

Sambandet mellan psykisk ohälsa och hälsorelaterade levnadsvanor bland kvinnor och män i en skånsk befolkning

Student: Kent Nilsson
Handledare: Maria Rosvall, Md., PhD.,
specialistläkare, Socialmedicinska enheten,
UMAS.

SAMMANFATTNING

Sambandet mellan psykisk ohälsa och hälsorelaterade levnadsvanor bland kvinnor och män i en skånsk befolkning

Bakgrund: Daglig rökning och låg fysisk aktivitet på fritiden är betydligt högre bland individer med psykisk ohälsa.

Syfte: Att undersöka dessa samband i ett köns- och socioekonomiskt perspektiv, samt eventuellt finna bakomliggande orsaker.

Metod: Använder data från en tvärsnittsstudie (Folkhälsoenkät, Skåne 2000) med en representativ population ($n = 11\,304$) i åldern 18-65. Huvudvariabler är självrapporterad daglig rökning och låg fysisk aktivitet, samt psykisk ohälsa som bedöms via General Health Questionnaire-12. Analyser gjordes med logistisk regression för att få oddskvoter och kontrollera för möjliga confounders.

Resultat: Samband finns mellan psykisk ohälsa och daglig rökning, respektive låg fysisk aktivitet bland båda könen, och bland socioekonomiska grupper. Kvinnor har signifikant lägre oddskvoter gällande båda sambanden. Individer med psykisk ohälsa har fler ofördelaktiga levnadsvanor än de med ej psykisk ohälsa, oavsett socioekonomisk status. Ingen signifikant skillnad upptäcktes mellan socioekonomiska grupper vid jämförelse av oddskvoter gällande låg fysisk aktivitet, bland kvinnor med ej psykisk ohälsa.

Slutsatser: Studien har bekräftat sambandet psykisk ohälsa och daglig rökning, respektive låg fysisk aktivitet, bland båda könen och inom olika socioekonomiska grupper.

Nyckelord: psykisk hälsa; daglig rökning; låg fysisk aktivitet på fritiden; General Health Questionnaire-12; kön; socioekonomisk status; etnicitet; tvärsnittsstudie.

ABSTRACT

The relationship between mental ill-health and health related lifestyle habits among women and men in a scanian population

Background: Daily smoking and low leisure time physical activity prevalence are higher among individuals with mental ill-health.

Aim: To investigate these relationships in a gender- and socioeconomic perspective, together with possible underlying mechanisms.

Methods: Using data from a cross-sectional survey (Scania public health survey, 2000) with a representative sample ($n = 11\,304$), aged 18-65. Included were self-reported daily smoking, low leisure time physical activity, and mental health measured by the General Health Questionnaire-12. Logistic regression analyses were performed to get odds ratios (OR), and to adjust for potential confounding factors.

Results: Daily smoking and low leisure time physical activity were found to be associated with mental ill-health, among both sexes. Women had significantly lower OR than men with regard to both relationships. Individuals with mental ill-health had more unfavourable lifestyle habits than individuals without, independently of socioeconomic status. There were no significant differences between socioeconomic groups when comparing OR for low leisure time physical activity among women without mental ill-health.

Conclusions: This study confirms the relationships of mental ill-health and daily smoking, and low leisure time physical activity, among both sexes and within different socioeconomic groups.

Key words: mental health; daily smoking; low leisure time physical activity; General Health Questionnaire-12; gender; socioeconomic status; ethnicity; cross-sectional study.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND.....	6
Psykisk hälsa och ohälsa.....	6
Orsaker till psykisk ohälsa och konsekvenser av den.....	6
Sambandet psykisk ohälsa och rökning.....	7
Sambandet psykisk ohälsa och fysisk aktivitet.....	7
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
Frågeställningar	9
Avgränsningar.....	9
Disposition.....	9
METOD	11
Beskrivning av variabler.....	11
Procedur.....	13
Att mäta psykisk ohälsa.....	13
Levnadsvanor.....	14
<i>Daglig rökning</i>	14
<i>Låg fysisk aktivitet</i>	14
METODDISKUSSION	15
Styrkor och svagheter	16
RESULTAT.....	17
Daglig rökning.....	19
Låg fysisk aktivitet.....	22
RESULTATDISKUSSION	25
Tänkbara mekanismer.....	26
Slutsatser.....	27
REFERENSER.....	28
BILAGA.....	32

INLEDNING

Att få äga fysisk och psykisk hälsa är en mänsklig rättighet¹ (FN, 1948) och något som alla människor mer eller mindre strävar efter. Men hälsa är beroende av många faktorer, bland annat social tillhörighet och utbildning (Ågren, 2002).

År 2003 framlades Sveriges nationella folkhälsomål, ”Mål för folkhälsan” (Proposition 2002/03:35). Folkhälsomålet är uppdelat i elva målområden, vilka är utgångspunkten för landets folkhälsoarbete. Syftet med detta dokument är bland annat att förbättra folkhälsan och reducera skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. Förbättringar har skett under 1990-talet om man ser till medellivslängden som ökat, och att dödligheten i ett antal sjukdomar minskat, men ett undantag är den psykiska hälsan. Den har blivit sämre i alla åldersgrupper fram till pensionsåldern, och det är symtom som oro, ångest, ängslan och sömnbesvär som dominerar.

Inget av de elva målområdena fokuserar enbart på psykisk hälsa, men det uppmärksammas i minst sex av dem, och det handlar om områden som arbetslivet, goda matvanor, fysisk aktivitet, barn och ungdomars uppväxtvillkor, alkohol och tobak (Proposition 2002/03:35).

Det är betydelsefullt i ett folkhälsoperspektiv att skilja mellan lättare och svårare psykisk ohälsa (psykisk sjukdom). Den senare berör en liten del av befolkningen² och utgör därmed inget folkhälsoproblem. Psykisk sjukdom kräver i regel behandling med medicin etc. av professionell personal på institutioner, vilket kontrasterar till lättare psykisk ohälsa som i många fall kan förebyggas. Denna typ av psykisk ohälsa är den som oftast undersöks och beskrivs i befolkningsundersökningar (Rohrer, et al., 2005).

En sådan populationsstudie gjordes i Skåne 1999/2000 med namnet ”Hälsöförhållanden i Skåne – Folkhälsoenkäten 2000” där man bland annat studerade psykisk ohälsa, förekomst av rökning, samt låg fysisk aktivitet på fritiden.

Föreliggande uppsats bygger på uppgifter hämtade från databasen till den rapporten, och uppsatsens syfte är att granska sambandet mellan psykisk ohälsa och levnadsvanorna daglig rökning och låg fysisk aktivitet, i ett köns- och ett socioekonomiskt perspektiv.

¹ Artikel 25:1 ”Envar har rätt till en levnadsstandard, som är tillräcklig för hans egen och hans familjs hälsa och välbefinnande, ...”

² I Sverige är det t ex 1 procent som drabbas av psykoser (bl a schizofreni), och 3 – 5 procent drabbas av svårare depressioner under ett år (Socialstyrelsen, 2001).

BAKGRUND

Enligt Socialstyrelsens Folkhälsorapport (2001) hade nästan 15 procent av befolkningen fått en psykiatrisk diagnos vid en specifik tidpunkt, och 20-40 % av befolkningen i åldern 16-84 år hade någon gång haft sömnbesvär, oro, ångest, ängslan, huvudvärk eller känt trötthet. Andelen dagligrökare i samma åldersintervall var 19 procent bland kvinnor och 18 procent bland män. Motsvarande siffror för låg fysisk aktivitet var 11 procent.

Psykisk hälsa och ohälsa

Korkeila et al. (2003) menar att psykisk hälsa har två dimensioner: en positiv som består av ett välmående och att kunna hantera livets utmaningar, och en negativ som består av symtom på psykisk ohälsa, såsom oro, ångest etc. Psykisk hälsa är en oskiljbar del av hälsan som helhet, och den påverkas av biologiska och psykologiska faktorer, social interaktion, samhällsstrukturer, och kulturella värden.

Begreppet psykisk ohälsa är omdiskuterat och Socialstyrelsen (1997) har försökt definiera det med hjälp av företrädare från psykiatrin. Det är ett vitt begrepp som inte har någon koppling till specifika psykiska störningar, men begreppet anses vara användbart i folkhälso-undersökningar när symtombelastningen i en population ska studeras.

Orsaker till psykisk ohälsa och konsekvenser av den

Det finns många kända orsaker till psykisk ohälsa, varav några kommer att kort beskrivs här. En orsak kan vara den dysfunktionella familjen som hos barnet kan leda till psykisk ohälsa, såsom depression och ångest, när det når vuxen ålder (Taylor et al., 2004).

DiTommaso & Spinner (1997) har i sin studie bekräftat andras hypoteser att depressioner och ångest har samband med låg social integration och social övergivenhet (social ensamhet), och framförallt bland unga vuxna kan den senare av dem vara avgörande. En annan faktor är oförmågan att skapa goda relationer, vilket predicerar både ensamhet och psykiska problem i den här åldersgruppen.

Arbetslöshet är en annan känd faktor som kan leda till psykisk ohälsa och Nordenmark & Strandh (1999) menar att, förutom ekonomiska resurser, finns det ett antal psykologiska behov som riskerar bli otillfredsställda vid arbetslöshet. Dessa är (a) sociala kontakter, (b) att ha struktur på sin tid, (c) regelbunden aktivitet, (d) man deltar i gemensamma syften (e) och innehar status och identitet. Den arbetslöse kan dock ha en livsmiljö där dessa betingelser blir tillfredsställda och klara en arbetslöshet utan psykiska problem.

Andra faktorer som kan orsaka psykisk ohälsa är bland annat stress (Breslau et al., 1997), pessimism (Scheier & Carver, 1992) och brist på socialt stöd (Furukawa et al., 1998). Psykisk ohälsa kan medföra konsekvenser som gör att t ex deprimerade personer blir socialt avvisade, ofta på grund av deras beteende (Johnson, 1991), de känner sig utanför och ohälsan blir en del av deras identitet (Camp et al., 2002).

En annan möjlig konsekvens av psykisk ohälsa är fysisk sjukdom och/eller fysisk funktionsnedsättning (Woolf et al., 1999).

Sambandet psykisk ohälsa och rökning

Studier om sambandet mellan psykisk ohälsa och rökning kommer framförallt från Canada, USA, Australien, England och Japan. Många poängterar farligheten i rökandet, men även sambandet rökning och psykisk hälsa anses vara viktigt att belysa.

Tobaksrökning är ett relevant problem för området psykisk ohälsa, och det är känt att rökning är vanligt bland personer med humörsvängningar och ångestneuroser. McCabe et al. (2004) har studerat individer med ångestneuroser och framförallt de med paniksyndrom därför att de röker flest cigaretter per dag i den här gruppen. Anledningen anses vara att sådana personer röker för att reducera sina negativa känslor, och viss forskning stöder det påståendet då man funnit att nikotinet har en lindrande effekt på sådana känslor.

Ismail et al. (2000) använde data från en kohortstudie med totalt 12 057 slumpmässigt utvalda personer gjord i Storbritannien 1995, där man utöver andra variabler vid ett antal tillfällen noterade antalet rökta cigaretter per dag. Syftet var att undersöka om vanlig psykisk ohälsa (ångest och depression) ökade cigarrettrökningen över en tolv månadersperiod. Resultatet visade en 30 % sannolikhet att en person med psykisk ohälsa ökade sin cigarrettrökning över nämnda tidsperiod.

Woolf et al. (1999) konstaterar att lättare depressioner och ångest (ängslan, oro) är vanligare hos rökare. Deras tvärsnittsstudie innefattade 837 personer och genomfördes i primärvårdsmiljö i Richmond, Virginia, med ett självadministrerande (självskattande) frågebatteri som kallas SF-36³, vilket bland annat mäter rökstatus och psykisk hälsa. Resultatet visade att rökare låg signifikant lägre i poäng jämfört med ickerökare avseende psykisk hälsa, och lägre poäng här betyder ”sämre hälsa”.

Det finns studier som visar på könsskillnader, såtillvida att man funnit samband mellan psykisk ohälsa och rökning endast hos ett av könen. Ett sådant resultat fick Alati et al. (2004) då de intervjuade 812 patienter, i huvudsak från lägre socioekonomiska grupper, på ett akutsjukhus i Queensland, Australien. Resultatet visade ett samband mellan psykisk ohälsa (ångest, oro) och rökning bland män. Något sådant samband fann man inte bland kvinnor.

Sambandet psykisk ohälsa och fysisk aktivitet

Det var viktigt att de vetenskapliga artiklar som granskades hade den ”riktning” som uppsatsen har: att undersöka låg fysisk aktivitet bland de med psykisk ohälsa. Ett exempel kan vara: Jämfört med individer med psykisk hälsa, varför är det fler personer som ägnar sig åt för lite fysisk aktivitet bland de med psykisk ohälsa? Inga sådana studier har hittats med de resurser som står till förfogande i form av databaser och dylikt. De påträffade artiklarna fokuserar på vad fysisk aktivitet innebär för den psykiska hälsan, och det blir inte riktigt vad denna uppsats

³ Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey.

fokuserar på. Här nedan anges ändå lite fakta som kan vara väsentlig att ha med sig i läsandet.

Fysisk aktivitet leder till ett antal kända hälsoeffekter på t ex kardiovaskulära och muskulära systemen, och hit kan även räknas effekterna på immunförsvaret och endokrina systemet. Effekterna av fysisk aktivitet på psykiska hälsan och det psykiska välbefinnandet är inte lika grundligt undersökt som den som är relaterad till fysiska hälsan (Vuori, 1998). Men inom forskningen finner man ett växande stöd för att fysisk aktivitet kan vara gynnsamt för psykisk hälsa, och att motion även kan fungera vid behandlingar av t ex ångest och depression (Faulkner & Biddle, 2001).

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med uppsatsen är att undersöka sambandet mellan psykisk ohälsa och levnadsvanor såsom daglig rökning och låg fysisk aktivitet på fritiden, både i ett könsperspektiv och i ett socioekonomiskt perspektiv, samt om möjligt finna bakomliggande mekanismer till sambandet.

Frågeställningar

Finns det något samband mellan psykisk ohälsa och daglig rökning, respektive psykisk ohälsa och låg fysisk aktivitet på fritiden, och finns det könsskillnader avseende det sambandet?

Finns det ett likartat samband mellan psykisk ohälsa och levnadsvanor såsom daglig rökning och låg fysisk aktivitet i olika socioekonomiska grupper?

Går det att finna bakomliggande mekanismer för sambandet psykisk ohälsa och daglig rökning, respektive psykisk ohälsa och låg fysisk aktivitet på fritiden?

Avgränsningar

I denna uppsats är analyserna begränsade till individer yngre än 66 år med tanke på att det tas hänsyn till skillnader i socioekonomisk status, vilket är en tänkbar förklarande variabel. Socioekonomisk status innefattar individer mellan 18 och 65 år i den aktuella databasen.

Daglig rökning är indelad i två grupper, de som röker dagligen och de som inte röker dagligen (dikotomiserad, se tabell 1). Den ursprungliga frågan om rökvanor innehåller tre svar (se metod och rubrik 4.4.1.) men de svaren är inte intressant här.

Vid analyser av sambandet daglig rökning och psykisk ohälsa har det inte beaktats vad det innebär att vara storrökare, normalrökare och måttlighetsrökare. Inte heller för sambandet relevanta skillnaden mellan åldersgrupperna 18-39, 40-59 och 60+ år har beaktats. Det kan i sammanhanget vara relevant att ta hänsyn till dessa grupper, men syftet med uppsatsen uppnås även utan dem.

Fysisk aktivitet är indelad i två grupper, de med låg fysisk aktivitet på fritiden och de med ej låg fysisk aktivitet på fritiden (dikotomiserad, se tabell 1). Den ursprungliga frågan om motion innehåller fyra svar (se metod och rubrik 4.4.2.) men de svaren är inte intressanta här. Inte heller här har för sambandet relevanta skillnaden mellan åldersgrupperna 18-39, 40-59 och 60+ år beaktats. Det kan i sammanhanget vara relevant att ta hänsyn till åldersgrupperna, men syftet med uppsatsen uppnås utan att beakta dem.

Disposition

Följande kapitel inleds med en kort beskrivning av enkäten ”Folkhälsoläget i Skåne”. Vidare presenteras variablerna, en redogörelse av artikelsökningen och den metod som använts för analys, samt beskrivning av instrumentet GHQ12 (psykisk ohälsa) och levnadsvanorna daglig rökning och låg fysisk aktivitet på

fritiden. I kapitel 5 diskuteras metoden och kapitlet inleds med för- och nackdelar med att använda en befintlig databas. Här diskuteras mätmetoderna bakom psykisk ohälsa, daglig rökning och låg fysisk aktivitet på fritiden, och avslutningsvis kommer ett avsnitt om studiens styrkor och svagheter.

Kapitel 6 presenterar resultatet av databearbetningen. Här finns en beskrivning av studiepopulationen, förekomst av psykisk ohälsa bland socioekonomiska grupper. Här finns en presentation och analys av levnadsvanorna daglig rökning och låg fysisk aktivitet, i ett köns- och socioekonomiskt perspektiv. Resultatdiskussionerna tar vid i kapitel 7 och här diskuteras resultaten och de fynd som gjorts. Andra studier med liknande resultat redovisas och tänkbara mekanismer till varför personer med psykisk ohälsa börjar röka, eller varför man ägnar sig åt för lite fysisk aktivitet. Kapitlet avslutas med en slutsats.

METOD

Uppsatsen är en kvantitativ undersökning baserad på en redan befintlig databas med material från en tvärsnittsstudie genomförd i Skåne, perioden november 1999 till april 2000. Cirka 25 000 slumpvis utvalda personer födda mellan 1919 och 1981 inbjöds att besvara postenkäten "Folkhälsoläget i Skåne". Av dessa svarade 13 715 personer, vilket ger en 59 procentig respons.

Syftet med den skånska folkhälsostudien var att skaffa underlag för Region Skånes framtida folkhälsoarbete, framförallt arbetet med de mest utsatta befolkningsgrupperna. För att utföra det arbetet så effektivt som möjligt ville man via enkäten samla in kunskap om skåningarnas hälsa och ohälsa, samt de hälsorisker de utsätts för. Studien ger en bild av skåningarnas hälsa och status på områden som t ex fysisk och psykisk hälsa, levnadsvanor, utbildning, arbetsliv, läkarbesök, läkemedelsanvändning.

För att få tillgång till delar av databasen, som tillhandahölls av Socialmedicinska Enheten vid Universitetssjukhuset Malmö Allmänna Sjukhus (UMAS), fick uppsatsförfattaren intyga att hanteringen av den skulle ske på sådant sätt att data inte skulle kunna missbrukas till men för respondenter eller andra inblandade.

Beskrivning av variabler

Variablerna kön, ålder, GHQ12, daglig rökning, låg fysisk aktivitet, etnicitet, och socioekonomisk status beskrivs i tabell 1.

Tabell 1.
Beskrivning av huvudvariabler och förklarande variabler.

Nr.	Variabel	Beskrivning	
1	Kön	Kvinna eller man.	Kvinnor $n = 5\,624$, Män $n = 5\,680$.
2	Ålder	18-65 år.	> 65 år och uteslutna från uppsatsen $n = 2\,300$.
3	GHQ12*	Psykisk ohälsa: Ja eller nej.	Dikotomiserad: 12 frågor, vid ≥ 3 GHQ12- positiva svar = psykisk ohälsa. Exponering
4	Daglig rökning*	Daglig rökare: Ja eller nej.	Dikotomiserad. Outcome
5	Låg fysisk aktivitet*	Motionsvanor, låg fysisk aktivitet på fritiden: Ja eller nej.	Dikotomiserad. Outcome
6	Etnicitet	Född i Sverige: Ja eller nej.	Förklarande variabel
7	Socioekonomisk status	Högre tjänstemän Mellantjänstemän Lägre tjänstemän Facklärda arbetare Icke facklärda arbetare Egen företagare/lantbrukare Förtidspensionärer Arbetslösa Studerande	Förklarande variabel
8	Socioekonomisk status i interaktion med GHQ12	Tjänstemän Arbetare Ej på arbetsmarknaden	<u>Tjänstemän</u> = Högre-, mellan- och lägre tjänstemän. <u>Arbetare</u> = Facklärda- och icke facklärda arbetare, egen företagare/lantbrukare. <u>Ej på arbetsmarknaden</u> = Förtidspensionärer, arbetslösa och studerande.

* Beskrivs utförligare här nedan.

Procedur

Uppsatsarbetet startade med artikelsökningar i databaser som Elin, Medline, PscINFO, Cinahl, Serfile, PubMed, Google Scholar och Cochrane, och sökord har bland andra varit mental health, mental ill-health, smoking, physical activity, physical inactivity, exercise, low leisure time physical activity, lifestyle, samt varianter av dem. Som exempel gav kombinationen *mental health* and *physical activity* 271 träffar i PubMed. Sökorden *mental health* och *exercise* men *inte health care* gav 633 träffar i Medline. Större delen av dessa träffar är inte relevanta då de t ex handlar om fysisk aktivitet och svårare depression, schizofreni, åldersgrupper ej väsentliga för uppsatsen. Vad gäller uppgifter från Socialstyrelsen och Folkhälsorapporter valde jag Folkhälsorapport 2001, i stället för den nu utgivna Folkhälsorapport 2005, därför att rapporten bygger på data från ungefär samma tidsperiod som den databas uppsatsen vilar på.

Databearbetningen har skett med hjälp av dataprogrammet SPSS version 11.5, och alla analyser har stratifierats på kön. Datamaterialet presenteras i sex tabeller och tre figurer och alla variabler, utom variabel nr. 8, beskrivs med prevalens i procent och antal. Logistisk regression användes för att beräkna oddskvoten (OR = Odds ratio) för att en kvinna eller man med psykisk ohälsa också är en daglig rökare eller har låg fysisk aktivitet. För båda levnadsvanorna användes två modeller: modell I justerades för ålder och modell II justerades för ålder, etnicitet och socioekonomisk status.

Odds kvoten anger i vilken grad exponeringen (psykisk ohälsa) kan leda till en konsekvens (eng. *outcome*, som är daglig rökning eller låg fysisk aktivitet) i jämförelse med referensen som alltid är ett (1), och i denna uppsats är de med ej psykisk ohälsa. Om odds kvoten är 2,0 för en person med psykisk ohälsa betyder det att sannolikheten att exponeringen får en konsekvens, är dubbelt så hög jämfört med en person med ej psykisk ohälsa.

Begreppen *ej psykisk ohälsa* och *ej på arbetsmarknaden* vilka används i uppsatsen kan upplevas konstiga språkligt sett. Som t ex i denna mening: ”Med hjälp av detta instrument kan de med ej psykisk ohälsa i befolkningen skiljas från dem med psykisk ohälsa.” Och det kan man även säga om begreppen med nuvarande utformning, att de skiljer sig åt på ett tydligare sätt än om man skulle använda begreppen *psykisk hälsa* och *psykisk ohälsa*, som är lätt förväxlingsbara vid slarvig läsning. Begreppet *ej på arbetsmarknaden* förekommer inte lika mycket, men även det ger ett tydligare och enhetligare intryck. Nu har dessa begrepp avhandlats och det är dags att betrakta det instrument som mäter en av dem.

Att mäta psykisk ohälsa

För att undersöka psykiska välbefinnandet på befolkningsnivå används ett psykometriskt instrument vid namn General Health Questionary (GHQ). Det finns flera versioner av GHQ, förutom den populära kortvarianten, GHQ12 (12 frågor), används också 60-, 30-, 28-frågors formulär (Kalliath, et al., 2004). GHQ var ursprungligen ett formulär med 60 frågor och avsett att undersöka den psykiska hälsan hos primärvårdspatienter i England i början av 1970-talet (Tait, et al., 2003). GHQ12 är till för att upptäcka lindrigare psykiatriska problem i befolkningen, såsom ångest (oro), depression, social dysfunktion och brist på tillit (Gao, 2004), och är det instrument som ligger till grund för de data om psykisk ohälsa som används i denna uppsats. Det är ett väl utforskat instrument, är

översatt till ett flertal språk, och validiteten och reliabiliteten i olika kulturer har utvärderats grundligt (Campbell, et al. 2003).

Med hjälp av detta instrument kan de med psykisk ohälsa skiljas från dem med ej psykisk ohälsa i befolkningen. Ett generellt värde utgör skiljelinjen mellan grupperna och de som svarat ”positivt” (GHQ12-positivt) på tre frågor eller fler anses ha psykisk ohälsa. Ett GHQ12-positivt svar innebär att man som svar på en fråga, angett något av de kursiverade svarsalternativen enligt detta exempel: *Bättre än vanligt, Som vanligt, Sämre än vanligt, Mycket sämre än vanligt*. De tolv frågorna i GHQ12 finns återgivna i bilagan.

Levnadsvanor

Nedan beskrivs de två levnadsvanorna daglig rökning och låg fysisk aktivitet utifrån enkätfrågorna om rökvanor och motion.

Daglig rökning

Enkätfrågan ”Röker du?” hade tre svarsalternativ: (a) Ja, dagligen, (b) Ja, men inte alla dagar, och (c) Nej. Denna variabel har dikotomiserats för att separera dagliga rökare från ej dagliga rökare. Svarsalternativ (a) motsvarar *daglig rökare* och alternativ (b) och (c) av *ej daglig rökare*.

Låg fysisk aktivitet

Enkätfrågan lyder: ”Hur mycket rör Du Dig och anstränger Dig kroppsligt på fritiden? Hushållsarbete undantaget.” Svarsalternativen är (a) Stillasittande fritid, (b) Måttlig motion på fritiden, (c) Regelbunden motion och träning, (d) Hårdträning eller tävlingsidrott. Denna variabel är också dikotomiserad på så sätt att svarsalternativ (a) representerar *låg fysisk aktivitet* och de övriga (b, c, d) motsvarar *ej låg fysisk aktivitet*. Stillasittande fritid innebär enligt gängse synsätt att individen är fysiskt aktiv sammanlagt inte mer än 30 minuter per dag, sju dagar per vecka (Pate, et al., 1995).

METODDISKUSSION

Uppsatsen bygger på en databas med redan insamlade data och det har både fördelar och nackdelar. Fördelarna är förstas att man själv inte behöver samla in data, inte behöver lägga ner de pengar som krävs, framförallt när det handlar om en så stor representativ studiepopulation som i denna studie. Det betyder att den kvantitativa forskningsprocessen som annars består av faserna planering, insamling och analys (Hartman, 1998), i uppsatsen begränsas till själva analysfasen⁴. Och det är i denna fas nackdelar kan uppenbara sig, som t ex att uppsatsförfattaren var hänvisad till de variabler som databasen tillhandahöll; att databasen har ett perspektiv och uppsatsen har ett annat. Skillnaden i perspektiv kan innebära att det blir svårt att finna stöd i de variabler databasen tillhandahåller för det syfte man önskar ha. Om syftet är att undersöka prevalensen av daglig rökning och låg fysisk aktivitet bland dem med *god* psykisk hälsa, går det inte att genomföra, därför att GHQ12 inte mäter god psykisk hälsa.

GHQ12 anses ha hög validitet och reliabilitet och den bedömningen har gjorts utifrån att instrumentet har jämförts med psykiatriska intervjuer, med en god korrelation som resultat (Campbell, et al., 2003; Hardy, et al., 1999; Tait, et al., 2003). Uppsatsförfattaren har inte för avsikt att misskreditera instrumentets statistiska betydelse, men det finns ett behov att diskutera det mer ingående, då frågebatteriet utgör en slags stomme i uppsatsen.

GHQ12 har ett patogent perspektiv eftersom det används för att upptäcka psykisk ohälsa i befolkningen, och ungefär hälften av frågorna har patogen karaktär av typen: haft svårt att sova på grund av oro; känt att Du inte kunnat klara Dina problem; Har Du ständigt känt Dig spänd; känt Dig olycklig och nedstämd; förlorat tron på Dig själv; Har Du tyckt att Du varit värdelös (se även bilaga).

En av frågorna, fråga fem, har en märklig formulering: *Har Du ständigt känt Dig spänd de senaste veckorna?* men det finns inget svarsalternativ för den respondent som inte känt sig spänd. Det kunde tänkas att frasen *ständigt känt Dig spänd* är ett översättningsproblem, men den är lika märklig på engelska: *felt constantly under strain* (Tait, et al., 2003). Att inte respondenterna gillat denna fråga märks på interna bortfallet som är 2,9 %, vilket är dubbelt mer än snittbortfallet för alla tolv frågorna (1.4 %).

Rohrer et al. (2005) menar att mätning av självskattad psykisk hälsa är giltig därför att de helt enkelt speglar respondenternas egen uppfattning om den egna psykiska hälsan, och att respondenten är bäst på att bedöma det. Men detta är inte självklart, och Shedler et al. (1993) ser det som ett allvarligt problem att förlita sig på självskattade mätinstrument. Anledningen är svårigheten att skilja mellan ej psykisk ohälsa och den fasad av ej psykisk ohälsa som är resultatet av psykiska försvarsmekanismer hos vissa individer. Bakgrunden till Shedler et al:s påstående är att inte minst hos psykoanalytiska tänkare tar man antagandet om omedvetna processer och försvarsmekanismer på allvar. De tar för givet att psykiska problem ofta är förtäckt och upplevs och uttrycks endast indirekt, och utifrån detta

⁴ Det förekom i viss mån ett planerings- och insamlingsarbete (t ex välja ut lämpliga variabler), men inte i den mening begreppet forskningsprocess har.

perspektiv kan många personer som rapporterar ej psykisk ohälsa egentligen ha psykisk ohälsa.

Andra viktiga självrapporterade uppgifter i uppsatsen är daglig rökning och låg fysisk aktivitet på fritiden. Upplysningar om daglig rökning anses vara problematisk, och riktigheten av de uppgifter rökare lämnar ifrågasätts. Några skäl anses vara att: de medvetet felrapporterar; de misslyckas att bedöma antalet cigaretter per dag; eller att det sociala trycket gör att rökare medvetet underrapporterar antalet cigaretter (Klesges et al., 1995). Dock har man i ett flertal studier kunnat påvisa ett samband mellan självrapporterad rökning och biokemiska markörer såsom tiocyansyra, kotinin och koloxid (Kentala, 2004).

Via dessa markörer anser man sig kunna objektivet avgöra om rökarna är sanningsenliga i sina uppgifter, och det har visat sig stämma bra när man jämför de båda mätmetoderna. Men det finns kritik mot att använda dessa markörer som mätmetod då halveringstiden⁵ för alla utom tiocyansyra är väldigt kort, samt att andra faktorer som kön, ras med flera är avgörande för hur dessa biokemiska markörer uppträder (Klesges et al., 1995).

Självrapportering av fysisk aktivitet kan tyckas vara mindre komplex och om det förekommer under- eller överrapportering från respondenternas sida, framkommer inte i den litteratur som granskats. Ett problem skulle kunna vara att de fyra svarsalternativen (se metod, 4.4.2.) inte ger utrymme för alla variationer av fysisk aktivitet som människor ägnar sig åt, men enkätfrågan har jämförts med andra mer detaljerade och validerade frågor och har visat sig fungera bra vid bedömning av låg fysisk aktivitet (Lindström, et al., 2003). Samma fråga med fyra svarsalternativ om fysisk aktivitet användes för övrigt i Statens Folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkät ”Hälsa på lika villkor?” (Statens Folkhälsoinstitut, 2004).

Styrkor och svagheter

Den stora representativa studiepopulationen är en styrka i denna studie. Selektionen, att det är de friska respondenterna som övervägande väljer att svara är alltid en svaghet i populationsstudier, men detta är ett större problem vid studerandet av prevalenser än vid studerandet av samband mellan olika variabler. I analysen har tagits hänsyn till ett antal så kallade confounders (ålder, etnicitet och socioekonomisk status) som skulle kunna störa ett eventuellt samband mellan psykisk ohälsa och levnadsvanor. Dock kan det finnas ytterligare tänkbara confounders som vi inte tagit hänsyn till. Vad gäller styrkor respektive svagheter med de mått på exponering respektive outcome som använts, var god se ovan.

⁵ Tiden efter vilken hälften av ett ämne som kommit in i kroppen utsöndrats eller brutits ner.

RESULTAT

Studiepopulationen består av 11 304 personer i åldern 18-65 år, varav kvinnorna utgör 49,8 %. En beskrivning av studiepopulationen ses i tabell 2. Förekomsten av *daglig rökning* är något högre bland kvinnor (22,1 %; $n = 1\,230$) än bland män (19,1 %; $n = 1\,072$). Andelen med *låg fysisk aktivitet* är 14,9 % ($n = 1\,030$) bland kvinnor och 15,9 % ($n = 1\,069$) bland män. Vidare är förekomsten av *psykisk ohälsa* vanligare bland kvinnor (24,2 %; $n = 1\,305$) än bland män (17,9 %; $n = 972$).

Tabell 2.

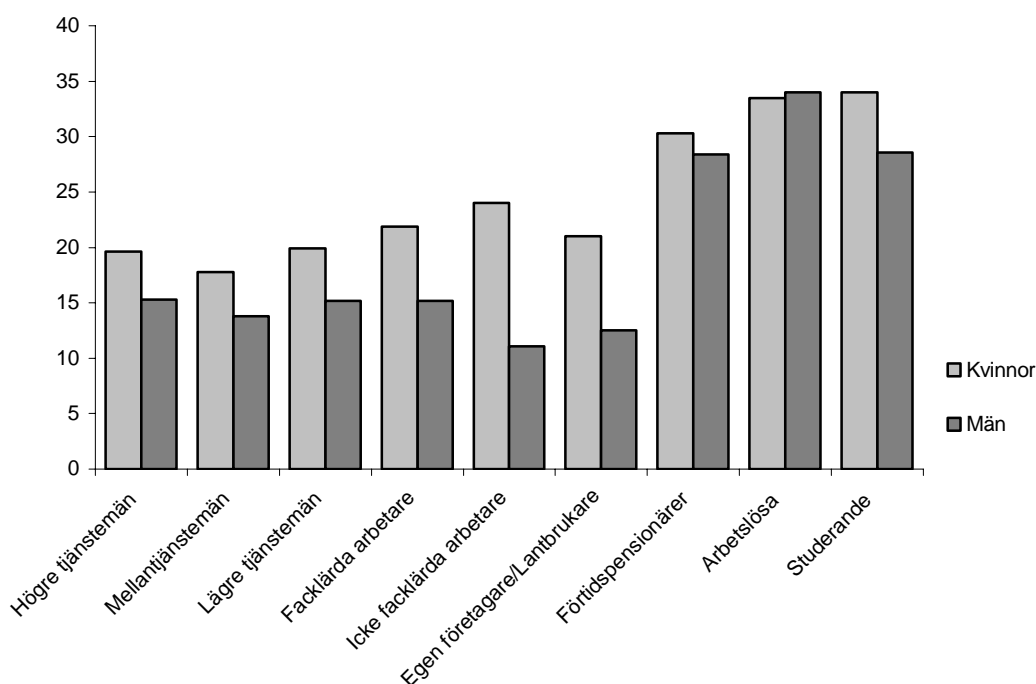
Beskrivning av studiepopulationen med variabler som daglig rökning, låg fysisk aktivitet på fritiden, psykisk ohälsa, socioekonomiska grupper och etnicitet, bland kvinnor och män, 18-65 år. Prevalens i % och antal (n).

	Kvinnor		Män	
	%	n	%	n
Daglig rökning	22,1	1 230	19,1	1 072
Låg fysisk aktivitet	14,9	1 030	15,9	1 069
Psykisk ohälsa	24,2	1 305	17,9	972
Socioekonomisk status				
Högre tjänstemän	8,3	401	15,0	729
Mellantjänstemän	18,2	880	12,0	582
Lägre tjänstemän	14,2	686	8,2	398
Facklärd arbetare	13,7	661	15,9	771
Icke facklärd arbetare	12,9	622	13,0	630
Egen företagare/Lantbrukare	3,6	174	10,6	513
Förtidspensionärer	8,3	400	6,5	315
Arbetslösa	7,2	349	7,2	348
Studerande	13,5	652	11,8	571
Etnicitet				
Födda utomlands	12,7	696	13,5	749
Psykisk ohälsa	32,7	222	27,5	196

Även om tjänstemannagruppen totalt sett är större bland kvinnor än bland män, så är andelen högre tjänstemän betydligt högre bland män (15,0 %; $n = 729$), jämfört med kvinnor (8,3 %; $n = 401$). Gruppen egenföretagare/lantbrukare är också betydligt större bland män (10,6 %; $n = 513$) jämfört med kvinnor (3,6 %; $n = 174$).

Fördelningen av kvinnor och män när det gäller socioekonomisk status och psykisk ohälsa redovisas i figur 1. Socioekonomisk status är indelad i nio kategorier (se figuren). Kvinnorna är representerade med högre andelar än männen i nästan alla socioekonomiska grupper. Undantaget är bland de arbetslösa, där männen har en något högre andel med 34 % ($n = 114$) mot kvinnornas 33,5 % ($n = 113$). I denna kategori är skillnaden minst mellan könen. Störst skillnad mellan kvinnor och män finns bland *icke facklärd arbetare*, där andelen med psykisk ohälsa är 24 % ($n = 144$) bland kvinnor och 11,1 % ($n = 69$) bland män.

Fig. 1.
Förekomst (%) av psykisk ohälsa bland kvinnor och män i olika socioekonomiska grupper.



Lägsta prevalensen bland kvinnor finns i gruppen *mellantjänstemän* där andelen är 17,8 % ($n = 153$), och motsvarande prevalens hos män finns i kategorin *icke facklärd arbetare* där andelen är 11,1 % ($n = 69$). Figuren visar att prevalensen av psykisk ohälsa är högst bland de socioekonomiska grupper som tillhör kategorin *ej på arbetsmarknaden*. Till den gruppen hör förtidspensionärer, arbetslösa och studerande (se tabell 1, variabel nr. 8).

Daglig rökning

Tabell 3 beskriver prevalensen av daglig rökning bland variabler som GHQ12, socioekonomisk status och etnicitet, bland kvinnor och män. Flest dagliga rökare bland de socioekonomiska grupperna finns hos arbetslösa kvinnor och män, 34,4 % ($n = 119$) respektive 31,1 % ($n = 108$).

Tabell 3.

Förekomsten (% och antal) av daglig rökning mot bakgrund av variabler som GHQ12, socioekonomisk status och etnicitet bland kvinnor och män, 18-65 år.

	Kvinnor		Män	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
GHQ12				
Ej psykisk ohälsa	20,9	831	17,6	765
Psykisk ohälsa	26,8	345	27,3	260
Socioekonomisk status				
Högre tjänstemän	11,0	44	9,1	66
Mellantjänstemän	14,9	130	13,0	75
Lägre tjänstemän	23,5	161	14,8	58
Facklärd arbetare	30,7	201	22,4	171
Icke facklärd arbetare	29,2	180	25,4	158
Egen företagare/Lantbrukare	16,2	28	20,4	104
Förtidspensionärer	28,5	111	27,1	82
Arbetslösa	34,4	119	31,1	108
Studerande	17,1	110	13,0	74
Etnicitet				
Födda utomlands	22,2	154	30,2	224
Född i Sverige	22,2	1 048	17,4	824

Förekomsten av daglig rökning är även hög bland facklärd arbetare, icke facklärd arbetare och bland förtidspensionärer, bland såväl kvinnor som män. Lägst förekomst av daglig rökning ses i gruppen högre tjänstemän, bland såväl kvinnor (11,0 %; $n = 44$) som män (9,1 %; $n = 66$). Andelen dagliga rökare är högre i gruppen utlandsfödda män (30,2 %; $n = 224$) jämfört med män födda i Sverige (17,4 %; $n = 824$). Motsvarande skillnad ses ej bland kvinnorna. Andelen dagliga rökare bland dem med psykisk ohälsa är 26,8 % ($n = 345$) för kvinnorna och 27,3 % ($n = 260$) för männen, och bland dem som har ej psykisk ohälsa ligger männen med andelen 17,6 % ($n = 765$) lägre än kvinnornas 20,9 % ($n = 831$).

Tabell 4 visar sambandet mellan psykisk ohälsa och daglig rökning. Oddskvoten (Odds Ratio = OR) i modell I för en kvinna är 1,43 (Confidence Interval, C.I. = 1,23-1,66) jämfört med referensgruppen och hos männen är den 1,82 (C.I. = 1,54-2,14). Justerar man för ytterligare variabler enligt modell II så förblir oddset oförändrat för kvinnan och för mannen minskar den till 1,63 (C.I. = 1,35-1,96). Alla värden i de båda modellerna är statistiskt signifikanta ($p = <0,001$).

Tabell 4.

Justerad oddskvot för daglig rökning bland kvinnor och män med psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa	Modell I		Modell II	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Nej	1*	1*	1*	1*
Ja	1,43 (1,23-1,66)	1,82 (1,54-2,14)	1,44 (1,23-1,69)	1,63 (1,35-1,96)

Oddsquot (Confidence Interval)

Modell I = åldersjusterad

Modell II = justerat för ålder, etnicitet, socioekonomisk status

$p = <0,001$

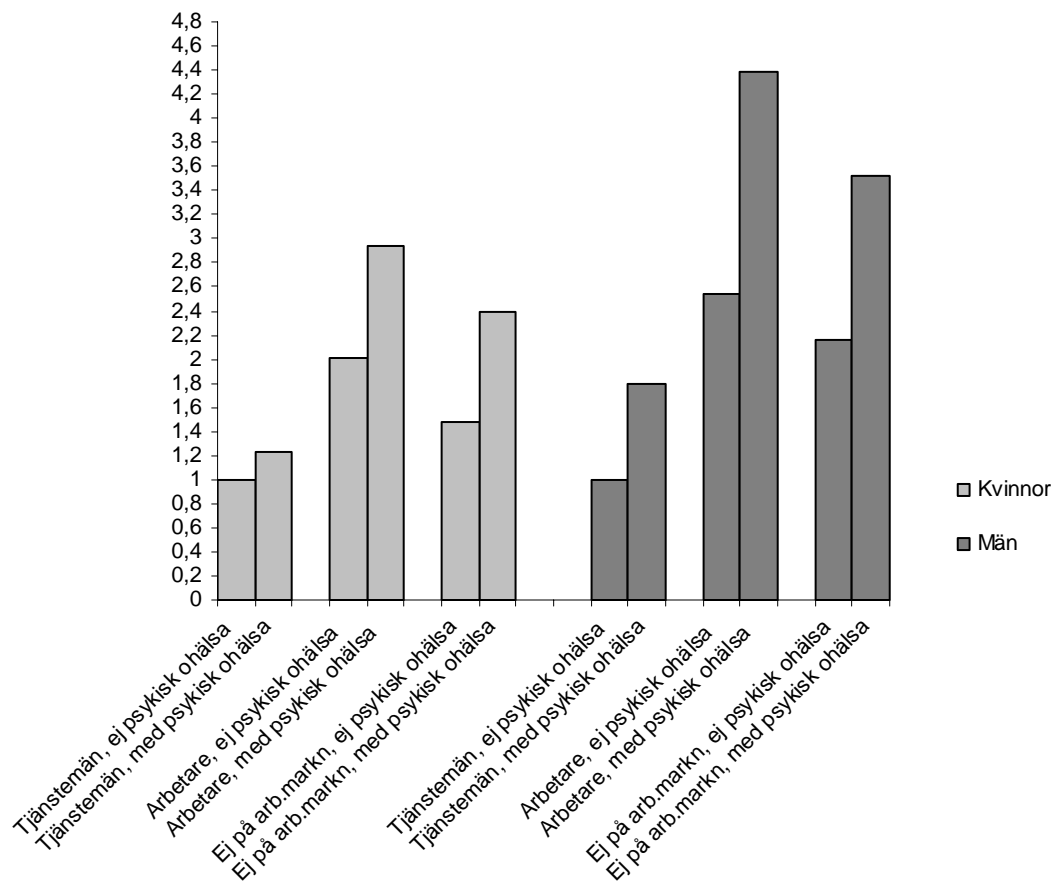
* = referens

Figur 2 visar sambandet daglig rökning och psykisk ohälsa respektive ej psykisk ohälsa bland kvinnor och män uppdelat på socioekonomisk status. Referensgrupp är tjänstemän med *ej psykisk ohälsa* och oddsen är justerade för ålder och etnicitet.

I gruppen *arbetare, med psykisk ohälsa* ses den högsta oddskvoten bland såväl kvinnor (OR = 2,93; C.I. = 2,21-3,89) som män (OR = 4,39; C.I. = 3,08-6,27). Bland tjänstemän, arbetare och personer ej på arbetsmarknaden (förtidspensionärer, arbetslösa och studerande) är oddskvoten vad gäller daglig rökning högre bland personer med psykisk ohälsa. Detta mönster är tydligast bland arbetargrupperna, bland såväl kvinnor som män. Alla odds är statistiskt signifikanta utom för kvinnor i gruppen *tjänstemän med psykisk ohälsa* där oddset är 1,22; C.I. = 0,91-1,64.

Fig. 2.

Oddsquoter för dagliga rökare bland kvinnor och män med ej psykisk ohälsa och med psykisk ohälsa i interaktion med tre socioekonomiska grupper. Justerad för ålder och etnicitet.



”Tjänstemän, ej psykisk ohälsa” = referens

Grupp bland kvinnorna som inte har signifikant odds = ”Tjänstemän med psykisk ohälsa”

Låg fysisk aktivitet

Tabell 5 beskriver förekomsten av låg fysisk aktivitet på fritiden bland kvinnor och män, utifrån variabler såsom GHQ12, socioekonomisk status och etnicitet. Högst andelar med låg fysisk aktivitet i kategorin socioekonomisk status har männen i grupperna icke facklärd arbetare, egen företagare/lantbrukare och förtidspensionärer. Kvinnornas högsta andelar finns bland förtidspensionärerna, icke facklärd arbetare och arbetslösa.

Tabell 5.
Förekomsten (% och antal) av låg fysisk aktivitet mot bakgrund av variabler som GHQ12, socioekonomisk status och etnicitet bland kvinnor och män, 18-65 år.

	Kvinnor		Män	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
GHQ12				
Ej psykisk ohälsa	13,8	540	16,4	703
Psykisk ohälsa	20,0	253	24,9	232
Socioekonomisk status				
Högre tjänstemän	10,8	43	12,6	91
Mellantjänstemän	10,7	91	14,4	82
Lägre tjänstemän	17,0	115	19,1	74
Facklärd arbetare	11,7	76	18,3	138
Icke facklärd arbetare	19,9	120	21,1	128
Egen företagare/Lantbrukare	12,4	21	20,7	104
Förtidspensionärer	20,1	77	20,7	62
Arbetslösa	19,0	64	19,9	65
Studerande	15,6	100	16,3	92
Etnicitet				
Födda utomlands	25,5	170	28,4	198
Född i Sverige	13,9	646	16,4	769

Förekomsten av låg fysisk aktivitet är högre bland utlandsfödda kvinnor (25,5 %; $n = 170$) och män (28,4 %; $n = 198$), jämfört med såväl kvinnor (13,9 %; $n = 646$) som män (16,4 %; $n = 769$) födda i Sverige. Bland dem med psykisk ohälsa har män högre andel än kvinnor.

Sambandet mellan låg fysisk aktivitet på fritiden och psykisk ohälsa redovisas i tabell 6, och i modell I, som är åldersjusterad, har kvinnor oddset 1,58 (C.I. = 1,34-1,86) och män 1,67 (C.I. = 1,41-1,98). Det ändrar sig något då modell II justerar för ålder, etnicitet och socioekonomisk status, och kvinnornas oddskvot

minskar till 1,43 (C.I. = 1,19-1,72) och männens är i princip oförändrad. Båda modellernas odds är statistiskt signifikanta ($p = <0,001$).

Tabell 6.

Justerad oddskvot för låg fysisk aktivitet bland kvinnor och män med psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa	Modell I		Modell II	
	Kvinnor	Män	Kvinnor	Män
Nej	1*	1*	1*	1*
Ja	1,58 (1,34-1,86)	1,67 (1,41-1,98)	1,43 (1,19-1,72)	1,69 (1,40-2,04)

Oddskvot (Confidence Interval)

Modell I = åldersjusterad

Modell II = justerat för ålder, etnicitet, socioekonomisk status

$p = <0,001$

* = referens

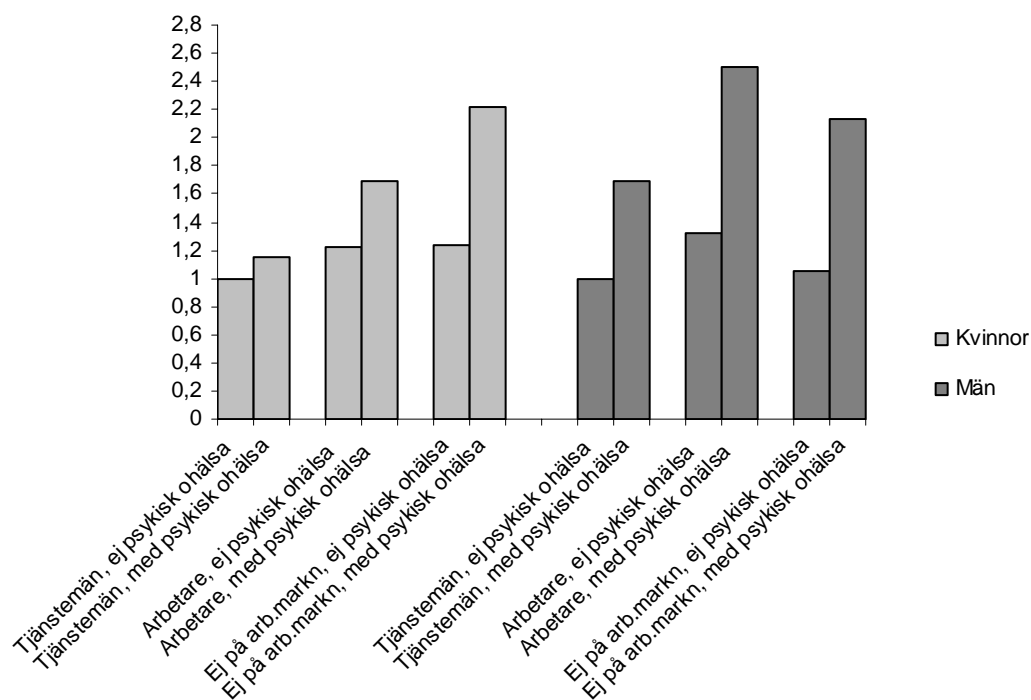
Figur 3 visar sambandet låg fysisk aktivitet och psykisk ohälsa respektive ej psykisk ohälsa bland kvinnor och män uppdelat på socioekonomisk status. Referensgrupp är tjänstemän med *ej psykisk ohälsa* och oddsen är justerade för ålder och etnicitet.

Grupperna med psykisk ohälsa har högre andelar med låg fysisk aktivitet jämfört med dem med ej psykisk ohälsa, bland såväl tjänstemän, arbetare och bland dem som är ej på arbetsmarknaden. Detta mönster är tydligast bland män. Skillnaden mellan de med *ej psykisk ohälsa* och de *med psykisk ohälsa* bland kvinnliga tjänstemän är inte statistiskt signifikant (OR = 1,15; C.I. = 0,82-1,61). Högsta oddskvoten bland kvinnor ses i gruppen *ej på arbetsmarknaden, med psykisk ohälsa* (OR = 2,22; C.I. = 1,68-2,92), och motsvarande grupp bland män är *arbetare, med psykisk ohälsa* (OR = 2,51; C.I. = 1,75-3,59).

Bland kvinnliga *arbetare* och de *ej på arbetsmarknaden*, vilka har ej psykisk ohälsa är oddskvoterna ej statistisk signifikanta (OR = 1,22; C.I. = 0,96-1,54 respektive OR = 1,23; C.I. = 0,97-1,57). Samma gäller för oddskvoten bland män *ej på arbetsmarknaden, ej psykisk ohälsa* (OR = 1,05; C.I. = 0,82-1,35). I övrigt är den statistiska signifikansnivån $p = <0,001$.

Fig. 3.

Oddsquoter för låg fysik aktivitet bland kvinnor och män med ej psykisk ohälsa och med psykisk ohälsa i interaktion med tre socioekonomiska grupper. Justerad för ålder och etnicitet.



”Tjänstemän, ej psykisk ohälsa” = referens

Grupper bland kvinnorna som inte har signifikanta odds = ”Tjänstemän med psykisk ohälsa”,

”Arbetare, ej psykisk ohälsa”, ”Ej på arbetsmarknaden, ej psykisk ohälsa”

Grupp bland männen som inte har signifikant odds = ”Ej på arbetsmarknaden, ej psykisk ohälsa”

Bland männen och ”Arbetare, ej psykisk ohälsa” är oddset = 1,33; C.I. = 1,07-1,65

RESULTATDISKUSSION

Resultaten av studien visar att det finns ett samband mellan psykisk ohälsa och levnadsvanorna daglig rökning och låg fysisk aktivitet. Sambandet visar sig genom att det är fler dagliga rökare bland kvinnor och män med psykisk ohälsa, än det är bland dem med ej psykisk ohälsa. Samma gäller för låg fysisk aktivitet. Dessa samband kvarstår efter att hänsyn tagits till skillnader i ålder, etnicitet och socioekonomisk grupp. Andra faktorer som kan ha betydelse i sammanhanget är långvarig sjukdom och socialt nätverk, men sambanden är oförändrade även när de beaktas.

Resultaten visar vidare att individer med psykisk ohälsa har mer ofördelaktiga levnadsvanor än individer med ej psykisk ohälsa, oberoende av socioekonomisk tillhörighet. Som exempel har en arbetarkvinna med psykisk ohälsa 33 % högre odds att också vara daglig rökare jämfört med en arbetarkvinna med ej psykisk ohälsa. Om kvinnan med psykisk ohälsa inte är på arbetsmarknaden är oddset 38 % högre. Motsvarande förhållande visas bland män och t ex en arbetarman med psykisk ohälsa har ett odds som är 42 % högre än en arbetarman med ej psykisk ohälsa.

Ett intressant resultat är oddskvoterna för låg fysisk aktivitet bland kvinnor i olika socioekonomiska grupper i interaktion med GHQ12. Jämfört med referensen (tjänstemän med ej psykisk ohälsa) visar varken arbetarkvinnan eller kvinnan som ej är på arbetsmarknaden, med ej psykisk ohälsa, någon signifikant skillnad gällande låg fysisk aktivitet. Utifrån detta resultat skulle man kunna betrakta ej psykisk ohälsa som en skyddsfaktor som utjämnar de socioekonomiska skillnaderna vad gäller låg fysisk aktivitet bland kvinnor. Motsvarande mönster ses inte hos män.

Oddset för att kvinnor med psykisk ohälsa också är daglig rökare är lägre än för män. Motsvarande mönster ses vid låg fysisk aktivitet, där oddset för att kvinnor med psykisk ohälsa också har låg fysisk aktivitet på fritiden, är lägre än för män. Skillnaden mellan könen kan förklaras, med daglig rökning som exempel, att männen har större differens i förekomst mellan de med ej psykisk ohälsa (17,6 %) och de med psykisk ohälsa (27,3 %) än vad kvinnorna har (20,9 % respektive 26,8 %), och även en lägre prevalens i referensgruppen.

Resultaten i denna uppsats bekräftas i andra studier såtillvida att det finns ett samband mellan psykisk ohälsa och rökning, psykisk ohälsa och låg fysisk aktivitet. Uppsatsen utgår ifrån förekomsten av dessa två levnadsvanor bland de med psykisk ohälsa. Endast ett fåtal studier har den ”riktningen” vad gäller rökning, men de flesta undersöker förekomsten av psykisk ohälsa bland dem som röker. Samma förhållande gäller psykisk ohälsa och låg fysisk aktivitet där alla granskade studier undersöker vad fysisk aktivitet eller brist på fysisk aktivitet betyder för psykiska hälsan.

En studie som har tittat på rökning bland de med psykisk ohälsa är Ismail et al. (2000) där man funnit att personer med ångest och depression röker mer än populationen. Samma förhållande gäller personer med ångestneuroser (Williams & Ziedonis, 2004), och man fann fler rökare bland personer med psykisk ohälsa, än bland de med ej psykisk ohälsa i en undersökning av Wilson et al. (1999).

Könsperspektivet var i fokus i en japansk studie som gjordes vid en maskinfabrik, och här såg man inget samband mellan rökning och psykisk ohälsa bland män, men däremot fanns ett samband bland kvinnor (Mino et al., 2001). Hur representativ denna studie är kan ifrågasättas då den är gjord i en population på en arbetsplats.

Föreliggande studie får stöd av andra studier vad gäller aktuella samband, men det är långt ifrån en tydlig bild då detta samband har många nyanser. En tvärsnittsstudie som denna kan inte avgöra orsaksförhållandena avseende de samband som studeras. Men inom den vetenskapliga litteraturen försöker man förklara mekanismerna bakom sambanden, dock med insikten att det är komplext.

Tänkbara mekanismer

Inom forskningen skriver man om dubbelriktade effekter av sambandet psykisk ohälsa och rökning: dels kan rökning leda till psykisk ohälsa, dels kan psykisk ohälsa leda till att man börjar röka. Exempel på båda företeelserna fann Breslau et al. (1998) i en femårig studie, att daglig rökning ökar risken för depression, likväl som att tidigare depression ökade risken för daglig rökning. Författarna antyder att det kan finnas en gemensam etiologi bakom. Fortsättningsvis är det rökningens betydelse för dem med psykisk ohälsa som ska diskuteras, och inleder med en kognitivt orienterad teori som delvis härstammar från Seligmans⁶ ”Learned helplessness”.

Den handlar om att deprimerade individer fortsätter att röka därför de inte har kapaciteten att sluta. De har en föreställning om sig själv att det inte är någon ide att försöka sluta eftersom de ändå kommer att misslyckas (Lerman, et al., 1996). Att röka kan också vara ett försök att självmedicinera symtom som oro, depression, ensamhet, leda och andra känslor vanliga i befolkningen (Williams & Ziedonis, 2004), men även ett nikotinberoende kan ligga bakom självmedicineringen (Olausson et al., 2002). Nikotinet används för att pigga upp och minimera negativa känslor, och stöd för detta har man funnit när man tittat på nikotinetts effekter på neurotransmittorisksystem. Rökning ökar frigörelsen av dopamin, noradrenalin och betaendorfiner, vilka ger en viss stimulans och lindring av negativa känslor (Lerman, et al., 1996). Dessa neurotransmittorer frigörs också vid fysisk aktivitet med samma välgörande effekter som följd (Callaghan, 2004).

En alternativ förklaring till fördelarna med fysisk aktivitet är de psykosociala faktorer som följer, såsom ett ökat antal sociala kontakter, man känner sig ha kontroll och det ger avkoppling från dagens stress, faktorer som anses ha positiva psykologiska effekter (Dubbert, 2002). Väl inne på sociala området faller det sig naturligt att titta på förmågan eller förutsättningen att hantera (eng. coping skills) livets olika aspekter, och bristande förmåga är en avgörande mekanism i samband med levnadsvanorna daglig rökning och låg fysisk aktivitet. Oakley (2004) pekar på fyra viktiga komponenter som konstituerar denna förmåga. Den första är *kunskap* om världen vi lever i och hur den fungerar och den andra handlar om de inre *resurser* vi förvärvat under uppväxten, såsom trossatser, framtidssyn och föreställningar. Tredje ”coping” faktorn är *socialt stöd* vilket menas de sociala

⁶ För en övergripande genomgång av teorin bakom *Learned helplessness* rekommenderas boken ”Learned helplessness – A theory for the age of personal control” av Seligman, Peterson & Maier (1993). Oxford university press.

nätverk vi format och värnar om, och den fjärde är *andlighet* (religion) som enligt Oakley kan ge oss meningen med livet.

Mekanismerna vad gäller rökning och psykisk ohälsa är ganska tydliga och greppbara, men hur är det med mekanismerna bakom låg fysisk aktivitet och psykisk ohälsa? Varför kan psykisk ohälsa leda till att man rör sig för lite? Som tidigare nämnts har inga studier hittats som undersökt låg fysisk aktivitet bland de med psykisk ohälsa. Kanske är frågan för ”enkel” för att engagera vetenskapen. Inaktiviteten är kanske inbyggd i psykisk ohälsa på så sätt att när man mår dåligt, är ängslig, grubblar etc. så tänker man inte först och främst på att vara fysiskt aktiv, eller att man helt enkelt inte orkar vara aktiv. Dock finns det de med dessa problem som känner till fördelarna med motion, och strävar efter att röra på sig för att må bättre.

Men om ett försök ändå ska göras att förklara en typ av mekanism bakom låg fysisk aktivitet och psykisk ohälsa, så kan t ex långvarig arbetslöshet, eller sjukskrivning vara ogynnsamt för en individ med dålig ”coping” förmåga. Detta kan innebära ofrivillig social isolering⁷ som riskerar leda till psykisk ohälsa, och i förlängningen bidra till skygghet och låg fysisk aktivitet. Mekanismen bakom detta är individens bristande förmåga att hantera livssituationer och händelser.

Slutsatser

Uppsatsen bekräftar sambandet psykisk ohälsa och daglig rökning respektive låg fysisk aktivitet på fritiden, och sambanden ses bland båda könen och bland såväl tjänstemän, arbetare och de ej på arbetsmarknaden. Psykisk hälsa har betydelse för de levnadsvanor man har och psykisk ohälsa predisponerar individen för att ägna sig åt levnadsvanor som är mindre gynnsamma. Betydelsen av ej psykisk ohälsa visar sig i denna uppsats såtillvida att det inte finns någon signifikant skillnad i oddskvoter vad gäller förekomsten av låg fysisk aktivitet, vare sig inom gruppen arbetare, tjänstemän eller personer ej på arbetsmarknaden, bland kvinnor med ej psykisk ohälsa.

⁷ En individ som är arbetslös eller sjukskriven kan uppleva sig vara utpekad som socialt avvikande, och det kan leda till social isolering.

REFERENSER

- Alati, R., Kinner, S., Najman, J. M., Fowler, G., Watt, K. & Green, D. (2004). *Gender differences in the relationships between alcohol, tobacco and mental health in patients attending an emergency department*. Alcohol & Alcoholism, Vol. 39, No. 5, 463–469.
- Breslau, M., Davis, G. C., Peterson, E. L. & Schultz L. (1997). *Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women*. Archives of General Psychiatry, 54, 81–87.
- Breslau, N., Peterson, E. L., Schultz, L. R., Chilcoat, H. D. & Andreski, P. (1998). *Major depression and stages of smoking. A longitudinal investigation*. Archives of General Psychiatry, 55, 2, 161-6.
- Callaghan, P. (2004). *Exercise: a neglected intervention in mental health care?* Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 476–483.
- Camp, D. L., Finlay, W. M. & Lyons, E. (2002) *Is low self-esteem an inevitable consequence of stigma? An example from women with chronic mental health problems*. Social Science & Medicine, 55, 823–834.
- Campbell, A., Walker, J. & Farrell, G. (2003). *Confirmatory factor analysis of the GHQ-12: can I see that again?* Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37, 475–483.
- DiTommaso, E. & Spinner, B. (1997). *Social and emotional loneliness: A re-examination of Weiss' typology of loneliness*. Personality and Individual Differences, Vol. 22, No. 3.
- Dubbert, P. M. (2002). *Physical activity and exercise: Recent advances and current challenges*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 70, No. 3, 526–536.
- Faulkner, G. & Biddle, S. (2001). *Exercise and mental health: It's just not psychology!* Journal of Sports Sciences, 19, 433-444.
- FN (1948) FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, Artikel 25.1 <http://www.manskligarattigheter.gov.se/extra/page/?module_instance=7> 20050201.
- Furukawa, T., Sarason, I. G. & Sarason B. R. (1998). *Social support and adjustment to a novel social environment*. The International Journal of Social Psychiatry, Spring.
- Gao, F., Luo, N., Thumboo, J., Fones, C., Li, S.-C. & Cheung, Y.-B. (2004). *Does the 12-item General Health Questionnaire contain multiple factors and do we need them?* Health and Quality of Life Outcomes, 2, 63.

- Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Haynes, C. E. & Rick, J. E. (1999). *Validation of the General Health Questionnaire-12 using a sample of employees from England's health care services*. *Psychological Assessment*, Vol. 2, No. 2, 159-165.
- Hartman, J. (1998). *Vetenskapligt tänkande*. Lund: Studentlitteratur.
- Ismail, K., Sloggett, A. & De Stavola, B. (2000). *Do common mental disorders increase cigarette smoking?* *American Journal of Epidemiology*, Vol. 152, No. 7, 651-657.
- Johnson, T. P. (1991). *Mental health, social relations, and social selection: A longitudinal analysis*. *Journal of Health and Social Behaviour*, Vol. 32, No. 4, 408-423.
- Kalliath, T. J., O'Driscoll, M. P. & Brough, P. (2004). *A confirmatory factoranalysis of the General Health Questionnaire-12*. *Stress and Health*, 20, 11-20.
- Kentala, J., Utriainen, P., Pakkala, K. & Mattila, K. (2004). *Verification of adolescent self-reported smoking*. *Addictive Behaviors*, 29, 405-411.
- Klesges, R. C., Debon, M. & White Ray, J. (1995). *Are self-reports of smoking rate biased? Evidence from the Second National Health and Nutrition Examination Survey*. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 48, No. 10, 1225-1233.
- Korkeila, J., Lehtinen, V., Bijl, R., Dalgard, O-S., Kovess, V., Morgan, A. & Salize, H. J. (2003). *Establishing a set of mental health indicators for Europe*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31: 451-459.
- Lerman, C., Audrain, J., Orleans, C. T., Boyd, R., Gold, K., Main, D. & Caporaso, N. (1996). *Investigation of mechanisms linking depressed mood to nicotine dependence*. *Addictive Behaviors*, Vol. 21, No. 1, 9-19.
- Lindström, M., Moghaddassi, M. & Merlo, J. (2003). *Social capital and leisure time physical activity: a population based multilevel analysis in Malmö, Sweden*. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57, 23-28.
- McCabe, R. E., Chudzik, S. M., Antony, M. M., Young, L., Swinson, R. P. & Zolvensky, M. J. (2004). *Smoking behaviors across anxiety disorders*. *Anxiety Disorders*, 18, 7-18.
- Mino, Y., Shigemi, J., Otsu, T., Ohta, A., Tsuda, T., Yasuda, N., Babazono, A. & Yamamoto, E. (2001). *Smoking and mental health: Cross-sectional and cohort studies in an occupational setting in Japan*. *Preventive Medicine*, 32, 371-375.
- Nordenmark, M. & Strandh, M. (1999). *Towards a sociological understanding of mental well-being among the unemployed: The role of economic and psychosocial factors*. *Sociology*, Vol. 33, No. 3, 577-597.

- Oakley, R. (2004). *How the mind hurts and heals the body*. American Psychologist, Vol. 59, No. 1, 29 – 40.
- Olausson, P., Engel, J. A. & Söderpalm, B. (2002). *Involvement of serotonin in nicotine dependence: Processes relevant to positive and negative regulation of drug intake*. Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 71, 757–771.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C., Buchner, D., Ettinger, W., Heath, G. W. & King, A. C. (1995). *Physical activity and public health*. JAMA, 273, 402-407.
- Proposition 2002/03:35. *Mål för folkhälsan*. Stockholm.
- Rohrer, J. E., Pierce Jr., J. R. & Blackburn, C. (2005). *Lifestyle and mental health*. Preventive Medicine, 40, 438-443.
- Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1992). *Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update*. Cognitive Therapy and Research, Vol. 16, No. 2, 201-228.
- Shedler, J., Mayman, M. & Manis, M. (1993). *The illusion of mental health*. American Psychologist, Vol. 48, No. 11, 1117-1131.
- Socialstyrelsen (1997). *Vad är psykisk sjukdom, störning, ohälsa och psykiskt frisk?* Psykiatriuppföljningen Stockholm: Socialstyrelsen, 1997:20.
- Socialstyrelsen (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Statens Folkhälsoinstitut (2004). *Hälsa på lika villkor? En undersökning om hälsa och livsvillkor i Sverige*. Enkät.
- Tait, R. J., French, D. J. & Hulse, G. K. (2003). *Validity and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in young Australian adolescents*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37, 374–381.
- Taylor, Shelley E., Lerner, J. S., Sage, R. M., Lehman, B. J. & Seeman, T. E. (2004). *Early environment, emotions, responses to stress, and health*. Journal of Personality, 72, 6.
- Vuori, Ilkka (1998). *Does physical activity enhance health?* Patient Education and Counseling, 33, 95–103.
- Williams, J. M. & Ziedonis, D. (2004). *Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction*. Addictive Behaviors, 29, 1067–1083.
- Wilson, D., Parsons, J. & Wakefield, M. (1999). *The health-related quality-of-life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers*. Preventive Medicine, 29, 139–144.

Woolf, S. H., Rothemich, S. F., Johnson, R. E. & Marsland, D. W. (1999). *Is cigarette smoking associated with impaired physical and mental functional status?* American Journal of Preventive Medicine, 17, 2.

Ågren, Gunnar (2002). *En ny folkhälsopolitik*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2002:33.

BILAGA

Här återges GHQ12-frågorna från "Folkhälsoenkäten 2000" med svarsalternativ:

1. Har Du de senaste veckorna kunnat koncentrera Dig på allt Du gjort?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

2. Har Du haft svårt att sova på grund av oro de senaste veckorna?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

3. Upplever Du att Du gjort nytta de senaste veckorna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

4. Har Du de senaste veckorna kunnat fatta beslut i olika frågor?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

5. Har Du ständigt känt Dig spänd de senaste veckorna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

6. Har Du de senaste veckorna känt att Du inte kunnat klara Dina problem?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

7. Har Du de senaste veckorna känt att Du kunnat uppskatta det Du gjort om dagarna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt

8. Har Du de senaste veckorna kunnat ta itu med Dina problem?

- Bättre än vanligt
- Som vanligt
- Sämre än vanligt
- Mycket sämre än vanligt

9. Har Du de senaste veckorna känt Dig olycklig och nedstämd?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

10. Har Du de senaste veckorna förlorat tron på Dig själv?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

11. Har Du tyckt att Du varit värdelös de senaste veckorna?

- Inte alls
- Inte mer än vanligt
- Mer än vanligt
- Mycket mer än vanligt

12. Har Du på det hela taget känt Dig någorlunda lycklig de senaste veckorna?

- Mer än vanligt
- Som vanligt
- Mindre än vanligt
- Mycket mindre än vanligt