

Lars-Magnus Engström, professor, Lärarhögskolan, Stockholm

Folke Lindgärde, docent, överläkare, kliniken för kärlsjukdomar, Universitetssjukhuset MAS, Malmö (f.lindgrde@telia.com)

Motion och upplevd hälsa bland medelålders män och kvinnor

Fysiskt aktiva mår bättre

I det moderna västerländska samhället har man systematiskt och framgångsrikt verkat för att vi i vår dagliga gärning inte ska behöva anstränga oss fysiskt. Det gäller i såväl arbetet som hemmet. Särskilt stora förändringar har skett inom kommunikationsområdet. Även om det är svårt att med säkerhet belägga är det uppenbart att flertalet individer i västvärlden för ett mer stillasittande liv än tidigare generationer [1].

En sådan livsföring är dock inte utan problem. Människokroppen behöver rörelse för att fungera optimalt. Att under en längre tid undvika kroppsrörelse och fysisk ansträngning får till följd att den fysiska funktionsförmågan och kapaciteten i muskler, leder och skelett försämras. Kroppens styrka, kondition och rörlighet är direkt relaterad till omfattning och inriktning av den fysiska och motoriska aktiviteten. För den växande individen liksom för äldre är detta av särskild betydelse. Det råder också vetenskaplig konsensus om den fysiska aktivitetens betydelse för hälsotillståndet. Flera vanligt förekommande sjukdomar är relaterade till fysisk inaktivitet. Hjärt- och kärlsjukdomar, icke-insulinberoende diabetes, högt blodtryck, fetma, benskörhet, led- och ryggbesvär, tjocktarmscancer m fl hör till dessa [2, 3].

Fysisk inaktivitet som hälsorisk

Allt sedan Morris' pionjärbete från 1953 och senare uppföljningsstudier [4, 5], där han och medarbetare gjort det sannolikt att ökad fysisk aktivitet såväl på fritid som i arbete kan fördröja uppkomsten av kardiovaskulär sjuklighet, har intresset i första hand varit inriktat på att verifiera hypotesen att fysisk inaktivitet/låg fysisk arbetskapacitet kan räknas som modifierbara riskfaktorer och få samma dignitet i patient-läkarrelationen som höga blodtrycks- och kolesterolvärden samt cigarettökning.

De positiva mekanismer som leder till den lägre observerade hjärt-kärlsjukligheten kan indelas i fyra kategorier [6]. För det första får man en anti-aterogen effekt när komponenterna i det metabola syndromet normaliseras: dvs en bättre lipidprofil (högre HDL-kolesterol och lägre triglyceridnivåer), minskad mängd kroppsfett samt ökad insulin känslighet, vilket sammantaget leder till lägre blodsocker och blodtrycksvärden. För det andra finner man hos fysiskt aktiva personer, vid jämförelse med inaktiva individer, minskad trombocytadhesivitet och ökad fibrinolytisk kapacitet. För det tredje har man noterat ökat blodflöde i hjärtats kranskärl, vilket är en följd av den vasodilatation och normalisering av endotelial dysfunk-

Sammanfattat



Det finns stora variationer i motionsvanor, allmän fysisk aktivitet och upplevd hälsa bland medelålders personer visar en studie bland medelålders personer.

Sambandet mellan motionsvanor, allmän fysisk aktivitet och upplevd hälsa visade sig vara starkt. De som var fysiskt inaktiva rapporterade oftare sämre hälsa än de fysiskt mer aktiva. Även den faktiska hälsan var kopplad till omfattning av fysisk aktivitet.

Den fysiska aktiviteten i sig visade sig ha ett starkare samband med upplevd hälsa än utbildningsnivå.

De fysiskt inaktiva utgör en hälsomässig riskgrupp.

En måttlig ökning av den fysiska aktiviteten i denna grupp, t ex snabba promenader en halvtimme per dag, torde innebära noterbara hälsomässiga vinster.

tion som äger rum. För det fjärde sker det under såväl vila som ansträngning en adaptation av det autonoma nervsystemet i form av mer uttalad vagusstimulering och samtidig reducerad adrenerg aktivitet. Detta kan troligen förklara varför personer som ägnar sig åt regelbunden fysisk aktivitet har lägre risk att drabbas av plötslig hjärtdöd [7].

Fysisk kapacitet, mätt som syrgasupptag vid maximal arbetsbelastning, är förmodligen i stor utsträckning genetiskt bestämd men kan modifieras av förändrade motionsvanor. Medelålders män med glukosintolerans, vilka deltog i ett preventionsprogram syftande till att förhindra uppkomsten av en manifest diabetes, hade påtagligt lågt syrgasupptag jämfört med glukostoleranta män. Efter fem år med regelbunden fysisk träning hade interventionsgruppen ökat sitt syrgasupptag medan kontrollgruppen liksom referensgruppen med glukostoleranta män hade lägre syrgasupptag än när studien startade [8].

Epidemiologiska studier talar för att fysisk aktivitet som

sådan är en viktigare faktor än mätbar fysisk kapacitet vad gäller den skyddande effekten mot kardiovaskulär sjuklighet [9, 10].

Upplevd hälsa

Varför man ägnar sig åt eller avstår från regelbunden motionsutövning är en komplex och i stora stycken ofullständigt belyst frågeställning [11]. Det är rimligt att anta att frågeställningen måste ses i ett vidare perspektiv, nämligen hur individen upplever sin hälsa [12]. En mängd studier visar att den egna bedömningen av hälsan är en viktig oberoende indikator på framtida morbiditet och mortalitet inklusive kardiologisk sjuklighet hos medelålders personer [13] och hos äldre för bl a suicid [14]. I en studie av kvinnor i åldersgruppen 40–59 år fann man att självupplevd hälsa var relaterad till en mängd olika faktorer som sömnproblem, menopausymtom, led- och muskelbesvär, hälsobeteende samt etnicitet och utbildningsnivå [15]. Sömnrubbingar är relaterade till ökad risk att insjukna i kardiovaskulära manifestationer och depressioner samt ökad risk för självmord. Som förväntat samvarierar upplevelsen av det egna hälsotillståndet och sömnens kvalitet [16].

Enstaka studier indikerar att ökad regelbunden fysisk aktivitet kan användas i terapeutiskt syfte för att minska sömnrubbingar [17]. Med tanke på hur viktiga upplevd hälsa och individens motionsvanor är för framtida hälsa är det anmärkningsvärt att det finns förhållandevis få studier av hur dessa två variabler förhåller sig till varandra.

II Bakgrund Syfte och frågor

Hur ser då situationen ut i en representativ svensk medelålders befolkning? Är många fysiskt inaktiva? Finns något samband mellan omfattning av fysisk aktivitet och hälsotillstånd, såväl det upplevda som det faktiska? Om så är fallet: Är detta samband resultat av en livsstil och knutet till social position?

De frågor som ska besvaras i denna artikel är följande:

- I vilken omfattning ägnar sig svenska medelålders kvinnor och män åt fysisk aktivitet i olika former?
- Hur uppfattar de sitt eget hälsotillstånd?
- Hur är omfattningen av fysisk aktivitet relaterad till upplevd respektive faktisk hälsa samt till andra indikatorer på ohälsa?
- Hur är social position relaterad till upplevd hälsa?
- Hur är omfattningen av fysisk aktivitet relaterad till upplevd hälsa då den sociala positionen är kontrollerad?

II Metod

Undersökningsgruppen utgjordes av 381 kvinnor och män i åldern 47–48 år boende i Skåne län. Totalt 316 personer, dvs 83 procent, besvarade ett frågeformulär, och 57 procent deltog i testningar. Personerna ingår i en uppföljningsstudie som startade 1968 då de var 15 år gamla. Våren 1968 genomförde Lars-Magnus Engström en undersökning i 91 slumpmässigt valda skolklasser ur årskurs 8 i Malmöhus, Örebro, Stockholms och Västerbottens län. Syftet var att kartlägga de drygt 2 000 ungdomarnas inställning till skolgymnastiken samt deras idrottsliga aktiviteter under fritid. Förnyad kontakt och informationsinsamling har sedan, företrädesvis via postenkät, genomförts med samma undersökningsgrupp vid ytterligare fyra tillfällen 1973, 1978, 1983 och 1994/1995 [11].

Den nu aktuella studien är en specialstudie av de personer i den ursprungliga undersökningsgruppen som bodde i Skåne län och som år 2001 var i 47–48-årsåldern [18]. Antalet som bodde kvar i länet var överraskande stort. Av de 503 personer som ursprungligen ingick i studien hade 14 avlidit och 98 flyt-

tat från länet. Därtill befanns 8 personer ha okänd adress. Den undersökningsgrupp som var möjlig att kontakta uppgick således till 381 kvinnor och män. Självfallet var deltagandet frivilligt, och samtliga personer fick i förväg ta ställning till om de ville medverka (informerat samtycke). Alla uppgifter behandlas konfidentiellt. Projektet har granskats och godkänts av etisk kommitté vid Lunds universitet.

Personerna kallades till en medicinsk undersökning under överinseende av Folke Lindgärde vid Universitetssjukhuset MAS. I undersökningen ingick bl a mätning av längd och vikt (kroppsmasseindex [BMI]), blodtryck (liggande efter 5 minuters vila), kolesterol, HDL- och LDL-kolesterol, fasteblodsocker och HbA_{1c} samt en kartläggning av individens allmänna hälsotillstånd och »sjukdomshistoria«, bl a värk och smärta i rörelseapparaten. Dessutom erbjöds samtliga att genomgå ett submaximalt test på cykelergometer (för skattning av maximalt syrgasupptag) samt test av styrka och balans. Samma test har använts som tidigare utprovats i LIV 90-studien [19].

Samtliga lämnade vid undersökningstillfället ett ifyllt frågeformulär om arbets- och familjesituation, hälsostatus, levnadsvanor, rök- och kostvanor, allmän fysisk aktivitet samt motionsvanor. De som inte kunde eller ville delta i medicinska och fysiska test sände per post ett besvarat frågeformulär.

Eftersom det i denna studie var av särskilt stor betydelse att så noggrant som möjligt kartlägga den fysiska aktiviteten skickades ett nytt frågeformulär ut några månader senare. Detta omfattade endast frågor om fysisk aktivitet. Det visade sig då att av dem som uppgivit sig vara motionsutövare vid första tillfället angav cirka 80 procent att så var fallet även vid det andra tillfället. Eftersom vissa förändringar säkerligen hade ägt rum under dessa månader får reliabiliteten anses vara tillfredsställande. Det bör även nämnas att ett 20-tal personer också har intervjuats.

Bortfallsanalys

Eftersom information finns sedan tidigare om samtliga deltagare är möjligheterna till bortfallsanalys goda. Av särskilt intresse är att jämföra tidigare fysisk aktivitet bland dem som deltagit respektive inte deltagit vid det nu aktuella undersökningstillfället. Om dessa grupper jämförs med avseende på motionsutövning 6 år tidigare, vid 41 års ålder, finner man att 43 procent i den förra gruppen (N=277) och faktiskt fler i bortfallsgruppen, 49 procent (N=33), då hade uppgivit att de ägnade sig åt motion. Mot denna bakgrund finns det inget skäl att misstänka att bortfallet snedvrider resultatet beträffande svaren om motionsvanor i frågeformulären.

Om man däremot jämför aktuella motionsvanor hos dem som genomförde de fysiologiska testen (N=217) med dem som endast svarade på frågeformuläret (N=99) finner man att 48 procent i den förra gruppen men endast 33 procent i den senare uppgav att de motionerade regelbundet. Ett rimligt antagande är därför att de som deltagit i testen utgör en i motionshänseende något mer aktiv grupp och att de erhållna fysiologiska och medicinska värdena därför genomsnittligt bör vara något högre för dem än för ett representativt urval av den ursprungliga försöksgruppen.

Definitioner

Vid analyser av samband mellan fysisk aktivitet och hälsa är givetvis den totala fysiska aktiviteten av störst intresse. Fysiskt aktiv kan man vara på många olika sätt: ägna sig åt någon motionsform, gå till bussen, ägna sig åt trädgårdsarbete, städa, ha ett fysiskt ansträngande arbete etc. Det är således inte bara omfattningen av motion som avgör om man kan räknas till de fysiskt aktivas skara eller inte, även om denna form av fysisk aktivitet tenderar att bli allt mer dominerande i takt med att den fysiska ansträngningen sjunker i vårt vardagsliv. ➤

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

Tabell I. Försökspersonernas motionsvanor vad gäller såväl frekvens som intensitet.

Fysisk aktivitet	Kvinnor, procent (N=166)	Män, procent (N=150)
Mycket lite	1	0
Någon enstaka promenad	2	8
Vardagsmotion	35	27
Avsiktlig, lättare motion minst 1 gång/vecka	24	28
Ansträngande motion (lägst snabb promenad) minst 1 gång/vecka	36	32
Regelbunden hård träning	2	5

Tabell III. Försökspersonernas självupplevda hälsotillstånd enligt en 7-gradig skala.

Hälsotillstånd	Kvinnor, procent (N=165)	Män, procent (N=150)
1. Mycket dåligt	0	0
2. Dåligt	3	1
3. Inte särskilt bra	5	3
4. Godtagbart	17	24
5. Ganska bra	24	28
6. Bra	38	31
7. Mycket bra	13	13

I denna studie har vi använt oss av två olika mått. Dels har vi frågat personerna i vad mån de ägnar sig åt motion (frekvens och intensitet, Tabell I), dels har vi frågat om total fysisk aktivitet och ansträngning i vardagen, under arbete, till och från arbetet och på fritid. Som motionärer har vi räknat dem som ägnar sig åt mer ansträngande motion eller regelbunden hård träning minst en gång varje vecka.

När det gällde den fysiska aktiviteten har vi frågat samtliga om deras totala fysiska aktivitet (under fritid och arbete, på väg till och från arbetet, i hemmet etc) under såväl vinter- som sommarhalvåret. Personerna har också fått svara på om de rör sig med låg ansträngning, med en ansträngning som motsvarar snabb promenad eller så att de blir svettiga och andfådda. Med detta som utgångspunkt har vi tillskapat ett aktivitetsindex där hög ansträngning och regelbundenhet ger högre poäng än låg ansträngning och oregelbunden träning. Detta index innebar att individerna kunde erhålla minst 0 poäng och högst 26, där 26 poäng utgjorde en extremt hög och regelbunden träning i stort sett varje dag (medelvärde för kvinnor = 9,2 och standardavvikelse = 6,0, medelvärde för män = 9,4 och standardavvikelse = 6,2). Av detta index tillskapade vi fyra kategorier där 1 indikerar en kategori av individer med låg aktivitet (fysiskt inaktiva) och 4 en med hög aktivitet (Tabell II).

När det gällde det självupplevda hälsotillståndet fick försökspersonerna uppge hur de upplevde sitt fysiska hälsotillstånd enligt en 7-gradig skala (Tabell III). Det faktiska hälsotillståndet indikerades av huruvida de i negativ riktning avvek från gränsvärdet i fyra riskfaktorer (HDL, systoliskt blodtryck, fasteblodsocker och BMI). Slutligen användes utbildningsnivå som indikator på social position och levnadsvillkor. Denna indikator har i tidigare studier visat sig vara mer utslagsgivande än ekonomi och yrkesstatus. [11]

II Resultat

Fysisk aktivitet

På frågan »Hur mycket har du rört dig på din fritid det senaste året?« fann vi följande om motionsvanor:

Tabell II. Kategoriindelning utifrån grad av fysisk aktivitet.

Aktivitetskategori	Kvinnor, procent (N=165)	Män, procent (N=150)
1. Låg	25	24
2. Ganska låg	30	23
3. Ganska hög	25	33
4. Hög	20	19

Totalt 38 procent av kvinnorna och 37 procent av männen uppgav att de ägnade sig åt motion enligt vår definition på motionsutövning.

Vid sammanslagning av total fysisk aktivitet, under såväl arbete som fritid, fann vi stora differenser bland både kvinnor och män.

Sambandet mellan de två indikatorerna på fysisk aktivitet, dvs angiven motionsgrad och total fysisk aktivitet, var relativt högt (korrelationskoefficient = 0,52). Vi kunde konstatera att det i den undersökta gruppen förelåg stora variationer beträffande såväl motionsvanor som allmän fysisk aktivitet.

Upplevt hälsotillstånd

För att möjliggöra en bedömning av det självupplevda allmänna fysiska hälsotillståndet fick personerna välja 1 av 7 möjliga alternativ (Tabell III).

Ungefär hälften av den undersökta gruppen, något fler kvinnor än män, uppgav att det allmänna fysiska hälsotillståndet var bra eller mycket bra. Den upplevda hälsan var också starkt kopplad till andra indikatorer på hälsotillståndet. De som upplevde sin hälsa som inte särskilt bra eller dålig hade (enligt en logistisk regressionsanalys) nästan 9 gånger större risk för sömnproblem jämfört med dem som upplevde sin hälsa som mycket bra. Det visade sig också, icke överraskande, finnas ett samband mellan upplevt fysiskt hälsotillstånd och rapporterade problem med rygg- respektive nackvärk. De personer som uppgav ett dåligt hälsoläge löpte betydligt större risk att tillhöra den grupp som hade värk varje vecka eller oftare. Särskilt gällde detta dem som hade värk i nacken.

Sambandet mellan fysisk aktivitet och hälsa

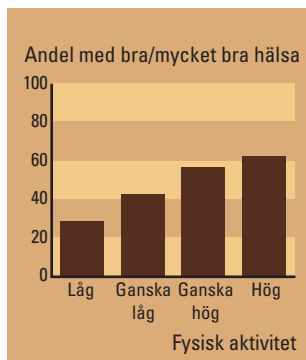
Fysisk aktivitet och upplevd hälsa. Hur är relationen mellan fysisk aktivitet och hälsa? Vi har i den första analysen riktat uppmärksamheten mot relationen mellan fysisk aktivitet och upplevd hälsa (se kategoriindelningen i Tabell II). I Figur 1 illustreras hur stor andel i varje aktivitetskategori som upplever sin hälsa som bra eller mycket bra.

Av Figur 1 framgår att det finns ett mycket tydligt samband mellan fysisk aktivitet och upplevd hälsa. Det var ungefär dubbelt så många som upplevde sin hälsa som bra eller mycket bra av de högaktiva jämfört med de lågaktiva.

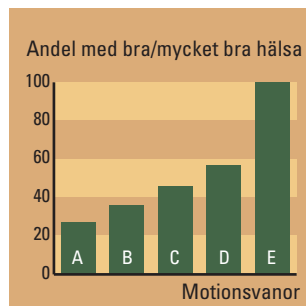
Sambandet mellan motionsvanor och upplevd hälsa illustreras i Figur 2, där andelen som upplever sin hälsa som bra eller mycket bra relateras till omfattning av motion.

Sambandet mellan motionsutövning och uppfattningen om det egna hälsotillståndet är mycket tydligt. Endast en fjärdedel av de inaktiva upplever sin hälsa som bra eller mycket bra, medan samtliga av dem som tränar regelbundet och hårt uppfattar sin hälsa som bra eller mycket bra.

Fysisk aktivitet och faktisk hälsa. Det råder således inget tvivel om att omfattningen av fysisk aktivitet respektive motionsvanor var starkt relaterade till hur personerna uppfattade sitt hälsotillstånd. Hur är då relationen mellan fysisk aktivitet och faktisk hälsa? Vi har använt oss av fyra indikatorer på faktisk hälsa, BMI, HDL-kolesterol, systoliskt blodtryck och fasteblodsocker, där andelen som i negativ riktning avviker



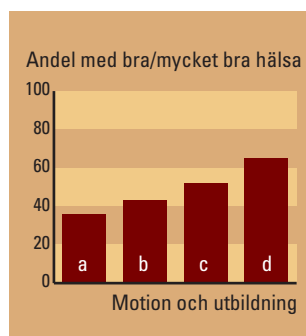
Figur 1. Andel som upplever sin hälsa som bra eller mycket bra bland kvinnor och män med olika grad av fysisk aktivitet.



Figur 2. Andel som upplever sin hälsa som bra eller mycket bra bland individer som motionerar i olika grad: A = högst någon enstaka promenad, B = vardagsmotion, C = av-siktlig, lättare motion, D = ansträngande motion minst en gång per vecka, E = regelbunden, hård träning.



Figur 3. Andel fysiskt inaktiva bland personer med olika antal riskfaktorer. Riskfaktorerna indikeras av att personerna avviker från gränsvärdet i följande variabler: HDL, systoliskt blodtryck, fasteblodsocker och BMI.



Figur 4. Andel som upplever sin hälsa som bra eller mycket bra i relation till olika kombinationer av motionsutövning och utbildningsnivå: a = ej motionär och grundskola eller 2-årigt gymnasium eller högsta utbildning, b = ej motionär och 3-årigt gymnasium eller högskola, c = motionär och grundskola eller 2-årigt gymnasium, d = motionär och 3-årigt gymnasium eller högskola. (Motionär = kategori 5 eller 6 enligt Tabell I.)

från ett visst gränsvärde relateras till fysisk inaktivitet (BMI >24, HDL <1,0 för män och <1,1 mmol/l för kvinnor, systoliskt blodtryck ≥140 mm Hg och fasteblodsocker >5,4 mmol/l). Av Figur 3 framgår hur stor andel som uppgav sig vara fysiskt inaktiva av dem som inte hade någon riskfaktor, av dem med 1 riskfaktor och av dem med 2-4 riskfaktorer. Även den faktiska hälsan, såsom vi definierat den här, var tydligt kopplad till fysisk aktivitet. Andelen fysiskt inaktiva ökade med antalet riskfaktorer.

Fysisk aktivitet och syreupptagningsförmåga. Det finns också ett klart samband mellan angiven motionsutövning och beräknad syreupptagningsförmåga, vilket dels indikerar att frågan om motion är både reliabel och valid, dels visar att motionsutövning och hälsotillstånd också i denna mening är relaterade till varandra. Bra kondition kan ju sägas vara en av flera indikatorer på bra hälsa.

Om man drar en gräns vid beräknad syreupptagningsför-

Tabell IV. Andel som inte når upp till 22 ml syrgas per kg kroppsvikt beräknad vid ett submaximalt cykelergometer-test.

Fysisk aktivitet	Andel som har mindre än 22 ml syrgas/kg kroppsvikt
Låg	23
Ganska låg	8
Ganska hög	3
Hög	0

måga vid värdet 22 ml syrgas per kg kroppsvikt och minut, vilket enligt en teoretisk beräkning är kravet för att kunna promenera med en hastighet av 5 km per timme i cirka 10 minuter [19], finner man att nästan en fjärdedel av dem med låg fysisk aktivitet inte når upp till denna nivå medan samtliga med hög fysisk aktivitet klarar detta (Tabell IV). Det bör uppmärksammas att redan vid en mycket måttlig fysisk aktivitet är det få som inte når upp till denna nivå.

Vi finner att det finns ett tydligt samband mellan fysisk aktivitet och hälsotillstånd (både upplevt och faktiskt), såsom dessa variabler här operationellt definierats. De som är inaktiva upplever sin hälsa som sämre och har fler riskfaktorer för kardiovaskulär sjukdom samt sämre konditionsvärde. Det bör här observeras att det upplevda hälsotillståndet är starkare relaterat till omfattning av fysisk aktivitet än det beräknade konditionsvärdet.

Betydelsen av social position. En tänkbar förklaring till detta samband skulle kunna vara att de motionsaktiva oftare har högre social position och bättre levnadsvillkor än de som inte motionerar och att dessa förhållanden medför en sundare livsstil som också avspeglar sig i hälsostatus. Hur är det med den saken?

Om vi som indikator på social position och levnadsvillkor väljer utbildningsnivå finner vi att fler upplever sin hälsa som god bland dem med högre utbildning än bland dem med lägre. Vi finner vidare att de med högre utbildning motionerar flitigare än de med låg utbildning. Det finns ungefär dubbelt så många motionsutövare bland dem med högskoleutbildning jämfört med dem med grundskola som högsta utbildning. Vilket samband finns mellan motionsutövning och upplevt hälsotillstånd om utbildningsnivå hålls under kontroll?

Av Figur 4 framgår att både motionsvanor och utbildningsnivå är relaterade till upplevd hälsa men att motionsvanorna tycks ha större betydelse. Det var fler bland dem med låg utbildning som motionerade som uppfattade sin hälsa som bra eller mycket bra än bland dem med högre utbildning som inte motionerade.

Det visade sig också vid en logistisk regressionsanalys att chansen att uppfatta sin hälsa som bra eller mycket bra var 5 till 6 gånger större om personerna motionerade och därtill hade 3-årig gymnasieutbildning eller var högskoleutbildad jämfört med dem som inte motionerade och med grundskola som högsta utbildning. Analysen visar också att huruvida personerna var motionsutövare eller inte hade större betydelse än utbildningsbakgrund för hur de uppfattade sitt hälsotillstånd.

II Diskussion

Resultaten visar att det finns stora variationer i omfattning av fysisk aktivitet liksom motionsvanor. De som var mest fysiskt aktiva upplevde sin hälsa som bättre än de som var minst aktiva; särskilt starkt samband fanns mellan omfattning av motionsutövning och upplevd hälsa. Även den faktiska hälsan visade sig vara kopplad till aktivitetsnivå. De minst aktiva uppvisade fler markörer för ohälsa.

Dessa resultat utgör dock i sig inget bevis för att det råder

II Fakta

Bas för ordination om livsstilsförändring

Svar på följande två frågor kan ge en plattform för rekommendationer om livsstilsförändring, där fysisk aktivitet är en väsentlig del:

– Hur är ditt allmänna hälsotillstånd (svarskategorier enligt Tabell III)?

– Om kravet för daglig fysisk aktivitet sätts till minst 30 minuter, sammanlagd tid, och ansträngningsnivån till minst snabb promenadakt – hur många dagar per vecka når du normalt upp till denna nivå eller högre? Du får lägga samman frivilligt vald motion, fysisk ansträngning under arbete samt vardagsmotion (t ex att cykla eller promenera till arbetet, sällskapsdans, gå ut med hunden m m).

De patienter som inte upplever sin hälsa som fullgod och som inte är fysiskt aktiva under åtminstone fem dagar i veckan bör ordinerar att höja sin fysiska aktivitetsnivå successivt, om inte andra förhållanden talar däremot.

ett kausalsamband mellan fysisk aktivitet och hälsotillstånd. Tidigare studier, som vi inledningsvis refererade till, har dock tydligt visat att fysisk inaktivitet innebär ökad risk för ohälsa.

I ljuset av resultaten från dessa studier menar vi att resultaten i denna studie ger ytterligare stöd för hypotesen att fysisk aktivitet påverkar hälsan i positiv riktning och då särskilt den upplevda hälsan. För att slutgiltigt kunna säkerställa ett sådant kausalsamband krävs en experimentell uppläggning som skulle vara såväl praktiskt som etiskt omöjlig att genomföra.

Vidare fann vi att den fysiska aktiviteten i sig visade sig ha ett starkare samband med upplevd hälsa än med utbildningsnivå, som indikator på levnadsvillkor. Detta resultat pekar också på betydelsen av fysisk aktivitet som enskild påverkansfaktor.

I detta sammanhang bör vi inte glömma bort att det gömmer sig flera fysiskt inaktiva bland dem som inte deltog i de medicinska och fysiologiska testen, vilket förmodligen ytterligare stärkt de erhållna sambanden.

Det är särskilt de fysiskt inaktiva som klart framstår som en hälsomässig riskgrupp. En måttlig ökning av den fysiska aktiviteten i denna grupp, t ex snabba promenader en halvtimme per dag, torde innebära noterbara hälsomässiga vinster.

Vi menar också att den upplevda fysiska hälsan utgör en förbisedd indikator på faktisk hälsa. Frågor om hur individen upplever sin hälsa samt om fysisk aktivitet skulle kunna bilda en god plattform för rekommendationer om livsstilsförändringar, där fysisk aktivitet är en väsentlig del (Fakta 1).

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

*

Forskningsanslag har erhållits från Centrum för idrottsforskning samt från Stiftelsen för forskning inom diabetes och kärleksjukdom.

Referenser

1. A Pan-Eu Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health. The Institute of European Food Studies. Dublin: Trinity College; 1998.
2. Summary of the surgeon general's report. Nutr Rev 1996;54(9): 1996.

3. Blair SN, Kohl HW 3rd, Paffenbarger RS Jr, Clark DG, Cooper KH, Gibbons LW. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. JAMA 1989;262:2395-401.
4. Morris JN, Heady JA. Mortality in relation to the physical activity of work. Br J Ind Med 1953;10:245-54.
5. Morris JN, Everitt MG, Pollard R, Chave SPW. Vigorous exercise in leisure time: protection against coronary heart disease. Lancet 1980;ii:1207-10.
6. Snell PG, Mitchell JH. Physical inactivity. An easily modified risk factor? Circulation 1999;100:2-4.
7. Siscovick DS, Weiss NS, Fletscher RH, Lasky T. The incidence of primary cardiac arrest during vigorous exercise. N Engl J Med 1984;311:874-7.
8. Eriksson KF, Lindgärde F. Prevention of type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus by diet and physical exercise. The 6-year Malmö feasibility study. Diabetologia 1991;34:891-8.
9. Hein H, Suadicani P, Gyntelberg F. Physical fitness or activity as a predictor of ischemic heart disease? A 17-year follow-up in the Copenhagen Male Study. J Intern Med 1992;232:471-9.
10. Paffenbarger RS, Hyde RT, Wing AL, Steinmetz CH. A natural history of athleticism and cardiovascular health. JAMA 1984;252:491-5.
11. Engström LM. Idrott som social markör. Stockholm: HLS förlag; 1999.
12. Helmer U. Perceived general health and mortality. Gesundheitswesen 2003;65(1):47-54.
13. Heidrich J, Liese AD, Lowel H, Keil U. Self-rated health and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in southern Germany. Results from the MONICA Augsburg cohort study 1984-1995. Ann Epidemiol 2002;12:338-45.
14. Turvey CL, Conwell Y, Jones MP, Phillips C, Simonsick E, Pearson JL, et al. Risk factors for late-life suicide: a prospective, community-based study. Am J Geriatr Psychiatry 2002;10:398-40.
15. Kravitz HM, Ganz PA, Bromberger J, Powell LH, Sutton-Tyrrell K, Meyer PM. Sleep difficulty in women at midlife: a community survey of sleep and the menopausal transition. Menopause 2003;10:19-28.
16. Lavidor M, Weller A, Babkoff H. How sleep is related to fatigue. Br J Health Psychol 2003;8:95-105.
17. Sherrill DL, Kotchou K, Quan SF. Association of physical activity and human sleep disorders. Arch Intern Med 1998;158(28):1894-8.
18. Liljekvist Å. Kroppen – älskad och hatad. Relationer mellan livsstil, kropp och kroppssyn [examensarbete]. Stockholm: Lärarhögskolan i Stockholm, Institutionen för samhälle, kultur och lärande; 2001.
19. Engström LM, Ekblom B, Forsberg A, v Koch M, Seger J. LIV 90. Livsstil – prestation – hälsa. Motionsvanor, fysisk prestationsförmåga och hälsotillstånd bland svenska kvinnor och män i åldrarna 20-65 år. Stockholm: Folksam, Högskolan för lärarutbildning, Idrotthögskolan, Karolinska institutet, Korpen och Riksidrottsförbundet; 1993.



= artikeln är referentgranskad