

Mälardalens högskola
Institution för Samhälls- och Beteendevetenskap

Sambanden mellan hälsorelaterad livskvalitet och studenters nöjdhet med ekonomi, sysselsättning och det sociala livet

Ingela Eriksson och Thomas Ålander

C-uppsats i psykologi, HT 2007
Handledare: Jakob Eklund
Examinator: Lena Almqvist

Hur ser sambanden ut mellan hälsorelaterad livskvalitet och studenters nöjdhet med ekonomi, sysselsättning och det sociala livet

Ingela Eriksson och Thomas Ålander

”Bara du har hälsan är allting bra.” Stämmer detta? Hälsa har länge betraktats som avsaknad av ohälsa, men inkluderar i dag begreppet livskvalitet. Nöjdhet med livet består av många komponenter, tre som nämns ofta är ekonomi, sysselsättning och det sociala livet. Denna studie ämnar utröna hur sambanden ser ut mellan hälsa och nöjdhetsområdena ekonomi, sysselsättning samt det sociala livet. En enkätstudie utfördes på 98 studenter som skattade sin hälsa och nöjdhet. Studien fann låga samband förutom att hälsa korrelerade starkt med nöjdheten med det sociala livet. Studenter som har ett förhållande visade ett högre samband mellan hälsa och nöjdhet än singlar. Denna studie visade att hälsan är nödvändig men inte avgörande för studentens nöjdhet.

Key words: health-related quality of life, satisfaction, health, students, SF-36

Inledning

”Bara du har en bra hälsa är allting bra.” Detta är ett uttryck som ofta nyttjas, men hur väl stämmer detta påstående överrens med verkligheten? Om individen har en bra hälsa, ger det automatiskt nöjdhet med livet i övrigt?

Den här studien handlar om vilket samband hälsa har med nöjdhet i studenters liv. Hälsa har ett flertal definitioner, både nya och äldre. I den här studien väljer författarna att se till individens egen upplevelse av sin hälsa.

Det finns många olika omständigheter som kan påverka nöjdheten i en människas liv. I den här studien har författarna koncentrerat sig på nöjdhetsområdena sysselsättning, ekonomi och socialt liv och vilket samband dessa kan ha med hälsa.

Hälsa

Tidigare forskning har ett flertal olika synpunkter på vad hälsa är. Den medicinska modellen definierar hälsa som avsaknaden av ohälsa. För vissa betyder hälsa helt enkelt att inte vara sjuk, medan hälsa för många andra ses som ett förråd, där ett hälsosamt liv är fyllt med hälsobeteenden, fysisk kondition, energi och vitalitet, sociala förhållanden, kunna fungera effektivt och kunna ge uttryck för ett psykosocialt välbefinnande. Ibland delas hälsa upp i två kategorier: dels positiva definitioner som att vara energisk och känna sig vältränad, dels negativa definitioner som att inte vara förkyld eller känna sig hängig (Ogden et al., 2001).

WHO definierar hälsa som: ”Hälsa är ett tillstånd av total fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte bara avsaknaden av sjukdom och krämpor.” (WHO, 1946). Enligt Pörn (1995) kan hälsa ses som en resurs, där bra hälsa innebär att individen har det som krävs för att möta kraven på nödvändiga anpassningar till sin miljö. Andra syner på hälsa är att se det som en individs upplevelse av meningen med livet, och att hälsa är en helhet där både fysisk och psykisk hälsa ingår och som gör att individen har möjlighet att bete sig på ett sätt som främjar hälsan (Strandmark, 2007).

I en studie där Jensen och Allen (1995) tittade på 35 fenomenologiska studier om hälsa visade dessa på att begreppet hälsa innefatta av vitalitet, harmoni och balans, upplevelser av helhet, tillfredsställelse, känsla av kontroll och förändring. Här visades det att hälsa var nära förknippat med välbefinnande, vilket definierades som de positiva aspekterna av att finnas till i världen och som var grundade i upplevda erfarenheter. Det finns således idag ingen rådande konsensus avseende definitionen av hälsa.

Hälsorelaterad livskvalitet. Zullig, Valois, Huebner och Drane (2005) menar att kriterier för fysisk och mental hälsa behöver expanderas och inkludera livskvalitet istället för bara avsaknaden av fysisk och mental sjukdom. Livskvalitet har både objektiva och subjektiva aspekter. Objektiv livskvalitet innebär externa faktorer som bidrar till livskvalitet, som exempelvis inkomstnivå, boende och relationer. Den subjektiva livskvaliteten innebär individens upplevelse av den egna kvaliteten på sitt liv. Även nöjdhet med livet kan inkluderas i den subjektiva livskvaliteten. Enligt Zullig et al. (2005) är det den subjektiva livskvaliteten som är mest avgörande för hälsan. Den här studien ses hälsa utifrån perspektivet hälsorelaterad livskvalitet. Hälsorelaterad livskvalitet (Zullig et al., 2005) omfattar de aspekter hos den övergripande livskvaliteten som klart påverkar hälsa. Dessa aspekter kan vara fysiska eller mentala, exempelvis allvarliga sjukdomar och depression. På den individuella nivån består hälsorelaterade livskvalitetsmätningar av punkter som bedömer förekomsten av mentala och fysiska hälsoproblem. Hälsorelaterad livskvalitet har starka samband med nöjdhet med livet. Huvudkomponenterna i hälsa kan enligt Ogden et al. (2001) klassas som fysiska/fysiologiska (till exempel bra kondition, ha energi), psykologiska (till exempel nöjdhet), beteendemässiga (till exempel sova ordenligt), framtida konsekvenser (till exempel leva längre) och avsaknad (till exempel inte vara sjuk, symptomfri). Sådana komplexa hälsomodeller kan återspeglas i kvantitativa mätningar av hälsostatus med hjälp av SF-36 hälsoenkät. Den här enkäten beskrivs närmare i metodavsnittet.

Enligt Vaez, Kristenson och Laflamme (2004) består livskvalitet av fyra underkategorier: nöjdhet med livet, självförtroende, hälsa och funktion. Hälsa och funktion förknippas starkt med mått på självbedömd hälsa. Medan självbedömd hälsa definieras som ett koncept som pekar på individuella svar på hur sjukdomar påverkar det fysiska, mentala och sociala i det dagliga livet, är livskvalitet ett bredare mått som fångar in i vilken utsträckning personlig tillfredsställelse med händelser i livet som helhet kan uppnås.

Som ovanstående litteraturstudie visar finns det i dag ingen rådande konsensus avseende definitionen av hälsa.

Påverkansfaktorer på hälsorelaterad livskvalitet. Individuella hälsotillstånd (Duetz, Abel, & Niemann 2003) är starkt associerade med sociala och personliga möjligheter, där ett flertal faktorer förknippas med hälsa och påverkar hälsotillståndet på olika sätt. Kön och socioekonomisk status ses som grundläggande villkor som ofta samspelar med hälsa. Psykosociala faktorer påverkar också hälsotillståndet och interagerar med både kön och socioekonomisk status som avgörande för hälsa. Exempelvis visade det sig i en studie av Duetz, Abel och Niemann (2003) att sociala faktorer var viktigare för kvinnors hälsa än för männen, och låg socioekonomisk status var relaterat till ohälsa för båda könen. Skillnader i inkomst och möjligheter i livet mellan sociala klasser påverkade hälsa. Det gjorde även olika psykosociala faktorer. De socioekonomiska variablerna inkomst och utbildning visade sig vara associerade med positiva mått på hälsa, speciellt hos kvinnor. Känsla av sammanhang och hälsorelaterad locus-of-control var bland de mest studerade psykosociala faktorerna som var relaterade till hälsa.

Känsla av sammanhang (Antonovsky, enligt Olsson, Hansson, Lundblad, & Cederblad **ARTAL??**, 2006) är en teori som försöker identifiera var hälsa kommer ifrån, istället för att undersöka ohälsa.

Med hälsorelaterad locus-of-control menas vad människor relaterar sin hälsa till, det vill säga om individen upplever att denne kan påverka hälsan själv eller om individens hälsa är något som beror på omvärlden och denne själv kan göra något åt. Hälsorelaterad locus-of-control används ofta för att förklara aspekter hos olika hälsobeteenden, som till exempel rökning och alkoholkonsumtion (Duetz, Abel, & Niemann, 2003).

Sammantaget visar olika studier att hälsa är ett mycket komplext område samt att det finns många olika komponenter som kan påverka hälsan.

Individens upplevelse av hälsa. Enligt Strandmark (2007) upplever en individ hälsa baserat på dennes upplevelse av ohälsa. Det här betyder att en person som upplevt ohälsa uppskattade hälsa mer än någon som aldrig upplevt ohälsa. Då de som inte har upplevt ohälsa inte nämnvärt reflekterar över sin hälsa tar de den för given i större utsträckning än de som upplevt ohälsa. Hälsokonceptet har blivit mer utvecklat med tiden och mer inriktat mot livskvalitet och individens perspektiv på hälsa. Individen kan uppleva hälsa när denne mår bra genom känslor av välbefinnande, fast denne har objektiva tecken på ohälsa, medan riktig hälsa är när individen upplever välbefinnande och inte har några objektiva tecken på ohälsa. Det här visar att hälsa i många avseenden har konkreta orsaker, men är samtidigt ofta en subjektiv upplevelse.

Studenter och hälsa. I en studie av förstaårsstudenter på ett universitet i Sverige fann Vaez et al. (2004) att både manliga och kvinnliga studenter klassade sin livskvalitet och självbedömda hälsa lägre än människor i samma ålder som befann sig i arbetslivet, och att den psykiska hälsan var ett större bekymmer än deras fysiska hälsa. Det visades att huvudorsaken till psykiska problem hos studenter var relaterade till akademiska angelägenheter, nuvarande ekonomisk situation, ekonomiskt förvaltande för framtiden, karriärplanering och de personliga och sociala aspekterna på livet. Enligt studien var universitetsstudenter, speciellt de som gick första året, en grupp som var mer utsatt för stress än andra grupper. De var tvungna att anpassa sig till att vara hemifrån, skifta mellan olika sociala kretsar, att hantera höga krav på akademisk prestation och anpassa sig till en ny social miljö. De var också tvungna att ta i tu med jakten på framtida mål med karriären och uppnå balans mellan studierna och det sociala livet. Det här visar att undersökningar på enbart studenter blir svårgeneraliserbart på hela befolkningen i studier avseende hälsa.

Nöjdhet

Det har funnits många innebörder av nöjdhet genom tiderna. Bentham (hämtat från Veenhoven, 2004) var en av de första som definierade nöjdhet. Hans definition innebar att nöjdhet var summan av njutning och smärta. Nöjdhet har även setts som ett kännetecken för mental hälsa (Jahoda, enligt Veenhoven, 2004) och som tecken på ett "lyckat åldrande" inom gerontologin (Neugarten & Havinghurst, enligt Veenhoven, 2004). Enligt Suldo och Huebner (2006) är nöjdhet en kognitiv bedömning som individen gör när den jämför sin värdering av att vara nöjd och den verklighet denne befinner sig i, så som familj, miljö, vänner och sig själv. Nöjdhet kan enligt Heller, Watson och Ilies (2006) ses som en attityd till livet, eller en bedömning av vad individen gillar eller inte gillar. Nöjdhet är liksom hälsa ett mycket mångfacetterat begrepp som det i dag inte finns någon rådande konsensus kring.

För att människor ska vara nöjda med livet fordras det att de är kapabla att klara av problem i livet, med hjälp av exempelvis sunt förnuft, energi och en viss tolerans för frustration (Veenhoven, 2003). Då nöjdhet starkt beror på omständigheter i livet, behövs hög verklighetskontroll för att uppnå ett nöjt liv. Verklighetskontroll innebär att individen känner att denne har kontroll över omvärlden och sitt liv i den. Social kompetens är speciellt viktigt. Eftersom människan är en social varelse finns ett starkt behov av social kontakt, men för att underhålla sådana kontakter behövs en betydande förmåga för det, speciellt när det gäller att upprätthålla kärleksrelationer. De nöjda tenderar att vara mer aktiva än de som inte är nöjda och har observerats vara bättre på att klara av motsättningar. Trots att de nöjda tenderar att vara optimistiska och benägna att ha en positiv bild av verkligheten så finns det inga bevis som säger att de är orealistiskt optimistiska.

Enligt Easterlin (hämtat från Veenhoven, 1991) är nöjdhet något relativt som beror på hur en individs omvärld ser ut. Easterlin menar att genom att jämföra sig med andra känner sig individer nöjda eller inte, beroende på om de upplever att de har det bättre eller inte. Enligt Veenhoven (1991) beror nöjdhet inte bara på jämförelser med andra, medvetna eller omedvetna, det beror också på hur olika behov blir tillfredsställda. Det innebär att behagliga och obehagliga effekter av sitt agerande ger olika signaler. Positiva signaler ger tillfredsställelse och uppmuntrar människor att fortsätta med den aktivitet de för tillfället är engagerade i, exempelvis att äta något gott. Negativa signaler uppfattas som hotande och gör att aktiviteten avstannar. Det här är kopplat till hedonistiska upplevelser som naturen tagit fram för att främja strävan efter nöjdhet (Veenhoven, 1991). Med hedonism menas att öka sin egen njutning eller minska sin egen smärta (Kowalski & Westen, 2005). Om de grundläggande behoven är tillgodosedda mår människor bra och tenderar att bedöma sina liv som positiva, som enligt Veenhoven (1991), gör att människor oftare känner sig nöjda än likgiltiga. Majoriteten av befolkningen i olika länder menar att de njuter av livet, även om det sker i större eller mindre omfattning. Endast i väldigt fattiga länder visar siffror på att lika många människor är nöjda som missnöjda. Enligt Veenhoven (1991) skulle utan tvekan en ökning av mat i dessa länder ge en varaktig nöjdhetshöjning.

I och med att nöjdhet är en individuell upplevelse, vilket litteraturstudien bekräftar, och därför har författarna valt att se nöjdhet utifrån individens egen subjektiva upplevelse i den här studien.

Påverkansfaktorer på nöjdhet. I Blanchflower och Oswalds (2004) undersökning visade det sig att nöjdhetsnivån i USA hade minskat under perioden 1970-1990 fast levnadsstandarderna ökat. Detta gällde speciellt hos kvinnor, även fast samhället hade blivit mindre diskriminerande med tiden. En tolkning av det resultatet var att en ökning av standarden endast höjer nöjdhetsnivån tillfälligt, för att sedan skapa högre krav. De som drog ner nöjdheten mest var de som separerat från sin partner, haft en partner som hade dött eller blivit arbetslös. De som haft skilda föräldrar vid 16 års ålder upplevde mindre nöjdhet i vuxen ålder. Undersökningen visade även att ett större antal utbildningsår gav mer nöjdhet i livet. Detta gällde inte bara då det ofta gav en högre inkomst, utan även som en egen faktor.

Nöjdheten var även större hos yngre och äldre än hos medelålders (Blanchflower & Oswald, 2004). Här menar även Pieró (2006) att nöjdhet och tillfredsställelse minskar med åldern tills ett minimum nås, sedan ökar de igen. Minimum nås vid olika åldrar, beroende på i vilket land undersökningen utförs i, men sker oftast i fyrtioårsåldern. Det här stämde även med Gredtham och Johannessons (2001) forskning där de såg sambandet mellan ålder och nöjdhet som "U-format", med nöjdhet som lägst i åldersgruppen 45-64 år. Detta är något som skiljer sig från Easterlins (2006) forskning där han menar att nöjdheten är som högst i medelåldern. Den börjar stiga vid 18 års ålder och fortsätter till 51 års ålder och börjar

därefter minska. Han påpekar dock att det inte är någon kraftig höjning. Detta är något som Myers (2000) inte håller med om, då han menar att det inte finns någon speciell tidpunkt i livet som är den lyckligaste eller mest tillfredsställande.

Pieró (2006) utförde en studie i ett flertal länder som visade att det fanns ett antal personlighets- och sociala kännetecken som var associerade med nöjdhet och tillfredsställelse. Några av de viktigaste var hälsa, ålder, sociala relationer, politisk stabilitet och utveckling. Dålig hälsa var starkt associerad med missnöje, medan äktenskap var starkt associerat med nöjdhet. I de flesta länder såg det inte ut som om antal barn hade någon betydelse för nöjdhet, men i några av de utvecklade länderna som Australien, Finland, Sverige och USA påverkade antal barn nöjdheten med ekonomin negativt. Dessa länder var, förutom Japan, de rikaste länderna i undersökningen och det indikerade att barn var en ekonomisk belastning i rika länder, i jämförelse med andra länder där de inte sågs som en börda utan rent av som en tillgång för hushållets ekonomi, genom att de bidrog med inkomster.

Till skillnad från Blanchflower och Oswalds (2004) undersökning hade utbildning ingen direkt påverkan på nöjdhet i Pierós (2006) undersökning. Pieró (2006) förklarade det med att högutbildade hade högre förväntningar, vilket ökade svårigheten att uppfylla dem. Två ekonomiska faktorer hade också ansetts påverka nöjdhet, och dessa var arbetslöshet och inkomst. Även då inkomstförlust inte togs med blev arbetslösheten ändå en signifikant källa för missnöje. Inkomstnivån var associerad med nöjdhet, men över tid så ökade inte nöjdheten varaktigt vid ökad inkomst.

Väldigt få människor skulle hålla med om att det enbart är ekonomiska aspekter som gör dem nöjda. Speciellt i rika länder har inkomstökningar inte visat på varaktiga ökningar av nöjdheten totalt sett. Däremot har inkomst en positiv relation till nöjdhet, men inte ett linjärt förhållande. Efter att en viss nivå har uppnåtts där alla basbehov är tillfredsställda blir inkomsten en mindre del av den totala nöjdheten. Det är inte bara den absoluta nivån på inkomsten som betyder något, det gör även den relativa. Vissa gånger höjs inte nöjdhetsnivån alls av högre inkomst, speciellt inte om alla andra i ens referensgrupp får samma höjning. Människor har en tendens att jämföra sig själva med andra runt omkring. Det betyder exempelvis att en person kan känna större nöjdhet även om dennes inkomst minskar, så länge referensgruppens inkomst minskar mer (Ovaska & Takashima, 2006).

Ovanstående visar att det finns många områden som påverkar nöjdhet. Områden som ofta nämns i samband med nöjdhet är ålder, arbetslöshet och ett rikt socialt liv. Även ekonomin har betydelse för nöjdheten, men i en mindre utsträckning.

Nöjdhet hos collegestudenter. Diener och Seligman (2002) utförde en studie där de tittade på nöjdhet hos collegestudenter i USA. Deras resultat visade att väldigt nöjda studenter hade många och tillfredsställande sociala relationer och spenderade lite tid ensamma relativt de som låg på medelnivå när det gällde nöjdhet. I kontrast till detta hade missnöjda studenter sociala relationer som var signifikant färre än medelnivån. Då de data som presenterades i undersökningen utgick från en tvärsnittsstudie gick det inte att se om många sociala relationer framkallade nöjdhet eller om nöjdhet framkallade många sociala relationer, eller om båda orsakades av någon tredje variabel. Det var däremot intressant att sociala relationer bildade ett nödvändigt, men inte tillräckligt villkor för hög nöjdhetsnivå, det vill säga att det inte garanterade hög nöjdhetsnivå, men det verkade inte ske utan det. Vidare bildade extraversion, låg neuroticism och relativt låga nivåer av psykopatologi nödvändiga, men inte tillräckliga villkor för hög nöjdhetsnivå (Diener & Seligman, 2002). Detta visar på att bra sociala relationer har en positiv inverkan på individens upplevelse av nöjdhet.

Nöjdhet och hälsorelaterad livskvalitet

Hälsostatus var en faktor som Gerdtham och Johannesson (2001) förväntade sig vara en speciellt viktig beståndsdel för nöjdhet, och visade sig ha en hög signifikant positiv effekt på nöjdhet. Socioekonomiska faktorer som utbildning och inkomst kan påverka både hälsan och nöjdheten. Gerdtham och Johannessons (2001) resultat visade att många variabler påverkade effekten på hälsostatus både direkt och indirekt. Den indirekta effekten visades vara väldigt viktig för effekterna av variabler som exempelvis inkomst, utbildning och att vara singel.

Nöjdhet och hälsa hos studenter. Hälsa kan vara en avgörande faktor för nöjdhet, eller så kan ohälsa åtminstone orsaka missnöjdhet. Omvänt kan en känsla av nöjdhet höja hälsan. Allmän förekomst av nöjdhet var liknande hos män och kvinnor i en schweizisk undersökning av universitetsstudenter. Nöjdheten var högre hos dem som var födda i Schweiz, de som tränade regelbundet, de som inte rökte, de som rapporterade att de inte hade haft några oönskade sexuella erfarenheter och de som inte hade problem med pengar eller boende. Nöjdhet var också positivt relaterat till självförtroende och till antalet människor som kunde ge stöd, och negativt associerat med stress (Perneger, Hudelson, & Bovier, 2004).

Hos studenter som hade konsulterat en psykolog eller psykiatriker under det senaste året var det mindre sannolikt att de kände sig nöjda än de som inte hade konsulterat någon. Att känna sig nöjd var starkast associerat med ökande mental hälsa, men inte alls med fysisk hälsa. Nöjdhet var associerat med att känna sig älskad, att vara av kvinnligt kön, schweizisk nationalitet och högre självförtroende. I den här undersökningen klassade två tredjedelar av deltagarna sig själva som att de kände sig nöjda hela tiden eller mestadels av tiden. Det som författarna upplevde som det mest imponerande resultatet var styrkan hos associationen mellan mental hälsa och nöjdhet. Deras resultat visade på att nöjdhet kunde vara ett värdefullt kontrolltest för mentala hälsoproblem hos universitetsstudenter. Den starka korrelationen mellan nöjdhet och bra mental hälsa förklarade varför punkten nöjdhet kunde hamna i undersökningar som mätte mental hälsa (Perneger et al., 2004). Detta visar att det finns en tydlig koppling mellan att känna sig nöjd och mental hälsa.

Syfte och frågeställningar

Hälsorelaterad livskvalitet och nöjdhetsvariablerna ekonomi, sysselsättning och det sociala livet i livet utgör grunden för den här undersökningen. I studier av Peiró (2006), Ovaska och Takashima (2006) och Easterlin (2006) lyftes individens nöjdhet med ekonomi, sysselsättning, hälsa och det sociala livet fram som de viktigaste komponenterna för att känna en nöjdhet i livet samt att åldern var en faktor som starkt påverkar graden av nöjdheten.

Det finns få studier där hälsa jämförs mot dessa nöjdhetsområden, och därför undersöks här hur sambanden ser ut mellan hälsa och nöjdhetsområdena ekonomi, sysselsättning och det sociala livet. Sysselsättning innebär i den här undersökningen studier. Åldern har här fått en underordnad betydelse, för att fritt kunna fokusera på ovanstående tre områden utan påverkan av ålder.

Studiens syfte är att ta reda hur sambanden ser ut mellan hälsorelaterad livskvalitet och studenters nöjdhet med ekonomi, sysselsättning och det sociala livet.

De primära frågeställningarna är: (1) Vilket samband har hälsorelaterad livskvalitet med nöjdhetsområdena ekonomi, studier och det sociala livet? (2) Vilket samband har fysisk hälsa med nöjdhetsområdena ekonomi, studier och det sociala livet? **samt** (3) Vilket samband har psykisk hälsa med nöjdhetsområdena ekonomi, studier och det sociala livet? **samt** (4)

Skilnader i upplevd nöjdhet i nöjdhetsområdena ekonomi, studier och det sociala livet mellan personer som har hög respektive låg HRQL.

SKA NI INTE HA EN FJÄRDE FRÅGESTÄLLNING (ENLIGT ANALYSERNA):
SKILLNAD MELLAN PERSONER MED HÖG RESP LÅG HRLQ?(4

Frågeställningar av underordnad betydelse är vilken roll vissa demografiska variabler har för de ovanstående frågeställningarna.

Metod

Eftersom studien syftade till att studera samband mellan variabler valdes ett kvantitativt angreppssätt. För att mäta det komplexa området hälsa krävdes ett verktyg som fick fram en hälsoprofil som innefattade psykiska och fysiska aspekter, och därför användes SF-36 hälsoenkät (Taft, Karlsson, & Sullivan, 2004) i den här studien. Det finns olika sätt att undersöka nöjdhet, exempelvis finns det en åtskillnad gällande nöjdhet med livet som helhet och nöjdhet förknippat med ett enda område av livet. Psykologer kallade dessa för kontextlöshet och kontextspecifitet (Blanchflower & Oswald, 2004). Den här studien tittade på de tre kontextspecifika nöjdhetsområdena ekonomi, sysselsättning och socialt liv.

Deltagare

I den här studien deltog studenter från en mellansvensk högskola. Valet av deltagare i studien grundar sig i att studenter har en begränsad ekonomi, ett högt prestationskrav avseende studierna samt att studentlivet kan kräva en stor social omställning. Genom detta är det intressant att undersöka hur sambandet mellan studenternas nöjdhet med ovanstående faktorer och deras självskattade hälsa. De som deltog var från början 100 individer som studerade på högskolenivå. Vid genomgången av enkäterna visade det sig att två inte var korrekt ifyllda, varför dessa inte togs med. Efter detta bortfall av två deltagare återstod 98, varav 81 kvinnor och 17 män i åldrarna 19 till 43 år ($M = 27.82$, $SD = 6.39$). Deltagarna kom från en högskola i Mellansverige där de studerade ämnen som inriktade sig mot mötet med andra människor. Andelen programstudenter i den här studien var 71.4 %, övriga deltagare läste fristående kurser. De läste 5 till 40 poäng (gamla systemet) den här terminen ($M = 18.93$, $SD = 6.17$). Deltagarna hade innan den här studien studerat från 0 till 15 terminer ($M = 3.90$, $SD = 3.39$), samt hade 0 till 270 poäng (gamla systemet) avklarade ($M = 72.92$, $SD = 64.04$). Bland deltagarna var det 41 som var singel och 57 som hade ett förhållande, 24 av deltagarna hade barn och 74 hade inga barn. Deltagarna fick ingen ersättning för sin medverkan.

Material

Till den här studien användes två olika enkäter. Den ena enkäten var SF-36 hälsoenkät (Taft, Karlsson & Sullivan, 2004) för självskattning, som var ett verktyg som mäter deltagarens hälsorelaterade livskvalitet. Den här enkät valdes för att den omfattar såväl fysisk kapacitet, allmän hälsa, vitalitet och psykiskt välbefinnande, och även negativa konsekvenser av sjukdom eller skada. Den andra enkäten som användes var ett egenkonstruerat självskattningsverktyg som mäter deltagarens nöjdhet med ekonomin, studierna samt det sociala livet.

För att mäta individens hälsorelaterade livskvalitet (HRQL) användes instrumentet Medical Outcome Study Short Form 36-Item Health Survey, som även gick under namnet SF-36 (Anada & Andrew, 2006). Detta instrument är vetenskapligt utprovat för att mäta självrapporterad fysisk och psykisk hälsa, som tillsammans ger en indikation på individens hälsorelaterade livskvalitet. SF-36 innehåller 36 slutna frågor som mäter hälsan efter åtta olika skalor. Dessa åtta olika skalor är *fysisk funktionsförmåga*, *rollfunktion - fysiska begränsningar*, *smärta*, *allmän hälsa*, *vitalitet*, *social funktion*, *rollfunktion - känslomässiga begränsningar* och *mental hälsa* (Suldo & Huebner, 2006). SF-36 används för att jämföra generella och specifika populationer. Den täcker in sociodemografi, psykosociala variabler och hälsovariabler. En undersökning av den svenska versionen visade att alla delar låg på ett Cronbach's alpha-värde från 0.84 till 0.94. Validitetsmässigt svarade de som led av sjukdomar, både fysiska och mentala, sämre på respektive delar än de som var friska. Även åldern visade på en minskning av den fysiska hälsan (Taft, Karlsson, & Sullivan, 2004). Detta indikerade att den svenska versionen av SF-36 både var ett reliabelt och validitetsmässigt pålitligt verktyg.

Exempel på frågor i SF-36 är: "Har du under de senaste fyra veckorna, på grund av ditt kroppsliga hälsotillstånd, utträttat mindre än du skulle ha önskat?" med svarsalternativen "Ja" eller "Nej", "Hur mycket värk eller smärta har du haft under de senaste fyra veckorna?" med svarsalternativ från (1) "Ingen" till (6) "Mycket svår", "Har du under de fyra veckorna som en följd av känslomässiga problem utträttat mindre än du skulle ha önskat?" med svarsalternativen "Ja" eller "Nej", "Har du under de senaste fyra veckorna känt dig glad och lycklig?" med svarsalternativ från (1) "Hela tiden" till (6) "Inget av tiden".

Den egenutformade enkäten var uppdelad i två delar, där den första delen bestod av demografiska frågor. Den andra delen bestod av slutna påståenden där deltagarna fick markera ett svarsalternativ på en sjugradig skala, där ett stod för "inte alls nöjd" och sju för "väldigt nöjd". Den här enkäten som mätte deltagarens upplevda nöjdhet med ekonomi, studier och det sociala livet byggde på att varje område omfattades av fem stycken frågor som tillsammans skapade ett index. Cronbach's alpha för dessa områden var 0.85 för nöjd med ekonomin, 0.80 för nöjd med studier och 0.65 för nöjd med det sociala livet. Exempel på frågor var: "Är du nöjd med ditt studieresultat?", "Är du nöjd med din sociala förmåga när du träffar nya människor?" och "Är du nöjd med dina inkomster (arbete, studiemedel)?"

Procedur

För att rekrytera deltagare till studien användes två tillvägagångssätt. Det ena var att ta kontakt med föreläsare för att få komma och dela ut enkäter till de studenter som deltog på deras föreläsningar. Det andra sättet var att tillfråga studenter som författarna var bekanta med sedan tidigare. Vid kontakt med föreläsaren informerades denne om studiens syfte och hur lång tid som behövdes, samt att denne skulle få ta del av den färdiga studien om önskan fanns. Alla kontaktade föreläsare gav sitt godkännande och en överrensommelse gjordes om när och var datainsamlingen skulle ske.

Det andra tillvägagångssättet var att kontakta tidigare studiekamrater med en förfrågan om de var villiga att delta i studien. Kontakten skedde antingen via telefon eller när författarna påträffade dem på skolan. För att undvika att den enskilda deltagaren skulle uppleva att författarna med enkelhet kunde ta reda på dennes resultat, hade författarna med sig ungefär tjugo enkäter som redan var ifyllda från de enkäter som fyllt i vid föreläsningens besök där deltagarna kunde dölja sin enkät bland de redan befintliga.

När enkäterna delades ut informerades samtliga deltagare både skriftligt och muntligt om studiens syfte. De informerades även muntligt om att det var frivilligt att vara med i studien

och att de medverkande när som helst fick avbryta sitt deltagande. De blev också informerade om att enkäten var anonym, att den skulle hanteras konfidentiellt samt att materialet endast skulle användas för forskningsändamål.

Inför utdelningen av enkäterna beskrevs syftet som att undersökningen utfördes för att få en bild av studenters hälsa och nöjdhet med sin tillvaro. Det tog ungefär 15 minuter för deltagarna att fylla i enkäten. Efter deltagarna fyllt i och lämnat in enkäterna informerades de muntligen att studiens huvudsyfte var att undersöka sambanden mellan hälsa och nöjdhet. Detta på grund av att författarna ansåg att det fanns risk för att deltagarna skulle bli påverkade och resultatet bli missvisande.

Efter att insamlandet av materialet avslutades sammanställdes enkäterna. För att sammanställa SF-36 enkäten användes en medföljande kodnyckel. Resultatet beräknades sedan med hjälp av dataprogrammet SPSS.

Resultat

Den här resultatdelen är indelad i tre delar. Den första delen beskriver resultatet av respondenternas upplevda hälsorelaterade livskvalitet som i den här studien benämns HRQL. HRQL är även indelad i undergrupperna fysisk hälsa och psykisk hälsa. I den här delen redovisas även resultaten av respondenternas upplevda nöjdhet med ekonomi, studier och det sociala livet.

I den andra delen redovisas samband mellan hälsorelaterad livskvalitet och nöjdhet. Hälsoprofilen indelas i HRQL, fysisk hälsa samt psykisk hälsa. Dessa grupper ställs emot den upplevda nöjdheten i ekonomi, studier och det sociala livet. I den här delen av resultatet utförs även en variansanalys för att undersöka hur stor del av variansen i deltagarnas upplevda nöjdhet i ekonomi, studier och det sociala livet, som förklaras av HRQL. I den här variansanalysen delas undersökningens deltagare in i fem grupper, från lägsta till högsta medelvärde i HRQL. Dessa fem hälsogrupper ställs sedan mot varandra för att utröna om det finns någon skillnad mellan dem med avseende på individens upplevda nöjdhet med ekonomi, studier och det sociala livet.

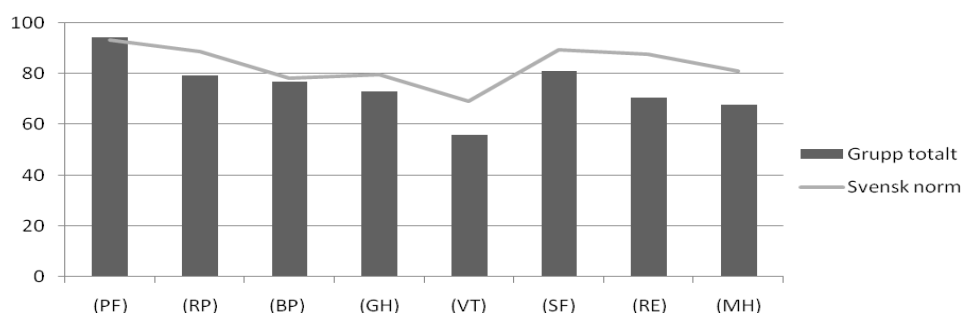
I den tredje delen redovisas vilken betydelse de demografiska områdena "ålder", "lever som singel eller ej" och "har barn eller ej" har för respondentens upplevda nöjdhet med ekonomi, studier och det sociala livet. I den här delen redovisas även sambanden mellan hälsorelaterad livskvalitet och nöjdhetsområdena inom de demografiska områdena där det finns en skillnad eller tendens till skillnad mellan undergrupperna i både hälso- och nöjdhetsområdena, i avseende på dess betydelse för korrelationen mellan hälsorelaterad livskvalitet och nöjdhet. För övriga demografiska områden redovisas inte sambanden. Det demografiska området kön lyfts ur resultatredovisningen på grund av den ojämna fördelningen mellan män och kvinnor.

Hälsorelaterad livskvalitet (HRQL)

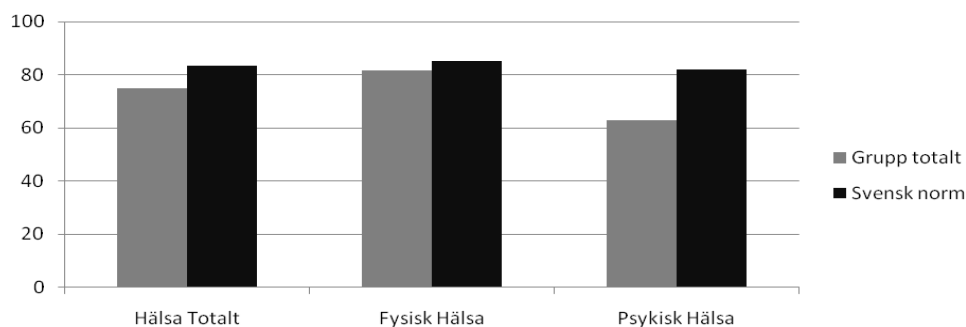
För att få en helhetsbild av den undersökta gruppens hälsoprofil redovisas hälsan först i de specifika hälsoområdena fysisk funktion (PF), rollfunktion – fysiska orsaker (RP), smärta (BP), allmän hälsa (GH), vitalitet (VT), social funktion (SF), rollfunktion – emotionella orsaker (RE) och psykiskt välbefinnande (MH). Dessa resultat jämförs med det svenska normvärdet för individer mellan 15 och 44 år (Sullivan & Karlsson, 1998) (se Figur 1). I denna hälsoprofil är lägsta möjliga poäng noll och högsta möjliga poäng 100. Resultatet

visade att den undersökta gruppens medelvärde endast i fysisk funktion (PF) hade ett värde som låg över det svenska normvärdet. I övriga områdena hade den undersökta gruppen ett lägre värde än det svenska normvärdet (se Figur 1). Resultatet visade att i områdena vitalitet (VT), rollfunktion – emotionella orsaker (RE) och psykiskt välbefinnande (MH) skiljde sig den undersökta gruppen markant från det svenska normvärdet (se Figur 1).

Denna hälsoprofil kan delas in i en fysisk del och en psykisk del. Grupperna fysisk funktion (PF), rollfunktion – fysiska orsaker (RP), smärta (BP), samt allmän hälsa (GH) utgör den fysiska delen. Grupperna vitalitet (VT), social funktion (SF), rollfunktion – emotionella orsaker (RE) samt psykiskt välbefinnande (MH) utgör den psykiska delen. Deltagarnas medelvärde avseende HRQL, fysisk hälsa och psykisk hälsa skiljde sig negativt gentemot motsvarande medelvärde för det svenska normvärdet avseende HRQL, fysisk hälsa och psykisk hälsa (Sullivan & Karlsson, 1998) (se Figur 2).



Figur 1. Skillnader mellan den här undersökningens deltagare och svenska normvärden avseende medeltal i respektive hälsområde.

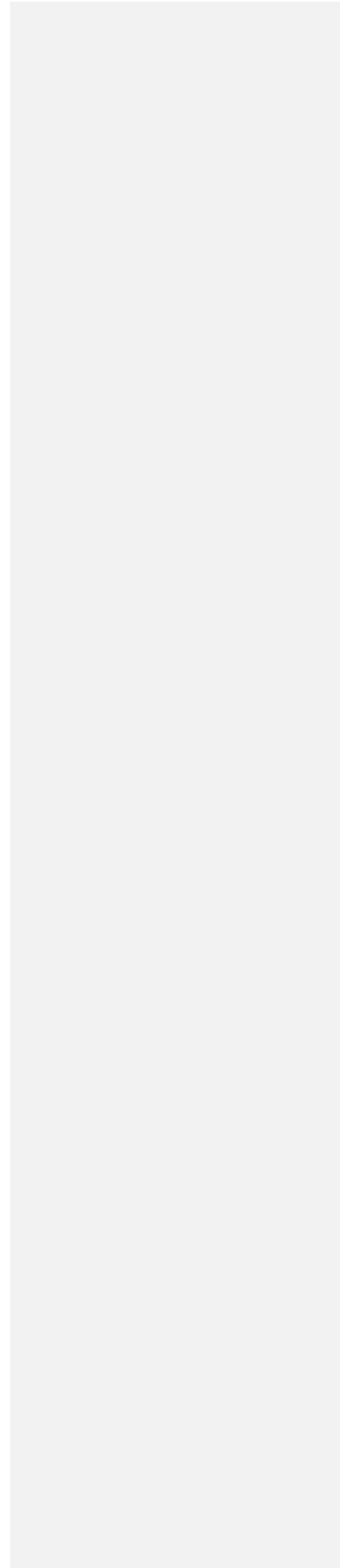


Figur 2. Skillnader mellan den här undersökningens deltagare och det svenska normvärdet avseende medeltal i HRQL, fysisk hälsa och psykisk hälsa.

Nöjdhet

Resultatet avseende studiens nöjdhetsdel, där graden av nöjdhet graderas från ett som är det lägsta värdet till sju som är det högsta värdet, var i de tre nöjdhetsområdena: nöjd med ekonomin ($n = 98$, $M = 4.26$, $SD = 1,33$), nöjd med studierna ($n = 98$, $M = 5.19$, $SD = 0.93$) nöjd med sociala livet ($n = 98$, $M = 5.37$, $SD = 0.98$)

|



Samband hälsorelaterad livskvalitet och nöjdhet

Pearsonkorrelation. Ett antal Pearsonkorrelationer påvisade relativt små samband mellan hälsorelaterad livskvalitet och de tre nöjdhetsområdena ekonomin, studierna samt det sociala livet. Resultaten visade även på lågt samband mellan fysisk hälsa och de tre nöjdhetsområdena ekonomin, studierna samt det sociala livet. Det var även låga samband mellan psykisk hälsa och nöjdhetsområdena ekonomi samt studier, däremot fanns det ett relativt högt samband mellan psykisk hälsa och individen upplevda nöjdhet med det sociala livet (se Tabell 1).

Tabell 1

Sambanden mellan hälsa och nöjdhetsområdena ekonomi, studier samt det sociala livet

	HRQL	Fysisk Hälsa	Psykisk Hälsa
	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Nöjd ekonomiskt	0.30**	0.25*	0.26**
Nöjd med studier	0.22*	0.29**	0.28**
Nöjd med det sociala	0.30**	0.ns 08	0.44**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Comment [lat011]: Inga icke signifikanta värden i tabellen.

Formatted: Font: Italic

Formatted: Font: Italic

Variationsanalys. HRQL delades in i fem hälsogrupper, från lägsta till högsta medelvärde i HRQL: grupp ett med cut off-värde 33.50-**<59.8161.10** ($n = 20$, $M = 50.07$, $SD = 7.25$), grupp två med cut off-värde 61.10-**<72.8173.48** ($n = 20$, $M = 67.68$, $SD = 3.68$), grupp tre med cut off-värde 73.48-**<82.9683.75** ($n = 20$, $M = 78.30$, $SD = 2.77$), grupp fyra med cut off-värde 83.75-**<88.8889.13** ($n = 19$, $M = 86.37$, $SD = 1.87$) och grupp fem med cut off-värde 89.13-100 ($n = 19$, $M = 93.42$, $SD = 3.30$). Tre envägs ANOVOR utfördes för att ta reda på vilken effekt HRQL hade på de tre nöjdhetsområdena ekonomi, studier och det sociala livet.

Comment [lat012]: Vad hände med de med cut-off värde mellan 59.81 och 61.10, de mellan 72.81 och 73.48, de mellan 82.96 och 83.75 samt de mellan 88.88 och 89.13?

HRQL hade en signifikant effekt med avseende på nöjd med ekonomin $F(4,70) = 2.953$, $p = .024$ samt förklarade 11% ($\eta^2 = 0.11$) av variansen. Upplevd nöjdhet med ekonomin i respektive hälsogrupp var: grupp ett ($M = 3.57$), grupp två ($M = 4.37$), grupp tre ($M = 4.31$), grupp fyra ($M = 4.14$) samt grupp fem ($M = 4.96$). Det fanns en skillnad i upplevd nöjdhet med ekonomin mellan grupp fem och grupp ett (Tukey $p = .009$).

HRQL hade en signifikant effekt med avseende på nöjd med studierna $F(4,70) = 3.463$, $p = .011$ samt förklarade 13% ($\eta^2 = 0.13$) av variansen. Upplevd nöjdhet med studierna i respektive hälsogrupp var: grupp ett ($M = 5.10$), grupp två ($M = 5.17$), grupp tre ($M = 4.74$), grupp fyra ($M = 5.19$) samt grupp fem ($M = 5.78$). Mellan grupp fem och grupp tre fanns det en skillnad i upplevd nöjdhet med studierna (Tukey $p = .004$).

HRQL hade en signifikant effekt med avseende på nöjd med sociala livet $F(4,70) = 6.210$, $p < .001$ samt förklarade 21% ($\eta^2 = 0.21$) av variansen i nöjd med sociala livet Upplevd nöjdhet med studierna i respektive hälsogrupp var: grupp ett ($M = 4.74$), grupp två ($M = 5.20$), grupp tre ($M = 5.44$), grupp fyra ($M = 5.42$) samt grupp fem ($M = 6.13$). Det fanns en skillnad i upplevd nöjdhet med det sociala livet mellan grupp fem och grupp ett (Tukey $p < .001$) och mellan grupp fem och grupp två (Tukey $p = .013$).

Skillnader i hälsorelaterad livskvalitet inom demografiska områden. Det demografiska området ålder indelades i tre undergrupper. Dessa tre grupper delades in i åldrarna 19 till 24 år ($n = 39$), 25 till 29 år ($n = 30$) samt 30år och äldre ($n = 29$). En envägs-ANOVA visade inga skillnader mellan åldersgrupperna avseende HRQL, fysisk hälsa samt psykisk hälsa.

Avseende det demografiska området är singel eller inte fanns det skillnader i upplevd hälsa. En tvåvägs-ANOVA utfördes för att ta reda på om det fanns skillnader i upplevd HRQL, fysisk hälsa och psykisk hälsa inom områdena singel och inte singel samt de som har barn och de som inte har barn. Resultatet visade att de som lever som singel har ett sämre medelvärde i upplevd HRQL, fysisk hälsa och psykisk hälsa än de som inte lever som singel (se Tabell 2). Avseende dem som har och inte har barn visade en tvåvägs-ANOVA att det inte fanns någon skillnad mellan dem i upplevd HRQL, fysisk hälsa och psykisk hälsa. Det fanns inte någon interaktionseffekt mellan de demografiska områdena är singel eller inte och har barn eller inte.

Tabell 2

Skillnader i medelvärdet i upplevd hälsa mellan de som är singel och de som inte är singel

	Singel ($n = 41$)		Inte singel ($n = 57$)		F
	M	Sd	M	Sd	
HRQL	69.65	17.30	78.62	13.62	6.03*
Fysisk Hälsa	78.75	21.47	83.81	14.70	2.25
Psykisk hälsa	60.55	21.47	73.42	17.83	6.77*

* $p < .05$, ** $p < .01$

Skillnader i nöjdhetsområdena inom demografiska områden. Avseende det demografiska området ålder, fanns det inte någon skillnad mellan undergrupperna avseende upplevd nöjdhet med ekonomin, studierna och det sociala livet. När det gällde det demografiska området är singel eller inte, fanns det skillnader i upplevd nöjdhet. En tvåvägs-ANOVA utfördes och den visade att de som lever som singel har ett sämre medelvärde i upplevd nöjdhet med studierna, ekonomin och det sociala livet än de som inte lever som singel (se tabell 3) Avseende de som har och inte har barn visade en tvåvägs ANOVA att det inte fanns någon skillnad mellan dem avseende upplevd nöjdhet med ekonomin, studierna och det sociala livet. Det fanns inte någon interaktionseffekt mellan de demografiska områdena är singel eller inte och har barn eller inte.

Tabell 3

Skillnader i medelvärdet i upplevd nöjdhet mellan de som är singel och de som inte är singel

	Singel ($n = 41$)		Inte singel ($n = 57$)		F
	M	Sd	M	Sd	
Nöjd ekonomisk	3.95	1.49	4.49	1.16	-2.00
Nöjd med studier	4.96	0.97	4.49	0.87	-2.06*
Nöjd med det sociala	5.00	0.97	5.65	0.89	-3.42**

* $p < .05$, ** $p < .01$

Comment [lat013]: Hur kan ni få negativa F-värden?

Ett antal Pearsonkorrelationer visade att de som inte var singel hade ett samband mellan HRQL och nöjd med ekonomin ($r = 0.40$, $p = .002$), HRQL och nöjd med det sociala livet ($r = 0.46$, $p < .001$), psykisk hälsa och nöjd med ekonomin ($r = 0.39$, $p = .003$), samt psykisk hälsa och nöjd med det sociala livet ($r = 0.46$, $p < .001$). Gruppen singlar påvisade inga signifikanta samband mellan hälsa och nöjdhet.

Diskussion

Eftersom författarna under sin egen studietid har mött studenter som har mått väldigt dåligt och är missnöjda med sin situation, har det varit något som författarna har funderat mycket på orsakerna till. I bakgrund mot detta blev syftet med studien att undersöka om en bra hälsa innebär nöjdhet samt, vilka samband som finns mellan hälsorelaterad livskvalitet och nöjdhetsområdena ekonomi, sysselsättning och det sociala livet. Det resultat som den här studien visar är att nöjdheten med det sociala livet har störst samband med studenternas hälsa av de tre undersökta nöjdhetsområdena. I studien framkom även att det fanns relativt låga samband mellan HRQL och nöjdhetsområdena ekonomi och studier, samt att de som inte var singel visade ett högre samband mellan HRQL och nöjdhet än gruppen totalt.

Enligt detta resultat är inte en bra hälsa tillräcklig för att vara nöjd med ekonomi och med studierna. Detta skiljer sig från tidigare forskning där Veenhoven (1990) pekar på att självuppmätt hälsa är en av de viktigaste variabelerna för nöjdhet samt att en höjning av hälsan ger en höjning av nöjdheten. Även Gerdtham och Johannesson (2001) menar att hälsa förväntas vara en viktig faktor för nöjdhet och Perneger, Hudelson och Bovier (2004) anser att hälsa till och med kan vara en avgörande faktor för nöjdhet. En förklaring till skillnaderna i den här studien, mot tidigare forskning, kan vara att dessa författare ser på sambandet hälsa och den totala nöjdheten med livet, medan den här studien endast lyfter fram kontextspecifika nöjdhetsområden.

Resultatet kan ha sin grund i att deltagarna är studenter och har generellt en likvärdig ekonomi och sysselsättning. Ovaska och Takashima (2006) samt Blanchflower och Oswald (2004) menar att människor jämför sin situation med andra och det kan i den här studien innebära att nöjdheten med ekonomin och sysselsättningen inte visar någon signifikant påverkan på hälsa. En annan aspekt är att det generellt krävs en viss grad av hälsa för att klara av att studera och därigenom påverkas inte studenten av situationen i samma utsträckning som en individ med en lägre hälsa skulle kunna göra. Även att studenten har en ekonomi som täcker in de grundläggande basbehoven, samt att studier är något som är självalt, skulle kunna innebära att sambandet mellan hälsa och nöjdheten med ekonomin inte påverkas i lika stor grad som det skulle kunna göra om det fanns en större variation i ekonomi och sysselsättning i urvalsgruppen. Även att den ekonomiska situationen är tidsbegränsad och att studenterna vet hur lång perioden är, kan göra att nöjdheten med ekonomin inte påverkas särskilt mycket. Om det däremot var personer som var i samma ekonomiska situation, men den inte var tidsbegränsad skulle det möjligtvis finnas ett starkare samband mellan hälsa och nöjdheten med ekonomin.

Resultatet visar att det finns ett samband mellan hälsa och nöjdhet med det sociala livet. Det kan tolkas utifrån att det finns större möjligheter till variation för studenten i det sociala livet än i ekonomin och sysselsättningen. Framförallt indikerar den psykiska hälsan på starkt samband med det sociala livet. Om det innebär att en student som har låg psykisk hälsa inte kan tillgodogöra sig ett bra socialt liv eller om studenten på grund av ett icke tillfredställande socialt liv mår psykiskt sämre, klagör inte denna studie. En annan aspekt som skulle kunna påverka relationen mellan hälsa och nöjdheten med det sociala livet är studentens sociala stöd hemifrån. Det skulle kunna innebära att det är det sociala stödet som påverkar både hälsan och nöjdheten med det sociala livet på så vis att ett starkt socialt stöd ger en högre hälsa samt en högre nöjdhet med det sociala livet. Därigenom kan det indikera på att sambandet mellan dessa styrs av en tredje variabel, då denna studie inte har undersökt detta sociala stöd, så kan det inte påvisas om så är fallet.

I och med att studien visar att deltagarnas psykiska hälsa har ett mycket lägre hälsotal avseende psykisk hälsa än den svenska normen, bör skolan främja studenternas psykiska hälsa. Ett alternativ kan vara att skolan underlättar studenters utveckling av sitt sociala liv för

att utröna om det sociala livet påverkar studenterna psykiska hälsa. En variant kan vara att ordna med aktiviteter av varierande slag och att förespråka ett deltagande i till exempel den linjeförening som studenterna tillhör, då detta kan vara något som även kan underlätta framtida studier dels genom att de nya studenterna får höra erfarenheter från de gamla studenterna, dels för att, som den här studien visar, nöjdheten med det sociala livet påverkar hälsan positivt.

Att psykisk hälsa och nöjdhet har ett starkt samband visar bland annat en studie av Suldo och Huebner (2006) där det framkommer att psykopatologi knappt fanns hos ungdomar som hade en hög nöjdhet med livet men även att det krävs ett högt socialt stöd från föräldrar samt en låg förekomst av depressioner för att uppnå en hög nöjdhet. Även Peiro (2005) anser att de som upplever sig som nöjda sällan lider av psykosomatiska sjukdomar samt att en viktig faktor för att uppnå nöjdhet är bra sociala relationer. Detta stämmer överens med Vaez et al.'s (2004) forskning där det framkom att den psykiska hälsan var viktigare än den fysiska hälsan för att människor skulle uppleva nöjdhet i livet. En betydelsefull aspekt för detta resultat kan vara att över 80 procent av deltagarna var kvinnor och enligt Duetz, Abel och Niemann (2003) har forskning visat på att det sociala livet var viktigare för kvinnors hälsa än för mäns.

Avseende de som "inte lever som singlar" visar resultatet att de har ett högre samband mellan hälsa och nöjdhet än den genomsnittliga deltagaren. Att ha en relation är en viktig faktor för nöjdheten (Veenhoven, 2000), och negativa livshändelser inom detta område sänker varaktigt livsuppskattningen (Veenhoven, 1991). I den här studien visade det sig att de som inte levde som singlar hade en högre hälsa och var mera nöjda än de som lever som singlar. Det skulle kunna innebära att en bra relation höjer hälsan och nöjdheten till en högre högsta nivå än singlar samtidigt som negativa livshändelser inom detta område sänker hälsan och nöjdheten till en lägre lägsta nivå än hos singlar. Detta indikerar på att sambandet mellan hälsa och nöjdhet förstärks och påverkas starkt av individens relation. Även här kan ett ökat deltagande i aktiviteter som erbjuds av skolan eller studentkår öka chansen att nya relationer skapas, då ett aktivt socialt liv innebär ett större socialt nätverk vilket kan leda till att de studenter som är singlar hittar en livskamrat. Det här kan enligt den här studien främja studenternas hälsa.

Reliabilitet och validitet

Studien utfördes med en kvantitativ metod, dels för att kunna göra jämförelser mellan olika grupper och dels för att kunna jämföra resultatet med det svenska normvärdet. Gällande de två delarna som utgör enkäten är den ena delen en sedan tidigare väl utprövad enkät med reliabilitet. Den andra är en egenkonstruerad enkät som visade ett högt Cronbach's alpha-värde.

För att öka validiteten bör i framtiden även en kontrollgrupp användas, eftersom den undersökta gruppen är ganska likartad. Alla individer som deltog i studien läser kurser som är inriktade mot att arbeta med människor. I kontrollgruppen bör det ingå individer från andra studieinriktningar, vilket gör studiens resultat mer generaliserbart. Genom att öka antalet deltagare i urvalsgruppen skulle också generaliserbarheten öka.

Ålder visar sig inte vara en signifikant faktor i den här studien, vilket skiljer sig från tidigare forskning (Gerdtham & Johannesson, 2001; Easterlin, 2006). Detta kan bero på att de tidigare undersökningarna har en större spridning av ålder. I den här studien är majoriteten under 25 år, vilket gör det svårt att få något utslag på den här faktorn. I den här undersökningen visade kön inte någon påverkan, i motsats till tidigare forskning (Duetz, Abel, & Niemann, 2003). Det kan bero på att det var få deltagare som var av manligt kön.

Det finns en risk att deltagarna försökte svara på enkäten som de trodde att undersökningsledarna ville ha svaren, även då det tydligt framgick att det var de egna åsikterna som var intressanta. En annan risk är att deltagarna har missförstått vissa enkätfrågor, eller inte läst dem ordentligt, och därför lämnat felaktiga svar.

En faktor som kan leda till att resultatet är missvisande är att deltagarnas hälsoprofil avseende psykisk hälsa skiljer sig markant mot det svenska normvärdet. Tidigare forskning har visat att studenter har genomgående en sämre upplevd psykisk hälsa, Vaez et al. (2004) menar i en studie att både manliga och kvinnliga studenter klassade sin självbedömda hälsa lägre än deras motsvarighet i arbetslivet.

Framtida forskning

Då resultatet visar på att det sociala livet har ett starkt samband med den psykiska hälsan vore det intressant att göra en undersökning där man ser till sambandet mellan nöjd med det sociala livet och livskvalitet, self-efficacy och välbefinnande för att utröna vilken roll det sociala livet har för de positiva faktorer som ökar individens livsglädje. Kan det sociala livet vara grunden till övriga faktorer som påverkar individen positivt i livet?

Då den här studiens resultat pekade på att det fanns låga samband mellan hälsa och nöjdheten med ekonomin och sysselsättningen kan det vara intressant att jämföra studenter som arbetar och därigenom får en extra inkomst med studenter som bara använder sig av studiebidrag och lån. Dels ser deras sysselsättning annorlunda ut, då de studenter som arbetar får mindre tid till studierna, och dels blir deras ekonomi olika. En sådan här undersökning skulle kunna resultera i en tydligare bild av hur hälsan och nöjdheten med ekonomin och sysselsättningen relaterar till varandra.

Om den psykiska hälsan påverkar studenternas sociala liv eller om det studenternas sociala liv som påverkar den psykiska hälsan klagör inte denna studie. Troligtvis finns det fler variabler som både påverkar den psykiska hälsan och studentens nöjdhet med sitt sociala liv. Därför vore det intressant att undersöka om hur studenternas hemförhållanden, uppväxt, socioekonomiska standard och miljö påverkar ovanstående komponenter.

Slutsatser

Utifrån påståendet "bara du har en bra hälsa är allting bra" visar denna studie att detta uttryck i sin helhet inte stämmer på den här urvalsgruppen. Undersökningen visar på alla plan - förutom hälsa och nöjd med det sociala livet - att hälsan inte är avgörande för nöjdhet. Den här studien visar, i likhet med tidigare forskning, att hälsan är en av flera komponenter som skapar nöjdhet i livet. Däremot visar studien att det finns ett samband mellan upplevd psykisk hälsa och den upplevda nöjdheten med det sociala livet. Utifrån dessa resultat kan det tolkas att om skolan skapar resurser och främjar studenternas psykiska hälsa och möjligheter till ett bra socialt liv bör det ge mer välmående studenter.

Referenser

- Anada, P., & Andrew, C. (2006). Symposium introduction: Life satisfaction and welfare economics. *The Journal of Socio-Economics*, 35, 177–179.
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2004). Well-being over time in Britain and the USA. *Journal of Public Economics*, 88, 1359–1386.

- Diener, E., & Seligman, E. P. (2002). Very happy people. *American Psychological Society*, 13, 81-84.
- Duetz, M. S., Abel, T., & Niemann, S. (2003). Health measures. *European Journal of Public Health*, 13, 313-319.
- Easterlin, R. (2006). Life cycle happiness and its sources: Intersections of psychology, economics, and demography. *Journal of Economic Psychology*, 27, 463-482.
- Gerdtham, U.-G., & Johannesson, M. (2001). The relationship between happiness, health, and socio-economic factors: results based on Swedish microdata. *Journal of Socio-Economics*, 30, 553-557.
- Heller, D., Watson, D., & Ilies, R. (2006). The dynamic process of life satisfaction. *Journal of Personality* 74, 1421-1450.
- Jensen, L. A., & Allen, M. N. (1995). A synthesis of qualitative research on wellness-illness. *Qualitative Health Research*, 4, 349-369.
- Kowalski, R., & Westen, D. (2005). *Psychology* (4th ed). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Ogden, J., Baig, S., Earnshaw, G., Elkington, H., Henderson, E., Lindsay, J., & Nandy, S. (2001). What is health? Where GP's and patients' worlds collide. *Patient Education and Counseling*, 45, 265-269.
- Olsson, M., Hansson, K., Lundblad A.-M., & Cederblad, M. (2006). Sense of coherence: Definition and explanation. *International Journal of Social Welfare*, 15, 219-229.
- Ovaska, T., & Takashima, R. (2006). Economic policy and the level of self-perceived well-being: An international comparison. *The Journal of Socio-Economics*, 35, 308-325.
- Peiró, A. (2006). Happiness, satisfaction and socio-economic conditions: Some international evidence. *The Journal of Socio-Economics*, 35, 348-365.
- Perneger, T. V., Hudelson, P. M., & Bovier, P. A. (2004). Health and happiness in young Swiss adults. *Quality of Life Research*, 13, 171-178.
- Pörn, I. (1995). *Vad är hälsa? Begrepp om hälsa*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Strandmark, M. (2007). The concept of health and health promotion. Nordic College of Caring Science. (Editorial, Journal compilation).
- Suldo, M. S., & Huebner, S. E. (2006). Is extremely high life satisfaction during adolescence advantageous? *Social Indicators Research*, 78, 179-203.
- Sullivan, M., & Karlsson, J. (1998). The Swedish sf-36 health survey III evaluation of criterion-based validity: Results from normative population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1105-1113.
- Taft, C., Karlsson, J., & Sullivan, M. (2004). Performance of the Swedish SF-36 version 2.0. *Quality of Life Research*, 13, 251-256.
- Vaez, M., Kristenson, M., & Laflamme, L. (2004). Perceived quality of life and self-rated health among first-year university students. A comparison with their working peers. *Social Indicator Research*, 68, 221-234.
- Veenhoven, R. (1991). Is Happiness relative? *Social Indicators Research*, 24, 1-34.
- Veenhoven, R. (2000). Freedom and happiness: A comparative study in forty-four nations in the early 1990's. I: E. Diener, E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being*. Cambridge: MIT Press.
- Veenhoven, R. (2003). Arts-of-life. *Journal of Happiness Studies*, 4, 373-384.
- Veenhoven, R. (2004). Happiness is an aim in public policy: The greatest happiness principle. *Positive Psychology in Practice*, 39.
- Världshälsoorgansiationen. (1946). Constitution of the world health organization. Hämtad 12 december, 2007, från WHO: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., & Drane, J. W. (2005). Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of Life Research, 14*, 1573-1584.