



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för hälsovetenskaper
Fysioterapeutprogrammet

Utbildningsprogram
i fysioterapi 180 hp

Examensarbete 15 hp
Hösten 2018

**En kartläggning av stress, somatiska symptom och livsstilsvanor hos
fysioterapeutstudenter på Lunds universitet**

Författare

Magdalena Hagborg Hovstam
Hanna Kober
Fysioterapeutprogrammet
Lunds Universitet
asp13mho@student.lu.se
soc14hko@student.lu.se

Handledare

Frida Eek, Dr Med Vet
Docent, leg. sjukgymnast
Fysioterapeutprogrammet
Institutionen för
hälsovetenskaper
Baravägen 3
221 00 Lund, Sverige
frida.eek@med.lu.se

Examinator

Annika Lundkvist Josenby
Dr Med Vet, leg. fysioterapeut
Fysioterapeutprogrammet,
Institutionen för hälsovetenskaper
Baravägen 3
221 00 Lund
annika.lundkvist@med.lu.se

Sammanfattning

Bakgrund: Höga nivåer av stress upplevs när kraven överstiger en individs kapacitet. I hotfulla situationer svarar kroppen med ett stresspåslag, en aktivering av en hormencykel, vilket är en livsviktig mekanism. Uteblir återhämtningen efter stresspåslag kan hormencykelns funktion rubbas och individen kan drabbas av kronisk stress. Universitetsstudenter är ett typexempel på en grupp som ofta har höga krav på sig själva utan tillräcklig kontroll.

Syfte: Syftet med studien är att kartlägga nivå av stress och somatiska symptom, samt livsstilsvanor hos studentgrupper i tre olika årskurser på fysioterapeutprogrammet samt undersöka om det går att observera skillnader mellan de olika årskurserna och könen emellan. Utöver detta avser studien även att undersöka om det finns ett samband mellan stress och somatiska symptom.

Studiedesign: Kvantitativ tvärsnittsstudie.

Metod: Enkäterna Perceived Stress Scale (PSS-14), Somatic Symptom Scale (SSS-8) och en enkät om livsstilsvanor hämtad från socialstyrelsen delades ut i pappersform i termin 1,2,3,4 och 5 på Fysioterapeutprogrammet tillhörande Lunds universitet. Samma enkät skickades internetbaserat ut till termin 6. Sammanlagt samlades 123 fullständiga enkäter in till resultatanalys. Därefter jämfördes resultaten årskursvis samt könen emellan och sambandet mellan stress och somatiska symptom undersöktes genom Spearmans korrelation.

Resultat: Högst uppmätta stressnivå enligt PSS-14 registrerades i årskurs 1, följt av årskurs 3 och sedan årskurs 2, medan medelpoängen för undersökta kvinnor var högre jämfört med männen. Högst medelvärde för SSS-8 för gruppen rapporterades för årskurs 3, följt av årskurs 1 och sedan årskurs 2. Enligt SSS-8 var medelvärdet för de undersökta kvinnorna högre än för de undersökta männen. SSS-8 och PSS-14 visade en måttlig korrelation (Spearmans korrelationskoefficient 0,58, $p < 0,01$). Enligt livsstilsenkäten hade samtliga årskurser liknande livsstilsvanor. Andelen rökare och snusare var överlag låg och över 60% av de svarande i samtliga årskurser tränade mer än 150 min/vecka. En tydlig skillnad kunde observeras gällande alkoholkonsumtion mellan de undersökta männen och kvinnorna, då männen konsumerade mer alkohol vid fler tillfällen.

Konklusion: Det fanns inga stora skillnader mellan årskurserna men kvinnorna i studien skattade högre än männen på både PSS-14 och SSS-8. Det fanns ett måttligt samband mellan upplevd stressnivå och somatiska symptom. Livsstilsenkäten visade på en överlag hälsosam livsstil i den undersökta gruppen.

Nyckelord: Universitetsstudenter, Stress, Somatiska symptom, Livsstilsvanor

Abstract

Background: High levels of stress is perceived when demands exceeds capacity. In threatening situations the body response with an activation of a hormone cycle which is a vital mechanism. If there is no recovery between the stressful events it causes a disturbance of the hormone cycle which could lead to chronic stress. University students are a group that often has high demands on themselves without sufficient control.

Purpose: The aim of the study is to chart levels of stress and somatic symptoms, as well as lifestyle habits for student groups in three different grades on the physiotherapist program, as well as investigating whether differences between the different grades can be observed. In addition, the study also involves investigating whether there is a connection between stress and somatic symptoms in the study group.

Study design: Quantitative cross-sectional study.

Method: The Perceived Stress Scale (PSS-14), Somatic Symptom Scale (SSS-8) surveys, and a survey on living habits obtained from the Swedish social welfare organization were distributed in paper form in semester 1,2,3,4 and 5 on the Physiotherapist program belonging to Lund University. The same questionnaire was sent online to students in term 6. In total, 123 full surveys were collected for the results analysis. Thereafter, the results were compared in the different year grades as well as the gender differences using descriptive methods, and the relationship between stress and somatic symptoms was investigated by Spearman's correlation..

Results: The highest measured stress level according to PSS-14 was registered in students during their first year, followed by students during their third year and students during their second year. On a group level, the participating women experienced on average higher levels of stress compared to men. SSS-8 and PSS-14 correlated at a coefficient of 0.58 ($p < 0.01$). According to the lifestyle survey, all year grades have similar lifestyle habits. Overall, the proportion of tobacco users was low and over 60% of respondents in all of the yearly grades exercised more than 150 min/week. A clear difference could be observed regarding alcohol consumption between the studied men and women, as men consumed more alcohol on multiple occasions. The results were then compared between the three grades as well as between gender.

Conclusion: There were no major differences between grades, but women in the study estimated higher than men on both PSS-14 and SSS-8. According to Spearman's correlation, there was a moderate, significant relationship between perceived stress level and symptom rate. The lifestyle survey showed a generally healthy lifestyle in the examined group.

Key words: University students, Stress, Somatic symptoms, Lifestyle habits

Innehållsförteckning

1	Bakgrund	1
1.1	Stressens fysiologi - HPA-axeln	1
1.2	Konsekvenser av stress	2
1.2.1	<i>Psykologiskt</i>	2
1.2.2	<i>Somatiskt</i>	2
1.3	Stress på universitetet	2
1.4	Studenters livsstilsvanor	3
2.5	Riskgrupper	3
2	Syfte	3
3	Frågeställningar	4
4	Metod	4
4.1	Studiedesign	4
4.2	Urval	4
4.3	Instrument	5
4.4	Procedur	5
4.5	Statistisk analys	6
4.6	Etik	6
5	Resultat	6
5.1	Urvalsgrupp	6
5.2	PSS-14 och SSS-8	7
5.3	Livsstilsenkät	7
5.4	Korrelation	8
6	Diskussion	9
6.1	Material och metod	9
6.2	Resultat	10
6.2.1	<i>Årskurser</i>	10
6.2.2	<i>Kvinnor och män</i>	12
7	Klinisk relevans	13
8	Slutsats	13
9	Referenser	14
10	Bilagor	17
10.1	Bilaga 1 – PSS-14	17
10.2	Bilaga 2 – SSS-8	19
10.3	Bilaga 3 – Livsstilsenkät	19
10.4	Bilaga 4 – Deltagarinformation	22
10.5	Bilaga 5 – Elektronisk enkät	23

1 Bakgrund

Ur en vetenskaplig synvinkel uppstår stress när en situation upplevs som hotfull och individens medel att handskas med hotet anses otillräckliga (1). Detta går i linje med Karaseks och Theorell's uppdaterade krav-kontroll-stöd-modell (DCS), vilken menar att höga nivåer av stress upplevs när kraven på individen överstiger dess kapacitet, något som socialt stöd kan verka som en buffert på. Om det sociala stödet, till exempel från kollegor, lärare och chefer, är sviktande kan det påverka balansen mellan krav och kapacitet ytterligare, samtidigt som ett befintligt stöd istället har en positiv verkan (2).

I en hotande situation svarar kroppen fysiologiskt med ett så kallat stresspåslag, vilket påverkar individen emotionellt, biologiskt och beteendemässigt. Detta är en viktig reaktion som behövs för att agera mot de faktorer, så kallade stressorer, som försätter individen i stress (1, 3).

1.1 Stressens fysiologi - HPA-axeln

På engelska heter hypotalamus, hypofysen och binjurarna *Hypothalamus*, *Pituitary gland* respektive *Adrenal glands*, vilket har gett upphov till förkortningen HPA. När en individ befinner sig i en upplevt hotad situation aktiveras HPA-axeln vilket leder till ett stresspåslag, fungerande som en motreaktion på hotet. HPA-axeln är ett system av kroppsliga strukturer tillhörande både centrala nervsystemet (CNS) såväl som det endokrina systemet. Bland dessa strukturer ingår hypotalamus, en region i hjärnan som bland annat sköter kontrollmekanismer för blodtryck, kroppstemperatur och sömn. Hypotalamus kopplar även samman CNS med det endokrina systemet genom att själv utsöndra hormon samt genom att kontrollera hypofysen och dess hormonutsöndring (4). Hypofysen är en endokrin körtel, även den tillhörande HPA-axeln, som befinner sig på hypotalamus undersida och fungerar som ett överordnat centrum för hela kroppens tillväxt- och utvecklingsstyrande hormonutsöndring (5). Hypofysen styr på så vis den tredje kroppsliga strukturen som ingår i HPA-axeln - binjurarna, vilka i sin tur också är hormonutsöndrande endokrina körtlar som befinner sig bilateralt på njurarnas ovansida (6).

När en situation upplevs som hotfull stimuleras HPA-axeln och en hormonprocess startar, vilket i slutändan leder till att bland annat steroidhormonet kortisol samt adrenalin och noradrenalin utsöndras i kroppen (7). Denna dominoeffekt av hormonutsöndring leder till något vi kallar för flykt- och kamprespons, vilket är kroppens förberedelser på att fly eller att slåss i en hotande situation. Detta orsakar en rad olika fysiologiska förändringar, kortisolet förmår till exempel energi att mobiliseras i form av glukos i händelse av ett utdraget, energikrävande hot. Adrenalinets och noradrenalinets uppgift är att hålla individen på vakt och förmögen att agera genom att stimulera de delar av hjärnan som främjar vår uppmärksamhet. Adrenalin och noradrenalin verkar även genom att öka blodflödet till de delar av kroppen som är viktigast i flykt och kamp: skelettmusklerna, hjärnan och hjärtat, vilket gör att bland annat pulsen, blodtrycket och andningsfrekvensen ökar (1, 2). När kortisolnivåerna i blodet blir tillräckligt höga registreras detta av receptorer i hjärnan, vilket leder till att kroppens stresspåslag avstannar - en justerande reaktion kallad negativ feedback (8).

Upplever man så kallade akuta stressreaktioner, sporadiska stresspåslag som varvas med full återhämtning, är det inte hälsofarligt att vara stressad då och då - det är enbart kroppens livsviktiga endokrina funktion avsett att bibehålla hormonmässig balans, även kallat homeostas (1,3,9). Efter ett stresspåslag är det därför viktigt att komma ner i varv och låta

kroppen återhämta sig, annars kan HPA-axelns funktion rubbas vilket resulterar i att den negativa feedbacken, fungerande som stresspåslagets avstängningsmekanism, uteblir och cykeln fortsätter utan stopp. Detta tillstånd, kallat kronisk stress, leder till konstant höga kortisolhalter i kroppen som har bevisat skadlig effekt på bland annat hjärnan och kan leda till en rad olika komplikationer (1,9,10).

1.2 Konsekvenser av stress

1.2.1 Psykologiskt

Att exponeras för stressfulla moment i livet har bland annat visat sig ha en koppling till vidareutveckling av depression. Särskilt i riskzonen ligger de som också har anlag för sjukdomen. Depression är en av de vanligaste psykiatriska sjukdomar i världen. Till följd av en brist på balans gällande hjärnans signalsubstanser (till exempel påverkan av ämnet serotonin) leder detta till en rad olika symptom, bland annat minskad drivkraft, avsaknad av glädje, kognitiv påverkan och sämre förmåga att fungera i det dagliga livet (11). Även orostankar och ångest är vanligt förekommande bland de psykiatriska diagnoserna och inkluderas ofta som symptom i en depression. Särskilt vanligt är oro inför saker som komma skall. Den överdrivna oron bidrar till negativa tankar om sig själv och en känsla av att det som ska hända kommer sluta dåligt, trots att sannolikheten för det är väldigt låg (12).

1.2.2 Somatiskt

Forskning har även visat att det finns ett tydligt samband mellan stress och somatiska symptom. Det förekommer mer ofta än sällan att personer med stressproblematik samtidigt uttrycker fysiska besvär, såsom magont, huvudvärk, trötthet, muskuloskeletal smärta och ledvärk. En studie har dessutom visat att patienter som i första hand söker vård för psykiska besvär har fler somatiska symptom än vad patienter som faktiskt primärt söker vård för ett kroppsligt symptom har (13).

Stressen kan även ge upphov till en allvarlig påverkan på hjärta och kärl genom en direkt reaktion på det neuroendokrina gensvaret på stressorer. Detta leder som tidigare nämnt ofta till högre blodtryck, något som på sikt försämrar kärlets elasticitet vilket i sin tur ökar risken för infarkter och hjärtsvikt. Det kardiovaskulära systemet påverkas i somliga fall även sekundärt, då stress ofta leder till bl.a. rökning, minskad fysisk aktivitet och förändrade kostvanor som i sin tur kan ha en mängd negativa effekter på både hjärta och kärl (14).

1.3 Stress hos universitetsstudenter

Långvarig stress är som ovan nämnt skadligt och kan orsakas av en rad olika stressorer. Exempel på sådana är ekonomisk situation, sociala relationer eller ökade studiekrav. Dessutom är det allmänt känt att individer reagerar olika på stressorer. Universitetsstudenter har ofta höga förväntningar på sig själva och är inte sällan i en period i livet där de upplever många krav men inte tillräckligt med kontroll, allt ifrån strävan efter höga betyg till sociala/relationella förväntningar (15). Dessutom är studenter i en ålder (åtminstone majoriteten av de studerande) då de löper en högre risk för att drabbas av mental ohälsa eftersom de flesta diagnostiserade fall tar sin början före 24 års ålder (16).

Syftet med en universitetsutbildning är att förbereda studenterna på de krav som deras framtida arbete har. Det är viktigt att kartlägga de svårigheter som studenter ställs inför under utbildningens gång, då det i dagsläget är flera som tåmpas med psykiska besvär under sina år på universitetet, vilket försämrar den potential de hade kunnat avsluta sina studier med - eller gör så att de inte fullföljer sina studier över huvud taget (17).

I en sammanställning av ett flertal studier genomförda på amerikanska universitetsstudenter med instrumentet National College Health Assessment, såg man att knappt hälften av alla (43,3%) under det senaste året hade varit så deprimerade att det drabbade deras prestationsförmåga och var sjuätte student (15,6%) hade diagnostiserats med depression (18). Denna förekomst har enligt artikeln enbart ökat sedan dess.

Ytterligare en parallell för ökad psykisk ohälsa bland studenter kan dras till en longitudinell studie avslutad i Nederländerna 2016 där läkarstudenter undersöktes. Från första till andra undersökningstillfället, vilka utfördes med ett års mellanrum, hade depression, ångest och psykisk ohälsa ökat drastiskt (19).

1.4 Studenters livsstilsvanor

Det finns ett starkt samband mellan just studiestress och den fysiska hälsan då stressen resulterar i sämre hälso- och livsstilsval. Till exempel finns det studenter som hanterar sina stressorer med bland annat rökning, alkohol eller andra substanser. Likväl finns ett samband mellan livsstil och psykisk hälsa och stressen kan både utvecklas och/eller förvärras av förslagsvis dåliga kostvanor, för lite motion och sömnbrist (15). Ofta är universitetsstudenter i en övergångsfas och lever självständigt för första gången. Enligt forskning är det mer sannolikt för unga vuxna att hamna i dåliga mönster med exempelvis överdriven alkoholkonsumtion än vad det är för äldre vuxna. Alkoholkonsumtionen bland studenter, som inte sällan precis flyttat hemifrån och upplever en annan typ av frihet än förut, är en av de faktorer som leder till sämre mental hälsa (20).

1.5 Riskgrupper

Det har gjorts en studie som specifikt påvisar att den psykiska ohälsan bland unga vuxna i Sverige ökar i snabbare takt än i resten av Norden (21). Ytterligare en studie har även antytt att bland de som söker hjälp för psykisk ohälsa är majoriteten kvinnor (22).

En del individer löper högre risk än andra för att drabbas av depressiva symptom, då det är såväl objektiva som subjektiva orsaker som spelar roll. Resultatet i en stor studie utförd på universitetsstudenter i Tyskland, Polen och Bulgarien visade emellertid att studiestressen var rankad som en större börda jämfört med relationsproblem och framtidsångest (23).

Förekomsten av stress och andra psykiska besvär till följd av upplevd arbetsbörda bland sjukvårdspersonal har tidigare studerats likväl som, som tidigare nämnt, förekomsten av psykiska besvär hos universitetsstuderande överlag (18, 24). Emellertid finns det ingen tillgänglig tidigare forskning på varken svenska studenter eller förekomst av stress eller somatiska symptom hos en specifik studentgrupp. Därför syftar studien till att undersöka detta fenomen.

2 Syfte

Syftet med studien är att kartlägga nivå av stress, somatiska symptom och livsstilsvanor hos studentgrupper i tre olika årskurser på fysioterapeutprogrammet på Lunds universitet, likväl som att undersöka om det går att observera skillnader mellan de olika årskurserna samt mellan kvinnor och män i den undersökta gruppen. Utöver detta avser studien även att undersöka om det finns en korrelation mellan stress och somatiska symptom.

3 Frågeställningar

- Finns det skillnader avseende nivå av stress eller somatiska symptom mellan studenter i olika årskurser på samma utbildning eller studenter av olika kön i den undersökta gruppen?
- Finns det skillnader avseende livsstilsvanor, avseende tobaks- alkohol-, tränings och matvanor mellan studenter i olika årskurser på samma utbildning eller studenter av olika kön i den undersökta gruppen?
- Finns det ett samband avseende nivå av upplevd stress och somatiska symptom?

4 Metod

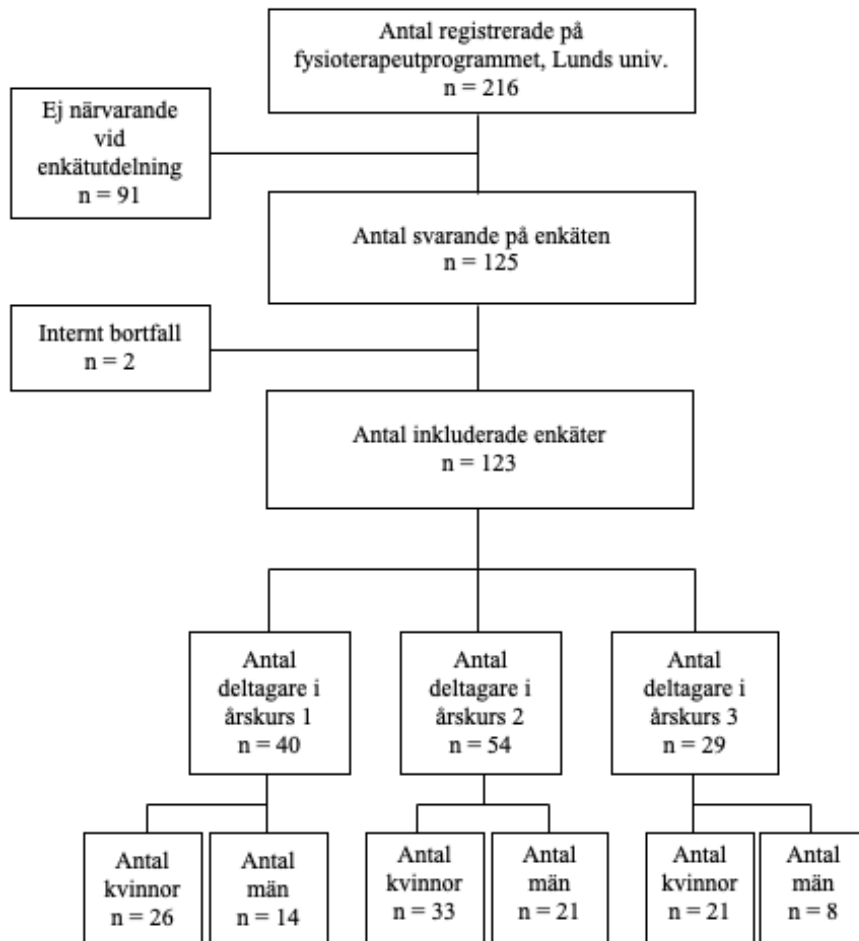
4.1 Studiedesign

Den valda designen för undersökningen var en kvalitativ tvärsnittsstudie.

4.2 Urval

Samtliga medverkande i studien studerade på fysioterapeutprogrammet tillhörande Lunds universitet. Samtliga sex terminer på programmet, vilket totalt innefattar 216 studenter, var tänkta att medverka då studien avsåg att representera hela utbildningen. Av dessa 216 studenter medverkade 125 stycken, varav 40 stycken tillhörde årskurs 1 (26 kvinnor, 14 män), 54 stycken tillhörde årskurs 2 (33 kvinnor, 21 män) och 29 stycken tillhörde årskurs 3 (21 kvinnor, 8 män). Totalt medverkade 80 kvinnor och 43 män (figur 1).

Figur 1. Översikt över deltagare och bortfall.



4.3 Instrument

För att mäta den generellt uppskattade stressnivån i urvalsgrupperna användes den validitets- och reliabilitetstestade enkäten *Perceived Stress Scale* (PSS-14) (bilaga 1) (25). Detta är en enkät omfattande 14 påståenden som samtliga handlar om en persons känslor och tankar under den senaste månaden. Dessa påståenden besvaras genom att kryssa över ett av följande svarsalternativ: “aldrig”, “nästan aldrig”, “ibland”, “ganska ofta” och “våldigt ofta”. Frågorna i enkäten berör såväl positiva som negativa upplevelser men poängsystemet är utformat på ett sådant sätt att en hög poäng motsvarar hög stress (26).

En egenöversatt version av det annars engelskspråkiga frågeformuläret *Somatic Symptom Scale* (SSS-8) (bilaga 2) användes för att kartlägga somatiska symptom. Detta är en validitets- och reliabilitetstestad enkät omfattande 8 påståenden som handlar om upplevda fysiska besvär den senaste veckan. De svarande kryssar i ett av följande alternativ: “inte alls”, “lite grand”, “en del”, “ganska mycket” eller “våldigt mycket”, angående hur mycket ett somatiskt symptom har besvärat dem. SSS-8 härstammar från det mer omfattande frågeformuläret *Patient Health Questionnaire* (PHQ-15) som innehåller samma åtta påståenden om somatiska symptom, samt ytterligare sju sådana. SSS-8 har en skala som delar in poängsumman i olika svårighetsgrader där 0-3 poäng representerar inga till minimala symptom, 4-7 poäng betyder låg svårighetsgrad på symptomen, 8-11 poäng betyder medelsvåra symptom, 12-15 poäng betyder svåra symptom och 16-32 poäng betyder väldigt svåra symptom (27). Vid översättningen av SSS-8 användes inga metoder för att försäkra bibehållandet av reliabilitet och validitet, utan en översättning ord för ord genomfördes med hjälp av Google Translate.

Svarsalternativen för PSS-14 är ordinaldatabaserade och poängsätts för varje individuell fråga från 0-4. Svarsalternativet “aldrig” poängsätts 0 vid negativa upplevelser respektive 4 vid positiva upplevelser. Slutpoängen tas fram genom att addera frågornas poäng och en högre totalpoäng tyder på en högre upplevd stressnivå och maxpoäng är 56 (26).

SSS-8 har en poängsättning som även den är ordinaldatabaserad. Varje individuellt påstående poängsätts från 0-4 beroende på svarsalternativ, där 0 poäng representerar “inte alls” och 4 poäng representerar “våldigt mycket”. Samtliga påståendens individuella poängsättning adderas för att få fram slutresultatet, som har en maxgräns på 32 poäng. Ju högre poäng, desto mer besvär av somatiska symptom upplever man. SSS-8 används i detta fall enbart för att kartlägga somatiska symptom samt för att jämföra de olika årskursernas besvärnivå av dessa fenomen (27).

Livsstillenkäten hämtad från Socialstyrelsen poängsattes inte, utan behandlades som kartläggande nominaldata.

Ytterligare en sida lades till i enkäten, med frågor hämtade från Socialstyrelsen som rör levnadsvanor (bilaga 3). Denna enkät består av 2 frågor gällande tobaksvanor, 2 frågor gällande alkoholkonsumtion, 2 frågor gällande fysisk aktivitet och 5 frågor angående matvanor (28).

4.4 Procedur

För att komma i kontakt med de medverkande besöktes föreläsningssalar så att enkäten kunde delas ut i pappersform. Aktuell föreläsningsansvarig för respektive termin kontaktades för att godkänna dessa besök. Antalet enkäter som fylldes i räknades kontinuerligt och bortfallet blev de som inte var närvarande, de som valde att ej delta samt de som lämnade in en ofullständig enkät. Eftersom termin sex hade praktik under perioden som enkätutdelningen ägde rum,

besvarade de enkäten elektroniskt i ett Google Forms-dokument som delades i terminens Facebook-grupp.

Terminsstart för vårterminen 2018 var den 22 januari. Enkäten delades ut den 27 mars i termin ett, på schemat fanns då en teoretisk tentamen veckan efter. I termin två delades enkäten ut den 16 mars vilket innebar ett grupparbete, ett seminarium samt en praktisk tentamen cirka två veckor fram i tiden. I termin tre delades enkäten ut den 4 april vilket vid denna tidpunkt innebar att ingen tentamen stod på schemat de närmaste veckorna, däremot hade termin tre jämfört med övriga terminer mycket schemalagd studietid med långa skoldagar. Termin fyra mottog enkäten den 9 mars, vilket innebar tentamen veckan efter. I termin fem delades enkäten ut den 21 mars samt den 26 mars i halvklasser under pågående arbete på kandidatuppsatsen samt två veckors sjukhuspraktik. Termin sex mottog den elektroniska enkäten mitt i deras pågående praktikperiod den 4 april men hade fram till månadsskiftet på sig att svara då ackumuleringen av svar tog längre tid.

4.5 Statistisk analys

Terminerna delades in i årskurser med termin ett och två i årskurs 1, termin tre och fyra i årskurs 2 samt termin fem och sex i årskurs 3. Dessa årskurser utgjorde tre urvalsgrupper vars resultat jämfördes med varandra. Det totala antalet deltagare delades även in i kvinnor och män, vars resultat också jämfördes separat.

Deltagarantalet samt medelålder med standardavvikelse presenterades i en tabell där årskursdeltagandet samt könsfördelningen visades i procentenhet. Data för SSS-8 och PSS-14 presenterades i medelvärde och standardavvikelse för årskursernas respektive könsfördelningarnas sammanlagda resultat i en gemensam tabell för respektive enkät. Livsstilsenkäten presenterades i en egen tabell där datan visades som procentenhet samt antal svarande som stämde in på kriteriet för varje fråga. All deltagardata hanterades i excel.

Spearman's korrelation användes i analysprogrammet SPSS för att beräkna korrelationen mellan PSS-14 och SSS-8 testresultat, alltså för att avgöra om det fanns ett samband mellan stress och somatiska symptom. Styrkan på sambandet bedömdes utefter allmänna gränser där ett värde på 0,0 - 0,3 tolkades som en obetydlig korrelation, ett värde på 0,3 - 0,5 tolkades som en låg korrelation, ett värde på 0,5 - 0,7 tolkades som en moderat korrelation, ett värde på 0,7 - 0,9 tolkades som en hög korrelation och ett värde på 0,9 - 1 tolkades som en väldigt hög korrelation (29).

4.6 Etik

Studenterna informerades via ett informationsblad om att deltagandet var helt frivilligt. Det poängterades att svaren på enkäten var helt anonyma även för författarna och att insamlad data hanterades konfidentiellt (bilaga 4).

5 Resultat

5.1 Urvalsgrupp

Antal medverkande var 123 stycken (57% av programmets 216 registrerade elever) av totalt 125 tillfrågade studenter. Deltagarantalet var inte jämnt fördelat mellan årskurserna med största svarsfrekvensen i årskurs 2 och den minsta i årskurs 3. Även könsfördelningen var ojämn med övervägande kvinnligt deltagande, både överlag och i samtliga årskurser. Däremot var åldersfördelningen i princip jämnt fördelad sett till medelålder (se tabell 1).

Samtliga som tilldelades enkäten i pappersform deltog i studien varav 2 stycken utav 125 ifyllda enkäter innehöll internt bortfall och exkluderades därav från studien. Övrigt bortfall blev de studenter som ej närvarade under utdelningstillfällena. I termin 6 blev det ett stort bortfall då enbart 7 studenter av 39 svarade på den elektroniska enkäten, alltså ett deltagande på 17,9%.

Tabell 1. Bakgrundsdata för samtliga deltagare, män, kvinnor samt årskurser.

Bakgrundsdata	Samtliga deltagare % (n)	Årskurs 1 % (n)	Årskurs 2 % (n)	Årskurs 3 % (n)	Kvinnor % (n)	Män % (n)
Totalt antal	100 (123)	32 (40)	44 (54)	24 (29)	65 (80)	35 (43)
Andel Kvinnor		65 (26)	61 (33)	72 (21)		
Andel män		34 (14)	39 (21)	28 (8)		
Medelålder (Stdav)	24,3 (±4,2)	23,6 (±3,7)	24,8(±4,7)	24,8(±4,7)	23,8 (±3,7)	25, 3(±4,9)
Range (Min-max)	19–44	19–35	20–44	20–44	19–38	20–44

5.2 PSS-14 och SSS-8

Den högsta medelpoängen för enkäten PSS-14 finns hos årskurs 1, följt av årskurs 3 och sedan årskurs 2. Kvinnorna i den undersökta gruppen hade dessutom ett högre medelpoäng än männen i den undersökta gruppen.

Den högsta medelpoängen för SSS-8 registrerades av årskurs 3, följt av årskurs 1 och sedan årskurs 2. Lägsta och högsta poäng för samtliga årskurser var jämnt fördelade. Kvinnorna registrerade en högre medelpoäng än männen (se tabell 2).

Tabell 2. Medelvärde, standardavvikelse samt lägst respektive högst registrerade poäng på PSS-14 (Perceived Stress Scale) och SSS-8 (Somatic Symptom Scale) för samtliga deltagare (n=123), män, kvinnor samt årskurser.

PSS-14	Samtliga deltagare	Årskurs 1	Årskurs 2	Årskurs 3	Kvinnor	Män
Medelpoäng (Stdav)	24,9 (±8,4)	27 (±8,2)	22,9 (±8,8)	25,6 (±8,2)	26,1 (±8,4)	22,7 (±7,9)
Range (Min-Max)	5–48	14–48	5–42	12–40	7–48	5–38
SSS-8						
Medelpoäng (Stdav)	7,9 (±5)	8,2 (±4,6)	7,2 (±5)	9,3 (±6)	8,9 (±5,2)	6,2 (±4,4)
Range (Min-Max)	0–22	0–21	0–22	0–22	1–22	0–18

5.3 Livsstilsenkät

Andelen rökare och snusare i den undersökta gruppen var 2 respektive 6 stycken av 123 deltagare (1,6% respektive 4,9%). Alkoholkonsumtionen var procentuellt relativt likvärdig mellan årskurserna, däremot syntes en tydlig skillnad mellan de undersökta kvinnorna och männen där männen konsumerade mer alkohol vid fler tillfällen. Det fanns ingen större skillnad mellan årskurserna vad gäller träningsnivå men procentuellt var det årskurs 3 som utförde mest vardagsmotion och årskurs 2 som utförde minst. Angående matvanor i den undersökta gruppen fanns det inte heller någon stor skillnad mellan årskurserna men

procentuellt sett åt kvinnorna i denna studie både mer grönsaker och sötsaker än vad männen gjorde. Överlag åt 100 av 123 studiedeltagare frukost varje morgon, vilket motsvarar 81,3% (se tabell 3).

Tabell 3. Kartläggning av tobaks-, alkohol-, tränings- och matvanor för samtliga deltagare (n=123), män, kvinnor och årskurser

Livsstilsvanor	Samtliga deltagare % (n=123)	Årskurs 1 % (n)	Årskurs 2 % (n)	Årskurs 3 % (n)	Kvinnor % (n)	Män % (n)
Andel rökare	1,6% (2)	0	1,9% (1)	3,4% (1)	2,5% (2)	0
Andel snusare	4,9% (6)	5% (2)	5,6% (3)	3,4% (1)	3,8% (3)	7% (3)
Andel som dricker över 4 glas alkohol varje vecka	22% (27)	25% (10)	18,5% (10)	24,1% (7)	13,8% (11)	37,2% (16)
Andel kvinnor som dricker ≥4 glas alkohol vid samma tillfälle, varje månad eller oftare	24,4% (30)	22,5% (9)	24,1% (13)	27,6% (8)	37,5% (30)	
Andel män som dricker ≥5 glas alkohol, vid samma tillfälle, varje månad eller oftare	21,2% (26)	20% (8)	24,1% (13)	17,2% (5)		60,5% (26)
Andel som tränar mer än 90 min varje vecka	66,7% (82)	67,5% (27)	63% (34)	72,4% (21)	67,5% (54)	65,1% (28)
Andel som vardagsmotionerar mer än 150 min varje vecka	59,3% (73)	60% (24)	48,1% (26)	79,3% (23)	62,5% (50)	53,5% (23)
Andel som äter grönsaker eller rotfrukter 1 gång om dagen eller mer	80,5% (99)	75% (30)	83,3% (45)	82,8% (24)	87,5% (70)	67,4% (29)
Andel som äter frukt eller bär 1 gång om dagen eller mer	74,8% (92)	65% (26)	77,8% (42)	82,8% (24)	68,8% (65)	62,8% (27)
Andel som äter fisk eller skaldjur 1 gång i veckan eller mer	60,2% (74)	52,5% (21)	63% (34)	65,5% (19)	60% (48)	60,5% (26)
Andel som äter kakor, choklad, godis, chips eller läsk några gånger i veckan eller mer	54,5% (67)	60% (24)	50% (27)	55,2% (16)	57,5% (47)	48,8% (21)
Andel som äter frukost varje morgon	81,3% (100)	72,5% (29)	88,9% (48)	79,3% (23)	81,3% (65)	81,4% (35)

5.4 Korrelation

Resultaten för PSS-14 och SSS-8 korrelationstestades med Spearmans korrelation. Utfallet blev en korrelationskoefficient på 0,58 ($p < 0,01$).

6 Diskussion

Överlag kunde en viss skillnad i resultat avseende stressnivå (PSS-14) och somatiska symptom (SSS-8) observeras gällande både kön och årskurs i urvalsgruppen. Däremot fanns ingen väsentlig skillnad i livsstilsvanor, som överlag var subjektivt sunda utifrån de frågor som livsstilsenkäten ställde, varken mellan årskurserna eller könen, med undantag för alkoholkonsumtion. Förutom detta kunde en moderat korrelation mellan upplevd stressnivå och somatiska symptom iaktas, vilket för det utförda korrelationstestet också var signifikant. I studien utfördes ingen undersökning huruvida skillnaderna som observerades mellan de studerade gruppernas resultat var signifikanta eller ej, alla referat till skillnader grupperna emellan är således enbart deskriptiva utan egentlig grund för vetenskaplig jämförelse.

Då PSS-14 inte används som diagnostiskt verktyg och därmed saknar en skala som delar in poängsumman i svårighetsgrad av stress är det enda sättet att få en uppfattning om resultatets betydelse genom att jämföra med tidigare, liknande studier. I jämförelse med medelsumman på PSS-14 i tre olika studier från USA (21,1 poäng), Pakistan (30 poäng) och Mexico (21,9 poäng), där urvalsgrupperna motsvarade denna studie avseende ålder och/eller sysselsättning, var medelsumman i denna studie (24,9 poäng) ungefär likvärdig. Stressnivån generellt i urvalsgruppen var med andra ord relativt sett normal. Minsta respektive högsta registrerade summa (5 respektive 48 poäng) på PSS-14 går däremot inte att jämföra då motsvarande resultat inte omnämns i de föregående studierna (30, 31, 32).

Medelsumman på SSS-8 var 7,9 poäng överlag, vilket lägger urvalsgruppen i denna studie i kategorin med låg svårighetsgrad av symptom, på gränsen till medelsvåra symptom. Däremot ligger minsta respektive högsta registrerade summa (0 respektive 22 poäng) på SSS-8 i kategorin med inga till minimala symptom respektive kategorin med väldigt svåra symptom (27).

6.1 Material och metod

Undersökningen som utfördes var avsedd att vara en totalundersökning av samtliga studerande på fysioterapeutprogrammet på Lunds universitet, vilket innebär att skolan som undersöktes i teorin var ett icke-slumpmässigt urval om en generalisering av resultaten skulle göras i förhållande till samtliga fysioterapeutprogram i Sverige. Eftersom fysioterapeutprogrammet är en yrkesutbildning antogs därför majoriteten av deltagarna vara någorlunda intresserade av kropp och hälsa, då utbildningen präglas av läran om kroppens funktioner. Det icke-slumpmässiga urvalet gjorde resultaten specifika för just den urvalsgrupp som deltog. Det går med andra ord inte att applicera utfallet på en större population eller andra studenter som inte tillhör samma utbildning. Möjligtvis hade resultatet kunnat tillämpas på, eller åtminstone jämföras med, fysioterapeututbildningen i en annan stad i Sverige med tanke på att programmen har liknande utformning och således antas ha ungefär samma studietempo. Återigen är detta dock inte en grupp som har undersökts vilket gör att det endast går att spekulera.

Perceived Stress Scale (PSS) användes för att mäta stressnivå i urvalsgruppen och valdes främst för dess lätthanterliga och i forskningssammanhang väl beprövade kryssfrågor. PSS finns i olika varianter med olika antal frågor. Den är en av de vanligaste och mest allmänna enkäterna världen över och syns ofta i forskningssammanhang. Dock används den ej som ett diagnostiskt verktyg då resultaten inte kan delas in i en skala med olika svårighetsnivåer, utan jämförs enbart med resultat inom samma urvalsgrupp eller från andra urvalsgrupper som svarat på samma enkät i form av deskriptiv statistik (26). Den valda versionen av Perceived

Stress Scale (PSS) i denna studie var som nämnt versionen med 14 frågor. I ett senare skede av detta arbete har vi stött på en kortare svensk version med 10 frågor som visats ha goda psykometriska egenskaper (33). Vid eventuell uppföljning av aktuell studie eller liknande framtida forskning bör alltså användning av PSS-10 istället övervägas. Även SSS-8 användes på grund av dess lättförståeliga och få kryssfrågor vilket ansågs skulle förenkla såväl deltagandet som den senare tolkningen av svaren i resultatdelen. SSS-8 var översatt ord för ord utan några vetenskapliga metoder bakom, vilket innebär att det finns en risk för felaktigheter, dessutom är den egenöversatta versionen ej reliabilitets- och validitetstestad vilket kan anses som en svaghet i studien. Initialt fördes en diskussion om originalversionen på engelska, som är reliabilitets- och validitetstestad istället skulle användas, men det ansågs att en enkät med två olika språk skulle innebära en ännu större svaghet. Dessutom finns det en risk för att originalenkäten blir svårtolkad då majoriteten av deltagarna hade svenska som modersmål. Livsstilsenkäten gav en tydlig bild över samtliga deltagares levnadsvanor sett till tobaksanvändning, alkoholkonsumtion, träningsfrekvens och kosthållning. Den innehöll ett flertal frågor varav en del var något överflödiga för studiens syfte, därav beslöts det att presentera dess resultat mer sammanfattande (tabell 3). Alla tre enkäter lades ihop till ett sammanhängande häfte som tog cirka 5 minuter att besvara, vilket också var en aspekt som var väsentlig. Enkäten skulle inte vara för tidskrävande då det bedömdes eventuellt kunna påverka både svarsfrekvens såsom svarens tillförlitlighet på ett negativt sätt.

Tillvägagångssättet för utdelning av enkäter skiljde sig mellan termin 1-5 och termin 6. Utdelning i pappersform, i fallet termin 1-5, visade sig vara överlägset sett till svarsfrekvens, jämfört med utdelning i elektronisk form, vilket var fallet i termin 6. Under besöken i föreläsningssalarna i termin 1-5 valde samtliga i rummet att svara på enkäterna vilket ledde till ett minimalt bortfall. Det låga deltagarantalet i termin 6 påverkade tillförlitligheten för resultatet för årskurs 3 negativt, såväl som tillförlitligheten för helhetsresultatet då bortfallet var så pass stort. Ett högre deltagarantal i termin 6 hade gett ett säkrare och mer jämförbart resultat för årskurs 3 i förhållande till årskurs 1 och 2. Ett högre deltagarantal överlag hade dessutom kunnat ge en mer representativ bild över stressnivå, besvär av somatiska symptom och livsstilsvanor för hela fysioterapeutprogrammet och inte bara den undersökta gruppen.

Gällande orsak och verkan gick det att utläsa att det fanns en relativt stark korrelation mellan PSS-14 och SSS-8. Det går dock inte att nämna mycket mer om kausaliteten än så då det inte undersökts vad som var den utlösande faktorn. Det finns ingenting i studien som talar om huruvida stress leder till somatiska symptom eller om det tvärtom är somatiska symptom som leder till stress. Studien talar över huvud taget inte om att det ena leder till det andra utan enbart att det finns en positiv korrelation när det kommer till att vara stressad och uppleva somatiska symptom samtidigt.

6.2. Resultat

6.2.1 Årskurser

Den högst uppmätta stressnivån i urvalsgruppen fanns i årskurs 1 medan årskurs 3 var den årskurs med högst uppmätta somatiska symptom. Årskurs 1 var dessutom den årskurs som hade det lägsta maxvärdet på SSS-8 (dock ej lägst medelpoäng). Då det fanns en relativt stark korrelation mellan stress och somatiska symptom vore det mer troligt om den årskurs som uppmätte högst stressnivå även upplevde mest besvär med somatiska symptom. Ett sådant utfall hade också stämt bättre överens med vad som studerats tidigare då stressproblematik har visat sig hänga ihop med fler upplevda somatiska besvär (13). Kanske hade även denna studies resultat blivit så om urvalsgrupperna var större och mer jämnt fördelade i antal. De

uppmätta, relativt små skillnader som fanns i resultaten var dock inte så stora att det gick att dra slutsatser utifrån dessa siffror.

I livsstilsenkäten gick det att utläsa att endast 1,6% (2 personer) av samtliga 123 deltagare var rökare, vilket är en låg siffra i jämförelse med folkhälsomyndighetens folkhälsorapport från 2016 där 11% av Sveriges kvinnor och 9% av männen är dagliga rökare och 18% av den yngre befolkningen röker då och då (34). Det hade även varit intressant att jämföra denna siffra med andra universitetsprogram, såväl andra sjukvårdsrelaterade universitetsprogram (sjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter) som universitetsprogram med en annan inriktning. Detta gäller även träningsnivå och vardagsmotion då det procentuellt var över 80% respektive 70% av samtliga deltagare som tränade mer än 90 min i veckan och vardagsmotionerade mer än 150 min i veckan. För att sätta dessa siffror i något slags kontext visade det sig 2016 att 60% av deltagarna i folkhälsomyndighetens rapport uppgav att de motionerade regelbundet (34). Något samband mellan stress och livsstilsvanor undersöktes inte, men överlag verkade det som att studiens deltagare hade relativt hälsosamma livsstilsvanor utifrån de frågor som enkäten tog upp. Om fallet hade varit annorlunda hade det varit intressant att undersöka om resultaten i PSS-14 och SSS-8 också hade utformat sig på ett annat sätt.

Hormoncykeln, HPA-axeln, som sätts igång vid en upplevt hotad situation regleras bättre när individen upplever att den har kontroll över de krav som ställs. Som nämnt tidigare kan det sociala stödet verka som en buffert när kraven på en individ överstiger dess kapacitet (2). Likväl finns det ytterligare faktorer i det dagliga livet som är fördelaktiga när det kommer till upplevd stress. Regelbunden fysisk aktivitet har visats vara positivt när det kommer till att hantera stressfulla moment i livet (35). I denna studie gick det att observera en mer hälsosam livsstil framför allt gällande nivå av fysisk aktivitet och tobaksvanor i jämförelse med folkhälsomyndighetens uppgifter. Eftersom deltagarna i denna studie inte skattade en särskilt hög upplevd stressnivå så går det att anta att deltagarna i denna studien hade en väl reglerad stress-cykel tack vare bland annat hälsosamma livsstilsvanor.

Ytterligare en påverkande faktor för resultatet på PSS-14 var det faktum att de svarande i de olika terminerna läste olika kurser som ställde varierande krav på de studerande. Dessutom befann sig de svarande i olika stadier av dessa kurser vid utdelningen av enkäten. Somliga var en vecka från tentamen medan andra hade flera veckor kvar till nästa obligatoriska studiemoment. Faktorer som dessa har en uppenbart stor påverkan på stressen och således på resultaten. Trots att PSS-14 handlar om upplevelser som sträcker sig en månad bakåt i tiden och därför sannolikt har inkluderat stressfulla perioder, inducerade av studiekrav, i samtliga deltagares liv går det ändå att spekulera att många anger det svar som stämmer bäst överens med sitt rådande tillstånd utan att reflektera över tidigare erfarenheter av stress. Det vore intressant att undersöka hur utfallet hade blivit om studien tagit hänsyn till årskursernas examinationsperioder. I en longitudinell studie undersöktes just sambandet mellan stress och somatiska symptom hos studenter vid tillfälle innan examination, under examinationsperiod och efter examination. Där blev resultatet att majoriteten av de somatiska besvären som undersöktes höjdes signifikant under examinationsperioden. Värt att nämna är dock att de somatiska symptomen främst ökade för de studenter som redan vid baslinjen hade mest besvär (36).

Då denna studie är en tvärsnittsstudie går det inte heller att uttala sig om hur utfallet hade blivit i en longitudinell version, eller en tvärsnittsversion vid en annan tidpunkt under läsåret. Många tvärsnittsstudier ger information om vilka som ligger i en riskzon men det finns desto

färre som handlar om *när* studenter löper högre risk. I en nyligen utförd longitudinell studie i Kanada studerades två studentgrupper på universitet under ett år. Syftet med studien var att undersöka just när risken för depression var högre genom att mäta om depressiva symptom sammanträffade med hög akademisk stress (dvs i samband med deadlines och examinationer), vilket också visade sig vara fallet. Även i en del andra longitudinella studier med liknande syfte fluktuerar studiestressen i takt med kraven som ställs på studenterna - ett grundat och trovärdigt resultat om man åter igen ser till Karaseks och Theorell's krav-kontroll-stöd-modell (2, 37). Detta är något som kan ha påverkat resultatet i denna undersökning. Hade samma undersökning utförts i slutet eller precis i början av terminen, alternativt under höstterminen, hade utfallet eventuellt blivit helt annorlunda. Om enkäten delats ut vid terminsstart och hänsyn på så vis tagits till årskursernas olika kursscheman, det vill säga att samtliga deltagare påbörjat helt nya kurser vid undersökningstillfället, hade denna eventuella källa till skillnader i resultat troligen kunnat elimineras eller åtminstone minimeras. Det hade även varit intressant att följa studiedeltagarna under en termin för att bekräfta tidigare studiers teori om varierande stressnivå och observera eventuella förändringar av nivå av stress och somatiska symptom i de olika årskurserna. En longitudinell studie hade även kunnat utveckla kausalitetsaspekten om en fortsatt stark korrelation verkat mellan PSS-14 och SSS-8.

Vidare går det också att diskutera det faktum att universitetet med hög sannolikhet är en ny erfarenhet för de i årskurs 1 och att de av den anledningen kan uppleva högre stress i jämförelse med årskurs 2 och 3 där studenterna (i majoriteten av fallen) har mer vana gällande salstentor och studieteknik. Det är dessutom inte enbart studiekrav som spelar in när det kommer till att uppleva sig stressad i skolan. Det faktum att de studerande i årskurs 1 är i en ny miljö med nya människor, till skillnad från årskurs 2 och 3 som haft mer tid att göra sig hemmastadda, kan också ha en verkan på den upplevda stressnivån (15). Det är också av betydelse att det finns många faktorer till somatiska symptom (tex. sjukdom) som inte vår enkätstudie svarar på.

6.2.2 Kvinnor och män

I jämförelsen mellan de undersökta kvinnorna och männen upplevde kvinnorna i studien högre stress, enligt PSS-14, och fler somatiska symptom, enligt SSS-8, än männen (Ett par av männen som uppmätte högst värde på SSS-8 skrev att det berodde på särskilda anledningar, några hade influensa och förklarade sina symptom som tillfälliga och inte någonting de brukar lida av på daglig basis). Kvinnorna hade inte bara högst medelpoäng, utan även högst lägstapoäng och högst maxpoäng i båda dessa enkäter. Dessa resultat stämmer överens med tidigare forskning då kvinnor beskriver sig uppleva högre förekomst av somatiska symptom än vad män gör. En annan tidigare studie, med en mycket större urvalsgrupp, visar också att kvinnorna har något högre medelpoäng på SSS-8 än männen (27). Ytterligare forskning har visat att kvinnor överlag skattar högre på självskattningsskalor såväl i kliniska sammanhang som på samhällsnivå. Denna högre självskattning gäller även om symptom som tillhör menstruationen är exkluderade från skalorna och kvinnor skattar konsistent högre vare sig det rör sig om unga vuxna eller en äldre generation (38). Utifrån denna tidigare forskning förutspåddes alltså att undersökningen eventuellt skulle resultera i högre poäng för kvinnorna än för männen. I studien deltog fler kvinnor än män, men detta behöver inte påverka tillförlitligheten negativt på samma sätt som årskurserna påverkades då båda grupperna var tillräckligt stora för att ge likvärdiga resultat samt att denna fördelning var representativ för populationen.

I livsstilsenkäten observerades en tydlig skillnad i alkoholkonsumtion mellan de undersökta kvinnorna och männen, både avseende alkoholmängd och antal tillfällen, där männen drack en större mängd och vid fler tillfällen. Denna observation bekräftas återigen vara applicerbar i

ett större perspektiv då folkhälsomyndighetens rapport från 2016 visade att männen intensivkonsumerade mest och skattade högst berusning överlag vid konsumtionstillfällena (34). Konstaterandet att män överlag dricker mer än kvinnor har även bekräftats i ett flertal andra studier som utförts i olika delar av världen (39,40,41).

7 Klinisk relevans

Denna studie visade att en moderat positiv korrelation fanns avseende stressnivå och somatiska symptom hos studenter på fysioterapeutprogrammet i Lund. Detta faktum är väsentligt för vårdpersonal att vara medvetna om, trots att kausalitetfrågan delvis kvarstår. En medvetenhet om att fysiska besvär går hand i hand med psykiska är kliniskt relevant vare sig det är de fysiska besvären som skapat de psykiska eller tvärtom. I denna studie uppmättes inga större skillnader mellan årskurserna, möjligtvis på grund av att ingen hänsyn togs till examinationsperioder. Det är dock fortfarande kliniskt relevant att veta hur pass övergående somatiska symptom är i förhållande till stressfulla moment i livet.

8 Slutsats

Det fanns inga större skillnader mellan årskursernas upplevda stressnivå och somatiska symptom men årskurs 1 hade högst uppmätta stressnivå medan årskurs 3 hade högst uppmätta somatiska symptom. Könjämförelsen visade att kvinnorna upplevde högre stressnivå och mer somatiska symptom än vad männen gjorde. Det fanns en moderat positiv korrelation avseende stressnivå och somatiska symptom. Resultaten på livsstilsenkäten visade sig ha likheter med folkhälsoinstitutets folkhälsorapport från 2016 gällande alkoholvanor fördelat mellan könen, däremot var andelen rökare färre och nivå av fysisk aktivitet högre.

9 Referenser

1. Fischer S, Nater UM, Laferton JA. Negative Stress Beliefs Predict Somatic Symptoms in Students Under Academic Stress. *Int J Behav Med*. 2016 Dec;23(6):746-751.
2. García-Herrero S, Lopez-Garcia JR, Herrera S, Fontaneda I, Báscones SM, Mariscal MA. The Influence of Recognition and Social Support on European Health Professionals' Occupational Stress: A Demands-Control-Social Support-Recognition Bayesian Network Model. *Biomed Res Int*. 2017;2017:4673047.
3. Radley JJ, Kabbaj M, Jacobson L, Heydendael W, Yehuda R, Herman JP. Stress risk factors and stress-related pathology: Neuroplasticity, epigenetics and endophenotypes. *Stress*. 2011;14:481–97
4. Watts AG. 60 YEARS OF NEUROENDOCRINOLOGY: The structure of the neuroendocrine hypothalamus: the neuroanatomical legacy of Geoffrey Harris. *J Endocrinol*. 2015 Aug;226(2):T25-39
5. Kaplan SA. The pituitary gland: a brief history. *Pituitary*. 2007;10(4):323-5
6. Ross I, Louw G. Embryological and Molecular Development of the Adrenal Glands. *Clinical Anatomy*. 2015;(28):235-242
7. Frodl T, O'Keane V. How does the brain deal with cumulative stress? A review with focus on developmental stress, HPA axis function and hippocampal structure in humans. *Neurobiol Dis*. 2013 Apr;52:24-37
8. Tsigos C, Chrousos GP. Hypothalamic–pituitary–adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *J of Psych Research*. 2002;(53):865-871.
9. Juruena MF. Early-life stress and HPA axis trigger recurrent adulthood depression. *Epilepsy Behav*. 2014 Sep;38:148-59
10. Goldstein DS. Adrenal responses to stress. *Cell Mol Neurobiol*. 2010;30:1433–1440
11. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012 Mar 17;379(9820):1056–67.
12. Hirsch CR, Mathews A. A cognitive model of pathological worry. *Behav Res Ther*. 2012; 50(10): 636–46.
13. Glise K, Ahlborg G, Jonsdottir I. Prevalence and course of somatic symptoms in patients with stress-related exhaustion: Does sex or age matter. *BMC Psychiatry* 2014;14
14. Dimsdale J.E. Psychological stress and cardiovascular disease. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2008;51:1237–1246
15. Hamaideh, S.H. Stressors and Reactions to Stressors Among University Students. *International journal of social psychiatry*. 2009;57(1):69-80.
16. Fernandez A, Howse E, Rubio-Valera M, Thorncraft K, Noone J, Luu X, Veness B, Leech M, Llewellyn G, Salvador-Carulla L. Setting-based interventions to promote mental health at the university: a systematic review. *Int J Public Health*. 2016 Sep;61(7):797-807.
17. Kirsh B, Friedland J, Cho S, Gopalasuntharanathan N, Orfus S, Salkovitch M, Snider K, Webber C. Experiences of university students living with mental health problems: Interrelations between the self, the social, and the school. *Work*. 2015;53(2):325-35.
18. Miller EJ, Chung H. A literature review of studies of depression and treatment outcomes among U.S. College students since 1990. *Psychiatr Serv*. 2009 Sep;60(9):1257-60.
19. Borst JM, Frings-Dresen MH, Sluiter JK. Prevalence and incidence of mental health problems among Dutch medical students and the study-related and personal risk factors: a longitudinal study. *Int J Adolesc Med Health*. 2016 Nov 1;28(4):349-355.
20. Mason MJ, Zaharakis N, Benotsch EG. Social networks, substance use, and mental health in college students. *J Am Coll Health*. 2014;62(7):470-7.

21. Bremberg S. Mental health problems are rising more in Swedish adolescents than in other Nordic countries and the Netherlands. *Acta Paediatr.* 2015 Oct;104(10):997-1004.
22. Traian MG, Coman AE, Popa E, Traian L, Petrovanu R. Stress: from symptom to disease. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2013 Jan-Mar;117(1):72-7.
23. Mikolajczyk RT, Maxwell AE, Naydenova V, Meier S, El Ansari W. Depressive symptoms and perceived burdens related to being a student: Survey in three European countries. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2008 Jul 3;4:19.
24. Sturm H, Rieger MA, Martus P, Ueding E, Wagner A, Holderried M, Maschmann J; WorkSafeMed Consortium. Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital. *PLoS One.* 2019 Jan 4;14(1):e0209487
25. Gazzaz ZJ, Baig M, Al Alhendi BSM, Al Suliman MMO, Al Alhendi AS, Al-Grad MSH, Qurayshah MAA. Perceived stress, reasons for and sources of stress among medical students at Rabigh Medical College, King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia. *BMC Med Educ.* 2018 Feb 23;18(1):29
26. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4)
27. Gierk B, Kohlmann S, Kroenke K, Spangenberg L, Zenger M, Brähler E, Löwe B. The Somatic Symptom Scale–8 (SSS-8) A Brief Measure of Somatic Symptom Burden. *JAMA Intern Med.* 2014;174(3):399–407.
28. Socialstyrelsen. Frågor om dina levnadsvanor [Internet]. Socialstyrelsen; 2014 [citerad 2018-02-28] Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Fragor-om-levnadsvanor.pdf#page=1&zoom=auto,-86,842>
29. Altman DG. *Practical statistics for medical research.* London: Chapman and Hall; 1991.
30. Cohen S, Williamson G, Spacapam S, Oskamp S. Perceived stress in a probability sample of the United States. *The Soc Psych of Health.* 1988:31-67
31. Waqas A, Khan S, Sharif W, Khalid U, Ali A. Association of academic stress with sleeping difficulties in medical students of a Pakistani medical school: a cross sectional survey. *PeerJ.* 2015 Mar 12;3:e840
32. González Ramírez MT, Landero Hernández R. Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish J of Psych.* 2007;10(1):199-206
33. Nordin M, Nordin S. Psychometric evaluation and normative data of the Swedish version of the 10-item perceived stress scale. *Scand J Psychol.* 2013 Dec;54(6):502-7.
34. Folkhälsomyndigheten. *Folkhälsan i Sverige 2016* [Internet]. Östersund: Folkhälsomyndigheten; 2016. 16005. [citerad 2018-01-08]. Hämtad från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/folkhalsan-i-sverige-2016/>
35. Tsatsoulis A, Fountoulakis S. The protective role of exercise on stress system dysregulation and comorbidities. *Ann N Y Acad Sci.* 2006 Nov;1083:196-213. Review. PubMed PMID: 1714874
36. Zunhammer M, Eberle H, Eichhammer P, Busch V. Somatic symptoms evoked by exam stress in university students: the role of alexithymia, neuroticism, anxiety and depression. *PLoS One.* 2013 Dec 18;8(12):e84911.

37. Barker ET, Howard AL, Villemare-Krajden R, Galambos NL. The Rise and Fall of Depressive Symptoms and Academic Stress in Two Samples of University Students. *J Youth Adolesc.* 2018 Feb 22.
38. Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Intern Med.* 2001 Apr;16(4):266-75. Review.
39. Orfanos P, Naska A, Rodrigues S, Lopes C, Freisling H, Rohrmann S, Sieri S, Elmadfa I, Lachat C, Gedrich K, Boeing H, Katzke V, Turrini A, Tumino R, Ricceri F, Mattiello A, Palli D, Ocké M, Engeset D, Oltarzewski M, Nilsson LM, Key T, Trichopoulou A. Eating at restaurants, at work or at home. Is there a difference? A study among adults of 11 European countries in the context of the HECTOR* project. *Eur J Clin Nutr.* 2017 Mar;71(3):407-419
40. Tevik K, Selbæk G, Engedal K, Seim A, Krokstad S, Helvik AS. Use of alcohol and drugs with addiction potential among older women and men in a population-based study. The Nord-Trøndelag Health Study 2006-2008 (HUNT3). *PLoS One.* 2017 Sep 8;12(9)
41. Manandhar N, Shrestha MV, Joshi SK. Prevalence of Alcohol Consumption and Knowledge About Alcohol at Bhimtar, Sindhupalchowk. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2017 Jul-Sep;56(207):293-297

10 Bilagor

10.1 Bilaga 1 – PSS-14

Kryssa i din könstillhörighet samt skriv ålder och vilken termin du går:

Kön: *Kvinna* *Man*

Ålder.....

Termin.....

Upplevd stress - Perceived Stress Scale (PSS-14)

Frågorna i den här enkäten handlar om dina känslor och tankar under den senaste månaden. För varje fråga uppmanas du att ange ditt svar genom att sätta ett X över den cirkel som motsvarar hur ofta du känt eller tänkt på ett särskilt sätt.

Även om en del av frågorna liknar varandra finns det skillnader mellan dem och du bör behandla varje fråga separat. Det bästa är att besvara frågorna ganska snabbt. Det betyder att du inte ska försöka räkna antalet gånger du känt på ett särskilt sätt utan snarare ange det alternativ som känns som en rimlig uppskattning.

	Aldrig 0	Nästan aldrig 1	Ibland 2	Ganska ofta 3	Väldigt ofta 4
1. Hur ofta har du under den senaste månaden känt dig upprörd på grund av att något oväntat har inträffat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hur ofta har du under den senaste månaden känt att du inte kunnat kontrollera viktiga saker i ditt liv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hur ofta har du under den senaste månaden känt dig nervös och stressad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hur ofta har du under den senaste månaden framgångsrikt hanterat vardagsproblem och irritationsmoment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hur ofta har du under den senaste månaden känt att du effektivt kunnat hantera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

viktiga förändringar som inträffat i ditt liv?

6. Hur ofta har du under den senaste månaden känt tilltro till din egen förmåga att hantera personliga problem?

7. Hur ofta har du under den senaste månaden känt att saker och ting gått din väg?

8. Hur ofta har du under den senaste månaden tyckt att du inte kunnat klara av allt du skulle ha gjort?

9. Hur ofta har du under den senaste månaden kunnat kontrollera irritationsmoment i ditt liv?

10. Hur ofta har du under den senaste månaden känt att du har haft kontroll på saker och ting?

11. Hur ofta har du under den senaste månaden blivit arg på saker som har hänt och som du inte kunnat kontrollera?

12. Hur ofta har du under den senaste månaden kommit på dig själv med att tänka på saker som du måste göra?

13. Hur ofta har du känt under den senaste månaden att du haft kontroll över hur du använder din tid?

14. Hur ofta har du under den senaste månaden tyckt att svårigheter har tornat upp

sig så mycket att du inte
kunnat hantera dem?

10.2 Bilaga 2 – SSS-8

Somatiska symptom – Somatic Symptom Scale (SSS-8)

Under den senaste veckan, hur mycket har du besvärats av något av följande problem? Kryssa i ett alternativ för varje problem.

	Inte alls 0	Lite grann 1	En del 2	Ganska mycket 3	Väldigt mycket 4
Mag- eller tarmproblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggsmärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärta i armar, ben eller leder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bröstsmärta eller andfåddhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känsla av trötthet eller låg energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.3 Bilaga 3 – Livsstilsenkät

Livsstilsvanor

Här ser du några frågor som ska hjälpa oss att förstå dina vanor.

Svara på frågorna.

Välj det svar som är vanligast för dig.

Markera bara ett svar för varje fråga.

Tobak

1. Röker du?

Nej, jag har aldrig varit rökare

Nej, jag slutade röka för mer än 6 månader sedan

Nej, jag slutade röka för mindre än 6 månader sedan

Ja, jag röker, men inte varje dag
Ja, jag röker 1–9 cigaretter varje dag
Ja, jag röker 10–19 cigaretter varje dag
Ja, jag röker fler än 19 cigaretter varje dag

2. Snusar du?

Nej, jag har aldrig varit snusare
Nej, jag slutade snusa för mer än 6 månader sedan
Nej, jag slutade snusa för mindre än 6 månader sedan

Ja, jag snusar men inte varje dag
Ja, jag snusar 1–3 dosor varje vecka
Ja, jag snusar 4–6 dosor varje vecka
Ja, jag snusar fler än 6 dosor varje vecka

Alkohol – starköl, vin och sprit

1. Hur många glas alkohol dricker du varje vecka?

Inga alls (eller mindre än 1 glas varje vecka)
1–4 glas varje vecka
5–9 glas varje vecka
10–14 glas varje vecka
Fler än 14 glas varje vecka

2a. Kvinna – hur ofta dricker du 4 glas, eller mer, vid samma tillfälle?

Aldrig
Mer sällan än 1 gång varje månad
Varje månad
Varje vecka
Varje dag eller nästan varje dag

2b. Man – hur ofta dricker du 5 glas, eller mer, vid samma tillfälle?

Aldrig
Mer sällan än 1 gång varje månad
Varje månad
Varje vecka
Varje dag eller nästan varje dag

Träning och motion

1. Brukar du träna så att du blir andfådd, till exempel springa, göra gymnastik eller spela boll?

Nej, nästan aldrig
Ja, mindre än 30 minuter varje vecka
Ja, 30–60 minuter varje vecka
Ja, 60–90 minuter varje vecka
Ja, 90–120 minuter varje vecka
Ja, mer än 120 minuter varje vecka

2. Hur mycket rör du på dig varje vecka, till exempel promenerar, cyklar eller arbetar i trädgården? Räkna ihop alla gånger som du rör på dig i minst 10 minuter.

Ingen tid

Mindre än 30 minuter varje vecka

30–60 minuter varje vecka

60–90 minuter varje vecka

90–150 minuter varje vecka

150–300 minuter varje vecka

Mer än 300 minuter (5 timmar) varje vecka

Mat

1. Hur ofta äter du grönsaker eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)?

Två gånger varje dag eller mer

En gång varje dag

Några gånger i veckan

En gång i veckan eller mindre

2. Hur ofta äter du frukt eller bär (färska, frysta, konserverade, juice etc.)?

Två gånger varje dag eller mer

En gång varje dag

Några gånger i veckan

En gång i veckan eller mindre

3. Hur ofta äter du fisk eller skaldjur (som huvudrätt, i sallad eller som pålägg)?

Tre gånger i veckan eller mer

Två gånger i veckan

En gång i veckan

Några gånger i månaden eller mindre

4. Hur ofta äter du kakor, choklad, godis, chips eller läsk?

Två gånger varje dag eller oftare

En gång varje dag

Några gånger i veckan

En gång i veckan eller mindre

5. Hur ofta äter du frukost?

Varje morgon

Nästan varje morgon

Några gånger i veckan

En gång i veckan eller mindre

10.4 Bilaga 4 – Deltagarinformation

En kartläggning av stress, somatiska symptom och livsstilsvanor hos fysioterapeutstudenter på Lunds Universitet

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående enkätstudie.

Vi är två fysioterapeutstudenter som studerar på Lunds universitet och skriver för tillfället vår kandidatuppsats. Uppsatsen handlar i stora drag om hur vanligt förekommande stress är samt att kartlägga somatiska symptom och livsstilsvanor i olika årskurser på fysioterapeutprogrammet tillhörande Lunds universitet. Utöver detta vill vi undersöka eventuella samband mellan stress och somatiska symptom.

Ni svarar på frågorna enligt era individuella upplevelser, men slutresultatet kommer redovisas kollektivt för er specifika årskurs och jämföras med resultaten för de andra årskurserna.

Studien genomförs med hjälp av tre enkäter: en innehållande 14 frågor som mäter stressnivå (*Perceived Stress Scale, PSS-14*), en innehållande 8 frågor som kartlägger somatiska symptom (*Somatic Symptom Scale, SSS-8*) och en som kartlägger livsstilsvanor.

Ditt deltagande är helt frivilligt och vill du inte medverka behöver du inte förklara varför.

Samtliga enkäter besvaras fullständigt anonymt, då enbart kön, ålder och terminstillhörighet registreras, och tar sammanlagt ca 5-7 minuter att besvara.

Insamlat material behandlas konfidentiellt, d.v.s. att ingen utan direkt involvering i projektet får tillgång till det.

Studien ingår som ett examensarbete i fysioterapeutprogrammet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Hanna Kober
Studera på
fysioterapeutprogrammet
e-post:
soc14hko@student.lu.se

Magdalena Hagborg
Hovstam
Studera på
fysioterapeutprogrammet
e-post:
asp13mho@student.lu.se

Handledare
Frida Eek
Dr Med Vet, docent,
leg. Fysioterapeut
Institutionen för
hälsovetenskaper
E-post: Frida.Eek@med.lu.se

10.5 Bilaga 5 – Elektronisk enkät

En kartläggning av stress, somatiska symptom och livsstilsvanor hos fysioterapeutstudenter på Lunds Universitet

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående enkätstudie.

Vi är två fysioterapeutstudenter som studerar på Lunds universitet och skriver för tillfället vår kandidatuppsats. Uppsatsen handlar i stora drag om hur vanligt förekommande stress är samt att kartlägga somatiska symptom och livsstilsvanor i olika årskurser på fysioterapeutprogrammet tillhörande Lunds universitet. Utöver detta vill vi undersöka eventuella samband mellan stress och somatiska symptom.

Ni svarar på frågorna enligt era individuella upplevelser, men slutresultatet kommer redovisas kollektivt för er specifika årskurs och jämföras med resultaten för de andra årskurserna. Studien genomförs med hjälp av tre enkäter: en innehållande 14 frågor som mäter stressnivå (Perceived Stress Scale, PSS-14), en innehållande 8 frågor som kartlägger somatiska symptom (Somatic Symptom Scale, SSS-8) och en som kartlägger livsstilsvanor. Ditt deltagande är helt frivilligt och vill du inte medverka behöver du inte förklara varför.

Samtliga enkäter besvaras fullständigt anonymt, då enbart kön, ålder och terminstillhörighet registreras, och tar sammanlagt ca 5-7 minuter att besvara.

Insamlat material behandlas konfidentiellt, d.v.s. att ingen utan direkt involvering i projektet får tillgång till det.

Studien ingår som ett examensarbete i fysioterapeutprogrammet.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänlig hälsning

Hanna Kober
studerande på
fysioterapeutprogrammet
E-post:
soc14hko@student.lu.se

Magdalena Hagborg Hovstam
studerande på
fysioterapeutprogrammet
E-post:
asp13mho@student.lu.se

Handledare
Frida Eek
Dr Med Vet, docent,
leg.Fysioterapeut
Institutionen för
Hälsvetenskaper
E-post:

Frida.Eek@med.lu.se

* Required

1. **Kön ***

Check all that apply.

- Man
 Kvinna

2. **Ålder ***

3. **Går du i termin 6 på fysioterapeutprogrammet i Lund? ***

Check all that apply.

- ja
 nej

Upplevd stress - Perceived Stress Scale (PSS-14)

Frågorna i den här enkäten handlar om dina känslor och tankar under den senaste månaden. För varje fråga uppmanas du att ange ditt svar genom att sätta ett X över den cirkel som motsvarar hur ofta du känt eller tänkt på ett särskilt sätt.

Även om en del av frågorna liknar varandra finns det skillnader mellan dem och du bör behandla varje fråga separat. Det bästa är att besvara frågorna ganska snabbt. Det betyder att du inte ska försöka räkna antalet gånger du känt på ett särskilt sätt utan snarare ange det alternativ som känns som en rimlig uppskattning.

4. **1. Hur ofta har du under den senaste månaden känt dig upprörd på grund av att något oväntat har inträffat? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

5. **2. Hur ofta har du under den senaste månaden känt att du inte kunnat kontrollera viktiga saker i ditt liv? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

6. **3. Hur ofta har du under den senaste månaden känt dig nervös och stressad? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

7. **4. Hur ofta har du under den senaste månaden framgångsrikt hanterat vardagsproblem och irritationsmoment? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

-
8. **5. Hur ofta har du under den senaste månaden känt att du effektivt kunnat hantera viktiga förändringar som inträffat i ditt liv? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

9. **6. Hur ofta har du under den senaste månaden känt tilltro till din egen förmåga att hantera personliga problem? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

10. **7. Hur ofta har du under den senaste månaden känt att saker och ting gått din väg? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

11. **8. Hur ofta har du under den senaste månaden tyckt att du inte kunnat klara av allt du skulle ha gjort? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

-
12. **9. Hur ofta har du under den senaste månaden kunnat kontrollera irritationsmoment i ditt liv? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Världigt ofta

13. **10. Hur ofta har du under den senaste månaden känt att du har haft kontroll på saker och ting? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Världigt ofta

14. **11. Hur ofta har du under den senaste månaden blivit arg på saker som har hänt och som du inte kunnat kontrollera? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Världigt ofta

15. **12. Hur ofta har du under den senaste månaden kommit på dig själv med att tänka på saker som du måste göra? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Världigt ofta

16. **13. Hur ofta har du känt under den senaste månaden att du haft kontroll över hur du använder din tid? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

17. **14. Hur ofta har du under den senaste månaden tyckt att svårigheter har tornat upp sig så mycket att du inte kunnat hantera dem? ***

Check all that apply.

- Aldrig
- Nästan aldrig
- Ibland
- Ganska ofta
- Våldigt ofta

Somatiska symptom – Somatic Symptom Scale (SSS-8)

Under den senaste veckan, hur mycket har du besvärats av något av följande problem? Kryssa i ett alternativ för varje problem.

18. **Mag- eller tarmproblem ***

Check all that apply.

- Inte alls
- Lite grann
- En del
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

19. **Ryggsmärta ***

Check all that apply.

- Inte alls
- Lite grann
- En del
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

20. **Smärta i armar, ben eller leder ***

Check all that apply.

- Inte alls
- Lite grann
- En del
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

21. **Huvudvärk ***

Check all that apply.

- Inte alls
- Lite grann
- En del
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

22. **Bröstmärta eller andfåddhet ***

Check all that apply.

- Inte alls
- Lite grann
- En del
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

23. **Yrsel ***

Check all that apply.

- Inte alls
- Lite grann
- En del
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

24. **Känsla av trötthet eller låg energi ***

Check all that apply.

- Inte alls
- Lite grann
- En del
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

25. **Sömnsvårigheter ***

Check all that apply.

- Inte alls
- Lite grann
- En del
- Ganska mycket
- Våldigt mycket

Livsstilsvanor

Här ser du några frågor som ska hjälpa oss att förstå dina vanor. Svara på frågorna och välj det svar som är vanligast för dig. Markera bara ett svar för varje fråga.

26. **Röker du? ***

Check all that apply.

- Nej, Jag har aldrig varit rökare
- Nej, jag slutade röka för mer än 6 månader sedan
- Nej, Jag slutade röka för mindre än 6 månader sedan
- Ja, jag röker, men inte varje dag
- Ja, jag röker 1-9 cigaretter varje dag
- Ja, jag röker 10-19 cigaretter varje dag
- Ja, jag röker fler än 19 cigaretter varje dag

27. **Snusar du? ***

Check all that apply.

- Nej, jag har aldrig varit snusare
- Nej, jag slutade snusa för mer än 6 månader sedan
- Nej, jag slutade snusa för mindre än 6 månader sedan
- Ja, jag snusar men inte varje dag
- Ja, jag snusar 1-3 dosor varje vecka
- Ja, jag snusar 4-6 dosor varje vecka
- Ja, jag snusar fler än 6 dosor varje vecka

28. **Hur många glas alkohol dricker du varje vecka? ***

Check all that apply.

- Inga alls (Eller mindre än 1 glas varje vecka)
- 1-4 glas varje vecka
- 5-9 glas varje vecka
- 10-14 glas varje vecka
- Fler än 14 glas varje vecka

29. **Kvinna – hur ofta dricker du 4 glas, eller mer, vid samma tillfälle?**

Check all that apply.

- Aldrig
- Mer sällan än 1 gång varje månad
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag eller nästan varje dag

30. **Man – hur ofta dricker du 5 glas, eller mer, vid samma tillfälle?**

Check all that apply.

- Aldrig
- Mer sällan än 1 gång varje månad
- Varje månad
- Varje vecka
- Varje dag eller nästan varje dag

31. **Brukar du träna så att du blir andfådd, till exempel springa, göra gymnastik eller spela boll? ***

Check all that apply.

- Nej, nästan aldrig
- Ja, mindre än 30 minuter varje vecka
- Ja, 30-60 minuter varje vecka
- Ja, 60-90 minuter varje vecka
- Ja, 90-120 minuter varje vecka
- Ja, mer än 120 minuter varje vecka

32. **Hur mycket rör du på dig varje vecka, till exempel promenerar, cyklar eller arbetar i trädgården? Räkna ihop alla gånger som du rör på dig i minst 10 minuter. ***

Check all that apply.

- Ingen tid
- mindre än 30 minuter varje vecka
- 30-60 minuter varje vecka
- 60-90 minuter varje vecka
- 90-150 minuter varje vecka
- 150-300 minuter varje vecka
- Mer än 300 minuter (5 timmar) varje vecka

33. Hur ofta äter du grönsaker eller rotfrukter (färska, frysta eller tillagade)? *

Check all that apply.

- Två gånger varje dag eller mer
- En gång varje dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mindre

34. Hur ofta äter du frukt eller bär (färska, frysta, konserverade, juice etc.)? *

Check all that apply.

- Två gånger varje dag eller mer
- En gång varje dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mindre

35. Hur ofta äter du fisk eller skaldjur (som huvudrätt, i sallad eller som pålägg)? *

Check all that apply.

- Tre gånger i veckan eller mer
- Två gånger i veckan
- En gång i veckan
- Några gånger i månaden eller mindre

36. Hur ofta äter du kakor, choklad, godis, chips eller läsk? *

Check all that apply.

- Två gånger varje dag eller oftare
- En gång varje dag
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mindre

37. Hur ofta äter du frukost? *

Check all that apply.

- Varje morgon
- Nästan varje morgon
- Några gånger i veckan
- En gång i veckan eller mindre