



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

Jenter med ADHD og deres opplevde livskvalitet

En kvantitativ studie om jenters opplevde livskvalitet før og etter diagnostisering av ADHD

June Leirbakk

Masteroppgave i spesialpedagogikk, PED-3901, mai 2024

Forord

Da var tiden inne og arbeidet er endelig ferdig. Etter 5 år som student er det nå vemodig å avslutte studenttilværelsen og gå løs på arbeidslivet. Det blir fint å bruke lærdommen i praksis, men samtidig trist at den fine og lærerike tiden som student er over. Det har vært en krevende prosess med store mengder stress, frustrasjon og en god dose dårlig samvittighet da en aldri blir fornøyd med om en har skrevet eller lest nok. Det skal nå bli godt med litt pause og ro i hodet.

Selv om det har vært krevende og tatt mye tid, har jeg lært utrolig mye. Jeg har valgt å skrive om et tema som jeg tidlig ble interessert i og som stadig er i utvikling. ADHD og jenter er et tema som ofte dukker opp ulike steder i hverdagen, som for eksempel på sosiale medier. Det er først etter at jeg begynte med dette prosjektet at jeg utviklet en ny type forståelse for temaet. Jeg har havnet i mange interessante samtaler med jenter som ble diagnostisert sent med ADHD og jeg har mottatt flere titalls med e-poster fra jenter som har svart på undersøkelsen som så gjerne vil bidra mer eller vil vite mer om prosjektet. Kunnskapen jeg sitter igjen med etter fullført prosjekt, er noe jeg vil ta med meg videre i arbeidslivet og som jeg håper jeg får gleden av å lære mer om.

Masteroppgaven ville aldri vært et faktum, hadde det ikke vært for alle menneskene rundt som har bidratt og støttet. Først og fremst vil jeg rette en stor takk til alle respondentene som ønsket å delta i prosjektet. Jeg setter stor pris på hver og en av dere som tok seg tiden til å besvare spørreundersøkelsen og som delte sine erfaringer! Videre vil jeg også takke ADHD Norge og regionalt kompetansesenter for autisme, ADHD og Tourettes syndrom for at dere delte spørreskjemaet via deres kanaler. Stor takk til veileder Roald A. Øien som har loset meg gjennom en krevende prosess, med gode og faglige råd og tilbakemeldinger. Jeg vil også rette en takk til mine kloke medstudenter for faglige samtaler, psykisk støtte og fine avbrekk med ikke-faglige samtaler og latter. Avslutningsvis vil jeg takke min samboer for ubetinget støtte, forståelse og tålmodighet gjennom denne stressende perioden.

June Leirbakk

Tromsø, mai 2024.

Sammendrag

Tittel

«Jenter med ADHD og deres opplevde livskvalitet: En kvantitativ studie om jenters opplevde livskvalitet før og etter diagnostisering av ADHD».

Bakgrunn og formål

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) er en nevroutviklingsforstyrrelse som omhandler kjernesymptomer som oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet. Forholdstallet for forekomsten av ADHD er i barneårene i favør til guttene, mens ved voksen alder jevnes det ut. Hensikten med denne masteroppgaven er å undersøke hvordan diagnostisering av ADHD kan påvirke jenters opplevde livskvalitet. Problemstillingen for oppgaven er:

«Hvordan påvirker sen diagnostisering av ADHD hos jenter deres opplevde livskvalitet?»

Og forskningsspørsmålene som ble stilt er:

- 1. «Er det en sammenheng mellom alder for diagnostisering av ADHD hos jenter og opplevd livskvalitet?»*
- 2. «Er den opplevde livskvaliteten bedre etter diagnostisering av ADHD?»*

Metode

Metoden for masteroppgaven er kvantitativ metode med innsamling av datamaterialet gjennom en spørreundersøkelse. Datamaterialet er basert på N=400 kvinner med ADHD. Deskriptiv statistikk i form av frekvensanalyser og prosentfordeling, samt korrelasjonsanalyser er gjennomført og fremstilt i diagrammer og tabeller.

Resultater

Resultatene indikerer at ADHD-diagnosen var etterlengtet for mesteparten og at den var positivt mottatt. Samtlige spørsmål i undersøkelsen hadde en større andel positive svar etter diagnostisering og jevnere spredning.

Konklusjoner

Kvinner diagnostisert med ADHD ser ut til å oppleve bedre livskvalitet, sammenlignet med før de fikk diagnosen. Det er behov for videre forskning på kvinner og diagnostisering av ADHD, hvilke konsekvenser sen diagnostisering har og hva som potensielt kan endres.

Abstract

Title

«Girls with ADHD and their perceived quality of life: A quantitative study on girls' perceived quality of life before and after diagnosis of ADHD»

Background and purpose

Attention deficit hyperactivity disorder is a neurodevelopmental disorder characterized by core symptoms such as attention difficulties, hyperactivity and impulsivity. The prevalence ratio of ADHD in childhood favors boys, while it evens out in adulthood. The purpose of this master's thesis is to investigate how the diagnosis of ADHD can affect girls' perceived quality of life. The thesis statement is:

«How does late diagnosis of ADHD in girls affect their perceived quality of life?»

And the research question posed are:

1. «Is there a correlation between the age of ADHD diagnosis in girls and perceived quality of life?»
2. «Is perceived quality of life better after diagnosis of ADHD?»

Method

The method for the master's thesis is quantitative, with data collected through a survey. The data is based on N=400 women with ADHD. Descriptive statistics in the form of frequency analyses and percentage distributions, as well as correlation analyses, have been conducted and presented in diagrams and tables.

Results

The results indicate that the ADHD diagnosis was long-awaited for most and positively received. All questions in the survey had a higher proportion of positive answers after diagnosis and more even distribution.

Conclusions

Women diagnosed with ADHD seem to experience better quality of life compared to before receiving the diagnosis. Further research is needed on women and the diagnosis of ADHD, the consequences of late diagnosis, and potential areas for intervention.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	2
1.2	Spesialpedagogisk rettet	2
1.3	Problemstilling.....	3
1.4	Oppgavens avgrensing og oppbygging.....	3
2	Teori	4
2.1	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	4
2.1.1	Ulike typer ADHD	5
2.2	Diagnostisering – hvem får ADHD?	6
2.2.1	DCM-5	6
2.2.2	ICD-11.....	7
2.2.3	Omfang.....	8
2.2.4	Årsak og risikofaktorer.....	8
2.2.5	Beskyttende faktorer	10
2.3	Behandling.....	10
2.4	Biologiske faktorer og ulikheter	11
2.4.1	Kjønnsforskjeller.....	11
2.4.2	Hjernen	12
2.4.3	Puberteten.....	15
2.5	ADHD i et sosiologisk perspektiv	16
2.6	ADHD og sosiale medier.....	17
2.6.1	Sammenheng mellom sosiale medier og ADHD symptomer	19
2.7	Livskvalitet	21
2.7.1	Ulike typer livskvalitet	23
2.7.2	Levekår versus livskvalitet.....	24

2.7.3	Antonovskys salutogene modell og opplevelse av sammenheng (OAS).....	27
3	Metode.....	29
3.1	Valg av metode.....	29
3.2	Vitenskapsteoretisk forankring.....	30
3.2.1	Kritisk realisme	31
3.3	Reliabilitet	32
3.4	Validitet	33
3.5	Etikk.....	35
3.6	Spørreskjema	36
3.6.1	Utvalg	37
3.6.2	Studiens utvalg	38
3.7	Analysen.....	40
4	Resultater.....	42
4.1	Relasjoner	42
4.2	Skole og arbeid	44
4.3	Hverdagen.....	45
4.4	Alkohol- og rusbruk.....	48
4.5	Tanker om ADHD-diagnosen.....	50
4.6	Korrelasjonsanalyser	52
4.7	Oppsummering resultater	53
5	Diskusjon.....	54
5.1	Relasjoner	54
5.2	Skole og arbeid	55
5.3	Hverdagen.....	57
5.3.1	Å føle seg glad.....	59
5.4	Alkohol- og rusbruk.....	60

5.5	ADHD-diagnosen	61
5.6	Hvorfor får de det bedre etter diagnosen	62
5.7	Hvordan påvirker sen diagnostisering av ADHD hos jenter deres opplevde livskvalitet?	64
5.8	Styrker og svakheter	65
6	Avslutning	67
7	Referanser.....	69
	Vedlegg	i
	Vedlegg 1: Fullstendig spørreskjema	i
	Vedlegg 2: Fullstendig korrelasjonsmatrise	vii

Tabelliste

Tabell 1: Fordeling påbegynt utredning og diagnostisering.....	39
Tabell 2: Hvorvidt informantene likte å gå på skole/arbeid og mestret skolearbeid/annet arbeid før ADHD-diagnosen	44
Tabell 3: Hvorvidt informantene liker å gå på skolen/arbeid og om de mestrer skolearbeid/annet arbeid etter ADHD-diagnosen	45

Figurliste

Figur 1: Fordeling av alder.....	38
Figur 2: Fordeling av hvem som først stilte spørsmål angående en ADHD-diagnose.....	39
Figur 3: Hvorvidt informantene klarte å opprettholde relasjoner før ADHD-diagnosen.....	42
Figur 4: Hvorvidt informantene klarte å opprettholde relasjoner etter ADHD-diagnosen	43
Figur 5: Hvorvidt informantene mestret hverdagen før ADHD-diagnosen	46
Figur 6: Hvorvidt informantene mestrer hverdagen etter ADHD-diagnosen	46
Figur 7: Hvorvidt informantene ofte følte seg glad før ADHD-diagnosen.....	47
Figur 8: Hvorvidt informantene ofte følte seg glad etter ADHD-diagnosen	47
Figur 9: Hvorvidt informantene brukte rusmidler for å føle seg bedre før ADHD-diagnosen	48

Figur 10: Hvorvidt informantene brukte rusmidler for å føle seg bedre etter ADHD-diagnosen	48
Figur 11: Hvorvidt informantene brukte alkohol for å føle seg bedre før ADHD-diagnosen .	49
Figur 12: Hvorvidt informantene brukte alkohol for å føle seg bedre etter ADHD-diagnosen	49
Figur 13: Hvorvidt informantene er glade de fikk diagnosen ADHD.....	50
Figur 14: Hvorvidt ADHD-diagnosen har påvirket livet positivt	51
Figur 15: Hvorvidt de ønsket at de fikk ADHD-diagnosen tidligere.....	51

1 Innledning

Attention deficit hyperactivity disorder (heretter forkortet til ADHD) er en nevroutviklingsforstyrrelse som er karakterisert av vansker i to hovedområder: uoppmerksomhet og hyperaktivitet-impulsivitet. ADHD ble tidligere ansett som en barnesykdom, men nyere forskning finner at mange av symptomene vedvarer i voksen alder også (Young, et al., 2020). I Norge viser statistikken at av barn og unge under 18 år er det 3-5% som har en ADHD-diagnose. Kjønnfordelingen i tidlig alder er 4:1 i favør guttene, mens i voksen alder er derimot fordelingen mye jevnere. Noe som kan forstås at jenter diagnostiseres senere med ADHD sammenlignet med guttene (ADHDNorge, 2021). Hvordan oppleves det for jenter å få diagnosen og hvordan påvirker det deres opplevde livskvalitet?

Et forskningsnotat som undersøker levekår blant voksne med ADHD fant i 2022 en tydelig indikasjon på at voksne med ADHD opplever langt lavere tilfredshet med livet sammenlignet med befolkningen uten ADHD (Bjørnshagen, 2022). Videre finner en annen studie at ADHD-diagnosen medførte positive opplevelser, slik som følelsen av selv akseptering og økning i verdi (Hansson Halleröd, Anckarsäter, Råstam, & Scherman, 2015). Hamed, Kauer & Stevens (2015) undersøkte viktigheten av en ADHD-diagnose og finner at diagnosen er viktig for alle parter som er involvert, samt at mer kunnskap om det vil bidra til utredningsprosessen og behandlingen i fremtiden. I tillegg finner en systematisk litteraturgjennomgang fire hovedtema hos jenter som lever med udiagnostisert ADHD: innvirkning på sosialt-emosjonell kvalitet, utfordrende relasjoner, mangelen på kontroll og selvakseptering etter diagnostisering (Attoe & Clime, 2023). Disse fire temaene finner en også som svært sentrale innunder livskvalitetstradisjonen (Barstad, 2014).

Tidligere forskning som undersøker livskvalitet opp mot ADHD finner en tydelig sammenheng. Hvor mennesker med ADHD har lavere livskvalitet sammenlignet med de uten diagnosen. I forhold til alder viser det seg at eldre voksne med ADHD har lik opplevd livskvalitet som unge voksne med ADHD. Det er spesielt deler av livskvaliteten hvor arbeidsminne er sentral hvor de selv vurderer lavt. Svekkelsene en ser i livskvaliteten viser seg også å kunne bli enda mer svekket jo eldre individet blir. Viktigheten av å ta tak i utfordringene er dermed stor (Thorell, Holst, & Sjöwall, 2019). En annen studie finner at farmakologisk behandling og tidlig diagnostisering har positiv innvirkning på utfallet,

langsiktig prognose og livskvalitet hos voksne med ADHD (Agarwal, Goldenberg, Perry, & Ishak, 2012).

Sen diagnostisering av jenter og kvinner med ADHD er et populært tema på internett og sosiale medier. Folkehelseinstituttet (FHI) fant en økning i ADHD-diagnoser i perioden 2020-2022. Denne økningen gjaldt spesielt unge kvinner. Hvorfor det er slik, kan det være ulike grunner til. Temaet som hyppigst blir diskutert er at det er et forskningsgap, samt at symptomene hos jenter ikke er like tydelige sammenlignet med hos gutter. En har ikke nok kunnskap om ADHD hos jenter for å kunne diagnostisere de tidligere (Folkehelseinstituttet, 2023). En ser også en økning i forskning på bruk av sosiale medier og ADHD. For eksempel finner en studie en sammenheng mellom bruk av sosiale medier og symptomer på ADHD (Boer, Stevens, Finkenauer, & van den Eijnden, 2020), mens en annen finner at sosiale medier og deres algoritmer bidrar til å spre misvisende informasjon om ADHD (Yeung, Ng, & Abi-Jaoude, 2022).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av mine til sammen fem år ved universitet har min store interesse vært ADHD, og da spesielt ADHD hos jenter. Det har vært et tema som har fått lite oppmerksomhet, både i form av forelesninger og undervisning, men også i form av litteratur og pensum. Jeg har tidligere også skrevet og levert en bachelorgrad i spesialpedagogikk som omhandlet hvorfor jenter blir diagnostisert senere sammenlignet med gutter. Interessen for temaet har heller ikke tapt seg da det er et tema en ser overalt.

1.2 Spesialpedagogisk rettet

Masteroppgaven kan ansees som spesialpedagogisk rettet da den kan bidra til å identifisere ressurser og støttetiltak som er relevant. Med dette menes det at gjennom oppgaven så vil det bli undersøkt hvilke faktorer det er som påvirker jenter med sen diagnostisering, hva er det som påvirker deres opplevde livskvalitet. Studien kan også bidra til å forstå hvilke faktorer som spesifikt påvirker positivt og hvilke som påvirker negativt. Er det skole og arbeid, relasjoner eller mestring av hverdagen? Funnene i undersøkelsen kan bidra til å utvide kunnskapsgrunnlaget. Det kan også være av betydning for spesialpedagogisk praksis rettet mot å bedre kunne støtte jenter med ADHD.

1.3 Problemstilling

Problemstillingen for denne masteroppgaven er følgende:

«Hvordan påvirker sen diagnostisering av ADHD hos jenter deres opplevde livskvalitet?»

Og forskningsspørsmålene som ble stilt er:

1. *«Er det en sammenheng mellom alder for diagnostisering av ADHD hos jenter og opplevd livskvalitet?»*
2. *«Er den opplevde livskvaliteten bedre etter diagnostisering av ADHD?»*

1.4 Oppgavens avgrensning og oppbygging

ADHD er et stort tema og jeg har dermed valgt å avgrense det til å kun omhandle jenter med ADHD. Som nevnt tidligere blir jenter senere diagnostisert (ADHDNorge, 2021) og det er interessant å forstå hvilken betydning det har for jentene. Jeg har dermed valgt å avgrense det ytterligere til at oppgaven omhandler sen diagnostisering av ADHD, knyttet opp mot begrepet livskvalitet. Med «sen diagnostisering» tas det utgangspunkt i diagnostisering i voksen alder, altså fra 18 år og opp. Livskvalitetsbegrepet vil bli benyttet for å ha noe å måle opplevelsene opp mot. Jeg har valgt ut noen kjerneområder i begrepet: venner og relasjoner, skole og arbeid, bruk av rusmidler og mestring av hverdagen. Dette på grunn av oppgavens omfang og grunnet at dette er områder en også forbinder som noe som kan være utfordrende for individer med ADHD.

Oppgaven er delt inn i ulike deler og begynner med en introduksjon av ADHD, tidligere forskning og aktualitet av tema. Videre blir bakgrunn for valg av tema, samt problemstilling, forskningsspørsmål og oppgavens avgrensning og oppbygging presentert. Teoridelen, kapittel 2 er delt i to deler hvor første halvdel omhandler ADHD. Hvor det blir gått nærmere inn på hva det er, hvem som får det, diagnostisering, årsak- og risikofaktorer. Det blir også lagt fram biologiske faktorer, hvor kjønnsforskjeller, hjernen og puberteten er sentrale temaer. Avslutningsvis i denne delen blir ADHD sett opp mot blant annet sosiale medier. Neste del i teoridelen omhandler begrepet livskvalitet og ulike typer av det. Kapittel 3 som er metoddelen presenterer valg av metode, vitenskapelig forankring og vurdering av egen forskning. Deretter presenteres spørreskjema som innsamlingsmetode av data og studiens utvalg blir presentert. Før kapittel 4 presenterer hvilke funn som er blitt gjort, dette gjennom tekst, tabeller og figurer. I kapittel 5 diskuteres funnene som ble gjort opp mot teori,

problemstilling og forskningsspørsmål. Masteroppgavens styrker og svakheter blir også diskutert i dette kapittelet. Til sist i kapittel 6 er avslutningen, her gis det en oppsummering av oppgaven og forslag til videre forskning.

2 Teori

2.1 Attention Deficit Hyperactivity Disorder

ADHD er forkortelsen for Attention deficit hyperactivity disorder og kan på norsk forstås som hyperkinetisk forstyrrelse. Det omtales som en nevroutviklingsforstyrrelse grunnet at vanskene eller symptomene kommer til uttrykk i barneårene i form av funksjonsvansker eller forsinket utvikling. Videre som årene går vil nervesystemet modnes og funksjonsvanskene kan avta, men det er ikke sikkert at de gjør det. Kjernesymptomene innebærer oppmerksomhetsvansker, hyperaktivitet og impulsivitet. Med oppmerksomhetsvansker menes det for eksempel at en lett kan bli distraheret, at en skifter hyppig mellom aktiviteter eller at en har vanskeligheter med å gjennomføre en oppgave. Hyperaktivitet omhandler mye uro i kroppen, at en har mye energi og en følelse av rastløshet og indre uro. Impulsivitet viser seg ofte gjennom at en ikke klarer å vente på tur, at en avbryter og forstyrrer og at en handler uten å tenke seg om. Da dette beskrives som kjernesymptomer, betyr ikke det nødvendigvis at personer med ADHD strever med samtlige symptomer like mye. ADHD kan vise seg veldig ulikt hos ulike individer (Helsedirektoratet, ADHD, 2023).

Eksekutive funksjoner også kalt hjernens dirigent, har en overordnet styring over de mentale prosessene. Det er de som styrer tankeprosessene dit hen at en ikke handler impulsivt og uten at en tenker seg om. De får en også til å skifte strategi raskt og fleksibelt om en måte å handle eller tenke på, ikke tar oss dit vi ønsker. Det er de eksekutive funksjonene som er forutsetningen for at en kan ha to eller flere tanker i hodet på samme tid, samt å ordne dem i en hensiktsmessig rekkefølge (Zeiner, Arnesen, Bjercke, Bryhn, Drabitizius, Jynge, Karlsen, Langlete, Moen, T.Osborg, P.Osborg & Øgrim, 2004). Videre beskriver Thomas Brown eksekutive funksjoner som et begrep som dekker de vanskene en finner ved ADHD. Han nevner blant annet oppmerksomhet som en del av de eksekutive funksjoner, men også andre funksjoner og evner som benyttes i den daglige fungeringen. Det Brown beskriver er evnen til å igangsette oppgaver, til å fokusere, opprettholde og skifte fokus i arbeidet med oppgaver og evnen til å opprettholde tempo og våkenhet når en arbeider med oppgaver. Andre funksjoner

han beskriver som en del av eksekutivfunksjon er evnen til å tåle frustrasjoner og regulere følelsesmessige reaksjoner, evnen til å nyttiggjøre arbeidshukommelse og korttidshukommelse og evnen til å ha oversikt over oppgaver og aktiviteter. Grunnen til at eksekutive funksjoner ofte blir kalt for dirigenten i hjernen er på grunn av den kontinuerlige sammenkoblingen, prioriteringen og integreringen av forskjellige funksjoner. De eksekutive funksjoner skal altså koordinere, organisere og innlemme andre funksjoner i hjernen, uten at det blir krøll. Uten en dirigent vil orkesteret kunne låte kaotisk, det samme gjelder i hodet (Zeiner, et al., 2004, s. 92).

2.1.1 Ulike typer ADHD

Det skilles mellom tre undertyper av ADHD: hovedsakelig uoppmerksom type, hovedsakelig hyperaktiv/impulsiv type og kombinert type. Ved den uoppmerksomme typen beskrives det at individet ofte er uorganisert, har konsentrasjonsvansker og dagdrømmer. Dagdrømming kan vises gjennom at det kan virke som at individet ikke følger med eller hører etter i for eksempel undervisningssituasjoner. Med organisering menes det for eksempel at individet har vansker med å forholde seg til tid og har rotete og uorganisert arbeid. Videre kan individer med hovedsakelig uoppmerksom type ADHD ha vanskeligheter med å huske daglige gjøremål og å miste ting eller og huske hvor ting er blitt lagt. Den hovedsakelige hyperaktive/impulsive typen omhandler overdreven bevegelse som for eksempel fikling, overdreven energi og pratsom. Dette kan vise seg gjennom at individet ikke klarer å sitte i ro og at individet sitter og rister på foten eller tapper fingrene eller hendene på bordet. En kan i tillegg se det gjennom at individet avbryter andre som snakker og ikke klarer å vente på tur. Til sist er den siste undertypen en kombinasjon av de to nevnte undertypene. En møter da diagnosekravene til begge undertypene (American Psychiatric Association, 2013).

Tidligere benyttet en også diagnosen Attention Deficit Disorder, forkortet til ADD, for å karakterisere symptomer på oppmerksomhetssvikt. Mens ADHD ble benyttet for å karakterisere symptomer på hyperaktivitet og impulsivitet. Det ble i 1994 besluttet å fjerne skillet mellom diagnosene, og ADD og ADHD oppfattes den dag i dag som undertyper til samme diagnose ifølge diagnosesystemet The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (heretter referert til som DSM-5) (Bhandari, 2023).

2.2 Diagnostisering – hvem får ADHD?

Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for utredning og diagnostisering av ADHD inneholder flere deler. En henvisning fra fastlege eller annet relevant personell bør inneholde somatisk anamnese og status og relevant tilleggsinformasjon fra for eksempel pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), skolehelsetjenesten eller barnevern. Bekymring fra instanser som barnehage eller skole, eller fra foreldre og eventuelt fra individet selv bør vektlegges ved henvisningen. Neste steg er utredning hos spesialisthelsetjenesten. Utredningen bør inneholde kartlegging og dokumentasjon av individets psykososiale, utviklingsmessige, somatiske og psykiatriske historie. Under utredningen skal også kriterier fra DSM-5 benyttes, selv om diagnosen skal kodes etter International Classification of Diseases 11th Revision (heretter referert til som ICD-10). Videre viser de nasjonale retningslinjene til at den som blir utredet for ADHD også bør få en vurdering av differensialdiagnoser og eventuelle samtidig diagnoser. Dette grunnet at ADHD ofte opptrer sammen med andre diagnoser. Samtidig som en vil unngå at ADHD for eksempel bli oversett på grunn av symptomoverlapp. Deretter etter fullført utredning skal spesialisthelsetjenesten gi tilbakemelding til individet, eventuelle pårørende, henvisningsinstans og tiltaksyttere etter utredning. Tilbakemeldingen bør inneholde blant annet informasjon om eventuell diagnose, i dette tilfelle ADHD, samtidige eller alternative tilstander og informasjon om rettigheter og støtte (Helsedirektoratet, Henvisning, utredning og tilbakemelding, 2022).

2.2.1 DSM-5

Som nevnt er DSM-5 et diagnosesystem eller klassifikasjonssystem for psykiske lidelser. I denne manualen er det fem kriterier/punkter for ADHD-diagnosen. «A) A persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with functioning or development, as characterized by (1) and/or (2)» (American Psychiatric Association (APA), 2013, s.59). Det listes så opp ni ulike symptomer under uoppmerksomhet (1) som blant annet vansker med å være oppmerksom på små detaljer, vansker med å vedlikeholde oppmerksomheten under oppgaver eller aktiviteter, og dagdrømming som kan føre til at vedkommende ikke hører etter selv når en snakker direkte til hen. Under hyperaktivitet-impulsivitet (2) listes det også opp ni ulike symptomer. Disse er blant annet ofte fikling med eller mindre tappinger med hendene, springer ofte rundt og ofte overdreven snakking. Som nevnt tidligere er dette underkategorier av ADHD, felles for disse er at seks eller flere av symptomene må ha vedvart i minst 6 måneder til den grad at det blant annet negativt påvirker

sosiale og akademiske aktiviteter. For de over 17 år er det minst fem symptomer som er nødvendig (APA, 2013).

Det neste kriteriet er B) Som omhandler at symptomene enten ved uoppmerksomhet eller hyperaktivitet-impulsivitet må ha vært tilstedeværende før individet fylte 12 år. Videre viser kriteriet C) at symptomene må være tilstedeværende i mer enn to ulike settinger. Med kriteriet D) menes det at symptomene må forstyrre hvordan kvaliteten av sosial, akademisk eller sysselsettingen fungerer. Det siste kriteriet E) viser til at symptomene ikke utelukkende oppstår i løpet av schizofreni eller annen psykotisk lidelse, samt at det heller ikke kan bli beskrevet av en annen mental lidelse (APA, 2013).

Videre i diagnosemanualen skal en spesifisere hvilken underkategori som passer, da enten kombinert (F90.2), hovedsakelig uoppmerksom (F90.0) eller hovedsakelig hyperaktivimpulsiv (F90.1). Dette sees i forhold til kriteriene til punkt A) hvor en har flest symptomer. En skal også spesifisere hvis individet er i delvis remisjon, altså om samtlige kriterier er møtt tidligere, mens det de siste 6 måneder er møtt mindre kriterier. Til sist skal en også spesifisere den nåværende alvorlighetsgrad. Ved mild beskrives det som få symptomer i tillegg til de nødvendige med liten negativ innvirkning på fungering. Moderat beskrives ved at symptomene som er til stede ligger mellom mild og alvorlig. Ved alvorlig menes det veldig mange symptomer i tillegg til de nødvendige for å kunne stille diagnose, eller mange symptomer som er spesielt alvorlige eller symptomer som resulterer i markert svekkelse i fungeringen, både sosialt og i arbeidshverdagen/skolehverdagen (APA, 2013).

2.2.2 ICD-11

ICD-11 omtales som den internasjonale standarden for systematisk dokumentasjon og rapportering av tilstander, sykdommer og dødsårsaker. Alle medlemsland av World Health Organisation (WHO) skal benytte seg av dette verktøyet. Dette for å sikre en så lik oversikt over sykdommer og helseproblemer som mulig. I likhet med DSM-5 viser ICD-11 til at et vedvarende mønster, minst 6 måneder, med symptomer på uoppmerksomhet og/eller en kombinasjon av hyperaktivitet og impulsivitet som er utenfor grensen til normal variasjon som er forventet til alder og nivå av intellektuell utvikling. Innunder oppmerksomhet listes det opp symptomer som er veldig lik de i DSM-5, mens under hyperaktivitet og impulsivitet har de i tillegg lagt til at symptomene ikke er et resultat av substans bruk som for eksempel

kokain eller medisiner av sentralnervesystemet. Til sist vises det til at en skal spesifisere hvilken undertype av ADHD individet plasseres i (World Health Organization, 2023).

2.2.3 Omfang

ADHD regnes som en av de vanligste barnediagnosene. Det oppgis flere ulike tall på forekomsten av ADHD i hele verden, alt fra omkring 2% helt opp til 29% (Faraji-Goodarz, D Tae, & Gharib-zadeh, 2019). En systematisk litteraturgjennomgang finner at på verdensbasis er den sammenslåtte prevalensen blant voksne 4,61% og for vedvarende ADHD 8,83% (Chaulagain, et al., 2023). ADHD Norge viser til at 3-5% av alle barn og unge under 18 år har en ADHD-diagnose i Norge, mens det kun er 2-3% voksne som har det (ADHD Norge, 2021). Studier viser til at ADHD ikke har hyppigere forekomst nå enn for tre tiår siden, selv på grunn av økt anerkjennelse fra klinikere. Det er altså større sannsynlighet for at diagnosen blir gitt i dag kontra tidligere år (Faraone, et al., 2021).

2.2.4 Årsak og risikofaktorer

Forskning har lenge undersøkt årsaken til ADHD og det kan se ut til at en klar årsak, er det ikke. For de fleste med ADHD er det mange genetiske og miljømessige risikofaktorer som gradvis samles og bidrar til å utviklingen av tilstanden. Med miljømessige risikofaktorer menes det forhold fra miljøet som kan øke risikoen for å utvikle problemer. De miljømessige risikofaktorene for ADHD utøver sine effekter tidlig i løpet av livet. Eksempler på dette er traumatisk hjerneskade i tidlige barneår, barn som er født for tidlig og røyking og drikking under svangerskap. Denne kunnskap er behjelpelig for å forstå mer rundt ADHD-diagnosen, men det bidrar ikke til å gi noen diagnosen (Faraone, et al., 2021). Det er altså vanskelig å si noe om bakgrunnen eller årsaken til at et enkelt individ har fått ADHD-diagnosen og hvilke mekanismer i hjernen som forklarer dysfunksjonene og symptomer. Da det er ulike prosesser og årsaker som kan føre til hyperaktivitet, impulsivitet og konsentrasjonsproblemer.

Gjennom arvelighetsstudier eller genetiske studier som tvillingstudier, familiestudier, adopsjonsstudier og molekylærgenetiske studier finner en informasjon om i hvor stor grad ADHD er arvelig. En tvillingstudie gjennomført i USA, Sverige og Norge finner at arvelighetsfaktoren er på mellom 0,6 og 0,8, noe som må betraktes å være sterkt arvelig. En familiestudie finner at der hvor foreldre er diagnostisert med ADHD så er det 50% sjans for at barnet også får diagnosen. Adopsjonsstudier ser på virkningen arv og genetik kan ha

uavhengig av miljø, og en studie i USA fant rundt 20% av deltakerne fylte kriteriene for ADHD. Altså indikerer studien at genetiske faktorer kan gi utvikling av ADHD uavhengig av miljøfaktorer. Ved molekylærgenetiske studier ønsker en å forstå endringer på det molekylære plan. En har dermed sett på gener knyttet til transport eller bindingen av overføringsstoffet dopamin. Det forskningen finner er at hos personer med ADHD er det påvist høyere prosentvis andel av avvik på dopaminreseptoren DRD-4. Noe som resulterer i nedsatt effekt av dopamin i visse områder i hjernen. Det er også funnet avvik i genet for transport av dopamin tilbake i nervecellen (Zeiner, et al., 2004).

Pre- og perinatale risikofaktorer omhandler komplikasjoner i forbindelse med svangerskap og fødsel. Studier omkring dette finner at barn som er født for tidlig viser en overhyppighet av ADHD sammenlignet med andre barn som er født på tiden. En antar at det oppstår blødninger på hjernen som igjen vil kunne gi skade og ADHD symptomer. Videre finner en også sammenheng mellom sigarettøyking under svangerskap og forekomsten av ADHD. I slike tilfeller antar en at røykingen medfører en nedsatt oksygentilgang til visse områder i hjernen. En annen miljømessig risikofaktor er alkoholinntak hos mor under svangerskap. Det mest alvorlige er alkoholsyndrom som kan medføre misdannelser og forsinket mental utvikling, men det rapporteres også mindre avvik som viser seg som ADHD symptomer (Zeiner, et al., 2004).

Da det ser ut til at ADHD kan forstås som et resultat av både gener og miljø, vil det kunne være relevant å trekke inn epigenetikk. Epigenetikk omtales som et fagfelt med fokus på å undersøke faktorer som påvirker genuttrykket. Utgangspunktet for dette er at genmaterialet, DNA, både kan forandres reversibelt, men også endre genets funksjon uten overføring fra en generasjon til den neste. Slike endringer kan oppstå av korte eller mer varige endringer i individets tilpasning til det miljøet det er deltaker i. Med andre ord omhandler epigenetikk om studier av hvordan det sosiale miljø kan påvirke aktiviteter og funksjoner til våre gener. Eksempelvis finner studier av psykisk og fysisk vold at barn som blir utsatt for vold i nære relasjoner endrer måten å respondere på konfrontasjoner, de blir «programmert» til å bli nervøs, lett distraherede og til å få et impulsivt aggresjonsnivå. Dette er alle symptomer en forbinder med ADHD (Tjora & Levang, 2016, ss. 101-102).

George L. Engel utviklet den biopsykososiale modell som ofte blir benyttet innenfor psykologi og helse. Modellens syn på helse tar hensyn til tre faktorer: biologiske, psykologiske, og sosiale faktorer. Biologiske faktorer inkluderer genetikk som nevnt ovenfor. Psykologiske faktorer omhandler kognitiv fungering, mestringsstrategier, resiliens og personlighetstrekk som kan påvirke hvordan ADHD-symptomene utspiller seg, samt hvordan hvert enkelt individ håndterer de. Sosiale faktorer omhandler miljømessige påvirkninger, hvordan sosial støtte en har rundt seg og hvilken tilgang en har til ressurser (Angelina & Rathnasabapathy, 2023).

2.2.5 Beskyttende faktorer

Beskyttende faktorer skjermer for uønskede konsekvenser. Eksempelvis ansees positive familiehold som en beskyttende faktor. Da spesielt familieforhold med en god emosjonell atmosfære i hjemmet og familier som tilbringer tid sammen gjennom fritidsaktiviteter. Andre rapporterte faktorer som viser seg å ha en beskyttende effekt er gode sosiale ferdigheter og å ha et spesielt talent eksempelvis innen en idrett (Wilmshurst, Peele, & Wilmshurst, 2011). Følelsen av å ha kontroll er innlemmet for velvære og livstilfredshet og har også vist seg å være en beskyttende faktor (Attoe & Clime, 2023). En annen studie finner at aldring og pubertal utvikling kan ha en viss beskyttende effekt på ADHD-symptomer (Eng, et al., 2023). En beskyttende personlige faktorer kan forstås som høy følelse av sammenheng og selv-effektivitet. Høy følelse av sammenheng omhandler et individs oppfatning av at verden er forutsigbar, forståelig og håndterbar. Med selv-effektivitet menes det individets tro på eget potensiale til å kunne utføre oppgaver og nå mål. Sosial støtte er også vist å være en sterk beskyttende faktor (Wüstner, et al., 2019).

2.3 Behandling

Tilgjengelig på internett finnes en stor variasjon av fremgangsmåter for å behandle eller tilrettelegge for ADHD. Da ADHD kan opptre svært individuelt er det ingen klar måte å håndtere diagnosen på, men flere retningslinjer anbefaler en multimodal behandlingstilnærming hvor psykoedukasjon ansees som det viktigste. Med psykoedukasjon menes det en type behandlingsform hvor pasienten, samt deres pårørende får rikelig kunnskap og informasjon rundt diagnosen det gjelder. Målet med behandlingen er å gi pasienten realistiske forventninger til veien videre. Andre behandlinger eller tiltak er atferdsterapi, rådgivning og tilrettelegging på skole/arbeid. Basert på behovene til individet vil det kunne

bli aktuelt å prøve ut medisiner (Drechsler, et al., 2015). Det finnes flere ulike typer medisiner beregnet til ADHD, stimulerende og ikke-stimulerende midler. Stimulerende midler som Metylphenidat-baserte og amfetaminbaserte medisiner øker nivået av neurotransmitterne dopamin og noradrenalin i hjernen slik at oppmerksomhet og impulskontrollen forbedres. For de som ikke reagerer på stimulerende midler eller som av ulike grunner har økt risiko for misbruk, bruker ofte ikke-stimulerende midler. For eksempel Strattera (atomoksetin) er et selektivt noradrenalin reopptakshemmer, som fungerer gjennom å øke tilgjengeligheten av noradrenalin i hjernen (Mechler, Banaschewski, Hohmann, & Häge, 2022).

2.4 Biologiske faktorer og ulikheter

Da ADHD vises så ulikt hos enkelt individer sier det kanskje seg selv at det også kan vise seg ulikt blant kjønnene. Det er også en vekst av litteratur som ser på evnen kjønnshormoner har til å regulere intracellulært signalsystemer som antas å være unormale ved ADHD (Haimov-Kochman & Berger, 2014). Studier viser også til at det store avviket mellom menn og kvinner med diagnostisert ADHD skyldes blant annet mangel på anerkjennelse og skjevhet i henvisningspraksis for kvinner. Videre foreslår studien at kvinner med ADHD viser ulike symptomer, komorbiditet og tilhørende funksjon sammenlignet med menn (Young, et al., 2020).

2.4.1 Kjønnforskjeller

Som nevnt tidligere er det flere ulike tall på omfanget av ADHD og det samme gjelder fordelingen av kjønn. ADHD Norge anslår at forholdstallet hos barn med ADHD i Norge er 4:1 i guttenes favør, men at det jevner seg ut i voksen alder (ADHD Norge, 2021). Derimot viser andre studier til alt fra 3:1 til 16:1 i guttenes favør. Det er dermed rapportert store forskjeller i fordelingen av diagnostisert ADHD hos de ulike kjønnene (Young, et al., 2020). En mulig forklaring på hvorfor kjønnforskjellene i ADHD-prevalensen er en antatt «kvinnelig beskyttende effekt» modell. Denne modellen forklarer at kvinner krever større eksponering for genetiske og miljømessige faktorer assosiert med ADHD for å selv vise tilstrekkelig «ADHD-atferd» til å berettige en diagnose (Taylor, et al., 2016). Andre faktorer inkluderer den historiske oppfatning i vitenskapen om at ADHD er ekstremt sjeldent hos jenter og kvinner, samt en overvekt av uoppmerksomme symptomer og mindre synlige svekkede prestasjoner. Klinikere har også lenge tenkt at ADHD-symptomene er veiledende for gutter og ikke jenter, samt at foreldre- og lærerrapporteringer består av sammenligninger

på tvers av kjønn, noe som har skapt underrapporteringer av jenter. Overkompenserende atferd eller maskering er også en grunn til at jenter kan bli oversett (Hinshaw, Nguyen, O'Grady, & Rosenthal, 2022).

Flere studier rapporterer forskjeller i symptombeskrivelsen av jenter og gutter. Blant annet viser studien til Klefsjö til at uoppmerksomhet og internaliserte vansker er mer vanlige hos jenter, samt at angst og depresjon er hyppigere komorbide lidelser (Klefsjö, Kantzer, Gillberg, & Billstedt, 2021). I tillegg viser studien til Hinshaw et al. (2022) til at jenter strever mest med uoppmerksomhet og at gutter strever mest med hyperaktivitet, men at begge kjønn er like ufokuserte. Det er økende anerkjennelse rundt tematikken om at kvinner med ADHD har et modifisert sett med atferd, symptomer og komorbiditet sammenlignet med menn med ADHD. Der er mindre sannsynlig at kvinner med ADHD blir identifisert, henvist og at deres behov blir møtt (Young, et al., 2020).

Andre kjønnsforskjeller innenfor diagnosen ADHD er tematikken over- og underdiagnostisering. Bruchmüller, Margraf & Schneider (2012) undersøker i sin studie hva terapeuter og andre relevante fagfolk diagnostiserer ADHD basert på. Om det er basert på kun de synlige symptomene og ikke kriteriene i diagnosemanualene. Dette undersøker de for å se om diagnosen blir gitt på riktig grunnlag eller om diagnosen blir gitt feil. De undersøker også om gutter blir mer diagnostisert enn jenter. Resultatene fra studien viser til at hypotesen om overdiagnostisering ble støttet, samt at dobbelt så mange gutter som jenter ble diagnostisert. I tillegg fant de at det var de mannlige terapeutene og andre relevante mannlige fagfolk som diagnostisert mest og hadde flest falsk positive, altså overdiagnostiserte de. I motsetning til overdiagnostisering indikerer studien til Madsen, et al. (2018) at underdiagnostisering også foregår. Gjennom studien fant de at jenter oftere ikke fikk en ADHD-diagnose, selv med oppfylte kriterier, og at de i tillegg kom fra en familie med lavere sosioøkonomisk status.

2.4.2 Hjernen

Barn og unge med ADHD har en saktere utvikling i nesten alle hjerneområder og visse strukturelle avvikelser i hjernebarken, prefrontale cortex. Hjernebarkens områder som inneholder nettverk som regulerer oppmerksomhet og eksekutive funksjoner er tynnere hos barn med ADHD sammenlignet med barn uten. Avvikelser i de nøytrale nettverk som kobler sammen hjernebarken med andre viktige områder i hjernen oppstår under hjernens utvikling

og er med på å bidra til ADHD symptomer. Det finnes ingen bestemte områder i hjernen som er ansvarlig for alle ADHD-symptomene, men nervebaner som reguleres av budbringerne dopamin og noradrenalin kan assosieres med atferden som vanligvis forekommer med ADHD. Studier på hjernen til gutter med ADHD, viser at gutter med ADHD har mindre hjerner sammenlignet med de uten. Det er da de områdene som er sterkt berørt av signalsubstansen dopamin som er forminsknet (Nadeau, Littman, & Quinn, 2015).

Forskningen som er gjort fram til nå viser tydelig at ved ADHD er det hjernens frontale og prefrontale lapper som blir berørt. Disse områdene har forbindelser til de dypere liggende delene av hjernen, kjent som subkortikale deler og corpus striatum. Disse områdene i hjernen har spesielt betydning for emosjonell kontroll og motivasjon, to sterkt påvirkete funksjoner hos et individ med ADHD. En vet også at eksekutive funksjoner, impuls kontroll, målrettet handling og problemløsning også er relatert til de prefrontale lappene og deres subkortikale forbindelser. Vanligvis er kvinnelige kroppsdeler mindre sammenlignet med mannlige kroppsdeler, dette nettopp fordi kvinner er mindre enn menn. Dette gjelder også hjernen hos kvinner, den er mindre sammenlignet med mannlige hjerner. Bortsett fra noen strukturer som er større i den kvinnelige hjernen. Disse kalles nucleus caudatus, hippocampus og palladium. Forskningen indikerer at det er størrelsen på disse strukturene som omvendt reflekterer graden av overaktivitet, altså jo mindre nucleus caudatus, jo mer overaktivitet. Dette er grunnen til at jenter ofte er mindre overaktivt sammenlignet med gutter. I tillegg finner en at amygdala er mindre hos jenter enn hos gutter. Aktivitet i amygdala kobles til psykiske sykdommer som angst og depresjon (Nadeau, Littman, & Quinn, 2015).

En annen dominerende teori er at ADHD skyldes av dårlig signaloverføring for neurotransmittere dopamin og noradrenalin i hjernen. Det er spesifikke reseptorer som styrer overføringen i disse områdene, modulerer adferd og påvirkes ulikt av kjønn. Studier har funnet at gutter har høyere overproduksjon og større redusering av dopaminreseptorene enn jenter. Hjernen til gutter har en større overproduksjon av celler og minsker i størrelse som et resultat av re-dannelsen av kontaktstabiliteten mellom nerveceller i tenårene. Denne re-dannelsen ser ut til å indikere en økning i spesifisiteten, en mer effektiv funksjon i hjernens nervebaner og en minskning av symptomer. Dette kan forklare hvorfor gutter har mer hyperaktive symptomer ved ADHD. I tillegg vil også faktumet at synapsetettheten ikke minsker hos jenter kunne gi en forklaring på hvorfor ADHD symptomene forblir etter

puberteten. Hjernene til jenter modnes forttere enn hos gutter. Dette fører til at de eksekutive funksjonene også utvikles tidligere, men at ferdigheter og avvik blir mer vedvarende. Noe som vil kunne føre til færre muligheter til forbedring senere i utviklingen. Dette grunnet at det er reduksjonen av synapser som gjør det mulig for hjernen å opprette effektive systemer som vil korrigere tidligere brister eller feil og som vil forbedre funksjonen (Nadeau, Littman, & Quinn, 2015).

Reseptorer og bindingssteder er viktige grunnet at flere reseptorer fører til at systemet lettere reagerer på en liten mengde signalsubstans. Om mengden av en signalsubstans under en viss tilstand som ADHD blir lav, kan flere reseptorer eller økt følsomhet av reseptorene føre til at symptomene reduseres. Den kvinnelige hjernen er følsom for lave østrogennivåer, for eksempel under menstruasjon, etter eggløsning og under overgangsalderen. Dette vises gjennom humørsvingninger, irritabilitet, søvnforstyrrelser og andre kognitive problemer. Slike tilstander kan bli ekstra belastende for kvinner med ADHD etter puberteten. De senkede østrogennivåene i slike tilfeller kan føre til en forminskert følsomhet til reseptorene hos kvinner som allerede har lave nivåer av dopamin og/eller serotonin. Dette kan føre til mer alvorlige symptomer på ADHD, depresjon og nedsatt kognitive funksjoner (Nadeau, Littman, & Quinn, 2015).

2.4.2.1 Nevroplastisitet

Nevroplastisitet omhandler hjernens evne til å reorganisere seg selv, både funksjonelt og strukturelt, gjennom å danne nye nevrone forbindelser i respons til ulike typer miljømessige og endogene stimuli. Nevroplastisitet er avgjørende for alle former for utvikling og læring, og derfor er dens høye nivå generelt sett en adaptiv eller tilpasningsdyktig egenskap ved hjernen. Med dette menes det at et høyt nivå av nevroplastisitet er gunstig, da det gjør hjernen i stand til å endre og tilpasse seg, håndtere nye opplevelser, lære og utvikle seg over tid. Denne mekanismen er også anerkjent som en årsak og/eller medfølgende trekk ved de suksessfulle nevropsykiatriske behandlingene. For eksempel har den terapeutiske mekanismen av antidepressiv aktivitet vist seg å involvere modulering og induksjon av nevroplastiske endringer og inkludert synaptogenese. En viktig del av den nevroplastiske prosessen er synaptogenese hvor nye synapser eller forsterkninger av eksisterende synaptiske forbindelser mellom nevroner i hjernen blir dannet. Ved modulering og induksjon av nevroplastiske endringer menes det hvordan medikamenter kan bidra til å normalisere nevrone kretser og

kommunikasjonen mellom nevronene. Som igjen kan føre til forbedring av stemningsregulering og reduksjon av symptomer (Abdulghani, Poghosyan, Mehren, Philipsen, & D Anderzhanova, 2023).

Generelt sett kan en si at nevroplastisiteten i hjernestrukturen består av omorganiseringer som blant annet endringer i myelinisering av hvit substans og gråstoffvolum, som er korrelert med funksjonelle omorganiseringer som nevnt ovenfor (Loriette, Ziane, & Hamed, 2021). Studier finner at omfattende trening på musikalske instrumenter, eksekutive funksjoner, selvregulerings ferdigheter og motoriske ferdigheter kan føre til funksjonelle og strukturelle endringer i hjernen. Spesielt i forhold til ADHD finner en at hjerneaktivering i prefrontale og cerebellare regioner ble forbedret gjennom oppmerksomhetsoppgaver, samt at gråstoffvolumet økte. Det kan dermed forstås slik at nevroplastisiteten kan påvirkes gjennom kognitiv trening ved å stimulere til nye nevralt forbindelser og forbedre reguleringen av oppmerksomhet og impulsivitet (Liu, Glizer, Tannock, & Woltering, 2016).

2.4.3 Puberteten

Allerede i 1990 stilte Hans Hussey spørsmål angående kvinner med ADHD og pubertet, blant annet mente han at symptomene på ADHD forverres når jenter kommer i puberteten. Han påpekte at økte hormonsvingninger under menstruasjonssyklusens ulike faser fører til økte ADHD symptomer. Hjernens utvikling under puberteten utsettes for en dramatisk påvirkning av binyrebarkhormonet i og med adrenarke. Adrenarke er det tidspunktet hvor økning av mannlig kjønnshår fra binyrebarken skjer. Ett til to år senere påvirkes hjernes utvikling av økningen av kjønnshormoner under gonadarke som er tidspunktet for utvikling av bryst og kjønnsorgan. Disse hormonelle forandringene har lenge vært betraktet som bakgrunnen til humør- og atferdsforandringer som opptrer under puberteten. En studie fant at hos barn som kom for tidlig inn i adrenarke og som hadde signifikant høyere nivåer av binyrebarksandrogen østradiol og kortisol rapporterte angst, depresjon, vansker med oppmerksomhet og atferd og nedsatt kognitiv evne (Nadeau, Littman, & Quinn, 2015).

Det viser seg at jenters svekkede eksekutive funksjoner ofte ikke kommer til uttrykk før det viser seg som en manglende evne til å organisere livet, da gjerne i puberteten. Samt at presentasjoner svekkes som en reaksjon på de økende kravene som livet stiller (Nadeau, Littman, & Quinn, 2015). Studien til Eng et al. (2023) viser at pubertale effekter på depresjon

kan forklare hvorfor kvinner med ADHD viser flere symptomer og større svekkelser i fungering i ungdomsårene, samt har økt risiko for selvmord.

2.5 ADHD i et sosiologisk perspektiv

Tidligere forskning, statistikk og diagnosekriteriene peker på at ADHD er en kompleks diagnose. Tjora og Levang viser i boken sin «ADHD og det disiplinerte samfunn» til samfunnets viktige rolle i utviklingen av ADHD. De argumenterer for at arbeidsdisiplin med følge av stadig mer oppmerksomhet og konsentrasjon, vektlegges høyt i dagens samfunn. Noe som igjen gir en tankegang om at ADHD er et resultat for kravene og at samfunnet prøver å tilpasse seg gjennom å gi diagnosen. En sosialkonstruktivistisk tilnærming i helsesammenheng tar utgangspunkt i at grensen mellom sykdom og helse er formet gjennom sosiale prosesser eller samfunnsmessige forhold, istedenfor at det er definert av objektive kriterier alene. I et sosialkonstruktivistisk perspektiv kan ADHD ansees som en sosial konstruksjon. Hvor en benytter samfunnets verdier og normer for å kunne oppfatte og behandle diagnosen. På det vis er ikke ADHD et resultat av kun biologiske faktorer, men det er også preget av samfunnets forståelse av hva ADHD er. Bryan Turner beskriver sykdom som en medisinsk fortolkning av virkeligheten. Med andre ord kan en forstå det slik at ADHD representerer den medisinske forståelsen av blant annet impulsivitet og manglende konsentrasjonsevne, og at når diagnosen ADHD først ble utviklet så ble problemet medisinsk relevant (Tjora & Levang, 2016).

Den sosialkonstruktivistiske diskursen har en forståelse av ADHD knyttet til kulturelle, samfunnsmessige og sosiale forhold, altså den konteksten individet lever i, bidrar til å skape utfordringene som diagnosen medfører. I motsetning til en biomedisinsk forklaring som bruker en individrettet forklaring, forsøker denne diskursen å forklare ADHD gjennom et samfunnsmessig og strukturelt perspektiv. Diskursen prøver ikke å forkaste opplevde symptomer, men de forsøker å forklare atferd og symptomer utfra alternative modeller. Eksempelvis kan konsentrasjonsvansker og urolighet være forankret i kultur, dette på bakgrunn av at det forventes at en er født kompetente «kaospiloter» og at foreldre skal være gode oppdragere (Tjora & Levang, 2016, s. 107).

2.6 ADHD og sosiale medier

En av de mest populære temaene innenfor helse på sosiale medier er ADHD. I tillegg er meste parten av innholdet også bruker-generert, altså er det ikke fagfolk som generer ut innhold, men privatpersoner. I skrivende stund er det 3,1 millioner ulike videoer under søkeordet ADHD i mobilapplikasjonen Tiktok og andre søkeord som «ADHDproblems» og «ADHDcheck» har flere hundre tusen treff. Applikasjonen har over 1 billion aktive brukere hver måned og det viser seg at applikasjonen har bidratt til økt bevissthet om ADHD ved at individer oppsøker profesjonell hjelp og en utredning av ADHD etter å ha sett videoer på applikasjonen. Økt bevissthet rundt ADHD kan ha både positiv og negativ effekt. Den positive siden omhandler å redusere mentalhelse stigma og forbedre kunnskap, mens den negative siden omhandler bekymring for spredning av feilinformasjon. I tillegg benytter de fleste sosiale medier plattformer proprietære algoritmer, som kan forstås som lukkede algoritmer hvor allmennheten ikke har tilgang til å se hvordan de brukes. Disse algoritmene har som hovedmål å øke brukerengasjementet og vil dermed markedsføre videoer som ikke nødvendigvis gjenspeiler korrekt informasjon (Yeung, Ng, & Abi-Jaoude, 2022). En litteraturgjennomgang fra 2021 finner at prevelansen for spredning av feilinformasjon om ulike helsefenomener er høy blant de fleste sosiale medier plattformene (Suarez-Lledo & Alvarez-Galvez, 2021).

I en studie som undersøker kvaliteten av innholdet som blir lagt ut på applikasjonen TikTok finner de at 52% av videoene gir feilaktig informasjon. Videre finner de at 27% av videoene er basert på personlig erfaring, mens kun 21% blir karakterisert som nyttige videoer. Av de villedende videoen tilskrev 71% av de transdiagnostiske psykiatriske symptomer som spesifikke for kun ADHD. Disse symptomene inkluderte angst, depresjon, sinne, relasjonskonflikter, dissosiasjon og humørsvingninger. I andre videoer ble patofysiologien feilaktig fremstilt ved å overforenkle lidelsen som kun en tilstand med dopaminmangel. Feil informasjon om tilnærming for å diagnostisere ADHD ble formidlet gjennom ulike metoder som for eksempel en lydquiz. Ingen av de villedende videoen anbefalte seerne å oppsøke profesjonell hjelp før de tilskrev symptomene til ADHD. Av videoene som ble undersøkt i denne studien var ingen av de skapt eller publisert av selskaper, helseorganisasjoner, profittbaserte organisasjoner eller ideelle organisasjoner (Yeung, Ng, & Abi-Jaoude, 2022).

Det viser seg også at den prioritære TikTok-algoritmen har en tendens til å presentere brukerne med lignende videoer og innhold over tid. Med dette menes det at om en ser en villedende video om ADHD, så kan algoritmen føre til at flere lignende videoer vises. Som igjen mulig kan føre til at det villedende innholdet blir spredt yttligere blant brukerne på plattformen og som kan øke risikoen for at brukere eksponeres for feilinformasjon. I tillegg til algoritmer finnes det også virale trender, «ekkokamre» i sosiale medier og romantisering av psykiske helseproblemer som kan opprettholde spredningen av villedende informasjon. Nyhetsorganisasjoner rapporterer en økning i bruk av helsetjenester hvor personer søker klinisk oppmerksomhet på grunn av at de har sett videoer om ADHD på TikTok. Og grunnet at egenrapportering av symptomer har blitt mer og mer godkjent, så kan det være økt risiko for overdiagnostisering og til og med feildiagnostisering. Dette i tillegg til den allerede økte oppmerksomheten rundt ADHD-diagnoser og debatten om overdiagnostisering (Yeung, Ng, & Abi-Jaoude, 2022)

Det er også gjort andre studier på andre medier plattformer slik som Youtube. Nettsiden er tilgjengelig for alle og med en bruker kan hvem som helst publisere videoer. Denne studien undersøkte kvaliteten gjennom å kategorisere videoene i fem kategorier, fra villedende til veldig nyttig. De fant at 38,36% av videoene om ADHD var villedende og bare 5% ble kategorisert som veldig nyttig. De fant også at de villedende videoer om personlige erfaringer skapte mest engasjement, altså flere liker- og ikke-liker-trykk. Noe som også bidrar til at det er disse videoene som videre spres, dette på grunn av algoritmer (Thapa, et al., 2018).

Applikasjonen TikTok ble spesielt populær under Covid-19 pandemien. I denne konteksten blir spørsmålet hvorvidt individene feilaktig tilskriver vanskeligheter som oppstår som følge av de pandemiske folkehelse protokollene (for eksempel vanskeligheter med å opprettholde oppmerksomheten når en ser på en skjerm isolert i en lengre periode) til symptomer på ADHD reist. Med andre ord antydes det at den økte bruken av digitale plattformer under pandemien kan føre til at en opplever symptomer som kan forveksles med symptomer på ADHD, som igjen kan føre til implikasjoner for hvordan ADHD diagnostiseres og forstås i samfunnet (Yeung, Ng, & Abi-Jaoude, 2022).

2.6.1 Sammenheng mellom sosiale medier og ADHD symptomer

Bruken av sosiale medier har i løpet av de siste årene økt spesielt blant unge. Forskere har reist bekymring for at bruken av sosiale medier kan øke symptomene på ADHD. Hvilket aspekt av sosiale medier som har disse negative påvirkninger er fremdeles uklart, men det finnes ulike teorier. Sosiale medier tilbyr ulike funksjoner som kan framstå spesielt attraktivt for personer med ADHD. For det første er sosiale medier tilgjengelig overalt og når som helst da de er til stede på enhver smarttelefon. I tillegg varsler de ulike applikasjonene brukerne om innkommende meldinger og oppdatert innhold. På grunn av dette kan sosiale medier være fristende eksterne distraktører i en hverdag hvor mennesker med ADHD allerede ofte er mer følsomme overfor sammenlignet med de uten ADHD. Et annet poeng som tas opp er muligheten for raske belønninger for umiddelbare informasjons- og sosiale behov. Dette fordi sosiale medier lar en navigere raskt gjennom ulike profiler og en kan delta i flere samtaler samtidig (Boer, Stevens, Finkenauer, & van den Eijnden, 2020).

Videre rettes det oppmerksomhet mot at ADHD symptomer utgjør en risikofaktor for å utvikle avhengighet, altså at personer med ADHD er mer sårbare for å utvikle avhengighetsproblemer. Grunnet at problemer med sosiale medier bruken er preget av avhengighetslignende atferd, kan personer med ADHD være følsomme også for det. Mennesker som bruker sosiale medier intensivt, kan være vant til å bytte oppgave mellom applikasjoner og aktiviteter. Dette kan svekke evnen til å filtrere relevant fra irrelevant informasjon, noe som igjen kan bidra til utviklingen av oppmerksomhetssvikt. I tillegg kan den intensive bruken av sosiale medier gjøre at brukeren blir vant til underholdningen som tilbys av sosiale medier. Dette kan føre til at en da oppfatter aktiviteter uten sosiale medier som krever langvarig oppmerksomhet (for eksempel, se en film) som kjedelige eller lite underholdende. Noe som igjen kan føre til opplevelser av oppmerksomhetssvikt. Intensiv bruk av sosiale medier kan også påvirke søvnkvaliteten, dette på grunn av den intense eksponeringen av for lyse skjermer. Dette kan også bidra til oppmerksomhetssvikt eller til svekkede evner for å gi avkall på eller motstå umiddelbare impulser som skjer på dagtid. Personer med problemer med sosiale medier opplever oppmerksomhetssvikt på grunn av deres opptatthet av sosiale medier. Den konstante trangten etter å ta opp telefonen å sjekke sosiale medier kan få de til å føle seg rastløse når de ikke umiddelbart kan svare på meldinger og varslinger (Boer, Stevens, Finkenauer, & van den Eijnden, 2020).

En longitudinell studie som undersøker retningen på sammenhengen mellom ADHD symptomer og intensiv bruk av sosiale medier og sosiale medier problemer, fant at ved økning av sosiale medier problemer så økte også oppmerksomhetssvikten. I tillegg fant de også at ved økte sosiale medier problemer så økte også impulsiviteten. Studien fant derimot ingen signifikant sammenheng mellom intensiv bruk av sosiale medier og ADHD symptomer. Dette antyder at virkningen bruk av sosiale medier har på ADHD symptomer ikke ble drevet av bruksfrekvensen, men snarer av det avhengighetslignende aspektet ved problematisk bruk. En tidligere longitudinell studie viste til at sosiale medier problemer reduserte livstilfredsheten over tid, mens intensiv bruk av sosiale medier ikke gjorde det. For å utvide disse funnene antyder Boer sin studie at sosiale medier problemer også øker ADHD symptomer. Det tredje funnet om at intens bruk av sosiale medier ikke økte ADHD symptomene over tid, tyder på at intensiv bruk av sosiale medier kan være en normativ atferd som er innlemmet i menneskets daglige liv, snarere enn en problematisk atferd (Boer, Stevens, Finkenauer, & van den Eijnden, 2020).

Det er blitt gjennomført flere ulike studier som undersøker sammenhengen mellom ADHD symptomer og teknologi og andre medier. En brasiliansk kohort studie finner at ADHD symptomer ved 22 år er relatert til TV tid ved 11 år og en total skjermtid ved 18 år (Soares, de Oliveira, Wehrmeister, Menezes, & Goncalves, 2022). En annen studie finner at frekvensen av å se på TV ved 14 år er knyttet til oppmerksomhetsproblemer ved 16 år (Johnson, Cohen, Kasen, & Brook, 2007). I forhold til selvrappotering fant en studie at selvrappoterte problemer knyttet til bruken av sosiale medier, kunne forutsi selvrappoterte ADHD symptomer over tid (Boer, Stevens, Finkenauer, & van den Eijnden, 2020). Tre nyere metaanalyser finner tre mindre funn. En liten sammenheng mellom ADHD karakteristikk og mediebruk (Nikkelen, Valkenburg, Huizinga, & Bushman, 2014), svært liten sammenheng mellom ADHD karakteristikk og videospill (Ferguson, 2015) og moderat sammenheng mellom ADHD og internettavhengighet (Wang, Yao, Zhou, Liu, & Lv, 2017). Empiriske studier finner sammenhenger mellom intensiteten til bruken av sosiale medier og ADHD symptomer (George, Russel, Piontak, & Odgers, 2017). Andre studier som undersøkte problematisk bruk av sosiale medier og ADHD, fant en assosiasjon av vanedannende bruk av sosiale medier med hyperaktivitet, atferdsproblemer og stillesittende atferd (Merelle, et al., 2017). Derimot viste en annen studie en positiv sammenheng mellom selvrappoterte ADHD vurderinger og selvrappotert vanedannende Facebook-bruk (Facebook er et sosialt nettverk)

(Settanni, Marengo, Fabris, & Longobardi, 2018). Oppsummerende viser forskningen på dette feltet at spesielt unge med ADHD har større sannsynlighet for å ha et høyt forbruk og et problematisk forbruk av sosiale medier (Dekkers & van Hoorn, 2022).

2.7 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet ble av allmennheten først brukt på 1960-tallet og to av de viktigste bidragene til utviklingen av livskvalitetstradisjonen kom i 1976. «The quality of American life» av Campbell, Converse og Rodgers skilte mellom tilfredshetsmål og lykkemål. Hvor tilfredshetsmål omhandlet å gjøre en kognitiv evaluering, mens lykke omhandlet følelser. Overraskelsen med funnene var den svake korrelasjonen mellom disse målene. Dette førte til at begrepet livskvalitet omhandlet tre komponenter: positive følelser, negative følelser og kognitiv tilfredshet (Barstad, 2014).

Derimot skiller en den dag i dag mellom to hovedtilnærminger innenfor livskvalitetstradisjonen. Hvor den vanligste, også kalt subjektivt velvære (subjective well-being, forkortet til SWB), definerer begrepet livskvalitet som opplevelsen av å ha det godt. Mer spesifikt omhandler det opplevelsen av at en har mange positive og få negative følelser samtidig som en er tilfreds med livet. Denne tilnærmingen ser på positive følelser som blant annet kjærlighet og engasjement, mens de negative følelsene kan omhandle angst og ensomhet. Tilnærmingen vektlegger også kognitiv tilfredshet og her konkretiseres det også positive kognitive vurderinger som for eksempel opplevelsen av selvrealisering og negative kognitive vurderinger som for eksempel skyldfølelse eller opplevelsen av meningsløshet. Tilnærmingen har hentet inspirasjon fra hedonismen som er en teori om livstilfredshet. Hovedtrekkene innenfor teorien omhandler at lykke er knyttet til en balanse mellom de positive, behagelige opplevelsene og de ubehagelige, smertefulle opplevelsene. Teorien anser lykke som en kognitiv vurdering av om livet er godt eller dårlig som en helhet. Dermed anses teorien om lykke som subjektivt velvære som en kombinasjon av både den kognitive vurderingen av lykke, men også at lykke kan forstås som affektiv. Kritikken mot denne tilnærmingen handler om det i det hele tatt er mulig å gjøre en helhetlig vurdering av livet, da livet er svært sammensatt (Barstad, 2014).

Innunder samme tilnærming utviklet Daniel Haybron en annen teori hvor han omtaler lykken som en «emosjonell tilstand». Lykke er ifølge denne teorien det samme som å ha en positiv,

helhetlig emosjonell tilstand. Haybron deler det videre inn i tre komponenter, «attunement» som omhandler opplevelsen av trygghet og sikkerhet, ro og indre fred. Neste komponent er engasjementet med livet, som dreier seg om det å være energisk og interessert i de ulike aktivitetene som livet har å tilby. Til sist viser han til komponenten «endorment» som innebærer de positive opplevelsene en som oftest forbinder med lykke (Barstad, 2014).

Den andre hovedtilnærmingen innenfor livskvalitetstradisjon er den eudaimoniske tilnærmingen som er inspirert av Aristoteles, men ble først brukt i litteraturen av Alan Watermann. For han omhandler det eudaimoniske perspektivet positive følelser, men andre følelser enn de som tidligere er beskrevet innenfor subjektivt velvære. Følelsene som vektlegges er de som typisk følger etter aktiviteter hvor hovedfokus er selvrealisering. I motsetning til hedoniske positive følelser som lykke og tilfredshet, legges det mer vekt på følelser som vitalitet, mening og helhet i det eudaimoniske perspektiv og setter mer søkelys på det å fungere godt. Det som dermed skiller det hedoniske og eudaimoniske er at for å oppnå positive følelser så må en i det eudaimoniske gjøre aktiviteter forbundet med selvrealisering, mens hedoniske følelser kommer uavhengig av kilden. «Self-Determination Theory» (SDT) hevder at selvrealiserende aktiviteter bidrar til livskvalitet i større grad enn andre aktiviteter. Dette grunnet at en tilfredsstillende behovene for autonomi, kompetanse og relasjoner. Mennesker har behov for å oppleve at de selv velger hvordan de vil leve, altså autonomi, at de har kompetanse for å påvirke omgivelsene sine på en effektiv måte og at de er forbundet med og mottar omsorg fra andre mennesker. Carol Ryff utviklet et mål på «det gode liv» som vektla hvordan en fungerte i livet kontra følelsesmessige opplevelser. Det positive fungeringen ble dermed målt gjennom seks dimensjoner: selvakseptering, positive relasjoner med andre, personlig vekst, formål med livet, autonomi og mestring av omgivelsene. Altså mener Ryff at mennesker fungerer godt i livet når de blant annet liker seg selv, har gode relasjoner til andre, opplever at de utvikler seg opp og frem samtidig som en har mål og mening (Barstad, 2014).

Innunder eudaimonisk velvære brukes også begrepet «flyt» som en indikator. Begrepet brukes for å beskrive veldig gode øyeblikk hvor individet får en følelse av å nettopp «flyte av sted». Andre beskriver opplevelsen av flyt som at en oppnår full konsentrasjon og at tankene slutter å vandre, at en er fullstendig involvert i det en gjør og at alt bare flyter i lag. Et kjennetegn på denne følelsen er at den kommer når en gjennomfører noe hvor det oppstår en balanse mellom

utfordring og ferdigheter. Studier som har sett på flytopplevelser finner at det er to ting som bestemmer livskvaliteten, og det er arbeidet og relasjoner til andre mennesker. Arbeid som utfordrer individet på kunnskaper og ferdigheter, som gir målsetninger, tilbakemeldinger og en følelse av kontroll, kan være en kilde til flytopplevelser. Samspill med andre og ytre krav strukturerer oppmerksomheten samtidig som det tvinger frem målsetninger og gir umiddelbar tilbakemelding på de handlingene som utføres. Versus når en er alene så har en færre grunner til å være konsentrert og det gis mer rom til å la tankene vandre og finne bekymringer (Barstad, 2014).

Med det sagt er det flere forskere som hevder at subjektiv livskvalitet best kan forstås gjennom elementer både fra hedoniske og eudaimoniske perspektiver, som et sammensatt multidimensjonalt fenomen. Dette forsøket på å kombinere elementer kalles «flourishing». Begrepet er vanskelig å gi en god oversettelse på som er dekkende for betydningen det har, men ofte blir det oversatt til trivsel eller å blomstre. Det kan altså forstås som at når et individ er «flourishing» så har individet utviklet seg på en gunstig måte som menneske. Det menes at subjektiv livskvalitet måles gjennom et individs vurdering av egen følelsesmessig tilstand og psykologisk og sosial fungering. Corey Keyes ser likheter mellom en slik vurdering og mental helse. Altså menes det at individer med gunstig mental helse er «flourishing», med andre ord at de både er fylt av positive følelser og god psykologisk og sosial fungering (Barstad, 2014).

Ed Diener er en merittert lykkeforsker og benytter begrepet «psykologisk rikdom» som en betegnelse på det gode liv. Det er flere komponenter i denne rikdommen som blant annet livstilfredshet og lykke, kjærlighetsfulle relasjoner, engasjerende aktiviteter og arbeid og fysisk og mental helse. Ifølge Diener vil det være nødvendig å utvikle samtlige sider ved livskvaliteten for å ha et godt liv og for å inneha psykologisk rikdom (Barstad, 2014).

2.7.1 Ulike typer livskvalitet

Til nå har begrepet subjektiv livskvalitet og visse tilnærminger innenfor begrepet blitt diskutert, men Folkehelseinstituttet (FHI) benytter seg av enda ett begrep. Objektiv livskvalitet omhandler sentrale sider ved livssituasjonen som frihet, trygghet, helse, fellesskap og muligheter for selvutvikling. Dette kan ansees som sentrale menneskelige behov som kan sees mål i seg selv, og derav som en del av det utvidete livskvalitetsbegrepet. Hvor tilfredsstilt en føler seg utfra disse behovene, er med på å danne grunnlaget for den subjektive

livskvaliteten. FHI sin beskrivelse av subjektiv livskvalitet omhandler hvordan hver enkelt opplever livet sitt. Dette innebærer vurderinger av livet som en helhet og som sentrale livsarenaer, da om en er tilfreds med samliv, økonomi og arbeidssituasjon. Hvordan en fungerer i det daglige livet, føler en på mestring og mening? Den subjektive livskvaliteten innebærer også negativ og positive følelser, altså kan opplevelsen av den variere utfra sykdom, økonomiske belastninger og lignende. Det er disse beskrivelsene fra FHI som er brukt som utgangspunkt i spørreskjemaet: *«Begrepet livskvalitet kan deles inn i en subjektiv og i en objektiv del. Med den subjektive delen menes det en helhetlig vurdering av livet, samt sentrale livsarenaer. Slik som venner, utdanning/arbeidssituasjon og økonomi. Derimot omhandler den objektive delen om de sentrale sidene ved livssituasjonen, slik som opplevelse av trygghet, frihet og rom for selvutvikling»*. Med andre kan en forstå begrepet livskvalitet som en måling på hvor tilfreds en er med ulike deler av livet (Nes, Røysamb, Eilertsen, Hansen, & Nilsen, 2021).

2.7.2 Levekår versus livskvalitet

Velferd består av ressurser og mulighetsrom, behovsdekning og subjektive opplevelser og kan dermed forstås som et flerdimensjonalt fenomen. Begrepet forklares gjennom ulike tilnærminger som utfyller hverandre. Velferd som behovsdekning omhandler de ressursene mennesket trenger for å unngå lidelse og skade. Mens velferd som tilfredsstillende av preferanser dannes på grunnlag av de behovene og kan bidra til forklaringen av variasjonen i lykke. Velferd som lykke inneholder lykkemålinger som kan gi informasjonen om graden av behovsdekningen. Til sist er velferden som frihet hvor friheten til å velge danner grunnlaget for både behovsdekningen og muligheten til å oppleve gode følelser (Barstad, 2014, s. 45). Slik utfyller og påvirker de ulike tilnærmingene hverandre. En kan dermed forstå velferd som et bredere og mer overordnet begrep som tar hensyn til materielle og immaterielle aspekter av velvære på individ- og samfunnsmessig nivå (Barstad, 2014).

Sett i helhet retter levekår fokuset mot betingelser for valg, altså de sosiale og økonomiske forutsetningene for å kunne realisere velferd. Levekårstradisjonen er også knyttet til studiet av ulikhet. Mer spesifikt, de ulikhetene som skapes og opprettholdes gjennom samspillet mellom ressurser og de strukturelle egenskapene ved samfunnsinstitusjonene. Konkrete eksempler på komponenter som inngår i begrepet levekår er: sysselsetting og arbeidsmiljø, sosiale relasjoner, økonomiske ressurser og kunnskap og utdanningsmuligheter. Levekår

sammenlignet med livskvalitet, er levekår et mer politisk anvendelig begrep som i større grad legger vekt på ulikhet og strukturelle faktorer. Derimot fokuserer begrepet livskvalitet på individet og intraindividuelle ressurser og begrensninger. Eksempelvis om en skal undersøke lykkenivået eller livskvaliteten i to grupper. Hvor den ene gruppen vant en million kroner for et år siden, mens den andre gruppen ble for et år siden funksjonshemmet grunnet en ulykke. Studier finner at den subjektive livskvaliteten hos de som vant penger ikke var vesentlig forskjellig fra livskvaliteten til den andre gruppen. Dette selv når det har oppstått drastiske endringer i levekårene hos begge gruppene (Barstad, 2014).

Videre vil det bli sett på hvilke trekk ved levekårene det er som påvirker hvor positivt et individ tenker og føler om sitt eget liv. Med andre ord hvilke trekk ved levekårene er det som påvirker den opplevde livskvaliteten. Her må det nevnes at dette ikke kan tolkes som direkte årsakssammenhenger, da blant annet konklusjonene kan ha blitt påvirket av valg av mål på livskvalitet som har vært brukt i undersøkelsen. De to faktorene som flest nordmenn trekker frem er familie- og vennskskapsrelasjoner. Tilfredsheten med nære relasjoner samt det å bo sammen med en familie, ektefelle, partner eller foreldre er det som har sterkest sammenheng med hvor lykkelig en føler seg. I tillegg til god familierelasjon trekkes det også fram at det å ha en partner og å ha god kontakt med venner tyder på høyere livskvalitet. En kan dermed forstå det slik at sosiale relasjoner bidrar til økt livskvalitet. Dette kan være grunnet menneskers grunnleggende behov for sosial tilhørighet. Et hvert menneske har et visst behov for kjærlighet i alle dens former, i form av anerkjennelse, støtte, respekt og omsorg (Barstad, 2014).

Flere undersøkelser gjort på helse og subjektiv livskvalitet, finner en sammenheng mellom opplevd helsetilstand og subjektiv livskvalitet. Blant annet trekkes psykisk helse frem som en av de mest klare faktorene på lykkefølelse, da spesielt sees det en negativ sammenheng mellom depresjon- og angstsymptomer og livskvalitet. I tillegg finner noen studier at fysiske helseplager og funksjonshemminger kan innebære lavere opplevd livskvalitet. Det kan se ut til at årsakssetningen mellom helse og livskvalitet går i begge retninger. Da positive følelser og lykke kan beskytte mot helseplager og bidra til et lengre liv, mens nedsatt helse på den andre siden stjeler energi og helsetilstanden blir forverret så vil også friheten og kontrollen over eget liv bli svekket (Barstad, 2014).

Andre levekår som forskning viser at påvirker den opplevde livskvaliteten er inntekt og materielle goder. Diener mener at lykke kan kjøpes for penger og finner at individer med høy inntekt, er vesentlig mer lykkelig og tilfreds sammenlignet med de som tjener lite. Derimot finner en rekke undersøkelser at den statistiske sammenhengen er kurvelineær. Altså er sammenhengen mellom inntekt og subjektiv livskvalitet sterkest på de lave inntektsnivåene og at det avtar jo høyere inntektsnivå. Eksempelvis må et individ med en årslønn på en million tjene en million til for å få samme økning i opplevd livskvalitet som et individ som går fra 200 000 kroner til 400 000. På en annen måte kan en si at jo mer en tjener jo mer skal til for å øke den opplevde livskvaliteten. Det er også nevnt at den opplevde livskvaliteten ikke bare er avhengig av økonomi, studier finner at om en har masse penger, men for eksempel ingen familie og nære relasjoner så vil den opplevde livskvaliteten være lavere sammenlignet med noen som har mindre penger, men familie og nære relasjoner (Barstad, 2014).

I tillegg finner forskning at arbeid henger sammen med følelsen av tilfredshet og at de som er arbeidsledige føler seg mer ulykkelig. En av faktorene som gjør at arbeidssituasjon kan påvirke opplevd livskvalitet er at arbeidstakere har autonomi og kan utøve kontroll i en arbeidssituasjon. I tillegg fører en god jobb med seg materielle fordeler, samt sosial samhandling som kan dekke behovet for sosiale relasjoner. Videre finner en ingen sterk påvirkning mellom utdanning og subjektiv livskvalitet, men en kan se at de med høyere utdanning er noe mer lykkelig sammenlignet med de uten. Derimot forsvinner sammenhengen så snart en tar hensyn for inntekten. Det en dermed kan se er at ulike levekår kan påvirke den opplevde livskvaliteten, og motsatt. Målsettinger kan realiseres på bakgrunn av lykke og positive følelser. En finner og at individer som er lykkelige på ett tidspunkt, har større sjanse for å oppleve en inntektsøkning (Barstad, 2014)

Oppsummerende kan en si at begrepet livskvalitet er et stort og vidt begrep som har ulike framtoninger og forståelser. I denne oppgaven vil det bli tatt utgangspunkt i beskrivelsen fra FHI hvor begrepet livskvalitet omhandler et individs vurdering av ulike deler av livet som blant annet venner og relasjoner, utdanning/arbeid og rom for selvutvikling (Nes, Røysamb, Eilertsen, Hansen, & Nilsen, 2021).

2.7.3 Antonovskys salutogene modell og opplevelse av sammenheng (OAS)

Professoren Aaron Antonovskys utviklet en salutogen modell med begrepet «Sense of Coherence» (heretter kalt SOC) på norsk forstått som opplevelse av sammenheng. Salutogenese omhandler å forstå hvilke faktorer som bidrar til å opprettholde og forbedre helse. Som skiller seg fra det patologiske fokus som ser på forklaringer og bakenforliggende årsaker til sykdom og nedsatt helsetilstand. Med andre ord, hva er det som skaper god helse og som fremmer det? Svaret hans var: opplevelse av sammenheng. Gjennom å oppleve sammenheng mener Antonovskys at om en klarer å plassere de opplevde stressorene i en meningsfylt sammenheng så vil det framstå positivt og helsefremmende. Med stressorer eller stressfaktor som en og kan kalle det, menes det en opplevelse som vil medføre og bidra til kaos og som innebærer en over- eller underbelastning. Ifølge Antonovskys er det hvordan en håndterer stressfaktoren som tilsier om utfallet blir helsefremmende (salutogensisk), helsenedsettende (patologisk) eller om det ikke skjer noe som helst og vedvarer nøytralt (Mittelmark, et al., 2021).

Begrepet SOC kan forstås som en helhetlig holdning bestående av tre sentrale komponenter. «Comprehensibility» som oversatt til norsk er forståelighet og som omhandler hvorvidt et individ opplever verden som forutsigbar og forståelig. Det innebærer også at en har tillit til at den stimuli en innehar er strukturert, forståelig og forutsigbar. Neste komponent er «Manageability» som på norsk oversettes til håndterbarhet og refererer til troen på at en har de ressursene som er nødvendig for å møte utfordringene som livet måtte bringe. Med andre ord kan det forstås slik at et individ med høy håndterbarhet opplever at en er i stand til å håndtere stress og utfordringer. Den siste komponenten er «Meaningfulness» som oversatt på norsk er meningsfullhet og omhandler troen på at det er verdt det å engasjere seg i det som skjer, samt at de utfordringene en møter har en mening eller verdi. Det kan også nevnes at SOC som begrep er kulturelt betinget. Altså er det kulturen en lever i som vil definere hvilke ressurser som er legitim og adekvat. Samtidig er begrepet også individuelt betinget siden faktorene i begrepet vil endres avhengig av hvert enkelt individ (Mittelmark, et al., 2021).

Antonovskys ser på helse som et kontinuum framfor en dikotomi. Med dette menes det at helse er et kontinuerlig eller vedvarende fenomen uten noen klare grenser for hva som er og ikke er helse. Da dette er utgangspunktet til den salutogene tilnærmingen kan en dermed si at

tilnærmingen omhandler hvor på dette kontinuumet hvert enkelt individ befinner seg. Antonovskys trekker frem ulike faktorer som kan bidra til helsefremmende, deriblant sosial støtte og opplevelsen av mestring. Han mener også at selv i kombinasjon med ulike stressfaktorer så vil disse variablene kunne gi en helsefremmende effekt (Mittelmark, et al., 2021).

Gjennom å knytte den salutogene tilnærmingen, nærmere bestemt begrepet SOC opp mot ADHD, kan det bli gitt en innsikt i hvordan den salutogene tilnærmingen kan bidra til å styrke resiliens og mestringsevne hos individer med ADHD. Resiliens referer til et individs evne til å håndtere, tilpasse seg og komme seg gjennom vanskelige situasjoner eller utfordringer på en sunn og adaptiv måte (Wilmshurst, Peele, & Wilmshurst, 2011). Det kan også bidra til å fokusere mer på individets styrker og ressurser, framfor eventuelle begrensningen som medfølger diagnosen. Da målet med dette prosjektet er å undersøke opplevd livskvalitet hos jenter med ADHD, vil teori om den salutogene tilnærmingen kunne være relevant i drøftingen av funnene.

3 Metode

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» sitat av Villhelm Aubert fra boken Sosiologi (1985) (Dalland, 2020, s. 53). Metoden forteller oss altså noe om hvordan en bør gå frem for å skaffe samt etterprøve kunnskap. I vitenskapelig forstand omhandler det å være metodisk å bruke og overholde intellektuelle standarder i argumentasjonen vårs. Det stilles allmenngyldige krav uavhengig av valgt metode hvor disse innebærer ærlighet og sannhet. Det vil være behov for ulike metoder både for å fremme ny kunnskap, men også til å etterprøve i hvilken grad påstandene er gyldige eller holdbare. Når en vil undersøke noe, er metoden redskapet en benytter (Dalland, 2020).

I dette kapitlet vil forskningsmetoden og den vitenskapelige tilnærmingen jeg har valgt presenteres. Deretter vil metoden for innsamling av data og utvalg, samt analyseprosessen bli presentert. Før jeg vil vurdere oppgavens reliabilitet og validitet. Til sist vil etiske problemstillinger bli presentert.

3.1 Valg av metode

Valg av metode avhenger av hvilken som egner seg best til å belyse forskningsspørsmålet eller problemstillingen på best mulig måte. Det skilles mellom to metoder i forskning: kvalitativ- og kvantitativ metode. Kvalitativ metode vil benyttes der hvor hensikten er å plukke opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes eller måles. Metoden setter søkelys på å forstå fenomener som stammer fra deltakernes perspektiv. Dette vil kunne gi mulighet for en dypere forståelse av for eksempel komplekse sosiale, kulturelle eller psykologiske fenomener. Vanlige kvalitative metoder for innsamling av data er intervju, observasjon og dokumentanalyse. Noe som er positivt med den kvalitative tilnærmingen er dens fleksibilitet. Det er større rom for endringer underveis basert på hva som blir oppdaget sammenlignet med den kvantitative tilnærmingen. Mens i motsatt ende kan en påpeke faren ved at forskerens egne perspektiver kan gi for stor påvirkning og føre til at resultatene blir subjektive og dermed kan det i liten grad generaliseres (Dalland, 2020)

I motsetning til kvalitativ metode hvor hensikten er å plukke opp meninger som ikke kan tallfestes, omhandler den kvantitative metoden data i målbare enheter. Kvantitativ metode vektlegger altså objektive og målbare målinger av variabler. Datainnsamling innunder

kvantitativ metode foregår ofte gjennom spørreundersøkelser, eksperimenter og observasjon for å samle numerisk data. Kvantitativ metode går mer i bredden enn i dybden, samt at det vil få frem det som er felles og representativ framfor det som er spesielt og kanskje avvikende. Sammenlignet med den kvalitative retningen vil forskeren se fenomenet utenfra, samt at han vil strebe nøytralitet og avstand. I tillegg til at det kun er rene tallmaterialer som analyseres vil resultatet i liten grad kunne påvirkes av forskerens subjektivitet. Derimot kritiseres den kvantitative metoden for at den preges av liten forståelse for menneskelige forhold og sosiale strukturer (Dalland, 2020).

Med forskningen ønsket jeg å finne ut hvordan jenter som har blitt diagnostisert sent med ADHD opplever livskvaliteten sin. Videre ønsket jeg også å finne ut om hvordan de opplevde livskvaliteten både før og etter diagnostisering, samt om det er en sammenheng der. For å finne et representativt funn, fant jeg at det var best å innhente så mange svar som mulig (ekstensivt design). Valget om metode falt dermed på kvantitativ metode, med anonymt spørreskjema som metode for datainnsamling.

3.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Vitenskapsteori utforsker de grunnleggende spørsmålene knyttet opp mot vitenskapelig kunnskap, metodologi og praksis. Med andre ord omhandler det å undersøke hvordan kunnskap er produsert, evaluert og anvendt, samt underliggende prinsipper og antakelser som styrer vitenskapelig forskning (Gilje & Grimen, 2009). Innunder vitenskapsteori er det to begreper som sentrale begreper. Ontologi defineres som læren om det værende og omhandler hvordan virkeligheten faktisk er. Epistemologi derimot defineres som læren om kunnskap og omhandler hvordan en forstår og forklarer hvordan en vet det en vet, samt hvordan verden ser ut når en studerer den med et bestemt teoretisk utgangspunkt eller forsker på en bestemt måte (Anfinsen & Christensen, 2013). En kan dermed si det slik at vitenskapsteori omhandler de fremgangsmåtene en anvender for å innhente kunnskap og de forutsetningene som kunnskapen bygger på. En rekke vitenskapsteoretiske spørsmål står sentralt, hvorav noen av de mest avgjørende er knyttet til menneskesyn, kunnskapssyn og virkelighetssyn. Disse spørsmålene vil danne et slags teoretisk grunnlag som vil forme forskningens tilnærming, design, metode og tolkning av resultater (Gilje & Grimen, 2009).

Joseph A. Maxwell peker på viktigheten at en som forsker gjør bevisste valg ovenfor hvilke vitenskapsteoretiske rammeverk en benytter for prosjektet sitt, samt hvilke vitenskapsteoretiske paradigmer en jobber innenfor (Maxwell, 2013). Et vitenskapelig paradigme gjennom Kuhns vitenskapsteori kan forstås som et allment og anerkjent vitenskapelig resultat som for en periode gir forskere klare definerte problemer, samt legitime problemløsninger. Videre viser Kuhn til fire ulike komponenter som inngår i et paradigme. Symbolske generaliseringer som består av påstander som ser ut som lover, hvor de normalt sett ikke er testbare. Metafysiske antakelser refererer til en grunnleggende antakelse om den underliggende naturen av virkeligheten, at det ligger noe utenfor det som kan testes eller observeres. Den tredje komponenten er verdier som innebærer standarder for hvordan teorier skal vurderes, samt at hvordan det skal skilles mellom akseptable tester og fremgangsmåter. Den siste komponenten kalles paradigme, men i en mer snever betydning som forstås som «forbilde». Med dette menes det at en tar lærdom fra de som var før og bruker kunnskapen en har lært til videre arbeid i møte med nye utfordringer. Oppsummert kan en forstå et vitenskapelig paradigme som et sett med grunnleggende antakelser, konsepter, verdier og prinsipper som sammen utgjør et rammeverk for hvordan en skal forstå og tolke virkeligheten innenfor et fagområde, en tilnærming eller en disiplin (Gilje & Grimen, 2009).

3.2.1 Kritisk realisme

Det vitenskapsteoretiske rammeverket for dette prosjektet er kritisk realisme. Denne vitenskapsteorien anerkjenner både forskningsmetoder innenfor kvalitativ og kvantitativ forskning, men viser samtidig til at metodevalg må tas med hensyn til forskningens ontologiske status. I forhold til kritisk realisme omhandler de ontologiske spørsmålene antakelser om virkelighetens iboende natur om det som eksisterer og tingenes essens, og at dette danner grunnlaget for videre antakelser en gjør. De epistemologiske spørsmålene derimot omhandler antakelser om kunnskapens natur, om hvordan en tilegner seg kunnskap og om hvordan en kan vite at en vet (Danermark, Ekström, & Karlsson, 2019).

Kritisk realisme er assosiert med filosofen Roy Bhaskar og han argumenterte blant annet for at virkeligheten er arrangert i ulike nivå. Han mente at det er et distinkt skille mellom den virkelige verden og konseptet vi lager, mellom våre beskrivelser av og den faktiske virkeligheten. Kritisk realisme viser til en påstand om at virkeligheten har en objektiv eksistens, men at kunnskapen vår er konseptuelt mediert. Med dette menes det at fakta er

teoriavhengig, men ikke teoribestemt. Som igjen vil bety at all kunnskap er feilbarlig og at det er rom for endringer. Kritisk realisme hevder også at virkeligheten eksisterer uavhengig av vår kunnskap om den. En må dermed vurdere på en kritisk måte for å forstå sosiale fenomener. (Danermark, Ekström, & Karlsson, 2019). I arbeidet med dette prosjektet har jeg dermed prøvd å ha fokus på en kontinuerlig vurdering av tidligere teori, samt de innsamlede data med et kritisk blikk.

Når det gjelder statistiske sammenhenger er en innenfor kritisk realisme noe restriktive med å tolke det som et uttrykk for årsakssammenhenger om virkeligheten. Istedenfor å fokusere på lover, vektlegger kritisk realisme tendenser. Med dette menes det at oppmerksomheten ikke rettes mot de faktiske begivenheter, men mot de underliggende prosesser eller mekanismer som produserer begivenhetene (Andersen, 2009). På bakgrunn av dette ble det dermed viktig å opprettholde en bevissthet om at resultatene på de statiske analysene ikke nødvendigvis viser et uttrykk for reelle årsakssammenhenger, men heller rette oppmerksomheten mot tendenser og underliggende prosesser. I tillegg til tendenser fremfor lover, peker kritisk realisme mot samspillet mellom aktører og strukturer i samfunnet. Samtidig som de mener at sosiale samfunnsstrukturer har en sentral og avgjørende betydning for forståelsen av hvorfor en tenker eller handler som en gjør. Med andre ord kan en ikke skille struktur og aktør fra hverandre, en må se det i lag i en større sammenheng (Danermark, Ekström, & Karlsson, 2019).

3.3 Reliabilitet

Reliabilitet knyttes opp mot pålitelighet og omfatter presisjonen eller nøyaktigheten av undersøkelsens operasjonaliseringer. Med dette menes det hvilken data som er benyttet, hvordan en har innhentet den, hvordan den bearbeides, samt omhandler det målefeil og unøyaktigheter. Videre omhandler reliabilitet hvorvidt en kan gjenskape resultatene ved en ny undersøkelse under lignende forhold. En tilstreber høy reliabilitet i forskning og vurderingen av dette er et gradsspørsmål framfor ett spørsmål om absolutter. Reliabiliteten i et forskningsprosjekt vil kunne svekkes ved at en respondent trykker på «noe» når det egentlig var ment å trykke på «godt», altså at en trykker på feil svaralternativ. Det er dette som regnes som målefeil. Tilfeldige målefeil, altså cirka like mange litt for høye som litt for lave, kan en leve med da det på en måte nulles ut i gjennomsnittet. Derimot vil systematiske målefeil ofte bli ansett som en større trussel mot reliabiliteten (Thrane, 2022).

Den tekniske definisjonen av reliabilitet er: $X=t+e$. Hvor x er en observert verdi på en indikator, t er den sanne verdien og e er tilfeldige målefeil. Måling av reliabilitet varierer mellom 0 og 1, hvor en scor på 0 betyr at all observert variasjon kommer fra tilfeldige målefeil, mens om scoren er 1 er det ingen tilfeldige målefeil. Det finnes to ulike måter å beregne reliabilitet på: test-retest-reliabilitet og intern konsistens-reliabilitet. Med test-retest-reliabilitet er en avhengig av å innhente målinger på to ulike tidspunkt og deretter vurdere korrelasjonen mellom disse (Ringdal, 2020). I dette forskningsprosjektet ble spørreskjemaet kun sendt ut en gang og en kan dermed ikke si noe om test-retest-reliabiliteten. Derimot kan en gjennom intern konsistens-reliabilitet beregne reliabilitet på grunnlag av målinger som kun er innhentet på et tidspunkt. Det målet som er hyppigst brukt innenfor denne metoden er Cronbachs alfa (Ringdal, 2020). Testing av reliabilitet omhandler spørsmålet om det er empirisk testbart. Dette kan gjøres gjennom å teste den interne konsistensen blant enkeltvariablene som inngår i indeksen og resultatet av testen vil kunne gis i formen av Cronbachs alfa-verdi(α) (Thrane, 2022, s. 48). En liten huskeregel er at størrelsen på Cronbachs alfa kan tolkes på følgende måte: $\alpha > 0.9$ - utmerket, $\alpha > 0.8$ - god, $\alpha > 0.7$ akseptabel, $\alpha > 0.6$ - tvilsom, $\alpha > 0.5$ - svak og $\alpha < 0.5$ - uakseptabel (Saidi & Siew, 2019). Den nedre grense for tilfredsstillende reliabilitet regnes dermed vanligvis som $\alpha=0.70$. Hvis en dermed får dette som scor kan spørreskjemaet ansees som pålitelig og tilfredsstillende. Med høy indre konsistens så betyr det at spørsmålene i spørreskjemaet innhenter noe av den samme informasjonen (Ringdal, 2020).

Dermed for å undersøke den indre konsistensen og indre reliabiliteten i dette prosjektets spørreskjema, ble Cronbachs alfa som mål benyttet. Gjennom å bruke samtlige ordinalvariabler som omhandlet livskvalitet før og etter ADHD-diagnosen ble det avdekket en Cronbachs alfa scor på .741. Det kan dermed på bakgrunn av tidligere informasjon tolkes som at spørreskjemaet har tilfredsstillende pålitelighet og konsistens (Ringdal, 2020).

3.4 Validitet

Validitet, kan også forstås som gyldighet, er knyttet til forskningens gyldighet og relevans. Det omhandler hvorvidt det en måler har relevans og er gyldig i forhold til det problemet som undersøkes (Dalland, 2020). Det er vanlig å skille mellom begrepsvaliditet, indre- og ytre validitet. Med begrepsvaliditet menes det graden av samsvar mellom det teoretiske definerte begrepet og det operasjonaliserte begrepet slik en har lyktes i å operasjonalisere det. Altså

ønsker en at det er gode representasjoner av det fenomenet en undersøker. Ytre validitet omhandler i hvilken grad resultatene kan generaliseres til utenfor utvalget, altså øvrige populasjoner. Mens indre validitet på den andre siden omhandler graden av gyldighet for utvalget (Kleven & Hjordemaal, 2018).

Med tanke på inklusjonskriteriene kan generaliserbarheten utover utvalget i dette prosjektet diskuteres (se kap. 5.8 styrker og svakheter). Det kan tenkes at dataene kan være representative for utvalget, og kanskje øvrige jenter med ADHD-diagnosen eller jenter som mistenker en ADHD-diagnose. Videre kan det og tenkes at funnene kan gi en innsikt i hvordan det oppleves for jenter å bli diagnostisert med ADHD. I tillegg kan resultatene bidra til økt oppmerksomhet rettet mot tematikken, da i form av større og mer omfattende undersøkelser og forskningsprosjekter.

Indre validitet omhandler om konklusjonene en trekker har dekning i den empiriske dataen som undersøkelsen viser til. Med andre ord om en kun hadde benyttet seg av å vise til statistiske sammenhenger så ville ikke den indre validiteten trengt så mye oppmerksomhet, men om en derimot vil kunne diskutere og reflektere rundt sammenhenger og relasjoner mellom variablene så vil det vært nødvendig å diskutere den indre validitet. Den indre validiteten må være god for at en skal kunne stole på de tolkningene som blir gjort (Kleven & Hjordemaal, 2018). En måte å styrke den indre validiteten på er å validere de funnene en gjør opp mot annen empiri og teori. Dette ble gjort med dette prosjektet, ved å vurdere funnene fra prosjektet opp mot andre funn fra andre lignende undersøkelser. Om en da finner at funnene sammenfaller kan en si at prosjektets indre validitet styrkes. Samtidig som det ikke nødvendigvis sier noe om konklusjonene og tolkningene er absolutt sanne, det sier bare noe om likheter i tendenser (Jacobsen, 2022).

For å undersøke om spørsmålene faktiske måler det en vil at de skal måle, kan en se om det er en samvariasjon på vårt mål på fenomenet og et annet forhold eller kriterium (Jacobsen, 2022). Spørsmålene i spørreskjemaet ble utformet konkret slik at sjansen for misforståelser skulle minimeres. Dette kan bidra til å styrke validiteten. For å undersøke om det er tett sammenheng mellom spørsmålene og om spørsmålene faktisk måler det en ønsker, ble det foretatt en korrelasjonsanalyse. Det statistiske målet på sammenheng eller korrelasjon mellom to eller flere variabler er Pearsons r . Scoren på Pearsons r varierer mellom -1 som indikerer en

perfekt lineær negativ korrelasjon og 1 som indikerer det motsatte, mens 0 betyr at det ikke er noen lineær sammenheng. Scoren kan deles yttligere opp hvor under 0.30 indikerer en svak korrelasjon, 0.30-0.50 medium korrelasjon og over 0.50 indikerer en sterk korrelasjon.

Vedlagt ligger en fullstendig korrelasjonsmatrise (vedlegg 2: fullstendig korrelasjonsmatrise), som finner nær sammenheng mellom de fleste spørsmålene.

3.5 Etikk

Forskningsetikk omhandler mer enn bare å følge regler. Det omhandler å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer forskningen og arbeidet kan medføre, samt de verdier og normer som bidrar til å regulere vitenskapelig virksomhet. Videre er det viktig å ivareta og sikre personvernet til informanter, samt at en påser at skade eller unødvendige belastninger ikke blir påført. Det finnes flere ulike organisasjoner som skal forsikre at de forskningsetiske normene blir ivaretatt (Dalland, 2020). Forskeren har som oppgave å informere respondenten om blant annet tilstrekkelig informasjon om forskningsfeltet, målet med forskningen, hvordan resultatene er tenkt brukt og om eventuelle følger av å delta i forskningsprosjektet. Dette omtales som prinsippet om informert samtykke (Thagaard, 2018, ss. 22-23). Respondentene mottok et informasjonsskriv i starten av spørreundersøkelsen som inneholdt informasjon om de overnevnte.

Da dette prosjektet baserer seg på en selvrapportert diagnose, er helt anonymt og ikke sporbart, altså er det ingen sensitiv informasjon om blant annet helseopplysninger, navn, bosted og lignende. Så ble det ikke vurdert til å være meldepliktig og ble dermed ikke meldt inn til Sikt – kunnskapssektorens tjenesteleverandør. Et prosjekt er ikke meldepliktig til Sikt om en utelukkende registrerer anonyme opplysninger. Datamaterialet må dermed bestå av opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner verken direkte, indirekte eller via koblingsnøkkel (Dalland, 2020, s. 170). I tillegg siden spørreundersøkelsen er anonym var det ikke behov for å innhente skriftlig samtykke, samt at de anonyme dataene som ble innhentet ikke kan medføre skade eller unødvendig belastning for respondentene. En må også tenke på forskningsintegritet og nødvendighet. Dette omhandler blant annet å utforme spørsmålene i spørreskjemaet på en ikke-bias måte. Dette gjennom å unngå ledende spørsmål og manipulering av data, samt å presentere resultatene nøyaktig og ærlig (Creswell & Guetterman, 2021).

3.6 Spørreskjema

Prosjektets datamateriale er innhentet gjennom et anonymt spørreskjema som ble utformet gjennom applikasjonen «Nettskjema». Da spørreskjemaet ikke inneholder personidentifiserbare data, så er det ikke mulig å spore noe data tilbake til enkeltindivider. Med hjelp fra ulike lokallag fra ADHD Norge og regionalt kompetansesenter for autisme, ADHD og Tourettes syndrom, ble spørreskjemaet sendt ut på e-post og publisert på ulike nettsider for å rekruttere relevante deltakere. Spørreskjemaet var åpent i en tidsavgrenset periode og målingen ble også gjort i samme periode. Prosjekter som baserer seg på datainnsamling på ett tidspunkt omtales som å ha et tverrsnitt design (Creswell & Guetterman, 2021). Spørreskjemaet ble på bakgrunn av allerede eksisterende kunnskap og teori om ADHD og livskvalitet utformet med spørsmål som hadde faste svaralternativ (se vedlegg 1: Fullstendig spørreskjema). Grunnen til at spørreskjemaet ble utformet med faste svaralternativ var for å øke sannsynligheten for en høyere svarprosent, men også med tanke på analyseprosessen. Derimot er en ulempe med faste svaralternativ at en påtvinger informantene som svarer en konkret mening (Jacobsen, 2022).

Spørreskjemaet ble utformet med et mål om at de endelige funnene skulle kunne ut i deskriptiv statistikk, ulike diagram og korrelasjonsanalyser.. En forutsetning for et spørreskjema med faste svaralternativ er at forskeren har kunnskap om temaet som skal undersøkes, dette for at spørsmål og svaralternativene blir representativ for informantene som skal svare (Jacobsen, 2022). De faste svaralternativene ble utformet som rangordnede svaralternativ på ordinalnivå. Med ordinalnivå menes det at en verdi er høyere eller mer enn en annen. Derimot kan en ikke skille mellom verdiene på avstand eller på størrelsen av forskjeller (Thrane, 2022). Følgende eksempel på spørsmål og svaralternativ på ordinalnivå fra spørreskjemaet var: «Jeg klarte å opprettholde relasjoner (vennskapelige og romantiske). Velg det som passer best: Ikke i det hele tatt, Noe, Verken eller, Godt, Veldig godt.» Slike typer spørsmål ber om informantens graderte vurdering av en opplevelse, men svaralternativene står i stil med Likert-skala som benyttes når en bruker generiske svaralternativer (Thrane, 2022).

I tillegg til spørsmål med faste svaralternativ ble det også utformet noen spørsmål med variabler på forholdstallsnivået, kalt kontinuerlige eller metriske variabler (Thrane, 2022). Eksempelvis: «Hvor mange år er du? 17-20, 21-30, 31-40, over 40». En variabel på

forholdstallsnivået har mye statistikk informasjon med seg sammenlignet med variabler på andre nivå. Til sist ble det også utformet et spørsmål på nominalnivå: «Hvem var det som først stilte spørsmål angående en ADHD-diagnose?» Meg selv, Foresatte, Lærer, Andre». Det som kategoriserer en variabel på nominalnivå, er at den består gjensidig utelukkende verdier/kategorier. Med dette menes det at ingen svaralternativ er mer verdt enn et annet (Thrane, 2022).

3.6.1 Utvalg

En av grunnene til at en ofte velger en kvantitativ tilnærming, er grunnet at en ønsker å få et representativt bilde av en populasjon. Dette innebærer ofte at en foretar en ekstensiv undersøkelse, altså at en spør et stort antall enheter. Med enheter menes det informanter eller personer som svarer på spørreundersøkelsen. Da det av praktiske grunner ofte ikke lar seg gjøre å spørre samtlige enheter, må en foreta et utvalg. Et utvalg er dermed et utsnitt fra en større populasjon. Utvalgsmetoden er avhengig av ulike faktorer som ressurser, tid og målet med prosjektet eller undersøkelsen. Dermed kan en si at utvalgsproblematikken omhandler hvordan en skal få et utvalg som er representativt nok til å kunne generalisere fra utvalget til alle enheter, med den tiden og de ressursene en har (Jacobsen, 2022).

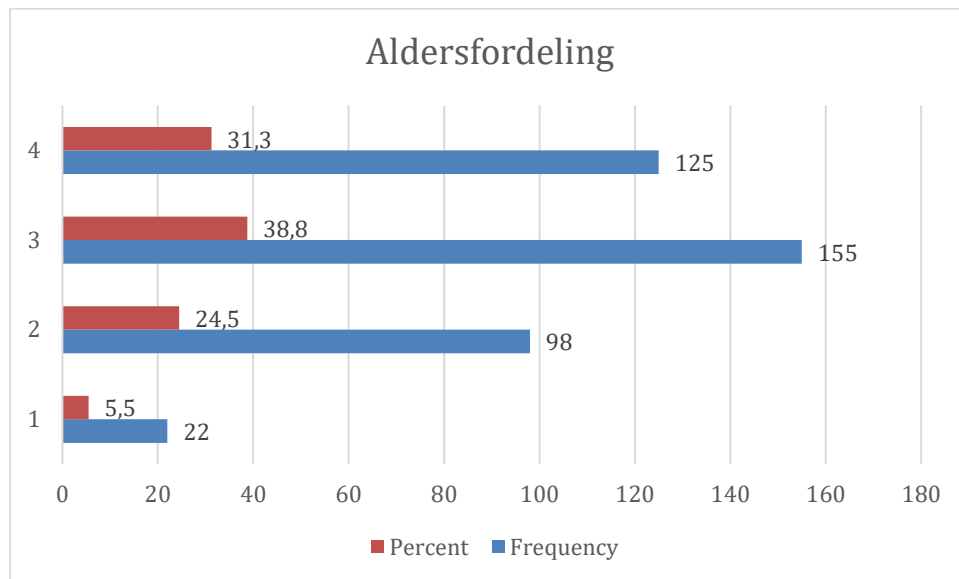
Dette prosjektet består av et utvalg som både er strategisk og teoretisk. Med strategisk utvalg menes det personer eller enheter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til det en forsker på eller undersøker. Derimot benyttes begrepet teoretisk utvalg når utvelgingen kan gi grunnlag for videre utvikling og utforskning av teori, samt at det er teoretisk og empirisk hensiktsmessig for problemstillingen (Thagaard, 2018). Da strategisk utvalg er benyttet er det viktig at forskeren på bakgrunn av teori og empiri opplyser om de kriterier som det er viktig at utvalget omfatter (Ringdal, 2020). Inkluderingskriteriene som ble satt for å kunne delta i prosjektet var: er jente, har diagnosen ADHD og er fylt 17 år. Kriteriet om alder ble satt med hensyn til etiske vurderinger og vurderinger om evne til metakognisjon. Med metakognisjon menes det i dette tilfelle evnen til å reflektere over egen livssituasjon (Tetzchner, 2019). Deltakerne i studien ble rekruttert gjennom at ulike lokallag i ADHD Norge sendte ut spørreskjemaet på e-post til sine medlemmer og noen av lokallagene publiserte også spørreskjemaet på nettapplikasjonen Facebook. Regionalt kompetansesenter for autisme, ADHD og Tourettes syndrom sendte også ut spørreskjemaet på e-post og

publiserte det. Siden spørreskjemaet var åpent for alle, var det også muligheter for andre delinger utenfor min kontroll.

3.6.2 Studiens utvalg

Jeg ønsket et størst mulig spenn i alderen på deltakere og satt dermed ingen øvrig aldersgrense, samtidig som jeg satt den nedre aldersgrensen så lav som mulig. Jeg stilte dermed spørsmålet «Hvor mange år er du?» og svaralternativene vises nedenfor i figur 1: Fordeling av alder. Utvalget i studien fordelte seg dermed slik i forhold til alder:

Figur 1: Fordeling av alder



Utvalget viser seg å ha flest respondenter i gruppen 31-40 år og minst fra gruppen 17-20 år. Prosentvis frekvens viser at av totalt 400 (N=400) respondenter var 38,8% i gruppen 31-40 år, mens gruppen Over 41 år var like bak med 31,3%.

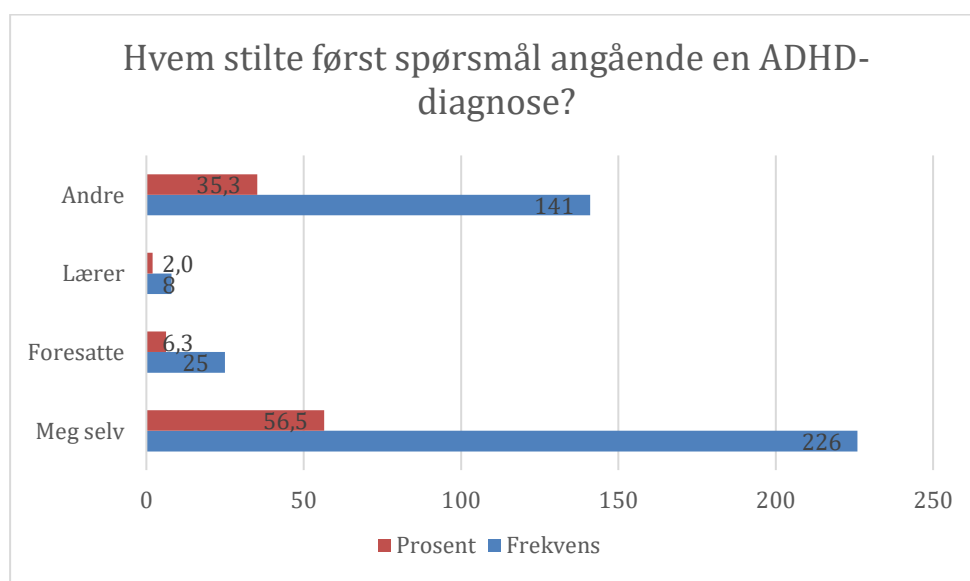
Gjennomsnittet for alder viser seg gjennom en deskriptiv analyse i SPSS og være 2.96, altså rundt 31-40 år. Videre vil fordelingen av når utredningen av ADHD begynte og når ADHD-diagnosen ble satt bli illustrert.

Tabell 1: Fordeling påbegynt utredning og diagnostisering

Alder	Frekvens Utredning	Prosent Utredning	Frekvens Diagnose	Prosent Diagnose
Under 17	28	7%	19	4,8%
17-19	23	5,8%	27	6,8%
20-25	58	14,5%	56	14%
26-30	78	19,5%	74	18,5%
Over 31	213	53,3%	223	55,8%
Totalt	400	100%	399	99,8%

Tabellen viser at 53,3% (N=213) av utvalget var over 31 år når de først begynte utredningen av ADHD, mot 7% (N=28) som begynte før de var fylt 17 år. Det viser seg at kun 4,8%(N=19) faktisk ble ferdig med utredningen og fikk diagnosen før de var fylt 17 år, mens fleste parten var over 31 år, 55,8%(N=223), når de fikk ADHD-diagnosen. Gjennomsnittet for påbegynt utredning var 4.06 og for gitt diagnose 4.14, altså rundt 26-30 år.

Figur 2: Fordeling av hvem som først stilte spørsmål angående en ADHD-diagnose



Ovenfor viser figur 2: Fordeling av hvem som først stilte spørsmål angående en ADHD-diagnose at over 50% av utvalget selv tok det første skrittet mot en ADHD-utredning. Mens kun 2% av utvalget ble plukket opp av lærere i skolen. Oppsummert ser en at av totalt 400 respondenter så er 67% over 30 år, 50% fikk også ADHD-diagnosen når de var over 30 år og over 50% stilte selv spørsmål angående en ADHD-diagnose.

3.7 Analyser

Å analysere er et granskningsarbeid hvor utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle. Begrepet analyse stammer fra grammatikken og betyr i den sammenhengen å finne ut hvilke setningsledd setningen er bygd opp av, samt å beskrive forholdet mellom setningsleddene. Derimot når en skal analysere data er situasjonen omvendt. Hvor en har en rekke «setningsledd» (data), men en vet ikke hvilken setning en kan konstruere med disse «setningsleddene». Hva er det datamaterialet forteller? I et analysearbeid må en ofte veksle mellom å se på henholdsvis helheten og deler i materialet (Dalland, 2020). Basert på datamaterialet gjennomføres de statistiske analysene i IBM Statistical Package for Social Science (SPSS) versjon 29. Dette prosjektet vil ta i bruk deskriptiv statistikk og korrelasjonsanalyser for å besvare problemstillingen.

Deskriptive (beskrivende) analyser kan bli ansett som inngang til bivariate og multivariate analyser (Thrane, 2022, s. 171). Informasjon om variabelens gjennomsnitt, standardavvik og frekvensfordeling vil ofte kunne gi innsikt i hvordan variabelen burde sees i sammenheng med andre variabler. Hensikten med deskriptiv statistikk kan dermed anees som å gi en systematisk oversikt over datamaterialets utvalg og resultater (Thrane, 2022). I dette prosjektet er deskriptiv statistikk benyttet for å presentere utvalg og vise tendenser, gjennom ulike tabeller og diagrammer.

Konfidensnivået er som oftest satt til 90%, 95% eller 99% og det forteller hvor sikker en kan være på at konfidensintervallet dekker den sanne populasjonsverdien. Signifikansnivå forteller hvor stor feilmargin en har med å gjøre i prosent. Med dette menes det at hvis konfidensnivået er satt til 95% så vil signifikansnivået være 5%. Vider betyr dette at om en velger å øke signifikansnivået vil en kunne redusere sannsynligheten for utvalgsfeil samtidig som en øker sikkerheten for presise resultater. Ved presentasjon av ulike analyser vil det ofte bli oppgitt probability value (p-verdi). P-verdien forteller sannsynligheten for at resultatet har

oppstått ved en tilfeldighet, samt at det forteller noe om hvorvidt det er en forskjell eller sammenheng er statistisk signifikant. Ved statistiske sammenhenger anses en p-verdi lavere enn 0.05 som statistisk signifikant (Foldnes, Grønneberg, Hermansen, & Wellèn, 2024).

Ved å gjøre en korrelasjonsanalyse er det Pearson's r eller Pearson's korrelasjonskoeffisient som måler styrken til lineær samvariasjon. Med samvariasjon menes det at når en variabel endrer seg så forventes det at den andre variabelen også endrer seg, mens med lineær menes det en rett linje. Med andre ord omhandler en korrelasjonsanalyse om sammenhengen mellom de variablene en undersøker. Pearson's r måler også om trenden er stigende eller synkende. Dette vises gjennom at absoluttverdien varierer mellom -1 og 1. Er verdien på den positive siden, altså opp mot $r=1$ så er trenden stigende, og motsatt om verdien er under 0 og nærmere $r=-1$. Måten Pearson's r beregnes på er gjennom å dividere kovariansen mellom de to variablene med standardavvik scoren til variablene (Foldnes, Grønneberg, Hermansen, & Wellèn, 2024). I dette prosjektet ble det gjort korrelasjonsanalyser for å undersøke eventuelle sammenhenger mellom variablene før og etter ADHD-diagnosen, samt om alder for diagnostisering har noen sammenheng med noen av variablene.

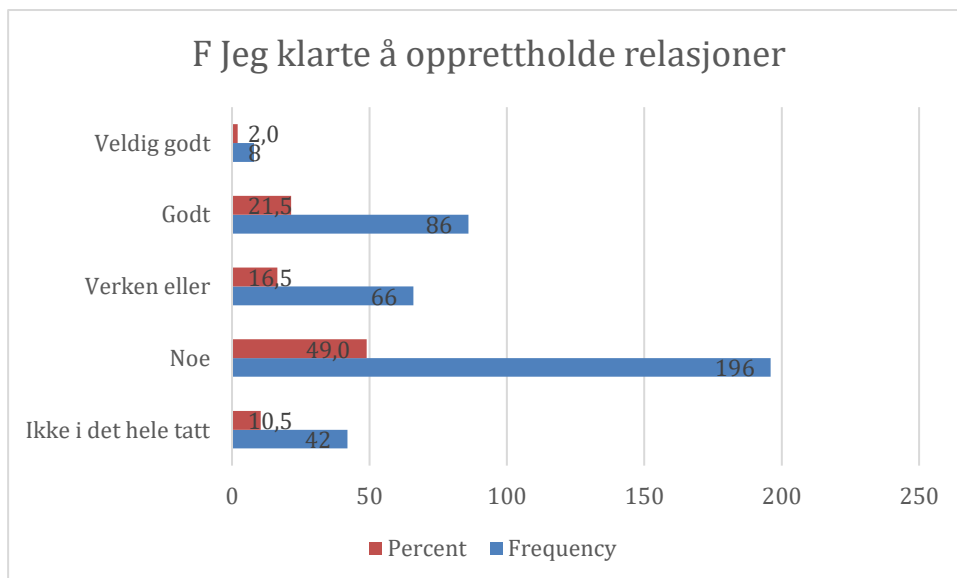
4 Resultater

I dette kapittelet vil resultatene av de innsamlede dataene presenteres. Resultatene baserer seg på N=400 besvarelser av spørreskjemaet. I tidligere kapittel 3.6.2 studiens utvalg blir det gått nærmere inn på hva utvalget består av og hva funnene og resultatene baserer seg på.

4.1 Relasjoner

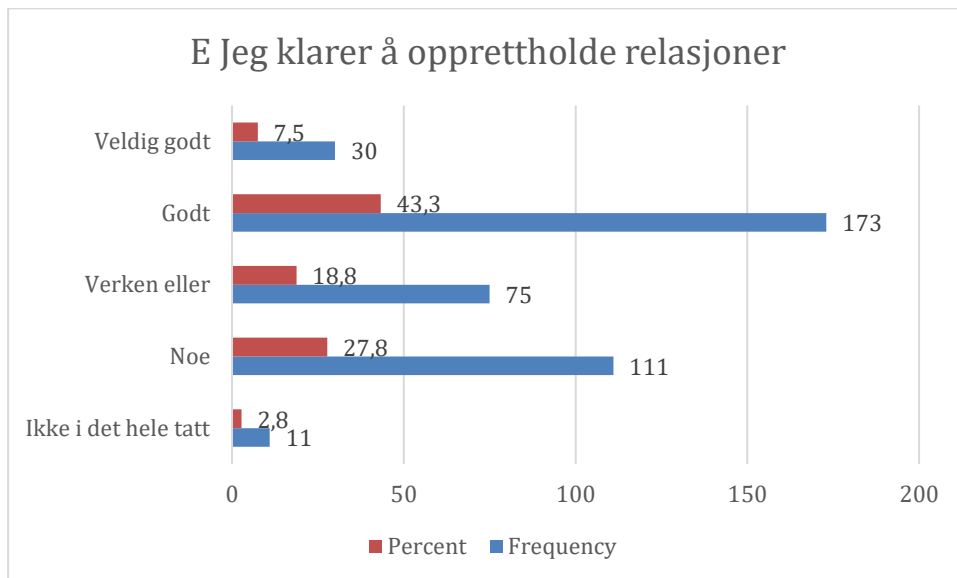
På bakgrunn av presentert teori om livskvalitet og ADHD ble spørreskjemaet utformet for å innhente informasjon om ulike aspekter ved begrepet livskvalitet som kan bli påvirket av en ADHD-diagnose. Det ble dermed stilt spørsmål om hvorvidt en klarte å opprettholde en relasjon, vennskapelig og romantisk, både før og etter ADHD-diagnosen ble stilt.

Figur 3: Hvorvidt informantene klarte å opprettholde relasjoner før ADHD-diagnosen



Figur 3 viser fordelingen av hvorvidt informantene klarte å opprettholde relasjoner, vennskapelige og romantiske, før de fikk ADHD-diagnosen. Av N=400 besvarelser svarte N=196 (49%) «noe», mens kun N=8 (2%) svarte at de «veldig godt» klarte å opprettholde relasjoner.

Figur 4: Hvorvidt informantene klarte å opprettholde relasjoner etter ADHD-diagnosen



Figur 4 viser også fordelingen av hvorvidt informantene klarte å opprettholde relasjoner, men denne gangen etter ADHD-diagnosen ble stilt. N=173 (43,3%) svarer «godt» og kun N=11 (2,8%) svarer «ikke i det hele tatt». Sammenlignet med før diagnosen ble stilt viser resultatene at flere klarer å opprettholde relasjoner bedre etter de fikk ADHD-diagnosen.

4.2 Skole og arbeid

Presentert i lys av teori om livskvalitet og begrepets ulike aspekt, ble det stilt spørsmål hvorvidt informantene likte å gå på skolen/arbeid og om de fikk til å gjøre skolearbeid/annet arbeid. Dette også på bakgrunn av teori om ADHD.

Tabell 2: Hvorvidt informantene likte å gå på skole/arbeid og mestret skolearbeid/annet arbeid før ADHD-diagnosen

<i>Sted</i>	<i>F Gå på skole/arbeid</i>	<i>F Gå på skole/arbeid</i>	<i>F Mestrer skolearbeid/ annet arbeid</i>	<i>F Mestrer skolearbeid/ annet arbeid</i>
	<i>Frekvens</i>	<i>Prosent</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Prosent</i>
<i>Ikke i det hele tatt</i>	123	30,8%	65	16,3%
<i>Noe</i>	120	30%	192	48,1%
<i>Verken eller</i>	59	14,8%	48	12%
<i>Godt</i>	81	20,3%	79	19,8%

Tabell 2 viser en oversikt over hvordan informantene fant det å gå på skolen/arbeid før de fikk diagnosen, samt hvorvidt de mestret skolearbeid/annet arbeid. Resultatene viser at N=123 (30,8%) opplevde at de «ikke i det hele tatt» likte å gå på skolen, samt at N=120 (30%) kun likte det «noe». I motsatt ende viser resultatene at kun N=17 (4,3%) likte det «veldig godt». Når det gjelder opplevd mestring av skolearbeid/annet arbeid viser resultatene at N=192 (48,1%) svarte «noe», mens kun 15 (3,8%) fikk det til «veldig godt».

Tabell 3: Hvorvidt informantene liker å gå på skolen/arbeid og om de mestrer skolearbeid/annet arbeid etter ADHD-diagnosen

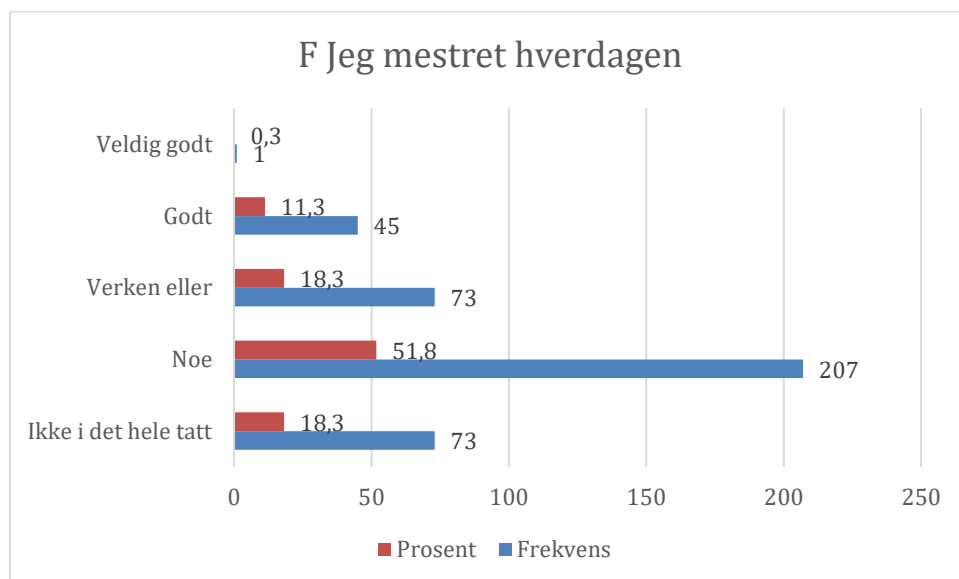
	<i>E Gå på skole/arbeid</i>	<i>E Gå på skole/arbeid</i>	<i>E Mestrer skolearbeid/ annet arbeid</i>	<i>E Mestrer skolearbeid/ annet arbeid</i>
	<i>Frekvens</i>	<i>Prosent</i>	<i>Frekvens</i>	<i>Prosent</i>
<i>Ikke i det hele tatt</i>	55	13,8%	36	9%
<i>Noe</i>	85	21,3%	121	30,3%
<i>Verken eller</i>	82	20,5%	60	15%
<i>Godt</i>	133	33,3%	146	36,5%
<i>Veldig godt</i>	45	11,3%	35	8,8%

Tabell 3 derimot viser resultatene over hvordan informantene fant det å gå på skolen/arbeid og hvordan de håndtere skolearbeid/annet arbeid, etter de fikk ADHD-diagnosen. Andelen som svarte «ikke i det hele tatt» på om de liker å gå på skolen/arbeid har gått ned fra N=123 (30,8%) før diagnosen, til N=55 (13,8%) etter de fikk ADHD-diagnosen. I tillegg har den største andelen N=133 (33,3%) svart «godt» på om de liker å gå på skolen/arbeid. I forhold til hvorvidt informantene får til skolearbeid/annet arbeid etter ADHD-diagnosen, svarer den største andelen N=146 (36,5%) nå «godt». Antallet som svarer at de «ikke i det hele tatt» får til skolearbeid/annet arbeid etter diagnosen har også minket noe, fra N=65 (16,3%) til N=36 (9%).

4.3 Hverdagen

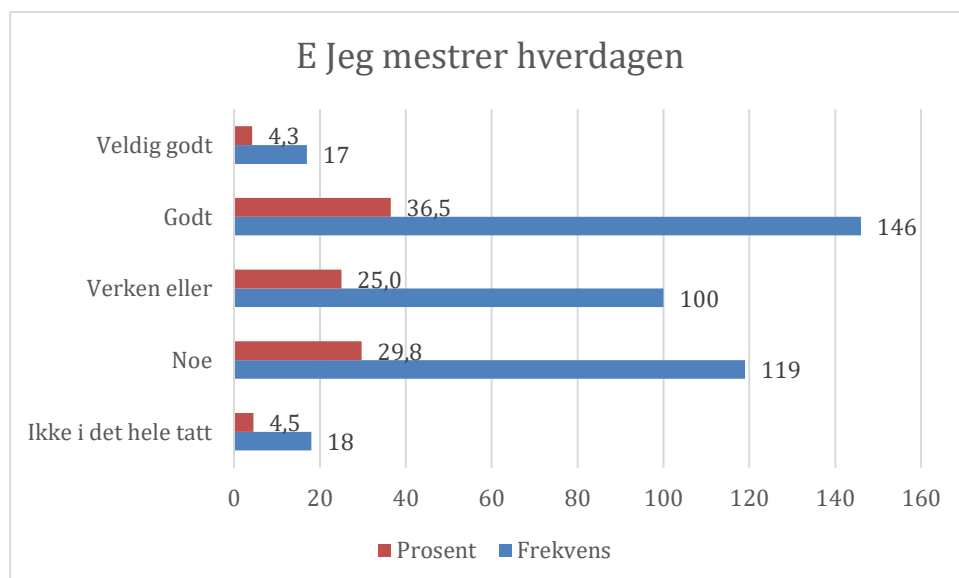
Et annet aspekt innenfor begrepet livskvalitet er opplevelsen av livstilfredshet og lykkefølelsen, og derav følelsen av å mestre hverdagen. I tillegg på bakgrunn av teori om ADHD ble det stilt spørsmål hvorvidt informantene opplevde at de mestret hverdagen før de fikk ADHD-diagnosen og etter.

Figur 5: Hvorvidt informantene mestret hverdagen før ADHD-diagnosen



Av totalt N=400 besvarelser viser resultatene at N=207 (51,8%) svarer «noe» på spørsmålet om hvorvidt de opplever at de mestrer hverdagen før de fikk ADHD-diagnosen. Til sammen («noe» og «ikke i det hele tatt») svarer N= 280 (70,1%) at de ikke føler at de mestrer hverdagen, mens kun N=1 (0,3%) svarer «veldig godt».

Figur 6: Hvorvidt informantene mestrer hverdagen etter ADHD-diagnosen

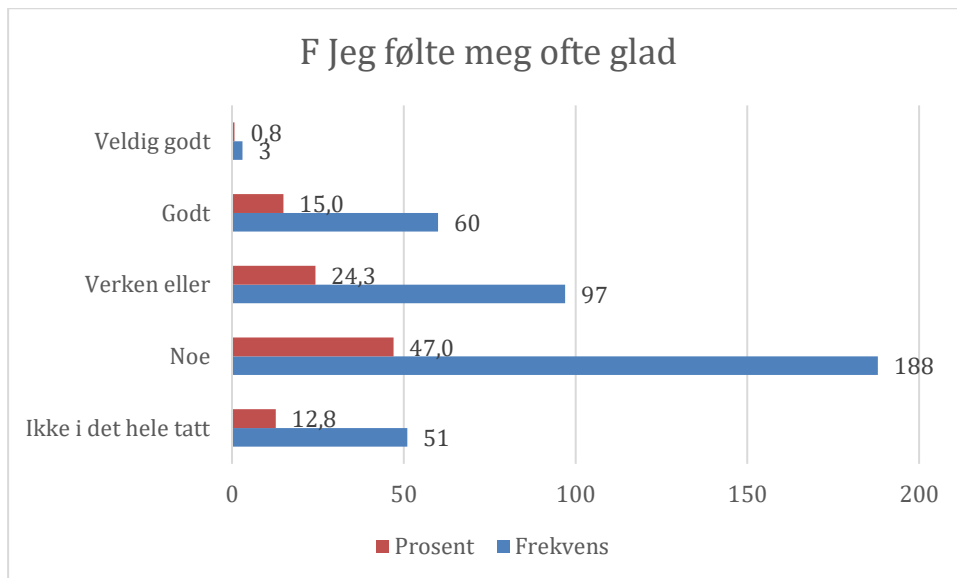


Etter å ha fått ADHD-diagnosen viser resultatene at det er N=146 (36,5%) som mestrer hverdagen «godt» og at antall som mestrer «veldig godt» har økt til N=17 (4,3%). Andelen

som føler at de «ikke i det hele tatt» mestrer hverdagen har også minket fra N=73 (18,3%) til N=18 (4,5%) etter å ha fått ADHD-diagnosen.

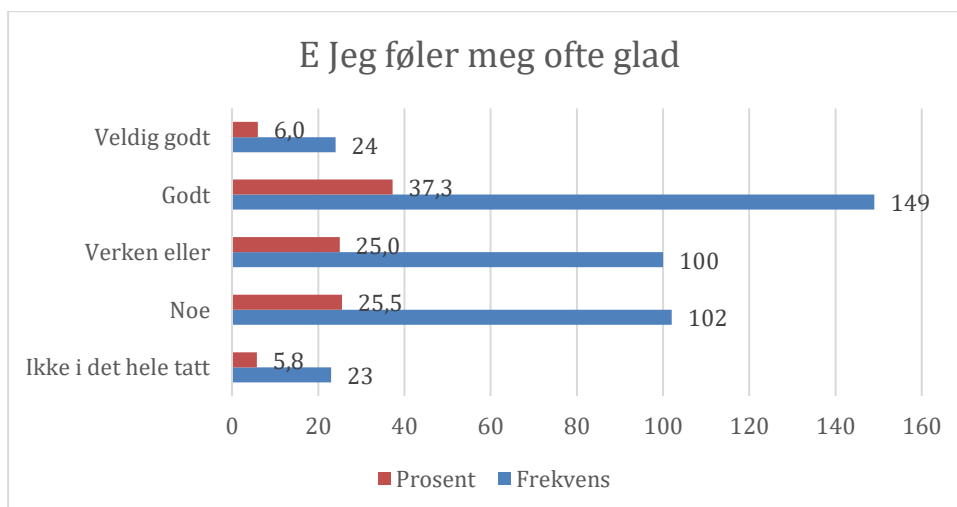
Innenfor livstilfredshet og lykke ble det stilt spørsmål om hvorvidt informantene ofte følte seg glad, både før og etter ADHD-diagnosen.

Figur 7: Hvorvidt informantene ofte følte seg glad før ADHD-diagnosen



Resultatene viser at den største andelen N=188 (47%) svarte «noe» på om de ofte følte seg glad før ADHD-diagnosen. Trenden er også størst på den negative siden med til sammen N=239 (59,8%) som enten svarte «noe» eller «ikke i det hele tatt». Det var kun N=3 (0,8%) som svarte at påstanden «Jeg følte meg ofte glad» stemte «veldig godt».

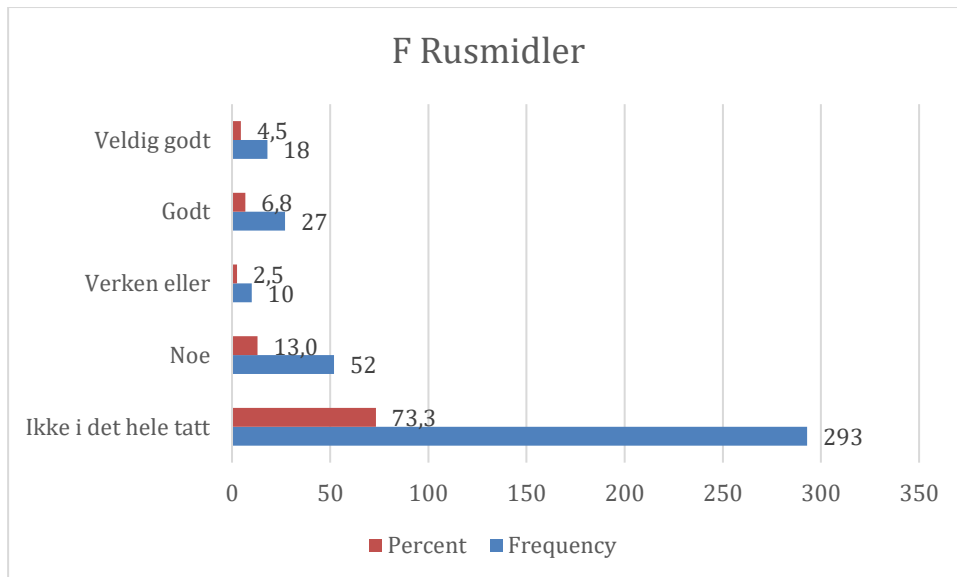
Figur 8: Hvorvidt informantene ofte følte seg glad etter ADHD-diagnosen



Derimot viser resultatene på hvorvidt informantene ofte følte seg glad etter de fikk ADHD-diagnosen til at trenden er noe snudd. Den største andelen N=149 (37,3%) svarte at påstanden stemte «godt», samt at antallet som svarte «veldig godt» økte fra N=3 (0,8%) til N=24 (6%).

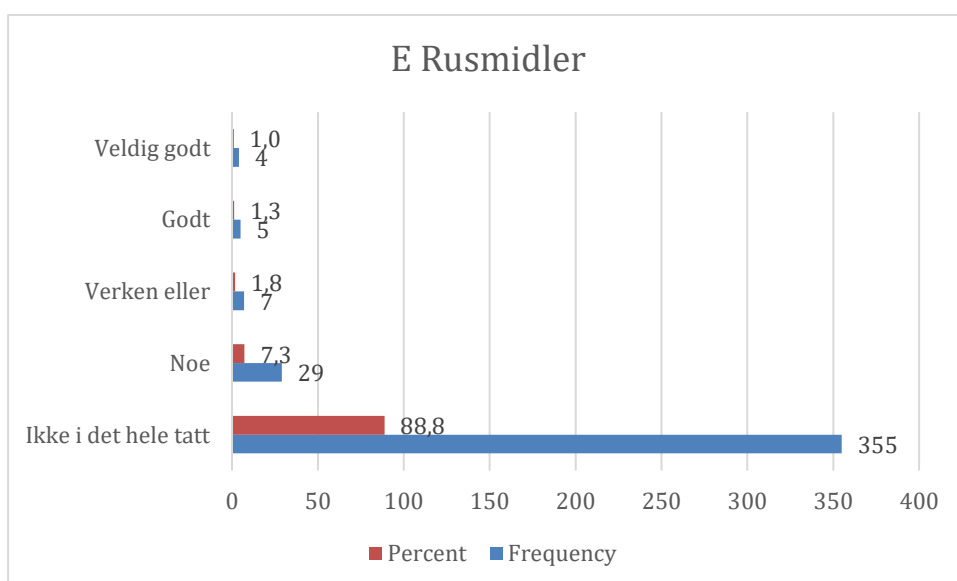
4.4 Alkohol- og rusbruk

Figur 9: Hvorvidt informantene brukte rusmidler for å føle seg bedre før ADHD-diagnosen



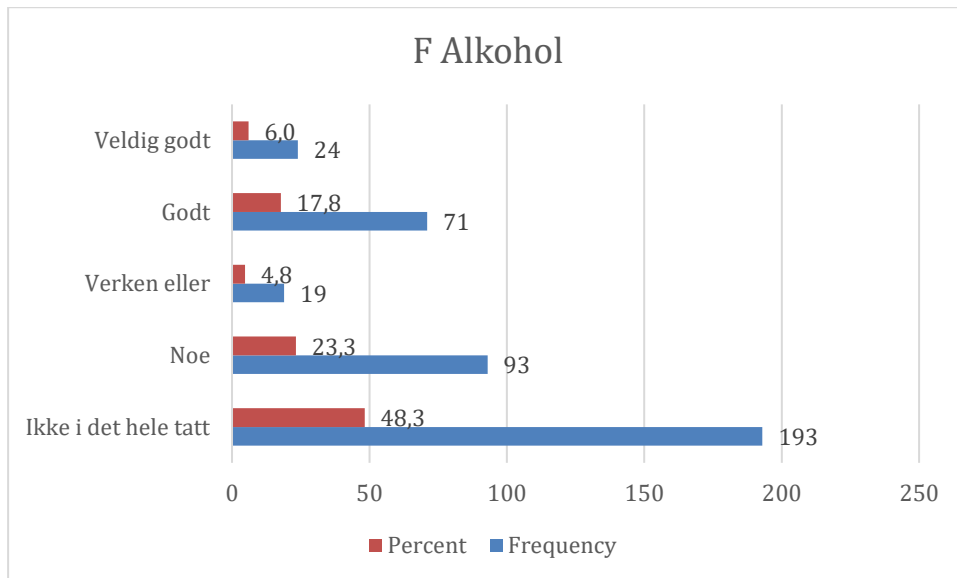
Figur 9 viser fordelingen av informanter på hvorvidt de benyttet rusmidler for å føle seg bedre før ADHD-diagnosen. Diagrammet viser at den største andelen N=293 (73,3%) «ikke i det hele tatt» benyttet seg av det. Mens en liten andel N=27 (6,8%) og N=18 (4,5%) svarte «godt» og «veldig godt».

Figur 10: Hvorvidt informantene brukte rusmidler for å føle seg bedre etter ADHD-diagnosen



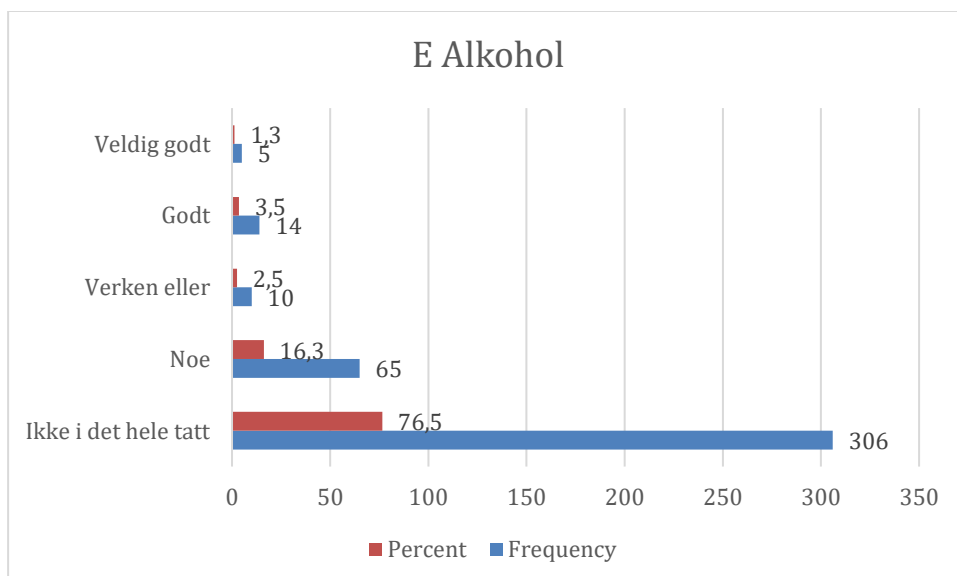
Figur 10 viser spredningen på spørsmålet om bruk av rusmidler etter ADHD-diagnosen. Andelen som «ikke i det hele tatt» benytter seg av det har økt fra N=293 (73,3%) til N=355 (88,8%). Resultatene viser også at andelen som svarer «veldig godt» og «godt» også er blitt redusert.

Figur 11: Hvorvidt informantene brukte alkohol for å føle seg bedre før ADHD-diagnosen



Figur 11 viser resultatene på spørsmålet om informantene benyttet alkohol for å føle seg bedre før ADHD-diagnosen. Den største andelen N=193 (48,3%) svarte «ikke i det hele tatt». Mens på andre siden av skalaen svarer N=71 (17,8%) «godt» og N=24 (6%) «veldig godt».

Figur 12: Hvorvidt informantene brukte alkohol for å føle seg bedre etter ADHD-diagnosen



Etter diagnostisering av ADHD viser resultatene at N=306 (76,5%) «ikke i det hele tatt» benytter seg av alkohol for å føle seg bedre, noe som er en økning sammenlignet med før diagnostisering. Andelen som svare «godt» N=15 (3,5%) og «veldig godt» N=5 (1,3%) er også redusert.

4.5 Tanker om ADHD-diagnosen

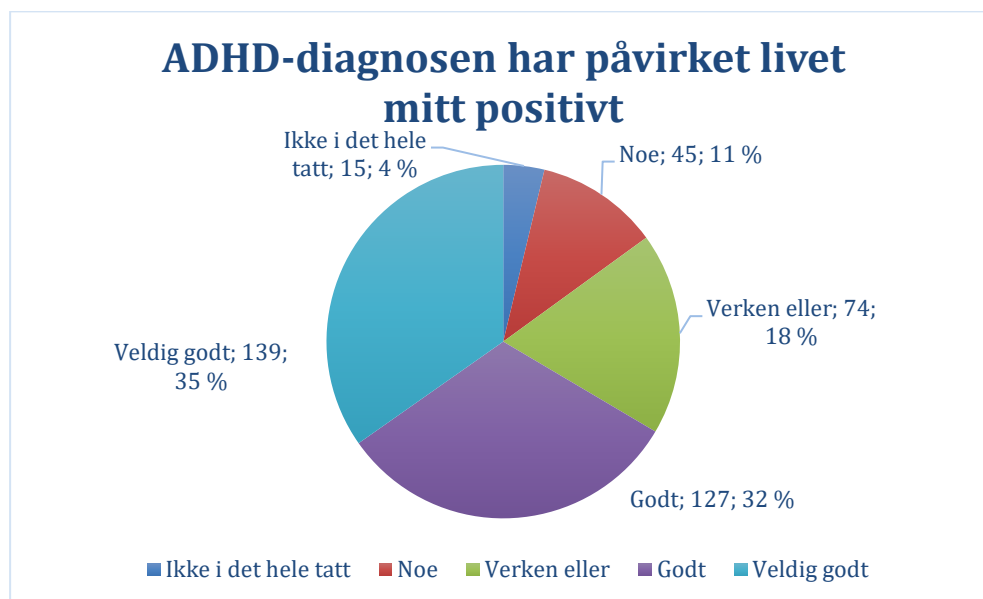
De siste deskriptive resultatene viser hvorvidt informantene sitter igjen med positive følelser rundt en ADHD-diagnose og om de skulle ønske at de fikk den tidligere.

Figur 13: Hvorvidt informantene er glade de fikk diagnosen ADHD



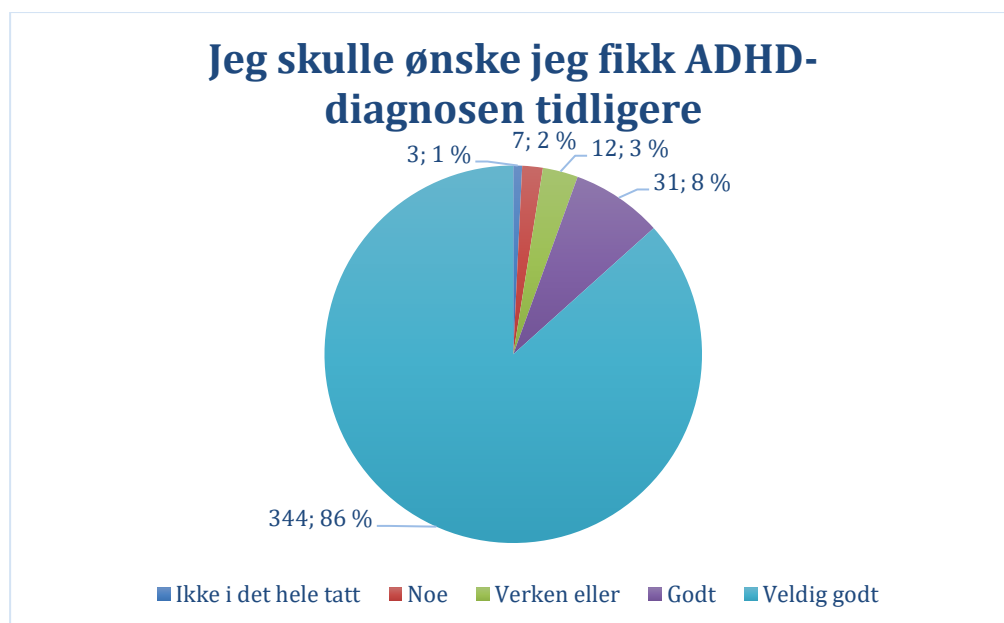
På påstanden om hvorvidt informantene er glade de fikk diagnosen ADHD svarer den største andelen N=253 (63%) at det stemmer «veldig godt» og N=103(26%) svarer «godt». Et tydelig resultat som viser at diagnosen kanskje var etterlengtet.

Figur 14: Hvorvidt ADHD-diagnosen har påvirket livet positivt



Figur 10 viser et sektordiagram med spredte resultater på spørsmålet om ADHD-diagnosen påvirket livet deres positivt. Den største andelen N=139 (35%) svarte at dette stemte «veldig godt» og like bak viser resultatene at dette stemmer «godt» med N=127 (32%). Kun N=15 (4%) er helt uenig i påstanden.

Figur 15: Hvorvidt de ønsket at de fikk ADHD-diagnosen tidligere



Figur 11 viser et veldig tydelig resultat hvor N=344 (86%) svarer «veldig godt» på påstanden om at de skulle ønske at de fikk ADHD-diagnosen tidligere. Noe som er interessant

sammenlignet med det noe mer spredte resultatet på påstanden om hvorvidt ADHD-diagnosen har påvirket livet positivt.

4.6 Korrelasjonsanalyser

Det ble utført en bivarierte korrelasjonsanalyse med Pearsons r . Denne analysen fant at variabelen å gå på skolen/arbeid før ADHD-diagnosen korrelerer med nesten alle spørsmålene. Størst positiv korrelasjon $=,539$, $p<.001$ er med variabelen som omhandler å mestre arbeid før ADHD-diagnosen. Resultatene viser også en positiv korrelasjon med variablene som omhandlet skole og arbeid etter ADHD-diagnosen, med en verdi på $=,375$, $p<.001$ på hvorvidt informantene er glade i å gå på skole/arbeid og en verdi på $=,263$, $p<.001$ på mestring av arbeidet. Korrelasjonsanalysen indikerer at om en var glade i å gå på skolen/arbeid og mestret det arbeidet før en fikk ADHD-diagnosen så var det positivt for de fleste andre faktorene som ble nevnt i spørreundersøkelsen, både før og etter diagnosen. Korrelasjonsanalysen viser også at for de som hadde mange venner før diagnosen, de klarte også å opprettholde relasjoner $=,349$, $p<.001$ før diagnosen og $=,287$, $p<.001$ etter diagnosen.

Naturligvis viser korrelasjonsanalysen også en sterk positiv korrelasjon mellom å bruke rusmidler og drikke alkohol for å føle seg bedre, $=,601$, $p<.001$ før diagnosen og $=,484$, $p<.001$ etter diagnosen. Dette forteller oss at de som bruker den ene ofte også bruker den andre. I tillegg er det en positiv korrelasjon mellom rusbruk før og etter diagnosen $=,336$, $p<.001$ og alkoholbruk $=,373$, $p<.001$ før og etter. Med andre ord betyr det at de som bruker alkohol eller rus før diagnosen også ofte fortsetter etter de har fått diagnosen. Resultatene viser også en svak negativ korrelasjon mellom alkoholbruk og følelsen av å være glad før diagnosen $=-,145$, $p=.004$. Med dette menes det at om en drikker alkohol så vil en føle seg mindre glad.

I forhold til alderen ved diagnostiseringen av ADHD viser resultatene en svak positiv korrelasjon med gleden av å gå på skolen før diagnosen $=,177$, $p<.001$ og mestring av arbeidet $=,122$, $p=.015$. Dette forteller oss at jo eldre kvinnene var når de fikk ADHD-diagnosen, jo mer trivdes de på skolen/arbeid og mestret arbeidet der. I tillegg finner en også en svak positiv korrelasjon mellom alder for diagnostisering og følelsen av å ofte være glad før diagnosen $=,102$, $p=.042$. Til sist ser en også en svak positiv korrelasjon mellom alder og

hvorvidt en skulle ønske at en fikk ADHD-diagnosen tidligere $r = ,167$, $p < .001$. Dette viser til at jo eldre en var når en fikk ADHD-diagnosen, jo mer skulle en ønske at en fikk den tidligere.

Resultatene fra korrelasjonsanalyser finner også en sammenheng mellom alder for deltakelse i spørreundersøkelsen og hvor glad en var i å gå på skolen/arbeid $r = ,225$, $p < .001$ og hvordan en taklet arbeidet der $r = ,147$, $p < .001$. I tillegg er det en svak sammenheng mellom alder og hvorvidt en mestret hverdagen før ADHD-diagnosen $r = ,116$, $p = .020$. Fullstendig korrelasjonsmatrise ligger vedlagt under vedlegg 2: Fullstendig korrelasjonsmatrise.

4.7 Oppsummering resultater

Resultatene finner at fleste parten ikke klarte å opprettholde relasjoner før diagnosen, men at flere klarte det etter diagnosen. Når det gjelder å gå på skole/arbeid og hvorvidt en mestret dette arbeidet, var det igjen flere som rapporterte at de klarte seg bedre etter diagnosen.

Samme likhet viser resultatene på hvorvidt informantene opplever at de mestrer hverdagen og om de føler seg glad, etter diagnosen var det flere positive svar. Gjennom korrelasjonsanalyser vises det en sammenheng mellom å gå på skolen og nesten alle andre spørsmål. Resultatene finner også en sammenheng mellom alder for diagnostisering og opplevelsen av å gå på skole/arbeid.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil resultatene diskuteres opp mot teori for å kunne besvare problemstillingen:

«Hvordan påvirker sen diagnostisering av ADHD hos jenter deres opplevde livskvalitet?»

Og forskningsspørsmålene:

1. *«Er det en sammenheng mellom alder for diagnostisering av ADHD hos jenter og opplevd livskvalitet?»*

2. *«Er den opplevde livskvaliteten bedre etter diagnostisering av ADHD?»*

5.1 Relasjoner

På spørsmålet om hvorvidt informantene klarte å opprettholde relasjoner før ADHD-diagnosen svarte N=196 (49%) av N=400 «noe». Dette resultatet ser en også i tidligere undersøkelser og studier. For eksempel viser Attoe & Clime til at jenter med ADHD ofte har utfordringer med å opprettholde relasjoner. Det rettes også lys på hvor viktig tidlig intervensjon er for å forebygge nettopp dette. Tidlig diagnostisering og behandling kan bidra til en drastisk endring for utfallet inn i voksenlivet. I tillegg vises det til at tidlig intervensjon kan redusere blant annet utfordringen med relasjoner. Gode og trygge relasjoner har blitt assosiert med redusert dødelighet og sykdommer (Attoe & Clime, 2023). Viktigheten av relasjoner ansees også som en viktig faktor innunder livskvalitets begrepet. Hvor en ser en sammenheng mellom sosiale relasjoner og økt livskvalitet. Dette grunnet menneskets grunnleggende behov for sosial tilhørighet. I tillegg har mennesket et visst behov for kjærlighet i alle dens former; anerkjennelse, støtte, respekt og omsorg (Barstad, 2014).

Etter å ha fått ADHD-diagnosen viser resultatene en større spredning i svarene på hvorvidt informantene klarer å opprettholde relasjoner. Den største andelen N=173 (43,3%) svarer «godt» noe som er over dobbelt så mange sammenlignet med før diagnosen. Det er også en reduisering på antall informanter som har svart «ikke i det hele tatt» fra N=42 (10,5%) til N=11 (2,8%). Litteraturen viser viktigheten av ADHD-diagnosen og hvordan dette fører til en følelse av selvaksept og lettelse. Dette grunnet at diagnosen kan gi en slags forklaring på hvorfor en har følt det sånn og sånn eller hvorfor en har vært som en har vært. Det forklares gjennom at å motta diagnosen skaper rom for kontroll over symptomene og mer forståelse, slik at en enklere klarer å tilpasse seg (Attoe & Clime, 2023).

Korrelasjonsanalysen viser en svak positiv sammenheng mellom variabelen å opprettholde relasjoner før diagnose, og mestre hverdagen og følte seg ofte glad før og etter diagnostisering. En annen positiv korrelasjon ser en mellom å opprettholde relasjoner og det å ha venner, både før og etter diagnostisering. Det disse korrelasjonene forteller er at om en klarte å opprettholde relasjoner så opplevde en også mestring i hverdagen samt at en ofte følte seg glad. Som belyst i teoridelen ansees både sosial støtte og gode sosiale ferdigheter som beskyttende faktorer (Wüstner, et al., 2019).

5.2 Skole og arbeid

Resultatene viste at N=123 (30,8%) «ikke i det hele tatt» likte å gå på skolen/arbeid før de fikk ADHD-diagnosen. I tillegg svarte N=120 (30%) «noe». Altså svarte 60% av informantene i den negative enden. I forhold til mestring av arbeidet svarer den største andelen N=192 (48,1%) «noe» og kun få N=15 (3,8%) svarer at de «veldig godt» mestrer det, før ADHD-diagnosen. Her også er overvekten av besvarelsene på den negative siden. Dette er et kjent fenomen i litteraturen. Eksempelvis finner noen studier at individer med ADHD oppnår lavere akademiske oppnåelser (Barra, et al., 2021; Knouse, et al., 2008). En annen studie finner at kvinner med ADHD ikke opplever at de har kontroll i den akademiske settingen, dette innebærer også relasjoner til lærere, kollegaer og venner (Attoe & Clime, 2023). Videre viser litteraturen til at individer med ADHD har en forhøyet risiko for å gå klassetrinn om igjen, droppe ut av videregående, bli utvist og ikke klarer å fullføre skolen eller oppnå kvalifikasjonene til å fortsette. Det fremkommer også at ekskludering/utestenging, skulking og skolevegring er knyttet til økt sårbarhet, spesielt for jenter med ADHD, når det gjelder senere risiko for rusmisbruk, antisosial atferd, kriminalitet, seksuell utnyttelse og tidlig graviditet. Tidlig og ikke planlagt graviditet er assosiert med reduksjon i mulighetene for utdanning og arbeid. I tillegg viser det seg at problemer med utdanningen er en prediktor for risikofull seksuell atferd og ikke planlagt graviditet. Utdanning og jobb kan dermed ansees som spesielt viktig for jenter med ADHD som allerede er sårbare (Young, et al., 2020). En finner også at individer med ADHD får lavere gjennomsnittskarakterer, opplever akademisk prøvetid/utestengelse oftere og flere rapporterte akademiske problemer. Samt at det er mindre sannsynlighet for uteksaminering (Wilmshurst, Peele, & Wilmshurst, 2011). Andre finner at jenter med ADHD har svært større utfordringer sammenlignet med jenter uten diagnosen, med betydelige mangler med internalisering og eksternalisering samt større svekkelser i

akademisk, sosial og familiemessige områder (Haimov-Kochman & Berger, 2014; Camara, Padoin, & Bolea, 2022)

Ed Diener sitt begrep «psykologisk rikdom» består av flere komponenter, blant annet engasjerende aktiviteter og arbeid som gir individet en god følelse. For et individ som dermed har utfordringer med denne komponenten, i dette tilfelle jenter med ADHD som ikke mestrer skole/arbeid, vil ikke de ikke ha optimal livskvalitet og det vil ikke kunne ansees som «psykologisk rikdom». Eudaimonisk velvære vektlegger flytopplevelser og studier som har undersøkt denne opplevelsen finner at arbeid som utfordrer individet, som gir målsetninger, tilbakemeldinger og en følelse av kontroll, kan gi flytopplevelsen. Mestring av arbeid kan dermed ansees som viktig for den opplevde livskvaliteten (Barstad, 2014). Individuer med ADHD kan som nevnt møte på utfordringer når det gjelder skolearbeid og annet arbeid, dette grunnet vanskeligheter med de eksekutive funksjonene (Zeiner, et al., 2004). En studie finner at individer med ADHD benytter svært forskjellige akademiske strategier for mestring sammenlignet med kontrollgruppen. Strategiene som ble benyttet var mindre metodiske og mindre organiserte, samt at de viste økt prokrastinering og viste mindre selvdisiplin og selvkontroll (Turnock, Roosen, & Kaminski, 1998)

Resultatene for de samme spørsmålene, men etter diagnostisering av ADHD-diagnosen viser at den største andelen N=133 (33,3%) liker «godt» å gå på skolen/arbeid og at spredningen i svarene er mer jevn. Den samme tendensen viser seg på spørsmålet om en mestrer arbeidet med N=146 (36,5%) som svarer «godt» og resten er spredt litt jevnt utover. Alt i alt er det en positiv økning, men ingen signifikant økning. En studie finner at tidlig intervensjon kan redusere lave resultater i akademiske settinger og i arbeidssituasjoner (Attoe & Clime, 2023).

Som belyst i resultatdelen finner korrelasjonsanalysen en positiv korrelasjon mellom å gå på skole/arbeid og å mestre arbeidet før diagnostisering av ADHD. Dette betyr at de som liker å gå på skolen/arbeid opplever også at de mestrer skolearbeid/annet arbeid. Sammenhengen i seg selv gir mening, da opplevelsen av mestring bidrar til følelsen av glede. Altså er det ikke så rart de som er glad i å gå på skolen/arbeid, mestrer arbeidet der. Det er også en positiv korrelasjon mellom de som likte å gå på skolen/arbeid før og etter diagnosen.

Korrelasjonsanalysen viste også positive sammenhenger mellom skole/arbeid variablene med nesten samtlige andre variabler. Med dette menes det at om en var glad i å gå på skolen/arbeid

så slo det positivt ut på andre variabler. For eksempel viser korrelasjonsanalysen at om en var glad i å gå på skolen før diagnosen så klarte en også å opprettholde relasjoner før diagnosen. Som belyst i teoridelen anses resiliens som et individs evne til å håndtere, tilpasse seg og komme seg gjennom utfordringer. Resiliente individer er kapabel til å opprettholde sitt psykiske og fysiske velvære under vanskelige forhold. Videre beskrives beskyttende faktorer som ulike ressurser eller egenskaper som reduserer risikoen for negative utfall (Wilmshurst, Peele, & Wilmshurst, 2011). I dette tilfellet hvor en ser en positiv sammenheng mellom skolegang/arbeid og andre faktorer i livet kan en tenke seg at skole/arbeid virker som en beskyttende faktor. I skole/arbeid opplever en kanskje sosial støtte fra venner/kolleger/lærere og en kjenner på selv-effektivitet hvor individet tror på egne evner til å nå mål og mestre oppgaver. Disse begge to regnes som beskyttende faktorer (Wüstner, et al., 2019) og kan være grunnen til at informantene i undersøkelsen som trives i skole/arbeid også svarer positivt på alt annet.

5.3 Hverdagen

Et annet aspekt innenfor livskvalitetsbegrepet er hvordan en opplever hverdagen, hvordan en mestrer hverdagen og hvordan en føler seg. I forhold til dette ble det stilt spørsmål om nettopp dette. Før ADHD-diagnosen ble gitt opplevde N=207 (51,8%) altså over halvparten at de mestret hverdagen kun «noe» og N=73 (18,3%) opplevde «ikke i det hele tatt» en mestring av hverdagen. Innenfor det å mestre hverdagen menes det ulike ting som utgjør en vanlig dag i livet. Ting som for eksempel ulike oppgaver i løpet av en dag, å forholde seg til tidsskjema og sosial omgang med andre. Young et al. (2020) viser til at kvinner med ADHD ofte kan ha utfordringer med å mestre ulike aspekt i hverdagen. Innenfor arbeidsdelen av hverdagen vises det til blant annet problemer med å forholde seg til tid, holde søkelys på oppgaven en holder på med, organisering og planlegging. På det sosiale plan legges det vekt på at atferden til jenter med ADHD ofte er mer sosialt motivert. Med dette menes det at istedenfor aggressiv atferd, vil det vises gjennom for eksempel manipulativ atferd. For kvinner i familie med barn nevnes det også utfordringer med administrasjonen av hjemmet og familie/foreldre ansvar (Young, et al., 2020). En studie som undersøker påvirkningen symptomer på ADHD har på hverdagen finner at økte symptomer på uoppmerksomhet var assosiert med psykisk belastning, som uttrykkes i en nedgang i positive følelser og en økning i negative følelser. Det bemerkes også at disse sammenhengene ikke ble moderert av faktorer som sosial kontakt, tilfredshet med nåværende aktiviteter, konsentrasjon eller sosialt miljø. Med andre ord menes

det at selv om slike faktorer kan påvirke hvordan et individ håndterer symptomene på uoppmerksomhet, ble ikke forbindelsene endret eller påvirket av dem i denne sammenhengen. For de med overvekt av hyperaktive og impulsive symptomer fant de at symptomene imidlertid var relatert til større positiv påvirkning når individet var sammen med andre. I tillegg finner de at de samme individene rapporterte mer vedvarende vurderinger av aktivitetstilfredshet og konsentrasjonsproblemer uavhengig av opplevd kompetanse og stress. Derimot finner de at individene med overvekt av uoppmerksomme symptomer rapporterte at de opplevde verden som konsekvent mer plagsom (Knouse, et al., 2008).

Den største andelen N=146 (36,5%) svarer «godt» på spørsmålet om de mestrer hverdagen etter diagnostisering. Sammenlignet med før diagnostisering N=45 (11,3%) er det en forbedring. Det er også en større spredning hvor N=100 (25%) svarer «verken eller» mens andelen som svarte «noe» er redusert til N=119 (29,8%). Utfra dette kan en ikke si at det er en signifikant forskjell mellom før og etter diagnostisering, men det kan se ut til at det for noen har vært en positiv utvikling. Denne positive utviklingen kan som nevnt tidligere stamme fra forståelse og kunnskap rundt diagnosen (Attoe & Clime, 2023). Det kan også stamme fra utvikling av mestringsstrategier en har fått hjelp til å utvikle, støtte til regulering av følelser og andre nødvendige verktøy som kan bidra til å mestre hverdagen (Young, et al., 2020).

I forhold til livskvalitetsbegrepet la Carol Ryff sin modell om «det gode liv» blant annet vekt på mestring av omgivelsene. Med andre ord er det viktig at et individ føler mestring i hverdagen for å fungere godt i livet (Barstad, 2014). FHI viser også til viktigheten av mestring i hverdagen i sin beskrivelse av livskvalitet. Hvor det omhandler hvor godt en fungerer i hverdagen (Nes, Røysamb, Eilertsen, Hansen, & Nilsen, 2021). Antonovskys salutogene modell trekker frem opplevelsen av mestring som en helsefremmende faktor (Mittelmark, et al., 2021).

Flere studier viser til viktigheten av mestringsfølelse og mestringsstrategier for individer med ADHD, samt at de ofte velger ugunstige strategier framfor de mer gunstige. Barra finner at individer med ADHD sjeldent bruker adaptive mestringsstrategier, i istedenfor blir det bruk maladaptive strategier. Med adaptiv refereres det til noe som er tilpasningsdyktig eller gunstig for personens fungering, mens maladaptiv er det motsatte, noe uhensiktsmessig (Barra, et al., 2021). Oppgaver som problemløsning eller å kunne sette seg inn i andre perspektiver er noen

av de adaptive strategiene som individer med ADHD kan ha utfordringer med (Harty, Gnagy, Pelham Jr., & Molina, 2016). Videre finner en studie at individer med ADHD ofte velger maladaptive mestringsstrategier som konfrontasjon, unngåelse og mangel på problemløsning (Young S. , 2005). Det en dermed kan forstå ut fra dette er at individer med ADHD er sårbare for å benytte seg av ugunstige strategier og hjelp til å utvikle gunstige strategier vil kunne være positivt. Noe som også kan bidra til å forklare endringen av opplevd mestring etter ADHD-diagnosen ble gitt blant informantene.

Korrelasjonsanalysen finner en svak positiv korrelasjon mellom å mestre hverdagen og alder, samt venner og skole/arbeid før diagnostisering. I tillegg er det en svak negativ korrelasjon med alkoholbruk før diagnostisering, som forteller at jo mer en mestret hverdagen jo mindre bruk av alkohol var det.. Som nevnt tidligere fungerer sosial støtte og gode relasjoner som beskyttende faktorer (Wüstner, et al., 2019) og kan være en av grunnene til sammenhengen mellom å mestre hverdagen og venner. Etter diagnostisering er det også positive korrelasjoner med nesten samtlige spørsmål, og en ser igjen de samme tendensene til beskyttende faktorer.

5.3.1 Å føle seg glad

Det ble stilt spørsmål om hvorvidt informantene følte seg glad før de fikk ADHD-diagnosen. N=188 (47%) svarte «noe» som var den største andelen. Flere studier peker på at jenter med ADHD er spesielt sårbare for å utvikle depresjon som en komorbid lidelse (Klefsjö, Kantzer, Gillberg, & Billstedt, 2021; Eng, et al., 2023; Attoe & Clime, 2023). Studier finner også at jenter med ADHD har større følelsesmessig dysregulering (Attoe & Clime, 2023). I tillegg støttes dette opp av studier av strukturer i den kvinnelige hjernen. Mer spesifikt omhandler det at amygdala er mindre i den kvinnelige hjernen og det er dette området i hjernen som knyttes til depresjon. En vet også at den kvinnelige hjernen er følsom for lave østrogennivåer, for eksempel under menstruasjon. De lave østrogennivåene kan i slike tilfeller føre til mindre følsomhet til reseptorene som allerede har lave nivåer av dopamin og/eller serotonin. Dette kan igjen være med å bidra til depresjon (Nadeau, Littman, & Quinn, 2015). En studie finner også at pubertale effekter på depresjon hos kvinner, men ikke hos menn, kan bidra til å forklare hvorfor kvinner med ADHD viser høyere nivåer av utfordringer og svekkelser i ungdomsårene samt at de har økt risiko for selvmordsforsøk. Dette fordi fremskritt i pubertetsstadiet kan øke transdiagnostisk selvmordsrisiko gjennom negative endringer i konsentrasjon, evnen til å ta beslutninger og deprimert humør hos de mottakelige kvinnene

(Eng, et al., 2023). I forhold til livskvalitetsbegrepet finner studier en negativ sammenheng mellom depresjon og opplevd livskvalitet. Livskvalitetstradisjonen subjektiv velvære (SWB) ser på livskvalitet som opplevelsen av å ha det godt. Med andre ord omhandler det en opplevelse av mange positive følelser og at en føler seg tilfreds med livet. Utfra dette kan en forstå at for å ha god livskvalitet er det også å føle seg glad i hverdagen (Barstad, 2014).

Resultatene etter ADHD-diagnosen viser en økning fra N=60 (15%) til N=149 (37,3%) på hvor mange informanter som svarte «godt» på spørsmålet om de ofte følte seg glad. 50% av informantene svarte «verken eller» eller «noe», noe som tyder på en mer jevn spredning sammenlignet med før de fikk diagnosen. Det er ingen betydelig forskjell, men en liten positiv utvikling. Hva det er som forårsaker denne positive utviklingen, kan for eksempel være medisiner, tilrettelegging/tiltak eller selvrealisering.

5.4 Alkohol- og rusbruk

Resultatene viser at det er få av informantene som har benyttet rusmidler eller alkohol for å føle seg bedre både før og etter diagnostisering. Før diagnostisering var det N=27 (2,5%) som svarte «godt» og N=18 (4,5%) som svarte «veldig godt», til sammen 45 (7%) informanter som benytter seg av rusmidler for å føle seg bedre før diagnostisering. Videre finner resultatene at N=71 (17,8%) svarer «godt» og N=24 (6%) svarer «veldig godt», til sammen 95 (23,8%) av informantene benyttet alkohol for å føle seg bedre før diagnostisering.

Korrelasjonsanalysen finner også en sterk positiv korrelasjon mellom å bruke alkohol og rusmidler før diagnostisering. Dette betyr at de som benyttet alkohol også benyttet rusmidler. Det er også svake positive sammenhenger mellom å bruke alkohol og rusmidler før diagnostisering og å bruke etter diagnostisering. Dette indikerer at om en benytter alkohol eller rusmidler før så er det sannsynlig at bruken fortsetter også etter diagnostisering. Så selv om den største andelen av informantene ikke benyttet seg av verken rusmidler eller alkohol, så er det en liten andel som brukte det.

Dette funnet støttes opp av litteratur som finner at individer med ADHD har økt risiko for å utvikle alkohol- og rusmisbruk forstyrrelser. Samme studie finner at grunnen til at spesielt kvinner med ADHD begynner å bruke alkohol eller andre rusmidler er for å håndtere følelsesmessig uro, sosial isolasjon og avvising, samt i noen tilfeller omhandler det sosial tilhørighet og følelsen av å være en del av en gruppe (Young, et al., 2020). På den andre siden

finner en annen studie ingen sammenheng mellom ADHD hos jenter og rusmisbruk (Owens, Zalecki, Gillette, & Hinshaw, 2017). Som belyst i teorikapittelet beskriver en av hovedtilnærmingene innenfor livskvalitetstradisjonen begrepet livskvalitet som opplevelsen av mange positive og få negative følelser. Et eksempel på negative følelser og kognitive vurderinger er opplevelsen av meningsløshet, at en ikke finner en mening med ting. På den andre siden beskrives positive følelser som en opplevelse av å være tilfreds med livet og faktorene i livet (Barstad, 2014). Bruken av alkohol og rusmidler for å føle seg bedre kan dermed forstås som et ønske om å føle mening og tilfredshet. Og som spørsmålet i undersøkelsen indikerer benyttes det alkohol og rusmidler fordi en ikke er fornøyd.

Tendensen er fremdeles lik tidligere nevnte faktorer, hvor andelen som benytter alkohol eller rusmidler er høyere før diagnostisering og lavere etter diagnostisering. Etter diagnostisering er andelen som benytter rusmidler redusert fra til sammen, de som svarer «godt» og «veldig godt», N=45 (11,3%) til N=9 (2,3%). Antallet som svarer «ikke i det hele tatt» er også økt til 88,8%. Den samme tendens viser resultatene at gjelder for alkoholbruk også, hvor spredningen før diagnostisering er mye mindre og 76,5% svarer at de «ikke i det hele tatt» benytter alkohol for å føle seg bedre etter diagnostisering.

5.5 ADHD-diagnosen

Resultatene finner at på spørsmålet om informantene skulle ønske de fikk ADHD-diagnosen tidligere er det et ganske tydelig svar hvor N=344 (86%) svarer «veldig godt». Dette resultatet støttes av en studie som finner at flere av de som fikk diagnosen i senere alder føler på tristhet og sinne, samt at de føler at en tidligere diagnose kunne spart de for mye lidelse (Hansson Halleröd, Anckarsäter, Råstam, & Scherman, 2015). Et lignende funn ble gjort hvor spørsmålet var om informantene var glad de fikk diagnosen. N=253 (63%) svarer «veldig godt» og N=103 (26%) svarer «godt», til sammen kan en si at 89% av informanten er glad for at de fikk diagnosen. Det som dermed skiller seg litt ut er resultatet på spørsmålet om diagnosen har påvirket livet positivt. Det er fremdeles overvekt av positive svar, men spredningen er noe større og resultatet er ikke like tydelig som på de to andre spørsmålene. Litteraturen finner flest positive konsekvenser av en ADHD-diagnose, men det finnes også negative konsekvenser. En grunn til at informantene kanskje ikke opplever at diagnosen har påvirket positivt kan være at diagnosen forårsaker redusert verdi. Med dette menes det at stigmatisering bidrar til at en selv tenker mer negativt om seg selv, samt at det også kan bety

at andre har en oppfatning av diagnosen som avviker fra normen. En annen grunn til at informantene ikke opplever diagnosen som noe positivt kan være frykten for at diagnosen skulle bli en selvoppfyllende profeti, dette gjennom tap av selvtillit, mot og motivasjon. Samtidig som en er redd for diskriminering. Andre ser også på ADHD-diagnosen som en hindring og noe som begrenser mulighetene i ulike settinger i livet. En slik diagnose kan også bidra til en slags identitetskrise og reise spørsmål som gjelder «hvem er jeg?». Videre kan variasjonen i resultatene på disse tre spørsmålene forklares gjennom at hvert enkelt individ eksisterer i forskjellige kontekster, slik som familie, venner og skole/arbeid. Opplevelsen av ADHD-diagnosen kan dermed variere mellom disse kontekstene og en har ulike reaksjoner utfra det (Hansson Halleröd, Anckarsäter, Råstam, & Scherman, 2015).

5.6 Hvorfor får de det bedre etter diagnosen

Som resultatene viser og tidligere diskutert svarer informantene jevnt mer positivt etter diagnostisering av ADHD. Hvorfor det er slik, skal nå bli gått nærmere innpå. En grunn kan være at diagnosen ga en forklaring på tidligere utfordringer, noe som også kan ha ført til en følelse av lettelse og takknemlighet. Noen positive egenskaper blir tilskrevet ADHD-diagnosen, slik som kreativitet, nytenkning, lidenskap, hurtighet og produktivitet. Noe som igjen kan føre til en følelse av takknemlighet. En annen grunn er at diagnosen kan bidra til en ny forståelse av seg selv og at en setter mer pris på seg selv. Dette grunnet at en merkelapp som sier «ADHD» var mindre skadelig enn tidligere merkelapper som sa «lat», «dårlig temperament» eller «sint». Å få en forklaring på hvorfor en er som en er og hvorfor en fungerer som en gjør kan bidra til at en føler på mindre skyldfølelse, en skammer seg ikke lenger og en slutter å dømme seg selv og setter realistiske krav. En annen sak som også er relevant, er hvordan en blir sett på av andre. Studien finner at en ADHD-diagnose kan bidra til mer forståelse fra andre, noe som gjør det lettere å opprettholde relasjoner. I tillegg fant den at diagnosen åpner opp for at de rundt også kan hjelpe og bidra til at hverdagen blir enklere (Hansson Halleröd, Anckarsäter, Råstam, & Scherman, 2015).

Som belyst tidligere i teorikapittelet finnes det ulike former for behandling for individer med ADHD. En av de viktigste grunnene til at individer drar nytte av ADHD-diagnosen er at det skaper muligheten for behandling. Studier finner en sterk assosiasjon mellom behandling og forbedrede resultater (Hamed, Kauer, & Stevens, 2015). Det ble i dette prosjektet ikke stilt spørsmål om medisiner og det er dermed ingen klare tall på hvor mange av informantene

som bruker medisiner. En studie som har undersøkt bruken av medisiner blant kvinner i Nord-Europa, finner at av 52% bruker medisiner og 48% bruker ikke (Kok, Groen, Fuermaier, & Tucha, 2020). Et annet forskningsnotat som undersøker levekår blant individer med ADHD i Norge, finner at 78% av alle deltakerne har benyttet medikamentell behandling de siste 12 månedene. De finner også at det ikke er noen forskjell i bruk av medisiner mellom menn og kvinner (Bjørnshagen, 2022). En kan dermed tenke at noen av informantene benytter medikamentell behandling og at det kan bidra positivt i hverdagen.

Flere studier finner at en gjengående følelse etter diagnostisering av ADHD i voksen alder er lettelse og selv akseptering. Diagnosen gir individene en forklaring, den letter på følelsen av skam og skyld og den gir rom for økt selv akseptering. Følelsen av lettelse kan stamme fra at individene før diagnostisering skyldte på dem selv for utfordrende ting gjennom oppveksten og når de da fikk diagnosen så ble disse utfordringene validert (Attoe & Clime, 2023). Selvakseptering ble som nevnt under teorikapitlet ansett som et av seks mål på «det gode liv». Altså er aksept av selvet en viktig faktor for å kunne leve et lykkelig liv (Barstad, 2014). Attoe & Clime finner og at flere av kvinnene i studien ikke opplevde kontroll over symptomene, før etter de var diagnostisert. Dette grunnet at kunnskap om diagnosen lot de se de utfordrende situasjonene i et annet perspektiv. Det de tidligere hadde ansett som mindre personlighetsfeil, var de nå i kontroll til å gjøre en endring på (Attoe & Clime, 2023). Dette ser en også i forhold til at helse og subjektiv livskvalitet henger sammen. Hvor positive følelser og lykke kan virke som beskyttende faktorer mot helseplager, mens nedsatt helse vil kunne stjele energi og forverre helsetilstanden som blant annet vil kunne bidra til at kontrollen over eget liv blir svekket (Barstad, 2014). En ser også en positiv effekt på kvinners selvtillit etter diagnostisering (Attoe & Clime, 2023). Positive følelser og kognitive tilfredshet er to av tre hovedkomponenter innunder begrepet livskvalitet. En kan dermed forstå det slik at for å oppleve god livskvalitet så er disse to komponentene svært viktige. I tillegg innunder livskvalitetstradisjonen subjektiv velvære ansees opplevelsen av selvrealisering som en viktig faktor for de positive kognitive vurderingene. Og om en trekker sammen følelsen av selv akseptering, at en får mer kontroll over livet samt at en ser seg selv i et mer positivt lys, så kan en se på det som en prosess hvor en håper å realisere eget potensiale, evner og ambisjoner (Barstad, 2014). Igjen kan en se en sammenheng mellom diagnostisering av ADHD og opplevd livskvalitet.

Som tidligere nevnt i teorikapittelet består den biopsykososiale modell av tre faktorer (Angelina & Rathnasabapathy, 2023). De helhetlige funn om at informantene i undersøkelsen jevnt svarer mer positivt etter diagnostiseringen av ADHD kan sees i lys av den biopsykososiale modellen. Under biologiske faktorer kan en trekke frem muligheten ADHD-diagnosen gir for passende behandling, som kan bidra til bedre håndtering av symptomer (Hamed, Kauer, & Stevens, 2015). På den måten kan en si at biologiske intervensjoner kan ha en direkte innvirkning på den opplevde livskvalitet hos kvinner med ADHD. Det er også blitt nevnt tidligere hvordan en ADHD-diagnose kan gi økt forståelse av egne utfordringer og behov, som igjen kan føre til en følelse av mestring og kontroll (Young, et al., 2020). Dette regnes i den biopsykososiale modell som psykologiske faktorer da individets psykiske velvære kan bli forbedret (Angelina & Rathnasabapathy, 2023). Den sosiale faktoren i modellen kan vises ved at ADHD-diagnosen kan bidra til økt sosial støtte og forståelse fra de rundt. Noe som også kan bidra til å redusere stigma (Yeung, Ng, & Abi-Jaoude, 2022). Det er dermed kan se er at samlet sett kan den biopsykososiale modellen bidra til å forklare hvorfor informantene opplever bedre livskvalitet etter diagnostisering av ADHD.

Tidligere ble grunnene til hvorfor kvinner ofte blir senere diagnostisert med ADHD sammenlignet med gutter nevnt. Disse grunnene omhandlet blant annet fordommer, bagatellisering og feilattribuering av symptomer (Hinshaw, Nguyen, O'Grady, & Rosenthal, 2022). Lav selvtillit i kombinasjon med sosial stigma kan ha en negativ innvirkning på kvinner med ADHD (Attoe & Clime, 2023). En studie finner viktigheten av tiltak på både individ- og systemnivå for å styrke individets resiliens, men også for å redusere stigmaet i samfunnet. Tiltaket springer utfra en modell som vektlegger miljømessige faktorer, personlige faktorer og engasjementet i ulike ting. Modellen kan benyttes til å se nærmere på hvordan sosiale og individuelle faktorer påvirker hverandre og dermed kunne bidra til å styrke individets evne til å fungere (Kreider, Medina, Judycki, Wu, & Lan, 2024). En ser dermed viktigheten av å få ADHD-diagnosen, dette grunnet mer forståelse og mindre stigma. Og viktigheten av tiltak for å styrke individets evne til fungering og for å redusere stigma.

5.7 Hvordan påvirker sen diagnostisering av ADHD hos jenter deres opplevde livskvalitet?

I forhold til forskningsspørsmål nummer 1: «Er det en sammenheng mellom alder for diagnostisering av ADHD hos jenter og opplevd livskvalitet?», finner resultatene fra

korrelasjonsanalysen kun to små svake korrelasjoner med alder. Resultatene er ikke spesielt store og en mulig grunn til det kan være at utvalget består av cirka 74% kvinner som fikk ADHD-diagnosen etter fylte 26 år. Største parten av utvalget fikk altså ADHD-diagnosen relativt sent og det kan dermed bli vanskelig å finne sammenhenger ved ulike aldre. I forhold til forskningsspørsmål 2: «Er den opplevde livskvaliteten bedre etter diagnostisering av ADHD?» så finner resultatene en jevn forbedring i samtlige spørsmål om opplevd livskvalitet. Samt at de avsluttende spørsmål i spørreundersøkelsen: «Jeg er glad jeg fikk diagnosen ADHD», «ADHD-diagnosen har påvirket livet mitt positivt» og «Jeg skulle ønske jeg fikk ADHD-diagnosen tidligere» gir tydelige resultater på at diagnosen var etterlenget, positivt mottatt og bidro til en positiv utvikling.

For å svare på problemstillingen: «Hvordan påvirker sen diagnostisering av ADHD hos jenter deres opplevde livskvalitet?» kan en si at resultatene fra undersøkelsen viser en positiv utvikling. At den opplevde livskvaliteten til informantene viser seg å være sterkere etter diagnostisering, sammenlignet med før. En ser en jevnere positiv spredning i svarene etter diagnostisering, samt at det er flere positive svar enn negative. Deler av hverdagen som forskning viser er spesielt vanskelig for jenter med ADHD, som for eksempel å opprettholde relasjoner (Attoe & Clime, 2023), viser seg at flere mestrer bedre etter diagnostisering. En vet også at gode og trygge relasjoner er viktig for den opplevde livskvaliteten (Barstad, 2014). Dermed kan en forstå viktigheten av diagnostisering av ADHD for opplevd livskvalitet.

5.8 Styrker og svakheter

I et forskningsprosjekt vil det være styrker og svakheter. En av inkluderingskriteriene i dette prosjektet var at informantene måtte være fylt 17 år. Dermed vil ikke personer under 17 år kunne delta. Dette kan ansees som en svakhet med prosjektet og utvalgsstrategien grunnet at funnene ikke er representativ for hele populasjonen for jenter med ADHD. En annen mulig svakhet med prosjektet og som kan bidra til å svekke betydningen av generaliseringen av funnene, er at samtlige informanter besvarte spørreskjemaet gjennom å huske tilbake i tid, altså i retrospektive erfaringer. Da spørreskjemaet tok utgangspunkt i opplevd livskvalitet før og etter diagnostisering er det noen informanter som besvarte kortere tilbake i tid enn andre. Det ansees som en fordel å besvare kort tid tilbake, altså jo kortere jo bedre (Althubaiti, 2016). Kapittel 1.6.2 Studiens utvalg viser at gjennomsnittsalder på utvalget var rundt 31-40 år og at over halvparten av informantene fikk ADHD-diagnosen når de var over 31 år. Det

kan dermed tenkes at fleste parten av informantene ikke nødvendigvis svarte med utgangspunkt i erfaringer veldig langt tilbake i tid.

Da spørreskjemaet ikke er et klinisk og validert spørreskjema, men utviklet av meg kan det ansees som en svakhet. Skjemaet ble utformet på bakgrunn av teori og litteratur fra de relevante områder. Videre kan det bli ansett som en svakhet at prosjektet tar utgangspunkt i en selvrapportert diagnose. Dette på grunn av at informantene ikke behøvde å framvise noe form for «bevis» på at de har ADHD-diagnosen, en vet dermed ikke om informantene faktisk har diagnosen. På den andre siden kan selvrapportering være verdifullt, da for å frembringe menneskers perspektiv (Althubaiti, 2016). Mulig feilkilde og svakhet med bruk av et selvadministrert og anonymt spørreskjema er at informantene har misforstått spørsmål, tolket eller vurdert svaralternativene annerledes eller de kan ha oppgitt feil informasjon (Creswell & Guetterman, 2021). Derimot er en styrke ved bruk av anonymt spørreskjema, personvernet.

Rekrutteringen av informanter ble gjort ved hjelp av ulike lokallag i ADHD Norge og regionalt kompetansesenter for autisme, ADHD og Tourettes syndrom. Dette kan ansees som en styrke da rekrutteringen er bred og det er større sjanse for et mer representativt utvalg. Antall respondenter i undersøkelsen kan også bli ansett som en styrke for prosjektet. Creswell viser til at jo større utvalg desto mer representativt blir resultatene (Creswell & Guetterman, 2021).

6 Avslutning

Avslutningsvis vil det bli gitt en oppsummering av de funnene som bidrar til å besvare problemstillingen: «Hvordan påvirker sen diagnostisering av ADHD hos jenter deres opplevde livskvalitet?».

Helhetlig sett viser resultatene at diagnostisering av ADHD hos jenter påvirker deres opplevde livskvalitet. Resultatene viser til at faktorer som er pådrivere for livskvalitet, som relasjoner, skole/arbeid og selvfølelse, alle er faktorer som utsettes for en positiv utvikling gjennom å motta ADHD-diagnosen. Om det er hjelpen, tiltakene og behandlingen som følger med diagnosen eller om det er selvaksepten og kontrollen en får av å bli diagnostisert som bidrar til den positive utviklingen kan være individuelt, men alt i alt viser resultatene at tendensen er positiv.

For å besvare forskningsspørsmålene så finner ikke resultatene en signifikant sammenheng mellom alder for diagnostisering av ADHD og opplevd livskvalitet. Derimot viser resultatene et noe mer tydelig svar på forskningsspørsmålet som omhandler om den opplevde livskvaliteten er bedre etter diagnostisering. Samtlige spørsmål viser en positiv utvikling og en større spredning.

I løpet av prosjektet har jeg kommet over et behov for videre forskning om temaet kvinner med ADHD og opplevd livskvalitet. Da jenter oftere blir diagnostisert senere med ADHD sammenlignet med gutter, vil det kunne være behov for å undersøke mer om konsekvensene av det og hvordan det påvirker livskvaliteten. Livskvalitet er et stort begrep som inneholder flere ulike sentrale faktorer i et menneskets liv, hvor det kan være interessant å gå mer i dybden og undersøke mulige sammenhenger med sen diagnostisering av ADHD hos jenter. Som for eksempel sammenhenger mellom en sen ADHD-diagnose og relasjoner, arbeidssituasjon, selvrealisering eller selvaksept. Det kan også være interessant å undersøke grunnen til at jenter får diagnosen senere og om det er grunn til å arbeide for at jenter skal få den tidligere. Komorbide lidelser og medisiner ble ikke undersøkt i dette prosjektet og er to tema som kunne vært svært interessant og belyse mer. For å utvide disse funnene kunne et longitudinelt prosjekt vært relevant, hvor en følger en gruppe kvinner over en lengre periode og undersøker hvordan de har det før og etter diagnostisering og hvordan deres opplevde livskvalitet påvirkes. Interessen for dette prosjektet viste seg også å være stor blant

respondentene, da flere viste interesse for å høre mer om prosjektet. Dette kan indikere et behov om mer forskning og oppmerksomhet rundt temaet.

Funnene fra prosjektet kan også bidra positivt i form av å påvirke praksis og politikken rundt det spesialpedagogiske felt og kanskje til og med kvinnehelse. Med dette menes det at funnene om at kvinnene i studien jevnt over opplever økt livskvalitet etter diagnostisering kan bidra til en utvikling av nye intervensjoner, tilpasning av den allerede eksisterende praksis og at helsepersonell og annet pedagogisk personell får forbedret opplæring. Dette fordi funnene kan være med på å vise viktigheten av diagnosen. For eksempel kan forbedret opplæring av helse- og pedagogiskpersonell bidra til tidligere diagnostisering. I forhold til politikk kan funnene bidra til å forbedre tilgangen til ulike tjenester, som for eksempel lavterskel tilbud, kommunale samtale tilbud og lignende, og det kan bidra til å øke bevisstheten rundt de spesifikke helse- og utdanningsutfordringene. Noe som igjen kan føre til en positiv dominoeffekt hvor en også eventuelt kan se en økning i høyere utdanning. Det er få studier som undersøker sammenhengen mellom ADHD og livskvalitet, og enda færre som undersøker spesifikt sen diagnostisering hos jenter og deres opplevde livskvalitet. Dette prosjektet kan bidra med kunnskap om hvordan ADHD utspiller seg hos jenter, hvorfor de ikke får diagnosen tidligere og om viktigheten av at de faktisk får diagnosen. Prosjektet gir også innsyn i hvordan ADHD-diagnosen kan påvirke den opplevde livskvaliteten og igjen støtte opp viktigheten av diagnosen.

7 Referanser

Abdulghani, A. D., Poghosyan, M. D., Mehren, A. D., Philipsen, A., & D Anderzhanova, E. (2023). Neuroplasticity to autophagy cross-talk in therapeutic effect of physical exercises and irisin in ADHD. *Frontiers in Molecular Neuroscience* (15), ss. 1-15, <https://doi.org/10.3389/fnmol.2022.997054>.

ADHDNorge. (2021). *Hva er ADHD?* Hentet fra ADHDNorge: <https://www.adhdnorge.no/artikkel/hva-er-adhd>

Agarwal, R. D., Goldenberg, M. D., Perry, R. D., & Ishak, W. W. (2012). The Quality of Life of Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(5-6), ss. 10-21.

Althubaiti, A. (2016). Information bias in health research: definition, pitfalls, and adjustment methods. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, ss. 211-217.

Andersen, S. A. (2009). *Kritisk realisme som perspektiv i sosialt arbeid - en introduktion og forskningsoversigt*. DSH.

Anfinsen, R. N., & Christensen, E. (2013). *Menneske, natur og samfunn - Lærebok i filosofi*. Universitetsforlaget.

Angelina, J. D., & Rathnasabapathy, M. (2023). Understanding women's suffering and psychological well-being: exploring biopsychosocial factors in mothers of children with ADHD - a case study. *Frontiers in Public Health*, 11, ss. 1-10, doi.org/10.3389/fpubh.2023.1279499.

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Hentet fra <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Attoe, D. E., & Clime, E. A. (2023). Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. *Journal of Attention Disorders*, 27(7), ss. 645-657, doi.org/10.1177/10870547231161533.

- Barra, S. D., Grub, A. D., Roesler, M. D., Retz-Junginger, P. D., Philipp, F. D., & Retz, W. (2021). The role of stress coping strategies for life impairments in ADHD. *Journal of Neural Transmission*, 128, ss. 981-922, <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02311-5>.
- Barstad, A. (2014). *Levekår og livskvalitet vitenskapen om hvordan vi har det*. Cappelen damm akademisk.
- Bhandari, S. (2023). *ADD vs. ADHD*. Hentet fra WebMd: <https://www.webmd.com/add-adhd/childhood-adhd/add-vs-adhd>
- Bjørnshagen, V. (2022). Levekår blant voksne med ADHD. *Nova notat*, 5(22). Velferdsforskningsinstituttet NOVA OsloMet.
- Boer, M. D., Stevens, G. D., Finkenauer, C. D., & van den Eijnden, R. (2020). Attention Deficit Hyperactivity Disorder-Symptoms, Social Media Use Intensity, and Social Media Use Problems in Adolescents: Investigating Directionality. *Child Development* 91(4), ss. 853-865.
- Bruchmüller, K. D., Margraf, J. D., & Schneider, S. (2012). Is ADHD Diagnosed in Accord With Diagnostic Criteria? Overdiagnosis and Influence of Client Gender on Diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), ss. 128-138, DOI: 10.1037/a0026582.
- Camara, B. D., Padoin, C. D., & Bolea, B. (2022). Relationship between sex hormones, reproductive stages and ADHD: a systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, 25, ss. 1-8, doi.org/10.1007/s00737-021-01181-w.
- Chaulagain, A. D., Lyhmann, I. D., Halmøy, A. D., Widding-Havneraas, T. D., Nytingnes, O. D., & Mykletun, A. (2023). A systematic meta-review of systematic reviews on attention deficit hyperactivity disorder. *European Psychiatry*, 66(1), ss. 1-92, [doi:10.1192/j.eurpsy.2023.2451](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.2451).
- Creswell, J. W., & Guetterman, T. C. (2021). *Educational Research Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research (6. utg.)*. Pearson Education Limited.

- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving (7.utg.)*. Gyldendal.
- Danermark, B. D., Ekström, M. D., & Karlsson, J. C. (2019). *Explaining Society: Critical Realism in the Social Sciences*. Taylor & Francis Group, ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral-proquest-com.mime.uit.no/lib/tromsoub-ebooks/detail.action?docID=5735473>.
- Dekkers, T. J., & van Hoorn, J. (2022). Understanding Problematic Social Media Use in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Narrative Review and Clinical Recommendations. *Brain Sci.* 12(12), ss. 1625-1640, doi.org/10.3390/brainsci12121625.
- Drechsler, R. D., Brem, S. D., Brandeis, D. D., Grünblatt, E. D., Berger, G. D., & Walitza, S. (2015). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*, 51, ss. 315-335.
- Eng, A. G., Phan, J. M., Shirtcliff, E. A., Eisenlohr-Moul, T. A., Goh, P. K., & Martel, M. M. (2023). Aging and Pubertal Development Differentially Predict Symptoms of ADHD, Depression, and Impairment in Children and Adolescents: An Eight-Year Longitudinal Study. *Res Child Adolesc Psychopathol*, 51(6), ss. 819-832, [doi:10.1007/s10802-023-01030-7](https://doi.org/10.1007/s10802-023-01030-7).
- Faraji-Goodarz, M., D Tae, N. D., & Gharib-zadeh, F. (2019). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder of primary school students in Khorramabad. *Early Child Development and Care*, 189(9), ss. 1553-1560, DOI: 10.1080/03004430.2017.1396980.
- Faraone, S. V., Banaschwenski, T. D., Coghill, D. D., Zheng, Y. D., Biederman, J. D., Bellgrove, M. A., . . . Cortese, S. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based Conclusions about the Disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 128, ss. 789-818 [doi:10.1016/j.neubiorev.2021.01.022](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022).
- Ferguson, C. J. (2015). Do Angry Birds Make for Angry Children? A Meta-Analysis of Video Game Influences on Children's and Adolescents' Aggression, Mental Health,

- Prosocial Behavior, and Academic Performance. *Perspectives on Psychological Science*, 10(5), ss. 646-666, doi.org/10.1177/1745691615592234.
- Foldnes, N. D., Grønneberg, S. D., Hermansen, G. H., & Wellèn, E. C. (2024). *Statistikk og dataanalyse - En moderne innføring (2.utg.)*. Cappelen Damm.
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Økning i ADHD-diagnoser for barn og unge under pandemien*. Hentet fra FHI: <https://www.fhi.no/nyheter/2023/okning-i-adhd-diagnoser-for-barn-og-unge-under-pandemien/>
- George, M. J., Russel, M. A., Piontak, J. R., & Odgers, C. L. (2017). Concurrent and Subsequent Associations Between Daily Digital Technology Use and High-Risk Adolescents' Mental Health Symptoms. *Child Development* 89(1), ss. 78-88, doi.org/10.1111/cdev.12819.
- Gilje, N. D., & Grimen, H. (2009). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger - Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Universitetsforlaget.
- Haimov-Kochman, R. D., & Berger, I. (2014). Cognitive functions of regularly cycling women may differ throughout the month, depending on sex hormone status; a possible explanation to conflicting results of studies of ADHD in females. *frontiers in Human Neuroscience* 8(191), ss. 1-6 doi: 10.3389/fnhum.2014.00191.
- Hamed, A. M., Kauer, A. J., & Stevens, H. E. (2015). Why the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Matters. *Frontiers in Psychology*, 6(168), ss. 1-10, doi: 10.3389/fpsy.2015.00168.
- Hansson Halleröd, S. L., Anckarsäter, H. D., Råstam, M. D., & Scherman, M. H. (2015). Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult – a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 15(31), ss. 1-13, DOI 10.1186/s12888-015-0410-4.
- Harty, S. C., Gnagy, E. M., Pelham Jr., W. E., & Molina, B. S. (2016). Anger-irritability as a mediator of attention deficit hyperactivity disorder risk for adolescent alcohol use and the contribution of coping skills. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), ss. 555-563, doi.org/10.1111/jcpp.12668.

- Helsedirektoratet. (2022). *Henvisning, utredning og tilbakemelding*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd/henvisning-utredning-og-tilbakemelding#pasienter-som-blir-utredet-for-adhd-hyperkinetisk-forstyrrelse-bor-fa-en-vurdering-av-differensialdiagnoser-og-eventuelle-samtidige-tilstander-praktisk-informasjon>
- Helsedirektoratet. (2023, juli 03). *ADHD*. Hentet fra Helsenorge: <https://www.helsenorge.no/sykdom/utviklingsforstyrrelser/adhd/>
- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2022). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal process, and key directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *63*(4), ss. 484-496, doi:10.1111/jcpp.13480.
- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomfør undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode (4.utg.)*. Cappelen Damm.
- Johnson, J. G., Cohen, P. D., Kasen, S. D., & Brook, J. S. (2007). Extensive Television Viewing and the Development of Attention and Learning Difficulties During Adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med*. *161*(5), ss. 480-186, doi:10.1001/archpedi.161.5.480.
- Klefsjö, U. D., Kantzer, A. K., Gillberg, C. D., & Billstedt, E. (2021). The road to diagnosis and treatment in girls and boys with ADHD - gender differences in the diagnostic process. *Nordic Journal of Psychiatry*, *75*(4), ss. 301-305 , DOI:10.1080/08039488.2020.1850859.
- Kleven, T. A., & Hjordemaal, F. R. (2018). *Innføring i pedagogisk forskningsmetode - en hjelp til kritisk tolking og vurdering (3.utg.)*. Fagbokforlaget.
- Knouse, L. E., Mitchell, J. T., Brown, L. H., Silvia, P. J., Kane, M. J., Myin-Germeys, I. D., & Kwapil, T. R. (2008). The Expression of Adult ADHD Symptoms: An Application of Experience Sampling Methodology. *Journal of Attention Disorders*, *11*(6), ss. 652-663, doi: 10.1177/1087054707299411.

- Kok, F. M., Groen, Y. D., Fuermaier, A. B., & Tucha, O. (2020). The female side of pharmacotherapy for ADHD - A systematic literature review. *PLoS ONE*, *15*(9), ss. 239-257, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239257>.
- Kreider, C. M., Medina, S. D., Judycki, S. D., Wu, C. Y., & Lan, M.-F. (2024). Stigma and Stigma Resilience: Role of the Undergraduate and the Campus Environment. *Occupational Therapy Journal of Research*, ss. doi-
[org.mime.uit.no/10.1177/15394492241246233](https://doi.org/10.1177/15394492241246233).
- Liu, Z.-X. D., Glizer, D. D., Tannock, R. D., & Woltering, S. (2016). EEG alpha power during maintenance of information in working memory in adults with ADHD and its plasticity due to working memory training: A randomized controlled trial. *Clinical Neurophysiology* *127*, ss. 1307-1320, doi.org/10.1016/j.clinph.2015.10.032.
- Loriette, C. D., Ziane, C. D., & Hamed, B. S. (2021). Neurofeedback for cognitive enhancement and intervention and brain plasticity. *Revue Neurologique* *177*, ss. 1133-1144, doi.org/10.1016/j.neurol.2021.08.004.
- Madsen, K. B., Ravn, M. H., Arnfred, J. D., Olsen, J. D., Rask, C. U., & Obel, C. (2018). Characteristics of undiagnosed children with parent-reported ADHD behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, *27*, ss. 149-158, <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1029-4>.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative Research Design - An Interactive Approach (3.utg.)*. SAGE Publications.
- Mechler, K. D., Banaschewski, T. D., Hohmann, S. D., & Häge, A. (2022). Evidence-based pharmacological treatment options for ADHD in children and adolescents. *Pharmacology & Therapeutics*, *230*, ss. 21-32, doi:
[10.1016/j.pharmthera.2021.107940](https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2021.107940).
- Merelle, S. Y., Kleiboer, A. M., Schotanus, M. D., Cluitmans, T. L., Waardenburg, C. M., Kramer, D. D., . . . van Rooij, A. J. (2017). Which health-related problems are associated with problematic video-gaming or social media use in adolescents? A

- large-scale cross-sectional study. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation* 14(1), ss. 11-19.
- Mittelmark, M. B., Bauer, G. F., Vaandrager, L. D., Pelikan, J. M., Sagy, S. D., Eriksson, M. D., . . . Magistretti, C. M. (2021). *The Handbook of Salutogenesis* (2. utg.). Springer.
- Nadeau, K. G., Littman, E. B., & Quinn, P. O. (2015). *Flickor med ADHD*. Studentlitteratur.
- Nes, R. B., Røysamb, E. D., Eilertsen, M. G., Hansen, T. D., & Nilsen, T. S. (2021, 12 17). *Livskvalitet i Norge*. Hentet fra Folkehelseinstituttet:
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=#hva-er-livskvalitet>
- Nikkelen, S. W., Valkenburg, P. M., Huizinga, M. D., & Bushman, B. J. (2014). Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: A meta-analysis. *Developmental Psychology* 50(9), ss. 2228-2241, .
- Norge, A. (2021). *Hva er ADHD?* Hentet fra ADHD Norge:
<https://www.adhdnorge.no/artikkel/hva-er-adhd>
- Organization, W. H. (2023). *6A05 Attention deficit hyperactivity disorder*. Hentet fra ICD-11: International classification of diseases (11th revision): <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F821852937>
- Owens, E. B., Zalecki, C. D., Gillette, P. D., & Hinshaw, S. P. (2017). Girls with Childhood ADHD as Adults: Cross-Domain Outcomes by Diagnostic Persistence. *J Consult Clin Psychol.*, 85(7), ss. 723-736, doi:10.1037/ccp0000217.
- Ringdal, K. (2020). *Enhet og mangfold - Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4.utg.). Fagbokforlaget.
- Saidi, S. S., & Siew, N. M. (2019). Investigating the Validity and Reliability of Survey Attitude towards Statistics Instrument among Rural Secondary School Students. *International Journal of Education Methodology*, 5(4), ss. 651-661,
<https://doi.org/10.12973/ijem.5.4.651>.

- Settanni, M. D., Marengo, D. D., Fabris, M. A., & Longobardi, C. (2018). The interplay between ADHD symptoms and time perspective in addictive social media use: A study on adolescent Facebook users. *Children and Youth Services Review* 89, ss. 165-170, doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.04.031.
- Soares, P. S., de Oliveira, P. D., Wehrmeister, F. C., Menezes, A. M., & Goncalves, H. (2022). Is Screen Time Throughout Adolescence Related to ADHD? Findings from 1993 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *J Atten Disord* 26(3), ss. 331-339, doi: 10.1177/1087054721997555.
- Suarez-Lledo, V. D., & Alvarez-Galvez, J. D. (2021). Prevalence of Health Misinformation on Social Media: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* 23(1), ss. 1-17, doi: 10.2196/17187.
- Taylor, M. J., Lichtenstein, P. D., Larsson, H. D., Anckarsäter, H. D., Greven, C. U., & Ronald, A. (2016). Is There a Female Protective Effect Against Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? Evidence From Two Representative Twin Samples. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(6), ss. 504-512, DOI: 10.1016/j.jaac.2016.04.004.
- Tetzchner, S. v. (2019). Resonnering. I S. v. Tetzchner, *Utviklingspsykologi (2.utg.)* (ss. 319-326). Gyldendal.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitative metoder (5.utg.)*. Fagbokforlaget.
- Thapa, P. D., Thapa, A. D., Khadka, N. D., Bhattari, R. D., Jha, S. D., Khanal, A. D., & Basnet, B. (2018). Youtube lens to attention deficit hyperactivity disorder: a social media analysis. *BMC Research Notes* 11, ss. 854-160, doi.org/10.1186/s13104-018-3962-9.
- Thorell, L. B., Holst, Y. D., & Sjöwall, D. (2019). Quality in life in older adults with ADHD: links to ADHD symptom levels and executive functioning deficits. *Nordic journal of psychiatry*, 73(7), ss. 406-416, https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1646804.
- Thrane, C. (2022). *Kvantitativ metode - en praktisk tilnærming*. Cappelen Damm.

- Tjora, A. D., & Levang, L. E. (2016). *ADHD og det disiplinerte samfunn*. Fagbokforlaget.
- Turnock, P. D., Roosen, L. A., & Kaminski, P. L. (1998). Differences in Academic coping strategies of college students who self-report high and low symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of College Student Development*, 39(5), ss. 484-492, hentet fra:
<https://www.proquest.com/docview/195171636/fulltextPDF/E1A885AC48D04D89PQ/1?accountid=17260&sourcetype=Scholarly%20Journals>.
- Wang, B. D., Yao, N. D., Zhou, X. D., Liu, J. D., & Lv, Z.-t. (2017). The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry volume 17(260)*, ss. doi.org/10.1186/s12888-017-1408.
- Wilmshurst, L. D., Peele, M. D., & Wilmshurst, L. (2011). Resilience and Well-being in College Students With and Without Diagnosis of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 15(1), ss. 11-17, DOI: 10.1177/1087054709347261.
- Wüstner, A. D., Otto, C., D Schlack, R. D., Hölling, H. D., Klasen, F. D., & Ravens-Sieberer, U. (2019). Risk and protective factors for the development of ADHD symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *Plos One*, 14(3), ss. 1-19, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214412>.
- Yeung, A. D., Ng, E. D., & Abi-Jaoude, E. (2022). TikTok and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study of Social Media Content Quality . *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67(12), ss. 899-906, doi.org/10.1177/07067437221082854.
- Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38, ss. 809-816.
- Young, S. D., Adamo, N. D., Ásgeirsdóttir, B. B., Branney, P. D., Beckett, M. D., Colley, W. D., . . . Kilic, O. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-

deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry* 20(404), ss. 1-27
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>.

Zeiner, P. D., Arnesen, P. D., Bjercke, C. A., Bryhn, G. D., Drabitzius, B. D., Jynge, A. K., . .
. Øgrim, G. (2004). *Barn og unge med ADHD*. Tell forlag.

Vedlegg

Vedlegg 1: Fullstendig spørreskjema

Vedlagt ligger det fullstendige spørreskjemaet med svaralternativ som ble publisert på nettsiden «Nettskjema».



Jenters opplevelse av sen diagnostisering av ADHD

Informasjon til deltakere

Til deg som deltar,

Du er invitert til å delta i denne spørreundersøkelsen som en del av mitt mastergradsprosjekt. Før du går videre, vennligst les nøye gjennom informasjon om prosjektet og dine rettigheter som deltaker.

Formål:

Formålet med denne spørreundersøkelsen er å innhente informasjon om opplevd livskvalitet hos jenter som har fått en adhd-diagnose i sen alder. Resultatene vil bli brukt i en statistisk analyse i mastergradsprosjektet mitt.

Deltakelse:

Å delta i spørreundersøkelsen er helt frivillig, og du kan når som helst avslutte spørreundersøkelsen uten å måtte oppgi noen grunn. Hvis du har lyst til å delta, håper jeg at du svarer på spørsmålene så nøyaktig og ærlig som mulig. Vennligst svar på alle spørsmålene, men om du skulle bli ukomfortabel eller ikke ønsker å dele informasjonen, så kan du velge å ikke svare.

Konfidensialitet og personvern:

Denne spørreundersøkelsen er helt anonym, og svarene kan ikke spores tilbake til deg som deltar. Informasjonen du gir i denne spørreundersøkelsen vil bli behandlet konfidensielt. Dataene som blir samlet inn vil bli lagret på en sikker måte.

Risikoer og fordeler:

Spørreundersøkelsen innebærer ingen kjente fysiske eller psykiske risikoer utover normalen. Noen spørsmål kan oppleves som ukomfortable og trenger dermed ikke å besvares. En kan også avslutte spørreundersøkelsen når som helst uten å oppgi grunn. Potensielle fordeler ved å delta er bidrag til vitenskapelig kunnskap.

Etiske hensyn:

Spørreundersøkelsen er utført i samsvar med gjeldende forskningsetiske retningslinjer.

Videre prosedyre:

Når du er ferdig med spørreundersøkelsen, vil dataene bli analysert og bearbeidet for å oppnå forskningsmålene.

Tusen takk for din deltakelse!

Ved å fortsette spørreundersøkelsen bekrefter du at du har lest og forstått informasjonen som er presentert her, og at du gir ditt informerte samtykke til å delta i studien.

Vennlig hilsen, June Leirbakk ved UiT Norges arktiske universitet.

Samtykker du til å delta i studien?

Ja

Hvor mange år er du?

17-20

21-30

31-40

Over 41

Hvor mange år var du da utredningen av ADHD diagnosen begynte?

Under 17

17-19

20-25

26-30

Over 31

Hvor mange år var du da du fikk ADHD diagnosen?

Under 17

17-19

20-25

26-30

Over 31

Hvem var det som først stilte spørsmål angående en ADHD diagnose?

Vennligst velg den/de som først tenkte at du hadde ADHD

Meg selv

Foresatte

Lærer

Andre

Begrepet livskvalitet kan deles inn i en subjektiv og i en objektiv del. Med den subjektive delen menes det en helhetlig vurdering av livet, samt sentrale livsarenaer. Slik som venner, utdanning/arbeidssituasjon og økonomi. Derimot omhandler den objektive delen om de sentrale sidene ved livssituasjonen, slik som opplevelse av trygghet, frihet og rom for selvutvikling.

Videre vil jeg skrive noen påstander som inngår i begrepet livskvalitet. Vennligst velg det alternativet som passer deg best.

Først skal du tenke tilbake til tiden FØR du fikk diagnosen ADHD.

Jeg hadde mange venner

Velg det alternativet som passer best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg var glad i å gå på skolen/arbeid

Velg det alternativet som passer best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg fikk til å gjøre skolearbeid/annet arbeid

Velg det alternativet som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg brukte rusmidler for å føle meg bedre

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg drakk alkohol for å føle meg bedre

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg klarte å opprettholde relasjoner (vennskapelige og romantiske relasjoner)

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg mestret hverdagen

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg følte meg ofte glad

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Videre vil påstandene omhandle tiden ETTER du fikk diagnosen.
Vennligst velg det alternativet som passer deg best.

Jeg har mange venner

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg er glad i å gå på skolen/arbeid

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg får til å gjøre skolearbeid/annet arbeid

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg bruker rusmidler for å føle meg bedre

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg drikker alkohol for å føle meg bedre

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg klarer å opprettholde relasjoner (vennskapelige og romantiske relasjoner)

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg mestrer hverdagen

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg føler meg ofte glad

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg er glad for at jeg fikk diagnosen ADHD

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

ADHD diagnosen har påvirket livet mitt positivt

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller

Godt

Veldig godt

Jeg skulle ønske jeg fikk ADHD diagnosen tidligere

Velg det som passer deg best

Ikke i det hele tatt

Noe

Verken eller



Godt
Veldig godt

Vedlegg 2: Fullstendig korrelasjonsmatrise

Korrelasjonsmatrisen viser korrelasjon mellom samtlige spørsmål på ordinalnivå. ** indikerer signifikans <.001 og * indikerer signifikans <.05

		Hvor mange år var du da du fikk ADHD diagnosen?	Hvor mange år er du?	Hvor mange år var du da utredningen av ADHD diagnosen begynte?	Hvem var det som først stilte spørsmål angående en ADHD diagnose?	FJeg hadde mange venner	FJeg var glad i å gå på skolen/arbeid	FJeg fikk til å gjøre skolearbeid/annet arbeid
Hvor mange år var du da du fikk ADHD diagnosen?	Pearson Correlation	1	,732**	,962**	-,016	-,037	,177**	,122*
	Sig. (2-tailed)		<,001	<,001	,746	,463	<,001	,015
	N	399	399	399	399	399	399	398
Hvor mange år er du?	Pearson Correlation	,732**	1	,718**	-,003	-,017	,225**	,147**
	Sig. (2-tailed)	<,001		<,001	,959	,739	<,001	,003
	N	399	400	400	400	400	400	399
Hvor mange år var du da utredningen av ADHD diagnosen begynte?	Pearson Correlation	,962**	,718**	1	-,014	-,018	,184**	,124*
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001		,774	,721	<,001	,014
	N	399	400	400	400	400	400	399
Hvem var det som først stilte spørsmål angående en ADHD diagnose?	Pearson Correlation	-,016	-,003	-,014	1	,075	,077	-,033
	Sig. (2-tailed)	,746	,959	,774		,137	,124	,509
	N	399	400	400	400	400	400	399
FJeg hadde mange venner	Pearson Correlation	-,037	-,017	-,018	,075	1	,190**	,062
	Sig. (2-tailed)	,463	,739	,721	,137		<,001	,218
	N	399	400	400	400	400	400	399
FJeg var glad i å gå på skolen/arbeid	Pearson Correlation	,177**	,225**	,184**	,077	,190**	1	,539**
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	<,001	,124	<,001		<,001
	N	399	400	400	400	400	400	399
FJeg fikk til å gjøre skolearbeid/annet arbeid	Pearson Correlation	,122*	,147**	,124*	-,033	,062	,539**	1
	Sig. (2-tailed)	,015	,003	,014	,509	,218	<,001	
	N	398	399	399	399	399	399	399
FJeg brukte rusmidler for å føle meg bedre	Pearson Correlation	,054	,040	,040	-,002	,076	-,124*	-,018
	Sig. (2-tailed)	,278	,429	,428	,975	,130	,013	,716
	N	399	400	400	400	400	400	399
FJeg drakk alkohol for å føle meg bedre	Pearson Correlation	,074	,033	,068	,105*	,178**	-,118*	-,032
	Sig. (2-tailed)	,138	,504	,178	,035	<,001	,019	,523
	N	399	400	400	400	400	400	399
FJeg klarte å opprettholde relasjoner (vennskapelige og romantiske relasjoner)	Pearson Correlation	-,035	,017	-,037	-,082	,349**	,200**	,183**
	Sig. (2-tailed)	,486	,737	,464	,104	<,001	<,001	<,001
	N	397	398	398	398	398	398	397
FJeg mestret hverdagen	Pearson Correlation	,070	,116*	,049	,010	,116*	,230**	,175**
	Sig. (2-tailed)	,162	,020	,330	,846	,020	<,001	<,001
	N	398	399	399	399	399	399	398
FJeg følte meg ofte glad	Pearson Correlation	,102*	,089	,076	,021	,188**	,223**	,068
	Sig. (2-tailed)	,042	,075	,131	,676	<,001	<,001	,178
	N	398	399	399	399	399	399	398
Jeg har mange venner	Pearson Correlation	-,037	-,045	-,009	,056	,588**	,181**	,028
	Sig. (2-tailed)	,462	,371	,864	,267	<,001	<,001	,576
	N	398	399	399	399	399	399	398
Jeg er glad i å gå på skolen/arbeid	Pearson Correlation	,016	,078	,015	,042	,188**	,375**	,198**
	Sig. (2-tailed)	,753	,118	,764	,398	<,001	<,001	<,001
	N	399	400	400	400	400	400	399
Jeg får til å gjøre skolearbeid/annet arbeid	Pearson Correlation	-,006	,053	,008	,014	,096	,263**	,231**
	Sig. (2-tailed)	,898	,288	,876	,781	,055	<,001	<,001
	N	397	398	398	398	398	398	397
Jeg bruker rusmidler for å føle meg bedre	Pearson Correlation	-,050	-,013	-,081	-,014	,070	-,038	-,043
	Sig. (2-tailed)	,322	,793	,108	,781	,165	,447	,396
	N	399	400	400	400	400	400	399
Jeg drikker alkohol for å føle meg bedre	Pearson Correlation	-,087	-,091	-,114*	,086	,116*	-,101*	,003
	Sig. (2-tailed)	,083	,068	,023	,088	,020	,044	,957
	N	399	400	400	400	400	400	399
Jeg klarer å opprettholde relasjoner (vennskapelige og romantiske relasjoner)	Pearson Correlation	,044	,039	,021	,026	,287**	,186**	,063
	Sig. (2-tailed)	,383	,433	,674	,604	<,001	<,001	,208
	N	399	400	400	400	400	400	399
Jeg mestrer hverdagen	Pearson Correlation	,037	,079	,037	,020	,107**	,147**	,054
	Sig. (2-tailed)	,460	,113	,460	,697	,033	,003	,279
	N	399	400	400	400	400	400	399
Jeg føler meg ofte glad	Pearson Correlation	-,010	-,013	-,025	-,012	,153**	,154**	,076
	Sig. (2-tailed)	,845	,789	,617	,817	,002	,002	,132
	N	397	398	398	398	398	398	397
Jeg er glad for at jeg fikk diagnosen ADHD	Pearson Correlation	,092	,024	,110*	-,071	-,024	,003	-,057
	Sig. (2-tailed)	,066	,627	,028	,157	,636	,945	,254
	N	398	399	399	399	399	399	398
ADHD diagnosen har påvirket livet mitt positivt	Pearson Correlation	-,021	,003	-,022	-,042	,015	,029	-,027
	Sig. (2-tailed)	,672	,959	,654	,402	,766	,566	,592
	N	399	400	400	400	400	400	399
Jeg skulle ønske jeg fikk ADHD diagnosen tidligere	Pearson Correlation	,167**	,063	,190**	-,079	-,019	-,101*	-,018
	Sig. (2-tailed)	<,001	,211	<,001	,116	,711	,045	,721
	N	396	397	397	397	397	397	396

		FJeg brukte rusmidler for å føle meg bedre	FJeg drakk alkohol for å føle meg bedre	FJeg klarte å opprettholde relasjoner (vennskapelige og romantiske relasjoner)	FJeg mestret hverdagen	FJeg følte meg ofte glad	Jeg har mange venner	Jeg er glad i å gå på skolen/arbeid
Hvor mange år var du da du fikk ADHD diagnosen?	Pearson Correlation	,054	,074	-,035	,070	,102 [†]	-,037	,016
	Sig. (2-tailed)	,278	,138	,486	,162	,042	,462	,753
	N	399	399	397	398	398	398	399
Hvor mange år er du?	Pearson Correlation	,040	,033	,017	,116 [†]	,089	-,045	,078
	Sig. (2-tailed)	,429	,504	,737	,020	,075	,371	,118
	N	400	400	398	399	399	399	400
Hvor mange år var du da utredningen av ADHD diagnosen begynte?	Pearson Correlation	,040	,068	-,037	,049	,076	-,009	,015
	Sig. (2-tailed)	,428	,178	,464	,330	,131	,864	,764
	N	400	400	398	399	399	399	400
Hvem var det som først stilte spørsmål angående en ADHD diagnose?	Pearson Correlation	-,002	,105 [†]	-,082	,010	,021	,056	,042
	Sig. (2-tailed)	,975	,035	,104	,846	,676	,267	,398
	N	400	400	398	399	399	399	400
FJeg hadde mange venner	Pearson Correlation	,076	,178 ^{**}	,349 ^{**}	,116 [†]	,188 ^{**}	,588 ^{**}	,188 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,130	<,001	<,001	,020	<,001	<,001	<,001
	N	400	400	398	399	399	399	400
FJeg var glad i å gå på skolen/arbeid	Pearson Correlation	-,124 [†]	-,118 [†]	,200 ^{**}	,230 ^{**}	,223 ^{**}	,181 ^{**}	,375 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,013	,019	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001
	N	400	400	398	399	399	399	400
FJeg fikk til å gjøre skolearbeid/annet arbeid	Pearson Correlation	-,018	-,032	,183 ^{**}	,175 ^{**}	,068	,028	,198 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,716	,523	<,001	<,001	,178	,576	<,001
	N	399	399	397	398	398	398	399
FJeg brukte rusmidler for å føle meg bedre	Pearson Correlation	1	,601 ^{**}	-,076	-,049	-,097	,026	-,038
	Sig. (2-tailed)		<,001	,132	,326	,054	,603	,454
	N	400	400	398	399	399	399	400
FJeg drakk alkohol for å føle meg bedre	Pearson Correlation	,601 ^{**}	1	-,111 [†]	-,131 ^{**}	-,145 ^{**}	,122 [†]	,015
	Sig. (2-tailed)	<,001		,027	,009	,004	,014	,758
	N	400	400	398	399	399	399	400
FJeg klarte å opprettholde relasjoner (vennskapelige og romantiske relasjoner)	Pearson Correlation	-,076	-,111 [†]	1	,307 ^{**}	,239 ^{**}	,252 ^{**}	,138 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,132	,027		<,001	<,001	<,001	,006
	N	398	398	398	397	397	397	398
FJeg mestret hverdagen	Pearson Correlation	-,049	-,131 ^{**}	,307 ^{**}	1	,415 ^{**}	,060	,122 [†]
	Sig. (2-tailed)	,326	,009	<,001		<,001	,234	,015
	N	399	399	397	399	398	398	399
FJeg følte meg ofte glad	Pearson Correlation	-,097	-,145 ^{**}	,239 ^{**}	,415 ^{**}	1	,196 ^{**}	,216 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,054	,004	<,001	<,001		<,001	<,001
	N	399	399	397	398	399	398	399
Jeg har mange venner	Pearson Correlation	,026	,122 [†]	,252 ^{**}	,060	,196 ^{**}	1	,353 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,603	,014	<,001	,234	<,001		<,001
	N	399	399	397	398	398	399	399
Jeg er glad i å gå på skolen/arbeid	Pearson Correlation	-,038	,015	,138 ^{**}	,122 [†]	,216 ^{**}	,353 ^{**}	1
	Sig. (2-tailed)	,454	,758	,006	,015	<,001	<,001	
	N	400	400	398	399	399	399	400
Jeg får til å gjøre skolearbeid/annet arbeid	Pearson Correlation	-,017	,003	,137 ^{**}	,090	,115 [†]	,237 ^{**}	,699 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,739	,949	,006	,072	,022	<,001	<,001
	N	398	398	396	397	397	397	398
Jeg bruker rusmidler for å føle meg bedre	Pearson Correlation	,336 ^{**}	,148 ^{**}	-,024	-,064	,044	,052	-,118 [†]
	Sig. (2-tailed)	<,001	,003	,635	,200	,380	,299	,018
	N	400	400	398	399	399	399	400
Jeg drikker alkohol for å føle meg bedre	Pearson Correlation	,219 ^{**}	,373 ^{**}	-,038	-,049	-,017	,081	-,106 [†]
	Sig. (2-tailed)	<,001	<,001	,448	,324	,734	,108	,034
	N	400	400	398	399	399	399	400
Jeg klarer å opprettholde relasjoner (vennskapelige og romantiske relasjoner)	Pearson Correlation	-,042	,027	,392 ^{**}	,092	,237 ^{**}	,486 ^{**}	,411 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,402	,585	<,001	,066	<,001	<,001	<,001
	N	400	400	398	399	399	399	400
Jeg mestrer hverdagen	Pearson Correlation	,060	,046	,192 ^{**}	,277 ^{**}	,267 ^{**}	,294 ^{**}	,470 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,230	,360	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001
	N	400	400	398	399	399	399	400
Jeg føler meg ofte glad	Pearson Correlation	-,002	,072	,182 ^{**}	,142 ^{**}	,369 ^{**}	,355 ^{**}	,453 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,976	,149	<,001	,005	<,001	<,001	<,001
	N	398	398	396	397	397	397	398
Jeg er glad for at jeg fikk diagnosen ADHD	Pearson Correlation	,045	,085	,025	-,020	,038	,087	,127 [†]
	Sig. (2-tailed)	,375	,091	,625	,696	,446	,082	,011
	N	399	399	397	398	398	398	399
ADHD diagnosen har påvirket livet mitt positivt	Pearson Correlation	,058	,089	,090	-,010	,013	,129 ^{**}	,216 ^{**}
	Sig. (2-tailed)	,247	,074	,074	,846	,796	,010	<,001
	N	400	400	398	399	399	399	400
Jeg skulle ønske jeg fikk ADHD diagnosen tidligere	Pearson Correlation	,005	,071	-,092	-,209 ^{**}	-,174 ^{**}	-,015	,018
	Sig. (2-tailed)	,922	,157	,069	<,001	<,001	,771	,728
	N	397	397	396	396	396	396	397

		Jeg får til å gjøre skolearbeid/annet arbeid	Jeg bruker rusmidler for å føle meg bedre	Jeg drikker alkohol for å føle meg bedre	Jeg klarer å opprettholde relasjoner (vennskapelige og romantiske relasjoner)	Jeg mestrer hverdagen	Jeg føler meg ofte glad	Jeg er glad for at jeg fikk diagnosen ADHD	ADHD diagnosen har påvirket livet mitt positivt	Jeg skulle ønske jeg fikk ADHD diagnosen tidligere
Hvor mange år var du da du fikk ADHD diagnosen?	Pearson Correlation	-.006	-.050	-.087	.044	.037	-.010	.092	-.021	.167**
	Sig. (2-tailed)	.898	.322	.083	.383	.460	.845	.066	.672	<.001
	N	397	399	399	399	399	397	398	399	396
Hvor mange år er du?	Pearson Correlation	.053	-.013	-.091	.039	.079	-.013	.024	.003	.063
	Sig. (2-tailed)	.288	.793	.068	.433	.113	.789	.627	.959	.211
	N	398	400	400	400	400	398	399	400	397
Hvor mange år var du da utredningen av ADHD diagnosen begynte?	Pearson Correlation	.008	-.081	-.114*	.021	.037	-.025	.110*	-.022	.190**
	Sig. (2-tailed)	.876	.108	.023	.674	.460	.617	.028	.654	<.001
	N	398	400	400	400	400	398	399	400	397
Hvem var det som først stilte spørsmål angående en ADHD diagnose?	Pearson Correlation	.014	-.014	.086	.026	.020	-.012	-.071	-.042	-.079
	Sig. (2-tailed)	.781	.781	.088	.604	.697	.817	.157	.402	.116
	N	398	400	400	400	400	398	399	400	397
Fjeg hadde mange venner	Pearson Correlation	.096	.070	.116*	.287**	.107*	.153**	-.024	.015	-.019
	Sig. (2-tailed)	.055	.165	.020	<.001	.033	.002	.636	.766	.711
	N	398	400	400	400	400	398	399	400	397
Fjeg var glad i å gå på skolen/arbeid	Pearson Correlation	.263**	-.038	-.101*	.186**	.147**	.154**	.003	.029	-.101*
	Sig. (2-tailed)	<.001	.447	.044	<.001	.003	.002	.945	.566	.045
	N	398	400	400	400	400	398	399	400	397
Fjeg fikk til å gjøre skolearbeid/annet arbeid	Pearson Correlation	.231**	-.043	.003	.063	.054	.076	-.057	-.027	-.018
	Sig. (2-tailed)	<.001	.396	.957	.208	.279	.132	.254	.592	.721
	N	397	399	399	399	399	397	398	399	396
Fjeg brukte rusmidler for å føle meg bedre	Pearson Correlation	-.017	.336**	.219**	-.042	.060	-.002	.045	.058	.005
	Sig. (2-tailed)	.739	<.001	<.001	.402	.230	.976	.375	.247	.922
	N	398	400	400	400	400	398	399	400	397
Fjeg drakk alkohol for å føle meg bedre	Pearson Correlation	.003	.148**	.373**	.027	.046	.072	.085	.089	.071
	Sig. (2-tailed)	.949	.003	<.001	.585	.360	.149	.091	.074	.157
	N	398	400	400	400	400	398	399	400	397
Fjeg klarte å opprettholde relasjoner (vennskapelige og romantiske relasjoner)	Pearson Correlation	.137**	-.024	-.038	.392**	.192**	.182**	.025	.090	-.092
	Sig. (2-tailed)	.006	.635	.448	<.001	<.001	<.001	.625	.074	.069
	N	396	398	398	398	398	396	397	398	396
Fjeg mestrer hverdagen	Pearson Correlation	.090	-.064	-.049	.092	.277**	.142**	-.020	-.010	-.209**
	Sig. (2-tailed)	.072	.200	.324	.066	<.001	.005	.696	.846	<.001
	N	397	399	399	399	399	397	398	399	396
Fjeg følte meg ofte glad	Pearson Correlation	.115*	.044	-.017	.237**	.267**	.369**	.038	.013	-.174**
	Sig. (2-tailed)	.022	.380	.734	<.001	<.001	<.001	.446	.796	<.001
	N	397	399	399	399	399	397	398	399	396
Jeg har mange venner	Pearson Correlation	.237**	.052	.081	.486**	.294**	.355**	.087	.129**	-.015
	Sig. (2-tailed)	<.001	.299	.108	<.001	<.001	<.001	.082	.010	.771
	N	397	399	399	399	399	397	398	399	396
Jeg er glad i å gå på skolen/arbeid	Pearson Correlation	.699**	-.118*	-.106*	.411**	.470**	.453**	.127*	.216**	.018
	Sig. (2-tailed)	<.001	.018	.034	<.001	<.001	<.001	.011	<.001	.728
	N	398	400	400	400	400	398	399	400	397
Jeg får til å gjøre skolearbeid/annet arbeid	Pearson Correlation	1	-.077	-.065	.371**	.504**	.395**	.089	.226**	.026
	Sig. (2-tailed)		.125	.194	<.001	<.001	<.001	.078	<.001	.608
	N	398	398	398	398	398	396	397	398	395
Jeg bruker rusmidler for å føle meg bedre	Pearson Correlation	-.077	1	.484**	-.104*	-.152**	-.137**	-.049	-.057	-.091
	Sig. (2-tailed)	.125		<.001	.037	.002	.006	.326	.253	.071
	N	398	400	400	400	400	398	399	400	397
Jeg drikker alkohol for å føle meg bedre	Pearson Correlation	-.065	.484**	1	-.096	-.150**	-.126*	-.034	.002	-.069
	Sig. (2-tailed)	.194	<.001		.054	.003	.012	.492	.968	.170
	N	398	400	400	400	400	398	399	400	397
Jeg klarer å opprettholde relasjoner (vennskapelige og romantiske relasjoner)	Pearson Correlation	.371**	-.104*	-.096	1	.517**	.502**	.118*	.160**	-.120*
	Sig. (2-tailed)	<.001	.037	.054		<.001	<.001	.018	.001	.016
	N	398	400	400	400	400	398	399	400	397
Jeg mestrer hverdagen	Pearson Correlation	.504**	-.152**	-.150**	.517**	1	.645**	.138**	.279**	-.020
	Sig. (2-tailed)	<.001	.002	.003	<.001		<.001	.006	<.001	.690
	N	398	400	400	400	400	398	399	400	397
Jeg føler meg ofte glad	Pearson Correlation	.395**	-.137**	-.126*	.502**	.645**	1	.193**	.300**	-.026
	Sig. (2-tailed)	<.001	.006	.012	<.001	<.001		<.001	<.001	.603
	N	396	398	398	398	398	398	397	398	396
Jeg er glad for at jeg fikk diagnosen ADHD	Pearson Correlation	.089	-.049	-.034	.118*	.138**	.193**	1	.540**	.261**
	Sig. (2-tailed)	.078	.326	.492	.018	.006	<.001		<.001	<.001
	N	397	399	399	399	399	397	399	399	396
ADHD diagnosen har påvirket livet mitt positivt	Pearson Correlation	.226**	-.057	.002	.160**	.279**	.300**	.540**	1	.196**
	Sig. (2-tailed)	<.001	.253	.968	.001	<.001	<.001	<.001		<.001
	N	398	400	400	400	400	398	399	400	397
Jeg skulle ønske jeg fikk ADHD diagnosen tidligere	Pearson Correlation	.026	-.091	-.069	-.120*	-.020	-.026	.261**	.196**	1
	Sig. (2-tailed)	.608	.071	.170	.016	.690	.603	<.001	<.001	
	N	395	397	397	397	397	396	396	397	397

