

GÖTEBORGS UNIVERSITET
Institutionen för mat, hälsa och miljö



Hälsofrämjande beredskap inför en framtida yrkesroll

**– Hälsobeteenden och uppfattningar om hälsa hos elever på ett
omvårdnadsprogram**

Anna Eriksson

Magister i hushållsvetenskap
Magisteruppsats, 10p
Handledare: Christina Berg
Examinator: Lena Jonsson
Datum: januari 2007

GÖTEBORGS UNIVERSITET
Institutionen för mat, hälsa och miljö
Box 320, SE 405 30 Göteborg



Titel: Hälsofrämjande beredskap inför en framtida yrkesroll – Hälsobeteenden och uppfattningar om hälsa hos elever på ett omvårdnadsprogram

Författare: Anna Eriksson

Typ av arbete: Magisteruppsats, 10p

Handledare: Christina Berg

Examinator: Lena Jonsson

Linje/program/ev. kurs: Magister i hushållsvetenskap

Antal sidor: 41 + 7 bilagor

Datum: januari 2007

Sammanfattning

Epidemiologiska kunskapsunderlag visar att personal inom vård och omsorg tillhör en riskgrupp för ohälsa på grund av att arbetsmiljön påverkar personalens fysiska och psykiska hälsa negativt. Levnadsvanor angående bland annat mat, motion och användning av tobak har stor betydelse för människans fysiska och psykiska hälsa. Omvårdnadsprogrammet är en treårig gymnasial utbildning och syftet med utbildningen är att ge eleven den grundläggande yrkeskunskap och kompetens som krävs för arbete i verksamheter inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

Syftet med uppsatsen är därmed att genom en kvantitativ enkät undersöka hur 52st elever på ett omvårdnadsprogram förhåller sig till hälsa och hälsobeteenden med fokus på elevernas levnadsvanor för att kunna främja sin hälsa i sin framtida yrkesroll inom vård och omsorg. Resultatet visar att elevernas definition av begreppet hälsa omfattar i likhet med WHO:s definition av hälsa mer än bara människans biologi. Majoriteten av elever värderar sin hälsa som ”bra” eller ”mycket bra”, dock värderar en stor andel elever sin hälsa som ”varken bra eller dålig”, vilket kan relateras till elevernas självupplevda somatiska och psykiska besvär. Eleverna anser i större omfattning att sin hälsa är ett resultat av sina egna handlingar. Undersökningen visar att elevernas matvanor med en oregelbunden måltidsordning ej motsvarar Livsmedelsverkets rekommendationer för livsmedelsval och måltidsordning. Mindre än hälften av eleverna äter frukost varje dag och majoriteten av elever behöver öka sin konsumtion utifrån Livsmedelsverkets rekommendationer av fisk, grovt bröd, frukt och grönsaker. En tredjedel av eleverna på omvårdnadsprogrammet följer rekommendationerna för 30 minuter fysisk aktivitet per dag. Undersökningen visar att en tredjedel av eleverna på omvårdnadsprogrammet röker. Eleverna är medvetna om betydelsen av mat, motion och tobak för hälsan. Dock behöver eleverna inför hälsorelaterade beslut komma till insikt om sin egen handlingsförmåga för att inför den framtida yrkesrollen utgöra en friskgrupp och inte en riskgrupp.

Nyckelord: omvårdnadsprogrammet, vård och omsorg, arbetsmiljö, levnadsvanor, begreppet hälsa

Abstract

Health promotional preparedness towards a future profession within the healthcare sector – Health behaviours and perception of health of Healthcare students

Gathered research and data indicates that people within the healthcare sector belong to a group of risk for ill-health. Within the healthcare profession, people's physical and psychological health is affected negatively due to a tough work environment. A lifestyle concerning food, physical activities and the use of tobacco has an important meaning for the human beings physical and psychological health. The Health Care Programme is a three year long high school education. The purpose of the education is to give the student fundamental knowledge and competence within the healthcare profession which is required to gain employment within the area.

The aim of this essay is to present the behaviours of 52 Healthcare students in relation to health and health behaviours with a further focus on the lifestyle in order to promote their health in a future profession within the healthcare area. Research and data has been gathered from a quantitative questionnaire. The students definition of health is shown to be equal to WHO's definition of health, which is more extensive than the biology of the human being. The majority of the participants value their own health as "good" or "very good", whereas a large part of the students value their health as "neither good or bad", which can conclude to the students source of self related somatic and psychological problems. The students think in an increasing extent that their health is a cause of their own acts. The questionnaire indicates irregular eating habits. Less than half of the participating students eat breakfast every day and all students would benefit from increased consumption of fish, wholegrain bread, fruit and vegetables. This is a recommendation from The National Food Administration. One third of the students on the Health Care Programme follow the recommendations of 30 minutes physical activity per day. The research data indicates that one third of the students are smoking. Most of the students in the study are aware of the importance of food, exercising and tobacco in sense of promoting health. The students currently face a number of health related decisions. Furthermore, they are required to come to an understanding of their own actions and behaviour considering their future profession in health in order to constitute a group of health instead of a group of risk.

Keywords: the Health Care Programme, the healthcare sector, working environment, lifestyle, the definition of health

Innehåll

1. INLEDNING	3
2. LITTERATURGENOMGÅNG.....	4
2.1 ARBETSMILJÖN INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	4
2.1.1 Den fysiska arbetsmiljön	4
2.1.2 Den psykosociala arbetsmiljön.....	5
2.2 SYNEN PÅ BEGREPPET HÄLSA	6
2.2.1 Två inriktningar i synen på begreppet hälsa	6
2.2.2 Hälsoteorier inom den humanistiska inriktningen.....	6
2.2.3 WHO:s syn på begreppet hälsa	8
2.3 DEFINITION AV BEGREPPET HÄLSOFRÄMJANDE.....	9
2.3.1 Begreppet empowerment för att erhålla hälsa.....	9
2.4 MÄNNISKANS FYSISKA OCH PSYKISKA HÄLSA	10
2.4.1 Matens betydelse för den fysiska och psykiska hälsan.....	10
2.4.2 Befolkningens matvanor och näringsintag	12
2.4.3 Fysiska aktivitets betydelse för den fysiska och psykiska hälsan	13
2.4.4 Befolkningens fysiska aktivitet och motionsvanor	14
2.5 TEORETISK RAM	15
2.5.1 Inre och yttre kontrollokus.....	15
2.5.2 Självvärderad hälsa.....	16
2.6 BESKRIVNING AV OMVÅRDNADSPROGRAMMET.....	16
3. SYFTE.....	18
3.1 FRÅGESTÄLLNINGAR	18
3.2 AVGRÄNSNING	18
4. METOD	19
4.1 URVAL	19
4.2 ENKÄTDESIGN	20
4.2.1 Frågor om hälsa.....	20
4.2.2 Frågor om hälsobeteenden.....	20
4.3 GENOMFÖRANDE.....	21
4.4 MATERIALBEARBETNING OCH ANALYS	21
5. RESULTAT	23
5.1 HÄLSA.....	23
5.1.1 Definition av begreppet hälsa.....	23
5.1.2 Hur eleverna värderar sin hälsa.....	24
5.1.3 Elevernas uppfattningar om möjlighet att påverka sin hälsa	26
5.2 HÄLSOBETEENDEN	27
5.2.1 Elevernas matvanor.....	27
5.2.2 Elevernas motionsvanor	29
5.2.3 Elevernas tobaksanvändning.....	30
5.2.4 Sambandet mellan mat, motion, tobak och hälsa	31
6. DISKUSSION.....	32
6.1 METODDISKUSSION	32
6.2 RESULTATDISKUSSION	33
6.2.1 Elevernas definitioner av begreppet hälsa	33
6.2.2 Hur eleverna värderar sin hälsa.....	33
6.2.3 Hur elevernas hälsobeteenden ser ut.....	35
6.2.4 Elevernas medvetenhet om betydelsen av mat, motion och tobak för hälsan	36
6.3 SLUTSATS OCH VIDARE FORSKNING	36
7. LITTERATURFÖRTECKNING	38
BILAGA.....	42

1. Inledning

Omvårdnadsprogrammet är en treårig gymnasieutbildning och syftet med utbildningen är att ge eleverna grundläggande yrkeskunskap och kompetens som krävs för att arbeta inom verksamheter såsom hälso- och sjukvård samt socialtjänst (Skolverket, 2000). Epidemiologiska kunskapsunderlag visar att elevernas framtida yrkesroll inom vård och omsorg i dagsläget tillhör en riskgrupp för ohälsa på grund av att den fysiska och psykosociala arbetsmiljön påverkar personalens fysiska och psykiska hälsa negativt (Arbetsmiljöverket, 2005; Statistiska centralbyrån, 2005).

Konsekvenserna av den fysiska och psykosociala arbetsmiljön bland anställda i hälso- och sjukvården har medfört en hög sjukfrånvaro (Hertting, Petterson & Nilsson, 2005). Forskning visar att yngre vårdbiträden har visats sig vara mindre rustade att hantera de psykologiska kraven i vårdbiträdesarbetet på grund av mindre yrkes- och livserfarenhet till skillnad från äldre vårdbiträden (Torgén, 1995). Vård- och omsorgspersonal som saknar högskoleutbildning inom sitt ämnesområde är de som står för den största andelen av sjukpennigkostnaderna (Riksförsäkringsverket, 2003).

Levnadsvanor som bland annat mat, motion och användning av tobak har stor betydelse för människans fysiska och psykiska hälsa (Socialstyrelsen, 2005). Undersökningar visar dock att människor som har kortare utbildning och saknar högskoleutbildning har flera riskrelaterade levnadsvanor i form av till exempel daglig rökning, fetma, stillasittande fritid samt ett litet intag av frukt och/eller grönsaker (Boström & Nykvist, 2004; Becker & Pearson, 2002).

2. Litteraturgenomgång

Utifrån arbetsmiljön inom vård och omsorg behandlas bland annat begreppen hälsa och hälsofrämjande samt friskfaktorer som matens och den fysiska aktivitetens betydelse för den fysiska och psykiska hälsan. Litteraturgenomgången belyser även begrepp utifrån beteendevetenskapen för att kunna utveckla en teoretisk förankring. Litteraturgenomgången avslutas därefter med en beskrivning av omvårdnadsprogrammet. Litteraturgenomgången kommer till största del beröra studier genomförda med målgruppen vuxna, dels på grund av att magisteruppsatsen fokuserar på elevernas framtida arbetsliv och dels på grund av att studier på personer i den aktuella målgruppen med ålder 15 till 18 år förekommer i mindre omfattning. Studier angående hälsobeteenden fokuserar främst på unga personer 11 till 15 år och vuxna 18 till 74 år (Becker & Pearson, 2002; Danielsson, 2006; Socialstyrelsen, 2005; Statens folkhälsoinstitut, 2006).

2.1 Arbetsmiljön inom hälso- och sjukvården

Med tanke på hur stor del av livet de flesta människor tillbringar på sina arbeten är det uppenbart att arbetsmiljön spelar stor roll för såväl den fysiska som den psykiska hälsan. Till begreppet arbetsmiljö räknas ett antal fysiska och psykosociala faktorer, där de fysiska faktorerna utsätter kroppen för direkta fysiska påfrestningar. De psykosociala faktorerna är däremot dels sådant som framkallar olika stressreaktioner som till exempel högt tempo och samtidigt begränsat inflytande på arbetet, samt dels sådant som skapar trivsel och positiva arbetssituationer, som till exempel god sammanhållning på arbetsplatsen (Statistiska Centralbyrån, 2005). Hälso- och sjukvården tillhör de branscher där personalen uppgett tydligast försämringar i arbetsmiljö under 1990-talet (Hertting, Petterson & Nilsson, 2005). Det kan bero på den omfattande strukturella förändringen som har genomförts inom svensk vård och omsorg. I strävan efter kostnadseffektivitet medförde det ett högt förändringstempo med nya marknadsanpassade styrformer, omorganisationer, personalnedskärningar och sammanslagna arbetsenheter (Gustafsson, 2004). I en analys från Landstingsförbundet från år 2004 framhölls att hälso- och sjukvården förbättrat resursutnyttjandet, men att den snabba omvandlingstakten av personalstrukturen bland annat försämrade arbetsmiljön (Landstingsförbundet, 2004).

2.1.1 Den fysiska arbetsmiljön

Angående arbetsmiljöns påverkan på den fysiska hälsan är det oftast den fysiska arbetsmiljön som orsakar besvär och sjukfrånvaro bland personal inom vård och omsorg (Arbetsmiljöverket, 2005). Enligt Statistiska centralbyråns arbetsmiljöundersökning från år 2001 har personal inom vård och omsorg ett fysiskt krävande arbete med många tunga lyft samt böjda och vridna arbetsställningar (Statistiska Centralbyrån, 2001). För både arbetsolyckor och arbetssjukdomar dominerar fysisk belastning som angiven orsak till arbetsskadan (Torgén, 1995). Andelen (56 %) kvinnliga arbetare inom vård och omsorg som dagligen utför tunga lyft är lika stor som andelen (56 %) manliga arbetare inom byggverksamheten som dagligen utför tunga lyft (Statistiska Centralbyrån, 2005). Arbetsmiljöverket redovisade år 2005 att var femte undersköterska uppger besvär orsakade av påfrestande arbetsställningar. Var femte undersköterska samt vårdbiträde uppger även besvär som orsakats av tung manuell hantering (Arbetsmiljöverket, 2005). Bland vård och omsorgspersonal är besvär vanligt förekommande i nacke, skuldror och ländrygg (Torgén, 2005; Arbets- och miljömedicin, 2004).

Arbetet inom vård och omsorg har många särdrag och speciella krav. Det är en dygnet runt-verksamhet för såväl akuta insatser som kontinuerlig tillsyn (Käärik, 2005). Inom vård- och omsorg är turlista eller schema en vanligt förekommande form av arbetstidsförläggning. Nästan 42 procent av de anställda med arbetaryrken inom vård och omsorg arbetar efter turlista och därtill kommer att drygt 13 procent arbetar på nätterna. Endast 31 procent arbetar på fast dagtid. Att arbeta enligt arbetstidsschema eller turlista innebär att arbetstiden är förlagd till olika tider enligt ett fast schema som avser en viss tidsperiod (Statistiska Centralbyrån, 2005).

Vad, när och hur ofta en människa äter påverkar näringsstatus, hälsa, humör och prestation (Nordiska ministerrådet, 2004). Den ökade arbetsbelastningen har bland annat medfört att anställda inom vården på grund av arbetsbörda blivit tvungna att avstå från lunchen. Det var dock vanligare bland läkare, men även i viss mån bland sjuksköterskor (Yrkesmedicin, 1999). I ett examensarbete (Kruth, 2005) genomfördes en studie, vars syfte var att undersöka om det fanns behov av insatser för att främja goda matvanor på arbetsplatsen för personal som arbetar natt. I studien deltog tre sjuksköterskor och sex undersköterskor. Resultatet från studien gällde enbart för den arbetsplatsen och kan inte sägas vara generellt applicerbart på andra arbetsplatser eller nattarbetare. Dock visade resultatet att ungefär hälften av deltagarna ansåg sig osäkra på hur de borde äta under nätterna. Det som upplevdes som svårt eller problematiskt beträffande mat och måltider vid nattarbete rörde sig bland annat om ökad risk för viktuppgång, magproblem och svårigheter dels med att veta vad de ska äta och dels med att kunna planera måltider. Insatser som efterfrågades var bland annat mer information till nattarbetare hur de bör äta.

2.1.2 Den psykosociala arbetsmiljön

Angående arbetsmiljöns påverkan på den psykiska hälsan är flertalet stressrelaterade arbetsmiljöfaktorer mest frekventa inom vård och omsorg, där 44 procent eller cirka 323 000 kvinnor och män är utsatta, där majoriteten uppger att de upplever arbetet som psykiskt ansträngande (Statistiska Centralbyrån, 2005). Vissa förhållanden i arbetet, främst höga krav och bristande socialt stöd var nära kopplade till psykisk ohälsa för personal inom vård- och omsorg (Yrkesmedicin, 1999). Utifrån en kartläggning av arbetet vid hemtjänsten av forskare vid arbetsmiljöinstitutet visades att de höga arbetskraven skapar en arbetssituation där många vårdbiträden känner sig otillräckliga för att de inte tycker att de kan ge så mycket hjälp som det tycker vårdtagarna behöver (Torgén, 1995). Studier angående arbetsmiljö visar att arbeten med hög anspänning, det vill säga arbeten med en kombination av höga krav med låg kontroll, utgör en risksituation ur hälsosynpunkt (Bäckman, 2001).

I vårdens arbetshälsorapport från år 1999 handlade ett avsnitt om hot som de anställda upplever finns inom vården samt vilka föreställningar de har om hur vården kan komma att se ut i framtiden. Många var rädda för att inte orka samt inte rätta till och därmed bli utslitna och utbrända av den stora arbetsbördan. En annan hotbild var att tidspressen och nya arbetskamrater gör att ansvaret känns tungt och medför därmed en rädsla att göra fel, dock var detta tydligast inom intensivvården där avancerad teknik används. Det tredje hotet handlade om patienterna och att de inte kommer att få den vård de har rätt till, till exempel att vården inte har hög kvalitet och att personalen själva behöver jobba på ett sätt som inte är bra för patienterna. Arbetshälsorapporten visar även att arbetssituationen och därmed arbetstiderna samt arbetsbelastningarna får konsekvenser för privatlivet hos främst läkare, men även sjuksköterskor samt undersköterskor förmedlar att det kan vara svårt att koppla av på fritiden (Yrkesmedicin, 1999). Utifrån en kartläggning av arbetet vid hemtjänsten av forskare vid

arbetsmiljöinstitutet framkom att till skillnad från de yngre vårdbiträdena visade de äldre vårdbiträdena genom sin yrkes- och livserfarenhet vara bättre rustade att hantera de psykologiska kraven i vårdbiträdesarbetet (Torgén, 1995).

Konsekvenserna av den fysiska och psykosociala arbetsmiljön bland anställda i hälso- och sjukvården har medfört att sjukfrånvaron har ökat betydligt (Hertting, Petterson & Nilsson, 2005). I en rapport av Riksförsäkringsverket från år 2003 angående sjukpenningkostnaderna för olika yrken redovisades att de yrken som stod för störst andel av sjukpenningkostnaderna var vård- och omsorgspersonal, vilka utgjordes av undergrupper av yrken vilka med avseende på storleksordning var undersköterskor, sjukvårdsbiträden, ambulanssjukvårdare, vårdbiträden, personliga assistenter, barnskötare samt skötare och vårdare. Det var vård- och omsorgspersonal som saknade högre utbildning inom sitt ämnesområde som stod för den största andelen av kostnaderna (Riksförsäkringsverket, 2003).

2.2 Synen på begreppet hälsa

Enligt Pellmer och Wramner (2001) finns det inte någon entydig definition av begreppet hälsa som kan användas i alla sammanhang. Medin och Alexandersson (2000) har gjort en genomgång av olika hälsobegrepp som har sitt ursprung främst i medicinsk, pedagogisk, filosofisk eller psykologisk vetenskap.

2.2.1 Två inriktningar i synen på begreppet hälsa

Medin och Alexandersson (2000) delar in synen på hälsa i två inriktningar; den biomedicinska och den humanistiska. Utifrån synen på hälsa har Medin och Alexandersson därefter funnit hälsoteorier inom den biomedicinska och humanistiska inriktningen.

Inom den biomedicinska inriktningen ses hälsa och sjukdom som motsatspar och karakteristiskt är att det är sjukdom istället för hälsa som står i fokus. Hälsa ses därmed som frånvaro av sjukdom. Människan ses som ett biologiskt system av fungerande organ, snarare än en individ. När dessa organ fungerar normalt är människan vid hälsa. Fokusering är på kroppen och innefattar inte människans natur, till exempel huruvida människan är god, ond, fri eller förutbestämd. Följande litteraturgenomgång kommer endast att fokusera på ett antal teorier inom den humanistiska inriktningen, eftersom hälsa inom den humanistiska inriktningen ses som något mer eller som något annat än frånvaro av sjukdom. Ofta är utgångspunkten hälsa, där människan ses som aktiv och skapande och som en del i ett samspel mellan människan och i det sammanhang som människan verkar (Medin & Alexandersson, 2000).

2.2.2 Hälsoteorier inom den humanistiska inriktningen

Följande text utgör en sammanställning av ett antal hälsoteorier inom den humanistiska inriktningen.

Den holistiska ansatsen

Utgångspunkt för den holistiska ansatsen är filosofin. En teoretiker inom denna ansats är bland annat Nordenfelt och enligt honom utgår den holistiska ansatsen från människan som en handlande varelse i sociala relationer. Hälsa och sjukdom förstås som fenomen som påverkar människans handlingsförmåga eller på annat sätt har med människans handlingsförmåga i ett socialt sammanhang att göra. Nordenfelt menar vidare att de flesta karakteriseringar av hälsa

som ingår i den holistiska ansatsen syftar till att framhålla två förhållanden: ”för det första *en känsla*, en känsla av välbefinnande i fallet hälsa, och en känsla av lidande i fallet ohälsa; för det andra, *förmåga eller oförmåga till handling*” (Nordenfelt, 1991, s.81). Välbefinnande, lidande och handlingsförmåga är på flera sätt förbundna med varandra och det finns ett tydligt orsakssamband. Genom att känna sig stark bidrar det till egen styrka och höjer handlingsförmågan, vilket kan jämföras med att smärta, ångest och depression sänker handlingsförmågan. Även ett ganska obetydligt lidande leder till någon form av kapacitetsnedsättning. Ekvilibriumteorin representeras av bland annat Nordenfelt och syftar till den balans som råder mellan en människas handlingsförmåga och dennes mål för handling. Grundtanken är nämligen att en människa är vid hälsa om denne kan uppnå sina handlingsmål (Nordenfelt, 1991). Hälsan är följaktligen beroende av människans handlingsförmåga, vilket i sin tur är beroende av tre faktorer:

- ”den handlande personen,
 - personens mål och
 - omständigheterna under vilka personen handlar”
- (Nordenfelt, 1995, s. 30).

Den ekologiska ansatsen

Den ekologiska ansatsen har enligt Medin och Alexandersson (2000) beröringspunkter som finns i den holistiska ansatsen, då det är människan i interaktion med sin omvärld som är i fokus. Såväl biologiska, mentala som sociala aspekter av hälsa inkluderas.

Teorin om hälsa inom den ekologiska ansatsen utgår från vilka faktorer som inverkar på en människas fysiska och psykiska hälsa eller vilka strategier som upprätthåller eller leder till fysisk och psykisk hälsa. En ständig växelverkan betonas mellan det fysiska och det psykiska i den miljö människan befinner sig. En störning i människans fysiska eller psykiska tillstånd behövs inte endast ses som ett symptom på sjukdom, utan kan även vara en sund reaktion som manar på handling. Genom att ha kontroll över de egna livsvillkoren bedöms det positivt gentemot hälsans utveckling. Den ekologiska ansatsen medför ett helhetssammanhang, en modell för att tänka hur hälsans olika dimensioner är beroende av varandra, samt att förbättra hälsan blir detsamma som att i handling skapa goda villkor för växelverkan mellan människans omgivning. Det integrerade synsättet medför till människan på så vis ett brett fält att agera på som subjekt för sin egen hälsa. Den ekologiska ansatsen ger därmed impulser till handling, men den medför ingen praktisk metod för att ge människan makt att främja sin hälsa och reagera offensivt på sina symptom (Lindén, 1991).

Den behavioristiska ansatsen

Behaviorism är läran om mänskligt beteende och den behavioristiska ansatsen fokuserar på hur en människas sätt att vara kan formas eller ändras. Behaviorismen fokuserar på en människas beteende, antingen friska eller sjuka och fokuserar därmed inte på hälsa eller sjukdom. Då ett beteende kan ändras kan människan påverkas att bete sig på ett sätt som främjar hälsan. Enligt behaviorismen är människan en föränderlig varelse och utifrån kännedom om vad som får människan att ändra sina beteenden går det också att få människa att göra sådana förändringar. Avspänningsövningar av olika slag som används för att motverka spänning och ångest bygger på behavioristisk grund (Tamm, 1994).

Den salutogena ansatsen

Utgångspunkten för den salutogena ansatsen är medicinsk sociologi och där teoretikern Antonovsky grundar den salutogena ansatsen utifrån frågan – ”hur kommer det sig att så många människor som utsatts för tillvarons alla påfrestningar, ändå förblir friska?” (Antonovsky, 1999, s. 7). Antonovsky utesluter ej hälsa och sjukdom från varandra utan ser dimensionen hälsa-ohälsa som ett kontinuum. Antonovsky utgår från ett salutogent perspektiv, det vill säga vad som orsakar hälsa, istället utifrån patogenes, det vill säga vad som orsakar sjukdom. Den salutogena synsättet fokuserar på det övergripande problemet att aktivt anpassa sig till en omgivning som är ofrånkomligen rik på stressorer, det vill säga riskfaktorer, och tänker i termer av faktorer som bidrar att upprätthålla människans position på kontinuet eller befrämjar en rörelse mot den friska poolen på kontinuet. Stressorerans inverkan ses inte som något nödvändigtvis patologiskt utan kan mycket väl vara hälsofrämjande beroende på typen av stressor. Antonovsky har formulerat begreppet och teorin *KASAM- känsla av sammanhang* som kärnan i svaret på den salutogenetiska frågan. *KASAM* bestäms av tre centrala komponenter; *begriplighet*, som innebär att det som händer en i livet går att förklara, *hanterbarhet*, som innebär att människan inte är ett offer för omständigheterna, utan själv kan påverka dem och *meningsfullhet*, som innebär att vissa problem och krav är värda att engagera sig i, samt olyckliga upplevelser görs till utmaningar som det gäller att göra det bästa av och söka mening i (Antonovsky, 1999).

Antonovsky sammanfattar *KASAM* med de tre centrala komponenter enligt följande:

... en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomträngande och varaktig, men dynamisk känsla av tillit till att;

- (1) de stimuli som härrör från ens inre och yttre värld under livets gång är strukturerade, förutsägbara och begripliga,
- (2) de resurser som krävs för att man ska kunna möta de krav som ställs på en finns tillgängliga, och
- (3) dessa krav är utmaningar, värda investering och engagemang.

(Antonovsky, 1999, s. 41).

Enligt Antonovsky ligger GMR (generella motståndsresurser) och GMB (generella motståndsbrister) till grund för en stark eller svag *KASAM*. Tillgången av GMR skapar en grund för att klara av påfrestningar och utgörs bland annat av personliga resurser i form av fysiska och psykiska resurser samt sociala resurser i form av relationer, makt och status. GMB utgörs däremot av stressorer i form av omvälvande livshändelser och vardagsproblem. GMR skapar eller förstärker därmed en stark *KASAM*. En människa med stark *KASAM* befäster eller förbättrar sitt hälsotillstånd genom sin förmåga att hantera spänning. Antonovsky menar att bara för att en människa har stark *KASAM* behöver den inte leva på ett sätt som enligt vad man vet är bra för hälsan, till exempel bra måltidsordning och regelbunden fysisk aktivitet, utan sådana beteenden bestäms i betydligt högre grad av socio-strukturella och kulturella faktorer. Dock menar Antonovsky att en människa med stark *KASAM* är mer benägna att korrekt identifiera det instrumentella problemet och dess utsträckningar, samt mer benägna att närma sig det som en utmaning, och mer benägna att ur sitt förråd av färdigheter välja de resurser som är ändamålsenliga för problemet och använda dem rationellt (Antonovsky, 1999).

2.2.3 WHO:s syn på begreppet hälsa

WHO (World Health Organisation) definierade år 1948 begreppet hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Det var en utveckling från tidigare synsätt och innebar ett hälsobegrepp, vilket omfattade mer än bara människans biologi. Enligt

denna definition är människan inte bara en biologisk, utan även en mental och social varelse. Hälsa definieras alltså här som ett tillstånd och kan även ses som ett slutmål. Denna definition används fortfarande och utöver den har WHO:s syn på begreppet hälsa efter hand utvecklats och vid WHO:s konferens i Ottawa år 1986 beskrevs hälsa inte bara som ett mål utan snarare som en resurs i det dagliga livet som bidrar till eller upprätthåller hälsa. Under Sundsvallskonferensen år 1991 utvecklade WHO definitionen av begreppet hälsa ytterligare genom att se hälsa som en resurs som erövrats genom att kontrollera eller bemästra sin livssituation, där resurser för att kunna nå mål i livet är jämförbara med andra resurser såsom bland annat utbildning, socialt nätverk och inkomst. Ansvar för hälsa som en resurs för människa ligger även hos gruppen och hos samhället. Människan ska ges möjlighet att kontrollera och bemästra sin situation och få möjlighet att ta makten över sitt liv. Vid WHO:s möte i Jakarta år 1997 uttrycktes att hälsa inte bara är en mänsklig rättighet, utan även är nödvändig för social och ekonomisk utveckling (Medin & Alexandersson, 2000).

2.3 Definition av begreppet hälsofrämjande

Enligt Medin och Alexandersson (2000) beskrivs begreppet hälsofrämjande ofta i termer som till exempel handlingar, tillstånd som kan botas, motarbetas, hjälpas eller främjas, mål, processer eller strategier på olika strukturella nivåer. Därmed finns en mångfald definitioner av begreppet hälsofrämjande. En definition som dock många refererar till är WHO:s definition av begreppet hälsofrämjande.

WHO:s definition av begreppet hälsofrämjande beskrivs som en process som ger människan möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den. För att nå ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande måste individen eller gruppen kunna identifiera sina strävanden och bli medvetna om dem, tillfredsställa sina behov och/eller bemästra miljön. Hälsa ska därför ses som en resurs i vardagslivet och inte som målet i tillvaron. Hälsa är ett positivt koncept som framhåller sociala och personliga resurser, såväl som fysisk kapacitet. Därför är hälsofrämjande inte bara hälsosektorns ansvar, utan det är även en hälsosam livsstil för en god hälsa (WHO, 1986).

I litteraturen framstår vissa begrepp angående hälsofrämjande som till exempel begreppen empowerment, coping, samverkan, prevention och stödjande miljöer mer centrala än vad andra hälsofrämjande begrepp gör (Medin & Alexandersson, 2000). Följande litteraturgenomgång avgränsas till att endast fokusera på begreppet empowerment, som enligt Nutbeam (1998) är en process genom vilken människan erhåller större kontroll över beslut och handlingar som påverkar hälsan.

2.3.1 Begreppet empowerment för att erhålla hälsa

Begreppet empowerment grundar sig på att, för att erhålla hälsa, måste människan skapa förändringar inte bara i sitt personliga beteende utan också i sina sociala situationer och i organisationer som påverkar människans liv. Personlig empowerment innebär att uppmuntra människan till att identifiera sina värderingar, behov och mål samt tillgångar denne har för att kunna lösa problem och nå mål. De fyra grundpelarna för empowerment är medvetenhet, frihet, val och ansvar. Medvetenheten är en hjälp för att göra goda val. Människan är både fri till att göra val och ta ansvar för de val som görs. Empowerment kan användas som en process för att utveckla kunskap, skickligheter, attityder och grader av självmedvetenhet, vilket är en förutsättning för att människan ska kunna ta ansvar för sina hälsorelaterade beslut. Processen ska uppmuntra människan att se till sina egna erfarenheter och reflektera över vad som har

fungerat och vad som inte har fungerat för dem. Människan ska undersöka och reflektera över viktiga problem i sitt liv samt även tillämpa nyupptäckta tillgångar och bedöma sin utveckling (Feste & Anderson, 1995). Lindén (1991) använder begreppet maktmobilisering som en benämning för empowerment. Lindén menar att det är en strukturellt betingad vanmakt som blockerar handlingsförmågan. Genom att stanna i självanklagelser vänder kraften inåt och binder energi. Genom att istället vinna självtillit, erövra ett gruppmedvetande (en social tillhörighet) och att överta ett ansvar för förändring vänder kraften utåt och frigör energi. Så ökar handlingsförmågan och det är dit empowerment strävar.

2.4 Människans fysiska och psykiska hälsa

Enligt "Folkhälsorapporten 2005" har levnadsvanor angående alkohol, tobak, mat och fysisk aktivitet stor betydelse för människans fysiska och psykiska hälsa. Levnadsvanorna är en del av livsstilen och livsstilen är i sin tur ett uttryck för hur människan väljer att leva utifrån sin livssituation. Livsstilen ger ett uttryck för människans identitet och sociala tillhörighet (Socialstyrelsen, 2005). I den "Nationella folkhälsoenkäten 2004" belyses hälsorelaterade levnadsvanor i form av riskkonsumtion av alkohol, daglig rökning, fetma, stillasittande fritid samt ett litet intag av frukt och/eller grönsaker. 47 procent av den svenska befolkningen mellan 18 och 84 år hade ingen av hälsoriskerna, 33 procent hade en och 20 procent hade två till fem av hälsoriskerna. Det var vanligare bland arbetare, dem med kort utbildning, samt dem med utsatt ekonomi att samtidigt ha två till fem av de studerade riskrelaterade levnadsvanorna. De som hade en eller flera av de fem studerade riskrelaterade levnadsvanorna uppgav i betydligt mindre omfattning ett bra allmänt hälsotillstånd, till skillnad från dem som inte hade någon av de studerade hälsoriskerna. Angående övervikt och fetma fanns år 2004 i Sverige cirka 3 miljoner personer i åldrarna 18 till 84 år som led av övervikt eller fetma. Övervikt var betydligt vanligare bland män än bland kvinnor, men fetma var däremot lika vanligt bland män och kvinnor. De som hade en eller flera av de studerade levnadsvanorna hade också i betydligt större omfattning rapporterat att de hade en nedsatt psykisk hälsa i form av svåra sömnbesvär, ångslan, oro, ångest, stress och nedsatt psykiskt välbefinnande, vilket var mest förekommande bland unga kvinnor (Boström & Nykvist, 2004).

Enligt Medin och Alexandersson (2000) kan hälsa ses som en kontinuerlig process som underhålls, förbättras eller försämras genom interaktion mellan till exempel andra människor, individens livsvillkor eller samhälle, men oftast är det en omedveten process som påverkas av miljö samt verksamma eller utlösande faktorer. Enligt Hassmén, Hassmén och Plate (2003) påverkas hälsan utifrån såväl riskfaktorer som friskfaktorer. Riskfaktorer är till exempel fysisk inaktivitet, rökning och felaktigt sammansatta måltider, medan friskfaktorer utgörs av till exempel fysisk aktivitet, fiberrik och näringsriktig kost, samt balans mellan arbete och återhämtning. Följande litteraturgenomgång kommer att fokusera på friskfaktorer som matens och den fysiska aktivitetens betydelse för hälsan.

2.4.1 Matens betydelse för den fysiska och psykiska hälsan

Enligt Hassmén m.fl. (2003) kan mat utgöra såväl en riskfaktor som friskfaktor för hälsan. Utifrån att människan behöver energi i form av mat för de inre organens aktivitet, för tillväxt och för fysisk aktivitet så är *vad*, *när* och *hur ofta* en människa äter ytterligare aspekter som har stor betydelse för hälsan (Nordiska ministerrådet, 2004).

Positiv och negativ energibalans

Angående *vad* en människa äter kan det leda till såväl positiv som negativ energibalans. Energin som människan utnyttjar finns lagrad i maten i form av kolhydrat, fett och protein. För att människan skall kunna tillgodogöra energin bryts kolhydrat, fett och protein ned i mindre enheter i mag-tarmkanalen. Vid positiv energibalans överstiger energiintaget energiförbrukningen och energin lagras, vilket medför framförallt en ökning av kroppens fettinnehåll. Kroppens förmåga att lagra kolhydrater och proteiner är begränsad, medan kroppen i princip kan lagra obegränsade mängder fett. Ett energiöverskott leder till viktökning framförallt om energin kommer från fett, bland annat eftersom fett innehåller nästan dubbelt så mycket energi per gram i jämförelse med kolhydrater och protein. Vid negativ energibalans överstiger energiförbrukningen energiintaget, vilket medför tillstånd av fasta och svält. Vid sådana situationer prioriteras behovet av energi och de kroppsegna lagren används som energikälla (Abrahamsson m.fl., 1999).

Måltidsordning

Angående *när* och *hur ofta* en människa äter är behovet av många eller få mål mat om dagen beroende på måltidens energitäthet och människans energiförbrukning. Människor som äter mat med låg energitäthet samt fiberrik mat kräver större portioner och måltider oftare än vad människor som äter mat som har hög energitäthet. Det kan finnas ett samband mellan hur ofta en människa äter och dennes vikt. Till exempel genom att äta ofta kan det förebygga att vissa människor överäter på grund av stora hungerkänslor följt av långa tidsintervaller mellan måltiderna, men å andra sidan kan varje ättillfälle för vissa människor medföra en risk för överätning och en förlorad kontroll av matintaget (Nordiska ministerrådet, 2004). En brittisk studie visade att oregelbundna måltider kan leda till en grad av insulinresistens och högre fastenivå av blodfetter (Farshchi, Taylor & Macdonald, 2004). Insulinresistens och höga blodfetter är riskfaktorer bland annat till att utveckla tillstånd och sjukdomar som metabola syndrom, typ 2-diabetes och kardiovaskulära sjukdomar (Abrahamsson m.fl., 1999). En regelbunden måltidsordning skulle därmed optimera fett och kolhydratmetabolismen och förbättra insulinkänsligheten samt reducera total och LDL-kolesterolet (Farshchi, Taylor & Macdonald, 2004). Nordiska ministerrådet (2004) föreslår att det dagliga mat- och energiintaget skulle kunna fördelas på följande sätt;

Frukost	20-25 %
Lunch	25-35 %
Middag	25-35 %
1-3 Mellanmål av god näringskvalité	5-30 % av det totala

(Nordiska ministerrådet, 2004, s. 95).

Frukost rekommenderas inom 1 till 2 timmar efter nattlig fasta, lunch rekommenderas före metabolismens högsta punkt på eftermiddagen och middag, kvällsmål rekommenderas inte senare än 1 till 2 timmar före läggdags (Nordiska ministerrådet, 2004).

Sambandet mellan intag av mat och kroppens psykiska funktioner

Angående sambandet mat och kroppens kognitiva funktioner kan ett bristande intag av vitaminer och mineraler i ett långtidsperspektiv försvaga hjärnfunktion samt fysiska och psykiska beteenden. Kortsiktiga alternativa näringsintag, det vill säga kortsiktigt intag av en specifik diet kan påverka funktioner som vakenhet, lärandet, minnet och humör (Nordiska ministerrådet, 2004). En brittisk studie undersökte sammankopplingar mellan stress i arbetet och nutritionsstatus i relation till återhållsamma ätare. Resultatet visade att intaget av energi,

fett och socker ökade under perioder av hög stress i arbetet till skillnad från perioder med låg stress i arbetet. Det kan medföra att om stress i arbetet sträcker sig över lång tid eller är ofta förekommande kan det resultera i ogynnsamma ändringar beträffande mat som sannolikt bland annat ökar risken för viktuppgång och risk för kardiovaskulära sjukdomar. Till skillnad från icke-återhållsamma ätare visade återhållsamma ätare en respons på överätning vid stress i arbetet. Det visar att återhållsamma ätare speciellt är utsatta för ogynnsamma hälsoeffekter på grund av att stress som en riskfaktor inverkar på intaget av mat (Wardle, Steptoe, Oliver & Lipsey, 2000).

2.4.2 Befolkningens matvanor och näringsintag

Utifrån bland annat att det i Sverige knappt förekommer några brister av vitaminer, mineralämnen eller protein menar Becker och Pearson (2002) att människor i Sverige i genomsnitt har goda matvanor. Undantag är dock kvinnor som genomsnittligt får i sig för lite av vitaminer och mineralämnen som folsyra och järn. Dock visar den ökande förekomsten av övervikt och fetma på bristande matvanor med för höga energiintag i förhållande till energiförbrukningen. Av den vuxna befolkningen äter 80 procent för mycket fett, 96 procent för mycket mättat fett, 90 procent mindre kostfiber än rekommenderat och hälften av den vuxna befolkningen äter för mycket raffinerat socker. Den nationella kostundersökningen "Riksmaten 1997-98", vilken enbart omfattar vuxna 18 till 74 år, visar att i vissa avseenden skiljer sig matvanor mellan olika åldrar. Äldres matvanor påvisar många positiva drag i jämförelse med yngre vuxna. Äldre äter mer av "traditionella" livsmedel såsom potatis och rotfrukter, fisk, inälv- och blodmat, gröt och kaffebröd än yngre gör, som i sin tur äter och dricker mer "moderna" livsmedel såsom pasta, ris, pizza, godis, nötter och snacks samt läsk och juice (Becker & Pearson, 2002).

En av de indikatorer på goda matvanor som pekats ut inom ramen för nationella mål för folkhälsan är att befolkningen i snitt ska äta minst fem frukter och/eller grönsaksportioner per dag (Boström & Nykvist, 2004). Enligt "Riksmaten 1997-98" äter äldre mer frukt och grönsaker än yngre (Becker & Pearson, 2002). Det går i linje med den "Nationella folkhälsoenkäten 2004" som påvisar att de som äter minst mängd frukt och grönt är de som är 18 till 29 år. Den "Nationella folkhälsoenkäten 2004" konstaterar även att det var betydligt vanligare att äta lite frukt och grönsaker bland arbetare och dem med kort utbildning (Boström & Nykvist, 2004). Det går i linje med "Riksmaten 1997-98" som visar att högskolebildade män i allmänhet har bättre matvanor än lågutbildade. Män med universitets- eller högskoleutbildning äter till exempel mindre mängd smör på smörgåsen, mindre mängd läsk, mer grönsaker och mer juice än de med folkskole- eller grundskoleutbildning. Dock äter män med folkskole- eller grundskoleutbildning mer potatis, pannkaka och mindre glass. Till skillnad från männen var de påvisade skillnaderna i matvanor mindre bland kvinnor (Becker & Pearson, 2002).

"Svenska skolbarns hälsovanor 2005/2006", en rapport som bygger på uppgifter insamlade från 11-, 13- och 15-åringar visade att andelen som äter frukost minskar med åldern och mest bland flickorna. Utifrån svar om dagligt intag av frukt, grönsaker, godis och läsk visades även att matvanor förändras och försämras med åldern. Även en studie av Post-Skagård m.fl., (2002) visade bland annat att matvanor förändras med åldern. Studiens syfte var bland annat att undersöka utvecklingen av svenska ungdomars matvanor över ett tidsintervall från 15 till 21 års ålder. Studien visade få skillnader i konsumtionen av mat mellan åldrarna 15 och 17. Dock minskade ungdomarnas konsumtion av smörgåsfett, mjölk, bröd, potatis, morötter, korv, kaffebröd och glass mellan 15 och 21 års ålder. Däremot ökade konsumtionen av pasta

och grönsaker från 15 till 21 års ålder. Angående måltidordning visade undersökningen att frukost intogs 90 % av ungdomarna fem dagar i veckan eller mer för samtliga åldrar i det studerade tidsintervallet. Lunch intogs 4 till 5 gånger i veckan. Angående intag av middag/kvällsmål minskades intaget bland flickor i det studerade tidsintervallet. Post-Skagård m.fl. menar att ungdomarnas förändringar av sina matvanor anses bero på två faktorer, dels att nya trender angående konsumtionen av mat utvecklats i samhället och dels att olika förändringar av livsstilsfaktorer förekommer under ungdomsåren vilket även inkluderar matvanor. Det är sannolikt att förändringar av matvanor mellan åldrarna 17 och 21 är större än mellan åldrarna 15 och 17, bland annat för att mellan åldrarna 17 och 21 utvecklar ungdomarna sina egna livsvanor. Post-Skagård m.fl. menar vidare att det är tillmötesgående att ungdomar under dessa åldersperioder är beredda att förändra sina matvanor i olika riktningar. Om ungdomarna förstår fördelarna av hälsosamma matvanor skulle hälsofrämjande program i skolan och i samhället få en bättre tillämpning.

2.4.3 Fysiska aktivitetens betydelse för den fysiska och psykiska hälsan

I "Folkhälsorapporten 2005" definieras fysisk aktivitet som all typ av rörelse som ger ökad energiomsättning och omfattar all form av muskelaktivitet (Socialstyrelsen, 2005). Rekommendationer av fysisk aktivitet för vuxna är 30 minuter per dag. Det kan även delas in i kortare intervaller under dagen som varar till exempel under 10 minuter. Vid förebyggande av viktuppgång kan dock 60 minuters fysisk aktivitet med moderat och/eller kraftig intensitet rekommenderas (Nordiska ministerrådet, 2004). Den rekommenderade fysiska aktiviteten på 30 minuter per dag utgör basaktivitet och kan bland annat bestå av promenader, gång i trappor, hushållsarbete och trädgårdsarbete. Utifrån bland annat behov, fysisk form och hälsotillstånd rekommenderas även utöver basaktivitet träning av kondition 3 till 5 gånger per vecka, samt träning av styrka 2 till 3 gånger per vecka (Henriksson, 2004). Motion definieras i "Folkhälsorapporten 2005" som medveten fysisk aktivitet med viss avsikt, som till exempel att ge ökat välbefinnande, en bättre hälsa eller att det är skönt och roligt att röra på sig (Socialstyrelsen, 2005).

Fysiska aktivitetens fysiologiska hälsoeffekter

Människokroppen är byggd för rörelse och de flesta av kroppens organ och vävnader påverkas positivt av att kroppen regelbundet får arbeta. Med hjälp av motion och fysisk aktivitet kan olika sjukdomar förebyggas och/eller behandlas. De effekter kroppen får av fysisk aktivitet är till exempel att hjärtat blir större och starkare, vilket medför att mängden blod som hjärtat pumpar ut i varje slag ökar. Gällande blodkärlen så ökar den inre volymen i de större artärerna och de mindre artärerna får lättare att utvidga sig, vilket medför att blodtrycket sänks. Sammansättningarna av blodfetter bli mer hälsosam av fysisk aktivitet, vilket medför att det goda kolesterolet, HDL-kolesterolet ökar och nivåerna av triglycerider och LDL-kolesterolet, det onda kolesterolet, minskar. Angående muskelcellen ökas insulinkänsligheten, vilket leder till att insulinhalten i blodet sänks. Det är bra för hälsan på sikt, eftersom ett lågt insulinvärde bland annat motverkar fettbildning (Henriksson, 2004).

Enligt Henriksson (2004) kan övervikt, stillasittande och stress leda till ett tillstånd av metabolt syndrom. Abrahamsson m.fl., (1999) definierar metabolt syndrom som en benämning på förändringar och åkommor som kan inträda innan en sjukdom uppkommer och kan innebära fetma, högt blodtryck, insulinresistens och höga blodfettshalter. Enligt Henriksson (2004) kan fysisk aktivitet både användas som en förebyggande åtgärd och behandling för ett sådant tillstånd. Tillsammans med hälsosam mat, mindre stress och ökad fysisk aktivitet reduceras riskerna för att utveckla fysiologiska förändringar och åkommor.

Fysisk aktivitet kan förhindra de flesta komponenterna i det metabola syndromet, såväl insulinresistens, bukfetma, blodfettssrubning som högt blodtryck.

Enligt ”Nationella folkhälsoenkäten 2004” var värk i skuldror, nacke eller axlar mest förekommande bland kvinnor i åldrarna 18 till 64 år. Bland männen förekom mest ischias, värk i rygg eller höfter (Boström & Nykvist, 2004). Genom att regelbundet promenera, simma, cykla och röra på sig på andra sätt reduceras riskerna att få värkbesvär. Människor som är regelbundet fysiskt aktiva har en högre smärttolerans än människor med låg fysisk aktivitet (Börjesson, Karlsson & Mannheimer, 2004). Enligt Linton och van Tulder (2000) tyder tillgänglig data på att fysisk aktivitet är en effektiv åtgärd för att förebygga rygg- och nackont, genom att fysisk aktivitet bland annat kan medföra att ryggmusklerna stärks, bålens rörlighet ökar, samt att blodtillförseln till ryggradens muskler, leder och diskar ökar, vilket kan minska risken för vävnadsskada. Dock är flertalet undersökningar metodologiskt bristfälliga och de påvisade effekterna blygsamma. Riskfaktorer kan vara specifika från en människa till en annan. En viss riskfaktor som låg muskelstyrka kan vara mycket viktig för en människa men inte för en annan. Därför kan fysisk aktivitet vara en verksam förebyggande åtgärd för vissa människor men verkningslös för andra.

Fysiska aktivitetens psykologiska hälsoeffekter

Förutom att fysisk aktivitet kan medföra fysiologiska hälsoeffekter finns det idag ett antal hypoteser att fysisk aktivitet även kan medföra psykologiska hälsoeffekter. Enligt Kjellman (2003) har flera stora studier visat att fysisk aktivitet och ökad fysisk förmåga ger en positiv effekt på den psykiska hälsan och välbefinnandet. I behandlingsstudier har det dock varit svårt att finna ett klart samband mellan behandlingseffekten vid depression och förbättringen av den fysiska förmågan. I en artikel av Salmon (2001) diskuteras de möjliga psykologiska mekanismerna, där fysisk aktivitet anses otvivelaktigt medföra ett medel för flera ickespecifika terapeutiska processer som innefattar psykologiska fördelar för ett psykologiskt upprustande samt ökad självkontroll och social integrering. Huvudeffekten av fysisk aktivitet anses vara att människan blir mer motståndskraftig mot stress.

2.4.4 Befolkningens fysiska aktivitet och motionsvanor

Enligt den ”Nationella folkhälsoenkäten 2004” var 58 procent av männen och 54 procent av kvinnorna fysiskt aktiva mer än 30 minuter per dag och det var 34 procent av männen och 27 procent av kvinnorna som var fysiskt aktiva minst 60 minuter per dag (Boström & Nykvist, 2004). Angående befolkningens motionsvanor uppgav i början av 80-talet 47 procent av männen och 43 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16 till 74 år att de motionerade regelbundet på fritiden. Utifrån resultatet från den ”Nationella folkhälsoenkäten 2004” har därmed motionsvanorna sedan början av 1980-talet förbättrats (Socialstyrelsen, 2005). Dock lever människan enligt ”Folkhälsorapporten 2005” idag i en miljö som motverkar fysisk aktivitet och istället uppmuntrar till stillasittande (Socialstyrelsen, 2005). Den fysisk inaktivitet uppskattas stå för 4 procent av den totala sjukdomsburden (Allebeck, Moradi & Jacobsson, 2006). Enligt den ”Nationella folkhälsoenkäten 2004” var det vanligast bland arbetare och ekonomiskt utsatta att ha en stillasittande fritid och det var även dubbelt så vanligt att vara stillasittande på fritiden bland dem som hade kort utbildning jämfört med dem med lång utbildning (Boström & Nykvist, 2004).

2.5 Teoretisk ram

För att kunna utveckla en teoretisk förankring belyser litteraturgenomgången begreppen *inre* och *yttre kontrollokus* samt *självvärderad hälsa* utifrån beteendevetenskapen.

2.5.1. Inre och yttre kontrollokus

Begreppet *locus of controll* (*kontrollokus*) har utvecklats inom den sociala inlärningsteorin (Lefcourt, 1976). Inom den sociala inlärningsteorin studeras personlighet genom att undersöka interaktionen med människan och dess omgivning. Beteenden i olika situationer kommer att bli olika, fastän med en gradient av generalisering från en situation till en annan. *Kontrollokus* kan ses som en identifiering av förväntningar av att förstärkningar ska uppstå. Inre och yttre kontrollokus hänvisar till den grad vilken en människa förväntar att en förstärkning eller att ett resultat av dennes beteende beror på sitt eget beteende eller personliga karaktär. Graden vilken en människa förväntar förstärkningen eller ett resultat beror på slumpen, tur, ödet, kontroll av annat kraftfullt eller är oförutsägbart (Rotter, 1989). En människa som sägs ha yttre kontrollokus känner och tror att sitt liv samt vad som händer i stor utsträckning beror på externa, yttre faktorer som ödet, tur/otur, slumpen, viktiga människor och okontrollerbara krafter. En människa med yttre kontrollokus förlägger därmed orsaken till ett resultat utanför sin egen kontroll. En människa som sägs ha inre kontrollokus ser istället framgångar och misslyckande som ett resultat av främst egna förmågor, handlingar och ansträngningar. En människa med inre kontrollokus känner därmed i större utsträckning att den har kontroll över förstärkningarna och belöningarna i sitt liv (Hassmén m.fl., 2003).

Studier har visat att människor med inre kontrollokus verkar vara mer uppmärksam till relevant information och använder den tillhandhållna informationen till skillnad från vad människor med yttre kontrollokus gör. Det har även visats sig skilja mellan människor med olika kontrollokus utifrån upplevelser av ansträngning vid fysiskt arbete. Människor med inre kontrollokus har visat sig vara bättre på att lyssna på kroppen signaler och därmed visat sig vara bättre på att uppskatta ansträngningen i relation till den fysiska belastningen. Till skillnad från människor med yttre kontrollokus som speciellt vid större fysiska belastningar istället verkar överskatta sin ansträngning (Hassmén & Koivula, 1996). Kategoriseringen av människors kontrollokus ska inte ses som en dikotom variabel, det vill säga att en människa endast kan ha antingen inre eller yttre kontrollokus utan kategoriseringen ska snarare betraktas utifrån ett kontinuum (Hassmén m.fl., 2003).

Kontrollokus har med tiden utvecklats som mätskala. Mätinstrumentet, "*Multidimensionella Health Locus of Control- skalan*" (MHLC), utvecklades av Wallston m.fl, för att mäta förväntningar till hälsa. MHLC- skalan mäter generaliserad tro på förväntningar med hänseende på hälsa utifrån tre skalor. Den första skalan mäter vilken omfattning människan tror att sin hälsa är resultat av sina egna handlingar (IHLC: "*Internal Health Locus of Control*"). Den andra skalan mäter vilken omfattning människan känner att sin hälsa är kontrollerad av viktiga människor såsom läkare eller familjemedlemmar (PHLC: "*Powerful Others Health Locus of Control*"). Den tredje och sista skalan mäter omfattningen vilken människan tror att sin hälsa beror på slumpen eller ödet (CHLC: "*Chance Health Locus of Control*"). Mätinstrumentet byggs upp av olika påståenden utifrån de tre skalorna, vilken respondenterna instämmer eller tar avstånd ifrån med hjälp av en sexgradig likert-skala (*I = tar helt avstånd, 6 = instämmer helt*). Det innebär en spridning på mellan 6 och 18 poäng, där höga poäng innebär en hög grad av karaktäristika på respektive skala (Norman & Bennett, 1995).

En brittisk undersökning genomfördes för att fastställa sambandet mellan bland annat kontrollokus och tio hälsorelaterade beteenden bland 7115 stycken universitetsstudenter i åldrarna 18 till 30 år i 18 europeiska länder, där bland annat studenter från Sverige ingick. De tio hälsorelaterade beteendena var; utövandet av fysisk aktivitet, rökning, alkoholkonsumtion, intag av frukost, borstning av tänder, användning av bilbälte, samt konsumtion av fett, fibrer och salt. Hypotes för undersökningen var att IHLC förväntades att påverka beteenden, som till exempel konsumtion av fibrer, undvikande av fett och borstning av tänder, som till största del står till grund för att bibehålla hälsa, men förväntades att ha mindre inflytande på beteenden, som till exempel utövandet av fysisk aktivitet, rökning och alkoholkonsumtion som bestäms och påverkas av ett stort antal faktorer. Tron på CHLC förväntades att relatera negativt till beteenden, som till exempel att äta hälsosamt, för att bibehålla hälsa och associera positivt till beteenden som till exempel rökning, alkoholkonsumtion och ingen användning av bilbälte som påverkar hälsan negativt. PHLC intar en mer tvetydig position, å ena sidan skulle människor med tro på PHLC inom hälsa förväntas att följa allmänna hälsorekommendationer, men å andra sidan skulle sådana människor vidta färre försiktighetsåtgärder gällande hälsosamma beteenden på grund av tron att hälsoproblem som uppstår kan effektivt åtgärdas av sjukvårdspersonal. Resultaten visade att sambandet mellan kontrollokusskalan och beteenden var liten och svarade för en liten spridning. Sambanden med beteenden som framträdde i studien var oberoende av IHLC, PHLC och CHLC. Detta påvisar värdet av multidimensionella angreppssätt och bekräftar att delningen inre och yttre kontrollokus inte inbegriper alla nyanser av tron på kontroll. Kontrollokus är en konstruktion för generella samband till hälsa. Fördelen med att studera generaliserade konstruktioner är att de hjälper till att beskriva människors förfoganden till hälsofrämjande livsstilar snarare än att fokusera på enstaka hälsobeteenden (Steptoe & Wardle, 2001).

2.5.2 Självvärderad hälsa

En viktig indikator på människors hälsa är den självskattade hälsan och hur människor värderar sin hälsa kan ha betydelse för deras hälsobeteende (Danielsson, 2006; AbuSabha & Achterberg, 1997). I undersökningar har självvärderad hälsa visat sig vara viktigt för att förutse såväl framtida sjukdomar som dödlighet (Medin & Alexandersson, 2000). Enligt Norman och Bennett (1995) anser forskare att många studier med kontrollokus är ofullständiga eftersom värdet människor upplever sin hälsa inte uppmärksammas. Enligt den sociala inlärningsteorin är beteenden en funktion av tron på förväntningar, (till exempel kontrollokus) och värdet anslutet till ett visst resultat (till exempel värdering av hälsa). Därför anser många forskare att det är viktigt att överväga kontrollokusets påverkan på tron i förbindelse med värdet som placeras på hälsan. Studier har visat att människor som värderat sin hälsa högt har haft signifikant korrelation mellan inre kontrollokus och ett hälsobeteende. De människor som har haft stark inre kontrollokus och värderat sin hälsa högt har ägnat sig åt fler hälsofrämjande beteenden (Norman & Bennett, 1995).

2.6 Beskrivning av omvårdnadsprogrammet

Målgruppen för den kommande undersökningen i magisteruppsatsen är elever som läser omvårdnadsprogrammet, därav följer en beskrivning av utbildningen.

Omvårdnadsprogrammet är en treårig gymnasial utbildning och enligt program mål (SKOLFS 1999:12) är syftet med programmet att ge grundläggande kunskaper för att arbeta i

verksamheter inom hälso- och sjukvård samt vård och omsorg. Programmet syftar även till att ge en grund för ett fortsatt lärande i arbetslivet och för vidare studier (Skolverket, 2000).

Enligt programmålen skall skolan bland annat ansvara för att eleverna vid fullföljd utbildning:

- ”har kunskap om människan och hennes livslopp ur biologiska, psykologiska, sociala och existentiella aspekter,
- kan främja människors hälsa och egenvård genom stödjande åtgärder och information,
- har insikt om vad som påverkar och styr mänskliga relationer,
- har kunskaper om faktorer som påverkar hälsa och säkerhet och har kännedom om hur arbetsmiljöfrågor hanteras inom berörda verksamheter samt kan verka för en god fysisk och psykosocial arbetsmiljö.”

(Skolverket, 2000, s 10).

Ett stort utrymme har lämnats till lärarnas professionella förmåga att omtolka program mål och kursplaner till konkret undervisning. Därför är abstraktionsnivån generellt hög och betoningen ligger på formulerade mål (Skolverket, 2000). Kunskapsområdet hälsa har tidigare funnits med både som ämne och kurs i Omvårdnadsprogrammets kursplaner, men togs bort i den reviderade kursplanen från år 2000. I nuvarande kursplan finns hälsa med som ett program mål och som ett av målen för kursen *Vård och omsorgsarbete* (Enheten för styrdokument, 2005). Målet för kursen *Vård och omsorgsarbete* är följande ”*ha kunskap om att förstå hälsobegrepp som utgångspunkt för arbete inom vård och omsorg samt ha erfarenhet av handlingar för att upprätthålla hälsa*” (Skolverket, 2000, s 69). Dock verkar idag alltfler skolor i landet se vikten av en hälsosatsning och profilerar sig således för hälsa och friskvård med lokalt utformade kurser som till exempel massage, styrketräning och kroppshälsovård. Enligt Skolverkets statistik har också valbara kurser i form av *Folkhälsokunskap* och *Alternativmedicin* erbjudits på många av landets skolor. Kursen *Folkhälsokunskap* behandlar bland annat övergripande faktorer på global och nationell nivå som påverkar hälsan för olika grupper och kursen *Alternativmedicin* behandlar alternativa behandlingsmetoder samt klargör skiljelinjer mellan alternativa behandlingsmetoder och skolmedicinska behandlingsmetoder (Enheten för styrdokument, 2005)

Från och med 1 januari, 2007 kommer en förordning om särskilda program mål för gymnasieskolans nationella program att träda i kraft. Äldre bestämmelser skall dock tillämpas på utbildning som har påbörjats före den 1 juli 2007. För omvårdnadsprogrammet innebär förordningen bland annat att eleven under utbildningen skall utveckla kunskap om vikten av livsstilens betydelse för egen och andras hälsa. Därmed utvecklas kunskap om hälsobefrämjande faktorer, där sambandet mellan kost, matvanor, fysisk aktivitet och hälsa är centralt (Statens skolverks författningssamling 2006:12, 2006)

3. Syfte

Syftet är att undersöka hur elever på omvårdnadsprogrammet förhåller sig till hälsa och hälsobeteenden för att kunna främja sin hälsa i sin framtida yrkesroll inom vård och omsorg.

3.1 Frågeställningar

Frågeställningar som kommer att undersökas är:

- Hur definierar eleverna begreppet hälsa?
- Hur värderar eleverna sin egen hälsa?
- I vilken utsträckning anser eleverna att de kan påverka sin hälsa?
- Hur ser elevernas hälsobeteenden ut med fokus på levnadsvanor angående mat, motion samt eventuella användning av tobak?
- Är eleverna medvetna om betydelsen av mat, motion och tobak för hälsan?

3.2 Avgränsning

Hälsobeteenden kan innefatta många levnadsvanor som till exempel mat-, motions-, tobaks-, alkohol-, drog- och stressvanor. Undersökningen avgränsas till att endast undersöka elevernas levnadsvanor angående mat, motion och tobak.

4. Metod

En kvantitativ undersökning genomfördes i form av en enkät. Fördelen med att använda enkät som metod är att ett förhållandevis större urval kan erhållas till skillnad från en intervju. En annan fördel är att alla frågor och svarsalternativ kan presenteras på samma sätt för alla respondenter och därmed elimineras risken att respondenterna påverkas av intervjuarens sätt att ställa frågor (Ejlertsson, 2005). Här följer en beskrivning av hur urvalet gick till, enkätens design, genomförandet, samt hur materialet bearbetades och analyserades.

4.1 Urval

Undersökningen genomfördes på ett omvårdnadsprogram på ett gymnasium, som är beläget i södra Sverige i en kommun med cirka 38 000 invånare, där ungefär 20 procent av invånarna är av utländsk börd. På omvårdnadsprogrammet arbetar en bekant till mig som lärare. Kontakt via telefon togs med läraren som efter kontakt med rektor och andra lärare på skolan godkände genomförandet av en enkätundersökning. Skolan profilerar sig som ett hälsogymnasium och under det första året på utbildningen deltar eleverna i ett friskvårdsprojekt vars syfte är att motivera eleverna till en sund livsstil med innehåll som rörelse, kost och avspänning. Friskvårdsprojektet började genomföras under vårterminen 2005 och bakgrunden till friskvårdsprojektet är bland annat att eleven i sitt framtida arbete inom vård och omsorg kommer att använda sig själv som ”instrument” och därför handlar stora delar av utbildningen om att utveckla eleven. Eleven behöver komma till insikt om sin livssituation, sitt beteende och vilja den förändring som behovet skapar och som ska bli bestående. För att kunna förstå och hjälpa/handleda och relatera till andra krävs det att eleven förstår, kan hjälpa/handleda och relatera till sig själv. Friskvårdsprojektet genomförs ämnesövergripande i kurserna *Datorkunskap*, *Eстетisk verksamhet*, *Idrott och hälsa*, *Omvårdnad*, *Samhällskunskap* och *Svenska A*. Friskvårdsprojektet utgörs av konditionstest, genomgång av kompetensområden, egen hälsoprofil, hälsodagbok (innehållande kost, motion, sömn, fritidsintressen och pulsmätning), bevakning av media, litteraturstudier (fakta och skönlitteratur), film med uppföljande diskussion, daglig promenad minst 20 minuter, motion och rörelse i valfri form samt ”skolfrukost” i anslutning till en gemensam promenad 1 dag per vecka. Fortsatt hälsoperspektiv följer därefter hela utbildningen med fördjupande insatser i lämpliga kurser som till exempel *Alternativ medicin* och *Folkhälsokunskap*. Till skillnad från eleverna i år 2 och år 3 hade eleverna i år 1 inte påbörjat friskvårdsprojektet vid tiden för enkätgenomförandet.

Omvårdnadsprogrammet består av tre klasser med totalt 86 elever på skolan där år 1 utgörs av två klasser med 20st elever i vardera klass, år 2 av 24st elever och år 3 av 22st elever. Vid den aktuella dagen för enkätgenomförandet var en av klasserna i år 1 ej närvarande på skolan, på grund av att eleverna genomförde en arbetsplatsförlagd utbildning, vilket medförde ett bortfall på 20st elever. Då eleverna ej skulle närvara i skolan på ett antal veckor räknades de bort från undersökningen, då genomförandet av enkät hade en viss tidsbegränsning. Av skolans elever som ingick i enkätgenomförandets tidsram besvarade totalt 52st elever enkäten, varav 14st besvarade enkäten i år 1, 20st i år 2 och 18st i år 3. Det motsvarar en svarsfrekvens på 79 %. För att inte kunna identifiera någon av eleverna, redovisas ej resultaten separat för könen, då majoriteten av elever utgörs av flickor.

4.2 Enkätdesign

Enkäten var standardiserad och var till största del strukturerad av frågor med fasta svarsalternativ (se bilaga). Undantag var dels fråga 3 hur eleverna definierar begreppet hälsa som hade ett öppet svarsalternativ för att ge eleverna utrymme att svara med egna ord, samt dels fråga 2 hur eleverna värderar sin hälsa som hade ett fast svarsalternativ, men följdes upp med en ”varför”- fråga för att även här ge utrymme för eleverna att svara med egna ord (Patel & Davidson, 2003). Beträffande frågornas utformning så innehöll enkäten två delområden hälsa och hälsobeteenden. Därmed innehöll enkäten frågor som handlade om dels hälsa och dels hälsobeteenden med fokus på elevernas levnadsvanor angående mat, motion samt eventuella användning av tobak.

4.2.1 Frågor om hälsa

En viktig indikator på människors hälsa är den självskattade hälsan (Danielsson, 2006). Med anknytning till det ställdes fråga 2 hur eleverna tycker att deras hälsa är. För att få reda på hur eleverna förhåller sig till begreppet hälsa ställdes fråga 3 hur eleverna definierar begreppet hälsa och vad hälsa innebär för dem. För att få ytterligare aspekter av elevernas syn på hälsa användes vid fråga 8 en omarbetad version av Ewles och Simnetts (1994) övning ”Vad innebär begreppet hälsa för dig”?, vars påståenden identifierar ett antal olika dimensioner i hälsobegreppet; *fysisk, psykisk, emotionell, social, andlig* och *samhällsbetingad hälsa*. Fråga 2 hur eleverna värderar sin hälsa, samt fråga 5 angående elevernas självupplevda symtom av somatiska och psykiska besvär är hämtade med viss modifiering från undersökningen ”Skolbarns hälsovanor” (Danielsson, 2006). Fråga 4 avser elevernas *kontrollokus* och baseras på en kortare version av MHLC- skalan utvecklad av K.A. Wallston och beskrivs i ”Predicting health behaviour” (Norman & Bennett, 1995). Mätinstrumentet används för att mäta förväntningar till hälsa och utgör en likert-skala som byggs upp av olika påståenden utifrån tre olika skalor, vilken respondenterna instämmer eller tar avstånd från med hjälp av sexgradig skala. Den kortare versionen innehåller tre påståenden från varje skala. Enkätens påståenden är en egen översättning från engelska till svenska, varav enkätpåstående 6, 7, 9 utgör skalan IHLC: *Internal Health Locus of Control*, enkätpåstående 2, 3, 4 utgör skalan PHLC: *Powerful Others Health Locus of Control* och enkätpåstående 1, 5, 8 utgör skalan CHLC: *Chance Health Locus of Control* (ibid).

4.2.2 Frågor om hälsobeteenden

Fråga 9-19 om elevernas matvanor baseras bland annat på Nordiska ministerrådets rekommendationer för måltidsordning samt Livsmedelsverkets kostråd om att äta hälsosamt (Nordiska ministerrådet, 2004; Livsmedelsverket, 2004). Frågornas upplägg samt svarsalternativ är inspirerad från ett examensarbete av Lagergren och Bertilsson Uleberg (2005). Fråga 20-22 om elevernas motionsvanor baseras på Nordiska ministerrådets (2004) rekommendationer för fysisk aktivitet per dag. Fråga 21 är hämtad från undersökningen ”Hälsa på lika villkor”? gjord av Statens folkhälsoinstitut (2006). Även svarsalternativ på fråga 20 samt följdfrågan 22 är hämtad från Lagergren och Bertilsson Uleberg (2005). Om elevernas eventuella användning av tobak är fråga 23-26 hämtade med viss modifiering från ”Skolbarns hälsovanor” (Danielsson, 2006).

4.3 Genomförande

Enkätfrågornas upplägg och formulering testades genom att fem vuxna och tre ungdomar fick genomföra enkäten, vilket resulterade i en viss korrigering av språkbruk, finjustering av större kryssrutor, samt större utrymme för plats av svar vid de två frågor med öppna svarsalternativ. Enkäten kom att utgöras av en gruppenkät där enkäten delades ut såväl som besvarades och samlades in i ett sammanhang. Fördelen med gruppenkäter är att svarsfrekvensen normalt är förhållandevis hög (Ejlertsson, 2005). Jag själv distribuerade och samlade in enkäterna i varje klass. Fördelen med att jag närvarade var att jag kunde motivera eleverna till att svara genom att klargöra syftet med enkäten, att deltagandet var anonymt, att det endast var jag som skulle ha hand om svaren, samt att enkäterna inte skulle komma att användas för något annat ändamål än för undersökningen (Humanistiska- samhällsvetenskapliga forskningsrådet, 1999; Patel & Davidson, 2003). Då ett antal elever som ingick i enkätgenomförandets tidsram ej var närvarande på lektionstid vid enkätstillfället lämnades ett antal enkäter kvar på skolan, vilket resulterade i att ytterligare 11 enkäter skickades veckan därpå via post. Samtliga enkäter genomfördes på lektionstid och cirka 20 minuter avsattas i tid.

4.4 Materialbearbetning och analys

Det insamlade materialet bearbetades kvantitativt, där deskriptiv statistik användes för att i siffror ge en beskrivning av det insamlade materialet (Patel & Davidson, 2003). Efter insamlandet tilldelades varje enkät ett löpnummer från ett och uppåt som ett slags identitetsnummer för varje enkät och inte ett identitetsnummer för den elev som fyllt i enkäten. Varje fråga utgjordes sedan av en variabel och där svarsalternativen utgjordes av variabelvärden (Trost, 2001). Därefter bearbetades löpnummer, variabler och variabelvärden i statistikprogrammet SPSS. Fråga 2 och 3 som hade öppna svarsalternativ behandlades genom att svaren först skrevs ut och därefter kategoriserades i olika teman. När sedan kategoriseringen var gjord lades de olika kategorierna in som olika variabelvärden. Därefter databehandlades svaren precis som övriga svar med fasta svarsalternativ (Ejlertsson, 2005).

Vid fråga 4 analyserades elevernas kontrollokus (se tabell 3 i resultatet) där förkortningarna för locus of control motsvarar enkätens påstående varav IHLC 1= påstående 6 i enkäten, IHLC 2= påstående 7, IHLC 3= påstående 9, PHLC 1= påstående 2, PHLC 2= påstående 3, PHLC 3= påstående 4 samt CHLC 1= påstående 1, CHLC 2= påstående 5, CHLC 3= påstående 8. Vid fråga 5 analyserades elevernas självupplevda symtom av somatiska och psykiska besvär utifrån gånger per vecka (se figur 3 i resultatet). Y-axelns värden motsvarar 0=sällan eller aldrig, 0,25=ungefär en gång i månaden, 1=ungefär en gång i veckan, 3=flera gånger i veckan och 7= varje dag. Fråga 6 om elevernas förmåga att hantera stress utgjordes av en matrisfråga, det vill säga en fråga med snarlika påståenden med samma svarsalternativ (Ejlertsson, 2005). Analysen visade ett antal motsägelsefulla svar som gav anledning till att anta att en del elever missuppfattat frågan eller formuleringen. Resultatet från fråga 6 redovisas därmed ej på grund av det interna bortfallet. Vid bearbetning av fråga 8 vad eleverna anser som viktigt för att de ska må bra valdes endast de sex påståenden som eleven betraktar som allra viktigast att analyseras. Elevernas rangordning av påstående efter betydelse analyserades därmed inte. Elevernas svar delades upp mellan årsklasserna för att se eventuella skillnader i svarsfrekvens.

Vid analys av elevernas kontrollokus, fråga 4, samt angående elevernas självupplevda symtom av somatiska och psykiska besvär, fråga 5, beräknades ett medelvärde. Vid fråga 4 beräknades även standardavvikelsen. Ett icke-parametriskt Kruskal-Wallis test genomfördes för att jämföra medelvärdena mellan årsklasserna. Till skillnad från andra icke-parametriska

test kan Kruskal-Wallis jämföra mer än två grupper (Wahlgren, 2005). Den statistiska analysen av medelvärde, standardavvikelse samt det icke-parametriska testet beräknades i statistikprogrammet SPSS.

5. Resultat

Enkätresultaten redovisas deskriptivt utifrån enkätens två delområden *hälsa* och *hälsobeteenden* med fokus på elevernas levnadsvanor av mat, motion samt eventuella användning av tobak.

5.1 Hälsa

Enkätens första delområde studerar olika dimensioner av hälsa.

5.1.1 Definition av begreppet hälsa

För att få reda på hur eleverna förhåller sig till begreppet hälsa ställdes fråga 3 hur eleverna definierar begreppet hälsa. Frågan var en öppen fråga och utifrån elevernas svar kunde fem kategorier urskiljas.

Tabell 1 visar att majoriteten (44 %) av elever definierar begreppet hälsa med ett visst beteende av levnadsvanor i form av mat, motion, sömn, rökning och alkoholkonsumtion. Det är den vanligaste definitionen bland elever i år 1 (58 %) och år 2 (60 %). Av det totala antal elever som definierar hälsa med ett visst beteende definierar 18st av 23st elever (78 %), hälsa med en kombination av att äta rätt och motionera.

”Att man mår bra, äter hälsosamt, motionerar lagom” Citat av en elev i år 2.

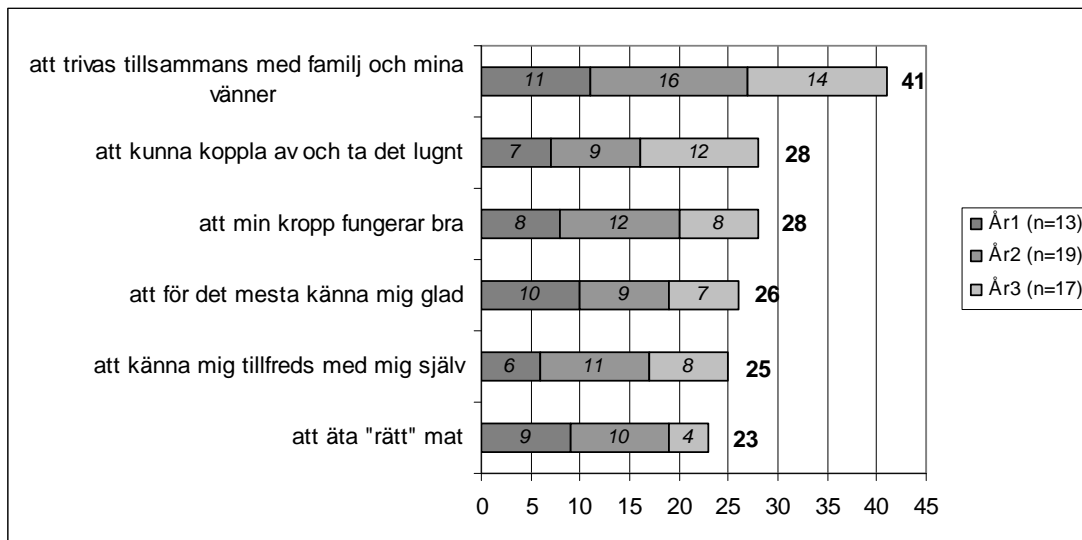
Tabell 1. Tabellen visar elevernas definition av begreppet hälsa utifrån fem kategorier. Resultatet är uppdelat i årsklasser och visar svarsfrekvens samt procentandel för respektive årsklass. (n=52).

Definition av hälsa	År 1		År 2		År 3		Totalt	
visst beteende	8	58%	12	60%	3	17%	23	44%
helhetssyn	3	21%	1	5%	6	33%	10	19%
fysiskt och psykiskt	1	7%	1	5%	7	38%	9	17%
frisk och må bra	1	7%	4	20%	1	6%	6	12%
annat	1	7%	2	10%	1	6%	4	8%
Totalt	14	100%	20	100%	18	100%	52	100%

Bland elever i år 3 visar tabell 1 att den vanligaste definition av hälsa är det fysiska och psykiska måendet (38 %). Av en grupp elever från år 1 (21 %) och år 3 (33 %) vidgas definitionen av hälsa ytterligare genom att de definierar begreppet hälsa utifrån en helhetssyn som innefattar såväl beteende av levnadsvanor, det fysiska och psykiska måendet, som emotionella och sociala dimensioner.

”Leva lugnt, kunna göra det man vill, umgås med folk, träna, ha en bra skola/arbete.” Citat av en elev i år 3.

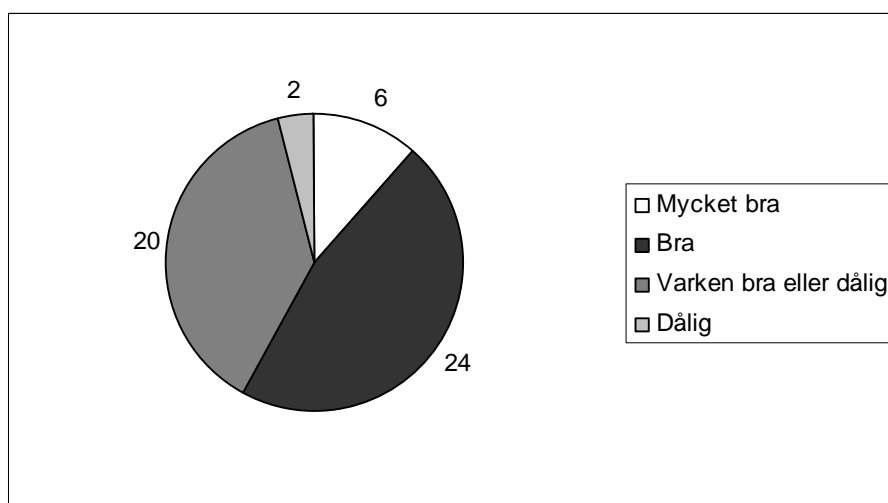
För att få ytterligare aspekter av elevernas syn på hälsa fick eleverna vid fråga 8 välja ut sex påståenden av sjuutton möjliga alternativ som de betraktar som de allra viktigaste för att de ska må bra. Resultatet i figur 1 redovisar de sex påståenden med störst svarsfrekvens som eleverna anser är viktiga för att de skall må bra. Resultatet identifierar hälsa i form av sociala, emotionella och fysiska dimensioner. Utöver resultatet i figur 1 var även påståendet ”att trivas med mitt arbete och inte uppleva för mycket stress” av betydelse för elever i år 2 och år 3.



Figur 1. De sex påståenden med störst total svarsfrekvens uppdelat för respektive årsklass. (n=49).

5.1.2 Hur eleverna värderar sin hälsa

Angående hur eleverna värderar sin hälsa på fråga 2 visar figur 2 att nästan hälften av eleverna på omvårdnadsprogrammet anser att de har en ”bra” hälsa, följt av att anse sin hälsa som ”varken bra eller dålig”. Ingen av eleverna värderar sin hälsa som ”mycket dålig”. Minoriteten som anser sin hälsa som ”dålig” utgörs enbart av elever i år 3.



Figur 2. Hur samtliga elever på omvårdnadsprogrammet värderar sin hälsa. (n=52).

Fråga 2 hur eleverna värderar sin hälsa följdes upp med en öppen ”varför”- fråga. Utifrån elevernas motivering av sin hälsostatus kunde sex kategorier urskiljas. Tabell 2 visar att majoriteten (64 %) av elever motiverar sin hälsa utifrån sitt beteende av levnadsvanor i form av mat, motion, sömn, rökning och alkoholkonsumtion. Det är i likhet med elevernas definition av begreppet hälsa, där även majoriteten av elever definierar begreppet hälsa med ett visst beteende av levnadsvanor. I likhet med elevernas definition av begreppet hälsa är det även här vanligast att associera hälsa med beteende bland elever i år 1 (86 %) och år 2 (70 %). Av det totala antal elever som motiverar sin hälsostatus med beteende motiverar 17st av 34st elever (50 %), sin hälsostatus med en kombination av sina mat- och motionsvanor.

”Jag tränar inte alls, för jag trivs inte med det. Jag äter kanske inte bäst, för jag äter inte direkt efter någon sorts tallriksmodell, men däremot röker jag inte.” Elev i år 2 som värderar sin hälsa som ”varken bra eller dålig”.

”För att jag tycker jag äter rätt och att jag motionerar ofta.” Elev i år 2 som värderar sin hälsa som ”mycket bra”.

Tabell 2. Tabellen visar elevernas motivering av sin hälsostatus utifrån 6 kategorier. Resultatet visar svarsfrekvens samt procentandel för respektive årsklass. (n= 52).

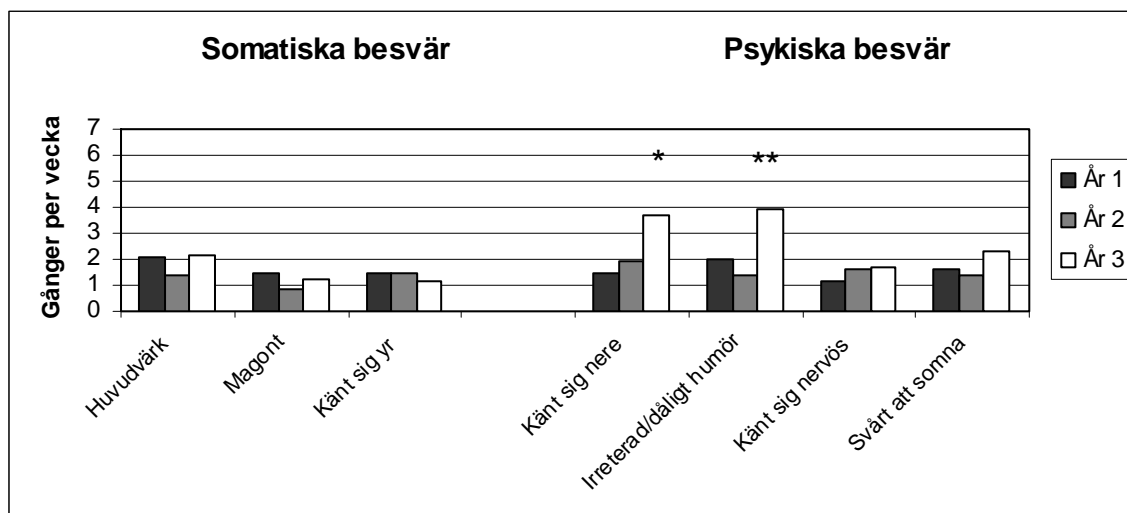
Motivering	År 1		År 2		År 3		Totalt	
		%		%		%		%
beteende	12	86%	14	70%	8	44%	34	64%
ingen anledning	1	7%	4	20%	1	6%	6	12%
emotionellt	0	0%	1	5%	4	22%	5	10%
helhetssyn	0	0%	0	0%	3	17%	3	6%
psykiskt	0	0%	0	0%	2	11%	2	4%
annat	1	7%	1	5%	0	0%	2	4%
Totalt	14	100%	20	100%	18	100%	52	100%

Utöver kategorin beteende motiverar ett antal elever i år 3 sin hälsostatus dels utifrån en enskild emotionell dimension i form av glädje, stress, och depression (22 %), samt dels utifrån en helhetssyn som inbegriper beteende av levnadsvanor, en emotionell dimension samt det fysiska och psykiska måendet (17 %).

”Jag känner mig oftast pigg och glad, kan hända ibland att man känner sig deppig när man har mycket att göra.” Elev i år 3 som värderar sin hälsa som ”bra”.

”Eftersom jag försöker leva sunt med att träna och äta rätt men samtidigt oerhört stressad och ingen ro att koppla av.” Elev i år 3 som värderar sin hälsa som ”varken bra eller dålig”.

Fråga 5 berörde elevernas självupplevda symtom av somatiska och psykiska besvär och figur 3 visar att såväl somatiska och psykiska besvär förekommer minst en gång i veckan i samtliga klasser. I år 1 är det vanligare att elever har somatiska besvär än elever i år 2 och år 3. Elever i år 3 har oftare psykiska besvär i jämförelse med elever i år 1 och år 2. Ett Kruskal –Wallis test visar dock att det endast är skillnader mellan årsklasserna i besvärns alternativen ”känt sig nere” samt ”irriterad/dålig humör” och är statistiskt säkerställda på 0,05 respektive 0,01 signifikansnivå.



Figur 3. Elevernas självupplevda symtom av somatiska och psykiska besvär visat med en fördelning av medelvärden i respektive årsklass. Signifikansgrad *= $p < 0,05$ **= $p < 0,01$. (n= 52). (Y-axelns värden motsvarar 0=sällan eller aldrig, 0,25=ungefär en gång i månaden, 1=ungefär en gång i veckan, 3=flera gånger i veckan och 7= varje dag).

5.1.3. Elevernas uppfattningar om möjlighet att påverka sin hälsa

Elevernas *kontrollokus* mättes vid fråga 4 genom den ”Multidimensionella Health Locus of Control- skalan” som mäter generaliserad tro på förväntningar med hänseende på hälsa utifrån tre skalar, IHLC: *Internal Health Locus of Control*, PHLC: *Powerful Others Health Locus of Control* och CHLC: *Chance Health Locus of Control*. Tre påståenden ställdes till varje skala som besvarades med en sexgradig Likertskala, vilket innebar en möjlig spridning på ett värde mellan 1 och 6. Höga värden på skalan IHLC innebär att människan tror att sin hälsa är resultat av sina egna handlingar. Höga värden på skalan PHLC betyder att människan känner att sin hälsa är kontrollerad av viktiga människor som till exempel läkare. Höga värden på skalan CHLC innebär att människan tror att sin hälsa beror på slumpen eller ödet.

Resultatet i tabell 3 visar en jämn fördelning av skalornas medelvärden mellan årsklasserna. Den skala som resulterade i högst värden var IHLC för samtliga elever, vilket visar att eleverna i större omfattning tror att sin hälsa är ett resultat av sina egna handlingar. Utifrån skalan CHLC visar samtliga elever även en viss tilltro till att sin hälsa beror på slumpen eller ödet. Ett Kruskal-Wallis test visar att inga signifikanta skillnader förekommer mellan årsklasserna. Den skalan som det mest skiljde sig mellan årsklasserna var skalan PHLC, där eleverna i år 1 resulterade i högre värden än eleverna i år 3. Det kan eventuellt tyda på att elever i år 1 till skillnad från elever i år 3 känner i större omfattning att sin hälsa är kontrollerad av viktiga människor såsom läkare.

Tabell 3. Medelvärde och standardavvikelsen av elevernas uppfattningar om möjlighet att påverka sin hälsa utifrån tre påståenden utifrån tre de olika skalorna mätt genom den Multidimensionella Health Locus of Control-skalan. Resultatet är uppdelat i årsklasser. (n=52).

Locus of control	År 1	sd	År 2	sd	År 3	sd
IHLC 1	5,2	1,2	4,6	1,5	5,5	0,6
IHLC 2	4,6	1,3	4,9	1,5	4,9	1,1
IHLC 3	3,5	1,5	3,2	1,5	3,1	1,6
PHLC 1	2,7	1,4	2,5	1,5	1,9	1,7
PHLC 2	4,4	1,4	3,6	1,5	3,2	1,5
PHLC 3	3,1	1,5	3,1	1,6	2,9	1,8
CHLC 1	4,2	1,3	4,4	1,3	4,2	1,5
CHLC 2	2,6	1,4	2,6	1,6	2,8	1,8
CHLC 3	4,0	1,7	3,8	1,5	3,7	1,9

(IHLC 1= påstående 6, IHLC 2= påstående 7, IHLC 3= påstående 9
 PHLC 1= påstående 2, PHLC 2= påstående 3. PHLC 3= påstående 4
 CHLC 1= påstående 1, CHLC 2= påstående 5, CHLC 3= påstående 8)
 Se bilaga, fråga 4.

5.2 Hälsobeteenden

Enkätens andra delområde studerar elevernas levnadsvanor av mat, motion samt eventuella användning av tobak.

5.2.1 Elevernas matvanor

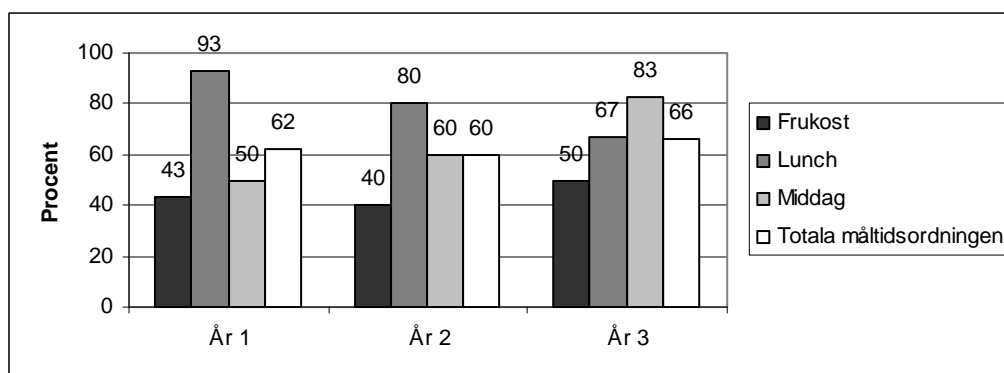
Fråga 9-11 behandlar elevernas måltidsordning, där rekommendationen för måltidsordning är att frukost, lunch och middag ska intas varje dag. Resultatet i tabell 4 och figur 4 visar en oregelbunden måltidsordning bland eleverna. Resultatet i tabell 4 visar att mindre än hälften(44 %) av eleverna äter frukost varje dag, samt att lunchen är den måltid med högst procentenhet (79 %).

Tabell 4. Måltidsordning för samtliga elever i svarsfrekvens samt procentandel, där det gråmarkerade fältet motsvarar Nordiska ministerrådets rekommendationer för måltidsordning (n=52).

Måltid	varje dag		3-4 dagar i veckan		1-2 dagar i veckan		<1 dag i veckan		aldrig		totalt	
Frukost	23	44%	14	27%	2	4%	8	15%	5	10%	52	100%
Lunch	41	79%	7	13%	3	6%	1	2%	0	0%	52	100%
Middag	34	65%	14	27%	3	6%	0	0%	1	2%	52	100%

Figur 4 visar att bland elever i år 1 och år 2 är lunchen den mest förekommande måltiden, medan bland elever i år 3 är det middagen/kvällsmålet som är den mest förekommande måltiden. Resultatet visar beträffande elevernas totala måltidsordning att eleverna i år 3 beräknat som grupp intar en procentuell större andel möjliga måltider och följer därmed rekommendationerna för måltidsordning bättre i jämförelse med elever i år 1 och år 2. Det är dock med en liten marginal. Figuren visar även att det totala antalet möjliga måltider för varje årsklass endast intas till mellan 60-66%. Det vill säga att i varje klass utelämnas i genomsnitt en måltid per person och dag.

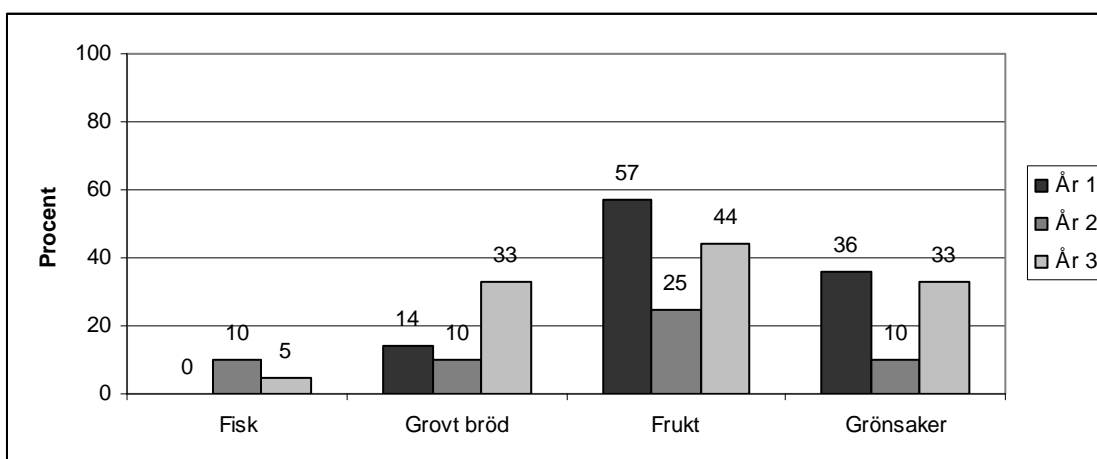
Figur 4. Andelen elever i procent för respektive årsklass som äter frukost, lunch respektive middag varje dag. Den totala måltidsordningen innebär ett rekommenderat dagligt intag av frukost, lunch och middag/kvällsmål och är beräknad med det totala antalet elever i respektive klass. (n=52).



Fråga 12- 15 behandlar Livsmedelsverkets rekommendationer av konsumtion av utvalda livsmedel. För fisk rekommenderas ett intag tre gånger i veckan och för grovt bröd, frukt och grönsaker rekommenderas ett dagligt intag. Beträffande elevernas konsumtion av de utvalda livsmedlen visar tabell 5 att en minoritet av eleverna konsumerar fisk tre gånger i veckan eller mer (6 %). Figur 5 visar att ingen konsumtion av fisk förekommer tre gånger i veckan i år 1. Majoriteten av eleverna äter fisk mindre än en gång i veckan eller aldrig (67 %). Grovt bröd konsumerar 19 % av eleverna dagligen, där en tredjedel (33 %) av eleverna i år 3 äter grovt bröd varje dag. Angående elevernas konsumtion av frukt visar tabell 5 att det är det livsmedel av de utvalda livsmedlen som eleverna kan anses bäst motsvara rekommendationerna. Figur 5 visar att majoriteten av elever i år 1 (57 %) och år 3 (44 %) konsumerar frukt varje dag. Tabell 5 visar att grönsaker konsumerar en fjärdedel (25 %) av eleverna varje dag och där majoriteten (37 %) äter det 3-4 dagar i veckan. Likaväl som för frukt så är det majoriteten elever i år 1 (36 %) och år 3 (33 %) som konsumerar grönsaker varje dag.

Tabell 5. Elevernas konsumtion av fisk, grovt bröd, frukt och grönsaker visat i svarsfrekvens samt procentandel, där det gråmarkerade fältet motsvarar Livsmedelsverkets rekommendationer. (n=52).

Livsmedel	varje dag		3-4 dagar i veckan		1-2 dagar i veckan		<1 dag i veckan		aldrig		totalt	
Fisk	1	2%	2	4%	14	27%	24	46%	11	21%	52	100%
Grovt bröd	10	19%	11	21%	11	21%	12	24%	8	15%	52	100%
Frukt	21	41%	9	17%	11	21%	8	15%	3	6%	52	100%
Grönsaker	13	25%	19	37%	10	19%	8	15%	2	4%	52	100%



Figur 5. Andelen elever som äter fisk minst 3 gånger i veckan, samt äter, grovt bröd, frukt och grönsaker varje dag i respektive årsklass visat i procent. (n=52).

Tabell 6 redovisar fråga 16-17 angående elevernas konsumtion av sötsaker respektive läsk och visar att cirka hälften av eleverna konsumerar sötsaker (52 %) respektive läsk (48 %) 3-4 dagar i veckan eller oftare. Fördelningen i respektive årsklass är även att hälften av eleverna i år 1, år 2 och år 3 konsumerar sötsaker respektive läsk 3-4 dagar i veckan eller oftare.

Tabell 6. Elevernas konsumtion av sötsaker och läsk visat i svarsfrekvens och procentandel. (n=52).

Livsmedel	varje dag		3-4 dagar i veckan		1-2 dagar i veckan		<1 dag i veckan		aldrig		totalt	
Sötsaker	14	27%	13	25%	15	29%	9	17%	1	2%	52	100%
Läsk	13	25%	12	23%	12	23%	11	21%	4	8%	52	100%

Livsmedelsverket rekommenderar konsumtion av magrare mejeriprodukter. Tabell 7 redovisar fråga 19 och visar att den mejeriprodukt som eleverna väljer är mellanmjölk eller standardmjölk. Angående fördelningen i respektive årsklass är det vanligast att konsumerar lättmjölk i år 1 (42 %), standardmjölk i år 2 (35 %) och mellanmjölk i år 3 (39 %).

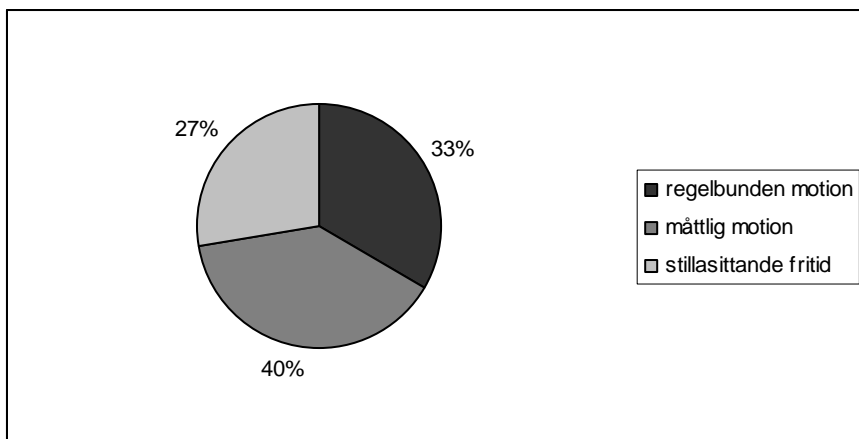
Tabell 7. De mejeriprodukter som eleverna väljer visat i svarsfrekvens samt procentandel. (n=52).

Livsmedel	standard mjölk		mellan mjölk		lätt mjölk		mini mjölk		dricker inte mjölk		totalt	
Mejeriprod.	12	23%	18	35%	11	21%	1	2%	10	19%	52	100%

5.2.2 Elevernas motionsvanor

Utifrån elevernas svar på fråga 20 delades elevernas motionsvanor upp i tre olika kategorier. Den första kategorin utgör *regelbunden motion* som innebär motion varje dag eller 4- 6 gånger i veckan. Den andra kategorin utgör *måttlig motion* som innebär motion 2- 3 gånger i veckan eller 1 gång i veckan. Den tredje och sista kategorin utgör *stillasittande fritid* och innebär motion 1- 3 gånger i månaden eller aldrig.

Figur 6 visar att en tredjedel (33 %) av eleverna tillhör kategorin regelbunden motion. Angående fördelningen i respektive årsklass motionerar 23 % regelbundet i år 1 och 35 % motionerar regelbundet i år 2 och år 3.

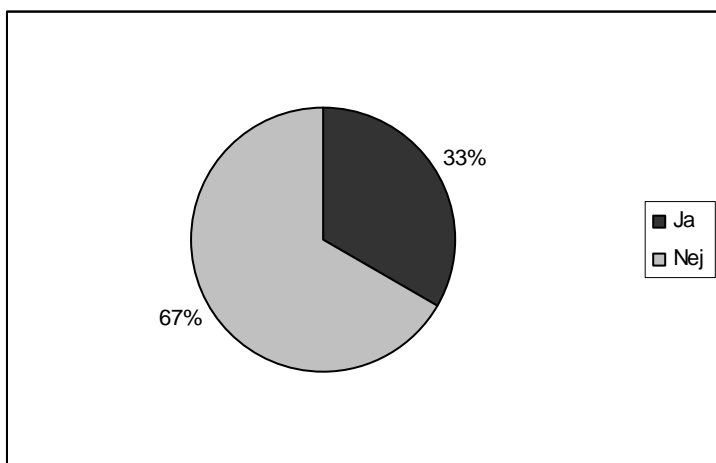


Figur 6. Elevernas motionsvanor visat i procent. (n=51).

De elever (27 %) som tillhörde kategorin *stillasittande fritid* anger på fråga 22 som anledning till varför de motionerar mindre än en gång i veckan; "stressad/ hinner inte" (10 %), "orkar inte" (7 %), "inte intresserad" (6 %) och "det finns ingen anledning" (4 %).

5.2.3 Elevernas tobaksanvändning

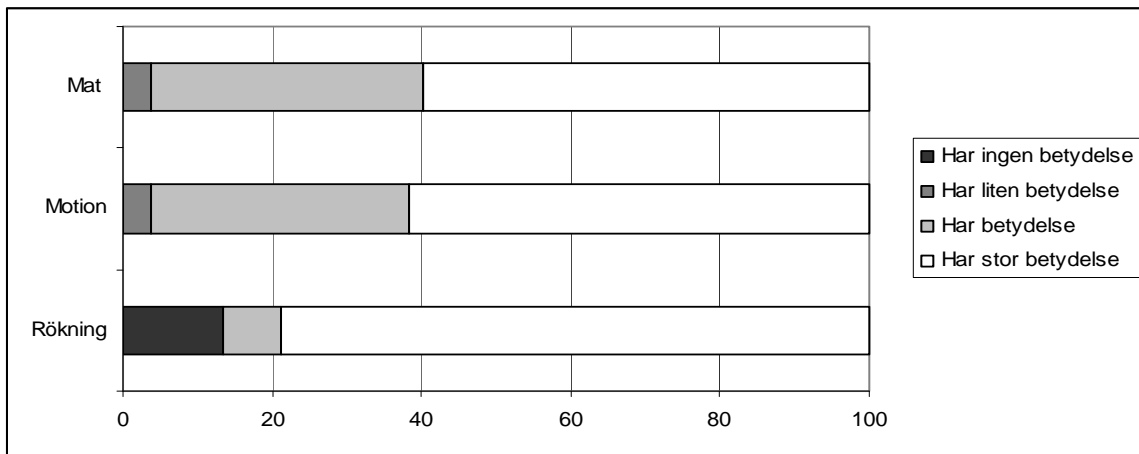
Figur 7 visar angående fråga 23 att majoriteten av omvårdnadsprogrammet är rökfria (67 %). Av eleverna som röker (33 %) röker 14st av 17st elever varje dag. Nästan hälften (47 %) av rökarna utgörs av elever från år 3. Angående elever som använder snus så utgör de en minoritet (4%).



Figur 7. Elever på omvårdnadsprogrammet som röker respektive inte röker i procent (n=51).

5.2.4 Sambandet mellan mat, motion, tobak och hälsa

En av frågeställningar som ställs i arbetet fokuserar på om eleverna är medvetna om betydelsen av mat, motion och tobak för hälsan, vilket fråga 7 berör. Majoriteten av eleverna anser att matvanor "har stor betydelse" (59 %) för hälsan samt "har betydelse" för hälsan (37 %). Det är i linje med vad eleverna anser om motionsvanors betydelse för hälsan, där majoriteten av eleverna anser att motionsvanor "har stor betydelse" för hälsan (61 %) samt "har betydelse" för hälsan (35 %). Angående rökning anser majoriteten (79 %) att rökning "har stor betydelse" för hälsan. Till skillnad från matvanors och motionsvanors betydelse för hälsan anser en grupp elever (13 %) att rökning "inte har någon betydelse" för hälsan.



Figur 8. Vilken omfattning mat, motion och rökning har för betydelse för hälsan visat i procent (n= 52).

6. Diskussion

Val av metod och genomförandet av undersökningen diskuteras, samt även resultatet från enkäten, vilket diskuteras utifrån syfte och frågeställningar.

6.1 Metoddiskussion

Till undersökningen valdes en kvantitativ metod i form av en enkät. Genomförandet fick ett positivt bemötande på omvårdnadsprogrammet, vilket underlättade genomförandet av en gruppenkät då undervisningstid avsattes för att genomföra enkäten och enkäten kunde såväl delas ut, besvaras och samlas in i ett sammanhang till skillnad från att genomföra en postenkät. Genom att använda en gruppenkät till skillnad från en postenkät kunde även bland annat eleverna motiveras att delta, samt eventuella frågor kunde förklaras. Enkäten gav även möjlighet till ett större urval till skillnad från att använda intervju som metod. Det hade dock varit intressant att utifrån enkätens två delområden kompletterat med ett antal kvalitativa intervjuer för att identifiera elevernas uppfattningar om hälsa och hälsobeteenden på ytterligare en nivå, men i förhållande till undersökningens begränsande ramar lämpade sig den valda metoden. Då ett visst externt bortfall förekom valdes att lämna kvar ett antal enkäter, vilket resulterade i att ytterligare 11st enkäter genomfördes. Det kan vara viktigt att beakta att vid genomförandet av de 11st enkäter närvarade jag ej och därmed kunde jag varken motivera eleverna eller förklara eventuella frågor. Med avseende på det räknades enkäterna in i populationsgruppen. Med hänseende av slutsatser för det aktuella omvårdnadsprogrammet som i helhet kan det även vara viktigt att beakta det bortfall på 20st elever i år 1 som ej deltog i undersökningen på grund av att eleverna genomförde en arbetsförlagd utbildning. Dock var bortfallet ej systematiskt.

Fördelen med enkät är att den så kallade ”intervjuareffekten” elimineras det vill säga att risken att respondenterna påverkas av intervjuarens sätt att ställa frågor elimineras (Ejlertsson, 2005). Dock kan presentationen av enkäten med beskrivning av att den innehöll frågor om hälsa, mat, motion samt tobak påverkat eleverna, då majoriteten av elever vid fråga 2 och 3 med öppna svarsalternativ fokuserat på mat och motion. För att kunna statistiskt säkerställa fråga 4 angående elevernas kontrollokus samt fråga 5 angående elevernas självupplevda symtom av somatiska och psykiska besvär behövs ytterligare studier göras för att stärka analysen.

Genom att bland annat använda frågor som dels använts i tidigare gjorda studier och genom att ha testat frågorna i en pilotundersökning samt vid fråga 4 använda frågor utifrån mätinstrumentet MHLC- skalan som är teoretiskt underbyggt ökades undersökningens validitet samt reliabilitet. Det är dock viktigt att ta i beaktning att enkätundersökningens två delområden behandlade bland annat frågor utifrån elevernas upplevelser och inställningar, vilket kan beskrivas som abstrakta företeelser. I och med det baseras därmed vissa resultat utifrån elevernas självupplevelse och har därmed inte medicinskt diagnostiserats. Särskilda upplevelser kan också skiljas utifrån elevernas olika förförståelse. Frågor och svarsalternativ kan därmed betyda olika från elev till elev. De abstrakta företeelserna kan även orsaka svarsfrekvens beroende på slumpen (Patel & Davidson, 2003).

6.2 Resultatdiskussion

Syftet var att undersöka hur elever på omvårdnadsprogrammet förhåller sig till hälsa och hälsobeteenden med fokus på elevernas levnadsvanor för att kunna främja sin hälsa i sin framtida yrkesroll inom vård och omsorg. Resultatet avser enbart det omvårdnadsprogram undersökningen genomfördes på och kan därmed inte sägas vara applicerbart på andra omvårdnadsprogram. Resultatet av undersökningen kan till största dels ses som en kartläggning av hur eleverna förhåller sig till hälsa och hälsobeteenden, för att kunna se samband behövs vidare uppföljningar göras.

6.2.1 Elevernas definitioner av begreppet hälsa

En av frågeställningarna handlar om hur eleverna definierar begreppet hälsa. Majoriteten av elever i år 1 och år 2 definierar begreppet hälsa utifrån ett visst beteende av levnadsvanor och av det totala antalet elever som definierar hälsa med ett visst beteende definieras hälsa i en större omfattning med en kombination av att äta rätt och motionera. Det kan relateras till att elevernas hälsouppfattning grundas i hur den egna kroppen, jaget, kön och handlingar uppfattas och att eleverna därmed har skapat ett "fysiskt jag" (Medin & Alexandersson, 2000). Majoriteten av elever i år 3 definierar hälsa utifrån två aspekter, det fysiska måendet och det psykiska måendet. Elevernas definition av begreppet hälsa på omvårdnadsprogrammet omfattar därmed i likhet med WHO:s definition av hälsa mer än bara människans biologi (ibid). Begreppet hälsa definieras även utifrån en helhetssyn, vilket kan jämföras med den ekologiska ansatsen som utgår från ett helhetssammanhang som fokuserar på människan i interaktion med sin omvärld och där hälsans olika dimensioner är beroende av varandra (Medin & Alexandersson, 2000; Lindén, 1991). Utifrån elevernas definition av begreppet visar eleverna i år 3 till skillnad från eleverna i år 1 och år 2 tendens på en bredare förhållning till hälsa.

För att få ytterligare aspekter på elevernas syn på hälsa fick eleverna välja ut sex påståenden som de betraktar som de allra viktigaste för att de ska må bra. Till skillnad från majoritetens definition av begreppet hälsa fokuserar eleverna istället här på påståenden som utgör sociala och emotionella dimensioner av hälsa. Dimensionerna kan ses som handlingsmål för att uppnå hälsa, vilket förespråkas av Nordenfelt (1991) utifrån den holistiska ansatsen och som bland annat menar att det finns ett tydligt orsakssamband mellan välbefinnande, lidande och handlingsförmåga. Genom att känna sig stark utifrån till exempel emotionella dimensioner bidrar det till egen styrka och höjer handlingsförmågan. De sex utvalda påståenden säger endast att eleverna anser de utvalda påståendena som viktigast för att de ska må bra och inget om elevernas handlingsförmåga. Därmed skulle det vara intressant att undersöka den balans som råder mellan elevens handlingsförmåga och elevens mål för handling utifrån Ekvilibriumteorin, där handlingsförmågan är beroende av tre faktorer; i det här fallet; eleven, elevens mål samt omständigheterna under vilken eleven handlar (Nordenfelt, 1995).

6.2.2 Hur eleverna värderar sin hälsa

Med avseende på bland annat att den självskattade hälsan och hur människor värderar sin hälsa är en viktig indikator på människors hälsa och kan ha betydelse för deras hälsobeteende ställdes en fråga hur eleverna uppfattar sin egen hälsa (Danielsson, 2006; AbuSabha & Achterberg, 1997). Nästan hälften av eleverna på omvårdnadsprogrammet värderar sin hälsa som "bra". Genom att majoriteten av eleverna motiverar sin hälsa i likhet med deras definition av hälsa (se 6.2.1 Elevernas definitioner av begreppet hälsa) utifrån beteende i form

av levnadsvanor kan det även här relateras till att eleverna skapar ett "fysiskt jag" och därmed anser eleverna att de har hälsa eller ohälsa i relation med vad de själva äter för mat och om de motionerar. En stor del av eleverna värderar sin hälsa som "varken bra eller dålig", vilket kan ses i relation med elevernas självupplevda symtom av somatiska och psykisk besvär som eleverna upplever besvär av minst en gång i veckan i samtliga klasser. Det är främst elever i år 3 som upplever ofta förekommande psykiska besvär i form av nedstämdhet och irritation. Då majoriteten av elever på omvårdnadsprogrammet är flickor stämmer det överens med resultat från den "Nationella folkhälsoenkäten 2004" som bland annat visar att nedsatt psykiskt välbefinnande är vanligt förekommande bland unga kvinnor (Boström & Nykvist, 2004). Då epidemiologiska kunskapsunderlag visar att personalen inom vård och omsorg utgör en riskgrupp för att den fysiska och psykosociala arbetsmiljön påverkar personalens fysiska och psykiska hälsa negativt är det därmed av betydelse att beakta elevernas självupplevda symtom för att kunna främja elevernas hälsa inför deras kommande yrkesroll (Arbetsmiljöverket, 2005; Statistiska centralbyrån, 2005). Nordenfelt (1991) utifrån den holistiska ansatsen menar att även ganska obetydligt lidande kan leda till någon form av kapacitetsnedsättning. Genom att utgå från elevernas GMR (generella motståndresurser), enligt Antonovsky (1999), som skapar grund för att klara av påfrestningar kan det skapa begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, det vill säga *känsla av sammanhang* hos eleverna.

För att eleverna ska utgöra en friskgrupp och inte en riskgrupp inför sin framtida yrkesroll är bland annat begreppet empowerment även en viktig process för att eleverna ska erhålla större kontroll över beslut och handlingar som påverkar hälsan (Nutbeam, 1998). Eleverna kan därmed utveckla kunskap, skickligheter, attityder och grader av självmedvetenhet, vilket är en förutsättning för att människan ska kunna ta ansvar för sina hälsorelaterade beslut (Feste & Andersson, 1995). Det går i linje med skolans friskvårdsprojekt där bakgrunden till projektet är att eleven behöver komma till insikt om sin livssituation, sitt beteende och vilja den förändring som behovet skapar och som ska bli bestående. Utifrån elevernas förväntningar till hälsa visar resultaten dock att eleverna i större omfattning tror att sin hälsa är resultatet av sina egna handlingar. Genom att eleverna visar högre värden på skalan IHLC: "*Internal Health Locus of Control*" än på de andra skalorna kan det tyda på att eleverna ser sin hälsa som ett resultat av främst egna förmågor, handlingar och ansträngningar (Hassmén m fl., 2003). Trots höga värden på skalan IHLC visar dock även eleverna en viss tilltro på att sin hälsa beror på slumpen eller ödet. Tidigare studier har visat att människor som tror på CHLC: "*Chance Health Locus of Control*" relateras negativt till beteenden, som till exempel att äta hälsosamt för att bibehålla hälsa och associeras positivt till beteenden som till exempel rökning och alkoholkonsumtion (Steptoe & Wardle, 2001). Genom att eleverna dock visar en högre tilltro på IHLC kan det vara av betydelse över beslut och handlingar som påverkar hälsan, då studier (Hassmén & Koivula, 1996) visar att människor med inre kontrollokus verkar vara mer uppmärksamma till relevant information och använder den tillhandahållna informationen till skillnad från vad människor med yttre kontrollokus. Det kan vara av betydelse vid genomförande av friskvårdsprojektet. Elever i år 1 visar en högre tilltro på PHLC: "*Powerful Others Health Locus of Control*" till skillnad från elever i år 3. Det kan till exempel dels bero på slumpen eller dels bero på att eleverna i år 3 utvecklat en annan förförståelse genom omvårdnadsprogrammet med innehållande friskvårdsprojekt och därmed ser hälsan som något självrelaterat.

6.2.3 Hur elevernas hälsobeteenden ser ut

Resultaten av elevernas hälsobeteenden bedöms utifrån de allmänna hälsorekommendationerna.

Elevernas matvanor

Regelbundna matvanor är en viktig del i en god mathållning (Danielsson, 2006). Dock visar resultaten att eleverna har en oregelbunden måltidsordning gällande intag av frukost, lunch och middag och därmed följer de inte de dagliga rekommendationerna (Nordiska ministerrådet, 2004). Frukost som anses vara den viktigaste måltiden, på grund av att intaget av frukost har betydelse för hur mycket människan orkar prestera under dagen, intar endast mindre än hälften av elever varje dag (Danielsson, 2006). Då majoriteten av elever på omvårdnadsprogrammet utgörs av flickor går det i linje med en studie av Höglund, Samuelson och Mark (1998), vars resultat visade att flickor i åldern 15 visade tendens på oregelbundna matvanor genom att de ofta uteslöt frukost och middag/kvällsmål. Resultatet visar dock att lunchen är den mest förekommande måltiden bland eleverna, vilket kan antas utgöras av skollunchen. Om sådant är fallet har skolan genom skollunch möjlighet att främja elevernas matvanor. Beträffande konsumtionen av Livsmedelsverkets utvalda livsmedel visar eleverna ett lägre intag än rekommenderat. Resultatet visar även att hälften av eleverna konsumerar sötsaker respektive läsk 3-4 dagar i veckan eller oftare. Hög konsumtion av bland annat godis och söta drycker är förknippad med högt energi-, socker- och fettintag och/eller är näringsfattigt (Nordiska ministerrådet, 2004). Resultaten av elevernas matvanor visar därmed en bristfällig mathållning. Det är av betydelse att främja elevernas matvanor då maten är en friskfaktor i och med att *vad, när* och *hur ofta* en människa äter påverkar såväl näringsstatus, hälsa, humör och prestation (Nordiska ministerrådet, 2004). En god och hälsosam mathållning kan till skillnad från en bristfällig mathållning förebygga flera hälsorelaterade problem som järnbrist, övervikt och ätstörning (Danielsson, 2006). Eleverna behöver därmed följa Livsmedelsverkets rekommendationer för att inte på längre sikt utveckla tillstånd och sjukdomar som metabola syndrom, fetma, hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2- diabetes och cancer (Farshchi, Taylor & Macdonald, 2004; Statens folkhälsoinstitut, 2005). En studie från Prell (2004) visade att både attityder och beteenden ändrades gällande fiskkonsumtionen hos ungdomar i år 8, efter att både skollunchen och innehållet i hem- och konsumentkunskapsundervisningen förändrades. Därav kan det vara av betydelse att friskvårdsprojektet eller lämpliga ämnen i kursplanen innehåller praktiska inslag om mat samt samarbetar med skollunchen för att inverka på elevernas handlingsförmåga till att främja sina matvanor.

Elevernas motionsvanor och användning av tobak

En tredjedel av eleverna på omvårdnadsprogrammet motionerar regelbundet och följer därmed rekommendationerna för 30 minuter fysisk aktivitet per dag (Nordiska ministerrådet, 2004). Dock visar även resultatet att nästan en tredjedel av eleverna har en stillasittande fritid. Friskvårdsprojektet innehåller praktiska inslag av motion i form av promenader, men för att främja elevernas motionsvanor ytterligare kan praktiska inslag av till exempel styrketräning vara av betydelse, eftersom elevernas framtida yrkesroll har ett fysiskt krävande arbete med många tunga lyft samt böjda och vridna arbetsställningar som bland annat kan ge besvär i nacke, skuldror och ländrygg, vilket är förslitningsskador och värkbesvär som kan förebyggas med motion och fysisk aktivitet (Statistiska centralbyrån, 2001; Torgén, 1995; Arbets- och miljömedicin; Henriksson, 2004; Börjesson, Karlsson & Mannheimer, 2004). Motion i ett hälsofrämjande syfte för eleverna är även viktig då flera stora studier har visat att fysisk aktivitet och ökad fysisk förmåga även ger en positiv effekt på den psykiska hälsan och

välbefinnandet (Kjellman, 2003). Det kan vara av betydelse dels eftersom resultatet visar på förekomst av självupplevda psykiska besvär bland eleverna och dels eftersom många anställda inom vård och omsorg upplever arbetet som psykiskt ansträngande (Yrkesmedicin, 1999).

Då tobaksanvändning årligen dödar många människor och gör många sjuka, samt att skadorna uppkommer först efter flera års användning, ställdes en fråga om elevernas eventuella tobaksanvändning (WHO, 1998). Enligt Abrahamsson m.fl., (1999) används rökning av många unga flickor som önskar att gå ner i vikt och hålla sig smala, vilket hälsomässigt kan få negativa konsekvenser. En tredjedel av eleverna på omvårdnadsprogrammet röker och då majoriteten av eleverna av omvårdnadsprogrammet utgörs av flickor är det av stor betydelse med insatser som får eleverna att bemästra, få kontroll över och påverka sin livssituation (Pellmer & Wramner, 2001).

6.2.4 Elevernas medvetenhet om betydelsen av mat, motion och tobak för hälsan

En av frågeställningarna som ställs i arbetet fokuserar på om eleverna är medvetna om betydelsen av mat, motion och tobak för hälsan. Resultatet visar att majoriteten av elever anser att mat, motion och rökning har *"har stor betydelsen"* eller *"har betydelse"* för hälsan. Dock visar resultatet att en grupp elever anser att rökning *"inte har någon betydelse"* för hälsan. Det kan antas bero på att de elever som anser att rökning *"inte har någon betydelse"* för hälsan inte själva röker och därmed inte relaterar till konsekvenserna av rökning. Det kan även antas bero på att skador av rökning uppkommer först efter flera års användning och därmed relaterar inte en ung rökare till konsekvenserna av rökning (WHO, 1998). Elevernas medvetenhet kan vara ett resultat av de läser omvårdnadsprogrammet, samt att elever i år 2 och 3 har genomfört friskvårdsprojektet. Det kan dock diskuteras om eleverna tillämpar sin medvetenhet till sina egna mat- och motionsvanor då resultatet visar att elevernas mat- och motionsvanor ej motsvarar rekommendationerna. Elevernas medvetenhet om mat, motion och tobak för hälsan är dock av betydelse vid såväl för elever i år 1 som ska genomföra skolans friskvårdsprojekt som elever i år 2 och år 3 då Post-Skagård m.fl., (2002) menar att om ungdomar förstår fördelarna av hälsosamma vanor kan hälsofrämjande program i skolan och i samhället få en bättre tillämpning.

6.3 Slutsats och vidare forskning

Utifrån att elever i år 2 och år 3 deltagit i friskvårdsprojektet kan det förväntas medföra eventuella skillnader i elevernas förhållning till hälsa och hälsobeteende i jämförelse med elever i år 1, vilket resultatet ej påvisar. Dock visar resultatet att elever i år 3 har en bredare förhållning till hälsa till skillnad från elever i år 1 och år 2, vilket kan bero på att det är tredje året eleverna läser på omvårdnadsprogrammet samt deltagit i friskvårdsprogrammet och kan därmed ha utvecklat en djupare förförståelse.

För att eleverna på omvårdnadsprogrammet ska utgöra en friskgrupp och inte en riskgrupp inför den framtida yrkesrollen behöver de bland annat främja sina mat- och motionsvanor. Eleverna är medvetna om betydelsen av mat, motion och tobak för hälsan. Dock behöver eleverna inför hälsorelaterade beslut komma till insikt om sin egen handlingsförmåga. Undervisningen bör utgå från elevernas behov samt arbeta för att utveckla elevernas självmedvetenhet.

Undersökningens resultat kan användas till underlag för till exempel skolans friskvårdsprojekt samt för att anpassa undervisningen till elevernas behov. Därmed skulle det vara av intresse att undersöka bakomliggande faktorer till skillnaderna mellan årsklasserna, dels utifrån omvårdnadsprogrammets kursplaner, samt dels utifrån socio-strukturella och kulturella faktorer som kan vara bidragande faktorer till bland annat människors matvanor. För att kunna se samband bör uppföljningar genomföras över en längre tidsintervall för att studera och identifiera skillnader i beteende och mönster. För att se om elevernas förhållning till hälsa och hälsobeteende skiljer sig ifrån en ickeyrkesklassificerad utbildning skulle det även vara intressant att genomföra undersökningen på ytterligare program för att erhålla en referensgrupp till omvårdnadsprogrammet.

7. Litteraturförteckning

- Abrahamsson, L., Andersson, I., Aschan- Åberg, K., Becker, W., Göranson, H., Hagren, B., Håglin, L., Jonsson, I., Johnson, L. & Nilsson, G. (1999). *Näringslära för högskolan*. Stockholm: Liber.
- AbuSabha, R. & Achterberg, C. (1997). Review of self-efficacy and locus of control for nutrition- and health-related behaviour. *Journal of the American Dietetic Association*, 97 (10), 1122-32.
- Allebeck, P., Moradi, T. & Jacobsson, A. (2006). *Sjukdomsördan i Sverige och dess riskfaktorer: Svensk tillämpning av WHO:s "DALY-metod" för beräkning av sjukdomsörda och riskfaktorer*. (Rapport 2006:4). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut
- Antonovsky, A. (1999). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.
- Arbetsmiljöverket. (2005). *Arbetsorsakade besvär 2005*. Stockholm: Arbetsmiljöverket och Statistiska centralbyrån.
- Arbets- och miljömedicin. (2004). *Stockholms läns Arbetshälsorapport 2004: Om samband mellan arbetsvillkor och ohälsa i Stockholms län*. Stockholm: Arbets- och miljömedicin.
- Becker, W. & Pearson, M. (2002). *Riksmaten 1997–98. Kostvanor och näringsintag i Sverige. Metod och resultatanalys*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Boström, G. & Nykvist, K. (2004). *Levnadsvanor och hälsa– de första resultaten från den nationella folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor*. (Rapport 2004:48). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Bäckman, O. (2001). "Med välfärdsstaten som arbetsgivare- arbetsmiljön och dess konsekvenser inom välfärdstjänstområdet på 1900-talet". I M. Szebeheley (Red.), *Välfärdstjänster i omvandling* (ss. 189- 238). SOU 2001:52. Stockholm: Fritzes.
- Börjesson, M., Karlsson, J. & Mannheimer, C. (2004). Smärta. I J. Henriksson (Red.), *FYSS för alla: En bok om att röra på sig för att må bättre samt för att förebygga och behandla sjukdomar* (ss. 171- 173). Stockholm. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet.
- Danielsson, M. (2006). *Skolbarns hälsovanor 2005/06*. (Rapport 2006:10). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken - en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Enheten för styrdokument. (2005). *Program-PM*. Stockholm: Skolverket.
- Ewles, L. & Simnett, I. (1994). *Hälsoarbete- en praktisk vägledning*. Lund: Studentlitteratur.
- Farshchi, H. R., Taylor, M. A. & Macdonald I. A. (2004). Regular meal frequency creates more appropriate insulin sensitivity and lipid profiles compared with irregular meal

- frequency in healthy lean women. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58 (7), 1071-1077.
- Feste, C. & Anderson, R. M. (1995). Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling*, 26 (1-3), 139-144.
- Gustafsson, R. Å. (2004). "Välfärdstjänsternas ofärd". I R. Å. Gustafsson & I. Lundberg (Red.), *Arbetsliv och hälsa 2004* (ss. 257-279). Stockholm: Arbetslivsinstitutet, Arbetsmiljöverket och Liber Idé förlag.
- Hassmén, P., Hassmén, N. & Plate, J. (2003). *Idrottspsykologi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hassmén, P. & Koivula, N. (1996). Ratings of perceived exertion by women with internal or external locus of control. *The Journal of General Psychology*, 123 (4), 297-307.
- Henriksson, J. (2004). *FYSS för alla: En bok om att röra på sig för att må bättre samt för att förebygga och behandla sjukdomar*. Stockholm. Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet.
- Hertting, A., Petterson, I-L. & Nilsson, K. (2005). Stabil hälsa i en föränderlig sjukvårdsorganisation. I T. Thorell (Red.), *Den höga sjukfrånvaron - problem och lösningar* (ss. 199-226). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Humanistisk- samhällsvetenskapliga forskningsrådet. (1999). *Etikregler för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 3 november, 2006, från <http://www.stingerfonden.org/documents/hsetikregler.pdf>
- Höglund, D., Samuelson, G. & Mark, A. (1998). Food habits in Swedish adolescents in relation to socioeconomic conditions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 52 (11), 784-789.
- Kjellman, K. (2003). Depression. I A. Ståhle (Red.), *FYSS- fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling/ Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA)* (ss. 131-138). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Kruth, I. (2005). *Kost vid nattarbete: Finns det behov av hälsofrämjande insatser på arbetsplatsen?* Göteborg: Institutionen för hushållsvetenskap. C-uppsats.
- Käärik, U. (2005). Lokal drive för arbetstiden. *Läkartidningen*, 49 (102), 3753.
- Lagergren, E. & Bertilsson Uleberg, I. (2005). *Kost- och motionsvanor. – Möjliga friskvårdssatsningar på en arbetsplats*. Göteborg: Institutionen för hushållsvetenskap. C-uppsats.
- Landstingsförbundet. (2004). *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – en redovisning av hur sjukvården använder sina resurser*. Stockholm: Landstingsförbundet.
- Lefcourt, H. M. (1976). *Locus of control: Current Trends in Theory and Research*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, publishers.

- Lindén, K. (1991). *Kvinnor, hälsa, handling*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete. Akademisk avhandling.
- Linton J. S. & Van Tulder, W. M. (2000). Förebyggande av nack- och ländryggsbesvär. I E Jonsson & A Nachemson. *Ont i ryggen, ont i nacken* (ss. 235- 264). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Livsmedelsverket. (2004). *Våra kostråd*. Hämtad 2006-11-30 från http://www.slv.se/templates/SLV_Page.aspx?id=2306
- Medin, J. & Alexandersson, K. (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande- en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Nordenfelt, L. (1991). *Livskvalitet och hälsa- teori och kritik*. Falköping: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Nordenfelt, L. (1995). Om holistiska hälsoteorier. I K. Klockars & B. Österman (Red.), *Begrepp om hälsa- filosofiska och eriska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård* (ss. 29-42). Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Nordiska ministerrådet. (2004). *Nordic nutrition recommendations 2004: Integrating nutrition and physical activity*. Köpenhamn. Nordiska ministerrådet.
- Norman, P. & Bennet, P. (1995). Health locus of control. I M. Conner & P. Norman (Red.), *Predicting health behaviour* (kap, 3). Buckingham: Open University Press.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13 (4), 349-364.
- Patel, R. & Davidsson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lunds: Studentlitteratur.
- Pellmer, K. & Wramner, B. (2001). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.
- Post-Skagegård von, M., Samuelson, G., Karlström, B., Mohsen, R., Berglund, L. & Bratteby, L-E. (2002). Changes in food habits in healthy Swedish adolescents during the transition from adolescence to adulthood. *European Journal of Clinical Nutrition*, 56 (6), 532-538.
- Prell, H. (2004). *Promoting healthy eating. A school-based intervention with focus on fish*. (Rapport nr 36). Göteborg: Institutionen för hushållsvetenskap.
- Riksförsäkringsverket. (2003). *Vad kostar sjukskrivningarna inom olika yrken?* RFV redovisar 2003:5. Stockholm: Riksförsäkringsverket.
- Rotter, J. B. (1989). Internal Versus External Control of Reinforcement: A Case History of a Variable. *American Psychological Association*, 45, 489-493.
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21 (1), 33-61.

- Skolverket. (2000). *Omvårdnadsprogrammet. Programsmål, kursplaner, betygskriterier och kommentarer*. Stockholm: Skolverket.
- Socialstyrelsen. (2005). *Folkhälsorapport 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens skolverks författningssamling 2006:12 (2006). *Förordning om särskilda program mål för gymnasieskolans nationella program (SKOLFS 2006:12)*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Statens folkhälsoinstitutet. (2006). *Hälsa på lika villkor? En undersökning om hälsa och livsvillkor i Sverige 2006*. Hämtad 2006-11-10 från <http://www.fhi.se/upload/ar2006/Ovrigt/Frageblankett%20Nationell%20med%20omslag.pdf>
- Statistiska centralbyrån. (2001). *Arbetsmiljöundersökningen 2001*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Statistiska centralbyrån. (2005). *Sysselsättning, arbetstider och arbetsmiljö 2002–2003*. Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Statens folkhälsoinstitut. (2005). *Handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet*. Hämtad 2006-02-10 från <http://www.fhi.se/upload/ar2005/rapporter/handlingsplanmatfys0502.pdf>
- Stephoe, A. & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behaviour revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*, 92 (4), 659–672.
- Tamm, M. (1994). *Teoretiska modeller för begreppet hälsa*. Saltsjö-Boo : Tiger Förlag AB.
- Torgén, M. (1995). *Vårdbiträden i öppen hemtjänst och vid servicehus*. Solna: Arbetsmiljöinstitutet.
- Trost, J. (2001). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Yrkesmedicin (1999). *Vårdens arbetshälsorapport: Vårdarbetets villkor och konsekvenser för arbetshälsan*. Stockholm: Yrkesmedicinska enheten inom Samhällsmedicin.
- Wahlgren, L. (2005). *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.
- Wardle, J., Steptoe, A., Oliver, G. & Lipsey, Z. (2000). Stress, dietary restraint and food intake. *Journal of Psychosomatic Research* 48 (2), 195–202.
- WHO. (1986). *Ottawa charter for health promotion, 1986*. Hämtad 26 april, 2006 från http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2
- WHO. (1998). *Hälsa 21- Hälsa för alla på 2000-talet. En introduktion*. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Till Dig som svarar på denna enkät

Enkäten innehåller frågor om hälsa, Dina mat- och motionsvanor samt Din användning av tobak
Dina svar kommer att hållas hemliga
Ingen i skolan kommer att få se Ditt ifyllda frågeformulär
Om det är svårt att välja bara ett svar, försök tänka på det som stämmer in bäst
eller på det som stämmer för det mesta.

1. Jag går i ... år 1 år 2 år 3

Hälsa

Följande frågor handlar om hälsa.

2. Tycker Du att Din hälsa är...? Kryssa i ett alternativ!

Mycket bra	Bra	Varken bra eller dålig	Dålig	Mycket dålig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Varför? Motivera Ditt svar!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Hur skulle Du definiera begreppet hälsa? Vad är hälsa för Dig?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Nedan har Du sex svarsalternativ att välja mellan. Kryssa i den siffra som bäst stämmer in på Dig i marginalen till höger.

Hoppa inte över något påstående och svara så uppriktigt Du kan på påståendena.

Sätt endast ett kryss på varje rad!

1	2	3	4	5	6
Tar helt avstånd	Tar avstånd till största delen	Tar avstånd i viss mån	Instämmer i viss mån	Instämmer till största delen	Instämmer helt

	1	2	3	4	5	6
Det spelar ingen roll vad jag gör, "om jag blir sjuk, så blir jag sjuk"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelbunden läkarkontakt är det bästa sättet för mig att undvika att bli sjuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När jag mår dåligt bör jag uppsöka läkare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det är sjukvårdspersonal som kontrollerar min hälsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min goda hälsa beror till stor del av tur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Till största del beror min hälsa på vad jag själv gör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om jag tar hand om mig själv kan jag undvika att bli sjuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om det är meningen att jag ska vara frisk så håller jag mig frisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om jag betar mig på rätt sätt så kan jag hålla mig frisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hur ofta har Du under de senaste 6 månaderna haft följande besvär?

Sätt endast ett kryss på varje rad!

	I stort sett varje dag	Flera gånger i veckan	Ungefär en gång i veckan	Ungefär en gång i månaden	Sällan eller aldrig
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt mig nere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varit irriterad eller på dåligt humör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt mig nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft svårt att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt mig yr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Här följer ett antal påståenden. Var vänlig markera om de stämmer mycket bra, stämmer bra, stämmer delvis eller om de inte stämmer alls.

Sätt endast ett kryss på varje rad!

	Stämmer mkt bra	Stämmer bra	Stämmer delvis	Stämmer inte alls
Jag brukar känna mig stressad och vet inte hur jag ska hantera stressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag brukar känna mig stressad men jag vet hur jag ska ha hantera stressen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag har koll på läget och känner mig sällan stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. I vilken omfattning tror Du att följande vanor har betydelse för hälsan?

Sätt endast ett kryss på varje rad!

	Har ingen betydelse	Har lite betydelse	Har betydelse	Har stor betydelse
Matvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionsvanor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Vad anser Du som viktigt för att Du ska må bra?

Ringa in sex påståenden som Du betraktar som de allra viktigaste för Du ska må bra.

Ordna därefter påståendena efter betydelse. Sätt en etta framför det viktigaste, en tvåa framför det näst viktigaste och så vidare till nummer sex.

För att jag ska må bra är det viktig för mig:

- 1. att trivas tillsammans med min familj och mina vänner
- 2. att för det mesta känna mig glad
- 3. att ha ett arbete
- 4. att nästan aldrig behöva ta tabletter eller mediciner
- 5. att hålla min idealtvikt
- 6. att motionera regelbundet
- 7. att känna mig tillfreds med mig själv
- 8. att aldrig röka
- 9. att aldrig lida av några andra sjukdomar än lindriga förkylningar, influensa eller magsjuka
- 10. att inte trassla till eller förstöra upp saker som händer, bedöma situationer realistiskt
- 11. att ha förmåga att anpassa mig lätt till stora förändringar i livet, t.ex. att flytta eller byta arbete
- 12. att konsumera måttligt med alkohol eller inte dricka alls
- 13. att trivas med mitt arbete och inte uppleva för mycket stress
- 14. att min kropp fungerar bra
- 15. att i allmänhet komma bra överens med andra människor
- 16. att äta "rätt" mat
- 17. att kunna koppla av och ta det lugnt

Mat

Följande frågor handlar om Dina matvanor.

Sätt endast ett kryss på varje rad!

9. Jag äter frukost:	varje dag <input type="checkbox"/>	3-4 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	1-2 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	< 1 dag i veckan <input type="checkbox"/>	aldrig <input type="checkbox"/>
10. Jag äter lunch:	varje dag <input type="checkbox"/>	3-4 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	1-2 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	< 1 dag i veckan <input type="checkbox"/>	aldrig <input type="checkbox"/>
11. Jag äter middag, kvällsmål:	varje dag <input type="checkbox"/>	3-4 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	1-2 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	< 1 dag i veckan <input type="checkbox"/>	aldrig <input type="checkbox"/>
12. Jag äter fisk:	varje dag <input type="checkbox"/>	3-4 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	1-2 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	< 1 dag i veckan <input type="checkbox"/>	aldrig <input type="checkbox"/>
13. Jag äter grovt bröd: (mörkt bröd)	varje dag <input type="checkbox"/>	3-4 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	1-2 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	< 1 dag i veckan <input type="checkbox"/>	aldrig <input type="checkbox"/>
14. Jag äter grönsaker:	varje dag <input type="checkbox"/>	3-4 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	1-2 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	< 1 dag i veckan <input type="checkbox"/>	aldrig <input type="checkbox"/>
15. Jag äter frukt:	varje dag <input type="checkbox"/>	3-4 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	1-2 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	< 1 dag i veckan <input type="checkbox"/>	aldrig <input type="checkbox"/>
16. Jag äter sötsaker (godis och choklad):	varje dag <input type="checkbox"/>	3-4 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	1-2 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	< 1 dag i veckan <input type="checkbox"/>	aldrig <input type="checkbox"/>
17. Jag dricker läsk eller saft som innehåller socker:	varje dag <input type="checkbox"/>	3-4 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	1-2 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	< 1 dag i veckan <input type="checkbox"/>	aldrig <input type="checkbox"/>
18. Jag dricker lightläsk eller lightsaft:	varje dag <input type="checkbox"/>	3-4 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	1-2 dagar i veckan <input type="checkbox"/>	< 1 dag i veckan <input type="checkbox"/>	aldrig <input type="checkbox"/>
19. De mejeriprodukter jag väljer är oftast: (mjölk)	standardmjölk <input type="checkbox"/>	mellanmjölk <input type="checkbox"/>	lättmjölk <input type="checkbox"/>	minimjmölk <input type="checkbox"/>	dricker inte mjölk <input type="checkbox"/>

Motion

Följande frågor handlar om Dina motionsvanor.

20. Utöver skolidrotten i vilken omfattning brukar Du ägna Dig på fritiden åt någon vald motions-, idrotts- eller friluftaktivitet minst 30 min per gång?

Motion är all aktivitet som får Ditt hjärta att slå snabbare och som gör Dig andfådd. Några exempel på motion är snabba promenader, åka skridskor eller rullskridskor, simma, spela fotboll, jogga, cykla och dansa.

Kryssa endast i ett alternativ!

Jag brukar...

- ägna mig åt motion varje dag.
- ägna mig åt motion 4-6 gånger i veckan
- ägna mig åt motion 2-3 gånger i veckan
- ägna mig åt motion 1 gång i veckan
- ägna mig åt motion 1-3 gånger i månaden
- inte ägna mig åt motion

21. Vilket alternativ passar bäst in på Dig!

Kryssa endast i ett alternativ!

- 1. Stillasittande fritid**
Du ägnar dig mest åt läsning, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden. Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt mindre än 2 timmar i veckan.
- 2. Måttlig motion på fritiden**
Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt under minst 2 timmar i veckan oftast utan att svettas. I detta inräknas t.ex. promenad eller cykling till och från skolan och övriga promenader.
- 3. Måttlig, regelbunden motion på fritiden**
Du motionerar regelbundet 1-2 gånger per vecka minst 30 minuter per gång med t.ex. löpning, simning, tennis, badminton, dans eller annan aktivitet som gör att du svettas.
- 4. Regelbunden motion och träning**
Du ägnar dig åt t.ex. löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik, aerobics eller liknande vid i genomsnitt minst 3 tillfällen per vecka. Vardera tillfälle varar minst 30 minuter per gång.

22. Om Du ägnar Dig åt motion mindre än en gång i veckan på fråga 20 vilken är anledningen?

Kryssa endast i ett alternativ!

- det finns ingen anledning
 - inte intresserad
 - orkar inte
 - stressad/hinner inte
 - annat.....
-

Tobak

Följande frågor handlar om Din användning av tobak.

Kryssa endast i ett alternativ!

23. Röker Du?

- Ja Nej

25. Snusar Du?

- Ja Nej

24. Om Du röker hur ofta röker Du?

- varje dag
- minst en gång i veckan, men inte varje dag
- mindre än en gång i veckan

26. Om Du snusar hur ofta snusar Du?

- varje dag
- minst en gång i veckan, men inte varje dag
- mindre än en gång i veckan

Ett stort tack för Din medverkan!

