.

Hér, eins og í fyrri tilgátu var áhugi fyrir hendi að kanna frekar samband foreldra þar sem tilgáta þrjú var studd. Því var dreifigreining gerð í tvennu lagi, eftir kyni, fyrir allar tegundir sambands og var niðurstaða sambands við föður $F(3,963) = 9,483$ $p < 0,001$. Prófið reyndist marktækt og því er hægt að hafna núlltilgátunni um að enginn munur sé á upphafsaldri reglulegrar áfengisneyslu eftir sambandi við föður. Bonferroni eftir á samanburður var því næst skoðaður til að skoða nánar á milli hvaða tegunda sambanda marktæki munurinn liggur og niðurstöður sjást á töflu 6. Kom í ljós að auk þess að tilgáta 3 var studd, var upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu marktækt hærri þegar samband við föður er framúrskarandi heldur en sæmilegt eða lélegt.

Tafla 6. Niðurstöður Bonferronis eftir á samanburðar á meðaltalsmun upphafsaldurs reglulegrar áfengisneyslu eftir sambandi við föður.

Samband við föður	Samband við föður til samanburðar	Meðaltalsmunur	P-gildi
Framúrskarandi	Gott	1,015	0,277
	Sæmilegt	2,170	0,001
	Lélegt	3,027	0,000
Gott	Sæmilegt	1,155	0,074
	Lélegt	2,012	0,002
Sæmilegt	Lélegt	0,857	0,951

Meðaltalsmunur á upphafsaldri var marktækur við $p < 0,05$.

Niðurstöður dreifigreiningar fyrir samband móður var $F(1, 540) = 0,001$ $p > 0,05$. Dreifigreining sýndi að það var ekki um marktækan mun að ræða eins og búist var við en tilgáta 3 hljóðar svo að upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu sé hærri þegar samband við móður er talið gott heldur en þegar það er talið lélegt og því var tilgáta 3 ekki studd. Það er því ekki hægt að hafna þeirri núlltilgátun að það sé enginn munur á

upphafsaldri reglulegrar áfengisneyslu eftir því hvort samband við móður sé gott eða lélegt.

Hér, eins og áður, var dreifigreiningarpróf framkvæmd fyrir allar tegundir sambands móður og var niðurstaðan $F(3, 1028) = 3,317$ $p < 0,05$ og var F -prófið marktækt. Það er því munur á upphafsaldri reglulegrar áfengisneyslu eftir sambandi við móður. Niðurstöður Bonferronis eftir á samburður sjást á töflu 7, en þar sést að upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu er marktækt hærri þegar samband við móður er framúrskarandi heldur en sæmilegt.

Tafla 7. Niðurstöður Bonferronis eftir á samanburðar á meðaltalsmun upphafsaldurs reglulegrar áfengisneyslu eftir sambandi við móður.

Samband við móður	Samband við móður til samanburðar	Meðaltalsmunur	P-gildi
Framúrskarandi	Gott	1,032	0,089
	Sæmilegt	1,511	0,022
	Lélegt	1,056	0,723
Gott	Sæmilegt	0,479	1,000
	Lélegt	0,024	1,000
Sæmilegt	Lélegt	-0,456	1,000

Meðaltalsmunur á upphafsaldri var marktækur við $p < 0,05$.

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að þeir sem byrja að neyta áfengis reglulega fyrir 15 ára aldur fá ekki fleiri greiningar fyrir áfengis- og vímuefnavanda en þeir sem byrja að neyta áfengis reglulega eldri en 15 ára og því var tilgáta eitt ekki studd. Þegar talað er um að neyta áfengis reglulega er átt við að drekka einu sinni eða oftari í mánuði í 6 mánuði eða lengur.

Þessar niðurstöður eru ekki í samræmi við fyrri rannsóknir sem sýna að börn sem byrja ung að neyta áfengis, milli 11 og 14 ára, eru í meiri hættu á að þróa með sér áfengis- eða vímuefnavanda en þau börn sem byrja seinna að neyta áfengis (Stattin og Nurmi, 2000; Hawkins o.fl., 1997). Ýmsar ástæður geta legið að bak því að ekki fékkst marktækt og ef til vill gæti fjöldi áfengis- og vímuefnagreininga verið marktækt lægri ef miðað hefði verið við annan aldur en 15 ára. Hliðstæðar rannsóknir sýna einnig að upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu gefur góða spá fyrir áfengis- og vímuefnavanda seinna meir á ævinni (Grant og Dawson, 1997). Hvað varðar upphafsaldur áfengisneyslu barna og unglunga hér á landi þá var hann 13 ár, árið 1995 (Ása Guðmundsdóttir, 1998) og árið 2011 var rúmlega helmingur 16 ára gamalla unglunga, óháð kyni, byrjaður að neyta áfengis hér á landi (Álfgeir L. Kristjánsson, Jón Sigfússon, Inga D. Sigfúsdóttir og Hrefna Pálsdóttir, 2011). Þessi aukning á áfengisneyslu barna og unglunga skýrist ef til vill af breyttum viðhorfum almennt til áfengisneyslu. Viðhorf Íslendinga hefur breyst mikið á seinustu árum og hefur áfengisneyslu oftari en áður verið tekið sem sjálfsögðum hlut og til að mynda eru aðeins 4% 22ja ára gamalla einstaklinga á móti því að neyta áfengis (Sigrún, Andrea, Þórólfur og Kristín, 2003) og 4-5% fullorðinna telja eðlilegt að unglingar neyti aldrei áfengis (Lýðheilsustöð, 2004).

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna einnig að uppeldisaðferðir foreldra hafa áhrif á upphafsaldur reglulegrar neyslu áfengis. Börn sem alast upp hjá foreldrum sem eru mátulega strangir eru eldri þegar þau byrja að neyta áfengis reglulega heldur en börn sem alast upp hjá foreldrum sem eru ekki nógu strangir og var tilgáta tvö því einnig studd.

Samband uppeldisaðferða og upphafsaldurs reglulegrar áfengisneyslu var kannað fyrir feður annars vegar og mæður hins vegar. Kom í ljós að munur er á

upphafsaldri reglulegrar neyslu barna og unglunga eftir uppeldisaðferðum og kyni foreldra. Hjá feðrum mátti sjá að upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu var marktækt hærri hjá þeim sem voru mátulega strangir heldur en hjá þeim sem voru ekki nógu strangir. Hjá móður kom fram munur varðandi upphafsaldur og var hann marktækt hærri hjá þeim sem voru mátulega strangar heldur en hjá þeim sem voru ekki nógu strangar, en það kom einnig í ljós að upphafsaldur var marktækt hærri hjá þeim sem voru of strangar heldur en ekki nógu strangar

Hliðstæðar rannsóknir, þar sem kannaðar voru uppeldisaðferðir eftir kenningu Díönu Baumrind sýna sömu niðurstöðu að hluta til en þær sýna að börn sem alast upp hjá mátulega ströngum foreldrum, þ.e. hjá þeim sem fylgja leiðandi uppeldisaðferð samkvæmt kenningunni, eru í minni hættu á að þróa með sér áfengis- og vímuefnavanda en börn foreldra sem styðjast við aðrar uppeldisaðferðir (Aunola, Stattin og Nurmi, 2000). Þá eru þau börn sem alast upp hjá mátulega ströngum foreldrum einnig í minni hættu á að neyti áfengis eða vímuefna almennt (Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts, Dornbusch, 1994).

Þá sýndu niðurstöður rannsóknarinnar einnig að þeir unglingar sem töldu að samband sitt við foreldranna hefði verið gott í æsku byrja eldri að neyta áfengis en unglingar sem töldu að samband sitt við foreldra hefði verið slæmt og var tilgáta þrjú því studd.

Samband milli foreldra og unglings og upphafsaldurs reglulegrar áfengisneyslu var kannað nánar fyrir feður annars vegar og mæður hins vegar. Þá kom í ljós að upphafsaldur einnig marktækt hærri hjá þeim sem áttu framúrskarandi samband við móður heldur en hjá þeim sem áttu sæmilegt samband við móður. Hjá feðrum mátti sjá að upphafsaldur reglulegrar áfengisneyslu var marktækt hærri hjá þeim sem áttu framúrskarandi samband við föður heldur en hjá þeim sem áttu lélegt eða sæmilegt samband við föður.

Fyrri rannsóknir, þar sem kannað var samband barna og unglunga við foreldra sýna svipaðar niðurstöður og þessi rannsókn sýnir, þar sem fyrri rannsóknir benda til þess að ef barni líður vel fremur en illa í návist foreldris er líðan og hegðun þess almennt betri og hættan á að það þrói vandamál tengdri áfengisneyslu sinni minni (Smith, 2010). Ef barni líður aftur á móti illa í návist foreldra og þá sérstaklega föður síns eykst hættan á þróun áfengisvanda og líðan barns er almennt verri (Patock-Peckham og Morgan-Lopez, 2007). Þá hefur einnig komið í ljós að færni foreldra til

að veita barninu hlýju skiptir máli fyrir áhættuna á þróun áfengisvanda og ef færni foreldra er góð stuðlar það að betra sambandi milli foreldra og barns og veldur minni hættu á þróun áfengisvanda (Mogro-Wilson, 2008).

Helsti styrkur rannsóknarinnar felst í því hversu stór og góður gagnagrunnur úrstaksins er, en þar hefur gögnum fleiri en 18 þúsund sjúklinga verið safnað saman í yfir 30 ár en það skilar góðri heildarmynd af þýðinu, þ.e samfélaginu. Þá voru um 3000 þúsund manns sem samþykktu þátttöku sína í rannsókninni en það telst nokkuð stórt úrtak og því verður auðveldara að alhæfa niðurstöður rannsóknarinnar yfir á þýðið, þ.e. að niðurstöður hennar eigi einnig við um íslenskt samfélag.

Þá voru allir tilgátur rannsóknar studdar nema sú fyrst og tengjast þær allar að vissu leyti. Uppeldisaðferð sem hefur til að mynda skilað góðum árangri, eins og leiðandi uppeldisaðferð, þ.e. þegar foreldrar eru mátulega strangir, skilar sér í betra sambandi milli barns og foreldris og ef samband barns og foreldris er gott er upphafsaldur reglulegrar neyslu hærri en annars. Eftir því sem börn og unglingar byrja eldri að neyta áfengis reglulega því minni er hættan á vanda tengdum neyslunni. Þetta bendir því enn og aftur til þess hversu mikilvægu hlutverki foreldrar og forráðamenn gegna í baráttunni gegn áfengisvandnum og því væri áhugavert að skoða enn frekar áhrif foreldra þar sem mikilvægi þeirra kom glögglega í ljós í þessari rannsókn. Foreldrar og uppeldisaðferðir þeirra eru lykilþættir við að koma í veg fyrir ofneyslu áfengis hjá börnum og unglungum (Hildur Björg Hafstein, 2005) og er því mikilvægt að brýna fyrir foreldrum hversu mikilvægir þeir og viðhorf þeirra og skoðanir eru í baráttunni gegn barna- og unglingadrykkju. Þá er einnig mikilvægur þáttur gegn áfengisneyslu barna og unglinga að upplýsa foreldra og forráðamenn um gagnsemi forvarna þar sem forvarnir geta dregið úr hættunni á áfengis- og vímuefnavanda (Grant og Dawson, 1997).

Heimildir

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4. útgáfa), Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ari Matthíasson. (2010). *Þjóðfélagsleg byrði af áfengis- og vímuefnaneyslu*. Óbirt meistara ritgerð: Háskóli Íslands.
- Aston, C. E., Hill, S. Y. (1990). Segregation Analysis of Alcoholism in Families Ascertained Through a Pair of Male Alcoholics. *American Journal of Human Genetics*, 46, 879-887.
- Aunola, K., Stattin, H., Nurmi, J. E. (2000). Parenting styles and adolescent's achievement strategies. *Journal of Adolescence*, 23, 205-222.
- Álfgeir Logi Kristjánsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Jón Sigfússon. (2005). *Notkun tóbaks, áfengis og annarra vímuefna meðal ungmenna í framhaldsskólum – rannsókn meðal framhaldsskólanema á Íslandi*. Reykjavík: Rannsóknir og greining.
- Álfgeir Logi Kristjánsson, Jón Sigfússon, Inga Dóra Sigfúsdóttir og Hrefna Pálsdóttir. (2011). *Fyrsta ölvun: Umhverfi og félagslegt samhengi fyrstu ölvunarinnar meðal 15-19 ára skólanema á Íslandi*. Háskólann í Reykjavík: Rannsóknir og greining.
- Ása Guðmundsdóttir. (1998). *Unglingadrykkja og viðbrögð við henni*. Reykjavík: Geðvernd.
- Ársskýrsla Fangelsismálastofnunnar ríkisins. (2003). Sótt 26.jan 2012 af http://www.fangelsi.is/media/stofnunin/A2003_leidrett.pdf.
- Ársrit SÁÁ // 2007-2010. (2011). Reykjavík: Oddi.
- Baer, J. S., Sampson, P. D., Barr, H. M., Connor, P. D., Streissguth, A. P. (2003). A 21-year longitudinal analysis of the effects of fatal alcohol exposure on young adult drinking. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 377-385.
- Baumrind, D. (1978). Parental disciplinary patterns and social competence in children. *Youth and Society*, 9, 239-276.
- Baumrind, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *Journal of early adolescence*, 11, 56-95.

- Becker, H. C. (2008). Alcohol dependence, withdrawal and relapse. *Alcohol Research & Health*, 31, 348- 361.
- Bucholz, K. K., Cadoret, R., Cloninger, C. R., Dinwiddie, S. H., Hesselbrock, V. M., Nurnberger, J. I., o.fl. (1994). A new, semi-structured psychiatric interview for use in genetic linkage studies: a report on the reliability of the SSAGA, *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 149-158.
- Bucholz, K. K., Hesselbrock, V., Shayka, J. J., Nurnberger, J. I. Schuckit, M. A., o.fl. (1995). Reliability of individual diagnostic criterion items for psychoactive substance dependence and the impact on diagnosis, *Journal of Studies on Alcohol*, 56, 500- 505.
- Butterworth, R. F. (2003). Hepatic encephalopathy a serious complication of alcoholic liver disease. *Alcohol Research & Health*, 27, 143-145.
- Clapp, P., Bhave, S. V., Hoffman, P. L. (2008). How adaptation of the brain to alcohol leads to dependence. *Alcohol Research & Health*, 31, 310- 339.
- Courville, C. B. (1955). *Effects of Alcohol on the Nervous System of Man*. Los Angeles: San Lucas.
- Cohen, D. A., Rice, J. (1997). Parenting styles, adolescent substance use, and academic achievement. *Journal of Drug Education*, 27, 199-211.
- Cook, C. (2000). Alcohol genetics: will the promise be fulfilled? *Addiction Biology*, 5, 405-410.
- Eckardt, J. M., File, S. E., Gessa, G. L., Grant, K. A., Guerri, C., Hoffman, P. L. o.fl. (1998). Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 22, 998-1040.
- Einar Guðmundsson og Árni Kristjánsson. (2005). Gagnavinnsla í SPSS. Reykjavík: Háskólaútgáfan
- Einar Gylfi Jónsson. (2001a). Hvað eru áhættuþættir? Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), Fíkniefni og forvarnir handbók fyrir heimili og skóla. (Fyrsta bindi, bls. 113). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í forvörnum.
- Einar Gylfi Jónsson. (2001b). Aldur við upphaf neyslu. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), Fíkniefni og forvarnir handbók fyrir heimili og skóla. (Fyrsta bindi, bls. 119-121). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í forvörnum.

- Ennett, S. T., Bauman, K. E., Foshee, V. A., Pemberton, M., Hicks, K. A. (2001). Parent-child communication about adolescent tobacco and alcohol use: What do parents say and does it affect youth behavior? *Journal of Marriage and Family*, 63, 48-63.
- Fletcher, A. C., Jefferies, B. C. (1999). Parental Mediators of Associations between Perceived Authoritative Parenting and Early Adolescent Substance Use. *Journal of Early Adolescence*, 19, 465- 487.
- Foran, H., O'Leary, K. D. (2008). Alcohol and intimate partners violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1122-1234.
- Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., Breen, R. (2002, desember). Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 98, 397-411.
- Gísli H. Guðjónsson og Hannes Pétursson (1990). *Homicide in the Nordic Countries. Acta Psychiatr. Scand.*, 82, 49-50.
- Goodwin (1979). Alcoholism and Heredity. *Archives of General Psychiatry*, 36, 57-61.
- Grant, B. F og Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: result from National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance abuse*, 9, 103-110.
- Gray, M. R., Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multi-dimensional construct. *Journal of Marriage and Family*, 61, 574-587.
- Gunnar Geir Gunnarsson, Kristín Björg Þorsteindóttir og Þorbjörg Jónsdóttir. (2010). *Umferðarslys á Íslandi árið 2010*. Reykjavík: Umferðarstofa.
- Gyða Björnsdóttir, Ingunn Hansdóttir, Valgerður Rúnarsdóttir, Þorlákur Jónsson, Lárus Jón Guðmundsson, Kristleifur Kristjánsson o.fl. (2008, January). Comparison of clinical diagnoses of substance abuse disorders and DSM-IV diagnoses derved from the SSAGA interview. Poster presented at the GENADDICT 3rd Annual Meeting, Illkirch, France.
- Hagstofa Íslands. (e.d.). *Áfengisneysla 1980-2007*. Sótt 26. ágúst 2011 af <http://www.hagstofa.is/?PageID=2599&src=/temp/Dialog/varval.asp?ma=VIS05120%26ti=%C1fengisneysla+1980%2D2007++%26path=../Database/visitotur/neysla/%26lang=3%26units=L%EDtrar>.

- Hammoumi, S., Naassila, M., Daoust, M. (1997). Experimental findings in the study of the reduction of alcohol intake. *European neuropsychopharmacology*, 7, 337-340.
- Hasin, D. (2003). Classification of Alcohol Use Disorders. *Alcohol research & health*, 27(1), 5-17.
- Hawkins, J. D., Graham, J. W., Maguin, E., Abbott, R., Hill, K. G., Catalano, R. F. (1997). Exploring the effects of age of alcohol use initiation and psychosocial risk factors on subsequent alcohol misuse. *Journal of studies on alcohol*, 58, 280-290.
- Helgi Gunnlaugsson og Galliher, J. F. (2000). *Wayward Icelanders: Punishment, Boundary Maintenance and the Creation of Crime*. Madison, WI: The University of Wisconsin Press.
- Helzer, J. E. (1981). The use of a structured diagnostic interview for routine psychiatric evaluations, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 45- 49.
- Hesselbrock, M., Easton, C., Bucholz, K.K., Schuckit, M. & Hesselbrock, V. (1999). A validity study of the SSAGA—a comparison with the SCAN. *Addiction*, 94(9), 1361-1370.
- Hildur Björg Hafstein. (2005, maí). Foreldrar, unglingar og áfengi. *Lýðheilsustöð*. Sótt 27. júní 2011 af <http://www2.lydheilsustod.is/greinar/greinasafn/afengi/nr/1072>.
- Innovative healthcare solutions. (e.d.). *Semi-structured assessment for the genetics of alcoholism (SSAGA I)*. Sótt 9. ágúst 2011 af http://infotechsoft.com/products/aspect_forms.aspx?formID=SSAGA-I.
- Jackson, C., Henricksen, L., Dickenson, D. (1997). Alcohol-specific socialization, parenting behavior and alcohol use by children. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 362-367.
- Jackson, C. (2002). Perceived legitimacy of parental authority and tobacco and alcohol use during early adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 31, 425-432.
- Johnson, V., Padina, R. J. (1991). Effects of the family environment of adolescent substance use, delinquency, and coping style. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 71-88.
- Kandel, D. B., Andrews, K. (1987). Process of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of Addictions*, 22, 319-342.

- Klingemann, H. (2001). *Alcohol and its social consequences – the forgotten dimension*. Kaupmannahöfn: WHO Regional Office for Europe.
- Komro, K. A., Maldonado-Molina, M. M., Tobler, A. L., Bonds, J. R., Muller, K. E. (2007). Effects of home access and availability of alcohol on young adolescent's alcohol use. *Addiction*, *102*, 1597-1608.
- Kril, J. J., Halliday, G. M., Svoboda, M. D., Cartwright, H. (1997). The cerebral cortex is damaged in chronic alcoholics. *Neuroscience*, *79*, 983-998.
- Kristinn Tómasson og Vaglun, P. (1997). The 2-year course following detoxification treatment of substance abuse: the possible influence of psychiatric comorbidity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *247*, 329-327.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of Competence and Adjustment among Adolescents from Authoritative, Authoritarian, Indulgent, and Neglectful Families. *Child development*, *62*, 1049-1065.
- Lee, G., A., Forsythe, M. (2011). Is alcohol more dangerous than heroin? The physical, social and financial costs of alcohol [rafræn útgáfa]. *International emergency nursing*, *19*, 141-145.
- Lilja, J., Larsson, S., Wilhelmsen, B. U., Hamilton, D. (2003). Perspectives on preventing adolescent substance use and misuse. *Substance Use og Misuse*, *38*, 1491-1530.
- Lýðheilsustöð. (2004). *Foreldrakönnun – Viðhorfsrannsókn*. Sótt 5. ágúst 2011 af http://www2.lydheilsustod.is/media/afengi/rannsoknir/saman_vidhorf_for_04.pdf.
- Lög um áfengi nr. 75/1998 með áorðnum breytingum 1.8/1999, 1.17/2003, 1.129/2004, 1.40/2005, 1.85/2007, 1.136/2009, 1.162/2010.
- Lögregluvefurinn. (e.d.). *Reglur um útivistartíma barna*. Sótt 23. september 2011 af http://www.logreglan.is/display.asp?cat_id=268.
- Martin, P. R., Singleton, C. K., Hiller-Sturmhöfel, S. (2003). The role of Thiamine deficiency in Alcoholic brain disease. *Alcohol research & Health*, *27*, 134-142.
- Miller, T. R., Levy, D. T., Spicer, R. S., Taylor, D. M. (2006). Societal costs of underage drinking. *Journal of Studies of Alcohol*, *67*, 519-528.
- Mogro-Wilson, C. (2008). The Influence of Parental Warmth and Control on Latino Adolescent Alcohol Use, *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, *30*, 89-105.

- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (e.d.). *Alcohol across the lifespan*. Sótt 16. ágúst 2011 af <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/StrategicPlan/NIAAASTRATEGICPLAN.htm>.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2009). Scientific mission. Sótt 21. febrúar 2012 af <http://www.niaaa.nih.gov/ResearchInformation/ExtramuralResearch/SharedResources/projcoga.htm>.
- Patock-Peckham, J. A., Morgan-Lopez, A. A. (2007). College Drinking Behaviors: Mediational Links Between Parenting Styles, Parental Bonds, Depression and Alcohol Problems. *Psychology of addictive behaviors, 21*, 297-306.
- Parrott, D. J., Giancola, P. (2004). A further examination of the relation between trait anger and alcohol-related aggression: The role of anger control. *Alcoholism: clinical and experimental research, 28*, 855-864.
- Rannsóknarnefnd umferðarslysa. (2008). Skýrsla rannsóknarnefndar umferðarslysa 2009. Sótt 21. september 2011 af http://rnu.is/Files/Skra_0043142.pdf.
- Robins, L., Helzer, J., Croughan, J., & Ratcliff, K. (1981). The NIMH Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry, 28*, 381-389.
- SÁÁ, Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. Sótt 24. ágúst 2011 af <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/leidbeiningar/um-samstodu-foreldra/>.
- Sari, Y., Johnson, V. R., Weedman, J.M. (2011). Chapter 10 – Role of the serotonergic system in alcohol dependence: From animal models to clinics. *Progress in molecular biology and translational science, 98*, 401-443.
- Schuckit, Goodwin og Winokur (1972). A Study of Alcoholism in Half-Siblings. *American Journal of Psychiatry, 128*, 1132-1136.
- Steinberg, L., Elmen, J. D., Mounts, N. S. (1989). Authoritative Parenting, Psychosocial Maturity and Academic Success among Adolescents. *Child Development, 60*, 1424-1436.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence, 11*, 1-19.

- Steinberg, L., Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Steinberg, L., Lamborn, S., Dornbusch, S., Darling, N. (1992). Impact of parenting practices of adolescent commitment: Authoritative parenting, school involvement and encouragement to succeed. *Child Development*, 63, 1266-1281.
- Simons, L. G., Conger, R. D. (2007). Linking Mother-Father Differences in Parenting to a Typology of Family Parenting Styles and Adolescent Outcomes. *Journal of Family Issues*, 28, 212-241.
- Sigrún Aðalbjarnadóttir, Andrea G. Dofradóttir, Þórólfur R. Þórólfsson og Kristín L. Garðarsdóttir. (2003). *Vímuefnaneysla og viðhorf*. Háskólaútgáfan: Félagsstofnun Háskóla Íslands.
- Sigrún Aðalbjarnardóttir og Kristjana Blöndal. (1995). Áfengisneysla reykvískra unglinga og viðhorf þeirra til slíkrar neyslu. *Uppeldi og menntun*, 4, 35-57.
- Sigurlaug María Jónsdóttir. 2003. Dreifigreining. Sótti 13. Maí 2012 af <https://gba.hi.is/cpadf/kefni/smj/s1.html>.
- Steinberg, L., Lamborn, S. D., Darling, N., Mounts, N. S., Dornbusch, S. M. (1994). Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent and neglectful families. *Child Development*, 65, 754-770.
- Sturla B. Johnsen. (2009). Mat á áfengis- og vímuefnavanda fanga við innkomu á Litla-Hraun. Upplýsingar fengnar símléiðis 16.11.2009. Óbirt rannsókn.
- Smith, M. (2010). Good parenting: Making a difference. *Early human development*, 86, 689-693.
- Thomas, J. D., Warren, K. R., Hewitt, B. G. (2010). Fetal alcohol spectrum disorders. *Alcohol Research & Health*, 33, 118- 126.
- Umferðarstofa (2010). Umferðarslys á Íslandi árið 2010. Sótt 8. mars 2012 af <http://www.us.is/Apps/WebObjects/US.woa/wa/dp?id=1001623>.
- Vigdís Stefánsdóttir. (e.d.) *Arfgerð og svipgerð*. Sótt 26. september 2011 af <http://www.gen.is/index.php/erfdafraedi/erfeafraeei-ii/arfgere-og-svipgere>.
- Windle, M., Spear, L. P., Fuligni, A. J., Angold, A., Brown, J. D., Pine, D., o.fl. (2009). Transitions into underage and problem drinking. *Alcohol Research & Health*, 32, 30- 40.

WHO, World Health Organization. (2002). *World Health Report 2002*. Sótt 29. ágúst 2011 af

http://books.google.com/books?hl=is&lr=&id=epuQi1PtY_cC&oi=fnd&pg=PR9&dq=World+health+report,+2002&ots=N1F2dRGiNk&sig=U41oAlnEvu9cZuqCO0o5JF08HjA#v=onepage&q=alcohol&f=false.

WHO, World Health Organization. (2010). *Strategies to reduce the harmful use of alcohol: draft global strategy*. Sótt 28. ágúst 2011 af

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_13-en.pdf.

WHO, World Health Organization. (e.d.-a). *European Status Report on Alcohol and Health 2010*. Sótt 27. ágúst 2011 af

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf.

WHO, World Health Organization. (e.d.-b). *International classification of diseases (ICD)*. Sótt 9. ágúst 2011 af <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.

WHO, World Health Organization. (e.d.-c). *The ICD:10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Sótt 10.

ágúst 2011 af

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/ICD10ClinicalDiagnosis.pdf.

White, A. M. (2003). What happened? Alcohol, memory blackouts and the brain. *Alcohol Research & Health*, 27(2), 186-196.

Zwaluw, C. S., Engels, R. C.M.E, Vermulst, A., Rose, R. J., Verkes, R. J., Buitelaar, J. o.fl. (2010). A serotonin transporter polymorphism (5-HTTLPR) predicts the development of adolescent alcohol use. *Drug and alcohol dependence*, 112, 134-139.

Pórarinn Tyrfingsson. (2007). *Áfengis- og vímuefnamedferð SÁÁ*. Sótt 4. ágúst 2011 af <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/fraedsluefni/samantekt-radstefnu-2007/radstefnugogn-a-pdf-formi/>.

Þórólfur Þórlindsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Jón Gunnar Bernburg og Viðar Halldórsson. (1998). *Vímuefnaneysla ungs fólks, umhverfi og aðstæður*. Reykjavík: Rannsóknarstofnun uppeldis- og menntamála.

Pórarinn Tyrfingsson, Þorgeir E. Þorgeirsson, Geller, F., Valgerður Rúnarsdóttir, Ingunn Hansdóttir, Gyða Björnsdóttir, o.fl. (2010). Addictions and their familiarity in Iceland. *New York Academy of Sciences*, 1187, 20-217.

Þórdís L. Gísladóttir. (2007). *Hagrænt gildi íþróttá í íslensku nútímasamfélagi*. Óbirt mastersritgerð: Háskólinn á Bifröst.

Þórólfur Þórlindsson, Inga Dóra Sigfúsdóttir, Jón Gunnar Bernburg og Viðar Halldórsson. (1998). *Vímuefni ungs fólks: Umhverfi og aðstæður*. Reykjavík: Rannsóknarstofnun uppeldis- og menntamála.

Rannsóknir & greining ehf. (2011). Ungt fólk 2010 Famhaldsskólanemar; Vímuefnanoftkun framhaldsskólanema á Íslandi. Rannsóknir & greining ehf. Sótt 1. febrúar 2012 af <http://www.rannsoknir.is/media/rg/skjol/Ungt-folk-2010---Vimuefnaneysla.pdf>.