

Studenters hälsovanor – hur ser de ut? Är studenter motiverade att leva hälsosamt?

Margareta von Bothmer

Studiens syfte var att undersöka studenters självskattade hälsa i relation till hälsovanor, motivation att leva hälsosamt och personlighetsvariabler. Studien genomfördes som en tvärsnittsstudie med datainsamling via enkäter. Etiska principer vad gäller informerat samtycke, konfidentialitet, självbestämmande och rätt till privatliv iakttogs. Populationen utgjordes av ett urval av studenter (n = 332). Självskattad hälsa räknades omvänt mot antal symptom. Livsstilsfrågor omfattade frågor om rökning, alkoholkonsumtion, matvanor, fysisk aktivitet och stressnivå. Personlighetsdrag och förhållningssätt som undersöktes i studien var optimism, robusthet, typ-A personlighet, alienation och känsla av kontroll. Det fanns ingen skillnad i självskattad hälsa mellan kvinnor och män. Kvinnliga studenter hade högre motivation för en hälsosam livsstil och mer hälsosamma vanor vad gäller alkoholbruk och matvanor men var mer stressade. Manliga studenter var överviktiga i större utsträckning än kvinnliga studenter. Bland kvinnliga studenter fanns ett samband mellan självskattad hälsa, optimism och 'Känsla av sammanhang' (KASAM). Könsskillnader diskuteras framförallt i relation till stress, motivation för hälsosam livsstil och matvanor.

Studien finns mer utförligt beskriven i Margareta von Bothmer (2003): "From a uni-dimensional to a multi-dimensional health promotion perspective – promoting a tobacco-free generation based on a motivational structure of behaviour", Doktorsavhandling, Avdelningen för Allmänmedicin, Göteborgs universitet.

Margareta von Bothmer är PhD Med.fac., universitetslektor vid Sektionen för Hälsa och Samhälle, Högskolan i Halmstad, Box 823, 301 18 Halmstad; Telefon 035-167419, Fax.035-187580, e-mail: Margareta.von_Bothmer@hos.hh.se

Introduktion

Hälsosamma vanor tidigt i livet påverkar risken för att senare utveckla sjukdomar som är relaterade till livsstilen. Det är därför viktigt att undersöka hälsobeteenden/hälsovanor hos unga människor. Studenter representerar en betydelsefull del av den unga vuxna populationen (Leslie et al., 1999) och det är därför förnuftigt att fokusera på dem i en studie där samband mellan hälsa och hälsovanor undersöks. Hälsa påverkas av många faktorer, och det finns ett samspel mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer (Sarafino, 2002). Enligt WHO (2003) är de viktigaste bestämningsfaktorerna för hälsa socioekonomiska-, livsstils- och miljöfaktorer. De livsstilsfaktorer som framhålls som riskfaktorer är ohälsosamma matvanor, fysisk inaktivitet och bruk av tobak, alkohol och andra droger (WHO, 2003). Hälsobeteenden och livsstil har också förklarats utifrån olika teorier, t.ex. "Känsla av sammanhang" (KASAM) (Antonovsky, 1987, 1996), robusthet (Kobasa, 1979), optimistisk livshållning (Peterson & Seligman, 1987; Scheier & Carver, 1987), och Typ A – personlighet (Friedman & Booth-Kewley, 1987; Birks & Roger, 2000). Hälsöfrämjande arbete har riktats mot att förändra människors livsstil, men för att ändra ett vanebeteende krävs motivation. Motivationen att ändra ett beteende har beskrivits, enligt en översikt av Carter och Kulbok (2002), på många olika sätt och mätts med olika metoder, vilket gör begreppet otydligt.

När det gäller att ge råd i hälsofrågor är det viktigt att fråga sig om en förändring av individens beteende verkligen förbättrar hälsan. Det finns evidens

för att tobaksbruk, dåliga matvanor och stillasittande livsföring leder till ohälsa och att rökslut, ökad fysisk aktivitet och bättre matvanor leder till förbättringar av hälsotillståndet (WHO, 2002a).

Syftet med studien var att undersöka studenters självskattade hälsa i relation till hälsovanor och motivation för en hälsosam livsstil samt till KASAM och olika personlighetsdrag med speciellt fokus på skillnader mellan könen. Följande frågeställningar användes:

Hur ser studenternas hälsovanor ut och deras motivation för en hälsosam livsstil?

Finns det samband mellan självskattad hälsa, KASAM och olika personlighetsdrag?

Finns det samband mellan självskattad hälsa och motivation för en hälsosam livsstil?

Teoretiska aspekter

Känsla av sammanhang (KASAM)

Aaron Antonovsky presenterade begreppet Känsla av Sammanhang (KASAM) 1979 och vidareutvecklade det senare (Antonovsky, 1987, 1996). En person med högt KASAM är motiverad att hantera problem, kan förstå vad som behövs och har tillit till att det finns resurser för att lösa problemet. KASAM omfattar tre delbegrepp som är oupplösligt ihoptvinnade: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet (Antonovsky, 1993). KASAM är inte ett personlighetsdrag utan en allmän livshållning menade Antonovsky och det finns ett samband mellan högt KASAM och god hälsa (Antonovsky 1987, Larsson & Kallenberg, 1996; Suominen et al., 2001).

Robusthet

Kobasa (1979) myntade begreppet hardiness (robusthet), och menade att personer som utsätts för höga stressnivåer utan att bli sjuka har en robust personlighetsstruktur. Sådana personer tror att de kan kontrollera situationen, de är engagerade i det de gör och de ser förändringar som utmaningar i stället för som hot.

Typ-A personlighet

Ilkska och fientlighet har beskrivits som delar av en så kallad Typ A-personlighet som ytterligare kännetecknas av tävlingsinriktning och onödigt jäktande (Friedman & Booth-Kewley, 1987; Sarafino, 2002). Birks and Roger (2000) utvecklade Typ A- beteendemätskalan och fann att det finns en 'toxisk' och 'icke-toxisk' del av Typ A-beteendet. Strävan att uppnå resultat finns i båda, men den "toxiska" delen av skalan färgas av fientlig tävlingsinriktning och otålighet.

Optimism

En allmän positiv livsinställning kan vara dels medfödd, dels inlärd. Peterson och Seligman (1987) använde begreppet optimistisk förklaringsstil och Scheier och Carver (1987) talade om en disposition för optimism, som visat sig korrelera med god hälsa (Peterson & Seligman, 1987; Maruta et al., 2002).

Motivation

Motivation har mätts som en önskan och ett behov av kompetens och självbestämmande (Cox, 1982) men också som attityder, hinder för beteende, självuppskattning, inre och yttre motivation samt intention och beredskap att handla (Car-

ter & Kulbok, 2002). Miller och Rollnick (1991) menade att motivation är en sannolikhet för ett visst beteende, som är mycket beroende av sammanhanget.

Hälsovanor

Bruket av tobak i olika former är ett väl dokumenterat problem världen över och 2002 dog 4,2 miljoner människor en för tidig död orsakad av tobaksbruk. Av alla som lever i dag kommer 500 miljoner att dö av tobak (WHO, 2002b). Tobaksbruk ökar risken för ett stort antal sjukdomar (Statens Folkhälsoinstitut, 2003). Frekvensen dagligrökare avtar i Sverige; 2002 rökte dagligen 16 procent av männen och 19 procent av kvinnorna. (Statens folkhälsoinstitut, 2004).

Det finns stark evidens för att en hälsosam diet kan reducera risken för många sjukdomar, bland annat hjärt- och kärlsjukdomar och cancer (WHO, 2002a). Persson et al. (1998) fann att kvinnor hade bättre matvanor än män. Studenter i Västeuropa hade bättre matvanor än de i Östeuropa (Steptoe & Wardle, 2001) men matvanorna har försämrats under senaste årtiondet bland europeiska studenter (Steptoe et al., 2002). Lowry et al. (2000) fann övervikt/fetma hos 35% av amerikanska studenter.

Regelbunden fysisk aktivitet är viktigt för att bibehålla god hälsa (Johansson & Sundquist, 1999), förebygga en mängd olika sjukdomar (Vuori, 1998) och ger ökat välbefinnande (Hassmén et al., 2000).

Socioekonomiska villkor påverkar hälsa och hälsobeteende. Det har till exempel visats att rökning är vanligare i lägre socioekonomiska grupper (Stronks

tema

et al., 1997). Den sociala struktur som människor lever i har stor betydelse för deras hälsa och Denton et al. (2004) fann att sociala och psykosociala omständigheter hade större betydelse för kvinnors hälsa, medan livsstilsfaktorer som rökning, alkoholbruk och fysisk aktivitet påverkade männens hälsa mer.

Metod

Studien genomfördes som en tvärsnittsstudie där data insamlades med hjälp av enkäter till cirka 10% av studenterna vid en mindre högskola i södra Sverige. Urvalet utgjordes av ett systematiskt stratifierat urval bland alla heltidsstudenter vid alla institutioner vid högskolan. Urvalet gjordes utifrån klasslistor tillhandahållna av studentkåren där var tionde person valdes med start från en slumpmässigt vald siffra. Svarsfrekvensen var 69% och 332 studenter lämnade in enkäter.

Instrument

Enkäterna bestod dels av KASAM-formuläret med 29 frågor (Antonovsky, 1987), dels av ett eget producerat instrument som mätte självskattad hälsa, hälsovanor, motivation för att leva hälsosamt, attityder till att förändra livsstil, uppfattning av sig själv i relation till personlighet och förhållningssätt till livet. Självskattad hälsa mättes i omvärd proportion mot antalet upplevda enkla hälsoproblem under senaste månaden som till exempel huvudvärk, trötthet, sömnsvårigheter m.m.

Frågorna om hälsovanor berörde bruk av tobak och alkohol, matvanor, fysisk aktivitet och stress. Dessutom fanns frågor om socialt nätverk och socialt

stöd och ett antal bakgrundsfrågor (ålder, vikt, längd, familjesituation, boendesituation, föräldrars utbildningsnivå och studiesituation). Body Mass Index (BMI, kg/m²) beräknades på självrapporterad vikt och längd. Undervikt definierades som BMI ≤ 19.0 , normalvikt som BMI 19.1 – 24.9; övervikt som BMI 25.0 – 29.9 och fetma som BMI ≥ 30.0 (Lowry et al., 2000).

Ett index på hälsosam livsstil beräknades genom att summera antalet positiva hälsovanor för varje individ vad gäller tobaksbruk, alkoholbruk, matvanor, fysisk aktivitet och stressnivå (Steptoe & Wardle, 2001). Respondenterna klassificerades i tre nivåer vad gäller hälsosam livsstil, den lägsta nivån motsvarade 0 - 1 hälsosam vana, och den högsta nivån 4-5 hälsosamma vanor. Enkäten innehöll också frågor om inställning till egen vikt och om eget sexualliv och tillfredsställelsen med det.

Motivation för en hälsosam livsstil berörde vilja att delta i hälsofrämjande aktiviteter, attityder till att ändra livsstil och nyligen vidtagna förändringar i egna hälsovanor.

Frågorna (förutom bakgrundsfrågorna) var utformade i en 7-gradig semantisk differentialskala med ändpunkterna –'instämmer inte alls' till 'instämmer precis'. Cronbachs alpha reliabilitetskoefficient var 0,73 för hela instrumentet.

Datainsamling

Etiskt tillstånd inhämtades hos rektor. Studenterna informerades om att det var frivilligt att delta i studien och att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. De informerades också om studiens syfte, om användningen av kodnummer

och om ansvariga forskare. Adresslistan erhöles från studentkåren vid högskolan. Enkäterna skickades med frankerade svarskuvert per post till 479 studenter och 332 svarade, varav fyra enkäter var blanka. För att uppmuntra snabba svar utlovades en tia-lott till respondenter som returnerade de första hundra ifyllda enkäterna. Alla enkäter skickades tillbaka med full anonymitet, där kodnummer användes för att kunna skicka ut påminnelser. Påminnelser skickades till 225 studenter vilket resulterade i ytterligare 60 besvarade enkäter. Ingen ytterligare påminnelse skickades ut eftersom datainsamlingen ägde rum i slutet av vårterminen och det inte bedömdes troligt att studenterna skulle svara så sent.

Statistisk bearbetning och analys

För att analysera data användes SPSS programmet (SPSS för Windows, version 10.0). Beskrivande statistik användes för att illustrera den preliminära informationen. Chitvå-testet användes för att testa gruppernas oberoende och Cramérs V-index och Phi-koefficient användes som mått på styrkan i samband (Norusis, 1998). Korrelation mättes med Spearmans Rho, eftersom data var på rangordningsnivå. Statistisk signifikansnivå sattes till $\alpha = 0.05$.

Resultat

Beskrivning av studiens population

Urvalspopulationen bestod av 49% kvinnor och 51% män. Sjuttien % var yngre än 30 år, 23% var i trettioårsåldern och 6% i fyrtioårsåldern. En majoritet (59%) var ensamstående och 76% hade inte barn. Fler kvinnor än män hade partner och barn.

Självskattad hälsa

Det vanligaste symptomet bland studenterna var stress (60%), trötthet (57%), huvudvärk (52%) och ont i rygg och nacke (51%). Ont i magen rapporterades av 34%, allergi av 28%, ängslan och oro av 26%, sömnsvårigheter av 22% och depression av 11% (se Tabell 1). Kvinnliga studenter rapporterade stress och huvudvärk mer än manliga studenter ($p < 0,001$; Phi: 0,22). Inga signifikanta skillnader fanns mellan yngre och äldre studenter eller mellan studenter med och utan barn.

Hälsorelaterad livsstil och motivation för en hälsosam livsstil

Kvinnliga studenter hade mer hälsosam livsstil och utförde mer hälsobefrämjande åtgärder än de manliga ($p < 0,001$, Cramérs V: 0,23) (se Tabell 2). Rökfrekvensen var 22% (20% hos kvinnliga studenter, 24% hos manliga studenter) och hälften av de rökande studenterna rökte mer än 10 cigaretter per dag. Kvinnliga studenter drack alkohol i mindre utsträckning och hade bättre matvanor än sina manliga kamrater ($p < 0,001$; Cramérs V: 0,27 respektive 0,26). Kvinnliga studenter var mer nöjda med sitt sexualliv än de manliga studenterna ($p < 0,001$; Cramérs V: 0,26). Ett samband mellan rökning och alkoholbruk sågs i den manliga delen av populationen ($p < 0,01$; Cramérs V: 0,24). Inställningen bland rökare av olika kön skilde sig åt, där kvinnliga rökare i större utsträckning ansåg att de rökte för mycket när de rökte > 10 cigaretter/dag ($p < 0,05$, Cramérs V: 0,42) och fler män än kvinnor var nöjda med sin rökning ($p < 0,001$, Cramérs V: 0,35). Av de studenter som

tema

rökte mer än 10 cigaretter per dag, hade 8 av 34 försökt sluta röka flera gånger (24%).

Det fanns en signifikant skillnad i alkoholbruk mellan kvinnliga och manliga studenter ($p < 0,001$, Cramérs V: 0,59). Medelintaget av alkohol var 4 enheter (burk öl/glas vin) per tillfälle ungefär 2-3 gånger per månad, vilket motsvarar 2,22 enheter/vecka för kvinnliga studenter och 4,79 enheter/vecka för manliga. Femton % av studenterna drack alkohol i stora mängder, av 48 storkonsumenter

var 40 män. Studenter som drack ofta, drack också mer per tillfälle (kvinnor: $p < 0,01$, Cramérs V: 0,28; män: $p < 0,001$, Cramérs V: 0,29). Män använde alkohol oftare än kvinnor ($p < 0,01$, Cramérs V: 0,24) och i större kvantiteter ($p < 0,001$, Cramérs V: 0,50). Storkonsumenterna återfanns bland studenter som var ensamstående och utan barn. Tio av 18 manliga studenter med hög alkoholkonsumtion rapporterade ont i magen ($p < 0,01$, Cramérs V: 0,27) och åtta av 19 rapporterade sömnproblem (p

Tabell 1. Symptom bland kvinnliga och manliga högskolestudenter*

Symptom		Kvinnor		Män		p-värde (Phi-index)	Total	
		n = 160	49%	n = 168	51%		n = 328	%
Stress	ja	105	71	78	49	***	183	60
	nej	42	29	81	51	(0,23)		
Trötthet	ja	94	65	79	50	**	173	57
	nej	51	35	80	50	(0,15)		
Huvudvärk	ja	95	63	64	41	***	159	52
	nej	56	37	94	59	(0,22)		
Ont i rygg och nacke	ja	88	59	68	44	**	156	51
	nej	61	41	87	56	(0,15)		
Ont i magen	ja	64	44	39	25	***	103	34
	nej	81	56	118	75	(0,20)		

p-värden: *** $< 0,001$ ** $< 0,01$ * $< 0,05$; ns = non significant, icke signifikant

Phi-index använt som mått på sambandets storlek

* endast de symptom finns med i tabellen där det fanns statistiskt signifikanta skillnader mellan könen

Tabell 2. Självs kattad hälsa, antal hälsofrämjande aktiviteter, motivation för hälsosam livsstil, hälsovanor, socialt stöd och tillfredsställelse med sexualliv, KASAM och personlighetsdrag bland kvinnliga och manliga högskolestudenter

	Kvinnor		Män		p-värde (CV)	Total	
	n	%	n	%		n	%
Självs kattad hälsa							
Mindre god (7-13 symptom)	39	24	37	22	ns	76	23
Medel (3-6 symptom)	83	52	72	43		155	47
God (0-2 symptom)	38	24	59	35		97	30
Grad av hälsofrämjande aktiviteter							
Låg (0-1) ^a	18	11	41	24	***	59	18
Medel(2-5) ^a	96	60	104	62		200	61
Hög (6-12) ^a	46	29	23	14	(0,23)	69	21
Motivation för en hälsosam livsstil							
Låg nivå	28	17	64	38	***	92	28
Medelnivå	76	48	76	46		152	47
Hög nivå	55	35	27	16	(0,27)	82	25
Tobaksbruk							
Inget	127	80	126	76	ns	253	78
Låg nivå (≤ 10/dag)	18	11	19	11		37	11
Hög nivå (> 10/dag)	14	9	21	13		35	11
Alkoholbruk							
Lågt (< 7enh/vecka)	146	95	122	75		268	85
Moderat (7-10 enh/vecka)	4	2,5	20	12	***	24	7,5
Högt(≥ 10 enh/vecka)	4	2,5	20	12	(0,27)	24	7,5
Matvanor							
Mindre hälsosamma (0-1) ^b	44	28	88	52	***	132	40
Medelhälsosamma (2-3) ^b	82	51	63	38		145	44
Hälsosamma (4-5) ^b	34	21	17	10	(0,26)	51	16
Fysisk aktivitet (FA)							
Ingen regelbunden (0) ^c	46	29	49	29	ns	95	29
Låg grad (1) ^c	48	30	67	40		115	35
Hög grad (2-3) ^c	66	41	52	31		118	36

Tabell 2 fortsätter på nästa sida.

	Kvinnor		Män		p-värde (CV)	Total	
	n	%	n	%		n	%
Hälsosam livsstil-index							
Få hälsosamma vanor (0-1) ^d	9	6	22	13	***	31	10
Medelhälsosam (2-3) ^d	90	56	114	68	(0,23)	204	62
Hälsosamma vanor (4-5) ^d	61	38	32	19		93	28
Stressnivå							
Låg nivå (0-1) ^e	45	28	74	44	**	119	36
Medelnivå (2-3) ^e	63	39	59	35		122	37
Hög nivå (4-5) ^e	52	33	35	21	(0,18)	87	27
Socialt stöd							
Låg grad	25	16	30	18	*	55	17
Medelgrad	90	56	110	66		200	61
Hög grad	44	28	27	16	(0,14)	71	22
Sexualliv							
Låg tillfredsställelse	28	18	61	36,5	***	89	27
Medelnöjd	53	33	61	36,5		114	35
Mycket nöjd	78	49	45	27	(0,26)	123	38
KASAM							
Låg (47-119) ^f	21	13	20	12	ns	41	13
Medel (120-160) ^f	105	67	111	69		216	68
Hög (161-187) ^f	31	20	31	19		62	19
Positiv/Optimistisk							
Låg nivå	16	10	26	15,5	ns	42	13
Medelnivå	109	68	115	69		224	69
Hög nivå	35	22	26	15,5		61	18
Robusthet							
Låg nivå	10	6	12	7	ns	22	7
Medelnivå	108	68	104	63		212	65
Hög nivå	41	26	50	30		91	28
Typ A personlighet							
Låg nivå	18	11	40	24	***	58	18
Medelnivå	96	60	101	61		197	61
Hög nivå	45	28	25	15	(0,21)	70	21
Känsla av kontroll							
Låg nivå	16	10	15	9	ns	31	9
Medelnivå	96	60	104	62		200	61
Hög nivå	48	30	48	29		96	29
Alienation							
Låg nivå	58	36	46	28	ns	104	32
Medelnivå	82	51	93	56		175	54
Hög nivå	20	13	27	16		47	14

Kvinnor n = 160; Män, n = 168; Total, n = 328

p-värden: *** ≤ 0,001 ** ≤ 0,01 * ≤ 0,05; ns = non significant (icke signifikant)

CV = Cramérs V-index används som storleksmått på sambanden

Siffrorna i parentes är antal a) hälsofrämjande aktiviteter, b) hälsosamma matvanor (variation 0 – 5), c) fysisk aktivitet i FA-index, d) hälsosamma vanor (variation 0-5), och e) nivå på upplevd stress på stressindex, f) poäng på KASAM-skalan

< 0,01, Cramérs V: 0,26). Manliga studenter rapporterade i större utsträckning än kvinnliga att de använde alkohol för att underlätta socialt samspel och att alkoholkonsumtion var en del av normalt studentliv (p < 0,001; Phi: 0,27 och 0,22 respektive).

Kvinnliga studenter hade bättre matvanor än manliga (p < 0,001, Cramérs V: 0,26). Manliga studenter hade sämre kunskap än kvinnliga om hälsosam mat (p < 0,01, Cramérs V: 0,34). Manliga studenter var överviktiga i större utsträckning än kvinnliga (p < 0,001; Cramérs V: 0,27), där 30% var överviktiga eller feta jämfört med 13% av de kvinnliga studenterna. Manliga studenters medel BMI var signifikant högre än de kvinnligas: 23.84 ± 2.61 jämfört med 22.27 ± 2.67 för kvinnorna. Sextien % bland de överviktiga och feta manliga studenterna var nöjda med sin egen vikt. Bland studenter med normalt BMI var 64% av de kvinnliga studenterna och 76 % av de manliga studenterna missnöjda med sin vikt och särskilt kvinnor ville väga mindre.

Sjuttionio % av studenterna motiverade regelbundet och det fanns ingen skillnad mellan kvinnor och män (se Tabell 2). Av 65 kvinnliga studenter med hög grad av fysisk aktivitet var 91 % icke-rökare (p < 0,01, Cramérs V: 0,24). Manliga studenter som upplevde sämre socialt stöd hade låg grad av fysisk aktivitet (p < 0,05, Cramérs V: 0,22). Kvinnor som bodde med partner och var nöjda med sitt sociala stöd motionerade i högre grad än de som inte erfor socialt stöd (p < 0,01, Cramérs V: 0,37). Graden av fysisk aktivitet visade samband med tillgång på möjligheter att utöva fysisk

aktivitet (p < 0,01, Cramérs V: 0,25 för kvinnliga studenter; p < .001, Cramérs V: 0,37 för manliga studenter). Kvinnliga studenter var mer stressade än de manliga (p < 0,01, Cramérs V: 0,18) och stress hade samband med antalet symptom för båda könen (p < 0,001, Cramérs V: 0,32 för kvinnor, Cramérs V: 0,35 för män).

En hälsosam livsstil hade samband med färre symptom bland män (p < 0,001, Cramérs V: 0,29), men detta samband fanns inte bland kvinnor. Kvinnliga studenter med hälsosam livsstil hade fler symptom, trots att kvinnor var mer motiverade att leva hälsosamt (p < 0,001, Cramérs V: 0,27). Motivation för en hälsosam livsstil visade inte statistiskt signifikanta samband med rökning, alkoholkonsumtion eller matvanor, men hade ett positivt samband med fysisk aktivitet (p < 0,01, Cramérs V: 0,28 för kvinnliga studenter och p < 0,001, Cramérs V: 0,36 för manliga studenter). Bland kvinnliga studenter hade höga stressnivåer samband med hög nivå på motivationen för hälsosam livsstil (p < 0,01, Cramérs V: 0,27). Kvinnor med hög grad av hälsofrämjande aktiviteter hade mer besvär än männen av huvudvärk (p < 0,05, Cramérs V: 0,23) och ont i magen (p < 0,01, Cramérs V: 0,25) och stress (p < 0,05, Cramérs V: 0,26).

Kvinnliga studenter var mer intresserade än manliga i att förändra sina matvanor, sin fysiska aktivitet och att träna avslappning (p < 0,001, Cramérs V: 0,23). Mycket få studenter (mellan 2 och 4 %) var intresserade av att delta i rökslutsaktiviteter eller att få råd angående alkohol och narkotika.

Självskattad hälsa, KASAM och personlighetsdrag

Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad i KASAM-poäng mellan kvinnor och män och medelpoängen var 142,5. Kvinnor som hade partner och/eller barn hade i genomsnitt något högre poäng. Ett negativt samband fanns mellan Typ A-personlighet och självskattad hälsa bland både män och kvinnor. Det fanns bland kvinnliga studenter ett positivt samband mellan självskattad hälsa och optimistisk hållning ($p < 0,01$, Cramérs V: 0,23). Låga KASAM-poäng visade samband med fler hälsoproblem och höga KASAM-poäng med lägre antal hälsoproblem hos kvinnor men inte hos män. Antalet hälsoproblem hade inte samband med om kvinnan hade barn eller inte. Låga KASAM-poäng visade signifikanta samband med ängslan och oro för båda könen ($p < 0,001$, Cramérs V: 0,35) och depression ($p < 0,01$, Cramérs V: 0,26 för kvinnor, $p < 0,001$, Cramérs V: 0,36 för män). Hos kvinnor fanns ett samband mellan låg KASAM och hög grad av hälsofrämjande aktiviteter ($p < 0,01$, Cramérs V: 0,22). För hela populationen fanns det en stark korrelation mellan motivation för hälsa och antalet hälsobefrämjande aktiviteter (Spearman's Rho: 0,62, $p < 0,001$). KASAM korrelerade med optimistisk hållning (Spearman's Rho: 0,59, $p < 0,001$), socialt nätverk/socialt stöd (Spearman's Rho: 0,40, $p < 0,001$) och med tillfredsställelse sexualliv (Spearman's Rho: 0,30, $p < 0,001$).

Diskussion

Metodologiska aspekter

Tvårsnittsstudier uppfattas som svaga ur designsynpunkt, men de kan ge viktigt underlag för att generera hypoteser. Studien visar till exempel på behovet att ytterligare undersöka motivationens betydelse för en hälsosam livsstil. Urvalsmetodik och datainsamling bedöms vara adekvata för studiens syfte. Eftersom inte så många studenter rökte eller hade hög alkoholkonsumtion hade urvalet behövt vara större för att samband skulle kunna upptäckas mellan dessa vanor och övriga livsstilsvanor och med olika personlighetsdrag. För att kunna visa olika hälsovanors hälsoeffekter hade en longitudinell design behövts, liksom för att visa på utvecklingen av studenters hälsovanor över tid, liknande den Steptoe et al. (2002) visat. Eftersom lika många män som kvinnor ingick i studien var det möjligt att göra jämförelser mellan könen. Urvalet bedöms vara representativt för populationen studenter på grund av det stratifierade urvalet men inte representativt för hela befolkningen, eftersom studenter får antas utgöra en yngre, friskare och mer utbildad population än hela svenska folket, varför försiktighet bör iaktas när det gäller att dra generella slutsatser.

En begränsning i studien kan vara att hälsan enbart mätts genom självskattningar. Å andra sidan har det övertygande visats att självskattad hälsa är en bra prediktor för sjuklighet och dödlighet oavsett vilken mätmetod som används, samt att symptomrapportering är en giltig metod när det gäller självskattad hälsa (Bue Bjorner et al., 1996).

När det gäller pålitligheten i självrap-

porterade hälsovanor kan sanningshalten i angivna svar inte garanteras, särskilt inte för vanor som kan relatera till skam och skuld som till exempel alkoholbruk där svaren kanske ges mer som önskat beteende och inte som faktiskt (Christiansen et al., 2002). Alkoholintaget brukar vanligtvis skattas under det sanna värdet, speciellt i enkäter, men för att rangordna individer efter alkoholkonsumtion fungerar de bra (Townshend & Duka, 2002). Den uppskattade konsumtionen av alkohol är i denna studie förmodligen alldeles för låg, men möjligen korrekt vad gäller rangordning i låg- respektive högkonsumtionsgrupp.

För att visa på statistiskt signifikanta resultat rapporteras dessa tillsammans med Cramérs V-index eller Phi-koefficienten som en sorts storleksmått, även om chitvåbaserade mätmetoder är svåra att tolka (Norusis, 1998). Enligt Kerlinger (1986) är korrelationer mellan 0,20 och 0,30 intressanta om n är större än 100. Eftersom antalet studenter i urvalet var fler än 300 rapporteras statistiskt signifikanta samband med storleksmått $> 0,20$. Korrelationer mättes med Spearmans Rho koefficienten eftersom data var på nominal- och ordinalnivå.

Resultatdiskussion

Det fanns ingen skillnad mellan kvinnliga och manliga studenter i självskattad hälsa eller i KASAM-poäng, men det var endast hos de kvinnliga studenterna som det fanns ett samband mellan självskattad hälsa och KASAM och mellan självskattad hälsa och optimism. De kvinnliga studenterna var mer motiverade för en hälsosam livsstil och hade också en mer hälsosam livsstil än de manliga studen-

terna, vilket borde ha resulterat i bättre hälsa. Stress hade negativt samband med hälsa både hos män och kvinnor, men kvinnor rapporterade mer stressrelaterade symptom än män, och de som hade fler hälsofrämjande aktiviteter rapporterade också mer frekvent huvudvärk och ont i magen. Det skulle kunna vara så att utövandet av aktiviteter för att vara hälsosam upplevs som stressande av de kvinnliga studenterna. Det negativa sambandet hos de kvinnliga studenterna mellan hälsofrämjande aktiviteter och självskattad hälsa är förvånande och kan tolkas så att fler hälsoaktiviteter leder till fler symptom, som t.ex. för mycket motion kan leda till skador eller att sämre hälsa sätter igång kvinnorna att engagera sig i fler hälsofrämjande aktiviteter för att nå bättre hälsa. Det visade sig också att kvinnor med hög nivå på hälsofrämjande aktiviteter i många fall hade låga KASAM-värden. Resultaten kan kanske förklaras med att KASAM verkar som "störfaktor", dvs. att det låga KASAM-värdet ger sämre hälsa snarare än de hälsofrämjande aktiviteterna i sig. Kvinnornas högre motivation för en hälsosam livsstil syntes inte leda till bättre hälsa, och frågan är då hur stort inflytande motivationen har på hälsorelaterade beteenden. Det kan vara så att motivationsmålet är undermåligt, vilket framkommit i andra studier (Carter & Kulbok, 2002). Hur hälsan påverkas av många olika faktorer är fortfarande inte tillfredsställande utrett (Baumann et al., 2002; Denton et al., 2004). Eftersom sambandet mellan hälsa, optimism och KASAM endast fanns hos de kvinnliga studenterna kan det diskuteras om stark KASAM och optimism verkar häl-

tema

sobefrämjande endast för kvinnor och i så fall varför. Frågan kan ställas om det är ”fel” på KASAM-frågorna eftersom de inte fungerar lika för de bägge könen (Kivimäki et al., 2000; Larsson & Kalenberg, 1996) eller om psykosociala faktorer, t.ex. KASAM, har större inverkan på kvinnors hälsa medan livsstilsfaktorer har större inverkan på mäns hälsa så som Denton et al. (2004) föreslår.

En framträdande skillnad mellan könen var att övervikt och fetma fanns hos 30% av de manliga studenterna jämfört med 13% bland de kvinnliga. Överviktsfrekvensen i Europa uppskattas till 15%, även om siffrorna stiger raskt (Conference on Obesity, 2002), vilket gör att studiens resultat utgör ett observandum i framtida hälsostudier bland studenter. De manliga studenterna som var överviktiga var samtidigt nöjda med sin vikt, hade sämre kunskap om hälsosam mat och var inte heller intresserade av att ta emot råd angående sina matvanor. De kvinnliga studenternas uppfattning att de var överviktiga, trots att motsatsen snarare rådde, gör att frågor relaterade till hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och vikt borde vara angelägna områden för studenthälsan att följa upp.

Rökfrekvensen var låg jämfört med rökfrekvensen bland studenter i många europeiska länder (Steptoe et al., 2002), men högre än den allmänna rökfrekvensen i Sverige (Statens Folkhälsoinstitut, 2003). Skillnader i alkoholkonsumtion mellan könen finns beskrivet från andra studentpopulationer liksom benägenheten att dricka mer om studenterna har den uppfattningen att det ingår i normalt studentliv att dricka mycket (Demers et al., 2002).

De manliga studenterna rapporterade lägre grad av fysisk aktivitet och de kvinnliga studenterna högre jämfört med studenter i 13 andra europeiska länder (Steptoe et al., 2002), men jämförelser kan vara svåra att göra beroende på olika kategoriseringar och mätmetoder. En socialt stödjande omgivning underlättar fysisk aktivitet (Leslie et al., 1999; Ståhl et al., 2001), vilket visas även i denna studie, där manliga studenter med lågt socialt stöd visade lägre grad av fysisk aktivitet och kvinnliga studenter med högt socialt stöd var mer fysiskt aktiva.

Konklusioner och implikationer

Denna studie visade inga skillnader mellan könen i självskattad hälsa, men kvinnliga studenter rapporterade mer stress, huvudvärk och trötthet än vad manliga studenter gjorde. Stress, alkoholkonsumtion och matvanor påverkade de manliga studenternas hälsa mest, och stressen de kvinnliga studenternas hälsa. Ett oväntat resultat var att hälsosamma vanor och hög motivation att leva hälsosamt visade samband med sämre hälsa bland kvinnliga studenter. Orsaken till detta samband är okänt. Att hälsoproblem leder till att människor engagerar sig i hälsofrämjande aktiviteter är en lika trolig förklaring som att det kan upplevas stressande att hålla på med många hälsofrämjande aktiviteter och att stressen leder till upplevd ohälsa. Detta fynd behöver undersökas vidare, företrädesvis i prospektiva, longitudinella studier.

Studenternas ointresse för att ändra rökvanor och alkoholvanor i kombination med deras relativt sett dåliga matvanor ger anledning till oro

inför framtiden. Ett sätt att främja studenternas hälsa är att öka tillgången på sådant som främjar hälsa, till exempel att ha en idrottshall inom högskolans campus, servera nyttig mat billigare på studentcafé- och restaurang och att öka informationen om hälsofrämjande livsstil. Motivationen att leva hälsosamt var i denna studie inte en viktig faktor för att praktisera hälsosamma vanor. En utveckling av sättet att mäta motivation kan ge andra resultat. En intervjustudie kunde ge en djupare förståelse av motivationsbegreppet sett ur både kognitiv och emotionell synpunkt och där sociala influenser på motivationen kunde tydliggöras. Ett positivt samband mellan KASAM och självskattad hälsa, och mellan optimism och självskattad hälsa, återfanns endast bland de kvinnliga studenterna. Detta, tillsammans med det visade starka sambandet mellan KASAM och optimism, och KASAM och socialt stöd, indikerar att KASAM-formuläret behöver testas gentemot möjliga ”störfaktorer” och vilken betydelse det har för hälsan hos studenter i olika åldrar och med olika resurser psykosocialt och socioekonomiskt. Denna tvärsnittsstudie ger idéer för fortsatt forskning om faktorer som påverkar hälsan hos studenter. Speciellt intressant skulle vara att följa hur stress och motivation för en hälsosam livsstil påverkar hälsa och hälsovanor.

Tack

Ett tack för ekonomiskt stöd för studiens genomförande riktas till Medicinska fakulteten, Lunds universitet, Föreningen Södra Sveriges Sjuksköterskehem, Lund, Högskolan i Halmstad och Avdelningen

för Allmänmedicin, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet.

Summary

A Swedish university student population (n = 332) was used in order to investigate self-rated health and health habits in relation to personality traits and motivation for a healthy lifestyle. Questionnaires were used for data collection and analysed by descriptive and inferential statistics. There was no gender difference in self-rated health or in Sense of Coherence (SOC) ratings. High stress levels affected health among both female and male students. Female students were more motivated for a healthy lifestyle and had a healthier lifestyle in relation to alcohol use and nutritional habits but experienced higher stress levels than their male counterparts. Male students showed a high level of overweight. Gender differences are discussed in relation to stress and motivation.

Referenser

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health - how people manage stress and stay well*. San Francisco, Californien: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36: 725-733.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11: 11-18.
- Baumann, A. E., Sallis, J. F., Dziewaltowski, D. A. & Owen, N. (2002) *Toward a better understanding of the influences on physical activity: The role of determinants*,

- correlates, causal variables, mediators, moderators, and confounders. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(2 S): 5-14.
- Birks, Y. & Roger, D. (2000). Identifying components of type-A behaviour: "toxic" and "non-toxic" achieving. *Personality and Individual Differences*, 28: 1093-1105.
- Bue Bjorner, J., Sondergaard Kristensen, T., Orth-Gomér, K., Tibblin, G., Sullivan, M. & Westerholm P. (1996). Self-rated Health a useful concept in research, prevention and clinical medicine. Stockholm: Forskningsrådsnämnden (FRN).
- Carter, K. F. & Kulbok, P. A. (2002). Motivation for health behaviours: a systematic review of the nursing literature. *Journal of Advanced Nursing*, 40: 316-330.
- Christiansen, M., Vik, P. W. & Jarchow, A. (2002) College student heavy drinking in social contexts versus alone. *Addictive Behaviors*, 27: 393-404.
- Conference on Obesity - a challenge for the EU, conference held in Copenhagen 11-12 September 2002, Tillgänglig: < <http://www.obesity.dk/report/indhold.htm> > (2003-03-28).
- Cox, C. (1982). An interaction model of client health behavior: Theoretical prescription for nursing. *Advances in Nursing Science*, 5: 41-56.
- Demers, A., Kairouz, S., Adlaf, E. M., Gliksmann, L., Newton-Taylor, B. & Marchand, A. (2002). Multilevel analysis of situational drinking among Canadian undergraduates. *Social Science and Medicine*, 55: 415-424.
- Denton, M., Prus, S. & Walters, V. (2004). Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science and Medicine*, 58: 2585-2600.
- Friedman, H. S. & Booth-Kewley, S. (1987). The "disease-prone personality" A meta-analytic view of the construct. *The American Psychologist*, 42: 539-555.
- Hassmén, P., Koivula, N. & Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine*, 30 (1): 17-25.
- Johansson, S-E. & Sundquist, J. (1999). Change in lifestyle factors and their influence on health status and all-cause mortality. *International Journal of Epidemiology*, 28: 1073-1080.
- Kerlinger F. N. (1986) *Foundations of Behavioral Research*. (3rd ed.). Forth Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich.
- Kivimäki, M., Feldt, T., Vahtera J. & Nurmi J. E. (2000) Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. *Social Science and Medicine*, 50: 583-597.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37:1-11.
- Larsson, G. & Kallenberg, K. O. (1996) Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. Interrelationships in a nationwide Swedish sample. *European Journal of Public Health*, 6: 175-180.
- Leslie, E., Owen, N., Salmon, J., Bauman, A., Sallis, J. F. & Kai Lo, S. (1999). Insufficiently active Australian college students: perceived personal, social, and environmental influences. *Preventive Medicine*, 28: 20-27.
- Lowry, R., Galuska, D. A., Fulton, J. E., Wechsler, H., Kann, L. & Collins, J. L. (2000). Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among U.S. college students. *American Journal of Preventive Medicine*, 18 (1): 18-27.
- Maruta, T., Colligan, R. C., Malinchoc, M. & Offord, K. P. (2002). Optimism-pessimism assessed in the 1960s and self-reported health status 30 years later. *Mayo Clinic Proceedings*, 77: 748-753.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991) *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour* (pp. 14-29, 51-63). New York: The Guildford Press.
- Norusis, M. J. (1998). *SPSS 8.0 Guide to data analysis*. Upper Saddle River, NJ: Pren-

- tice Hall.
- Persson, L.-G., Lindström, K., Lingfors, H., Bengtsson, C. & Lissner, L. (1998) Cardiovascular risk during early adult life. Risk markers among participants in "Live for Life" health promotion programme in Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 425-432.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55: 237-265.
- Sarafino, E. P. (2002). *Health Psychology: Biopsychosocial interactions* (4th ed.). New York: Wiley & Sons.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55: 169-210.
- Statens Folkhälsoinstitut (2003). (ed. Boström, G.) *Hälsorelaterade levnadsvanor – vad vet vi och vad behöver vi veta? (reviderad version maj 2003) Rapport 2003:27. Tillgänglig: < http://www.fhi.se/shop/material_pdf/levnad.pdf > (2003-07-15).*
- Statens folkhälsoinstitut (2004). *Minskat bruk av tobak. Var står vi idag. Statistik juni 2004. (elektronisk) Tillgänglig: < <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/r200422minskatbrukavtobak.pdf> >. (2004-08-29)*
- Steptoe, A. & Wardle, J. (2001) Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe. *Social Science and Medicine*, 53: 1621-1630.
- Steptoe, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A. M., Baranyai, R. & Sanderman, R. (2002) Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Preventive Medicine*, 35: 97-104.
- Stronks, K., van de Mheen, D., Looman, C. W. N. & Mackenbach, J. P. (1997). Cultural, material, and psychosocial correlates of the socioeconomic gradient in smoking behavior among adults. *Preventive Medicine*, 26: 754-766.
- Ståhl, T., Rütten, A., Nutbeam, D., Bauman, A., Kannas, L., Abel, T., Lüschen, G., Rodriguez, D. J. A., Vinck, J. & van der Zee, J. (2001) The importance of the social environment for physically active lifestyle: Results from an international study. *Social Science & Medicine*, 52 (1): 1-10.
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A. & Koskenvuo, M. (2001). Sense of coherence as a predictor of subjective state of health. Results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 50: 77-86.
- Townshend, J. M. & Duka, T. (2002). Patterns of alcohol drinking in a population of young social drinkers: a comparison of questionnaire and diary measures. *Alcohol & Alcoholism*, 37(2): 187-192.
- Vuori, I. (1998) Does physical activity enhance health? *Patient Education and Counseling*, 33: S95 - S103.
- World Health Organization. Puska, P. (2002a). Diet, physical activity and health – a global response. *Mega Country Health Promotion Network Meeting on diet, physical activity and tobacco*, 11-13 December 2002. Tillgänglig: < <http://www.who.int/hpr/mega/Docs/Mega2002PekkaPuska.pdf> > (2003-03-03).
- World Health Organization. Mackay, J. & Eriksen, M. (2002b). *The Tobacco Atlas*. Tillgänglig: < <http://www.who.int/tobacco/en/atlas11.pdf> > (2003-07-22).
- World Health Organization. (2003). *The European Health Report 2002*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. WHO Regional Publications, European Series; No. 97. Tillgänglig: < <http://www.who.dk/europeanhealthreport> > (2003-01-24).