



Att gråta i en Jaguar

- en sambandsstudie mellan upplevd hälsa och
faktorerna inkomst, utbildning
samt civilstånd hos äldre

Oskar Svensson

GYMNASTIK- OCH IDROTTSHÖGSKOLAN
Självständigt arbete grundläggande nivå 107:2013
Lärarprogrammet 2010-2014
Handledare: John Hellström, Eva Andersson
Examinator: Pia Lundquist Wanneberg

Sammanfattning

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka samband mellan utbildning, civilstånd och inkomst gentemot upplevd fysisk och psykisk hälsa.

Metod

Undersökningen är en kvantitativ enkätstudie där totalt 525 individer ingick framförallt från Lidingö, Täby, Haninge, Östermalm och Solna. Åldern på individerna varierade mellan 37 och 89 år och medelåldern var 70,3 år ($\pm 6,6$), där cirka en tredjedel var män och två tredjedelar kvinnor. Samtliga har fått besvara frågor med fasta svarsalternativ kring deras upplevda fysiska (kroppslig) samt psykiska (själslig) hälsa och faktorerna inkomst, civilstånd samt utbildningsnivå. Därefter analyserades resultaten för att finna eventuella samvariationer mellan den upplevda hälsan och de specifika faktorerna. Samtliga deltagare har själva ansökt om att få vara med i ett projekt kring hälsa i Gymnastik- och idrottshögskolans regi.

Resultat

Signifikanta samvariationer fanns mellan upplevd fysisk och psykisk hälsa samt civilstånd där hög hälsa korrelerade med att leva i ett förhållande. I förhållande till inkomstnivå fanns tendenser till samband (dock utan signifikans) där en viss ökning av den upplevda fysiska samt psykiska hälsan noterades för varje inkomstintervall (låg, medel och hög), i synnerhet gentemot den psykiska hälsan. Utbildningsfaktorn visade inga signifikanta samband med grad av upplevd hälsa bland deltagarna.

Slutsats

Studiens hypotes om en positiv samvariation mellan den upplevda hälsan och samtliga tre livsfaktorer visade sig inte stämma fullt ut för denna grupp med företrädesvis äldre. Den faktor som signifikant korrelerade med upplevd hälsa var civilstånd. Även inkomst visade sig ha tendensen (dock ej signifikant) till ett visst samband med de skattade hälsoparametrarna för den undersökta gruppen med framförallt äldre. Det är möjligt att, med använda arbetsmetoder, mer starka samband skulle fås fram på ett mer slumpmässigt urval av befolkningen i olika åldrar. Studien ställer jämväl nya frågor om huruvida sambandet för undersökta faktorer i förhållande till upplevd hälsa eventuellt skiljer sig för olika åldersgrupper.

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| 1 Inledning..... | 1 |
| 1.1 Introduktion..... | 1 |
| 1.2 Bakgrund..... | 2 |
| 1.2.1 Hälsa..... | 2 |
| 1.2.2 Psykisk hälsa..... | 4 |
| 1.2.3 Fysisk hälsa..... | 5 |
| 1.2.4 Samspelet mellan fysisk och psykisk hälsa..... | 5 |
| 1.3 Existerande forskning..... | 6 |
| 1.3.1 Sammanfattning av forskningsläget..... | 8 |
| 1.4 Hypotes..... | 9 |
| 1.5 Syfte och frågeställningar..... | 10 |
| 2 Metod..... | 10 |
| 2.1 Val av metod..... | 10 |
| 2.2 Urval..... | 11 |
| 2.3 Tillvägagångssätt..... | 12 |
| 2.4 Sammanställning och bearbetning..... | 12 |
| 2.5 Validitet och reliabilitet..... | 13 |
| 3. Resultat..... | 14 |
| 3.1 Redovisning för förhållandet mellan inkomstnivå gentemot upplevd fysisk och psykisk upplevd hälsa..... | 16 |
| 3.2 Redovisning för förhållandet mellan utbildning gentemot upplevd fysisk och psykisk upplevd hälsa..... | 18 |
| 3.3 Redovisning för förhållandet mellan civilstatus gentemot upplevd fysisk och psykisk upplevd hälsa..... | 20 |
| 4. Sammanfattande diskussion..... | 22 |
| 4.1 Konklusion..... | 25 |
| Käll- och litteraturförteckning..... | 27 |

Bilaga 1 Käll- och litteratursökning

Bilaga 2 Gymnastik och idrottshögskolans hälsoenkät i urval version 120113

Tabell- och figurförteckning

| | |
|--|----|
| Figur 1 – Hälsokorset..... | 3 |
| Figur 2 – Kurva för upplevd fysisk hälsa..... | 14 |
| Figur 3 – Kurva för upplevd psykisk hälsa..... | 15 |
| Figur 4 – Box plot för upplevd psykisk hälsa och inkomst..... | 17 |
| Figur 5 – Box plot för upplevd fysisk hälsa och utbildning..... | 19 |
| Figur 6 – Box plot för upplevd fysisk hälsa och civilstånd..... | 21 |
| Figur 7 – Box plot för upplevd psykisk hälsa och civilstånd..... | 22 |
| | |
| Tabell 1 – Förhållandet mellan inkomst och fysisk samt psykisk upplevd hälsa..... | 16 |
| Tabell 2 – Förhållandet mellan utbildning och fysisk samt psykisk upplevd hälsa..... | 18 |
| Tabell 3 – Förhållandet mellan civilstånd och fysisk samt psykisk upplevd hälsa..... | 20 |

1 Inledning

1.1 Introduktion

En god hälsa tillhör det viktigaste vi har i livet. Om vår hälsa äventyras riskeras också mycket annat, exempelvis möjligheter till arbete och utbildning, det vill säga förmågan att kunna försörja oss själva. Även möjligheter till fritidsaktiviteter och umgänge med vänner och familj minskar med försämrad hälsa. Historiskt sett har människor som drabbats av ohälsa fått ge avkall på betydelsefulla delar i sin vardag. (Statens folkhälsoinstitut 2004, s. 18) Hälsa är ett centralt värde i de flesta människors liv, vilket bland annat tar sig uttryck i att uppemot 90 procent av Sveriges befolkning anser att hälsan är mycket viktigt. Den kommer före andra värden som exempelvis frihet, fred, lycka och kärlek. (Holmberg & Weibull 1999, s. 26)

Hälsan är också central på alla nivåer i samhället, dels som nämnts för att individen ska kunna leva ett friskt och välfungerande liv, men även för världens utveckling, ekonomi och stabilitet. Vidare är en god hälsa av stor medmänsklig och humanitär betydelse. Hälsofrågor i ett globalt perspektiv handlar ofta om mat för dagen, husrum, tillgång på rent dricksvatten, en fungerande skola och tillräcklig sjukvård med mera. (Svenska Läkaresällskapet 2013) Genom att arbeta för att nå dessa mål kan vi påverka många människors fysiska och psykiska hälsa. Vad som utöver dessa basala krav påverkar hur vi mår blir en alltmer komplex fråga. Den franska författaren Françoise Sagan lär ha uttryckt att pengar inte gör människan lycklig men att hon hellre gråter i en Jaguar än en buss. Måttet av allvar i hennes något paradoxala påstående lämnar jag osagt men likväl inverkar olika faktorer, var för sig och i samspel med varandra, på hur vi mår och upplever vår tillvaro. Enligt Nationella Folkhälsokommittén i Sverige är exempelvis omständigheter som arbetssituation, stress, egenkontroll, socialt stöd, nätverk och hopp faktorer som kan påverka den faktiska hälsan (2000).

Många studier har gjorts kring olika faktorerens möjliga påverkan på både vår faktiska och upplevda hälsostatus. Sambanden mellan befolkningens sociala struktur, livsvillkor och faktiska hälsa finns väl dokumenterat i den vetenskapliga litteraturen (Statens offentliga utredningar 1998, s. 131). I den här undersökningen studeras om det föreligger eventuella samvariationer mellan upplevd psykisk eller fysisk hälsa gentemot de tre faktorerna utbildningsnivå, inkomst och civilstånd. Alla dessa tre beståndsdelar har enligt tidigare studier visat sig ha en stor betydelse i människors liv. Större delen av den forskning som redan gjorts

inom området baseras även på ett annat urval än för denna studie. I den här undersökningen är deltagarnas medelålder 70 år och avsikten med en äldre urvalsgrupp är att belysa dessa faktorerers betydelse ur ett annat perspektiv än vad som tidigare gjorts. Att det därtill finns starkt vetenskapligt stöd för att upplevd hälsa korrelerar väl med faktiskt funktionsförmåga, sjukdom och död förstärker även vikten av att studera dessa faktorerers påverkan på den subjektiva hälsan (Dahlberg & Nord 2013).

Som blivande folkhälsovetare och lärare inom ämnet hälsa samt idrott och hälsa anser jag även att det är av vikt att öka förståelsen för vilka grundläggande faktorer som har samband med vår hälsa, för att så effektivt som möjligt arbeta för en bättre folkhälsa, både inom skolan och andra områden. Genom att studera dessa specifika förhållanden är förhoppningen att detta arbete ska bidra till kunskaper inom området. Undervisningen i ämnet hälsa syftar bland annat till att eleverna ska utveckla kunskaper om människors hälsa samt om hälsorelaterade levnadsvanor, livsvillkor och vilka konsekvenser dessa får för hälsan (Skolverket 2013-11-15). Mot den bakgrunden behöver också jag som lärare utveckla mina kunskaper om hur dessa faktorer, vilka delvis undersöks i denna studie, samvarierar med vår hälsa. Inom ämnet idrott och hälsa skall eleverna delges hälsobegreppets grunder, vilket redogörs för i kommande stycke, samt likt ovan livsstilens och olika livsvillkors betydelse för hälsan (Skolverket 2013-12-06). Således är arbetet med denna undersökning relevant utifrån båda ämnernas syfte och innehåll..

1.2 Bakgrund

1.2.1 Hälsa

Hälsa är ett mångfacetterat begrepp som genom åren tolkats på flertalet olika sätt. Nedan följer ett antal definitioner av hälsobegreppet för att ge en ökad förståelse för den tidigare forskning och de resultat som presenteras i den här studien. Ur ett naturvetenskapligt perspektiv kan hälsa definieras som frånvaro av sjukdom och genom ett humanistiskt synsätt tolkas begreppet snarare som människans egen upplevelse av välbefinnande, vilket således inte nödvändigtvis sammanfaller med hennes faktiska och medicinska hälsostatus (Kallenberg & Larsson 2004, s. 51 f.). Det humanistiska synsättet är relevant i denna undersökning då det är den subjektiva hälsan som studeras.

Genom att utgå ifrån hälsa som ett tillstånd vilket inte bara definieras utifrån medicinsk status utvecklade Aaron Antonovsky en teori kring förhållandet mellan hälsa och ohälsa som en mångdimensionell företeelse. Antonovsky, som var professor i medicinsk sociologi vid Ben Gurion University, myntade uttrycket *salutogenes* som blir en motsats till *patogenes* vilket syftar till att förklara varför människan blir sjuk. Det salutogena perspektivet fokuserar istället på de faktorer som vidmakthåller och orsakar hälsa. Hur en person skattar sig på kontinuumet mellan fullständig hälsa och fullständig ohälsa beror till stor del på hennes känsla av sammanhang vilket Antonovsky förkortade KASAM. Detta begrepp innefattar de övergripande områdena begriplighet, meningsfullhet och hanterbarhet, vilka alla samvarierar med varandra. Alla är således i någon mån friska med en viss hälsa och om en person kan hantera sin situation, trots exempelvis funktionsnedsättning och därtill känna meningsfullhet samt begriplighet kan hon också teoretiskt skatta sin hälsa högt. (Antonovsky 2005, s. 28, 31 och 43)

Upplevelsen av hälsa är således individuell och detta kan även belysas genom det så kallade hälsokorset som också visar att hälsa kan bestå av fler dimensioner än att bara vara bara frisk eller sjuk, se figur 1 (Rydgqvist & Winroth 1995, s. 28 f.).



Figur 1. Hälsokorset visar att en person med ett medicinskt tillstånd fortfarande kan må bra och på samma vis vara frisk men likväl må dåligt (ibid.).

Denna syn återfinns även i den kanske mest vedertagna definitionen av hälsa skapad av Världshälsoorganisationen WHO. Detta fackorgan inom Förenta nationerna bildades i mitten

av 1900-talet och syftar till att alla människor ska uppnå en så god hälsa som möjligt. År 1948, i samband med WHO:s tillkomst och i en tid där hälsa länge setts ur en patogen synvinkel, tolkade de istället begreppet som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom”. (World Health Organization 2013-10-10)

I den här studien delas den upplevda hälsan upp i psykisk och fysisk hälsa. I arbetet koncentreras analyserna kring den självupplevda hälsan och således är det ytterst deltagarnas egen uppfattning kring begreppen som ligger till grund för deras egen skattning av sin psykiska och fysiska hälsa.

1.2.2 Psykisk hälsa

Det finns flera sätt att inringa begreppet psykisk hälsa. En vanligt förekommande definition är dock ett inre tillstånd av själsligt välbefinnande. Något förenklat kan psykisk hälsa även förklaras som frånvaro av psykiska problem och således ohälsa. Inom det spektrat ryms hur en person hanterar de livsförändringar som uppstår i ett liv, exempelvis vid förluster av närstående eller separationer. Här inbegrips även individens möjlighet att inse sin egen förmåga. (World Health Organization 2005, s. 2) Den amerikanske forskaren Corey L. M. Keyes (2005) har sammanställt tretton symptom på psykisk hälsa där han kallar de två första hedoni, som syftar till förmågan att njuta och/eller en känsla av upprymdhet, och de resterande positiv funktionalitet:

1. Positiv affekt – vid gott humör, lugn och full av liv.
2. Upplevd lycka och nöjdhet – känner sig nöjd och tillfreds med livet.
3. Självacceptans – har en positiv bild av sig själv, sitt förflutna och accepterar olika aspekter av självet.
4. Social acceptans – har en positiv bild av andra samtidigt som personen accepterar olikheter och människors komplexitet
5. Personlighetsutveckling – visar insikt i sin potential och utveckling och öppenhet inför utmaningar.
6. Social aktualisation – anser att människor och samhället kan utvecklas positivt och växa.
7. Meningen med livet – har målsättningar som ger livet en mening.
8. Social kontribution – anser sig ha något att tillföra samhället, och att vad man gör är av värde för andra.
9. Behärskning av omgivningen – klarar av att behärska komplicerade miljöer och kan välja miljö som passar sina behov.
10. Social koherens – intresserad av samhället eller omgivningen, och anser att samhället är meningsfullt och begripligt.

11. Autonomi – är självgående med av samhället accepterade eller konventionella uppfattningar, och kan stå emot oönskat grupptryck.
12. Goda meningsfulla relationer – har varma, tillitsfulla och tillfredställande relationer, och har förmåga till intimitet och empati.
13. Social integration – har en känsla av att vara en del av samhället, och att samhället är ett stöd.
(ibid.)

1.2.3 Fysisk hälsa

I motsats till psykisk hälsa handlar den fysiska hälsan om den kroppsliga statusen. Begreppet innefattar hälsorelaterad livskvalitet där funktion och symtom i de dagliga aktiviteterna samt upplevt välbefinnande ingår. Exempelvis kan en god fysisk hälsa underlätta aktiva transporter till och från arbete eller mataffären genom en fungerande rörelseapparat och god kondition. (Statens folkhälsoinstitut 2013-10-25)

Fysisk hälsa kan även likt den psykiska definieras omvänt som frånvaron av i detta fall fysisk ohälsa vilket innefattar faktorer som exempelvis allergi, astma, högt blodtryck, tinnitus, fetma och övervikt med mera (ibid.).

1.2.4 Samspelet mellan fysisk och psykisk hälsa

Både den kroppsliga och själsliga hälsan är självfallet mycket viktiga för att människan ska må bra och de är på många plan sammanlänkade med varandra, likt det latinska citatet ”*Sit mens sana in corpore sano*” (”*En sund själ i en sund kropp*”) av den romerska poeten Juvenal. Citatet kan och har genom åren tolkats på flera olika sätt, exempelvis att en hälsosam kropp är en nödvändighet för en hälsosam själ. Den vanligaste tolkningen är dock, satt i sin rätta kontext, att en sund själ och kropp kommer först i listan över vad som är önskvärt i livet. (Juvenal 1829, s. 42)

Idag vet vi att kroppsliga besvär såsom värk och hur man mår psykiskt ofta hänger samman, ett exempel är nackbesvär i samband med olika former av psykisk ohälsa. Detta gäller i synnerhet kvinnor och det finns belägg för att det är de psykosociala snarare än de biologiska faktorerna som ligger bakom könsskillnaderna. (Stockholms läns landsting 2012)

1.3 Existerande forskning

Hur vi väljer att leva våra liv påverkar på olika sätt vår fysiska och psykiska hälsa. Många olika faktorer spelar in för upplevd hälsa, exempelvis hur mycket vi rör på oss. Höga nivåer av fysisk aktivitet har visat sig minska risken för dödlighet och samband kan noteras redan vid moderat aktivitet (Owen & Sallis 1999). En metastudie kring hälsoaspekter av fysisk aktivitet hos äldre människor påvisar samband mellan en stillasittande livsstil och flertal olika sjukdomar och tillstånd, exempelvis hjärt-kärlsjukdom, psykisk ohälsa (mild till måttlig depression), försämrad muskelfunktion och kapacitet samt övervikt och fetma (Taylor, Cable, Faulkner, Hillsdon, Narici, van der Bij 2004). Personer som lider av fetma och övervikt men samtidigt innehar en god kondition har även en mindre risk för generell dödlighet jämfört med de som är normalviktiga men med en låg kondition (Lee, Blair, Jackson 1999). Dessa följd effekter visar sig därmed påverka vår faktiska hälsa, men inverkar det även på vår självskattade hälsostatus? Tidigare forskning pekar på tydliga och signifikanta samband mellan just självupplevt välmående och fysisk hälsa och således är det av intresse att se till de faktorer som påverkar vår objektiva hälsostatus (Okun, Stock, Haring, Witter 1984).

Att ha en aktiv livsstil kan även bidra till en ökad livskvalitet och minska både oro och stress samt leda till bland annat bättre sömn och ett ökat generellt välmående (Fox 1999).

Regelbunden styrke- och konditionsträning förbättrar exempelvis den psykiska hälsan hos diagnostiserat friska äldre. Den regelbundna träningen ökar välbefinnandet, ger ett förbättrat humör och lägre nivåer av ångest. (Lindwall & Hassmén 2006, s. 103)

Oro och ångest är även starkt sammankopplat med vår sociala struktur. En studie på koreanska äldre låginkomsttagare som flyttat till USA visar exempelvis att socialt stöd var en signifikant faktor för en ökad upplevd hälsa och samtidigt minskade besvär av ångest och depression (Lee & Yoon 2011). En annan rapport, baserad på personer över 65 år, visar att gifta individer upplever mindre oro och bedrövelse såtillvida de inte känner sig orättvist behandlade av sin respektive. I den händelsen mådde de istället sämre än de som alltid levt ensamma. (Hagedoorn, Yperen, Coyne, Jaarsveld, Ranchor, Sonderren, Sanderman 2006) Fler studier kring gifta personers självupplevda hälsostatus har gjorts och de visar liknande indikationer, det vill säga gifta män och kvinnor mår generellt bättre och skattar sig lyckligare, i synnerhet män. (Diener, Eunkook, Lucas & Smith, 1999; Lucas, Clark, Georgellis & Diener 2003)

I Västerbotten har omfattande hälsoundersökningar av 40-, 50- och 60 åringar gjorts under de senaste 20 åren. Bland annat uppmättes BMI, då kraftiga ökningar i fetma noterades både bland män och kvinnor under 90- talet för att sedan avta omkring år 2000. Vad som är intressant i det här fallet är att man där kunde notera ett trendbrott framförallt bland högutbildade. Förekomsten av fetma bland de med kortare utbildning (nio år eller mindre) var omkring dubbelt så hög som hos de med tolv års utbildning eller mer. (Neovius & Rasmussen 2011) Utbildning spelar således också en viktig roll gällande sambanden med övervikt och fetma vilket är faktiskt negativt för vår hälsa. Utbildningsnivå påverkar även enligt Lars Magnus Engström hur mycket vi rör på oss. Utbildning har nämligen ett närmast linjärt samband med fysisk aktivitetsnivå, det vill säga ju högre utbildning desto högre aktivitetsnivå (Engström 2008). Faktorn låg utbildning har således samband både med hög vikt och låg fysisk aktivitetsnivå, vilka båda har en ogynnsam påverkan på vår faktiska hälsa. Därmed kan det även tänkas medföra en negativ effekt i vissa sammanhang också på vår upplevda hälsostatus. Utbildning som faktor har även visat låga men signifikanta samband med upplevd hälsa i tidigare forskning (Campbell, Converse, Rodgers 1976, s. 131, 142; Continuing Psychology Education Inc. 2006, s. 4 se Cantril 1965 samt Diener, E Sandvik, Seidlitz, Diener, M. 1993). Det är också möjligt, sett ur ett annat perspektiv, att utbildning verkar kontraproduktivt på hälsan då det kan leda till kravbilder vilka inte nödvändigtvis kan uppfyllas och således påverkar vår upplevda hälsa negativt (ibid. s. 4).

Som nämnts i inledningen har stora delar av den befintliga forskningen gjorts på ett annat urval än för denna undersökning, bland annat visar en estländsk studie på ungdomar på positiva korrelationer mellan social klass och status och hur aktiva ungdomarna var (Raudsepp 2006). Ytterligare en undersökning på personer över 65 år visar på signifikanta samband mellan socialt stöd, att ha någon nära att vända sig till och hög fysisk aktivitet. (McMurdo, Argo, Crombie, Feng, Sniehotta. Vadivelloo, Witham & Donnan 2012) Som tidigare diskuterats är brist på fysisk aktivitet inte nödvändigtvis detsamma som dålig självupplevd fysisk eller psykisk hälsa. I sammanhanget är det dock värt att notera att nämnda faktorer, såsom utbildning och sociala förhållanden, kan påverka vår faktiska hälsostatus negativt i olika urvalsgrupper. I ett vidare plan kan det således också tänkas att dessa förhållanden inverkar även på vår upplevda fysiska och psykiska hälsa.

En av de tidigare nämnda studierna kring gifta män och kvinnors upplevda hälsostatus undersöker även sambandet mellan inkomst och välmående och finner resultaten mer komplexa och sambanden svagare. De konstaterar ändå att det finns en positiv korrelation mellan inkomst och upplevd hälsa i rika nationer samt att befolkningen i dessa nationer är lyckligare än i fattigare nationer. (Diener et al. 1999) Detta samband mellan hälsa och inkomst är ej helt oproblematiskt och redan 1974 konstaterade Richard Easterlin, professor i ekonomi vid University of Southern California, att det fanns tydliga korrelationer på individnivå mellan högre inkomst och hög självskattad hälsa. I synnerhet så länge basbehov såsom mat, husrum och tillräcklig sjukvård med mera kan tillgodoses, samtidigt som rikare nationer ej visade sig ha en bättre hälsa de fattigare. (Easterlin 1974) Denna slutsats kom senare att kallas "The Easterlin Paradox" då delar av resultaten ifrågasätter nyttan med ekonomiskt tillväxt om det inte nödvändigtvis gör samhället och därmed befolkningen lyckligare. Teorin har senare kommit att revideras, bland annat av Easterlin själv, där man kan se att sambanden på kort sikt, på individnivå, mellan ökad inkomst och upplevd hälsa fortfarande är tydliga men att de över tid försvagas exempelvis efter ett stort arv eller liknande ekonomisk ökning. Fenomenet kan möjligen förklaras av ett akut ökat materialistiskt förhållningssätt när inkomsten förbättras. (Easterlin, McVey, Switek, Sawangfa & Zweig 2010)

Numera har emellertid fler mer omfattande studier visat på tydliga korrelationer i alla aspekter kring hög inkomst och god upplevd hälsa. Förutom ovannämnda direkta samband ger dessa studier belegg för att befolkningen i rika länder, överlag, skattar sin hälsa högre än fattigare personer samt att ekonomisk tillväxt och ökningar i hälsa är signifikant relaterade till varandra. Ej heller finner de någon punkt där sambanden avtar likt tidigare nämnda teorier. (Sacks, Stevenson & Wolfers 2012; Deaton 2008; Stevenson & Wolfers 2008; Stevenson & Wolfers 2013)

1.3.1 Sammanfattning av forskningsläget

Sammantaget kan vi se att flera livsstilsfaktorer har stor inverkan på både vår faktiska och upplevda hälsa. Att exempelvis lida av fetma, vilket indirekt kan kopplas till låg utbildning och är en negativ faktisk hälsoindikator, kan påverka vår upplevda fysiska och psykiska hälsa negativt. Därtill ska nämnas att hur varje enskild individ uppfattar sin situation är unikt och har ingen nödvändig negativ koppling till exempelvis hälsofaktorer såsom övervikt eller

inaktivitet. Utöver dessa indirekta indikationer kan vi även se svaga men signifikanta samband mellan utbildning och upplevd hälsa (Campbell et al. 1976, s. 131 och 142).

Att ha ett socialt stöd och nära relationer kan också tänkas påverka de flesta av oss positivt och leda till mindre oro hos många människor. Därav är det intressant att studera den andra faktorn civilstånd, som en betydande del av en människas sociala situation, för att se hur den relaterar till upplevd hälsa. Frågan blir än mer komplex om vi ser till det faktum att människor som själva skattar sin hälsa som god också i större utsträckning aktivt söker sociala relationer med andra människor. Likt det i många studier, som tidigare nämnts, möjliga felslutet att gifta personer skattar sig lyckligare och mer välmående än ensamma är det även en möjlighet att dessa personer i högre utsträckning tenderar att gifta sig än de mindre lyckliga individerna. (Lucas, Clark, Georgellis, Diener 2003)

Den tredje faktorns, inkomst, förhållande till den upplevda hälsan är komplext, även om nyare forskning visar på tydliga positiva samvariationer. För att nyansera inkomstnivån som faktor för den upplevda hälsan bör vi även betänka att människor som värderar just pengar och materialistiska mål högre än andra mål tenderar att skatta sin livsstandard och upplevda hälsa sämre än de med mindre ekonomiska och materialistiska fokus. Detta faktum kvarstår även när inkomstnivån kontrolleras. (Richins & Dawson 1992)

1.4 Hypotes

Utifrån de studier som redogjorts för i forskningsläget tror jag att det, trots vissa frågors komplexitet, finns positiva samband även bland äldre individer mellan samtliga av de faktorer jag valt att undersöka och deltagarnas subjektiva hälsostatus. Denna hypotes grundar sig på den gedigna forskning som gjorts kring både faktisk och självskattad hälsa samt olika livsvillkor på främst generella befolkningsgrupper.

1.5 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka samband mellan utbildning, civilstånd och inkomst gentemot upplevd fysisk och psykisk hälsa hos en äldre målgrupp.

Frågeställningar:

- Föreligger statistiskt samband mellan dessa faktorer i förhållande till upplevd själslig (psykisk) hälsa?
- Föreligger statistiskt samband mellan dessa faktorer i förhållande till upplevd kroppslig (fysisk) hälsa?

2 Metod

2.1 Val av metod

Varje forskningsbart problem kan belysas utifrån två huvudperspektiv, kvalitativt eller kvantitativt. Aningen förenklat kan vi säga att de olika beteckningarna avser hur forskaren väljer att bearbeta och analysera den information som samlas in. Valet av ansats, vilket inte nödvändigtvis behöver vara det ena eller det andra, avgörs utav vad det är vi vill veta och vilken kunskap det är vi söker. Kvantitativt inriktad forskning använder sig av statistiska analys- och bearbetningsmetoder, med syftet att i detalj beskriva något kvantitativt.

Angreppssättet innebär en vid bild av problemet och forskaren har en viss distans till det som undersöks. Med en kvalitativ inriktning arbetar forskaren mer subjektivt med verbala analysmetoder såsom exempelvis intervjuer i syfte att införskaffa djupare kunskap och försöka analysera och förstå helheten av fenomenet. (Patel & Davidsson 1994, s. 12 f.; Holme & Solvang 1997, s. 78) Den här studien har ett hypotetiskt deduktivt förhållningsätt med syfte att undersöka den hypotes som ställts, baserat på tidigare forskning, kring olika faktorer eventuella samband med vår upplevda hälsa. Således och på grund av det relativt stora urvalet valdes en kvantitativ metod i form av en enkätundersökning vilket också möjliggjorde att genomföra olika statistiska analyser. I detta fall användes en tidigare beprövad enkät, *GIH:s Hälsotest*, vilken tagits fram av Gymnastik- och idrottshögskolan (GIH) för att användas vid skolans olika hälsoprojekt. Enkäten har omarbetats och revideras fortlöpande sedan 2006 i och med forsknings- och utvecklingsarbetet vid GIH och svarar väl

mot de frågor som studeras i den här undersökningen. Frågeformuläret i sin helhet är omfattande och innefattar mätdata och självskattningsfrågor kring levnadsvanor såsom kost, motion, sömn och alkoholvanor m.m. Även etnisk bakgrund, sysselsättning, medicinsk status och givetvis de specifika faktorer som undersöks i denna studie; inkomstnivå, civilstatus, utbildning samt den upplevda psykiska och fysiska hälsan finns med. De delar som använts i denna studie är alla skattningsfrågor där respondenterna fått markera det alternativ som de själva uppfattar stämmer bäst. Frågorna i enkäten är utformade så att de på inget vis ska uppfattas som kränkande, se bilaga 2.

2.2 Urval

Den här studien baseras på totalt 523 personer, främst pensionärer bosatta i Solna, Lidingö Haninge, Täby samt Östermalm i Stockholm. 487 av dem deltog under våren 2013 i GIH:s hälsoprojekt, till vilket de själva ansökt. Hälsoprojektet, i första hand inriktat mot äldre personer, är årligen återkommande och deltagarna får möjlighet att genomföra olika fysiologiska tester vid projektets start. Därefter tränas de under en åttaveckors-period följt av eftertester för att mäta eventuella förändringar. I samband med dessa för- och eftertester fyller deltagarna även i GIH:s hälsoenkät, av vilken delar ligger till grund för denna undersökning.

Under hösten 2013 kontaktades sedan ytterligare 45 personer, men av olika anledningar blev det ett bortfall om nio personer, varav således 36 adderas till den första urvalsgruppen. Dessa 36 individer hade vid tidigare tillfälle ansökt om att medverka i hälsoprojektet, men ej kommit med på grund av platsbrist.

Åldern på individerna varierade mellan 37 och 89 år och medelåldern var 70,3 (\pm 6,6) år. 177 av deltagarna var män och 336 var kvinnor (10 individer uppgav ingen ålder). Deltagarnas medel-BMI var 25,5 \pm 4,46 (16-47,7). Medellängden var 1,68 \pm 7,77 (1,46–1,94) m. och medelvikten var 74,9 \pm 14,8 (41-150) kg.

Deltagarna var utvalda efter ett icke slumpmässigt urval och de har gemensamt att de själva sökt upp GIH, för att delta i någon form av hälsoprojekt med ledarledd fysisk aktivitet. Deras hälsostatus är varierande där vissa av dem har ett medicinskt tillstånd och andra är helt friska. Initialt i kontakten med deltagarna, då de fick besvara GIH:s hälsoenkät vid första förtestet, framkom att en majoritet ej uppnådde de rekommendationer för fysisk aktivitet om 150

minuter med minst måttlig aktivitet per vecka, som Svenska läkaresällskapet rekommenderar. Vidare framkom att en övervägande del av individerna varken röker eller snusar.

2.3 Tillvägagångssätt

De 487 individerna ifrån vårens urvalsgrupp hade alla ansökt om att få delta i GIH:s hälsoprojekt. Under projektets gång tilldelades de olika testledare, vilka informerat dem om begrepp och frågeställningar i enkäten som de sedan fick fylla i vid tre olika tillfällen, två i början av projektet och en i slutet. Enkäterna som kom att användas i denna studie är ifrån det första förtestet.

Resterande 36 deltagare som tillkom under hösten kontaktades via telefon efter att de vid tidigare tillfälle, inför vårterminen 2013, ansökt om att delta i hälsoprojektet på GIH och inte kommit med. De kontaktades därför inför höstterminen 2013 för att då få delta i tester följt av ledarledd träning. Initialt på höstterminen samlades dessa deltagare till ett informationsmöte där studien beskrevs i sin helhet. Deltagarna fick sedan, en del av dem vid andra tillfällen än tidpunkten för mötet, fylla i GIH:s hälsoenkät.

Samtliga personer har varit införstådda med att de närsomhelst har möjlighet att avbryta sin medverkan utan att behöva ge någon vidare anledning. All information från enkäterna har sedan avkodats så att endast testledarna har möjlighet att koppla informationen från en enkät till en viss individ. Deltagarna har även blivit informerade om sin anonymitet.

2.4 Sammanställning och bearbetning

I detta arbete används enkätsvaren från det första förtestet. Enkäterna sammanställdes manuellt i programmet Microsoft Excel. Varje enkät erhöll en rad i excelarket och varje variabel, det vill säga fråga, fick en kolumn. De olika svarsalternativen i enkäten fick varsin motsvarande siffra. Därefter importerades informationen till statistikprogrammet STATISTICA. Här kodades vissa av svaren om för att bättre stämma överens med frågeställningarna i studien. De justeringar som gjordes var frågan kring civilstånd där det från början fanns tre alternativ, gift/sambo, särbo samt singel, vilket istället delades in kategorierna *lever ensam* (singel) samt *lever i ett förhållande* (gift/sambo och särbo). Nästa fråga i vilken svaren slogs ihop, var för individens högsta examen. Där summerades

svarsalternativen grundskola och gymnasium som *kort utbildning* samt högskola/universitet och folkhögskola som *lång utbildning*. Slutligen upprättades ytterligare två kolumner med svarsalternativen för upplevd psykisk och fysisk hälsa. ”Mycket tillfredsställande” (svarsalternativ 6), ”tillfredsställande” (5) och ”ganska tillfredsställande” (4) lades ihop och blev *hög upplevd hälsa* och ”ganska otillfredsställande” (3), ”otillfredsställande” (2) samt ”mycket otillfredsställande” (1) grupperades till *låg upplevd hälsa*. Dessa dikotomiserade svar kring upplevd fysisk och psykisk hälsa i förhållande till de olika faktorerna analyserades parallellt med de två ordinarie intervallen om 1-6 steg.

Utifrån dessa data genomfördes sedan de icke parametriska testerna Mann-Whitney (för de frågor där två svarsalternativ fanns) samt Kruskal-Wallis i övriga fall. Analyserna gav svar på om det fanns några signifikanta samband mellan de olika faktorerna som studerats gentemot den upplevda fysiska och psykiska hälsan. För att presentera resultaten och analysera förhållanden mellan de olika svarsgrupperna upprättades sedan korstabeller, box-plots samt kurvdiagram där deltagarnas olika svar redovisas.

Använda signifikansnivåer i samtliga analyser var: icke signifikant= IS ($p \geq 0,05$) samt signifikant= S ($p < 0,05$).

Av de 525 individer som svarat på enkätundersökningen finns interna bortfall i de olika frågorna, det vill säga de delar av enkäten som respondenterna valt att inte svara på. I korstabellerna visas det totala antal svar samt bortfall som registrerats och använts i varje analys.

2.5 Validitet och reliabilitet

Hälsoenkäten som utifrån vissa frågor varit grunden i denna studie är sedan tidigare testad och använd i olika sammanhang inom GIH. Här finns faktorer för upplevd hälsa och civilstånd, inkomst och utbildningsnivå. Genom att använda enkäten i detta arbete var målsättningen att kunna få svara på frågor i förhållande till studiens syfte och frågeställningar.

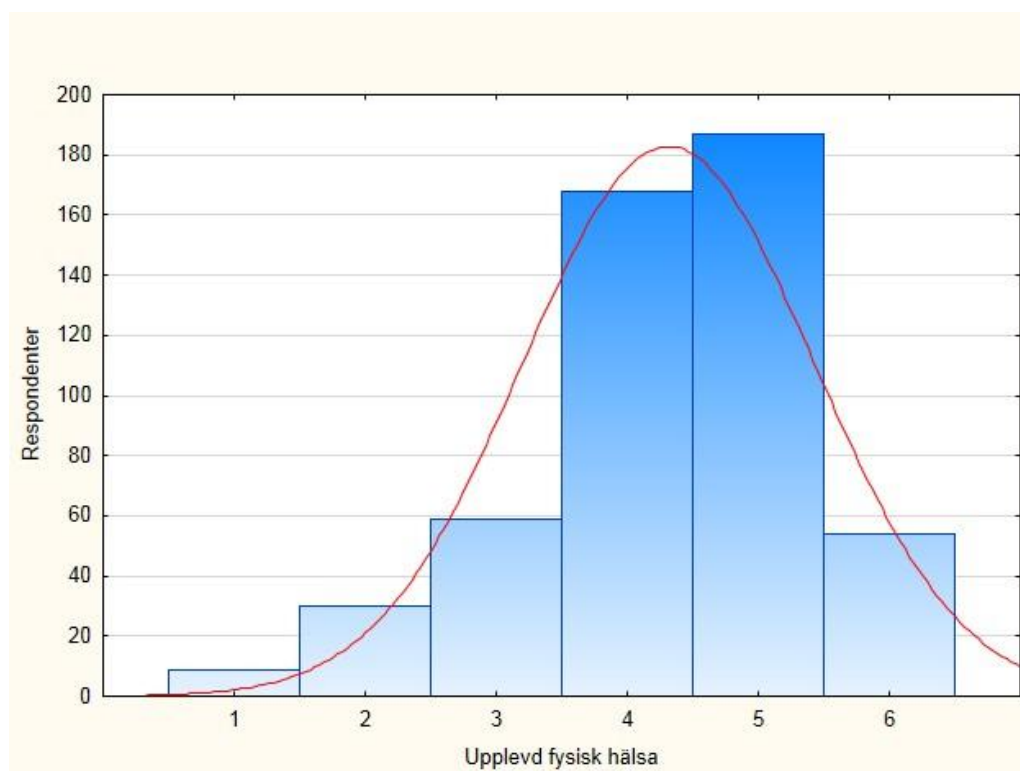
En svaghet är emellertid att urvalet framför allt kommer ifrån Stockholmsområdet och dessutom ifrån relativt starka socioekonomiska stadsdelar, vilket ger en låg generaliserbarhet och kan inte i någon större utsträckning spegla hur det ser ut i landet i stort, det stora urvalet

till trots (Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2010, s. 99). Att deltagarna därutöver aktivt sökt sig till ett projekt kring hälsa kan påverka representativiteten och tillförlitligheten negativt. Det kan därmed tänkas att eftersom de själva ansökt om att delta i en undersökning kring hälsa så har de också ett särintresse i frågan och eventuellt skattar sin hälsa högre jämfört med övrig befolkning. Dessa frågor diskuteras vidare i diskussionsavsnittet.

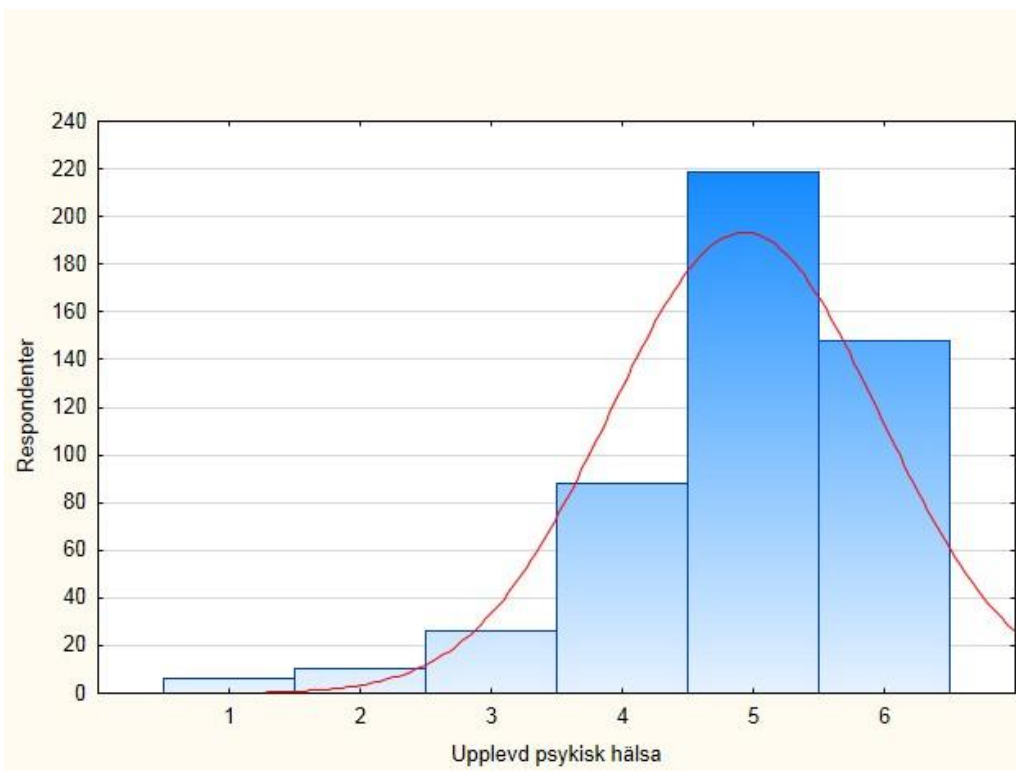
3. Resultat

Av de 523 individer som deltagit i undersökningen levde merparten (67 %) vid tillfället för undersökningen i ett förhållande och likaså över hälften (62 %) hade avslutat en eftergymnasial utbildning. 53 procent skattade sin inkomst som medelgod, medan 12 procent uppfattade den som hög och 35 procent som låg. 90 procent av deltagarna var ålderspensionärer.

Medelvärdet för deras upplevda fysiska hälsa var $4,3 \pm 1,11$ respektive $4,9 \pm 1,03$ för den upplevda psykiska hälsan. Således skattar merparten av respondenterna både sin fysiska och psykiska hälsa som minst *ganska tillfredsställande* = 4, se figur 2 och 3 nedan.



Figur 2. Kurva för upplevd fysisk hälsa. X-axeln visar upplevd fysisk hälsa löpande från mycket otillfredsställande till mycket tillfredsställande (1-6) och Y-axeln antalet individer.



Figur 3. Kurva över upplevd psykisk hälsa. X-axeln visar upplevd psykisk hälsa löpande från mycket otillfredsställande till mycket tillfredsställande (1-6) och Y-axeln antalet individer.

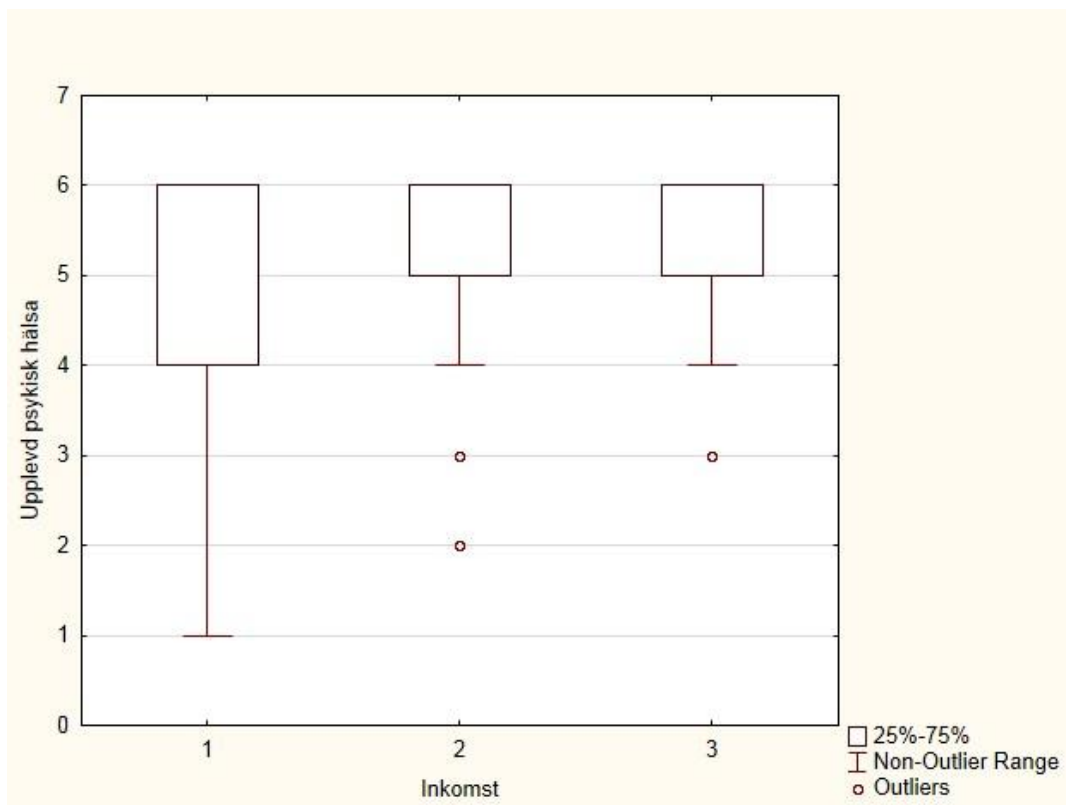
3.1 Redovisning för förhållandet mellan inkomstnivå gentemot upplevd fysisk och psykisk upplevd hälsa

Tabell 1. Korstabell över förhållandet mellan uppskattad inkomstnivå och fysisk samt psykisk upplevd hälsa.

| | | Låg inkomst | Medel inkomst | Hög inkomst | Totalt |
|--------------------------|--------------|-------------|---------------|-----------------|--------|
| Låg fysisk hälsa | Antal | 40 | 41 | 9 | 90 |
| | % av inkomst | 25% | 17% | 16% | |
| Hög fysisk hälsa | Antal | 121 | 202 | 46 | 369 |
| | % av inkomst | 75% | 83% | 84% | |
| Totalt | | 161 | 243 | 55 | 459 |
| | | | | Signifikansnivå | IS |
| | | | | Bortfall | 66 |
| | | Låg inkomst | Medel inkomst | Hög inkomst | Totalt |
| Låg psykisk hälsa | Antal | 18 | 17 | 2 | 37 |
| | % av inkomst | 11% | 7% | 4% | |
| Hög psykisk hälsa | Antal | 143 | 226 | 53 | 422 |
| | % av inkomst | 89% | 93% | 96% | |
| Totalt | | 161 | 243 | 55 | 459 |
| | | | | Signifikansnivå | IS |
| | | | | Bortfall | 66 |

Det fanns ingen signifikant samvariation mellan vare sig fysisk eller psykisk hälsa och uppskattad inkomstnivå. I båda fallen kan emellertid noteras att den procentuella andelen med hög hälsa ökar för varje steg med inkomsten. Bland låginkomsttagarna uppger exempelvis en fjärdedel av respondenterna att deras fysiska hälsa är låg (25 %), medan motsvarande skattning för gruppen höginkomsttagare är mindre än en femtedel (16 %). För psykisk hälsa framkom liknande mönster för låg- gentemot höginkomsttagare.

Om vi därtill studerar resultaten för den uppfattade hälsan löpande, utifrån alla de sex möjliga svarsintervall, istället för dikotomiserat kan vi se att p-värdet sjunker i båda analyserna och för den upplevda psykiska hälsan i förhållande till inkomsten kan vi även notera en tydlig trend i och med ett p-värde om 0,086, det vill säga i närheten av att vara ett signifikant samband.



Figur 4. Box plot för upplevd psykisk hälsa och inkomst. X-axeln visar lågt uppskattad inkomstnivå (1), medel (2) samt hög (3). Y-axeln visar upplevd psykisk hälsa löpande från mycket otillfredsställande till mycket tillfredsställande (1-6).

I diagrammet ovan finner vi att koncentrationen för tillfredsställande respektive mycket tillfredsställande psykisk upplevd hälsa är hög för medel och höginkomsttagare. Frånsett enstaka fall (outliers) har deltagarna i dessa kategorier skattat sin hälsa som minst ganska tillfredsställande och 50 procent av dem som tillfredsställande eller mycket tillfredsställande. Detta till skillnad från låginkomsttagarna, där det finns en betydande andel svar även i de lägre nivåerna av spannet för upplevd psykisk hälsa.

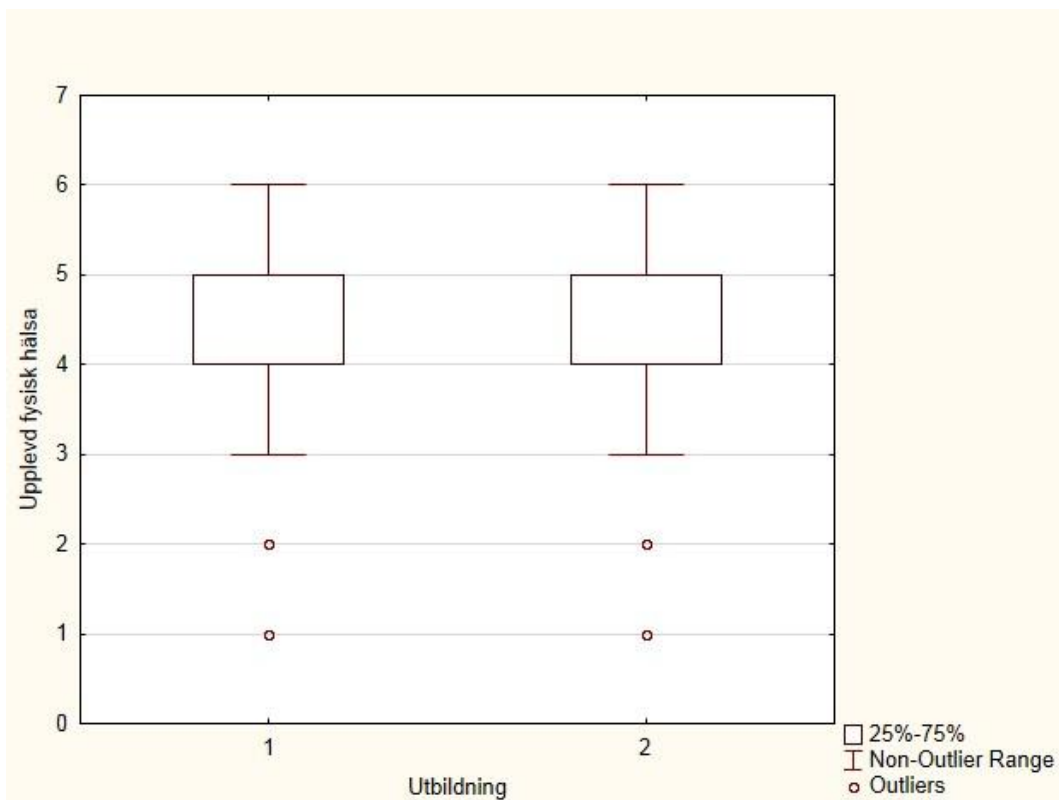
3.2 Redovisning för förhållandet mellan utbildning gentemot upplevd fysisk och psykisk upplevd hälsa

Tabell 2. Korstabell över förhållandet mellan utbildning och upplevd fysisk samt psykisk upplevd hälsa.

| | | Kort utbildning | Lång utbildning | Totalt |
|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------|
| Låg fysisk hälsa | Antal | 36 | 54 | 90 |
| | % av utbildning | 21% | 19% | |
| Hög fysisk hälsa | Antal | 139 | 231 | 370 |
| | % av utbildning | 79% | 81% | |
| Totalt | | 175 | 285 | 460 |
| | | | Signifikansnivå | IS |
| | | | Bortfall | 65 |
| | | Kort utbildning | Lång utbildning | Totalt |
| Låg psykisk hälsa | Antal | 15 | 24 | 39 |
| | % av utbildning | 9% | 8% | |
| Hög psykisk hälsa | Antal | 160 | 261 | 421 |
| | % av utbildning | 91% | 92% | |
| Totalt | | 175 | 285 | 460 |
| | | | Signifikansnivå | IS |
| | | | Bortfall | 65 |

I förhållandet mellan utbildning och upplevd hälsa, se tabell 2 ovan, förelåg ej heller några signifikanta samband. Vi kan istället notera snarlika förhållanden för kort och lång utbildning i samtliga jämförelser gentemot fysisk och psykisk hälsa. När den fysiska hälsan jämfördes med utbildningsfaktorn var det två procent högre andel som skattade sin hälsa som låg av de med kort utbildning i relation till de med hög utbildning. I jämförelsen med psykisk hälsa var skillnaden en procent, det vill säga relativt lika värden för de två utbildningsgrupperna.

När vi därefter analyserar psykisk och fysisk hälsa utifrån alla de sex svarsintervall finner vi samma fenomen. Medelvärdet för svarsalternativen vid frågan om upplevd fysisk hälsa bland de med lång utbildning respektive kort utbildning är i princip identiska ($\approx 4,3$) och utöver det finns inga skillnader att skönja frånsatt ett något fler antal deltagare (25 gentemot 12) som skattat sin hälsa som otillfredsställande eller mycket otillfredsställande bland de med lång utbildning, se figur 5 nedan. Snarlika resultat återfinns när psykisk hälsa analyseras löpande mot utbildning där medelvärdet för upplevd psykisk hälsa i båda fall av utbildningsgrupper är $\approx 4,9$.



Figur 5. Box plot för upplevd fysisk hälsa och utbildning. X-axeln visar (1) de med kort utbildning förhållande respektive de med lång utbildning (2). Y-axeln visar upplevd fysisk hälsa löpande från mycket otillfredsställande till mycket tillfredsställande (1-6).

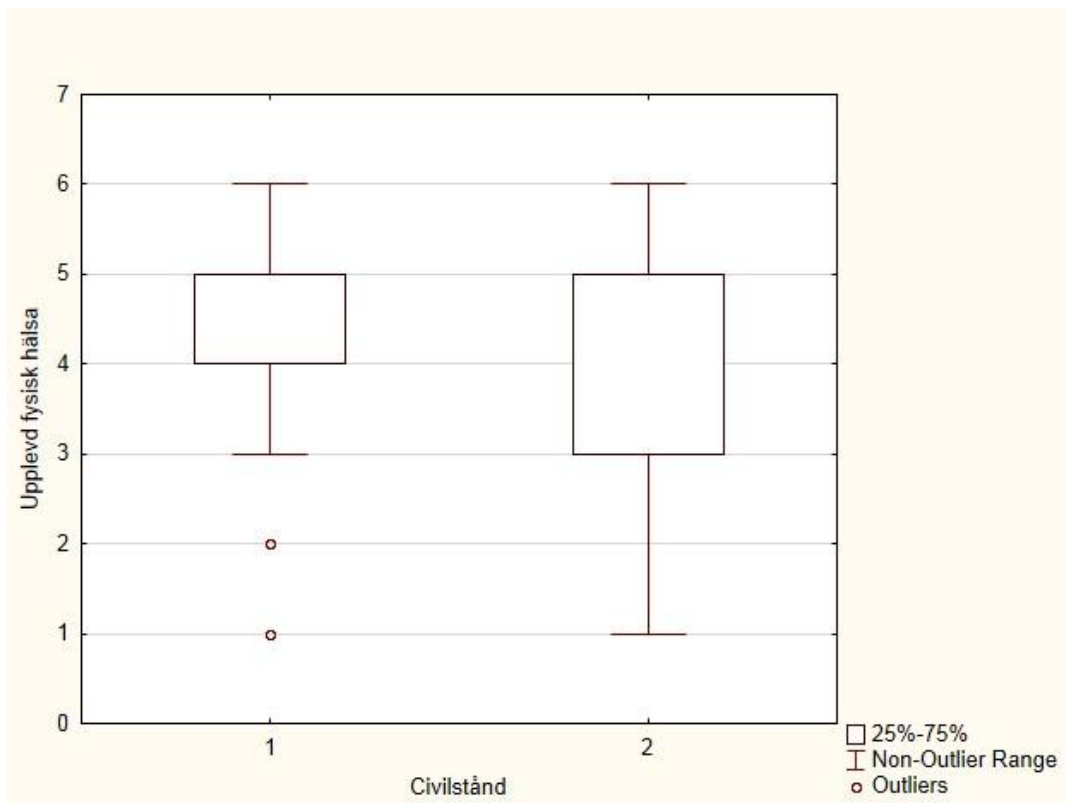
3.3 Redovisning för förhållandet mellan civilstatus gentemot upplevd fysisk och psykisk upplevd hälsa

Tabell 3. Korstabell över förhållandet mellan civilstånd och fysisk samt psykisk upplevd hälsa.

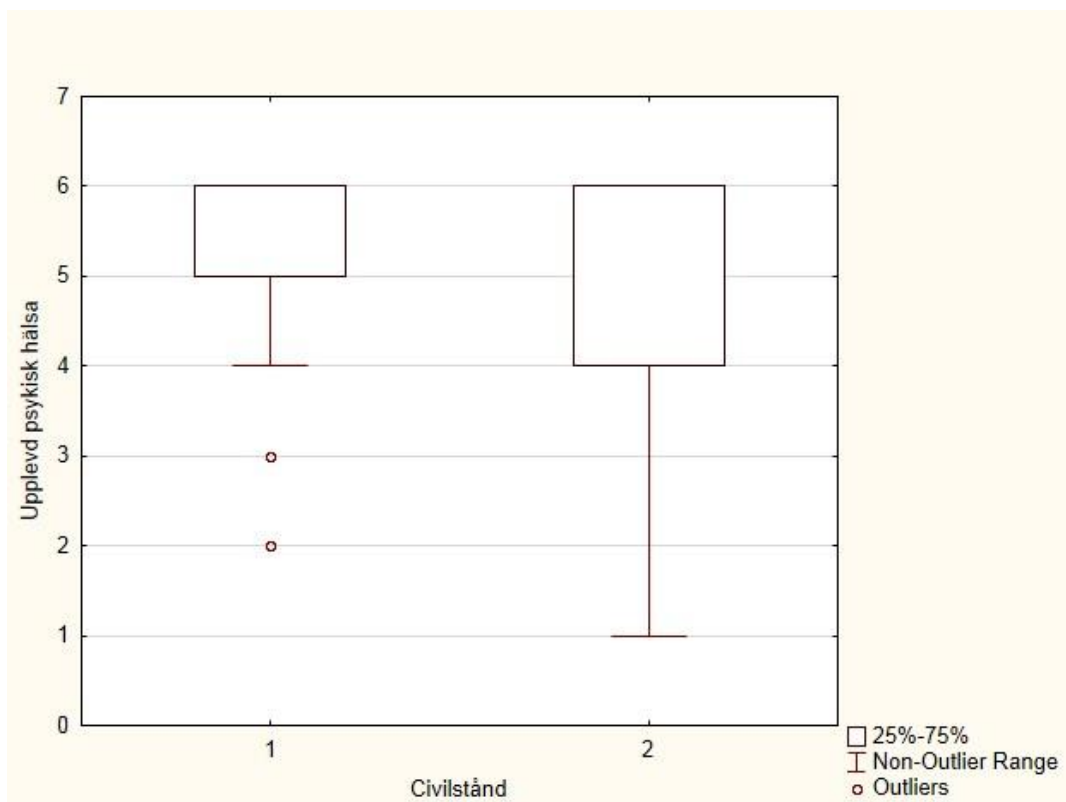
| | | Lever ensam | Lever i ett förhållande | Totalt |
|--------------------------|-----------------|-------------|-------------------------|--------|
| Låg fysisk hälsa | Antal | 45 | 51 | 96 |
| | % av civilstånd | 27% | 15% | |
| Hög fysisk hälsa | Antal | 123 | 280 | 403 |
| | % av civilstånd | 73% | 85% | |
| Totalt | | 168 | 331 | 499 |
| | | | Signifikansnivå | S |
| | | | Bortfall | 26 |
| | | Lever ensam | Lever i ett förhållande | Totalt |
| Låg psykisk hälsa | Antal | 23 | 19 | 42 |
| | % av civilstånd | 14% | 6% | |
| Hög psykisk hälsa | Antal | 145 | 312 | 457 |
| | % av civilstånd | 86% | 94% | |
| Totalt | | 168 | 331 | 499 |
| | | | Signifikansnivå | S |
| | | | Bortfall | 26 |

I det sista fallet mellan faktorn civilstatus och upplevd hälsa kunde en signifikant samvariation mellan ökad hälsa samt att befinna sig i ett förhållande konstateras. Av de som lever ensamma skattar 27 procent av respondenterna sin fysiska hälsa som låg i jämförelse som 15 procent i gruppen som lever i en relation. I förhållandet till psykisk hälsa är motsvarande grupper med låg hälsa 14 procent gentemot de med hög hälsa 6 procent.

När vi återigen studerar resultaten med fysisk och psykisk upplevd hälsa löpande gentemot civilstatus blir differensen mellan grupperna tydlig. Även om vi kan notera höga värden av upplevd hälsa i båda grupperna kan vi i fallet med grupp 2, de som lever ensamma, notera en betydligt större spridning av svar i de lägre intervallen (se figur 6 och 7).



Figur 6. Box plot för upplevd fysisk hälsa och civilstånd. X-axeln visar (1) de som lever i ett förhållande respektive de som lever ensamma (2). Y-axeln visar upplevd fysisk hälsa löpande från mycket otillfredsställande till mycket tillfredsställande (1-6).



Figur 7. Box plot för upplevd psykisk hälsa och civilstånd. X-axeln visar (1) de som lever i ett förhållande respektive de som lever ensamma (2). Y-axeln visar upplevd psykisk hälsa löpande från mycket otillfredsställande till mycket tillfredsställande (1-6).

4. Sammanfattande diskussion

Syftet med den här studien var att undersöka sambanden för faktorerna inkomst, utbildning samt civilstatus gentemot den upplevda fysiska och psykiska hälsan bland äldre människor. Utifrån de olika studier som presenterades i forskningsläget formades en hypotes kring en positiv samvariation mellan samtliga faktorer och den upplevda hälsan.

Innan resultaten diskuteras bör det tas i beaktande, att då deltagarna själva skattat sin hälsa utifrån fasta svarsalternativ, är det också sannolikt att de har olika referensramar kring de olika hälsobegreppen, vilket kan tänkas påverka tillförlitligheten i studien negativt. Då informationen kring frågorna i enkäten erhållits av olika testledare för de drygt 500 deltagarna så är det också möjligt att de erhållit olika information angående de frågor vilka de sedan besvarat. Detta är ett problem som förekommer vid enkätundersökningar. Samtidigt är det av vikt att ett mätverktyg (här enkätfrågor) ska kunna användas brett ute i fält och därmed är det av värde att här se de resultat som erhållits.

En annan aspekt värd att ta hänsyn till avseende urvalsgruppen är att de till stor del kommer ifrån socioekonomiskt starka stadsdelar och har en överlag god fysisk och psykiskt upplevd hälsa, se figur 2 och 3 i resultatdelen (Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2010, s. 99). När sedan dessa intervall dikotomiserats återfinns en stor majoritet av svaren under kategorin *hög upplevd hälsa*. Att deltagarna aktivt sökt sig till hälsoprojektet, involverande bland annat fysisk träning och olika hälsotester, indikerar också att de har ett särskilt intresse inom området, vilket också kan tänkas bidra till de högt skattade svaren om upplevd hälsa. Även om detta sedan inte påverkar de procentuella förhållandena inom varje faktors svarsgrupp så är det möjligt att en slumpmässigt utvald grupp i olika åldrar och med fler deltagare lett till starkare samband, vilket också varit mer representativt samt gett studien en högre generaliserbarhet för befolkningen i allmänhet.

Förhållandet mellan psykisk och fysisk upplevd hälsa är i det närmaste konstant i samtliga analyser. Resultaten visar en något högre grad av upplevd psykisk hälsa jämfört med fysisk, se figur 2 och 3. Utfallen skiljer bara fåtalet procent när psykisk hälsa gentemot fysisk ställs i förhållande till någon av de tre faktorerna. Detta fynd torde betyda att ingen av faktorerna påverkar den ena dimensionen av hälsa mer än den andra i någon anmärkningsvärd utsträckning. Ett observandum är emellertid att den psykiska hälsan i förhållande till inkomst visar på en tydlig trend i och med ett lägre och relativt sett lågt p-värde (dock ej signifikant), när hälsoreultatet redovisas löpande, se figur 4. Möjligt är således att just inkomst har en större påverkan på den psykiska upplevda hälsan än den fysiska (se nedan).

De resultat som presenterats är heller på inget vis entydiga och styrker inte fullt ut den hypotes kring alla tre faktors positiva samband i förhållande till upplevd hälsa. Men av de tre faktorerna som analyserats återfinns signifikant samvariation mellan civilstatus och psykisk samt fysisk hälsa. När detta förhållande sedan studeras bör vi ha i åtanke möjligheten att lyckliga och välmående personer i större utsträckning kan tänkas inleda relationer än deras motpol (Lucas et al. 2003). Likaså kan det omvänt förhålla sig på det viset att de som lever ensamma kommit att göra det för att de mår just dåligt. Det finns emellertid starkt stöd i tidigare forskning för sambandet mellan civilstånd och upplevd hälsa (Diener et al. 1999; Lucas et al. 2003). I synnerhet vad gäller den psykiska hälsan där högre nivåer av ångest, stress och oro är signifikant korrelerande med att leva ensam (Hagedoorn et al. 2006). Även andra typer av socialt stöd och/eller nära sociala relationer visar på samma förhållande (Lee &

Yoon 2011). Utifrån den slutsatsen kan det tänkas att människor som lever ensamma, teoretiskt sett har samma möjlighet till god hälsa, så länge de finner stöd eller närhet i någon form av nära social relation.

Att leva i ett förhållande kan tänkas vara av olika vikt beroende på var i livet man befinner sig. I ett aktivt yrkesliv och som student erbjuds per automatik betydligt fler tillfällen till möten och social samvaro. Mot den bakgrunden kan man fundera på om det har större betydelse att som äldre leva i tvåsamhet. Då denna studie vänder sig till en målgrupp med en relativt hög medelålder, 70 år, kan det tänkas ha förstärkt sambandet mellan upplevd hälsa och civilstatus. Det vore följaktligen intressant att studera om sambanden ser likadana ut hos en yngre målgrupp.

När sedan inkomstfaktorn studerades fanns, som nämnts, ingen signifikant samvariation, men likväl kan vi se indikationer på ökad hälsa i och med högre inkomst. De konstant ökande nivåerna av upplevd fysisk och psykisk hälsa i och med ökad inkomst (se tabell 1), är i linje med flertalet tidigare studier som visar på en närmast linjär ökning av den upplevda hälsan i takt med förbättrad ekonomi. Varken denna undersökning eller tidigare nämnda studier visar på någon brytpunkt vid en viss inkomstnivå. (Sacks et al. 2013; Deaton 2008; Stevenson & Wolfers 2008; Stevenson & Wolfers 2013)

Förhållandet mellan inkomst och upplevd hälsa kan till viss del tänkas ha påverkats av att 90 procent av deltagarna var ålderspensionärer, vilket sannolikt medfört en lägre inkomst än tidigare i livet. Om vi antar att flera av dem som skattat sin inkomst som låg eller medel sannolikt tidigare haft en medel eller hög inkomst, är det möjligt att den positiva hälsopåverkan som den högre inkomsten under ett yrkesliv medfört kan kvarstå. Utifrån detta antagande kan det tänkas att lägre inkomst efter yrkeslivets upphörande inte är lika starkt sammankopplat till låg hälsa som att leva under samma premisser tidigare i livet. För att kunna dra några vidare slutsatser krävs dock mer forskning kring inkomst och upplevd hälsa hos äldre.

I det sista fallet med faktorn utbildning återfanns inget signifikant samband alls med vare sig upplevd psykisk eller fysisk hälsa. Tidigare forskning har som nämnts funnit svaga men likväl signifikanta samband mellan dessa variabler. Tillsammans med de indirekt möjliga effekterna av kort utbildning såsom fysisk inaktivitet samt övervikt och fetma så står de nya resultaten i

motsats till dessa förhållanden. (Campbell et al. 1976, s. 131 och 142; Continuing Psychology Education Inc. 2006, s. 4 se Cantril 1965 samt Diener et al. 1993; Engström 2008; Neovius & Rasmussen 2011)

Det faktum att den större delen av deltagarna är ålderspensionärer kan återigen tänkas ha påverkat utfallet. Om vi ponerar att utbildning påverkar en människas arbetssituation positivt i form av exempelvis kulturellt utbyte, arbetsuppgifter, miljö och så vidare, vilket i sin tur inverkar på hennes upplevda hälsa, kan det också tänkas att den faktorn blir av betydligt mindre betydelse vid pensionsför ålder. Vidare är det absolut möjligt att också andra värden av en eftergymnasial utbildning påverkar hälsan i någon utsträckning, vilket medför att det kan vara relevant att även utifrån detta fall forska vidare kring sambanden i andra målgrupper. Om sedan sambandet mellan vidare utbildning och hög upplevd hälsa skulle visa sig signifikant stärker det också vikten av att motivera unga människor till att satsa på skolan även ur ett hälsoperspektiv under livets gång. Utifrån skolperspektivet har också jag som lärarstudent i och med detta arbete fått en ökad förståelse för olika levnadsvanor och livsvillkors betydelse för hälsan. Som nämnts i bakgrunden är kunskap kring dessa förhållanden något som elever skall ges möjlighet att utveckla inom ramen för ämnet hälsa (Skolverket 2013-11-15). Även inom idrott och hälsa ska undervisningen leda till att eleverna utvecklar en förståelse för livsstilens och olika livsvillkors betydelse för hälsan. Likaså ska undervisningen i idrott och hälsa behandla hälsobegreppets grunder vilket nyanserats i bakgrunden i denna studie. (Skolverket 2013-12-06) Således har detta arbete bidragit till en på flera plan fördjupad kunskapsbas för mig som lärare, både inom ämnet hälsa samt idrott och hälsa vilket kommer att hjälpa mig i min kommande gärning.

4.1 Konklusion

Sammanfattningsvis har denna studie visat att det finns ett signifikant samband mellan att leva i ett förhållande och upplevd fysisk samt psykisk hälsa. Likaså visade sig inkomstnivån ha tendenser (dock ej signifikant) till samvariation med de skattade hälsoparametrarna. Utbildningsfaktorn visade ej på något samband med vare sig fysisk eller psykisk upplevd hälsa. Det kan tänkas att deltagarnas höga medelålder, 70 år, samt att 90 procent därmed var ålderspensionärer, påverkat utfallet av resultaten i en viss riktning. Detta ställer i sin tur frågan om huruvida värdet av de studerade livsfaktorerna skiljer sig hos äldre människor jämfört med yngre. Mot den bakgrunden kan det tänkas vara relevant att med använda

arbetsmetoder göra om undersökningen med en yngre målgrupp och att på så vis studera eventuella skillnader. Likaså behövs mer forskning kring äldres förhållande till undersökta faktorer och upplevd hälsa för att kunna dra några vidare slutsatser.

Käll- och litteraturförteckning

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. 2. Utg., Stockholm: Natur & Kultur.
- Campbell, A., Converse, P., Rodgers, W. (1976). *The Quality of American Life: Perception, Evaluations, and Satisfaction*. New York: Russel Sage Foundation.
- Continuing Psychology Education Inc. (2006). *Subjective Well-Being*. San Diego: CPE Inc.
- Continuing Psychology Education Inc. (2006). *Subjective Well-Being*. San Diego: CPE Inc.
- Citerar Cantril, H. (1965). *The pattern of Human Concerns*: New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press. Samt Diener, E., Sandvik, E., Seidlitz, L., Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indicators Research* vol. 28, s. 195-223.
- Dahlberg, B., Nord, K. (2013). Arbetslivsinriktad rehabilitering – en naturlig uppgift för företagshälsovården. *Läkartidningen*, vol. 110(16), s. 838.
- Deaton, A. (2008). Income, Health, and Well-Being around the world: Evidence from the Gallup World Poll. *Journal of Economic Perspective*, vol. 22(2), s. 53-72.
- Diener, E., Eunkook, S., Lucas, R., Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, vol. 125(2), s. 276-302.
- Easterlin, R.A. (1974). Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence. *New York: Academic Press, Inc.*
- Easterlin, R.A., McVey, L.A., Switek, M., Sawangfa, O., Zweig, J. (2010). The happiness-income paradox revisited. *Proc Natl Academy Science, USA*, vol.107(52), s. 22463-22468.
- Engström, L.M. (2008). Who is physically active? Cultural capital and sports participation from adolescence to middle age – a 38-year follow-up study. *Physical Education and Sport Pedagogy*, vol. 13(4), s. 319-343.
- Fox, K.R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, vol. 2(3a), s. 411-418.

Hagedoorn, M., Yperen, N., Coyne, J., Jaarsveld, C., Ranchor, A., Sonderen, E., Sanderman, R. (2006). Does Marriage Protect Older People From Distress? The role of Equity and Recency of Bereavement. *Psychology and Aging*, vol. 21(3), s. 611-620.

Holmberg, S. & Weibull, L. (1999). *Ljuskande framtid. SOM-rapport nr 22*. Göteborg: SOM-institutet.

Holme, I.M. & Solvang, B.K. (1997). *Forskningsmetodik: om kvalitativa och kvantitativa metoder*. 2. Uppl. Lund: Studentlitteratur.

Juvenal (1829). *A new and literal translation of Juvenal and Persius*. 2.Utg., London: Cheapside.

Kallenberg, K. & Larsson, G. (2004). *Människans hälsa: livsåskådning & personlighet*. 2., omarb. uppl. Stockholm: Natur & Kultur.

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (2010). *Livsvillkor, levnadsvanor och hälsa i Stockholms län – öppna jämförelser 2010*. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Keyes, L.M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol 73(3), s. 539-548.

Lee, C.D., Blair, S.N., Jackson, AS. (1999). Cardiorespiatory fitness, body composition, and all-cause and cardiovascular disease mortality in men. *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 69(3), s. 373-80.

Lee, K. & Yoon, D. (2011). Factors Influencing the General Well-Being of Low-Income Korean Immigrant Elders. *Social Work*, vol. 56(3), s. 269-279.

Lindwall, M. & Hassmén, P. (2006). Motion och tilltro till egen förmåga – nycklar till äldres psykiska hälsa. *Läkartidningen*, vol.103(47), s. 3710-3713.

Lucas, R., Clark, A., Georgellis, Y., Diener, E. (2003). Reexamining Adaption and the Set Point Model of Happiness: Reactions to changes in Marital Status. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 84(3), s. 527-539.

McMurdo, M.E., Argo, I., Crombie, I.K., Feng, Z., Sniehotta, F.F., Vadiveloo, T., Witham, M.D., Donnan, P.T. (2012). Social, Environmental and Psychological Factors Associated with Objective Physical Activity Levels in the Over 65s. *PLoS ONE* vol. 7(2): e31878, doi:10.1371/journal.pone.0031878.

Nationella folkhälsokommittén (2000). *En hälsoinriktad hälso- och sjukvård. – rapport från arbetsgruppen för analys av hälso- och sjukvårdens roll för hälsan*. Stockholm: Nationella folkhälsokommittén.

Neovius, M. & Rasmussen, F. (2011). Alarmerande siffror för övervikt och fetma i Sverige och världen. *Läkartidningen*, vol. 108(49), s. 2566-2568.

Okun, M., Stock, W., Haring, M., Witter, R. (1984). Health and Subjective Well-Being: A Meta-Analysis. *The International Journal of Aging and Human Development*, vol. 19(2), s. 111-132.

Owen, N., Sallis, J. (1999) Physical Activity and Behavioral Medicine. *American Journal of Public Health*, vol. 89(3), s. 425.

Patel, R. & Davidsson, B. (1994). *Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. 2. Uppl., Studentlitteratur, Lund.

Raudsepp, L. (2006). The relationship between socio-economic status, parental support and adolescent physical activity. *Acta Paediatrica*, vol. 95, s. 93-98.

Richins, M. & Dawson, S. (1992) A consumer Values Orientation for Materialism and Its Measurement: Scale Development and Validation. *Journal of Consumer Research*, vol. 19, s. 303-316.

Rydqvist, L.G. & Winroth, J. (1995). *Idrott, friskvård & hälsa*. [Ny uppl.] Farsta: SISU idrottsböcker.

Sacks, D., Stevenson, B., Wolfers, J. (2012). The new Stylized Facts About Income and Subjective Well-being. *Emotion*, vol. 12(6), s. 1181-1187.

Skolverket, *Ämne – Hälsa*, 2011-06-11. <http://www.skolverket.se/laroplaner-amnen-och-kurser/gymnasieutbildning/gymnasieskola/hael?tos=gy&subjectCode=HÄL&lang=sv> [2013-11-15].

Skolverket, *Ämne – Idrott och hälsa*, 2011-06-11. <http://www.skolverket.se/laroplaner-amnen-och-kurser/gymnasieutbildning/gymnasieskola/idr> [2013-12-06].

Statens folkhälsoinstitut, *Fysisk hälsa*, 2013-03-25. <http://www.fhi.se/Statistik-uppfoljning/Nationella-folkhalsoenkaten/Fysisk-halsa> [2013-10-25].

Statens folkhälsoinstitut (2004). *På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statens offentliga utredningar (1998). *Hur skall Sverige må bättre? – första steget mot nationella folkhälsomål, SOU 1998:43*. Stockholm: Socialdepartementet.

Stevenson, B. & Wolfers, J. (2008). Economic Growth and Subjective Well-Being: Reassessing the Easterlin Paradox. *Brookings Papers on Economic Activity*, vol. 39(1), s. 1-102.

Stevenson, B. & Wolfers, J. (2013). Subjective Well-Being and Income: Is There Any Evidence of Satiation? *American Economic Review, American Economic Association*, vol. 103, nr. 3, s. 598-604.

Stockholms läns landsting, *Ont i kroppen, ont i själen – en delstudie i Hälsa Stockholm*, 2012. <http://www.folkhalsoguiden.se/sv/Publikationer/479/476/Halsa-Stockholm--en-studie-om--liv-och-halsa-i-Stockholms-lan/Halsa-Stockholm---delstudier/Ont-i-kroppen-ont-i-sjalen--en-delstudie-i-Halsa-Stockholm/> [2013-10-20].

Svenska läkaresällskapet, *Varför är global hälsa viktigt?*, 2013-04-04. <http://www.sls.se/GlobalHealth/Programmet/Intervjuer/Varfor-ar-Global-halsa-viktigt-/> [2013-10-24].

Taylor, A.H., Cable, N.T., Faulkner, G., Hillsdon, M., Narici, M., van der Bij, A.K. (2004) Physical activity and older adults: A review of health benefits and the effectiveness of interventions. *Journal of Sports Sciences*, vol. 22, s. 703-725.

World Health Organization (2005). *Promoting Mental Health – Concepts – Emerging Evidence – Practice*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization, *WHO definition of Health*, 2003.
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [2013-10-10].

Bilaga 1. Litteratursökning

Syfte och frågeställningar:

Syftet med denna studie var att undersöka samband mellan utbildning, civilstånd och inkomst gentemot upplevd fysisk och psykisk hälsa på en äldre målgrupp.

Frågeställningar:

- Föreligger statistiskt samband mellan dessa faktorer i förhållande till upplevd själslig (psykisk) hälsa?
- Föreligger statistiskt samband mellan dessa faktorer i förhållande till upplevd kroppslig (fysisk) hälsa?

Vilka sökord har du använt?

self rated health, income, education, marital status, happiness, subjective well-being, physical activity, SWB, elderly, social support, factors influencing well being, The Easterlin paradox, övervikt, fetma, social klass, inkomst, utbildning, Lars – Magnus Engström, social environment, marriage, health, relationship , absolute income, relative income, physical activity, happiness, correlation, psychological health, physical health, socio-economic status, materialism, economic growth,

*Dessa ord har i sökningarna kombinerats med varandra i olika kombinationer.

Var har du sökt?

GIH:s bibliotekskatalog, PubMed, Ebsco, Google Scholar, Google, SweMed+, Libris

Sökningar som gav relevant resultat

Ebsco: subjective well-being and income
Ebsco: factor influencing well-being
Ebsco: social factors and physical activity
Ebsco: Lars – Magnus Engström
Ebsco: marital status happiness
Google: övervikt och social klass
Google Scholar: education and subjective well-being
Google Scholar: civil status well-being
Google Scholar: economic growth happiness
Google Scholar: socio-economic + physical activity

Kommentarer

Ebsco och Google Scholar var de sökmotorer som gav flest relevanta träffar. Flertalet av artiklarna har jag funnit via andra studiers referenser. Jag uppfattade det inte som särskilt problematiskt att finna relevant information för att beskriva forskningsläget till min uppsats, även om vissa områden var mer lättillgängligt än andra, exempelvis förhållandet mellan inkomst och hälsa samt specifika studier om att vara gift och dess inverkan på hälsan. Vissa studier har jag även fått via min faktahandledare Eva Andersson på GIH.

Bilaga 2. Gymnastik- och idrottshögskolans hälsoenkät i urval version 120113



Hälsotest

Detta frågeformulär behandlar hälsa. Svaren på frågorna ger en bild av ditt välbefinnande och din hälsa både kroppsligt och själsligt. Frågorna besvaras via kryssrutor och i vissa fall ges även möjlighet till egna kommentarer.

Sist i formuläret finner du fysiska tester och information angående dessa. Testvärdena fylls i av en särskild testledare i anslutning till utvalda fysiska mätningar. För att få så rättvisande testvärden som möjligt är det emellertid viktigt att du tar del av den information som ges innan du kommer till "fystestet".

I många sammanhang ska informationen från detta formulär vara konfidentiellt. I dessa fall ska du **inte** fylla i de uppgifter i bakgrundsdel som är markerade med en stjärna (*). Din testledare ger dig information om vilka omständigheter som gäller för dig. Uppgifterna behandlas i enlighet med personuppgiftslagen.

Svaren på frågorna i frågeformuläret och de fysiska testvärdena utgör en bra grund för att utveckla och stärka hälsa och välbefinnande. Informationen från detta formulär ska **alltid** följas av ett personligt samtal angående hälsa och utveckling mellan dig och särskilt utsedd person.

För att stärka underlaget för att bedöma hälsa och utveckling nu och i framtiden är avsikten att informationen i detta formulär ska användas för sammanställningar av olika slag. I dessa sammanhang kan **aldrig** den enskilde personen identifieras.

GIH-hälsotestet bearbetas och utprövas fortlöpande i utbildningen samt i forsknings- och utvecklingsarbetet vid GIH.

GIH:s hälsotestgrupp har sedan 2006 bestått av Andersson E., Broman G., Egholt P., Ekblom Ö., Fredriksson M., Hultgren S., Kierkegaard S., Lindberg T., Nilsson J., Oddsson K., Ovendal A., Strand L., Söderlund K., Thedin Jakobsson B., Wahlgren L., Wedman J.

Bakgrund

*Namn: _____ Datum: _____

*Adress: _____

_____ *Telefon: _____

*E-post: _____

Härmed samtycker jag till att mina uppgifter från enkät och tester får användas anonymt för sammanställning:

Datum: _____ Underskrift: _____

Ålder: _____ år

Kön: Man Kvinna

Civilstånd: Gift/sambo Särbo Singel

Antal hemmaboende barn: _____

Längd: _____ cm

Vikt: _____ kg

Sätt ett kryss för de terminer du eventuellt tidigare varit med i GIH:s hälsoprojekt:

ht05___ vt06___ ht06___ vt07___ vt08___ vt09___ vt10___ vt11___

Sätt även kryss om du varit med i den fria träningen på GIH ht 11 i:

styrketräning (ons) ___

motionsgymnastik (ons) ___

vattengymnastik (mån) ___

Upplevd hälsa

1. Hur upplever du din ...

(Efter "Livstillfredsställelse")

| | Mycket otillfredsställande | Tillfredsställande | Ganska otillfredsställande | Ganska tillfredsställande | Överhuvudtaget otillfredsställande | Mycket tillfredsställande |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| ... kroppsliga (fysiska) hälsa? | | | | | | |
| ... själsliga (psykiska) hälsa? | | | | | | |

2. Hur ofta upplever du i ditt arbetsliv (eller motsvarande så som student, arbets sökande eller pensionär) ...

| | Alltid | Ofta | Ganska ofta | Då och då | Ganska sällan | Sällan | Alltid |
|--|--------|------|-------------|-----------|---------------|--------|--------|
| ... hopp och/eller optimism? | | | | | | | |
| ... glädje och/eller lycka? | | | | | | | |
| ... ära, hämnd och/eller balans? | | | | | | | |
| ... egen kontroll över din arbetsituation (eller motsvarande)? | | | | | | | |
| ... meningfullhet? | | | | | | | |

3. Hur ofta upplever du i ditt privatliv (under den fria tiden) ...

| | Alltid | Ofta | Ganska ofta | Då och då | Ganska sällan | Sällan | Alltid |
|------------------------------------|--------|------|-------------|-----------|---------------|--------|--------|
| ... hopp och/eller optimism? | | | | | | | 0 |
| ... glädje och/eller lycka? | | | | | | | |
| ... ära, hämnd och/eller balans? | | | | | | | |
| ... egen kontroll över din vardag? | | | | | | | |
| ... meningfullhet? | | | | | | | |

4. Hur ofta upplever du ...

| | Alltid | Ofta | Ganska ofta | Då och då | Ganska sällan | Sällan | Alltid |
|--|--------|------|-------------|-----------|---------------|--------|--------|
| ... att du vaknar utslädd? | | | | | | | |
| ... en god nattens? | | | | | | | |
| ... att du tar dig tid att hoppas av? | | | | | | | |
| ... att du tar dig tid att reflektera? | | | | | | | |

*Tid då du medvetet reflekterar över ditt liv, din situation eller liknande.

5. Jag upplever att jag har ett bra socialt nätverk?

Ja Ja, ganska Nej

6. Tar du dig tid att läsa böcker, lyssna på musik och/eller gå på bio, teater, konserter, utställningar eller liknande?

Ja Ja, ibland Nej

Egna noteringar - Upplevd hälsa (frivilligt)

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Framtid

Om fem år är ...

- | | | | |
|---|---------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| ...min fysiska status | <input type="checkbox"/> Bättre | <input type="checkbox"/> Oförändrad | <input type="checkbox"/> Sämre |
| ...mitt allmänna välbefinnande (upplevda hälsa) | <input type="checkbox"/> Bättre | <input type="checkbox"/> Oförändrad | <input type="checkbox"/> Sämre |
| ...mina kostvanor | <input type="checkbox"/> Bättre | <input type="checkbox"/> Oförändrad | <input type="checkbox"/> Sämre |
| ...min vikt | <input type="checkbox"/> Lägre | <input type="checkbox"/> Oförändrad | <input type="checkbox"/> Högre |

Egna noteringar - framtid (frivilligt)

| |
|--|
| |
| |
| |

Övrig information

1. Vad är din högsta examen?

- Grundskola Gymnasium Folkhögskola Universitet / Högskola Annat: _____

2. Vilken är din nuvarande sysselsättning / yrke / befattning:

- Arbetar - Med vad: _____ Studerar - Vad: _____ Ålderspensionär
- Arbetslös - Antal år: _____ Sjukskrivet / Sjukpensionär heltid - Hur länge: _____
- Sjukskrivet deltid - Hur länge: _____ Uppge antal % av tjänst: _____

3. Hur anser du din månadsinkomst vara?

- Låg Mellan Hög

4. Vad är din månadsinkomst före skatt - (frivilligt)?

- Under 20 000:- 20 000 - 40 000:- Över 40 000:- Eventuella kommentarer: _____

5. Har du invandrat till Sverige?

- Nej Ja Om ja, uppge landet du föddes i: _____

6. Har din mor invandrat till Sverige?

- Nej Ja Om ja, uppge landet han föddes i: _____

7. Har din far invandrat till Sverige?

- Nej Ja Om ja, uppge landet han föddes i: _____