



Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för sjukgymnastik

Utbildningsprogram
i sjukgymnastik 180 hp

Examensarbete 15hp
Höstterminen 2010

Motionsvanor och hälsorelaterad livskvalitet - en enkätstudie

Författare

Malkom Fridner
Mauri Banega
Sjukgymnastutbildningen
Lunds Universitet
malkom.fridner.244@student.lu.se
mauri.banega.768@student.lu.se

Handledare

Frida Eek, Dr med vet,
Leg. Sjukgymnast
Avdelningen för arbets-
och miljömedicin
Barngatan 2
Universitetssjukhuset
221 85 Lund
frida.eek@med.lu.se

Examinator

Gunvor Gard, Fil Dr,
Leg sjukgymnast
Institutionen för hälsa vård och samhälle
Avdelningen för sjukgymnastik
Lunds Universitet
Gunvor.gard@med.lu.se

Sammanfattning

Fysisk aktivitet (FA) har visat sig ha positiv effekt på diverse sjukdomar och också vara associerat med bättre hälsorelaterad livskvalitet (HRQL). Dock saknas det evidens, för en maxnivå av FA, där hälsovinsterna inte längre uppnås. Det saknas också studier kring olika typer av motion och hur de påverkar livskvalitet. Det är också av intresse att ta reda på om en persons anledningar till att träna påverkar HRQL.

Huvudsyftet med vår kvantitativa enkätstudie var att undersöka samband mellan motionerande människors motionsvanor och deras självuppskattade hälsorelaterade livskvalitet. Syftet var vidare att undersöka undersökningsgruppens nivå av självuppskattad livskvalitet i förhållande till svensk normdata, samt deras anledningar till att motionera.

En egenkonstruerad enkät användes för att mäta motionsvanor samt träningsanledningar och SF-36 användes för att mäta HRQL. Tillfälligt urval användes och efter exklusionskriterierna bestod undersökningsgruppen av 146 personer. Svaren redovisas med deskriptiv statistik.

Vår studie visar, i likhet med tidigare studier, att högre mängd motion kan ha samband med högre nivåer av HRQL. I studien kan ses att ju mer man tränar desto mer sannolikt är det att man tränar för att man tycker det är roligt, och att i större utsträckning träna för att det är roligt kan ha samband med högre HRQL. Personerna i studien som tränade med träningskompis/kompisar tränade mer och hade högre värden av HRQL än de som tränade själva, vilket skulle kunna betyda att det sociala utbytet har positiv inverkan på HRQL. Generellt hade undersökningsgruppen i studien bättre fysisk, men sämre psykisk hälsa än svenska befolkning. I enlighet med tidigare forskning visade det sig att kvinnorna generellt sätt skattade sig lägre än männen. Det kunde vidare ses att personer under 23 år i studien hade lägre mental hälsa än de som var äldre.

Nyckelord: Motion, träning, fysisk aktivitet, HRQL, SF-36, träningsmotiv.

Abstract

Physical activity (PA) has been shown to have a positive effect on various diseases and also be linked with better health-related quality of life (HRQL). However, there is no evidence, for a maximum level of PA, where health benefits no longer are achieved, nor are there studies of different types of exercise and how they affect the quality of life. It's also interesting to find out if a person's reasons for exercising influence HRQL.

The main purpose of our quantitative questionnaire study was to examine people who regularly exercise, the connection between their exercising habits and their self-estimated health-related quality of life. The aim was also to investigate the study group's level of self-rated quality of life in relation to the Swedish standard data, and their reasons for exercising.

A self-designed questionnaire was used to measure exercise habits and reasons for exercising and SF-36 was used to measure HRQL. Temporary selection was used and after exclusion criteria the study group consisted of 146 people. The data is presented with descriptive statistics.

Our study shows, as in previous studies, that higher amount of exercise can have an relation to higher levels of HRQL. The study shows that the more you exercise the more likely it is that you exercise because you think it's fun, and in a larger extent to exercise because it's fun could be connected to higher levels of HRQL. The people in the study who exercised with a training partner/partners exercised more and had higher values of HRQL than those who trained by themselves, which could imply that the social exchange has a positive impact on HRQL. The study group has in general a better physical, but poorer mental health than the Swedish population. In accordance with previous research women generally rated themselves lower than men. It could also be seen that people below 23 years of age in the study had lower mental health than the older ones.

Keywords: Exercise, training, physical activity, HRQL, SF-36, motive for exercising.

Tack

Vi vill tacka Gerdahallen som gav oss möjligheten att dela ut enkäter till motionärerna i deras motionsanläggning. Vi vill också tacka vår handledare Frida Eek för all hjälp med arbetet av uppsatsen.

Innehållsförteckning

Bakgrund	6
Definitioner	6
Syfte	8
Frågeställningar	8
Metod och material	9
Undersökningsgrupp	9
Motionsvanor i undersökningsgruppen	10
Procedur	10
Instrument	11
Skalorna i SF-36	12
Bearbetning av data	12
Grupperingar	13
Etiskt ställningstagande	14
Resultat	15
HRQL hos motionerande människor med olika träningsmängd	15
HRQL efter om man tränar själv eller med träningskompis/kompisar	17
Undersökningsgruppens träningsmotiv	18
Undersökningsgruppens träningsmotiv efter träningsmängd	18
Undersökningsgruppens HRQL jämfört med svensk normdata	19
Undersökningsgruppens HRQL beroende på ålder	21
Diskussion	22
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	24
Slutsats	25
Referenser	28
Bilagor	31

Bakgrund

Fysisk aktivitet (FA) är en erkänt viktig hälsofrämjande faktor och har bevisad positiv effekt på kardiovaskulära sjukdomar, blodproppar, högt blodtryck, typ-2 diabetes, osteoporos, övervikt, vissa cancerformer, ångest och depression (1, 2). De individer som uppnår de rekommenderade nivåerna för fysisk aktivitet har överlag färre sjukdagar jämfört med de som inte gör det och dessutom har de rekommenderade nivåerna också visat sig vara associerat med bättre hälsorelaterad livskvalitet (HRQL) (3, 4). HRQL påverkas av fysiska, mentala, emotionella och sociala komponenter (5).

Individer i alla åldrar, oavsett kön, uppnår hälsovinster genom att röra sig. I kontrast till detta medför en stillasittande livsstil en kraftigt ökad risk för sjuklighet samt förtida död. Den livsrelaterade ohälsan medför dessutom stora kostnader och en stor belastning för hälso- och sjukvården (6). FA är således av stor vikt både för individen och samhället. Att träna med träningskompis eller träningskompisar, jämfört med att träna själv, ger dessutom ytterligare positiva effekter på prestation, stresshantering och utbrändhet och studier med ungdomar visar också att träning med träningskompisar samvarierar med högre motivation för FA (7, 8).

De rekommenderade lägstanivåerna för FA enligt American College of Sports Medicine (ACSM) och American Heart Association (AHA) är måttligt intensiv uthållighetsträning (ex. rask promenad som ger ökad hjärtfrekvens) över 30 minuter, 5 dagar i veckan, eller mer intensiv uthållighetsträning (ex. jogging som ger ökad andningsfrekvens och hjärtfrekvens) över 20 minuter, tre dagar i veckan. Detta går att kombinera. Dessutom, minst två gånger i veckan göra 10 styrkeövningar på 8-12 repetitioner. Utöver detta tillkommer de lågintensiva sysslorna vid allmän daglig livsföring (ADL) och korta aktiviteterna (ex. gå till bussen eller bilen) (2).

Överdriven FA kan dock leda till överträning och verka negativt på den mentala hälsan och ge depressionsliknande symtom (9, 10). Överträning uppkommer när individen tränar mer än vad dess kropp har kapacitet att återhämta sig. Överträningssymtom är sömnstörningar, förlorad aptit, nedsatt sexlust, irritation, smärtande och tung muskulatur, emotionell labilitet och depression (9). Överdriven träning kan ibland också ses i samband med ätstörningar (11).

I Sverige tränar 54% mindre än 1-2 gånger i veckan och 19% tränar mer än 5 gånger i veckan. Andelen motionsutövare är högst bland barn, tonåringar och hos kvinnor. De dominerande motiven till att träna är att hålla sig i form och eftersom det är roligt. Det dominerande motivet till att inte träna är brist på tid eller andra prioriteringar. Överlägset vanligaste

motionsaktiviteten är gång eller promenader. Styrketräning är näst vanligaste, löpning och gympa kommer därefter (12).

En faktor som tros påverka en individs nivå av FA är motivationen att träna (13). Motivation kan definieras som allt som driver och bibehåller mänskligt beteende och påverkas av en kombination av sociala och psykologiska faktorer, exempelvis tidigare framgångar eller misslyckanden, personer i omgivningen och individens tro på sin egna förmåga (14, 15). Den består av två huvudtyper av motivation, en inre och en yttre. Yttre motivation kan vara att man deltar i en aktivitet eftersom där finns en materiell eller social belöning för individen. Inre motivation innebär aktiviteten utförs eftersom aktiviteten i sig ger tillfredsställelse (15).

Det saknas studier kring olika typer av motion och hur de påverkar livskvalitet (1). Det saknas också forskning, vad vi vet, för en maxnivå av fysisk aktivitet, där hälsovinster ej uppnås. Det är därför av intresse att ta reda på hur mängden motion inverkar på välmående, samt om olika typer av motion har olika påverkan. Det är också av intresse att ta reda på om en persons motiv till att träna påverkar HRQL. Eftersom kvinnor skattar sin HRQL lägre än män är det av betydelse att studera de olika könen separat (16, 17). Medelvärde för HRQL skiljer sig också beroende på ålder och därför är det av betydelse att undersöka även denna faktor (16).

Definitioner

Fysisk aktivitet definieras som all typ av rörelse som ger ökad energiförbrukning (11). Fysisk aktivitet förkortas i studien till FA av praktiska skäl.

Motion är en planerad eller strukturerad fysisk aktivitet som syftar till att förbättra eller upprätthålla en eller flera komponenter av fysisk kondition, nämligen aerob kapacitet (syreupptagningsförmåga/kondition), muskelstyrka, muskeluthållighet, balans och koordination, rörlighet och kroppssammansättning (11). Träning kommer i denna uppsats användas som synonym till motion.

Hälsorelaterad livskvalitet (Health-related Quality of Life, HRQL) är ett begrepp som omfattar de upplevda hälsoattributen som t.ex. känslan av välbefinnande, förmågan att upprätthålla goda fysiska, känslomässiga och intellektuella funktioner, och förmågan att på ett tillfredsställande sätt delta i sociala aktiviteter (5).

Syfte

Syftet med denna studie var att undersöka relationen mellan motionerande människors motionsvanor och deras självuppskattade HRQL. Syftet var vidare att undersöka undersökningsgruppens nivå av självuppskattad HRQL i förhållande till svensk normdata, samt deras motiv till att motionera.

Frågeställningar

- Finns det någon skillnad i självuppskattad HRQL mellan motionerande människor med olika träningsmängd?
- Finns det någon skillnad i självuppskattad HRQL mellan motionerande människor som tränar själva eller med träningskompis/kompisar?
- Vilka motiv har undersökningsgruppen att motionera?
- Skiljer sig undersökningsgruppens motiv att motionera beroende på träningsmängd?
- Skiljer sig undersökningsgruppens nivå av självuppskattad HRQL mot normdata för svensk befolkning i avseende hela undersökningsgruppen och indelat efter kön?
- Skiljer sig nivån av självuppskattad HRQL i undersökningsgruppen beroende på ålder?

Metod och material

Undersökningsgrupp

Undersökningsgruppen bestod av 150 personer till vilka enkäter delades ut. Svarsfrekvensen var 100 %. Exklusionskriterier för enkäterna var:

- Ofullständigt ifylld SF-36-enkät
- Total motion under 20 minuter per vecka

En enkät blev exkluderad p.g.a. av avsaknad av motionsdata. Tre enkäter blev exkluderade p.g.a. ofullständigt ifylld SF-36. Efter exklusionen uppgick undersökningsgruppens storlek uppgick till 146 individer. Medelåldern var 31 år, med en bredd mellan 18 till 75 år. Gruppen bestod av 78 män (55%) och 65 kvinnor (45%) samt tre personer till som inte svarade på frågan om könstillhörighet.

En majoritet av gruppen bestod av studenter (62%). Näst vanligaste sysselsättningen var arbete (29%). En minoritet var pensionärer (4%), arbetslösa (3%) och sjukskrivna (2%), se tabell 1.

Tabell 1. Gruppen beskriven i antal, könsfördelning och sysselsättningspridning.

Undersökningsgruppen	
Variabler	Antal (n=146)
Ålder (år)	
Medelålder (SD)	30,5 (14,6)
Ålder min-max	18 - 75
Kön	
Antal män (Antal %)	78 (55%)
Antal kvinnor (Antal %)	65 (45%)
Sysselsättning	
Arbetande (Antal %)	42 (29%)
Studerande (Antal %)	91 (62%)
Arbetslösa (Antal %)	4 (3%)
Pensionärer (Antal %)	6 (4%)
Sjukskrivna (Antal %)	3 (2%)

Motionsvanor i undersökningsgruppen

125 personer i gruppen angav att de tränade styrka, 128 personer tränade uthållighet och 31 stycken tränade rörlighet. Gruppen tränade styrka, uthållighet, rörlighet eller en kombination av dessa i medel 4,6 gånger och 4,6 timmar per vecka i genomsnitt, se tabell 2. Andelen som tränade själva var 57% och 43% angav att det tränade med träningskompis eller träningskompisar.

Tabell 2. Antal gånger i veckan och tid efter de olika träningsformerna.

Motionsmängd i undersökningsgruppen (n=146)			
	Antal i medel	SD	Min - max
Alla träningsformer			
gångar / vecka	4,6	2,1	1 - 13
timmar / vecka	4,6	2,5	0,5 - 14,7
Styrka			
gångar / vecka	2,2	1,4	0 - 5
timmar / vecka	2,3	1,8	0 - 10
Uthållighet			
gångar / vecka	2,1	1,5	0 - 7
timmar / vecka	2	1,9	0 - 10
Rörlighet			
gångar / vecka	0,4	0,9	0 - 5,5
timmar / vecka	0,3	0,6	0 - 3,2

Procedur

Enkätinsamlingen genomfördes i en stor träningsanläggning i Lund som enligt de själva har drygt 20 000 besök per vecka (18). Personer på väg ut från träningsdelen i motionsanläggningen tillfrågades om deltagande i enkätstudien. Alla personer det var praktiskt möjligt tillfrågades.

Deltagarna fick först muntlig information om:

- enkätens syfte
- tidsåtgång att fylla i enkäten (vilken beräknades till ca 10 minuter)
- att ett informationsbrev fanns med enkäten
- att studien var frivillig och att deltagarnas anonymitet garanterades

De fick sedan skriftlig information om studien (bilaga 1) tillsammans med enkäten som besvarades anonymt på plats. För att markera anonymiteten instruerades deltagarna att stoppa ner enkäten i ett tomt och omarkerat kuvert innan den lämnades tillbaka till oss.

För att komma åt så många olika slags motionärer som möjligt samlades data in under olika helg- och vardagar, och under olika tider på dygnet. Tidsperioden för datainsamlingen var 19-26 mars 2010.

Instrument

Enkäten bestod av två delar. För att mäta HRQL användes Short-form 36 (SF-36) och för att mäta motionsvanorna användes en egenhändigt komponerad enkät.

Den egenkonstruerade enkäten innehöll 9 frågor om dels kön, ålder, sysselsättning och motionsvanor. Frågorna om motionsvanor innefattade frågor om hur många gånger per vecka de tränade styrka, kondition respektive rörlighet, samt hur många minuter per pass de i genomsnitt tränade dessa träningstyper. Deltagarna fick vidare uppskatta hur intensivt de tränade respektive träningstyp på en skala 0-10, där 0 var lägsta möjliga intensitet och 10 var högsta möjliga intensitet. Deltagarna fick rangordna främsta träningsmotiv, från 1 till 3, bland åtta angivna alternativ. De fick också svara på om de oftast tränar själva eller med träningskompis/kompisar samt hur mycket vardagsmotion de bedriver per dag. Frågorna bestod både av kryssfrågor och frågor där de fick fylla i siffror (se bilaga 2).

SF-36 består av 36 frågor om hur man uppfattar sin hälsa och förmåga att utföra olika dagliga aktiviteter och om man på grund av sin ohälsa är hindrad eller besvärad (19). Den svenska versionen av SF-36 är reliabilitets- och validitetstestad (20, 21, 22). Svaren sammanfattas till en SF-36 hälsoprofil som består av åtta skalor, som vardera går från 0 till 100 poäng. Dessa kan delas in i två kategorier; funktionsskalor som mäter grad av dysfunktion, och välbefinnandescalor som mäter hälsotillståndet. Fysisk funktion (PF), fysisk rollfunktion (RP) och smärta (BP) är de starkaste måtten på fysisk hälsa. Mental hälsa (MH), emotionell rollfunktion (RE) och social funktion (SF) är de starkaste måtten för psykisk hälsa (22).

Skalorna i SF-36

Tabell 3. Skalorna i SF-36 och deras betydelse.

Funktions- skalor	Hälsomått	Lågt värde innebär	Högt värde innebär
PF	Fysisk funktion	Begränsning i fysiska aktiviteter inklusive ADL.	Utför fysiska aktiviteter utan anmärkning
RP	Fysisk rollfunktion	Problem att utföra arbete eller andra dagliga aktiviteter på grund av fysiska hälsan.	Inga problem att utföra arbete eller andra dagliga aktiviteter på grund av fysiska hälsan.
RE	Emotionell rollfunktion	Svårigheter att utföra arbete eller andra fysiska aktiviteter på grund av känslomässiga problem.	Inga svårigheter att utföra arbete eller andra dagliga aktiviteter på grund av känslomässiga problem.
SF	Social funktion	Begränsningar i sociala aktiviteter på grund av fysiska eller psykisk ohälsa.	Inga begränsningar i normala sociala aktiviteter på grund av fysiska eller psykisk ohälsa.
BP	Smärta	Värk/smärta som ger funktionsinskränkningar	Ingen värk/smärta eller funktionsinskränkningar på grund av smärtan
Välbefinnande- skalor	Hälsomått	Lågt värde innebär	Högt värde innebär
MH	Psykiskt välbefinnande	Nervositet och nedstämdhet	Harmonisk, lugn och glad
VT	Vitalitet	Trött och utsliten	Pigg och energisk
GH	Allmän hälsa	Värderar hälsotillståndet som dåligt och tror det kommer bli sämre	Värderar hälsan till bra

Bearbetning av data

Resultatet av enkätstudien presenteras genom deskriptiv statistik med hjälp av tabeller och diagram. Deskriptiv statistik används för att organisera siffror från undersökningar, för att på så sätt sammanfatta undersökningsresultat till en mer kompakt och tolkningsbar form (23). Undersökningsgruppen grupperas efter olika motionsvanor och sedan visas dessa grupperas SF-36-profil.

Den insamlade datan sammanställdes och bearbetades i Excel.

För de personer som hade tränat någon aktivitetstyp under 20 minuter och för de som inte hade tränat styrka, uthållighet eller rörlighet noterade vi värdet 0 i antal träningstimmar och antal gånger i veckan för just den aktivitetstypen

Träningstid per vecka för de olika motionstyperna beräknades genom att multiplicera antal gånger träning per vecka och genomsnittstid per pass för respektive motionstyp. Total träningstid per vecka beräknades sedan genom att lägga ihop de olika motionstypernas träningstid per vecka.

I enkäten uppmanades deltagarna att rangordna deras tre främsta motiven till att träna. De som valde fler än tre alternativ exkluderades från denna fråga, dessa uppgick till 17 st. De olika skälen poängsattes enligt en rangordningsskala där främsta motiv gavs 3 poäng, andra motiv fick 2 poäng och tredje motiv fick 1 poäng. Om personen svarat med kryss gavs 2 poäng för varje kryss. Om personen bara angivit 2 kryss gavs 2,5 poäng till vardera kryss och om de endast angivit 1 kryss fick det 3 poäng. Totalt hade 22 individer svarat på frågan med kryss.

Vid redovisningen av träningsmotiven för de olika grupperna samt också för hela undersökningsgruppen, summerades först poängen för respektive motionsmotiv i gruppen och dividerades sedan med gruppens antal. För att få hela siffror och slippa decimaler multiplicerades sedan detta värde med 10.

När vi presenterar undersökningsgruppens HRQL har vi i jämförelsesyfte med normdata för svensk befolkning och normdata för åldrarna 20-24 år och 25-34 år.

Grupperingar

Vid grupperingen efter total träningstid per vecka, delades deltagarna in i fyra grupper med ett jämnt tidsspann på två timmars träningsmängd mellan sig. Första gruppen tränade upp till 2 timmar, andra gruppen tränade över 2 timmar till 4 timmar, tredje gruppen tränade över 4 timmar till 6 timmar och i fjärde gruppen ingick alla som tränar över 6 timmar. Detta för att få en jämn storlek på antal personer mellan grupperna.

Total träningstid delades även in i mindre grupper, med tidsspannet timme för timme, för att kunna diskutera trender som kunde ses efter denna uppdelning.

Vid beskrivning av vår undersökningsgrupps HRQL tittade vi dels på hela gruppens SF-36-profil, dels på könen separat, och även indelat efter tre ålderskategorier. Ålderskategorierna delade vi in efter standarddeviationen för undersökningsgruppens ålder.

Etiskt ställningstagande

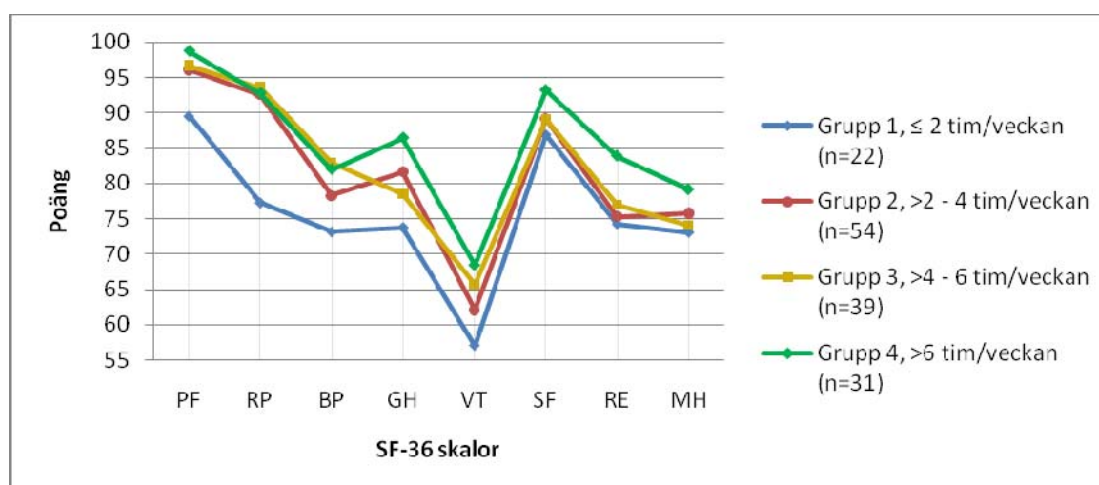
Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) har godkänt studien. Anders Faager, VD för motionsanläggningen, har gett sitt skriftliga godkännande till enkätutdelningen.

Varje deltagare har informerats muntligt och skriftligt om att studien är frivillig och att anonymiteten garanteras. Varje enkätsvar har stoppats in i ett tomt och omärkat svarskuvert för att stärka anonymiteten. Enkäterna har sedan förvarats av författarna så att obehöriga ej fått tillgång till dem.

Resultat

HRQL hos motionerande människor med olika träningsmängd

Det kan ses en trend att ju mer individerna i vår undersökningsgrupp har tränat, desto högre värden har de i de olika sf-36 skalorna (se figur 1).



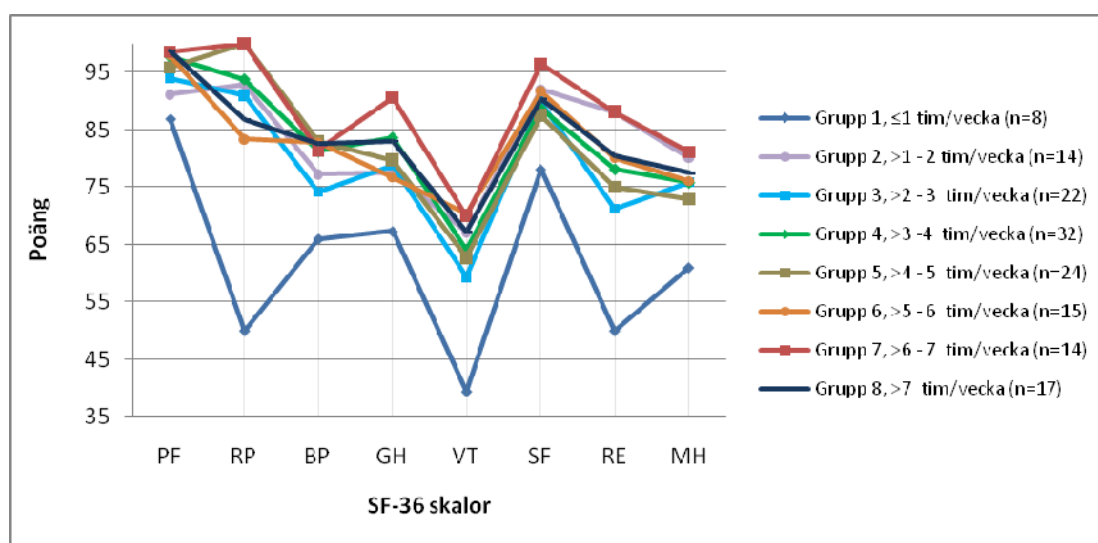
Figur 1. SF-36-Profil grupperat efter total träningstid. Skalorna är fysisk funktion (PF), fysisk rollfunktion (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), emotionell rollfunktion (RE) och psykiskt välbefinnande (MH).

Tabell 4. De olika grupperna beskrivna efter antal, könsfördelning och sysselsättningspridning.

Variabler	Indelning efter olika motionsmängd (n=146)			
	Grupp 1, ≤ 2 tim/vecka (n=22)	Grupp 2, >2 - 4 tim/vecka (n=54)	Grupp 3, >4 - 6 tim/vecka (n=39)	Grupp 4, >6 tim/vecka (n=31)
Ålder (år)				
Medelålder (SD)	40 (18,2)	31,8 (15,8)	25,8 (10,2)	27,6 (10,9)
Ålder, min - max	19 - 75	18 - 65	19 - 68	18 - 65
Kön				
Antal män (Antal %)	7 (32%)	26 (49%)	25 (66%)	20 (67%)
Antal kvinnor (Antal %)	15 (68%)	27 (51%)	13 (34%)	10 (33%)

Det kan ses att ju mer som tränas i grupperna desto fler män ingår i dem. Medelåldern är lägst i de två grupperna som tränar mest och högst i den grupp som tränar minst. Studier är den vanligaste sysselsättningen i alla grupper förutom grupp 1 där arbete är vanligast (se tabell 4).

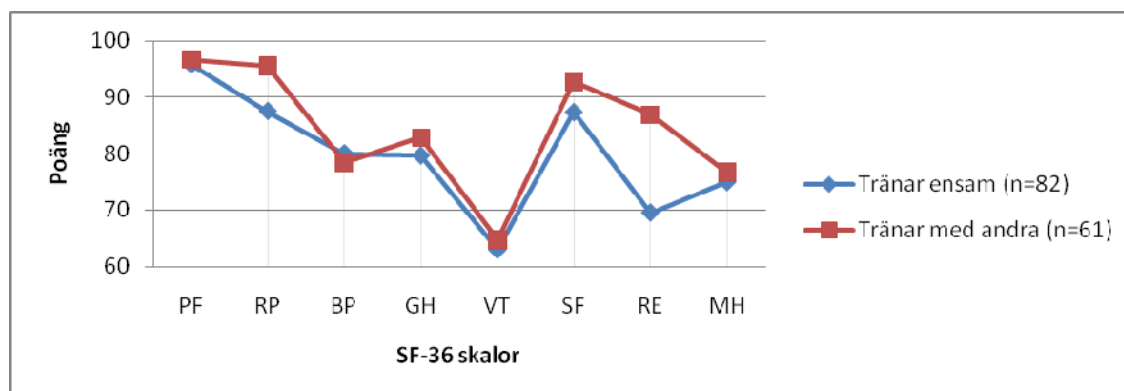
I figur 2, redovisas deltagarnas SF-36-profil efter total träningsmängd indelat i grupper timme för timme, detta på bekostnad av mindre gruppstorlekar. Lägst värde i SF-36 profilen återfinns i gruppen som tränar en timme eller mindre. Skalvärdet för fysisk funktion (PF) är högst i grupp 8, smärta (BP) är högst i grupp 5. Fysisk rollfunktion (RP) och emotionell rollfunktion (RE), allmän hälsa (RP), vitalitet (VT), social funktion (SF) samt psykiskt välbefinnande (MH) är högst i grupp 7.



Figur 2. Total tränings tid indelad timme för timme i förhållande till SF-36 profil. Skalorna är fysisk funktion (PF), fysisk rollfunktion (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), emotionell rollfunktion (RE) och psykiskt välbefinnande (MH).

HRQL efter om man tränar själv eller med träningskompis/kompisar

De som tränar själva har generellt lägre värden i SF-36-profilen, undantaget skalan för smärta (BP), där gruppen har ett marginellt högre värde. Största skillnaderna finns i fysisk rollfunktion (RP), social funktion (SF) och emotionell rollfunktion (RE) (se figur 3).



Figur 3. SF-36-profil för en grupp som tränar själv och en grupp som tränar med träningskompis eller träningskompisar. Skalorna är fysisk funktion (PF), fysisk rollfunktion (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), emotionell rollfunktion (RE) och psykiskt välbefinnande (MH).

I tabell 5 kan ses att det är vanligare att träna med träningskompis/träningskompisar i grupperna med högre total träningsmängd.

Tabell 5. Andel som tränar själva, respektive med träningskompis/träningskompisar i de olika grupperna

Variabler	Indelning efter olika motionsmängd (n=146)			
	Grupp 1, ≤ 2 tim/vecka (n=22)	Grupp 2, >2 - 4 tim/vecka (n=54)	Grupp 3, >4 - 6 tim/vecka (n=39)	Grupp 4, >6 tim/vecka (n=31)
Tränar själv	81%	61%	53%	40%
Tränar med träningskompis/ kompisar	19%	39%	47%	60%

Undersökningsgruppens träningsmotiv

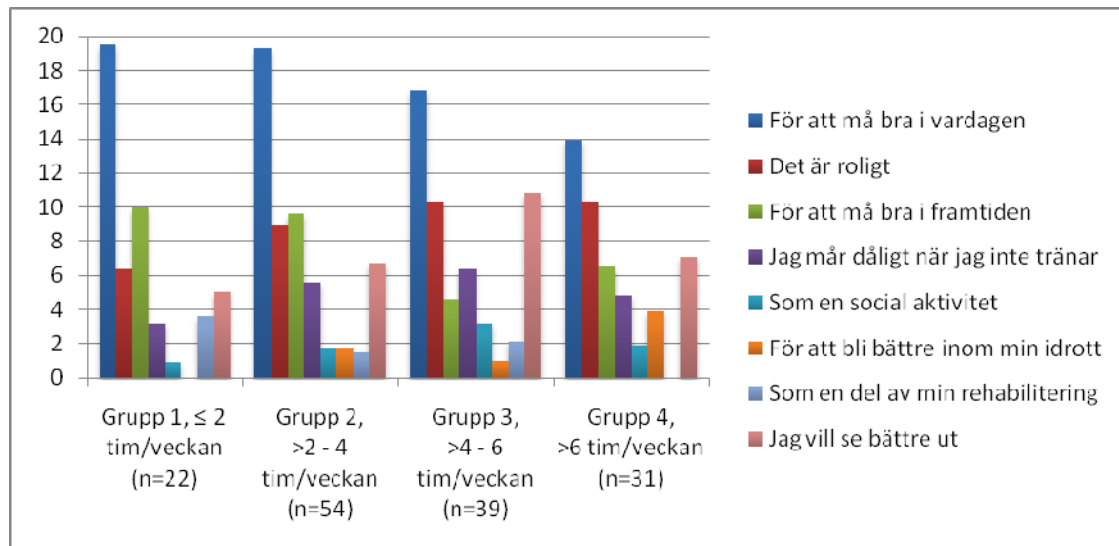
"För att må bra i vardagen" var det högst rankade träningsmotivssvaret i undersökningsgruppen. Nummer två kom "det är roligt" och därefter kom "för att se bra bra ut". Lägst poäng fick "som en del av min rehabilitering", se figur 4. För förklaring till uträkning av poäng, se metoddelen, under rubriken bearbetning av data



Figur 4. Poäng för respektive träningsanledning.

Undersökningsgruppens träningsmotiv efter träningsmängd

I figur 5 nedan redovisas poängvärde (se metoddel) för de olika motionsmotiven i de olika grupperna. I samtliga grupper är den högst rankade träningsmotiven "för att må bra i vardagen". I grupp 1 och 2 var "för att må bra i framtiden" det näst högst rankade motivet. I grupp 3 var "jag vill se bättre ut" det näst högst rankade motivet och i grupp 4 var det "det är roligt".



Figur 5. Här redovisas poängvärde för de olika motionsmotiven inom varje grupp

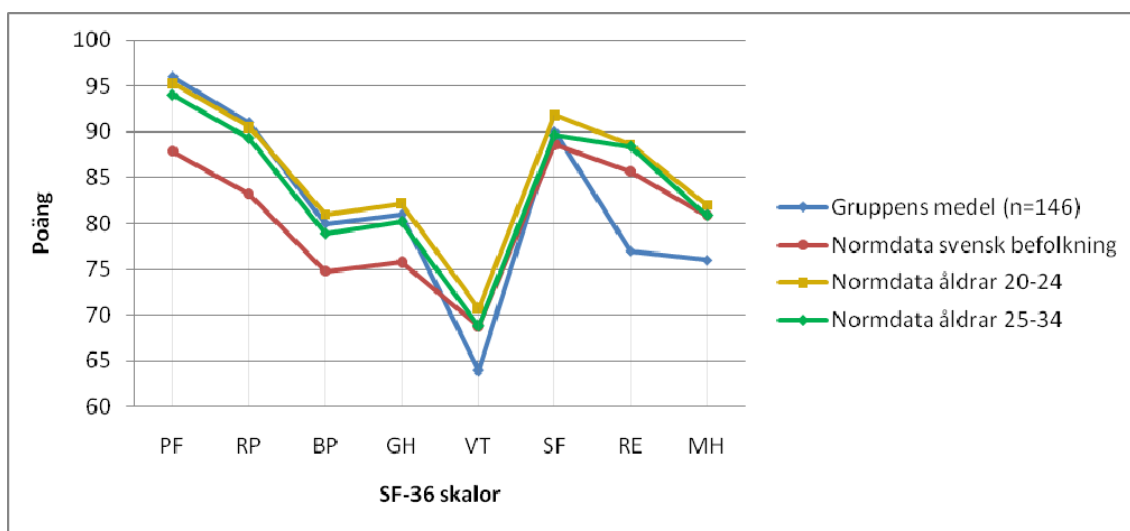
Undersökningsgruppens HRQL jämfört med svensk normdata

Männen i gruppen fick högre värden än kvinnorna i alla skalor, förutom smärta (BP). Både männen och kvinnorna fick lägre värden än normdata för svensk befolkning i vitalitet (VT), emotionell rollfunktion (RE) och mental hälsa (MH). I tabell 5 och figur 6, 7 och 8 nedan redovisas medelvärdet för gruppens SF-36-profil samt normdatan för svensk befolkning.

Tabell 5. SF-36-profil för gruppen, samt normdata. Skalorna är fysisk funktion (PF), fysisk rollfunktion (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), emotionell rollfunktion (RE) och psykiskt välbefinnande (MH).

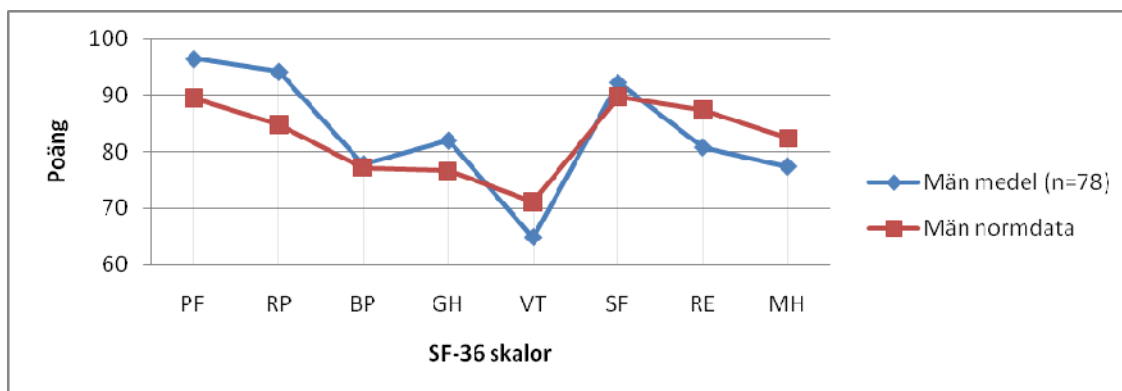
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Alla medel (SD) (n=146)	95,8 (7,9)	90,6 (25,1)	79,5 (18,8)	80,6 (16,2)	63,6 (16,9)	89,6 (16,7)	77,4 (35,4)	75,6 (15,2)
Normdata	87,9	83,2	74,8	75,8	68,8	88,6	85,7	80,9
Män medel (SD) (n=78)	96,5 (8,1)	94,2 (18,9)	77,8 (19,5)	82 (15,5)	64,8 (14,6)	92,3 (13,2)	80,8 (32,9)	77,4 (13,8)
Män normdata	89,6	84,8	77,2	76,6	71,1	89,8	87,4	82,4
Kvinnor medel (SD) (n=65)	95,0 (7,8)	86,5 (30,6)	81,3 (18,2)	78,4 (16,9)	62,3 (19,1)	86,7 (19,7)	73,8 (38,4)	73,8 (16,8)
Kvinnor normdata	86,2	81,6	72,7	75,1	66,7	87,5	84	79,6

Vår undersökningsgrupp, som har medelåldern 30,5 år med en variationsvidd på 57 år, har lägre skalpoäng i vitalitet (VT), emotionell rollfunktion (RE) och mental hälsa (MH), men resterande skalor är i nivå med normdata för åldrarna 20-24 och 25-34 år.

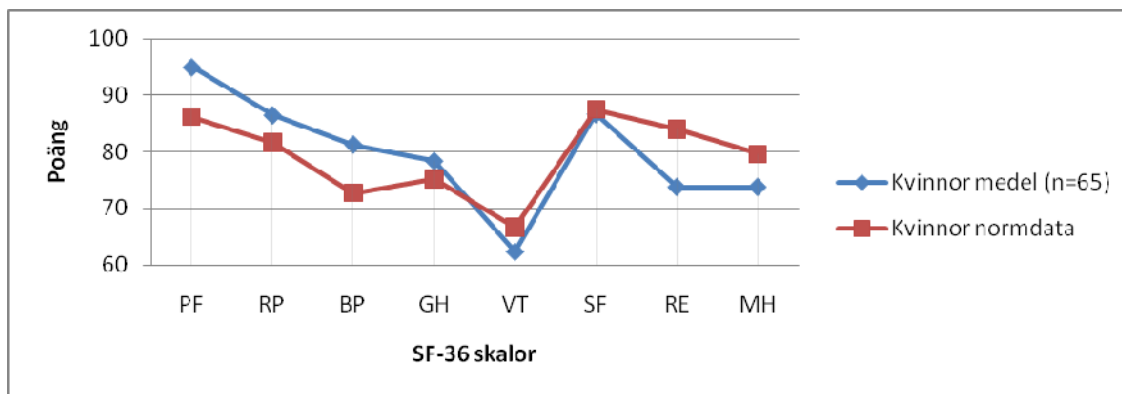


Figur 6. SF-36-profil för gruppen samt normdata för olika åldrar. Skalorna är fysisk funktion (PF), fysisk rollfunktion (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), emotionell rollfunktion (RE) och psykiskt välbefinnande (MH).

Vid jämförelse av de två könen med deras respektive normdata ses att kvinnorna i vår grupp upplever mindre smärta (BP) jämfört med kvinnornas normdata, medan männen ligger i nivå med deras normdata denna skala. Männen i vår grupp har något högre social funktion (SF), medan kvinnorna ligger i nivå med normdata. Båda könen i vår undersökningsgrupp hade lägre poäng i vitalitet, emotionell rollfunktion och mental hälsa än normdatan.



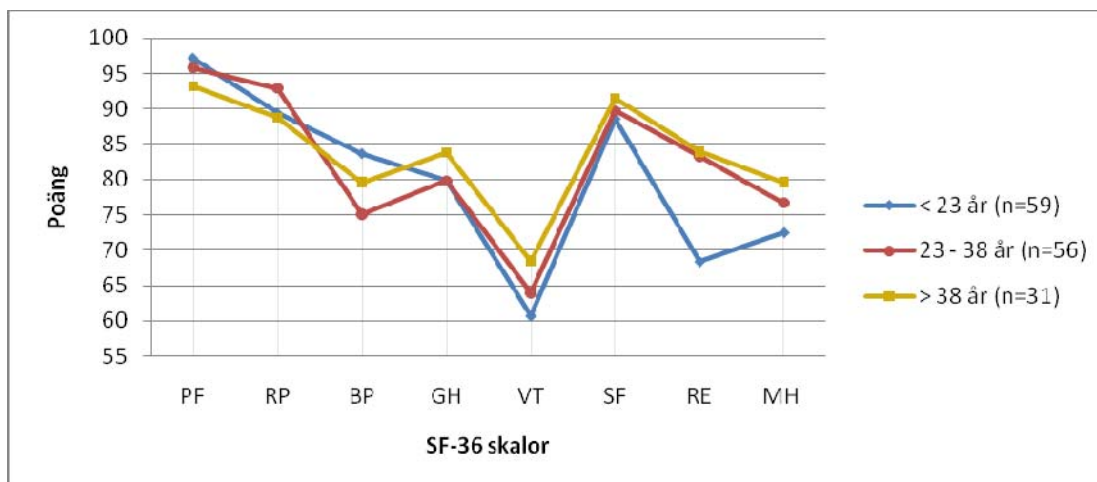
Figur 7. SF-36-profil för männen i gruppen samt normdata för män. Skalorna är fysisk funktion (PF), fysisk rollfunktion (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), emotionell rollfunktion (RE) och psykiskt välbefinnande (MH).



Figur 8. SF-36-profil för kvinnor i gruppen samt normdata för kvinnor. Skalorna är fysisk funktion (PF), fysisk rollfunktion (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), emotionell rollfunktion (RE) och psykiskt välbefinnande (MH).

Undersökningsgruppens HRQL beroende på ålder

De personer som är 22 år och under har bäst fysisk funktion (PF) och minst smärta (BP), men har lägst värden i vitalitet (VT), social funktion (SF), emotionell rollfunktion (RE) mental hälsa (MH). Högst poäng i de skalorna har de som är 39 år och över.



Figur 9. SF-36-profil för undersökningsgruppen i olika åldrar. Skalorna är fysisk funktion (PF), fysisk rollfunktion (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), emotionell rollfunktion (RE) och psykiskt välbefinnande (MH).

Diskussion

Metoddiskussion

Studien syftade till att undersöka samband mellan motionerande människors motionsvanor och deras självuppskattade hälsorelaterade livskvalitet. Enkätstudie valdes som studiedesign för att få statistik och se vilka samband som finns mellan olika variabler.

Eftersom urvalsram till vår studie saknades användes icke-slumpmässigt urval. Nackdelen med icke-slumpmässigt urval är att ett representativt urval inte kan fås och därför går det inte att generalisera resultatet (24). Men eftersom vi inte hade tillgång till register över population eller hade annan urvalsram kunde inte ett randomiserat urval göras. Med dessa begränsningar i åtanke var därför ett tillfälligt urval den bästa metoden att nå gruppen som ämnades att studeras.

Enkäten bestod av två delar, SF-36 och en egenhändigt komponerad enkät. Den egna enkäten är inte validitets- eller reliabilitetstestad. Dock så delades 10 provenkäter ut för att göra enkäten mer lättförståelig och för att undvika misstolkningar. Med hjälp av svaren och synpunkterna formades den slutliga enkäten. Eftersom ett par frågor visade sig missförstås av en del deltagare, kan vi i efterhand förstå att ytterligare en testomgång av den justerade enkäten skulle varit en god idé. Missförstånden hanterade vi så att i fråga 4 gavs värdet 0 till de som fyllt i att de tränat under 20 minuter, eftersom instruktionerna var att endast fylla i träning som var över 20 minuter. I frågan om motionsmotiv valde vi att sätta poäng på svaren så att förstavalet skulle få mer värde än andra- och tredjevalet. De personer som istället för att rangordna valde att kryssa i alternativ fick olika mycket poäng för varje kryss beroende på hur många kryss de fyllt i. Hade de dock valt fler än 3 alternativ uteslöts de. Genom att poängsätta valen på detta sätt kunde vi få med fler svarsalternativ på varje motiv på ett rättvist sätt.

I enkäten definierades träning som "fysisk aktivitet i minst 20 min, ombytt, där du blir svettig och får förhöjd puls". Vi kan tänka oss att kriteriet ombytt exkluderat många promenader, som sker i vardagliga kläder.

Många av frågorna som ställdes i enkäten användes sedan inte i studien eftersom vi insåg att de inte var relevanta till vårt syfte och frågeställningar.

Enkäten SF-36 som användes för undersöka HRQL är däremot validitets- och reliabilitetstestad (20, 21, 22). Intressant att beakta när SF-36-skalornas värden studeras är att en skillnad på fem poäng enligt SF-36 manualen räknas som socialt och kliniskt relevant (25).

Eftersom vi lämnade ut och tog emot enkäterna på plats fick vi inga bortfall på de enkäter som delades ut. Att deltagare hade möjlighet att fråga oss om någon fråga var oklar minskade risken för missförstånd. Vi samlade in data vid olika tider och dagar för att fånga så många olika slags motionärer som möjligt, men resultatet kanske inte skulle bli samma om studien skulle göras om eftersom urvalet inte var randomiserat.

Vår undersökningsplats, motionsanläggningen, ligger i Lund som är en studentstad och har en yngre population än resten av landets befolkning (26). Detta kan ses i vårt urval där medelåldern var 30,5 år och 62% var studenter och är något som måste beaktas när vår grupp analyseras. Yngre personer har högre SF-36-poäng jämfört med medlet för hela befolkningen (16). Eftersom vårt urval hade låg ålder i genomsnitt, valde vi också att jämföra den med mer åldersadvekvata SF-36- profiler. Vi är dock medvetna om att det inte är en helt rättvis jämförelse eftersom det i våran grupp fanns personer utanför dessa åldersgrupper. Men utav den normdata som finns att tillgå anser vi att denna stämmer bäst och ger en bättre jämförelse än jämförelsen med normdatan för hela befolkningen.

När vi presenterade vår undersökninggrupps HRQL tittade vi, förutom på hela gruppen, dels på skillnader mellan könen och skillnader mellan olika åldrar. Vi delade upp vårt urval i tre olika ålderskategorier efter ålderstandarddeviationen för urvalet. Anledningen var för att få jämnt antal personer i grupperna. En grupp låg under SD-spridningen, en låg inom spridningen och en låg över. Att titta på skillnader mellan könen och i åldrarna ansåg vi vara intressant eftersom dessa faktorer skiljer sig mellan grupperna indelade efter träningsmängd.

Eftersom studien är av typen tvärsnitt kan man inte säga något om orsak-verkan förhållandet utan bara se på samband. Det skulle som exempel kunna vara så att man får högre nivåer utav HRQL för att man tränar mer, men det kan också vara det motsatta att när man har högre nivåer av HRQL så tränar man mer.

Dessutom beror HRQL också på många olika faktorer, inte bara träning. Vissa av dessa faktorer kommer innebära att individen tränar mer eller mindre och samtidigt påverka HRQL, en så kallad confounding factor. Exempelvis att om man är sjuk eller skadad och följer ett rehabiliteringsträningssprogram, så är det möjligt att den personen tränar mer än vad den skulle gjort som frisk, men samtidigt har lägre HRQL.

Resultatdiskussion

Eftersom vi undersökt motionerande människor, var det väntat att vårt urval skulle ha högre värden än normdatan i fysisk funktion, fysisk rollfunktion och smärta som är de starkaste måtten på fysisk hälsa (16). Överraskande var dock att vår grupp hade lägre värden i vitalitet, emotionell rollfunktion och mental hälsa. Detta gällde även när vi jämförde med normdata som överensstämmer med medelåldern i vår grupp. Vitalitet, emotionell rollfunktion och mental hälsa var också lägre hos både män och kvinnor jämfört med normdatan för respektive kön. Tyvärr kan vi inte med vår studiedesign inte svara på frågan om varför det är så. Att det främst är de yngre personerna, under 23 år, som har lägst mental hälsa (se figur 9) gör dock att vi kan tänka oss att den sämre mentala hälsan kan bero att det handlar om unga människor varav de flesta är studenter.

Majoriteten av studenterna känner sig stressade. Att bli student innebär en stor livsomvälvning då många flyttar hemifrån till en ny ort och ett nytt socialt nätverk ska skapas. Studenter oroar sig också bl.a. för sin ekonomi och upplever brist på fritid och sömn (27).

En annan tänkbar anledning till den sämre mentala hälsan är att gymmet är en miljö som naturligt leder till mer fokus på det yttre. Speciellt yngre motionärer, jämför sig med varandra och mår sämre när de inte kan leva upp till högt ställda kroppsideal (28, 29). Träningsmotivet "för att se bra ut" var också populäraste motivet i gruppen med lägst medelålder, när vi jämförde grupper med olika träningsmängd (se figur 3).

Männen i vår undersökningsgrupp har högre poäng i alla utan en av SF-36-skalorna. Det är i enlighet med tidigare forskning att män har högre HRQL (16). En anledning är att kvinnor och män värderar sina HRQL på olika sätt. Män låter i större utsträckning livshotande sjukdomar inverka negativt på uppskattningen av sin hälsa, medan kvinnor inkluderar även icke-livshotande sjukdomar och andra faktorer i sin uppskattning (17).

När vi delade in undersökningsgruppen i fyra grupper efter olika träningsmängd hade gruppen som tränar minst lägst HRQL och denna steg sedan ju högre träningsmängden blev. I gruppen som tränade minst var det flest kvinnor. Andelen kvinnor blev sedan lägre ju mer de tränade. I gruppen som tränade näst minst var fördelning av könen ungefär lika, medan det var flest män i de två grupperna som tränade mest. Med tanke på att ökad träningsmängd ger ökad HRQL kan detta också vara en anledning till kvinnor fick lägre HRQL i vår studie. Samtidigt kan det vara så att grupperna som tränade minst fick lägre HRQL eftersom de består av flest kvinnor och kvinnor skattar sin HRQL lägre.

Vi ville se om det finns ett tak för träningens positiva inverkan på HRQL eftersom överdriven fysisk aktivitet kan verka negativt på den mentala hälsan (9). Vi kunde ej se detta tak i vår

första uppdelning på tvåtimmarsspan i fyra olika grupper, men när vi delade upp träningsmängd efter timme för timme kunde tendenser urskiljas. De som tränade mer än 7 timmar hade bäst fysisk funktion (PF). Men fysisk rollfunktion (RP), emotionell rollfunktion (RE), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF) samt psykiskt välbefinnande (MH) var högst i gruppen som tränade över 6 till och med 7 timmar. Detta ger signaler om att nån sorts tak skulle kunna finnas runt denna träningsmängd, och att sambandet mellan mer träning och högre HRQL slutar här. Det sista skalvärdet som inte nämts, bodily pain (BP), var högst i gruppen som tränade över fyra till och med fem timmar. Vi vill vara tydliga med att denna gruppindelning sker på bekostnad av små grupper och att detta resultat ska tolkas därefter.

Det går att koppla de olika träningsmotiven i gruppen till motivationsmodellen Self-determination theory (15), som beskriver olika typer av motivation till ett visst beteende. Enligt denna modell styrs motivationen av yttre och inre faktorer/motivation. De yttre kan vara belöningar eller tvång (yttre kontroll), att man vill imponera på någon eller inte göra någon besviken (introjicerad kontroll), att resultatet av beteendet ses som viktigt (identifierad kontroll) eller att resultatet av beteendet symboliserar något viktigt (integrerad kontroll). Inre motivation innebär att individen utför aktiviteten eftersom aktiviteten i sig ger stimulans eller tillfredsställelse (15).

Omotiverad	Yttre motivation			Inre motivation	
Omotiverad	Yttre kontroll	Introjicerad kontroll	Identifierad kontroll	Integrerad kontroll	Inre motivation
Helt omotiverad till ett visst beteende	Belöningar eller tvång styr beteendet	Man utför en aktivitet eftersom man vill imponera på någon eller inte göra någon besviken	Resultatet av beteendet är viktigt	Beteendet symboliserar något viktigt	Aktiviteten i sig ger stimulans eller tillfredsställelse

Figur 10. Tolkning av Self-determinationsteorin (Deci & Ryan, 1985), i Vallerand (1999) .

Det populäraste motivet till att träna var i vår undersökningsgrupp "för att må bra i vardagen". Detsamma gällde i de fyra olika grupperna indelade efter olika träningsmängd, se figur 5. "För att må bra i vardagen" anser vi tillhöra motivationstypen "identifierad kontroll". Personerna vet att det är bra att träna för välmåendets skull och gör det av den anledningen. Andelen som valt detta motiv är högst i gruppen som tränar minst och går sedan ned i takt med att träningsmängden ökar.

"För att må bra i framtiden" rankas som näst högst i de två grupperna som tränar minst. Detta får ses som det tillhör samma motivationstyp som "för att må bra i vardagen". I gruppen som tränar näst mest är näst högst rankade motivet "jag vill se bättre ut", vilket vi anser tillhöra typen "introjicerad kontroll". Detta motiv följs tätt av "det är roligt" i denna grupp, som också är det näst högst rankade motivet i gruppen som tränar mest. Mellan grupperna får detta motiv lägst poäng i gruppen som tränar minst och får fler poäng ju högre motionsmängden blir. "Det är roligt" ser vi som en inre motivation. Personerna tycker aktiviteten eller beteendet i sig är tillfredsställande. Detta tyder således på att en inre motivation till att träna kan ha samband med högre HRQL och att ju mer inre motivation man har till att träna desto mer tränar man i genomsnitt.

Vi fann en skillnad i nivån av HRQL vid jämförelsen om man tränar själv eller med en träningskompis. Gruppen som tränar med träningskompis/kompisar har generellt sett högre värden i SF-36, förutom i skalan för smärta (BP). En del av skillnaden kan förklaras med att det är vanligare att träna med en träningskompis ju mer man tränar och sambandet mellan ökad träningsmängd och högre nivåer av HRQL är redan känt (4). Vi kan också tänka oss att det är roligare att träna med en träningskompis än att träna ensam tack vare det sociala utbytet. Att träningen blir roligare innebär en större inre motivation och skulle kunna vara en förklaring till att man tränar mer. Vidare är det möjligt att man då just mår bättre tack vare det sociala utbytet, och inte för att man tränar mer.

Vi anser att ett lämpligt sätt att följa upp denna studien, skulle vara att genomföra en liknande studie men med större urval eller undersöka grupper som enbart tränar en motionstyp. Då skulle man ha tillräckligt stort underlag att undersöka individer som sysslar med enbart en motionstyp och se om mängden av styrketräning har ett samband med HRQL och sedan kunna jämföra det med mängden av uthållighetsträning och dess samband med HRQL.

Vårt val av metod gjorde att denna jämförelse ej blev möjligt då vi inte fick några rena grupper. De flesta som tränade styrka tränade också uthållighet och tvärtom. Vi ville också undersöka samband mellan träningsmotiv och HRQL. Detta var tyvärr inte möjligt eftersom det var för få som hade rangordnat sina motiv och grupperna hade blivit för små. Vidare är det av intresse att undersöka könen separat eftersom mäns och kvinnors SF-36 profil skiljer sig. En större undersökning skulle även möjliggöra dessa saker. Ett sätt att genomföra denna undersökning vore att göra ett större, randomiserat, enkätutskick. På så sätt kan en generalisering göras på den svenska befolkningen. Eftersom det är motionerande människor som ska undersökas skulle denna metod dock innebära ett stort bortfall då långt ifrån alla i Sverige motionerar regelbundet. Det skulle också ha gått genomföra undersökningen på två olika undersökningsplatser, där två olika motionstyper bedrivs.

Slutsats

Studien visade att nivån av HRQL generellt ökade ju mer träning som bedrevs i undersökningsgruppen. Dock fanns en möjlig tendens till att de positiva hälsoeffekterna ej längre uppnåddes vid träning över sju timmar per vecka.

De som tränade med träningskompis/träningskompisar hade högre nivåer av HRQL, detta tyder på att träning med träningskompis/träningskompisar kan ha samband med högre nivå av HRQL. Men det kan även bero på att de som tränade med träningskompis/träningskompisar tränade mer än de som tränade själva.

Vanligaste träningsmotivet i vår undersökningsgrupp var att träna för att må bra i vardagen följt av att träna för att det är roligt.

Motivet "det är roligt" blev också populärare ju mer träning som bedrevs vilket visar att en inre motivation att träna kan ha samband med en högre motionsmängd. Att de personer som i större utsträckning tränade "för att det är roligt" hade högre nivåer av HRQL tyder på att en inre motivation kan ha samband med högre nivå av HRQL.

Det var väntat att vår undersökningsgrupp skulle ha en högre fysisk hälsa men mer överraskande var att de hade en sämre psykisk hälsa än svensk befolkning. Kvinnorna i vår undersökningsgrupp hade lägre HRQL än männen. Det lägre värdet kan bero på att de också tränade mindre, men det är också känt att kvinnor brukar skatta sin HRQL lägre.

Personerna som var yngst hade sämst mental hälsa. Detta kan bero på att unga människor mår dåligt när de jämför sig med andra mer vältränade människor och inte känner att de kan leva upp till högt ställda kroppsideal. Andelen studenter är också hög bland de yngre och studenter upplever stress.

Eftersom detta är en tvärsnittstudie kan dock inte orsak-verkan förhållanden fastställas. Generalisering kan inte heller göras eftersom tillfälligt urval har använts.

Referenser

1. Vuillemin A, Boini S, Bertrais S, Tessier S, Oppert JM, Hercberg S, Guillemin F et.al. Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Preventive Medicine*. 2005;41(2):562-569.
2. Haskell W L, Lee I M, Pate R R, Powell K E, Blair S N, Franklin B A, Macera C A, Heath G W, Thompson P D, Bauman A. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine and science in sports and exercise*. 2007;39(8):1423-1434.
3. Brown DW, Brown DR, Heath GW, Balluz L, Giles WH, Ford ES, Mokdad AH. Associations between Physical Activity Dose and Health-Related Quality of Life. *Med Sci Sports Exerc*. 2004;36(5):890-896.
4. Brown DW, Balluz LS, Heath GW, Moriarty DG, Ford ES, Giles WH, Mokdad AH. Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. *Prev Med*. 2003;37(5):520-528.
5. Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev Med*. 2007;45(6):401-415.
6. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet och Statens folkhälsoinstitut [Internet]. FYSS – fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. 2008. [läst 2009-10-14]. Hämtat från http://www.svenskidrottsmedicin.se/fyss/pdf/FYSS_2008.pdf.
7. Weinberg RS, Gould D. *Foundations of Sport and Exercise Psychology*, 4:e upplagan. Champaign, IL: Human Kinetics; 2007.
8. Dunton GF, Berrigan D, Ballard-Barbash R, Perna FM, Graubard BI, Atienza AA. Adolescents' sports and exercise environments in a U.S. time use survey. *Am J Prev Med*. 2010 Aug;39(2):122-9.
9. Monteiro Peluso M A, Silveira Guerra de Andrade L H. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics* 2005;1(60):61-70.
10. Paluska SA, Schwenk TL. Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*. 2000;29(3):167-180.

11. Schäfer Elinder L, Faskunger J. Fysisk aktivitet och folkhälsa. R 2006:13. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2006.
12. Riksidrottsförbundet [Internet]. Idrotten i siffror [läst 2009-11-06]. Hämtat ifrån: http://www.rf.se/ImageVault/Images/id_2480/ImageVaultHandler.aspx.
13. Wilson PM, Rodgers WM, Fraser SN, Murray TC: Relationships between exercise regulations and motivational consequences in university students. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 2004 , 75(1)
14. Steers R, Porter L. Motivation and work behaviour. New York: McGraw-Hill; 1991.
15. Vallerand, Robert J. and Gaétan F. Losier. 1999. An integrative analysis of intrinsic and extrinsic motivation in sport. *Journal of Applied Sport Psychology*. 11(1):142-169.
16. Sullivan M, Karlsson J, Ware Jr JE. SF-36 Hälsöenkät. Svensk manual och tolkningsguide. Göteborg; 1994.
17. Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosom Med*. 2000 Maj-Jun;62(3):354-64.
18. Gerdahallen [Internet]. VÄLKOMMEN TILL GERDAHALLEN [läst 2009-11-04]. Hämtat från: <http://www.gerdahallen.lu.se/documents/Ovrigt/VALKOMMENTGERDA.pdf>.
19. Sektionen för vårdforskning, Sahlgrenska universitetssjukhuset [Internet]. SF-36 hälsöenkät ett tillförlitligt mätinstrument med bred användning i hälso- och sjukvården [läst 2009-10-30]. Hämtat från: http://www.hrql.se/content/frageformular/bilder/halsoenkät_1.gif.
20. Sullivan M, Karlsson J, Ware JE Jr. The Swedish SF-36 Health Survey-I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(10):1349-1358.
21. Persson LO, Karlsson J, Bengtsson C, Steen B, Sullivan M. The Swedish SF-36 Health Survey II. Evaluation of clinical validity: results from population studies of elderly and women in Gothenborg. *J Clin Epidemiol*. 1998 Nov;51(11):1095-1103.
22. Sullivan M, Karlsson J. The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *J Clin Epidemiol*. 1998 Nov;51(11):1105-1113.
23. DePoy E, Gitlin L. Forskning - en introduktion. Lund: Studentlitteratur; 1994.

24. Holme I M, Solvang B K. Forskningsmetodik. Om kvalitativa och kvantitativa metoder. 2:a upplagan. Lund: Studentlitteratur; 1997.
25. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. New England Medical Center, Boston; 1993.
26. Statistiska Centralbyrån. BE01 Befolkningsstatistik. Tabeller över Sveriges befolkning 2008. [läst 2009-11-06]. Hämtat från:
http://www.scb.se/statistik/_publikationer/BE0101_2008A01_BR_00_BE0109TAB.pdf.
27. Yoong CK, Hung ECS, Pin HY, Ithnin HB, Sangit NB, Kwee OS, Hee WC, Kwan YY et.al. (1999). Stress among medical students in a medical college of south India. *Education for Health*, 12 (1), p63-69.
28. Wasilenko KA, Kulik JA, Wanic RA. Effects of social comparisons with peers on women's body satisfaction and exercise behavior. *Int J Eat Disord*. 2007 Dec;40(8):740-5.
29. Labre MP. Adolescent boys and the muscular male body ideal. *J Adolesc Health*. 2002 Apr;30(4):233-42.

Bilagor

Bilaga 1. Skriftlig information till deltagarna

Bilaga 2. Enkäten om aktivitetsvanor



2010-12-21

LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och samhälle

Information om undersökningen

Du tillfrågas om deltagande i nedanstående studie.

Sambandet mellan olika motionsvanor och hälsorelaterad livskvalitet.

Syftet med studien är att undersöka om nivån av självuppskattad livskvalitet skiljer sig åt mellan personer med olika motionsfrekvens. Enkäterna kommer att utgöra underlag för vårt examensarbete i sjukgymnastik, som görs för att fylla den kunskapslucka som finns inom området idag, samt skapa ytterligare förståelse för motions samband med hälsa.

Enkäterna är på fyra sidor sammanlagt och tar ca 5-10 minuter att fylla i.

Om du accepterar att delta i vår studie ber vi att du besvarar frågorna i den bifogade enkäten så fullständigt som möjligt. Lägg sedan enkäten i det tomma kuvertet och lämna den i svarslådan. Ditt deltagande är helt frivilligt och du kan avbryta ditt deltagande när som helst utan att behöva ange någon orsak.

Endast undersökarna och handledare kommer att ha tillgång till dina svar, som kommer att föras över till dator. De kommer att lagras elektroniskt och lösenordsskyddas. Resultaten från studien kommer att redovisas på så sätt att du inte kan identifieras.

Om du vill veta mer om vår studie är du välkommen att kontakta oss på telefon eller e-post.

Med vänliga hälsningar

Malkom Fridner
Magistratsvägen 55 N
0733-993292
malkom.fridner.244@
student.lu.se

Handledare
Frida Eek, Dr Med Vet
Arbets- och miljömedicin,
Barng. 2, USIL 221 85 Lund University
046-177437/0736-744834

Mauri Banega
Slöjdgatan 8b
0733-242232
mauri.banega.682@student.lu.se

Aktivitetsvanor

Följande frågor handlar om fysisk aktivitet. Vi är intresserade av att ta reda på fysisk aktivitet på fritiden, på jobbet och till och från jobbet. Utgå från de senaste tre månaderna.

1. **Ålder** _____ år

2. **Kön** (ringa in ditt svar) **Man** **Kvinna**

3. **Vilken är din huvudsakliga sysselsättning?** (ringa in ditt svar)

Arbete Studier Arbetslös Pensionär Sjukskriven

4. **Hur många gånger i veckan och hur länge, i genomsnitt, tränar du följande?**

Med träning avses i det här fallet fysisk aktivitet i minst 20 minuter, ombytt, där du blir svettig och får förhöjd puls (kriterierna svettig och förhöjd puls gäller ej vid rörlighetsträning).

	gånger/vecka	genomsnittstid/pass
a Styrka (ex. styrketräning)	_____ ggr	_____ min.
b Uthållighet (ex. löpning, gympa, fotboll, racketsporter)	_____ ggr	_____ min.
c Rörlighet (ex. Yoga, stretching)	_____ ggr	_____ min.

5. **Hur intensivt brukar du träna ovan nämnda aktiviteter, om och när du utövar dom?** (markera din uppskattning på skalan)

	< lägsta möjliga intensitet	högsta möjliga intensitet >
a Styrka (ex. styrketräning)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
b Uthållighet (ex. löpning, gympa, fotboll, racketsporter)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	
c Rörlighet (ex. Yoga, stretching)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	

6. Varför tränar du? (Välj upp till tre alternativ, och rangordna dom från 1-3, där 1 är ditt främsta skäl)

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Det är roligt | <input type="checkbox"/> | Som en social aktivitet | <input type="checkbox"/> |
| För att må bra i vardagen | <input type="checkbox"/> | För att bli bättre inom min idrott | <input type="checkbox"/> |
| För att må bra i framtiden | <input type="checkbox"/> | Som en del av min rehabilitering | <input type="checkbox"/> |
| Jag mår dåligt när jag inte tränar | <input type="checkbox"/> | Jag vill se bättre ut | <input type="checkbox"/> |
-

7. Tränar du oftast ensam eller med en kompis? (ringa in ditt alternativ)

- Oftast ensam Oftast med en kompis (eller kompisar)
-

8. Utöver träning, hur mycket vardagsmotion får du på en dag (fysisk rörelse, ej ombytt)?

Exempel på vardagsmotionsaktivitet är promenad, trädgårdsarbete, städning, gå i trappor, cykling eller promenad till/från jobbet.

_____ minuter/dag.

9. Vilket av dessa alternativ beskriver bäst din vardag när du inte tränar? (arbete, studier, fritid)

- a Stillasittande/stillastående
- b Något aktiv
- c Mycket aktiv
-