



## **Kønsperspektivet i unges trivsel og sundhedsadfærd i starten af det 21. århundrede**

Karin Helweg-Larsen

Susan Andersen

Ulrikke Bryde Nielsen

Mette Madsen

Copyright ” Statens Institut for Folkesundhed, København 2003

Uddrag, herunder figurer, tabeller, citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation, bedes tilsendt.

Omslag: homesweethome

Tryk: Socialministeriet

Oplag: 300

Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til:

Statens Institut for Folkesundhed (SIF)

Svanemøllevej 25, 2100 København Ø

Telefon: +45 39 20 77 77 - Telefax: +45 39 20 80 10

E-mail: [sif@si-folkesundhed.dk](mailto:sif@si-folkesundhed.dk) - [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

Rapporten kan downloades på [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk) eller [www.lige.dk](http://www.lige.dk)

ISBN: 87-7899-068-8

ISBN elektronisk udgave: 87-7899-069-6

## **Forord**

Med denne rapport ønsker jeg at gøre opmærksom på den betydning det har for drenge og pigers sundhed og trivsel, at deres holdninger og vaner er forskellige.

Statens Institut for Folkesundhed har for ligestillingsministeren samlet en stor mængde forskningsundersøgelser om unges sundhed og trivsel og sat dem i et kønsperspektiv. Det er der kommet ny og spændende viden ud af.

Piger og drenge spiser og motionerer forskelligt, men der er også forskel på hvor meget de ryger og drikker. Omgangen med kammeraterne og forholdet til skolen og forældrene er vidt forskellig for drenge og piger og har en stor betydning for, hvordan de trives i hverdagen.

Jeg håber at rapporten vil medvirke til at sætte større fokus på drenge og pigers sundhed og trivsel. Skal indsatsen for at hjælpe unge til et sundere og gladere liv hjælpe, er det vigtigt at tage højde for kønsforskellene. Jeg håber derfor, at der er mange der vil gøre brug af disse nye og spændende resultater i deres forskning eller arbejde med unge.

Oktober 2003

Henriette Kjær

Minister for ligestilling

## Om rapporten

Regeringen nedsatte på initiativ af Ministeren for Ligestilling i 2002 en tværministeriel arbejdsgruppe med det formål at vurdere, om der er særlige køns- og ligestillingsperspektiver i relation til folkesundheden. Arbejdsgruppen har bedt Statens Institut for Folkesundhed (SIF) gennemføre nærværende undersøgelse. Undersøgelsen er gennemført i dialog med repræsentanter fra Sundhedsministeriet, Fødevareministeriet og Ligestillingsafdelingen.

Sundhedsvaner grundlægges tidligt i livet. Unges køns- og kropsidealer spiller ind på deres livsstil og sundhed på kort og langt sigt. Det er derfor vigtigt at have solid viden om de mulige kønsforskelle i baggrunden for unges valg af livsstil med henblik på at tilrettelægge en målrettet sundhedspædagogisk indsats.

Nærværende rapport redegør for den aktuelle status og udviklingen i 15-19-åriges trivsel og sundhedsadfærd med fokus på kønsforskelle. Rapporten er baseret på en landsdækkende undersøgelse blandt 9. klasses elever gennemført af SIF i 2002. Rapporten inddrager derudover resultater fra en række andre danske undersøgelser, der er gennemført siden starten af 1990'erne.

Vi vil gerne takke lektor Pernille Due og professor Bjørn Holstein, Københavns Universitets Institut for Folkesundhedsvidenskab for adgangen til resultater fra forskningsprojektet: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) og forskningsleder Gert Allan Nielsen for adgangen til resultater fra Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsens igangværende undersøgelse: Monitorering af Unges Livsstil og Dagligdag (MULD). Oplysninger fra Fødevaredirektoratets undersøgelser af danskernes kostvalg indgår i beskrivelsen af unges kostvaner. Der er desuden anvendt resultater vedrørende 15-19-årige i Statens Institut for Folkesundheds øvrige befolkningsundersøgelser.

Rapporten udgår fra Statens Institut for Folkesundhed og er udarbejdet af speciallæge Karin Helweg-Larsen med assistance af studentermedarbejderne Susan Andersen, Ulrikke Bryde-Nielsen og Astrid Veloso samt forskningsleder Mette Madsen. Seniorforsker Pia Haudrup Christensen, har bidraget til afsnittet om unges kost, og cand.brom. Sisse Fagt og mag. scient.soc. Margit Groth, Fødevaredirektoratet, har ydet bidrag til en række afsnit, specielt om unges kostvaner og takkes herfor.

Mette Madsen  
Forskningsleder



|  |           |
|--|-----------|
| <b><u>FORORD</u></b> .....   | <b>3</b>  |
| <b><u>1. SAMMENFATNING OG KONKLUSION</u></b> .....                             | <b>9</b>  |
| <b><u>2. BAGGRUND</u></b> .....  | <b>19</b> |
| <b><u>3. DANSKE UNDERSØGELSER BLANDT SKOLEBØRN OG UNGE</u></b> .....           | <b>23</b> |
| <b><u>4. HELBRED OG TRIVSEL</u></b> .....                                      | <b>27</b> |
| <u>Kønssforskelle i 15-16-års alderen</u> .....                                | 28        |
| <u>Udviklingen i 15-åriges helbred, 1991-2002</u> .....                        | 29        |
| <u>Udviklingen i helbred fra 16- til 19-års alderen</u> .....                  | 29        |
| <b><u>Sociale relationer og helbred</u></b> .....                              | <b>30</b> |
| <u>Kønssforskelle i sammenhænge mellem helbred og sociale relationer</u> ..... | 31        |
| <b><u>5. SUNDHEDSADFÆRD</u></b> .....  | <b>35</b> |
| <u>Udviklingen i 15-åriges sundhedsvaner, 1991-2002</u> .....                  | 36        |
| <u>Ændringer i sundhedsadfærd fra 16- til 19-års alderen</u> .....             | 37        |
| <b><u>Sociale relationer og sundhedsadfærd</u></b> .....                       | <b>39</b> |
| <u>Fysisk aktivitet</u> .....  | 39        |
| <u>Rygning</u> .....   | 40        |
| <u>Alkohol</u> .....   | 42        |
| <b><u>6. KOST</u></b> .....  | <b>45</b> |
| <u>Måltider, ændringer over alder</u> .....                                    | 45        |
| <u>Kostens lødighed</u> .....  | 46        |
| <u>Grønt og frugt i 15-åriges kost, 1991-2002</u> .....                        | 49        |
| <u>Udviklingen i grønt- og frugtindtag over alder</u> .....                    | 50        |
| <b><u>Kost og vægtkontrol</u></b> .....  | <b>51</b> |
| <b><u>Kost og sociale relationer</u></b> .....                                 | <b>52</b> |
| <b><u>7. DISKUSSION</u></b> .....  | <b>53</b> |
| <b><u>8. REFERENCER</u></b> .....  | <b>61</b> |
| <b><u>9. TABELAFSNIT; STATISTISKE ANALYSER</u></b> .....                       | <b>65</b> |

## 1. Sammenfatning og konklusion

Denne rapport omhandler den aktuelle trivsel, sundhedsadfærd og livsstil blandt 15-19-årige piger og drenge i Danmark. Vi har stillet en række spørgsmål om, hvilken betydning kønnet har for sammenhænge mellem unges dagligdag, sundhedsadfærd og helbred – og vi har fået svar på en del af dem.

Vi har brugt resultaterne fra en række nye danske undersøgelser til at indkredse nogle af de faktorer, der kan bidrage til forståelse af kønsforskelle i unges sundhedsadfærd. Der er medtaget resultater fra undersøgelser blandt skolebørn og unge, som beskriver 15-19-årige i det 21. århundrede, samt undersøgelser, der belyser udviklingen i de unges sundhedsadfærd siden starten af 1990'erne og udviklingen over alder fra 15- op til 19-års alderen. Disse undersøgelser har primært været til at give mere viden om unges trivsel, sundhedsvaner og risikoadfærd med henblik på sundhedsfremmende initiativer, og de har ikke haft konkret sigte på at vurdere kønsforskelle i de unges trivsel og sundhedsadfærd eller at undersøge, om der er kønsforskelle i sammenhængen mellem ydre faktorer og unges sundhedsadfærd. I undersøgelserne er der stillet de samme spørgsmål til drenge og piger, og ud fra deres svar har vi opstillet en række hypoteser om baggrunden for kønsforskelle i unges sundhedsadfærd.

Men kønsforskellene i de unges svar kan måske fejltolkes, hvis der ikke tages hensyn til, at der er forskelle i drenges og pigers pubertetsudvikling, kropsbevidsthed og oplevelse af eget køn, dvs. udviklingen af en moden kønsrolle, og at disse forskelle kan påvirke opmærksomheden over for egne kropssignaler og reaktionerne herpå. Forskelle i drenges og pigers svar på spørgsmål om fx trivsel og helbred afspejler muligvis, hvad det især er tilladt at føle og udtrykke som dreng og som pige, snarere end de er udtryk for målbare forskelle i deres helbred.

### **Hvor store er kønsforskellene i unges trivsel og sundhedsadfærd?**

Vi har i denne rapport beskrevet de aktuelle kønsforskelle i 15-19-åriges trivsel og sundhedsadfærd, dvs. egen indsats for sundhed og trivsel, fysisk aktivitet, rygning, alkoholforbrug og kostvaner. Der er velkendte kønsforskelle i unges rapportering af deres trivsel og sundhedsadfærd. Drenge vurderer oftere end piger, at deres helbred er virkeligt godt og rapporterer færre trivselsproblemer end piger. Drenge drikker oftere alkohol end piger, og de udviser hyppigere anden risikoadfærd end piger, fx indbyrdes vold og deltagelse i sportsaktiviteter, der rummer stor risiko for fysiske skader. Rygning er hyppigere blandt piger, og piger dyrker sjældnere motionsidræt end drenge.

En række af de markante forskelle i drenges og pigers sundhedsadfærd og dagligdag er vist her:

## Kønsforskelle i selv-rapporteret helbred, trivsel og sundhedsadfærd

- Drengene angiver oftere end piger at have stor indflydelse på deres tilværelse
- Drengene giver udtryk for større selvtillid end piger
- Drengene har et bedre selv-vurderet helbred end piger
- Drengene rapporterer sjældnere end piger trivselsproblemer
- Drengene er sjældnere sygemeldt fra skolen end piger
- Drengene angiver oftere end piger, at de har det godt med klassekammerater
- Drengene rapporterer mindre hyppigt end piger, at de har været udsat for mobning
- Drengene angiver oftere end piger, at de ikke bryder sig om at gå i skole
- Drengene dyrker hyppigere sport og motion end piger
- Drengene har oftere kontakt til venner, sports- og skolekammerater end piger
- Drengenes alkoholforbrug er højere end pigers og forskellen øges med alderen
- Drengene ryger mindre hyppigt end piger og kønsforskellen er størst i 19-års alderen
- Drengene har oftere end piger prøvet hash og pot
- Drengene har hyppigere end piger været udsat for vold
- Piger vurderer betydningen af egen indsats for at bevare et godt helbred højere end drenge
- Piger har bedre kostvaner end drenge
- Piger ryger mere end drenge og dyrker mindre motion
- Piger er mere utilfredse med deres vægt end drenge
- Piger er hyppigere end drenge undervægtige
- Piger ønsker oftere end drenge at tabe sig i vægt
- Flere piger end drenge angiver at dyrke idræt for at tabe sig
- Flere piger end drenge lider af spiseforstyrrelser
- Piger rapporterer oftere end drenge tristhed, nervøsitet, angstelse, søvnbesvær, appetitløshed og uoverkommelighed
- Piger rapporterer hyppigere livskriser end drenge
- Piger har hyppigere end drenge forsøgt selvmord
- Piger har større medicinforbrug og hyppigere kontakt til offentlige behandlere end drenge
- Piger har oftere end drenge en kæreste
- Piger angiver oftere end drenge at have et distanceret forhold til deres forældre
- Piger angiver oftere end drenge, at de har svært ved at tale om problemer med deres moder
- Piger oplever oftere end drenge vold mod deres moder og oftere seksuelle overgreb



### **Hvad ville vi have svar på?**

Undersøgelsens formål var at beskrive kønsforskelle i unges trivsel, sundhedsadfærd og livsstil og at vurdere hvilke faktorer, der kan forklare eller medvirke til at forklare de eksisterende kønsforskelle.

Der findes forskningsbaseret viden om, at der er markante sammenhænge mellem unges sociale aktiviteter, deres forhold til forældre og kammerater og deres sundhedsadfærd, fx er det påvist, at kammeraters adfærd har stor betydning for den enkeltes rygevaner (1). Men om disse sammenhænge er lige stærke for drenge og piger er mindre godt belyst. Vi har ud fra resultaterne i de danske undersøgelser og litteraturstudier valgt at se på en række faktorer, der indbyrdes synes at have betydning for de påviste kønsforskelle i de unges trivsel, sundhedsadfærd og livsstil. Det drejer sig om:

- Skoletrivsel
- Samvær med kammerater uden for skoletiden
- Forholdet til kammerater
- Kæresteforhold
- Forholdet til forældre
- Selvoplevet vold
- Vold i familien
- Selv-rapporteret helbred
- Trivsel, bedømt ud fra oplevelse af tristhed, uoverkommelighed og appetitløshed
- Holdning til betydningen af egen indsats for sundhed

I beskrivelsen af kønsforskelle i sammenhænge mellem sociale relationer, sundhedsadfærd og helbred har vi først og fremmest anvendt resultaterne fra to undersøgelser fra henholdsvis 2000 og 2002 fra Statens Institut for Folkesundhed. Det er dels Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2000, der er gennemført blandt et repræsentativt udsnit af den voksne befolkning på 16 år eller ældre (SUSY 2000) (2), dels en landsomfattende undersøgelse blandt 9. klasses elever i 2002 (9. klasse-undersøgelsen, Unges Trivsel 2002) (3).

I beskrivelsen af udviklingen i de 15-åriges sundhedsadfærd og trivsel inden for de seneste 10 år har vi brugt resultater fra den danske del af WHO's undersøgelse om børns og unges helbred, trivsel og sundhedsadfærd (HBSC; Health Behaviour in School-aged Children), benævnt Skolebørnsundersøgelserne 1991, 1994, 1998 og 2002 (4).

Udviklingen i sundhedsadfærd fra 16- til 19-års alderen er overvejende beskrevet ud fra data i Sundhedsstyrelsens og Kræftens Bekæmpelses monitorering af unges livsstil og dagligdag blandt 16-20-årige (MULD 2000, 2001 og 2002) (5) (6).

I beskrivelsen af unges fysiske aktivitet og kondition indgår der data fra undersøgelsen blandt gymnasie- og hf-elever, som er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed i 1996/97 (7) og til beskrivelse af unges kostvaner og holdning til egen vægt og krop anvendes resultater fra Statens Institut for Folkesundheds Udskolingsundersøgelse blandt 8. og 9. klasses elever i 1996/97 (8), Skolebørnsundersøgelserne i 1991, 1994, 1998 og 2002, en undersøgelse om spiseforstyrrelser gennemført som led i SUSY 2000 (9) samt Fødevarerdirektoratets kostundersøgelser i 1995 og 2001 (10).

### **Selv-vurderet helbred**

Piger vurderer generelt deres helbred dårligere end drenge, og de rapporterer langt hyppigere end drenge en række symptomer på dårlig trivsel. Både blandt piger og drenge har der siden starten af 1990'erne været en negativ udvikling i andelen, der vurderer deres helbred som virkeligt godt. I 1991 fandt ca. 40% af 15-årige drenge og 30% af pigerne, at deres helbred var meget godt, mod henholdsvis ca. 30% og 20% i 2002 (4).

Mens drenge inden puberteten har flere sygdomsperioder end piger, rapporterer piger fra 12-13-års alderen dårligere trivsel end drenge og vurderer deres helbred dårligere end drenge – og både blandt drenge og piger falder andelen med virkeligt godt helbred med alderen, således at lidt mindre end 30% af de 19-årige drenge og lidt mindre end 20% af de 19-årige piger vurderer, at deres helbred er virkeligt godt (5).

Der er markante sammenhænge både for drenge og for piger mellem selv-vurderet helbred og sociale relationer. Unge, der rapporterer at have svært ved at tale med kammerater og med forældre, og som oplever at have det dårligt med kammerater, vurderer sjældnere deres helbred som virkeligt godt end andre unge, mens hyppigt samvær med kammerater i fritiden har positiv sammenhæng med selv-vurderet helbred. Der er for både drenge og piger markant negativ sammenhæng mellem oplevelse af uoverkommelighed og selv-vurderet helbred.

Vi fandt signifikante kønsforskelle i sammenhænge mellem de unges egen vurdering af helbred og følgende faktorer:

- Skoletrivsel
- Kæresteforhold
- Udsat for vold
- Oplevet vold mod moder
- Rapporterer ofte at være trist
- Fysisk aktivitet

For piger er der større sammenhæng end for drenge mellem at vurdere sit helbred som virkeligt godt og skoletrivsel. For drenge er den positive sammenhæng mellem fysisk aktivitet og selv-vurderet helbred større end for piger. For piger er den negative sammenhæng mellem at føle sig trist, at have oplevet vold og selv-vurderet helbred større end for drenge.

Der er således signifikante kønsforskelle i sammenhængen mellem selv-vurderet helbred og at opleve tristhed, selv at have været udsat for vold og have oplevet vold mod moder. Drenge har større risiko end piger for at blive udsat for vold, 12% af 15-16-årige drenge mod 9% af piger har oplevet fysisk vold inden for de seneste 12 måneder. Men volden har sjældnere en negativ indflydelse på deres helbred og trivsel end den har for piger. Tilsvarende kønsforskelle i sammenhænge mellem vold og helbred ses blandt voksne og årsagen kan være kønsforskelle i voldens art og dens offerskabende virkning (11).

Der er en række kønsforskelle, som det umiddelbart er vanskeligt at forklare. For piger er der markant sammenhæng mellem at have en kæreste og ikke at vurdere sit helbred som rigtigt godt. Det omvendte gælder for drenge, hvor sammenhængen er positiv. En forklaring kan være, at piger der har en kæreste i 15-16-års alderen er tidligt modnede, ikke har et nært forhold til forældre, oplever angstelse og usikkerhed i forhold til en ældre kæreste, og at det influerer på deres selvtillid og dermed på deres vurdering af egen trivsel. En anden mulig forklaring er, at de usikre piger, som oplever trivselsproblemer, tidligere knytter sig til en kæreste.

Andre undersøgelser viser, at unge piger udtrykker større utilfredshed med deres egen krop, rapporterer flere symptomer på dårlig trivsel og har ringere selvtillid, end drenge har (12). Selvtillid angives at have væsentlig betydning for at udvikle en sund livsstil og dermed bevare et godt helbred (13). Den højere forekomst af trivselsproblemer blandt piger er relateret til en større utilfredshed med egen krop blandt piger end blandt drenge. Det er unge piger, der er på slankekur og har spiseforstyrrelser, og det er blandt piger, at rygning er relateret til risikoadfærd for svære spiseforstyrrelser (9).

## **Fysisk aktivitet**

Drengene er mere fysisk aktive end piger, og forskellen stiger fra 12-13-års alderen til 15-16-års alderen. Andelen af fysisk aktive unge i 15-års alderen er faldet siden starten af 1990'erne, således at mindre end halvdelen af drengene og en lavere andel af pigerne får den anbefalede motion hver uge. Andelen af fysisk aktive unge er faldet, om end der er noteret en svag stigning blandt de 15-årige piger fra 1998 til 2002 (14). Fra 16-års til 19-års alderen falder den fysiske aktivitet især blandt drenge, således at der ikke er særligt store kønsforskelle i 19-åriges samlede fysiske aktivitet, men drengene dyrker oftere hård motions- eller konkurrenceidræt (6;7).

Et dårligt forhold til forældre og til kammerater har for begge køn sammenhæng med sparsom fysisk aktivitet. Ofte at opleve tristhed og uoverkommelighed har negativ betydning for fysisk aktivitet – eller de som har ringe fysisk aktivitet oplever oftere tristhed.

Der er signifikante kønsforskelle i sammenhænge mellem en række faktorer og 15-16-åriges fysiske aktivitet, målt som at dyrke hård motion mindst en gang om ugen. Det drejer sig om følgende faktorer:

- Kæresteforhold
- Have svært ved at tale med forældre
- Have oplevet vold mod moder

For piger betyder det at have en kæreste, at de sjældnere er fysisk aktive end de piger, der ikke har en kæreste – det omvendte gælder for drenge.

At have belastede hjemlige forhold, målt som at have svært ved at tale med sine forældre og/eller opleve vold i hjemmet mod moderen, har større negativ betydning for piger end drenge – og for drenge er der ingen signifikant sammenhæng mellem at have oplevet vold mod moder og deres fysiske aktivitet.

## **Risikoadfærd/usund livsstil**

Der er signifikante kønsforskelle i 15-16-års alderen mellem at ryge og at drikke øl. Knap hver femte pige mod hver sjette dreng ryger mindst ugentligt, og mere end halvdelen af drengene mod godt en tredjedel af pigerne drikker øl mindst en gang ugentligt. Andelen, der drikker spiritus mindst en gang om ugen er omtrent ens blandt drenge og piger, nemlig lidt mere end hver tredje af de 15-16-årige. I løbet af de seneste 10-15 år er andelen af 15-årige, der mindst ugentligt drikker alkohol steget jævnt både blandt drenge og piger, men andelen der ryger dagligt er faldet blandt begge køn fra 1998 til 2002.

Der er en jævn stigning i andelen af rygere fra 16- til 19-års alderen blandt piger, mens andelen blandt drenge ikke ændres fra 18- til 19-års alderen. Blandt piger ses efter 18-års alderen et fald i andelen, der drikker alkohol ugentligt, dette ses ikke blandt drenge.

Der er markant sammenhæng mellem sociale kontakter og usund livsstil, defineret som risikoadfærd: at ryge og drikke alkohol mindst en gang om ugen. De unge med denne "risikoadfærd" er mere socialt aktive end gruppen, der ikke har denne adfærd. Både drenge og piger med risikoadfærd har oftere en kæreste, er hyppigere sammen med kammerater efter skoletid, og har sjældnere svært ved at tale med kammerater end de unge, der ikke udviser risikoadfærd. Men de rapporterer samtidig hyppigere dårlig trivsel, uoverkommelighedsfølelse og tristhed, de har langt hyppigere været udsat for vold og oplevet vold i hjemmet mod deres moder og har sværere ved at tale med forældre end de unge, der ikke udviser risikoadfærd – og sammenhængene er mest markante for piger.

De faktorer, der har betydning for begge køn, er:

- Samvær med kammerater
- Dårlig skoletrivsel
- Forholdet til forældre
- Selv-vurderet helbred
- Trivselsproblemer
- Udsættelse for vold
- Oplevet vold mod moder
- Fysisk aktivitet

For begge køn er der en negativ sammenhæng mellem fysisk aktivitet og risikoadfærd, dvs. at de unge, der er meget fysisk aktive, sjældnere udviser risikoadfærd end de unge, der ikke er fysisk aktive. Det gælder, når der i risikoadfærd inkluderes både rygning og alkoholforbrug. For drenge er der derimod en tendens til sammenhæng mellem hyppigt at drikke alkohol og være fysisk aktive.

Der er i andre undersøgelser fundet en tendens til en sammenhæng mellem rygning og ønske om vægttab for normalvægtige og undervægtige piger. Slankeforsøg, fokusering på vægt og udseende og utilfredshed med eget kropsbillede forklarer mere end halvdelen af rygeforskelle blandt unge piger, men kun en fjerdedel blandt unge drenge i en norsk undersøgelse (15). I en dansk undersøgelse blandt gymnasieelever angav en større andel af piger end af drenge, at de røg for ikke at tage på i vægt (7). Vi fandt tendenser i samme retning mellem rygning og ønske om vægttab blandt normalvægtige piger i en aktuel undersøgelse af 16-20-åriges livsstil og dagligdag. Sådanne

sammenhænge fandtes ikke blandt drenge (6). Blandt 16-19-årige piger var der signifikant sammenhæng mellem at ryge dagligt og slankeadfærd(9)

### **Perspektiver**

Risikoadfærd i ungdommen medfører ofte en vedvarende usund livsstil (16;17). Familiernes sociale status har betydning for unges kostvaner og fysiske aktivitet i mindre grad for ryge- og alkoholvaner, men sociale faktorer antages for også at have stor betydning for fastholdelse af sundhedsskadelig livsstil, der starter i ungdommen. I undersøgelser, der har fulgt unges livsstil over en årrække, påvises det samstemmende, at eksperimentering med rygning og alkohol i den tidligste ungdom er en stærk indikator for senere at udvikle og fastholde en usund livsstil, dvs. sparsom fysisk aktivitet, dårlige kostvaner, rygning og stort alkoholforbrug. En faktor som at spise eller ikke spise morgenmad viser sig f.eks. at hænge sammen med, om man ryger to år senere (16). Der er derfor særlig grund til at fremme en sund livsstil blandt unge.

En række faktorer viser sig at have sammenhæng med unges sundhedsadfærd, og for mange af disse faktorer er der ingen kønsforskelle i sammenhængene. For andre, fx skoletrivsel, kæresteforhold og forhold til forældre, er der signifikante kønsforskelle i styrken af sammenhængen, og der er store kønsforskelle i holdningen til kost og risikoadfærd i forhold til spiseforstyrrelser. Denne viden bør inddrages i planlægningen af sundhedspædagogik.

Sundhedsoplysning og forebyggelse af risikoadfærd blandt unge bør formentlig først og fremmest fokusere på de nære følger af usund livsstil og ikke på risikoadfærdens betydning for større sygelighed som voksen og øget dødelighed i 50-60-års alderen.

Der er kønsforskelle i de nære følger af risikoadfærd. Piger er i risiko for seksuelle overgreb, følger af usikker sex: uønsket graviditet og seksuelt overførte sygdomme, og for at udvikle alvorlige spiseforstyrrelser og helbredsproblemer. Drenge er i risiko for at blive involveret i slagsmål, for dårligt skolestandpunkt i forbindelse med hyppig alkoholindtagelse og for at udvikle trivselsproblemer i forbindelse med alkoholforbrug.

Der er sammenhæng mellem fysisk aktivitet, stor social aktivitet, godt forhold til kammerater og risikoadfærd i form af rygning og ugentlig alkoholdrikkeri blandt de unge - mest markant for drenge. Det er et fåtal af de unge, der bliver fastholdt i varigt alkoholmisbrug (18), og blandt piger er der tendens til, at alkoholforbruget falder med alderen. Men beruselse kan have alvorlige, direkte konsekvenser for de unge – og der er betydelige kønsforskelle i disse konsekvenser: Piger er i risiko for usikker sex, drenge for fysisk vold og for selv at udøve vold og krænke piger seksuelt.

WHO har for nyligt anbefalet, at der i planlægningen af sundhedskampagner tages hensyn til de eksisterende kønsforskelle i kropsbevidsthed og holdninger til sundhedsadfærd. Målsætningen kunne være at styrke unge pigers selvværd og ændre de sociale standarder for pigers kropsidealer for derigennem at forebygge, at unge piger udvikler spiseforstyrrelser – og at reducere drenges risikoadfærd, der medfører udsættelse for vold og voldsudøvelse (12). Der er også baggrund for at indtænke kønsforskelle i unges kropsidealer ved planlægningen af lokale idrætstilbud og fysisk aktivitet i skoler.

De påviste kønsforskelle i sammenhænge mellem trivsel, ydre faktorer og risikoadfærd peger således på, at der kan være forskel i hvilke budskaber, der skal gives til drenge og til piger for at sikre udviklingen af gode sundhedsvaner.





## 2. Baggrund

Der er tradition for i undersøgelser af unges sundhed og sundhedsadfærd at præsentere resultaterne opdelt på køn og at omtale, når der findes markante forskelle mellem piger og drenge. Men de påviste ligheder og forskelle i drenges og pigers trivsel og livsstil medfører ikke altid overvejelser om de bagvedliggende årsager til kønsforskellene, og betydningen af kønnet indgår sjældent i planlægningen af sundhedsfremmende programmer. I denne rapport sættes der fokus på kønsforskelle i 15-19-årige unges trivsel, sundhedsadfærd og livsstil som et oplæg til en diskussion af en målrettet forebyggelse af usund livsstil, dvs. forebyggelse af risikoadfærd, der tager hensyn til de eksisterende kønsforskelle.

Det er i de tidlige ungdomsår, at der sker store ændringer i pigers og drenges sundhedsadfærd. De unge involverer sig selvstændigt i sundhedsfremmende adfærd, men adapterer også hyppigt voksnes livsstil i form af alkoholforbrug, rygning og seksuel aktivitet, samtidigt med at de tager afstand fra voksnes levemåde. Ændringerne sker med meget forskellig takt for de to køn og har forskellig sammenhæng med pigers og drenges egen vurdering af trivsel og ydre faktorer såsom samvær med kammerater, kæresteforhold, skoletilfredshed og familierelationer. Der er derfor, som fremhævet af Verdens Sundhedsorganisation, WHO, behov for at vurdere risikofaktorer for usund livsstil blandt unge ud fra et kønsperspektiv og herunder at inddrage betydningen af forskelle i drenges og pigers modning og kønsroller (12).

Når der tales om kønnets betydning for sundhed og sygdom, er det ofte med sigte på piger og kvinder. Det er der flere forklaringer på, bl.a. at kønnet først sent blev medtaget i sundhedsvidenskabelig forskning og da først og fremmest med fokus på betydningen af den kvindelige biologi. En anden årsag er, at middelalderen for danske kvinder har udviklet sig relativt dårligt siden starten af 1980'erne, og viden om betydningen af pigers og kvinders levevilkår og livsstil derfor er blevet meget relevant (19;20) (21). Kønsrollens betydning for unge mænds sundhedsadfærd har derimod været relativt udforsket.

Der er grundlæggende biologiske forskelle på pigers og drenges udvikling omkring puberteten, som må forventes at have betydelig indflydelse på pigers og drenges selvopfattelse, kropsbevidsthed og holdning til egen trivsel og sundhedsadfærd. Der er også forskelle i drenges- og pigeopdragelsen, selv i lande som f.eks. Danmark, hvor der er opnået kønslighed vedrørende adgangen til uddannelse og job. Det er hævdet, at forældre generelt giver deres sønner større frihed end deres døtre til selv at udforske omverden og afprøve egne grænser og muligheder (13). Drengesopdragelse bidrager derved til at udvikle selvtillid og uafhængighed, mens piger ud fra deres opdragelse måske i højere grad definerer sig selv i forhold til omgivelserne og er mere sårbare over for konflikter i nære relationer

og omgangskredse. Piger giver oftere end drenge udtryk for fornemmelse af isolation og tristhed, og disse tegn på depression øges blandt piger fra 13-14-års alderen indtil 18-års alderen, mens drenge i løbet af pubertetsalderen rapporterer færre tegn på depression (22). Det er påvist, at genklang mellem voksne kvinder og unge piger har betydning for udviklingen af pigers personlige styrke og identitet, og at der specielt for piger er sammenhæng mellem udvikling af depression og tab af nære, fortrolige forhold (13). I en kvalitativ undersøgelse af børns sundhed, trivsel og sociale integration fremhæves det tilsvarende, at piger er mere gruppeorienterede end drenge, at piger snarere end drenge forklarer dårlig trivsel med ydre omstændigheder, og at piger er mere afhængige af sociale netværk (23).

Drenge synes i forhold til piger i mindre grad eller senere at give udtryk for kropsbevidsthed. Piger har oftere end drenge en række sundhedsproblemer såsom spiseforstyrrelser, ængstelse, depression og ukarakteristiske symptomer på dårlig trivsel (8) (3) (24). Unge piger og kvinder har generelt et mere kritisk forhold til deres krop end unge og voksne mænd. Det kan ubesværet forklares ved de gældende skønhedsideal for unge piger, som er fikseret på slankhed. For piger kan puberteten med udvikling af kvindelige runde former indebære et tab af dette slankhedsideal, mens drenge tværtimod i puberteten udvikler sig mod et atletisk mandeideal (12). Mere end halvdelen af alle danske kvinder har været på slankekur, og én ud af ti kvinder har et problematisk forhold til deres egen krop, og det gælder i særlig grad kvinder under 20 år (9) .

Ungdommen er en overgangsperiode mellem barndom og voksenliv, som er karakteriseret ved store ændringer i krop, oplevelsesverden og sociale kontakter, der ændres fra tætte familierelationer til nære kæreste- og venskabsforhold (25). Hormonændringer, konflikter med forældre, gruppepres fra kammerater og de første kærestesorger i kombination medvirker til at gøre overgangen fra barndom til ungdom til en særlig krisefyldt periode (26). Der er kønsforskelle i pubertetsudviklingen og tilsvarende forskelle i drenges og pigers modning. Hos piger indtræder puberteten i gennemsnit to år tidligere end for drenge, og med mindre variation end for drenge, hvor der kan være op til 5 års variation i tidspunktet for pubertetens indtræden (8).

Der er således kønsforskelle i takten for udviklingen fra barn til teenager til voksen og forskelle i drenges og pigers måde at opleve deres krop og udtrykke deres køn på også i relation til sundheds- og risikoadfærd (13). Unges afprøvning af ny adfærd og ønsker om at opføre sig anderledes end den ældre generation er ofte forbundet med risici, ængstelse og usikkerhed om fremtiden. Hvorvidt adfærdsændringerne i den tidlige ungdom fører til øget selvværd og større modenhed afhænger i vid udstrækning af omgivelserne, både forældres, andre voksnes og kammeraters reaktion og den unges sociale kontakter. Risikoadfærd kan måske betragtes som en måde, hvorpå den unge bekræfter at være ved at blive mand eller kvinde, og udtrykkes derfor på forskellig måde af piger og drenge. For

de fleste er risikoadfærd en forbigående fase i udviklingen, men en kombination af ustabilitet i familien og negativ påvirkning fra omgivelserne kan indebære en risiko for langvarig sundhedsskadelig adfærd: rygning, alkoholmisbrug, dårlige kostvaner, usikker sex og seksuelt overførte sygdomme (12).



### 3. Danske undersøgelser blandt skolebørn og unge

I de seneste tyve år er der i Danmark gennemført en række undersøgelser, som har belyst børns og unges aktuelle trivsel og helbred samt de ydre faktorer som kan påvirke de unges sundhedstilstand (1) (3;4;5;6;7;8) (14) (27) (28;29). Hensigten med disse undersøgelser har været at give et tilstrækkeligt grundlag for en bedre sundhedsfremmende og forebyggende politik på ungdomsområdet.

Der er i 2002 gennemført to landsdækkende undersøgelser blandt 9. klasses skolebørn. De rummer begge oplysninger om de unges sundhedsadfærd, men har haft forskelligt sigte. Det drejer sig dels om en opfølgning på de tidligere skolebørnsundersøgelser, dvs. HBSC, med fokus på 7., 8. og 9. klasses elevers helbred, trivsel, sundhedsadfærd og sociale relationer (4) dels om Statens Institut for Folkesundheds undersøgelse af 9. klasses elevers generelle trivsel med fokus på særlige risikofaktorer for dårlig trivsel, nemlig tidlige seksuelle erfaringer, seksuelle overgreb og fysisk vold (3).

- Siden 1984 er der i Danmark gennemført undersøgelser om 11-15-årige skoleelevers sundhed og sundhedsadfærd. Undersøgelserne indgår i WHO's internationale forskningsprojekt Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) (30). I undersøgelserne er der stillet samme type spørgsmål til et repræsentativt udsnit af 5., 7. og 9. klasses elever. Den seneste undersøgelse i Danmark er foretaget i 2002. I nærværende rapport er der medtaget resultater fra undersøgelserne i 1991, 1994, 1998 og 2002, der belyser udviklingen i kønsforskelle i 15-åriges sundhedsadfærd. Resultaterne fra 2002-undersøgelsen findes på: <http://www.pubhealth.ku.dk/hbhc/>. Undersøgelsen omfattede 4.824 elever, hvoraf 1.453 var 15-årige elever i 9. klasse, 705 drenge og 748 piger. Den samlede svarprocent blandt eleverne i de skoler, der indvilligede i at deltage i undersøgelsen, var 89%, dvs. andelen af tilstedeværende elever, som tilfredsstillende udfyldte spørgeskemaet.
- Statens Institut for Folkesundheds 9. klasse-undersøgelse blev gennemført i foråret 2002 i skoleklasserne i form af en computerbaseret spørgeskemaundersøgelse med kombineret anvendelse af lyd, billede og tekst. Den omfattede et landsrepræsentativt udsnit af skoler med 9. klasser, i alt 183 skoler, med 7.241 elever i 9. klasse. På undersøgelsestidspunktet var der 6.203 elever tilstede i klassen. I alt 14% af klassens elever var fraværende. Alle de tilstedeværende elever, 3.142 drenge og 3.043 piger (18 har ikke oplyst deres køn) deltog i undersøgelsen. Elevernes gennemsnitsalder var 15 år, og de 15-16-årige udgjorde 97%, resten var 14 eller 17 år.

Statens Institut for Folkesundhed gennemfører med jævne mellemrum befolkningsundersøgelser, hvis formål er at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed og sygelighed i den voksne befolkning, dvs. blandt 16-årige og ældre. Beskrivelsen omfatter faktorer, der har betydning for sundhedstilstanden, herunder sundhedsadfærd og sundhedsmæssige ressourcer.

- Den seneste undersøgelse, Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 (SUSY 2000) blev foretaget blandt et repræsentativt udsnit af voksenbefolkningen. I alt deltog 8.188 mænd og 8.502 kvinder, svarende til 74% af den oprindelige stikprøve. Der deltog i alt 778 unge i alderen 16-19 år, 447 drenge og 430 piger.

Kræftens Bekæmpelse gennemfører aktuelt i samarbejde med Sundhedsstyrelsen undersøgelser af 16-20-åriges livsstil og dagligdag. Undersøgelserne er benævnt MULD (Monitorering af unges livsstil og dagligdag). Formålet er at bidrage med oplysninger til at vurdere udviklingen i unges sundhedsvaner og livsstil med henblik på konkrete sundhedsfremmende initiativer og skaffe data til forskning i sammenhænge mellem livsstil og sygdom. Der er aktuelt udgivet rapporter om to undersøgelser, den første beskriver unges forbrug af tobak, alkohol og stoffer i 2000, den anden belyser geografiske forskelle og ligheder i de unges livsstil i 2001 (6) (5).

- I 2000 omfattede undersøgelsen 2.046 unge i alderen 16-20 år, 45% var drenge og 55% piger. En senere undersøgelse, MULD 2001, omfatter både et landsrepræsentativt udsnit på 2.090 unge (45% drenge og 55% piger) og tre regionale udsnit af unge 16-20-årige fra henholdsvis Ribe Amt, Vestsjællands Amt og Københavns Kommune på i alt 1.196 drenge og 1.476 piger (6).

Statens Institut for Folkesundhed har beskrevet børns sundhed ved slutningen af skolealderen i en landsomfattende undersøgelse i 1996-97 og gymnasie- og hf-studenters sundhedsvaner og livsstil i 1996-97.

- Udskolingsundersøgelsen består af en spørgeskemaundersøgelse blandt 8. og 9. klasses elever suppleret med lærerbesvarelser og oplysninger fra skolelæge. Undersøgelsen omfatter 3.458 børn i 23 forskellige kommuner.
- Gymnasie- og hf-undersøgelsen omfatter knap 1/3 af alle landets gymnasie- og hf-elever og blev gennemført som en spørgeskemaundersøgelse, der blev besvaret via computer på de enkelte skoler (7).

I de nævnte undersøgelser har de unge selv besvaret spørgsmål om deres trivsel og helbred, dvs. selv-vurderet helbred, sygdom inden for de seneste uger, en række forskellige psykiske symptomer samt funktion i dagligdagen. Alle undersøgelserne medtager med vekslende detaljeringsgrad information om tobaks- og alkoholforbrug, fysisk aktivitet, kostvaner og indstillingen til egen indsats for at bevare et godt helbred. De fleste undersøgelser har oplysninger om fritidsaktiviteter og forholdet til kammerater og forældre. Nogle af undersøgelserne har medtaget data om forbrug af medicin og euforiserende stoffer, andre har oplysninger om tidlige seksuelle erfaringer, brug af svangerskabsforebyggelse, seksuelle og fysiske overgreb samt mobning.

- Fødevaredirektoratets undersøgelse ”Danskernes kostvaner 2000 – 2001” giver et billede af udviklingen i befolkningens kost – forbrug, indkøb og vaner. Undersøgelsen omhandler voksne i aldersgruppen 15-75 år samt børn i alderen 4-14 år. I undersøgelsen i 1995 indgik der i alt 983 børn, 483 drenge og 500 piger. I undersøgelsen i 2000/2001 i alt 207 børn, 101 drenge og 106 piger (10).

Vi har fortrinsvist medtaget resultater fra undersøgelser af unges trivsel og sundhedsadfærd i det 21. århundrede samt undersøgelser, der kan beskrive udviklingen over tid og over alder i unges sundhedsadfærd. Udviklingen i børns kostvaner er belyst ud fra Fødevaredirektoratets rapport om danskernes kostvaner suppleret med oplysninger fra Udskolingsundersøgelsen i 1996-97 og Skolebørnsundersøgelsen 2002. Der indgår desuden resultater fra en kvalitativ undersøgelse om de sociale og kulturelle forudsætninger for børns kostvalg med fokus på kønsforskelle i spisevaner og i børns og unges viden om sammenhænge mellem fastfood, motion, vægt og kropsbygning (31;32) .





## 4. Helbred og trivsel

I beskrivelsen af de mulige baggrundsfaktorer for kønsforskelle i unges sundhedsadfærd benytter vi resultaterne i de to undersøgelser, der for nyligt er gennemført af Statens Institut for Folkesundhed, dvs. 9. klasse-undersøgelsen og oplysninger om 16-19-årige i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2000 (SUSY 2000). Som mål for selv-rapporteret helbred har vi valgt ”virkeligt godt helbred”, idet det her drejer sig om unge mennesker, som kan/bør forventes overvejende at være raske og have et godt helbred. Sundhedsadfærd omfatter fysisk aktivitet, målt som mindst ugentligt at udføre hård motion – rygning, målt som mindst at ryge ugentligt – alkoholforbrug, målt som at drikke øl og spiritus mindst ugentligt – og risikoadfærd, målt som både at ryge ugentligt og have ugentligt forbrug af øl.

I beskrivelse af resultaterne indgår der dels hyppighed af virkeligt godt helbred og de forskellige typer af sundhedsadfærd. Desuden anføres odds-ratio (OR). OR er et ofte anvendt mål for sammenhængen mellem to variable, og som navnet angiver, er det forhold (ratio) mellem to odds. Hvis OR er større end 1, er der flere der har svaret ja til spørgsmålet end i referencegruppen (sammenligningsgruppen). Hvis OR er mindre end 1, er der færre, der har svaret ja. I tabellerne bagest i bogen er anført 95% sikkerhedsintervaller.

Der er anvendt statistikprogrammet SPSS ved vurdering af sammenhængene mellem selv-rapporteret helbred, sundhedsadfærd og de faktorer, der antages at kunne have betydning for unges trivsel og sundhedsadfærd.

Udviklingen i trivsel og sundhedsadfærd over tid er belyst ud fra resultaterne i WHO's skolebørnsundersøgelser i 1990-erne. De er rapporteret i den seneste undersøgelse, skolebørnsundersøgelsen 2002. Resultaterne i de tre MULD-undersøgelser (Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsens Monitorering af Unges Livsstil og Dagligdag) samt Statens Institut for Folkesundheds undersøgelse af gymnasie- og hf-studenters livsstil belyser aldersforskelle i unges trivsel og sundhedsadfærd.

## Kønsforskelle i 15-16-års alderen

Blandt de 15-16-årige er der færre piger end drenge, der synes, at deres helbred er virkeligt godt og flere piger end drenge vurderer deres helbred som kun nogenlunde. Pigerne har hyppigere været syge inden for de seneste to uger og oplever langt oftere dårlig trivsel, udtrykt bl.a. ved tristhed, nervøsitet, søvnbesvær og uoverkommelighedsfølelse. Piger rapporterer oftere end drenge madlede eller dårlig appetit, og de har oftere end drenge konsulteret en læge og været behandlet med medicin i forbindelse med sygdom.

Knap hver tredje pige i 15-16 års alderen har været syg inden for en to ugers periode mod hver femte dreng. Det er kun ca. hver femte pige, der vurderer sit helbred som virkeligt godt, til trods for at der i denne aldersgruppe sjældent forekommer kroniske lidelser. Det er også en stor andel af pigerne, der har svært ved at falde i søvn og føler, at mange ting er uoverkommeligt.

Blandt 16-19-årige er der en større andel, der vurderer deres helbred som virkeligt godt, henholdsvis 49% af drengene og 43% af pigerne i SUSY 2000, dvs. at kønsforskellen er mindre end blandt 9. klasses eleverne.

**Tabel 4.1**

### **Kønsforskelle i helbred og trivsel blandt 15-16-årige. 9. klasse-undersøgelse 2002**

|                                       | Drenge |      | Piger |      |
|---------------------------------------|--------|------|-------|------|
|                                       | Antal  | %    | Antal | %    |
| Selv-vurderet helbred, virkeligt godt | 1168   | 37,2 | 803   | 26,4 |
| nogenlunde                            | 307    | 9,8  | 478   | 15,7 |
| Syg inden for de sidste 2 uger        | 677    | 21,6 | 946   | 31,1 |
| Andel syge undersøgt af læge          | 145    | 21,4 | 283   | 30,0 |
| Andel syge behandlet med medicin      | 155    | 23,0 | 270   | 28,5 |
| Trist næsten hver dag                 | 343    | 12,4 | 782   | 27,6 |
| Svært ved at falde i søvn             | 798    | 28,4 | 1082  | 37,9 |
| Meget nervøs                          | 443    | 15,9 | 681   | 24,0 |
| Angstanfald                           | 58     | 2,1  | 147   | 5,3  |
| Følt alt uoverkommeligt               | 503    | 18,1 | 1034  | 36,3 |
| Dårlig appetit/madlede                | 273    | 9,9  | 744   | 26,3 |

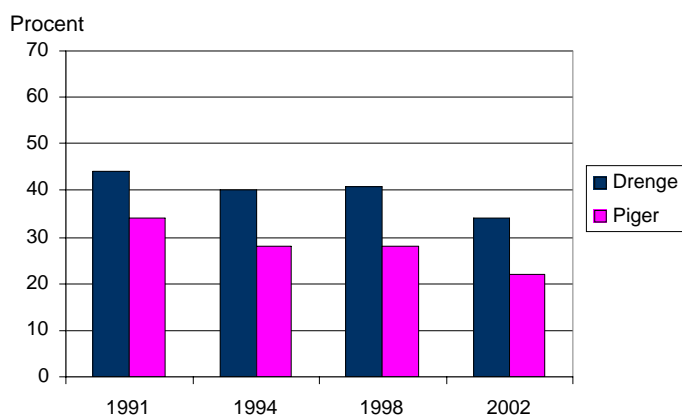
\* Der er signifikante kønsforskelle i alle de viste mål for trivsel.

## Udviklingen i 15-åriges helbred, 1991-2002

Udviklingen i 15-årige drenges og pigers selvvaluerede helbred siden starten af 1990'erne er vist i Figur 4.1, gengivet fra Skolebørnsundersøgelsen 2002 (4). Andelen af drenge og piger, der vurderer deres helbred som meget godt, er faldet i perioden. Der er omtrent den samme kønsforskel i den seneste skolebørns-undersøgelse i 2002 (HBSC-undersøgelsen), som vi fandt i 9. klasseundersøgelsen 2002, men det er en lavere andel af de unge, der i HBSC-undersøgelsen vurderer, at deres helbred er meget godt, 34% af drengene og 22% af pigerne.

**Figur 4.1**

**Udviklingen i perioden 1991 til 2002 i andelen af 9. klasses elever, der vurderer deres helbred som meget godt, fordelt på køn og angivet i procent. Skolebørnsundersøgelserne 1991, 1994, 1998, 2002**



Kilde: HBSC; Skolebørnsundersøgelsen 2002 (4).

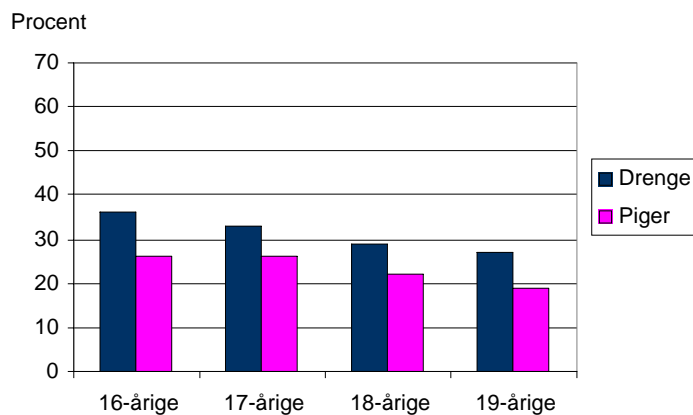
## Udviklingen i helbred fra 16- til 19-års alderen

Andelen, der vurderer deres helbred som virkelig godt, falder fra 16- til 19-års alderen. Figur 4.2 gengiver resultater fra MULD 2000 (Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsens undersøgelse af unges livsstil og dagligdag)(5). Blandt drenge falder andelen fra 36% i 16-års alderen til 27% i 19-års alderen, og blandt piger fra 26% til 19%.

Andelen, der vurderer deres fysiske form som virkelig god, halveres blandt drenge fra 16- til 19-års alderen, 22% mod 11%, og mere end halveres blandt piger, hvor andelen er meget lavere end blandt drenge, i 16-års alderen 8% og i 19-års alderen kun 3%.

**Figur 4.2**

**Udviklingen fra 16- til 19-års alderen i andelen af drenge og piger, der vurderer deres helbred som virkelig godt, angivet i procent. MULD 2000**



Kilde: Muld 2000 (5)

## Sociale relationer og helbred

Forholdet til kammerater, kærester og andre uden for familien har betydning for unges trivsel og sundhedsadfærd. Piger er oftere end drenge glade for at gå i skole og vurderer, at de klarer sig godt i skolen, mens drenge oftere angiver at have det godt med klassekammerater. Der er relativt mange af de unge, der har skiftet skole, og dobbelt så mange piger som drenge oplyser, at årsagen til skoleskiftet var, at de ikke havde det godt med klassekammeraterne. Blandt den del af pigerne, der ikke kan lide at gå i skole, er det knap hver tredje, der har det dårligt med klassekammerater, mod at det kun gælder for hver syvende af alle drenge, der ikke kan lide at gå i skole. Det ser således ud til, at forholdet til kammerater betyder eller kan betyde mere for pigerne end for drengene. Tabel 4.2 viser kønsforskelle i en række sociale relationer blandt 9. klasses elever.

**Tabel 4.2**

**En række sociale relationer og belastende oplevelser blandt 15-16-årige, fordelt på køn og angivet i procent. 9. klasse-undersøgelse 2002**

|   | Drengene |      | Piger |      |
|---|----------|------|-------|------|
|   | Antal    | %    | Antal | %    |
| Kan lide at gå i skole                  | 1875     | 59,8 | 2131  | 70,2 |
| Klarer sig godt fagligt                 | 2133     | 68,1 | 2215  | 73,0 |
| Har det godt med klassekammerater       | 2733     | 91,1 | 2526  | 85,1 |
| Har nemt ved at tale med kammerater     | 1954     | 66,5 | 1742  | 63,2 |
| Ofte sammen med kammerater              | 2391     | 76,3 | 2168  | 72,4 |
| Har en kæreste                          | 666      | 21,8 | 952   | 31,9 |
| Har oplevet brud med kæreste seneste år | 841      | 26,8 | 1023  | 33,6 |
| Har været i seng med kæreste            | 861      | 36,8 | 873   | 39,9 |
| Har oplevet mobning                     | 1368     | 45,9 | 1501  | 50,8 |
| Selv udsat for vold                     | 372      | 12,3 | 277   | 9,3  |
| Oplevet vold mod moder                  | 176      | 5,8  | 251   | 8,5  |
| Oplevet vold mod fader                  | 58       | 1,9  | 73    | 2,5  |

\* Der er signifikante kønsforskelle i alle faktorer, bortset fra "vold mod fader".

Knap hver tredje pige har en kæreste, og til trods for at 80% af pigerne er 15 år eller yngre, har en stor andel, 40%, allerede haft samleje med en kæreste. Kæresteforhold er lidt mindre hyppige blandt drengene. Piger har oftere end drenge oplevet brud med kæreste.

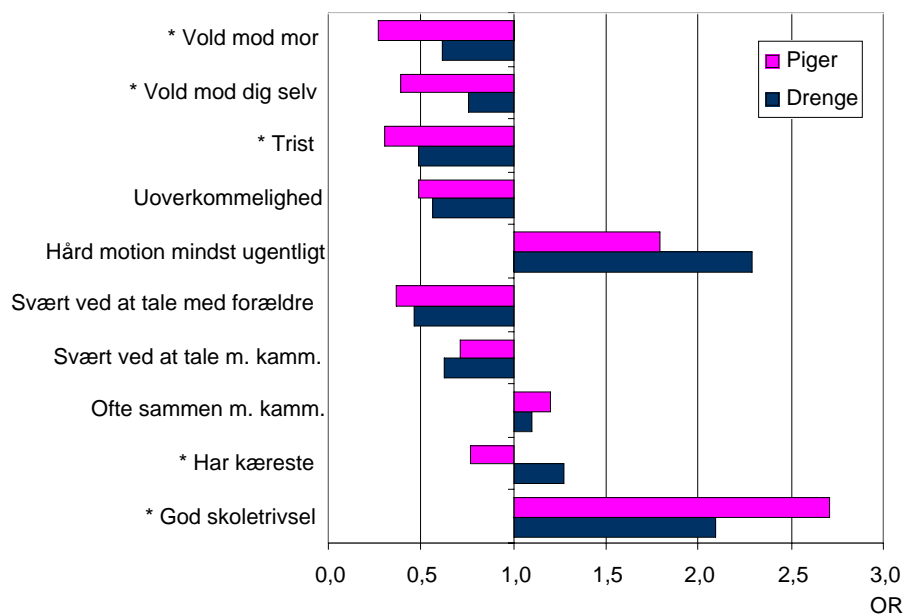
Der er markante kønsforskelle i voldserfaringer, flere drenge end piger har selv været udsat for vold, men piger rapporterer hyppigere end drenge at have oplevet vold mod moder. I lighed med andre skolebørnsundersøgelser er der mange, der oplever at have været udsat for mobning, og andelen er højst blandt piger.

### Kønsforskelle i sammenhænge mellem helbred og sociale relationer

Der er i andre undersøgelser påvist sammenhænge mellem unges selv-vurderede helbred og en række sociale relationer (8) (14) (33). Vi har sammenlignet selv-vurderet helbred i forskellige kategorier af sociale relationer. Som omtalt er der valgt "virkeligt godt helbred" som mål for de unges trivsel. Der er i præsentation af resultaterne i Figur 4.3 kun medtaget de kategorier, hvor der er fundet statistisk signifikante sammenhænge, fx mellem at vurdere sit helbred som virkeligt godt og have god skoletrivsel. Bagest i rapporten gengives resultaterne af de statistiske analyser med markering af, hvor der er statistisk signifikante kønsforskelle i sammenhænge.

**Figur 4.3**

**Sammenhæng mellem selv-vurderet virkeligt godt helbred, sociale relationer og trivselsproblemer, fordelt på køn, angivet som OR. 9. klasse-undersøgelsen 2002**



Sikre kønsforskelle (statistisk signifikante) i sammenhænge er angivet med \*.

Hvis OR er >1 har den pågældende gruppe oftere rapporteret virkeligt godt helbred end andre unge.

Hvis OR er <1 har den pågældende gruppe sjældnere rapporteret virkeligt godt helbred end andre unge.

God skoletrivsel hænger sammen med at vurdere sit helbred som virkeligt godt, og der er størst sammenhæng for piger. Det er drenge og piger, som er fysisk aktive i fritiden, dvs. dyrker hård motion mindst en gang om ugen, og som ofte er sammen med kammerater efter skoletid, der oftest rapporterer, at deres helbred er virkeligt godt. Der er tendens til større sammenhæng mellem virkeligt godt helbred og ofte at være sammen med kammerater for piger end for drenge.

De unge, der har svært ved at tale med kammerater og/eller forældre, og som ofte oplever uoverkommelighed vurderer sjældnere helbredet som virkeligt godt end dem, der ikke rapporterer disse forhold.

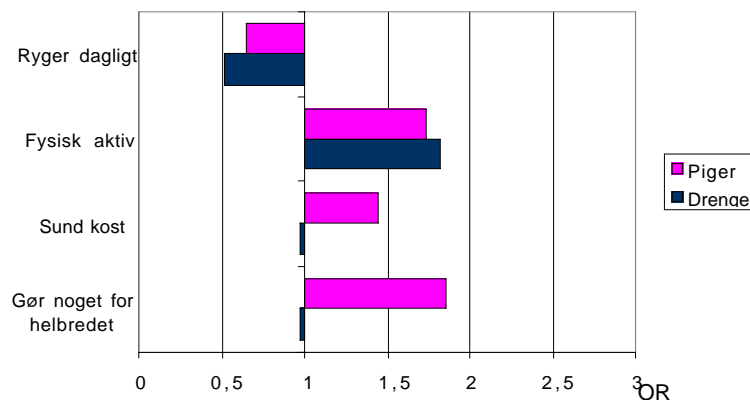
Der er signifikante kønsforskelle i sammenhængen mellem at have en kæreste og opleve sit helbred som virkeligt godt. Drenge, der har en kæreste, vurderer oftere deres helbred som virkeligt godt end de drenge, der ikke har en kæreste, mens piger med kæreste sjældnere end piger uden kæreste vurderer deres helbred som virkeligt godt. Symptomerne på ikke at trives godt, nemlig ofte at føle at alting er uoverkommeligt, opleve tristhed og madlede/appetitløshed, øger sandsynligheden for ikke

at vurdere sit helbred som virkeligt godt – og der er signifikant kønsforskel i sammenhæng med tristhed, som er mest udtalt for piger.

At have oplevet vold enten mod sig selv eller sin moder påvirker markant egen vurdering af helbredet. Sammenhængene er stærkest for piger, og der er størst sammenhæng mellem at have oplevet vold i hjemmet mod moder. Kontrol for betydningen af etnicitet og alder ændrer ikke disse sammenhænge.

Blandt de 16-19-årige er der kønsforskelle i sammenhænge mellem virkeligt godt helbred og at opleve at være uønsket alene. At gøre noget for sit helbred og spise sund kost har for piger sammenhæng med at vurdere helbredet som virkeligt godt, ikke for drenge. For begge køn har fysisk aktivitet den største sammenhæng med virkeligt godt helbred. Figur 4.4 er baseret på data i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000, der er medtaget de faktorer, der viser markante sammenhænge med selv-vurderet helbred. De statistiske beregninger er vist i tabelafsnittet bagest i rapporten.

**Figur 4.4**  
**Sammenhæng mellem selv-vurderet virkeligt godt helbred og sundhedsadfærd, fordelt på køn og angivet ved OR. SUSY 2000**







## 5. Sundhedsadfærd

Pigers sundhedsadfærd i 15-19-års alderen er inden for flere områder dårligere end drenges. Hver fjerde pige får ikke den anbefalede mængde motion, mod hver femte dreng. Piger rygere oftere end drenge, dog er der blandt rygere færre piger end drenge, som ryger mere end 10 cigaretter pr. uge. Drenge drikker oftere end piger øl mindst en gang om ugen, men drenge og piger drikker omtrent lige ofte spiritus mindst en gang om ugen, og piger drikker vin lidt oftere end drenge. Drenge overskrider hyppigere genstandsgrænser for ugentlig alkoholindtagelse end piger. Piger spiser oftere frugt og grønt end drenge, men springer hyppigere et eller flere hovedmåltider over enten hver dag eller flere gange om ugen.

De fleste unge mener, at deres egen indsats har betydning for at bevare sundhed, andelen er lidt større blandt piger end drenge – og en større andel af piger end drenge mener selv, at de aktivt gør noget for at bevare et godt helbred. Tabel 5.1 viser kønsforskellene blandt 15-16-årige i de traditionelle mål for sundhedsadfærd: rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og holdning til egen indsats for at bevare et godt helbred.

**Tabel 5.1**

**Sundhedsadfærd blandt 15-16-årige, fordelt på køn og angivet i procent. 9. klasse-undersøgelse 2002**

|                                       | Drenge |      | Piger |      |
|---------------------------------------|--------|------|-------|------|
|                                       | Antal  | %    | Antal | %    |
| Ryger dagligt                         | 427    | 13,6 | 450   | 14,8 |
| Ryger mindst ugentligt *              | 514    | 16,4 | 580   | 19,1 |
| Drikker øl mindst ugentligt *         | 1670   | 53,5 | 1161  | 38,9 |
| Drikker vin mindst ugentligt          | 275    | 9,5  | 604   | 10,7 |
| Drikker spiritus mindst ugentligt     | 1167   | 38,0 | 1089  | 36,8 |
| Dyrker hård motion hver dag *         | 940    | 30,1 | 538   | 17,8 |
| Dyrker hård motion mindst ugentligt * | 2499   | 80,1 | 2216  | 73,5 |
| Tror på egen indsats for helbred *    | 2844   | 90,8 | 2820  | 92,9 |

\* Angiver statistisk signifikante kønsforskelle

Langt flere drenge end piger dyrker hård motion dagligt, og flere drenge end piger er tilknyttet idrætsorganisationer. Drengenes foretrukne sportsgren er fodbold, tennis/ badminton, håndbold, roning og kampsport, mens pigerne hyppigst angiver at dyrke håndbold, aerobics og ridning i nævnte rækkefølge.

### Udviklingen i 15-åriges sundhedsvaner, 1991-2002

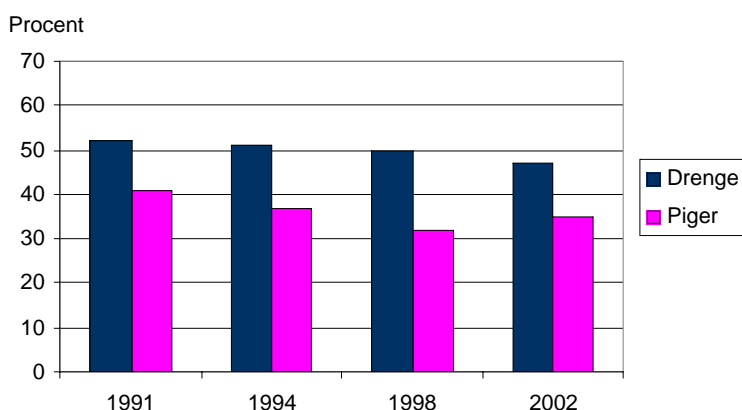
Udviklingen i 9. klasses elevers sundhedsvaner er beskrevet i skolebørnsundersøgelsen 2002 (14). I perioden 1991 til 2002 er der modsatrettede tendenser i udviklingen i ryge- og drikkeadfærd,

specielt blandt piger – en nedgang i andelen af rygere, men en stigning i andelen, der ofte drikke alkohol.

De unges fysiske aktivitetsniveau er faldet. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at unge i 15-års alderen dyrker hård fysisk aktivitet ca. 4 timer om ugen, men i 2002 er det under halvdelen af drengene og kun godt hver tredje pige, der følger denne anbefaling (Figur 5.2).

**Figur 5.2**

**Udviklingen i 15-åriges fysiske aktivitet, angivet som andelen der dyrker hård motion mindst 4 timer ugentligt, fordelt på køn, angivet som procent. Skolebørnsundersøgelserne 1991, 1994, 1998 og 2002**

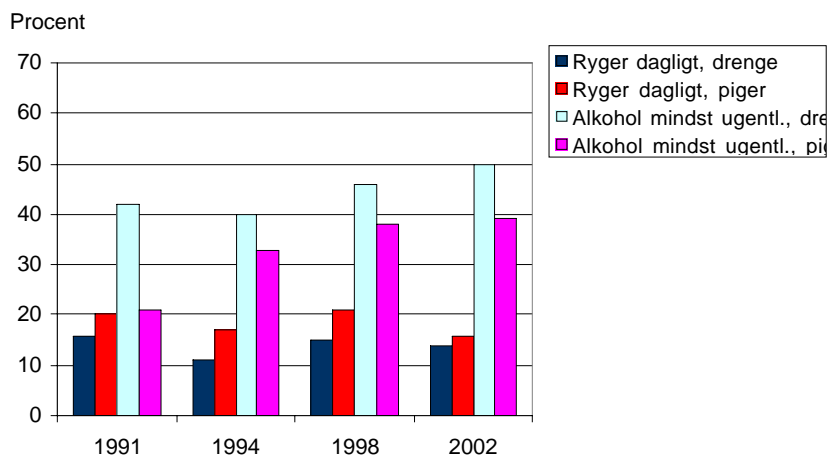


Kilde: HBSC; Skolebørnsundersøgelsen 2002 (4).

Udviklingen i perioden 1991-2002 i daglig rygning og alkoholforbrug er vist i Figur 5.3. Der ses en nedgang i andelen af dagligrygere både blandt drenge og piger, og kønsforskellene er reduceret fra 1998 til 2002. Der er en større stigning i andelen, der drikker alkohol mindst en gang ugentligt, blandt piger end blandt drenge, således at de udtalte kønsforskelle i 1991 er reduceret i 2002.

**Figur 5.3**

**Udviklingen i andelen af 15-årige, der ryger og drikker alkohol mindst en gang ugentligt, fordelt på køn og angivet i procent. Skolebørnsundersøgelserne 1991, 1994, 1998 og 2002**



Kilde: HBSC; Skolebørnsundersøgelsen 2002 (4)

I 2002 havde ca. 2/3 af både drengene og pigerne oplevet at være fulde mindst to gange – 26% af drengene og 21% af pigerne havde røget hash mindst en gang, mens andelen der havde røget hash mindst ti gange viste større kønsforskelle, henholdsvis 8% og 3%.

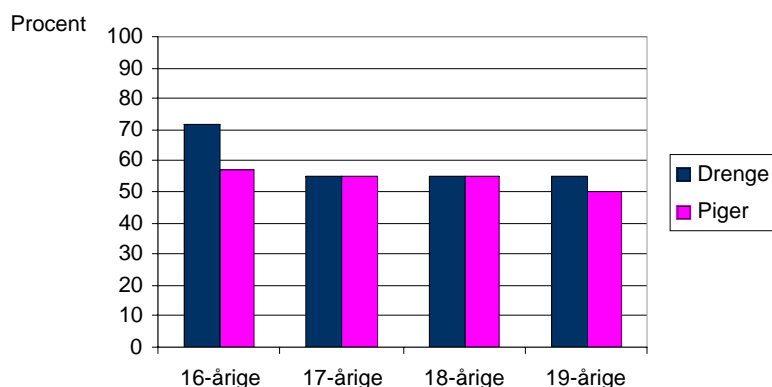
### Ændringer i sundhedsadfærd fra 16- til 19-års alderen

Kønsforskellene i fysisk aktivitet øges med alderen. Blandt de 16-19-årige, der deltog i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2000 er der 52% af drengene og 38% af pigerne, der dyrker motions- eller konkurrenceidræt ugentligt, sammenlignet med at der blandt de 15-16-årige 9. klasses elever var 80% af drengene og 73% af pigerne, der dyrkede hård fysisk motion mindst en gang om ugen.

I alderen 16-19 år anbefales der mindst 1 times fysisk aktivitet om ugen. I MULD 2001 undersøgelsen angiver 72% af de 15-årige drenge og 57% af pigerne, at de samlet i fritiden og i forbindelse med skolegang og arbejde udfører mindst det anbefalede antal timers motion om ugen. Andelen falder med alderen. I 19-års alderen oplyser kun 55% af drengene, at de mindst får 3,5 timers motion om ugen, kønsforskellene i fysisk aktivitet ud fra dette mål (3,5 timer eller mere om ugen) udjævnes fra 17-års alderen (Figur 5.4).

**Figur 5.4**

**Udviklingen fra 16- til 19-års alderen i andelen af drenge og piger, der er fysisk aktive mindst 3,5 timer om ugen, angivet som procent. MULD 2001**

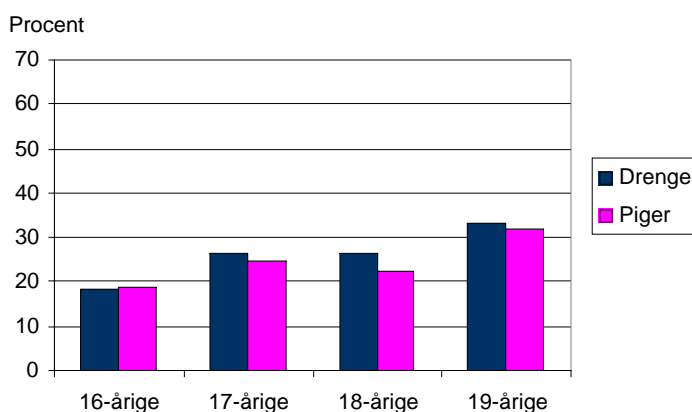


Kilde: Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen MULD 2001 (6).

Andelen af daglig rygere øges med alderen blandt både drenge og piger. I MULD 2000 oplyser 16% af de 16-årige drenge mod 22% af de 19-årige, at de ryger dagligt – og andelen af daglig rygere er 15% blandt de 16-årige og 26% blandt de 19-årige piger. Udover daglig rygere er der op til 7%, blandt de 18-årige piger, der ryger mindst en gang om ugen. Figur 5.5 viser udviklingen fra 16- til 19-års alderen i andelen blandt drenge og piger, der ryger mindst en gang om ugen.

**Figur 5.5**

**Udviklingen fra 16 til 19-års alderen i andelen af drenge og piger, der ryger mindst en gang om ugen, angivet i procent. MULD 2001**



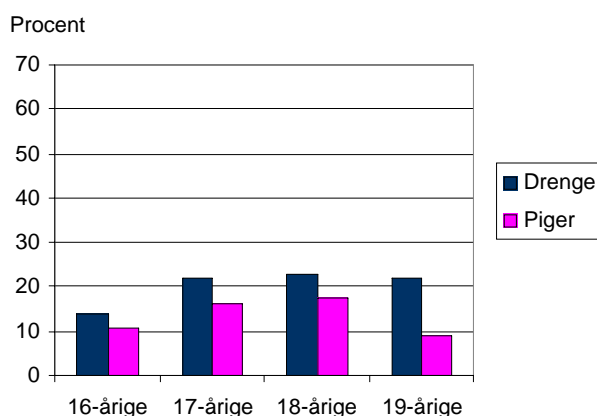
Kilde: Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen MULD 2001 (6).

I MULD-undersøgelserne rapporteres det, at piger hyppigst starter rygning i 14-års alderen, og at en større andel af piger end drenge er startet rygning før de fyldte 15 år, henholdsvis 56% og 51%.

Det er et mindretal af de 16-19-årige drenge, der ikke har drukket alkohol i løbet af den seneste uge, og det er en forholdsvis stor andel, som har overskredet de anbefalede grænser for voksnes ugentlige alkoholforbrug, som er på henholdsvis 21 genstande for mænd og 14 for kvinder, 14% af de 16-årige og 22% af de 19-årige drenge mod henholdsvis 11% og 9% af de 18-årige piger. Andelen af piger, der drikker over genstandsgrænsen falder fra 18- til 19-års alderen (Figur 5.6).

**Figur 5.6**

**Udviklingen i andelen af drenge og piger, der drikker over genstandsgrænsen, fra 16- til 19-års alderen, angivet som procent. MULD 2001**



Kilde: Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen MULD 2001 (6).

## Sociale relationer og sundhedsadfærd

Vi har ud fra data i 9. klasse-undersøgelsen 2002 og Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2002 testet for sammenhænge mellem en række forskellige faktorer, der anses at have betydning for unges sundhedsadfærd og henholdsvis fysisk aktivitet, rygning og alkoholforbrug. Formålet er at vurdere, om det kan bidrage til forklaringer på de påviste kønsforskelle i unges sundhedsadfærd.

De statistisk sikre sammenhænge er visualiseret i figurer i rapportens følgende afsnit. Resultaterne af de statistiske analyser findes i tabelafsnittet bagest i rapporten. Tabellerne viser antallet af svarpersoner i de enkelte kategorier og den procentvise forekomst af de forskellige former for sundhedsadfærd inden for forskellige kategorier og OR, som mål for sammenhængen mellem to variable.

### Fysisk aktivitet

Figur 5.7 viser sammenhænge mellem fysisk aktivitet, ugentlig rygning og sociale relationer, angivet ved OR (hvis  $OR > 1$  ryger de unge i gruppen oftere end de andre unge). Der er i figuren

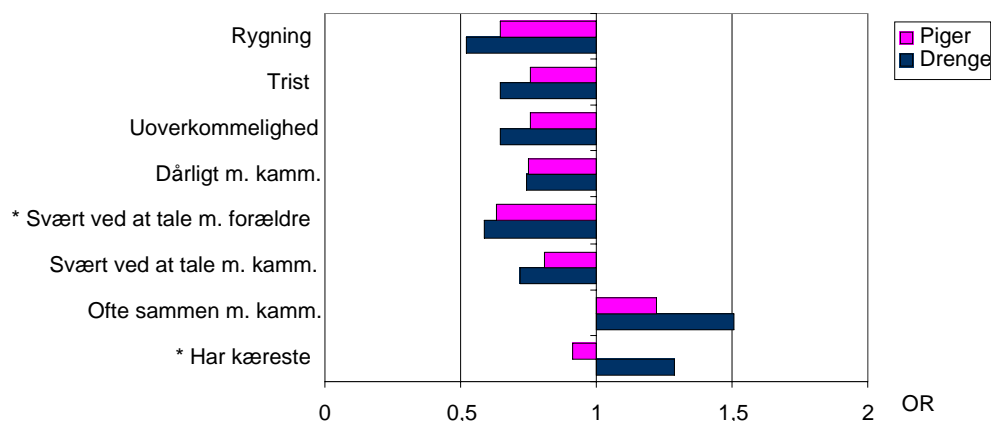
medtaget statistisk sikre sammenhænge, og vist, hvor der er statistisk signifikante kønsforskelle. Resultaterne af analyserne findes i tabelafsnittet bagest i rapporten.

Ydre påvirkninger af social eller helbredsmæssig karakter (samvær med kammerater eller forældre, sindstilstand, helbredsopfattelse) har i høj grad en sammenhæng med de unges sundhedsadfærd. Både for drenge og piger er der positiv sammenhæng mellem hyppigt samvær med kammerater og fysisk aktivitet, mens der er negativ sammenhæng med at have svært ved at tale med kammerater og med forældre og have det dårligt med kammerater. Rygning har negativ betydning for begge køns fysiske aktivitet.

Der er signifikant kønsforskel i sammenhæng mellem at have en kæreste og at være fysisk aktiv, for drenge er sammenhængen positiv ( $OR > 1$ ) og for piger negativ ( $OR < 1$ ). For drenge er der tendens til en større negativ sammenhæng mellem at føle sig trist og fysisk aktivitet.

**Figur 5.7**

**Sammenhænge mellem fysisk aktivitet, sociale relationer og anden sundhedsadfærd, fordelt på køn og angivet ved OR. 9. klasse-undersøgelsen 2002**



\* Statistiske signifikante kønsforskelle

Vores resultater er baseret på tværsnitsundersøgelser. Det er derfor ikke muligt at vurdere kausaliteten i sammenhængene mellem sparsom fysisk aktivitet og trivselsproblemer. Dårlig trivsel kan medføre manglende lyst til fysisk aktivitet – eller ringe fysisk aktivitet kan medføre dårlig trivsel og symptomer på tristhed.

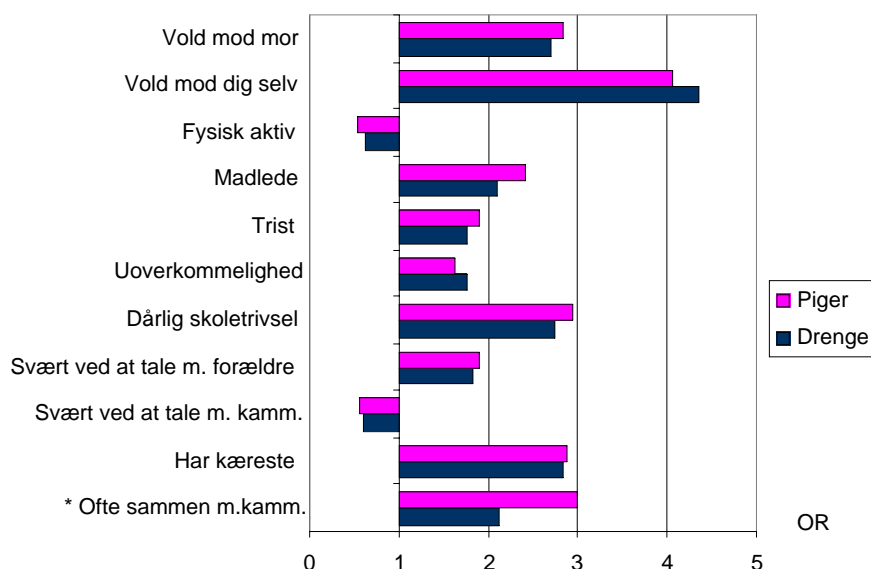
## Rygning

En lang række undersøgelser har påvist, at der er markante sammenhænge mellem unges rygning, kammeratpåvirkning, rygning blandt søskende og forældre og på arbejdet (14) (26) (33) (34). Der er

et socialt aspekt i, hvorvidt de unge ryger, især for piger. Hvis de er isoleret fra jævnaldrende (ikke tilbringer så meget tid med dem, har svært ved at tale med dem eller ikke har en kæreste), ryger de mindre. Hvorimod de ryger mere, hvis de har svært ved at tale med forældre, især når de hyppigt tilbringer tid med kammerater og venner efter skole.

Resultaterne af analyserne, der er baseret på data i 9. klasse-undersøgelsen findes i Tabelafsnittet. Figur 5.8 viser statistisk sikre sammenhænge mellem de analyserede faktorer og at ryge mindst en gang om ugen. Statistisk signifikante kønsforskelle i disse sammenhænge er angivet med \*.

**Figur 5.8**  
**Sammenhæng mellem rygning ugentligt, sociale relationer og anden sundhedsadfærd for drenge og piger, angivet ved OR. 9. klasse-undersøgelse 2002**



\* Statistisk signifikante kønsforskelle

For begge køn gælder, at der er markante sammenhænge mellem at ryge og have været udsat for vold eller oplevet vold mod moder. Sandsynligheden for at en ung, der har været udsat for vold, ryger er ca. fire gange større end sandsynligheden for at en ung, der ikke har oplevet vold, ryger.

Der er kun få kønsforskelle i de påviste sammenhænge, dog er der signifikante kønsforskelle i sammenhænge mellem ofte at være sammen med kammerater efter skoletid og rygning, idet sammenhængen er større for piger end drenge.

For begge køn gælder, at de der har en kæreste, har svært ved at tale med forældre eller ikke trives i skolen, oftere ryger end de andre unge.

Blandt de 16-19-årige, der deltog i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2000 er der tendens til en sammenhæng for piger mellem tristhed/nedtrykthed, træthed og rygning og for drenge mellem at opleve stress og ryge. Resultaterne er vist i tabelafsnittet bagest i rapporten.

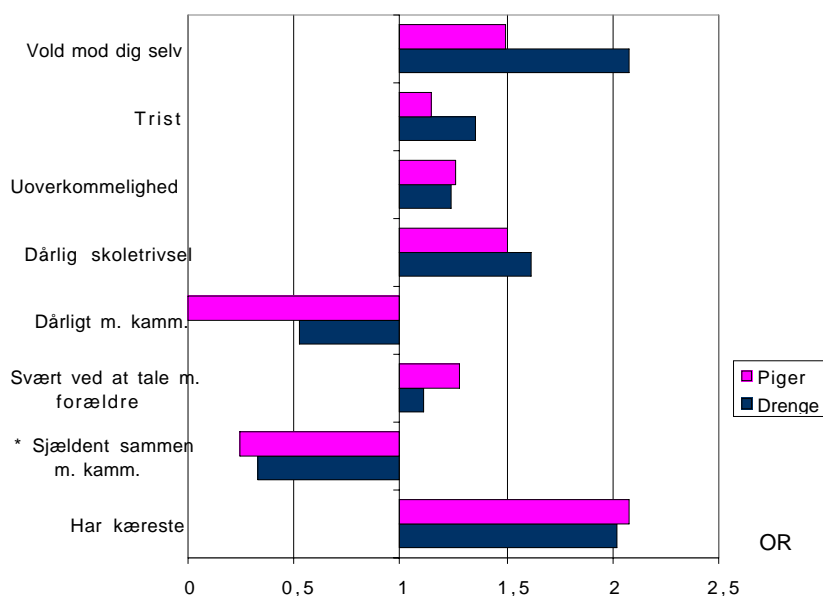
## Alkohol

Alkoholvaner blandt unge i Danmark hænger sammen med at have en stor vennekreds og hyppigt samvær med kammerater, med besøg på diskoteker, dans og deltagelse i idrætsaktiviteter. At 19-20-årige piger mere sjældent drikker alkohol end 18-19-årige piger, som rapporteret i MULD-undersøgelserne, kan tolkes som en følge af færre sociale kontakter, når de efter endt skolegang skifter omgangskreds, har mere knap økonomi end dengang de boede hjemme hos forældre, og derfor mindre hyppigt er i byen og fester, men kan også være udtryk for en aldersmodning og etablering af nye sociale sammenhænge, hvor alkohol spiller en anden rolle.

Figur 5.9 viser sammenhænge mellem en række faktorer og dagligt eller mindst en gang om ugen at drikke øl.

**Figur 5.9**

**Sammenhæng mellem at drikke øl mindst ugentligt og sociale relationer, fordelt på køn og angivet ved OR. 9. klasse-undersøgelse 2002**



\* Statistisk signifikante kønsforskelle

Der er markante sammenhænge mellem øldrikning og omfanget af sociale kontakter. Drenge og piger, som for tiden har kæreste, drikker meget oftere øl (mindst en gang om ugen) sammenlignet



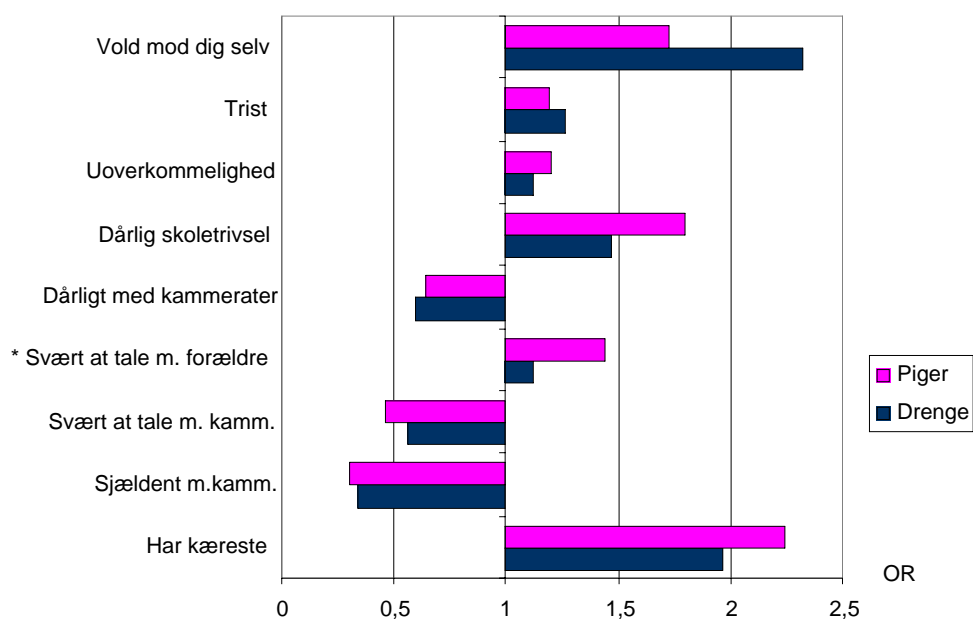
med dem, der ikke har en kæreste - og de, som sjældent er sammen med kammerater i fritiden og har det dårligt med klassekammeraterne, drikker sjældnere øl hver uge. Der er signifikant kønsforskel i sammenhængen mellem sjældent at være sammen med kammerater og drikke øl, hvor det har størst negativ sammenhæng for piger.

Ud fra figuren synes der at være mere markante sammenhænge for drenge end piger mellem selv at have været udsat for vold og drikke øl, men kønsforskellen er ikke signifikant.

De 15-16-årige drenge og piger drikker omtrent lige hyppigt spiritus, og der er de samme sammenhænge for drenge og piger mellem at drikke spiritus mindst en gang om ugen og de analyserede faktorer. Men der er signifikante kønsforskelle i betydningen af at have svært ved at tale med forældre, hvor sammenhængen er størst for piger (Figur 5.9).

**Figur 5.9**

**Sammenhænge mellem at drikke spiritus mindst en gang om ugen og sociale relationer for drenge og piger, angivet ved OR. 9. klasse-undersøgelse 2002**



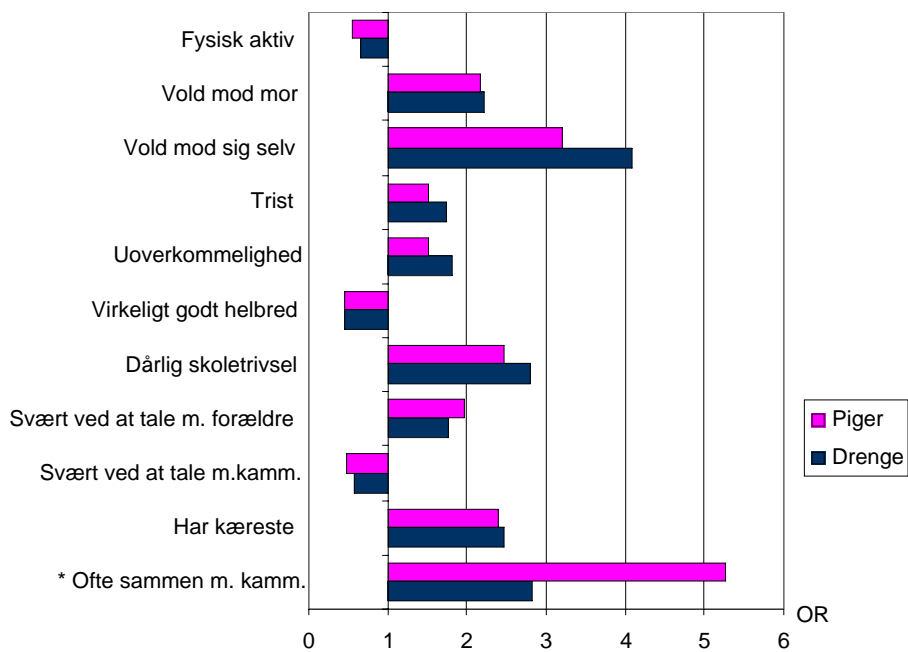
\* Statistisk signifikante kønsforskelle

For piger gælder det, at der er større sammenhæng mellem at have en kæreste, opleve dårlig skoletrivsel og drikke spiritus mindst en gang om ugen – end tilsvarende sammenhænge med at drikke øl. For begge køn er der mere markante sammenhænge mellem selv at have været udsat for vold og at drikke spiritus mindst en gang om ugen (Figur 5.9).

Den gruppe af unge, der både ryger og ofte drikker øl, vil kunne betegnes som en gruppe med ”risikoadfærd” i forhold til den anbefalede sundhedsadfærd. Ud af alle svarpersonerne i 9. klasseundersøgelsen var der i denne kategori 456 drenge, 15% af alle drenge, og 428 piger, 14% af alle piger. Blandt rygere er sandsynligheden for også ofte at drikke alkohol markant større end blandt ikke-rygere. Henholdsvis 81 % af drengene og 67 % af pigerne, der ryger, drikker ofte øl.

De sammenhænge, der blev påvist mellem rygning og de analyserede faktorer, genfindes her men med øget styrke for en række af faktorerne og med større kønsforskelle. Piger, der ofte er sammen med kammerater, udviser langt oftere denne risikoadfærd end de piger, der sjældent er sammen med kammerater – og der er signifikant kønsforskel i sammenhængen (Figur 5.10).

**Figur 5.10**  
**Sammenhængen mellem risikoadfærd (at ryge og drikke øl mindst ugentligt) og en række faktorer, der antages at have betydning herfor, opdelt på køn. 9. klasseundersøgelsen, 2002**



\* Statistisk signifikante kønsforskelle

## 6. Kost

Piger spiser oftere end drenge frugt og grønt, men piger undlader hyppigere end drenge at spise morgenmad og/eller frokost dagligt. I udskolingsundersøgelsen i 1996/97 oplyste næsten dobbelt så mange af de 15-årige piger som drenge, henholdsvis 6% og 11%, at de sjældent eller aldrig spiste morgenmad, og 5% af drengene mod 8% af pigerne, at de 1-2 gange om ugen undlod at spise frokost. Der var også signifikante kønsforskelle i, hvor hyppigt drenge og piger undlod at spise aftensmad, men når det drejer sig om anbefalingerne vedrørende frugt og grønt, oplyste lidt over halvdelen af pigerne, at de spiste frugt hver dag, mod 1/3 af drengene (8).

Fødevedredirektoratet undersøgte i 1995 befolkningens kostvaner, deltagerne i undersøgelsen registrerede igennem 7 dage alt, hvad de spiste og drak i et kostspørgeskema med faste svarkategorier baseret på de hyppigst spiste levnedsmidler og retter, suppleret med åbne svarmuligheder. I undersøgelsen var inkluderet børns og unges kostvaner. Unge i 15-18-års alderen besvarede selv spørgeskemaet (10). Undersøgelsen konkluderede, at danske børn og unge generelt får en kost, der stort set dækker deres vitamin- og mineralbehov, men samtidig er kosten for fed og indeholder for meget sukker. Ligesom de voksne spiser børn og unge for meget smør og margarine, for mange fede mejeriprodukter og kødprodukter og for lidt frugt og grønt samt kartofler, kornprodukter og fisk. Det lave fiskeindtag resulterer i, at børns indtag af jod og D-vitamin er lavere end ønskeligt. Børnenes kost indeholder desuden for meget slik og sodavand.

### Måltider, ændringer over alder

Fødevedredirektoratets kostundersøgelse viser, at med stigende alder springes hovedmåltiderne hyppigere over. Men samtidig viser undersøgelsen også, at det typisk er en eller to dage i ugen og ikke hver dag, at et eller flere måltider er sprunget over. Navnlig frokosten springes over. Det er kun 1/3 af de 15-18-årige, der spiser frokost hver dag, men samtidig er det få, der gør det mere end 1-2 gange om ugen.

Tabel 6.1 gengiver resultater fra Fødevedredirektoratets kostundersøgelse i 1995 og viser udviklingen over alder i børns og unges indtag af hovedmåltider. Så længe børnene er under skolealderen, får den overvejende del af børnene morgenmad hjemme. Det må antages, at resten får morgenmad i børnehaven. Fra 14-års alderen falder andelen, der spiser morgenmad hver dag, og i 15-18-års alderen er det kun knap 2/3, der hver dag spiser morgenmad, og ca. \_ har ikke spist middagsmad hver dag.

**Tabel 6.1.****Hvor ofte spises de enkelte hovedmåltider blandt børn og unge? I procent.**

|                            | 1-6 år | 7-10 år | 11-14 år | 15-18 år |
|----------------------------|--------|---------|----------|----------|
| <u>Morgenmad</u>           |        |         |          |          |
| Har spist alle dage        | 91     | 89      | 82       | 61       |
| Har sprunget 1-2 dage over | 9      | 10      | 15       | 29       |
| <u>Frokost</u>             |        |         |          |          |
| Har spist alle dage        | 73     | 71      | 51       | 34       |
| Har sprunget 1-2 dage over | 26     | 27      | 41       | 54       |
| <u>Aftensmad</u>           |        |         |          |          |
| Har spist alle dage        | 85     | 87      | 85       | 70       |
| Har sprunget 1-2 dage over | 15     | 13      | 15       | 30       |

Kilde: Fødevarerdirektoratets Kostundersøgelse 1995 (9).

Det er kun ca. 40 % af de 15-18-årige, der har spist alle tre hovedmåltider hver dag i ugen. De resterende udviser et meget forskelligartet måltidsmønster, hvor en del har hoppet et hovedmåltid over 3-4 dage i løbet af ugen, og nogle få har jævnligt hoppet flere hovedmåltider over om dagen. Til trods for disse uregelmæssigheder konstaterer undersøgelsen, at for langt de fleste er overspringning af måltider sporadisk og ikke en rutine.

**Kostens lødighed**

Op til 10% af madens samlede energi kan komme fra sukker, uden at kosten af den grund kan kaldes usund. Sukkeret i sig selv indeholder ingen næringsstoffer, og der er heller ikke nævneværdige mængder af vitaminer og mineraler i de sukkerholdige produkter. Produkterne giver energi, men ingen eller kun lidt af vitaminer og mineraler. Det betyder, at for meget af de søde sager optager pladsen for andre sundere fødevarer, og dermed er der risiko for, at børnenes kost som helhed bliver mangelfuld.

Kostundersøgelserne viser, at børns og unges kost indeholder for meget sukker, idet omkring 13-14% af energien stammer fra sukker. Sukkerindtaget kommer primært fra slik og søde drikke. De fleste børn og unge spiser slik flere gange om ugen. Lørdagsslik er blevet til hverdagsslik og for indtagelse af sodavand og saft ses et lignende mønster. Navnlig de 15-18-årige piger er mere slikne end drengene, det er således 40% af pigerne mod 19% af drengene, der spiser slik mindst fem dage om ugen (10;35).

**Tabel 6.2.****Indtaget af slik og chokolade blandt 11-18-årige drenge og piger. I procent**

| <b>Slik og chokolade</b>       | 11-14 år |       | 15-18 år |       |
|--------------------------------|----------|-------|----------|-------|
|                                | Drenge   | Piger | Drenge   | Piger |
| Har ikke spist i løbet af ugen | 10       | 4     | 19       | 11    |
| Spist 1-2 dage i ugen          | 33       | 36    | 44       | 24    |
| Spist 3-4 dage i ugen          | 35       | 39    | 18       | 24    |
| Spist _ 5 dage om ugen         | 22       | 22    | 19       | 40    |

Kilde: Fødevarerdirektoratets Kostundersøgelse 1995 (9).

I 1996/97 besvarede knap 25.000 danske gymnasie- og hf-elever, svarende til godt 1/3 af samtlige elever, et spørgeskema pr. computer, og 70% af svarpersonerne deltog også i en konditest og fik målt deres blodtryk. Undersøgelsen blev gennemført af Statens Institut for Folkesundhed på initiativ af Undervisningsministeriet mhp. at inspirere til sundhedsfremme og sundhedsundervisning i gymnasiet og hf. Der deltog 9.492 drenge og 15.152 piger i alderen 16-20 år, de 17-18-årige udgjorde 60% af hele gruppen. Undersøgelsen omfatter en overvægt af unge i Danmark, der socialt set er relativt velstillede. Andre undersøgelser har påvist, at der er kønsforskelle i sammenhænge mellem sociale faktorer og nogle former for sundhedsadfærd blandt unge. Mens der tilsyneladende ikke er sammenhæng mellem forældres sociale status og pigers rygning (24), har sociale faktorer betydelig indflydelse på unges kostvaner (34) og på drenges fysiske aktivitet (24).

Gymnasieundersøgelsen er muligvis ikke repræsentativ for hele ungdomsårgangen men rummer en række andre oplysninger om de 16-19-åriges kostvaner i slutningen af 1990'erne. Tabel 6.3 viser de betydelige kønsforskelle i andelen af drenge og piger, der oplyser, at de i nogen grad eller meget foretager bevidste kostvalg af hensyn til helbredet.

**Tabel 6.3**

**Holdning til sund kost blandt 16-19-årige drenge og piger. I procent**

|                             | <b>Drenge</b> | <b>Piger</b> |
|-----------------------------|---------------|--------------|
| Undgår fed mad              | 55,3          | 87,5         |
| Spiser masser af grøntsager | 60,8          | 86,1         |
| Spiser meget fisk           | 34,1          | 47           |
| Spiser meget frugt          | 63,2          | 88,8         |

Kilde: Gymnasie- og hf-elevs sundhedsvaner og livsstil 1996-97

Blandt de 16-19-årige, der deltog i gymnasie- og hf-undersøgelsen i 1996-97, rapporterer en markant større andel af piger sammenlignet med drenge, at de ønsker at tabe i vægt, og en større andel blandt piger er aktuelt på slankekur, herunder spiser slankepiller eller spiser generelt mindre for at tabe sig. Andelen af piger, der ikke hver eneste dag spiser morgenmad, frokost og aftensmad, er ligeledes større end andelen blandt drenge, og kønsforskellene er størst for de måltider, der indtages i hjemmet (Tabel 6.4).

**Tabel 6.4****Slankeadfærd blandt 16-19-årige drenge og piger.**

|                                     | Drenge<br>% | Piger<br>% |
|-------------------------------------|-------------|------------|
| Spiser ikke morgenmad hver dag      | 26,2        | 34,6       |
| Spiser ikke frokost hver dag        | 22          | 23,9       |
| Spiser ikke aftensmad hver dag      | 5,6         | 15,1       |
| Utilfreds med egen vægt             | 66,0        | 82,0       |
| Ønske om vægttab, gns. antal kg.    |             | 3,7        |
| Ønske om vægtøgning, gns. antal kg. | 1,3         |            |
| Spiser mindre for at tabe sig       | 8,3         | 33,6       |
| Er på slankekur                     | 2,2         | 12,4       |
| Spiser slankepiller                 | 0,3         | 2,4        |
| Dyrker idræt for at tabe sig        | 8,2         | 31,8       |
| Ryger for at holde sig slank        | 1,1         | 4          |

Kilde: Gymnasie- og hf-elevs sundhedsvaner og livsstil 1996-97 (7).

Der var en høj andel både blandt drenge og piger, der ikke var tilfreds med deres vægt, henholdsvis 66% og 82%. Men i modsætning til pigerne angav drengene hyppigt et ønske om at tage på i vægt. Blandt drenge, der var utilfredse med egen vægt, var der et ønske om en gennemsnitlig vægtøgning på 1,3 kg., mens pigerne i gennemsnit ønskede at tabe 3,7 kg. (Tabel 6.4).

Det kan tolkes som udtryk for, at utilfredshed med egen krop er markant hyppigere blandt pigerne end blandt drengene. Det var da også kun 18% af pigerne, der var tilfredse med deres egen vægt mod 34% af drengene, og i alt 4% af piger angav, at årsagen til at de røg var, at de ønskede at holde sig slanke.

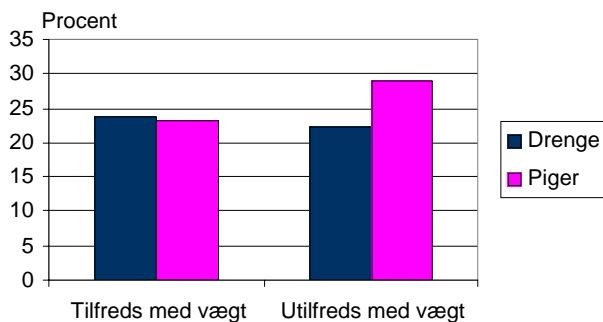
Undersøgelsen viser betydelige kønsforskelle i deltagelse i idrætsaktiviteter uden for skolen og i tilfredshed med egen krop. Der var for pigerne sammenhæng mellem ønske om vægttab og idrætsaktivitet, mens ønsket om at udvikle sin krop og konkurrencemomentet synes at være en vægtig årsag til, at drenge dyrker idræt i fritiden. Det var meget få drenge, som angav, at de røg for at holde sig slanke, mens som angivet 4% af pigerne, der røg, angav dette som årsag til fortsat rygning. De påviste kønsforskelle i motivationerne til at ryge og til at dyrke hård motion viser hen imod betydelige kønsforskelle i skønhedsidealiser og tilfredshed med egen krop (7).

Der er i Kræftens Bekæmpelses og Sundhedsstyrelsens undersøgelser af unges livsstil (MULD-undersøgelserne) blevet stillet spørgsmål om, hvorvidt man er tilfreds med sin vægt eller ønsker at tage på eller af i vægt. Fra MULD-undersøgelserne i 2000, 2001 og 2002 har vi fået oplysninger om sammenhængen mellem rygning og utilfredshed med egen vægt blandt de 16-19-årige drenge og piger, der er normal- eller undervægtige i forhold til anbefalede BMI (body mass indeks, der er et

mål for om vægt og højde svarer til anbefalede vægt). Forskellene i andel rygere i forhold til tilfredshed med egen vægt er vist i Figur 6.1.

**Figur 6.1**

**Andelen der ryger mindst ugentligt, fordelt på tilkendegivelse om tilfredshed med egen vægt blandt normal- og undervægtige 16-19-årige drenge og piger. MULD 2000**



Kilde: MULD 2000 (Specialkørsel).

Der findes i MULD-undersøgelsen i 2000 en tendens til, at der er en større andel, der ryger dagligt blandt de piger, der er utilfredse med deres vægt, end blandt dem, der er tilfredse med deres vægt. Den tendens ses ikke blandt drenge. Men i de to senere undersøgelser er der ingen signifikante sammenhænge mellem daglig rygning og utilfredshed med egen vægt. I perioden 2000 til 2002 er andelen af dagligrygere blandt de normal- og undervægtige piger faldet fra 21% til 19% - og i samme periode er det uændret godt og vel halvdelen af pigerne, der trods normal eller lav BMI, angiver, at de er utilfredse med deres vægt – til sammenligning er hver fjerde dreng utilfreds med sin vægt.

Der er også store kønsforskelle i de vægt-utilfredse drenges og pigers ønsker vedrørende henholdsvis vægttab og vægtøgning. Det er mindre end 5% af pigerne, der ønsker at øge deres vægt med op til 10 kg. mod 35% af drengene – derimod drejer det sig for halvdelen af både de vægtutilfredse drenge og piger om et ønske om vægttab på op til 10 kg (Specialkørsler ud fra MULD 2000).

### Grønt og frugt i 15-åriges kost, 1991-2002

I Skolebørnsundersøgelserne har de unge svaret på, hvor ofte de spiser frugt og/eller grøntsager dagligt. Det gør pigerne oftere end drengene. Mens 2/3 af drengene i 5. klasse spiser frugt og/eller grøntsager hver dag er andelen faldet til 1/3 af drenge i 9. klasse – og over tid er andelen også faldet. I starten af 1990'erne spiste 68% af drengene dagligt frugt og 60% spiste grønt dagligt. I 2002 var andelen faldet til henholdsvis 53% og 49%. Blandt piger faldt andelen af daglige frugtspisere i

samme periode fra 64% til 53%, og andelen, der spiser grøntsager dagligt, faldt fra 61% til 40%. (4).

Sammenlignes de unges indtag af grønt i 1995 og i 2000/2001 ud fra resultater i Fødevederedirektoratets kostundersøgelser kan det konstateres, at de unge stadig spiser for lidt grønt i forhold til den anbefalede mængde, og selvom der ses en lille øgning i forbruget, har der været en relativt mindre positiv udvikling i unges grøntforbrug end i voksnes. I undersøgelserne registreres alle former for grønt, også indholdet i sammenkogte retter, hvorfor det samlede indtag af grønt i kostundersøgelserne bliver registreret højere end i skolebørnsundersøgelsen, hvor der spørges om, hvorvidt eleven har spist grøntsager.

### Udviklingen i grønt- og frugtindtag over alder

Der sker tilsyneladende ændringer i frugt og grøntindtaget, når børn er 11-14 år. De store drenge spiser mindre frugt og grønt i takt med, at de bliver ældre, for piger er der samme tendens. I Fødevederedirektoratets kostundersøgelse rapporteres det, at de 7-10-årige børn i gennemsnit spiser 295 gram frugt og grønt dagligt, mens de større børn på 11-14 år gennemsnitligt spiser mindre, 289 gram om dagen, selvom de ifølge anbefalingerne skulle spise mindst 400 gram om dagen.

Gennem de seneste 10-15 år er der også i andre lande konstateret et fald i forbruget af frugt og grønt med alderen, og det fremhæves, at der er store kønsforskelle i indtag af frugt og grøntsager (36).

Men det er først fra 11-års alderen, at der er kønsforskelle i frugt- og grøntindtaget, dvs. fra en alder, hvor børnene selv får større indflydelse på deres kostvaner. I kostundersøgelsen 1995 spiste de 11-14-årige piger i gennemsnit 105 gram grønt om dagen, mod at drengene i gennemsnit spiste 93 gram. Pigerne indtog samlet 302 gram frugt, grønt og juice, drengene i gennemsnit 277 gram. For voksne gælder det også, at kvinder spiser relativt mere frugt og grønt end mænd, dvs. at de får dækket en større andel af deres kaloriebehov gennem grønt, grøntsagsretter og frugt, end mænd gør. Men i absolutte mængder indtager mænd mere grønt end kvinder. Der er også en tendens til, at kvinder spiser mere synlige grøntsager end mænd, fx salat og rå gulerødder, mens mænd spiser mere mad og også mere af de retter, hvor grøntsager indgår som en del af retten (10;35)

Der kan være tale om, at drenges rapportering af deres grøntindtag er påvirket af, at der er mange former for grøntsagsholdig mad, som de ikke opfatter som at spise grøntsager.



## Kost og vægtkontrol

Risikoen for at udvikle spiseforstyrrelser, dvs. spisevægring (anorexi) eller overdreven fødeindtagelse (bulimi), er langt større for piger end drenge.

I Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 indgik der et særligt spørgeskema, der belyser spisevaner i relation til risikoadfærd for spiseforstyrrelser. Det blev besvaret af 3.820 voksne, 16 år og ældre, blandt disse var der 86 mænd og 103 kvinder under 20 år. I det følgende gengives nogle hovedresultater vedrørende denne gruppe af unge ud fra en afhandling om risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser (9).

Tabel 6.6 viser de betydelige kønsforskelle i adfærd, der retter sig mod at regulere egen kropsvægt. Bortset fra at de 16-19-årige drenge oftere angiver, at de er bange for ikke at kunne stoppe med at spise, når de en gang er begyndt, så er det piger, der rapporterer en adfærd, der kan føre til alvorlige spiseforstyrrelser, og som kan tolkes som et udtryk for utilfredshed med egen krop. Procentangivelserne viser andelen, der svarede, at de meget ofte eller ofte har anførte fornemmelse eller foretager angivne handlinger.

**Tabel 6.6**

**Spiseadfærd i relation til risiko for at udvikle spiseforstyrrelser. I procent**

|   | <b>Drenge</b> | <b>Piger</b> |
|---|---------------|--------------|
| Får dårlig samvittighed ved at spise slik     | 5,8           | 46,7         |
| Tilfreds med sine spisevaner                  | 88,9          | 58,2         |
| Bange for at ikke at stoppe med at spise      | 5,9           | 2,6          |
| Er på slankekur                               | 5,1           | 26,3         |
| Faster for at tabe sig eller undgå vægtøgning | 4,7           | 6,8          |
| Spiser slankepiller                           | 0             | 2,0          |
| Kaster op for at komme af med føde            | 1,2           | 2,9          |
| Streng diæt er nødvendig                      | 11,6          | 15,5         |

Kilde: Waadegaard, Delundersøgelse i Statens Institut for Folkesundheds Sundheds- og sygelighedsundersøgelse 2000 (12).

I undersøgelsen rapporteres det, at andelen blandt kvinder der udviser denne risikoadfærd falder med alderen og er højest blandt de yngste, fx er det 16% af de 30-39-årige kvinder, der ofte er på slankekur mod 26% af de 16-19-årige.

I undersøgelsen findes der en statistisk signifikant sammenhæng mellem at udvise risikoadfærd og ryge dagligt. Således var der 50% af 16-19-årige piger i risikogruppen, der røg, mod 16% i ikke-risikogruppen (9).

## Kost og sociale relationer

Der mangler viden om de sociale og kulturelle faktorer og forhold, der har betydning for pigers henholdsvis drenges kostvalg, men i mange undersøgelser fremhæves det, at der er en sammenhæng mellem unges kostvaner, deres kontakt til jævnaldrende og deres forhold til forældre. I norske undersøgelser er der ligesom i de danske undersøgelser påvist en markant nedgang over alderen i, hvor meget grønt og frugt de unge spiser - og en sammenhæng med om de unge bor alene eller i en familie (37) (38).

Der er mulighed for at vurdere de unges boforms betydning for deres kostvaner, dvs. om de bor i familie, alene, i kollektiv eller med en kæreste ud fra data i de igangværende undersøgelser af unges livsstil og dagligdag (MULD). Der er allerede i 17-18-års alderen betydelige kønsforskelle i de unges boform. Flere piger end drenge bor alene eller med en kæreste, dvs. de skal allerede i en ung alder selv opdyrke en madkultur og forholde sig til sund kost.

I mange undersøgelser af unges kostvaner fokuseres især på indholdet af næringsrige fødevarer i kosten og på unges indtagelse af dagens hovedmåltider. Et etnografisk studie af 3-16-åriges fødevarevalg fremhæver vigtigheden af, at se på børn og unges spisevaner som del af de daglige rutiner, som de udvikler i forhold til deres skolegang, mobilitet og sociale relationer til familie og kammerater (31). I undersøgelsen blev det påvist, at valg af mad for de unge er et middel til at udtrykke egen selvstændighed og kompetence. Der var f.eks. flere af de unge, der havde som centralt mål at være i stand til at kunne sørge for sig selv og en kommende familie. De ville derfor gerne selv have mulighed for at lave mad eller have indflydelse på indhold og sammensætning af kosten. Det er også tydeligt, at det lokale udbud af mad har betydning for unges kostvalg. Det blev rapporteret, at der ofte er en mangel på gode tilbud på 'sund mad' i nærmiljøet. De unge kan derfor ikke få opfyldt de kvaliteter, som de finder væsentlige, når de vælger mad.

Dette studie havde ikke til formål at afdække kønsforskelle i børn og unges valg af mad men peger på nogle af de sociale og kulturelle faktorer og sammenhænge, som kan have betydning for kønsspecifikke aspekter af unges kost og spisevaner. Heri indgår betydningen af at kunne sørge for en familie ved selv at tage stilling til sund kost og kunne lave mad.

## 7. Diskussion

Der er betydelige kønsforskelle i 15-19-åriges selvrapporterede helbred og trivsel. Pigerne oplever sjældnere end drenge, at deres helbred er virkeligt godt, og de har oftere en række symptomer på dårlig trivsel, fx oplevelse af uoverkommelighed, tristhed, ængstelse, søvnbesvær og appetitproblemer. Pigesocialisering – eller dannelse af kønsrollen - kan være en forklaring på de påviste kønsforskelle i trivsel. Piger giver generelt udtryk for mindre selvværd end drenge (8), de er mere bevidste eller kritiske over for deres egen krop, og de er mere optaget af vægtkontrol (9). Piger udvikles fysisk tidligere end drenge, i undersøgelsen blandt 8. og 9. klasses elever i slutningen af 1990'erne var knap halvdelen af pigerne mod godt og vel en fjerdedel af drengene fuldt pubertetsudviklede i 14-15 års alderen (8). Unge piger synes i højere grad end drenge at kropsliggøre deres usikkerhed, dvs. udvikle psykosomatiske symptomer, tilsvarende voksne kvinder (12;39). Der er en række undersøgelser, der peger på, at der i pigers modning gradvist indgår en øget somatisering, dvs. en øget opmærksomhed på kropsfornemmelser, og at det influerer på deres rapportering af helbred (40).

For begge køn er der markante sammenhænge mellem helbred og ydre faktorer. Vi fandt, at især skoletrivsel, sociale kontakter, forholdet til forældre og oplevelse af vold havde betydning for de unges trivsel.

Men der er kønsforskelle i betydningen af disse faktorer. For piger er der således mere markant sammenhæng end for drenge mellem virkeligt godt helbred og god skoletrivsel (både at kunne lide at gå i skole og vurdere sit faglige standpunkt som godt) og forholdet til forældre, målt ud fra at have let eller svært ved at tale med forældre og opleve vold i familien, har større betydning for pigers trivsel og sundhedsadfærd end drenges

Vi fandt betydelige kønsforskelle i sammenhænge mellem at have en kæreste og selv-vurderet helbred; en positiv indvirkning på drengenes helbredsvurdering, men en negativ indvirkning på pigernes. Piger har, så vidt det er os bekendt, hyppigere en ældre kæreste end drenge, og det kan ikke undre, at der er markante sammenhænge mellem at have en kæreste og udvise risikoadfærd, målt som både at ryge og hyppigt drikke alkohol. Risikoadfærden kan være en medvirkende forklaring på, at piger med kæreste sjældnere vurderer, at deres helbred er virkeligt godt, sammenlignet med piger, der ikke har en kæreste. Men den negative sammenhæng mellem kæreste og selv-rapporteret helbred kan måske tolkes som et udtryk for, at unge piger viser større usikkerhed og ængstelse for at kunne håndtere deres liv end drenge (8). Når man er ung, er kæresteforhold ustabile. En større andel af pigerne end drengene har oplevet brud med en kæreste inden for det seneste år, ca. 1/3 af pigerne mod \_ af drengene, og blandt disse piger forekommer der

flere trivselsproblemer end blandt piger, der ikke har oplevet brud med kæresten. Relativt tidlige kæresteforhold kan hænge sammen med en tidlig kønsmodning og en løsrivelse fra familien. Der var da også sammenhæng mellem ikke at vurdere sit helbred som virkeligt godt og at have svært ved at tale med forældre - og mest udtalt for piger. Det kan derfor være faktorer relateret til pigers tidligere modning, der kan forklare en del af de påviste kønsforskelle i sammenhænge mellem selv-vurderet helbred og at have en kæreste samt at have svært ved at tale med forældre.

Unge trivsel påvirkes af negative oplevelser. Der er f.eks. markante sammenhænge mellem at have været udsat for vold og vurdering af eget helbred - og der er signifikante kønsforskelle i styrken af sammenhængen, som kan forklares ud fra, at der allerede i den tidlige ungdom er kønsforskelle i voldens karakter. Vold blandt drenge har langt hyppigere end vold mod piger karakter af slagsmål, mens vold mod piger hyppigere sker i hjemmet og mere har karakter af afstraffelse. I 9. klasseundersøgelsen angav lidt over halvdelen af piger mod mindre end  $\frac{1}{3}$  af drengene, der havde været udsat for vold, at volden var foregået i hjemmet. Nyere undersøgelser har påvist markante sammenhænge mellem fysisk vold og en række helbredsproblemer blandt voksne (41) og påvist kønsforskelle i disse sammenhænge (42). Det ser ud til, at kønsforskellene allerede er tilstede i den tidlige ungdom, idet der for piger var mere negativ sammenhæng mellem vold og selv-vurderet helbred end for drenge.

At have oplevet vold mod moder er også en faktor, der viser større negativ sammenhæng med pigers helbred end drenges. Det er ikke overraskende, at der er negativ sammenhæng med unges helbred og oplevelse af vold i hjemmet. Denne form for vold er en indikator på belastede familieforhold, er relateret til alkoholmisbrug og forekommer hyppigere blandt arbejdsløse. I en nordisk undersøgelse af børns trivsel blev der påvist en højere forekomst af psykosomatiske symptomer og dårligt trivsel blandt børn af arbejdsløse forældre (43), og der var ligeledes signifikant sammenhæng mellem psykosomatiske klager blandt børn og moders trivsel (44). De signifikante kønsforskelle i vores undersøgelse kan tolkes som et udtryk for, at piger i højere grad end drenge påvirkes af omgivelserne. En medvirkende forklaring kan være, at piger oftere end drenge er nært knyttet til deres moder og derfor påvirkes mere af volden. Det kan også være en forklaring på, at piger oftere end drenge rapporterer at have oplevet vold mod moderen, 9% af pigerne mod 6% af drengene i 9. klasseundersøgelsen i 2002 (3).

En række andre undersøgelser har påvist, at lav fysisk aktivitet influerer på unges trivsel, således at inaktive unge føler sig mere stressede i relation til skolegang og har flere psykosomatiske klager (45) (46) (47). I de tidligere danske skolebørnsundersøgelser er der samstemmende fundet sammenhæng mellem høj grad af fysisk aktivitet, gode sociale kår, stærke sociale kontakter til kammerater, god kontakt med forældre og trivsel (34) (48). En nylig undersøgelse baseret på data i

Skolebørnsundersøgelsen-1998 fandt markant sammenhæng mellem fysisk aktivitet og godt psykisk helbred. Drengene, som dyrker motion, havde en lavere risiko for at opleve tristhed og depression, og for piger var der en tendens til samme sammenhæng (49). Samstemmende fandt vi en markant sammenhæng for begge køn mellem rapportering af et virkeligt godt helbred og fysisk aktivitet. Både drenge og piger, som gør noget for deres helbredstilstand, dyrker oftere idræt end dem, som ikke har en bevidst sundhedsadfærd. Der er tilsvarende en positiv sammenhæng mellem at spise sund kost og dyrke idræt, mest udtalt for piger.

Der er ikke nogen klar sammenhæng mellem fysisk aktivitet og sund livsstil (ingen rygning og meget begrænset alkoholforbrug), tværtimod er der tendens til, at de mest fysisk aktive drenge oftere drikker alkohol mindst en gang om ugen. Det er i overensstemmelse med tidligere undersøgelser, der peger på unges alkoholforbrug som en integreret del af det sociale liv, uanset om det sociale liv udspringer af idrætsliv eller ej (7). Men der er ikke den samme sammenhæng for piger, måske fordi piger ikke i samme grad dyrker holdsport.

Der er kønsforskelle i sammenhænge mellem at være fysisk aktiv (at dyrke hård motion mindst en gang om ugen) og at have en kæreste og at have svært ved at tale med forældre. Piger i disse svarkategorier er sjældnere fysisk aktive end piger, der ikke har en kæreste og let kan tale med forældre. Sammenhængen med kæresteforhold kan muligvis forklares ved, at pigerne isolerer sig fra de jævnaldrende pigers fritidsaktiviteter og deltager i færre fritidsaktiviteter – eller er måske udtryk for en tidlig aldersmodning, som generelt synes at influere på pigers fysiske aktivitet.

Den rapporterede nedgang i pigers fysiske aktivitet og deltagelse i idræt indtræder allerede tidligt i ungdommen og fortsætter op igennem ungdommen. Der er kønsforskelle i de foretrukne idrætsformer, for drenge oftere bold- og kampsport – for piger oftere aerobics, løb og dans. De beskrevne kønsforskelle i hård motion og deltagelse i konkurrencesport kan være udtryk for kønsforskelle i kropsidealer. Det er sandsynligt, at piger fravælger de idrætsgrene, der ikke udvikler det gængse skønhedsideal for piger. Det sociale samvær i de mere maskuline idrætsgrene er formentlig medvirkende til at fastholde drenge som idrætsaktive, samtidigt med at den fysiske aktivitet styrker udviklingen af mandeidealet vedrørende en atletisk krop (50).

For drenge er der en sammenhæng mellem ”risikoadfærd”, målt ved alkoholvaner, og deltagelse i idræt. Drengenes idrætsaktiviteter er hyppigst holdsport med samvær i idrætsforeninger, mens der er en tendens til, at sportsaktive piger hyppigere dyrker ”en-mands sport” såsom løb, aerobics og ridning. Der er desuden påvist kønsforskelle i effekten af konkurrenceidræt for drenge og piger. Idræt har generelt en positiv påvirkning på drenges trivsel – og moderat fysisk aktivitet tilsvarende

en positiv påvirkning på pigers trivsel (47) (51). Men blandt kvindelige idrætsudøvere ses der en øget grad af risikoadfærd og trivselsproblemer sammenlignet med ikke-idrætsudøvere (52).

I lighed med andre undersøgelser fandt vi, at der er en meget tydelig tendens til, at forskellige former for adfærd følges ad, fx at der er en større andel rygere blandt dem, der ofte drikker alkohol, sammenlignet med dem der sjældent drikker. Det er socialt aktive unge, der drikker mest, og alkoholforbruget i kammeratgruppen har stor betydning for den enkelte unges forbrug. De unge påvirker hinanden indbyrdes og udvikler fælles normer med hensyn til bl.a. alkohol – og unge vælger venner med normer som deres egne. Det er også karakteristisk for aldersgruppen 15-19 år, at der fra 15-års alderen sker en ændring fra, at det er forældrene, der præger ens vaner, til at det er venner og skolekammerater.

I beskrivelsen af gymnasie-elevs sundhedsvaner og livsstil påpeges det, at værdier og holdninger i det nære sociale miljø, familien, skoleklassen og vennekredsen er med til at bestemme, hvilke vaner den enkelte tillægger sig – og at gruppepres, som måske især findes i skolen, spiller en rolle i forbindelse med livsstilsvalg. Men det fremhæves samtidig, at årsagerne til at unge vælger at dyrke sport, drikke alkohol, ryge, prøve andre rusmidler eller spise sundt er mangfoldige, og at der foregår en påvirkning på mange niveauer i samfundet (7).

At sandsynligheden for at ryge har sammenhæng med at have en kæreste, kan ikke undre. Piger har som regel en kæreste, der er ældre end dem selv, hvorfor sandsynligheden for at kæresten er ryger er større, end hvis pigernes primære kontakt var jævnaldrende kammerater. Eller måske har piger, der ryger, en større udadvendt social aktivitet og dermed større sandsynlighed for at møde ældre drenge. Dertil kommer, at drenge og piger med tidlige kæresteforhold måske er mere modne og har et mindre nært forhold til forældre sammenlignet med dem, der ikke har en kæreste. I en svensk undersøgelse af faktorer, der har betydning for ændringer i 12-13-åriges sundhedsvaner over en periode på to år, fandtes sen modning at være en beskyttende faktor mod at starte rygning (16).

Der er tendens til at drenge, der ryger, oftere oplever stress eller føler alting uoverkommeligt. For piger ses derimod en tendens til større sammenhæng end for drenge mellem rygning og ikke at trives i skolen og være trist. For piger er der i andre undersøgelser påvist en sammenhæng mellem lavt selvværd, utilfredshed med egen krop i form af spiseforstyrrelser og slankekur. I en norsk undersøgelse kunne en væsentlig del af forskellene på rygning blandt piger forklares ud fra slankeadfærd (15). Vi fandt ikke nogen sammenhæng mellem rygning og at være under- eller overvægtig blandt piger, men en tendens til sammenhæng blandt piger, der er normal- eller undervægtige, mellem ikke at være tilfreds med sin vægt og at ryge dagligt. I undersøgelsen af gymnasieelevs livsstil rapporterede knap 5% af piger, der ryger, at de røg for ikke at tage på i

vægt (Nielsen 1998a), og i undersøgelsen af risikoadfærd for spiseforstyrrelse er der påvist signifikant højere rygeforekomst blandt unge kvinder med denne risikoadfærd (9).

Drenge rapporterer hyppigere end piger vold mod sig selv, og piger hyppigere at have oplevet vold mod moder. Begge faktorer viser markante sammenhænge med rygning. Drenge og piger, der selv har været udsat for vold, ryger oftere end dem, der ikke har oplevet vold, og de, der har oplevet vold mod moder, ryger også oftere end dem, der ikke har oplevet vold mod moder. Sammenhængene kan muligvis alene forklares ud fra sociale faktorer, idet vold oftere forekommer i socialt belastede miljøer, hvor rygning er mere hyppig.

Der er kønsforskelle i typen af de unges alkoholforbrug. Mens drenge langt hyppigere end piger drikker øl, er der ikke den samme kønsforskel i spiritusforbrug. Halvdelen af drengene angiver at drikke øl mindst en gang om ugen mod knap 40% af pigerne, hvorimod omtrent samme andel af piger og drenge angiver at drikke spiritus mindst en gang om ugen, henholdsvis 38% og 36%. I en dansk undersøgelse er det påvist, at moderat vinforbrug frem for andre typer af alkohol en indikator på optimal, social og kognitiv udvikling blandt unge – og at det er de sociale forskelle i valg af alkoholtype, der har betydning for sammenhænge mellem usund livsstil og alkoholindtagelse (53).

Resultaterne i vores undersøgelse viser, at de unge, som rapporterer uoverkommelighed og tristhed, oftere drikker alkohol. Især blandt drenge er denne sammenhæng markant. Blandt voksne er det erkendt, at depression kan være en udløsende faktor for mænds alkoholisme, mens depression blandt kvinder i højere grad behandles med medicin (54), og også blandt skolebørn er der påvist sammenhæng mellem hyppig alkoholindtagelse og stofmisbrug og depressive lidelser blandt unge mænd (55).

For piger er der den stærkeste sammenhæng mellem at drikke spiritus og at have en kæreste. Det kan være udtryk for både årsag og virkning. Den unge pige, der har en ældre kæreste, har større risiko for at færdes i et miljø, hvor det at drikke spiritus er en norm – og en pige, der drikker spiritus, har større chance (eller risiko) for at komme i miljøer, hvor hun møder ældre drenge/unge mænd.

Tilsvarende kan gøre sig gældende vedrørende de påviste stærke sammenhænge mellem vold og spiritusforbrug. Beruselse øger risikoen for vold – og i et voldeligt miljø er der større risiko for, at der drikkes mere. Der er kønsforskelle i sammenhængen mellem risikoadfærd, trivsel og betydningen af vold mod en selv og at have oplevet vold mod moder. Der er mere markant sammenhæng for piger mellem at ryge og have oplevet vold mod sig selv, end mellem både at ryge

og drikke alkohol. Disse forskelle ses ikke for drenge, hvor der er en fire gange større sandsynlighed for risikoadfærd og at have været udsat for vold. Der er ingen kønsforskelle i sammenhænge mellem at have oplevet vold mod moder og risikoadfærd. Resultaterne tyder på, at alkoholindtagelse især er en risikofaktor for drenge, men at vold mod moder er en indikator på et socialt dårligt fungerende hjem, hvor der både for drenge og piger er større sandsynlighed for at udvikle en risikoadfærd.

Kostundersøgelser viser, at hverken drenge eller piger spiser nok frugt og grønt, og at de hyppigt springer hovedmåltider over. Spørgsmålet er om de uregelmæssige måltidsvaner får ernæringsmæssig indflydelse. Ofte gælder bekymringen om de uregelmæssige måltider, at overspringningen af hovedmåltider vil resultere i et øget indtag af mellemmåltider præget af fastfood, sodavand og slik. Men Fødeveddirektoratets kostundersøgelser viser, at mellemmåltiderne ikke nødvendigvis kun består af fed og sukkerrig mad, men at en væsentlig del af de unges frugt indtages som mellemmåltider. De påviste kønsforskelle i unges forbrug af grønt kan være udtryk for en forskel i oplevelsen af, hvad der er grøntsager – og selvom piger hyppigere rapporterer at indtage grønt, er der mulighed for, at drenge reelt spiser mere grønt, idet de spiser mere og flere retter, der rummer grøntsager (35).

I alle de danske undersøgelser rapporteres der kønsforskelle i kropstilfredshed og ”slankeadfærd”. Trods normalvægt er en stor andel af unge piger på afmagringskur, dvs. tager til stadighed hensyn til kosten for at tabe sig eller bevare sig slank, mange bruger slankepiller og næsten halvdelen er ikke tilfreds med deres vægt.

Men i et amerikansk etnografisk studie, der har undersøgt sammenhængen mellem teenagepigers kropsbilleder, tilfredshed med eget udseende og deres slankeadfærd, advares der mod at overfortolke resultater, der udelukkende er baseret på spørgeskemaundersøgelser. Studiet fulgte 240 piger i alderen 14-18 år gennem tre år via interviews, fokusgrupper, spørgeskemadata og kostdagbøger (56). Ved at sammenholde spørgeskemadata med data om pigernes faktiske adfærd og hverdagsliv kunne de påvise uoverensstemmelser i materialet. Spørgeskemadata alene viste at 40 % af pigerne var på diæt (andre amerikanske undersøgelser peger på op til 60%). Men de øvrige data viste, at en distinktion mellem piger på diæt og piger, der ikke er på diæt, er for enkel, idet den ikke indfanger det kontinuum af sundhedsadfærd, som piger har. Ca. halvdelen af de piger, der oplyste, at de var på slankekur, havde kun haft et lille vægttab og gennemførte ofte slankekure af en varighed på mindre end en uge. Studiet fremhæver derfor, at undersøgelser, der udelukkende baserer sig på spørgeskemadata af unges adfærd, ikke kan vise, om piger udøver overdrevne forsøg på at slanke sig. Studiet fremhæver, at forskning om pigers kost og spisevaner fokuserer på negativ sundhedsadfærd frem for at identificere deres positive sundhedsopfattelser og -adfærd. Det betyder,



at pigers forsøg på at udøve en sund vægtkontrol gennem 'at holde øje med' hvad de spiser bliver overset.

Vi har i denne rapport haft fokus på de rapporterede kønsforskelle i unges trivsel og sundhedsadfærd. De påviste kønsforskelle i sammenhænge med en række "ydre" faktorer bidrager til forståelse af forskellene mellem de to køn og peger på, at sundhedsfremme og sundhedspædagogik med fordel kan tage udgangspunkt i at selvtillid, kropstilfredshed og socialt netværk har mere markant betydning for piger end drenge – og at der for drenge er langt større sammenhæng mellem forskellige typer af risikoadfærd.



## 8. Referencer

- (1) Nielsen NS. Sundhed og livsstil hos elever på ungdomsuddannelserne i Frederiksborg Amt. 1998. Embedslægeinstitutionen i Frederiksborg Amt.
- (2) Kjølner M, Rasmussen NK. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000. 2002. København, Statens Institut for Folkesundhed.
- (3) Helweg-Larsen K, Larsen HB. Unges trivsel år 2002: en undersøgelse blandt 9. klasses elever med fokus på seksuelle overgreb i barndommen. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2002.
- (4) Due EP, Holstein B.E. Skolebørnsundersøgelsen 2002. Due EP, Holstein B.E., editors. 2003. København, Københavns Universitet Institut for Folkesundhedsvidenskab.
- (5) Nielsen GA, Ringgård L, Broholm K, Sindballe A\_M, Olsen SF. Unges livsstil og dagligdag 2000 - forbrug af tobak, alkohol og stoffer. 2003. København, Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.
- (6) Groth MV, Ringgaard L, Nielsen GA. Unges livsstil og dagligdag 2001. 2003. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.
- (7) Nielsen GA. Gymnase- og HF-studenters sundhedsvaner og livsstil 1996-97. Statens Institut for Folkesundhed 1998.
- (8) Petersen T, Nielsen A, Paludan M, Rasmussen S, Madsen M. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. En undersøgelse blandt elever i 8. og 9. klasse i 1996 / 97. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2000.
- (9) Waadegaard M. Risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser blandt danske kvinder. 2002. Statens Institut for Folkesundhed.
- (10) Fagt S, Matthiesen J, Trolle E, Lyhne N, et.al. Danskernes Kostvaner 2000-2001. Udviklingen i danskernes kost - forbrug, indkøb og vaner. 2002. Fødevarerdirektoratet. Afdelingen for Ernæring.
- (11) Sundaram V, Helweg-Larsen K, Laursen B, Bjerregaard P. Physical violence, self-rated health and morbidity: is gender significant for victimisation? *J Epidemiol Community Health* 2003, in press
- (12) Kolip P, Schmidt B. Gender and health in adolescence. 2. 1999. World Health Organization. Health policy for children and adolescents (HEPCA) series.
- (13) Slater JM, Guthrie BJ, Boyd CJ. A feminist theoretical approach to understanding health of adolescent females. *J Adolesc Health* 2001; 28(6):443-449.
- (14) Rasmussen M, Due EP, Holstein B.E. Skolebørnsundersøgelsen 1998. Sundhed, sundhedsvaner og sociale forhold. 2000. Københavns Universitet for Folkesundhedsvidenskab, København, Komiteen for Sundhedsoplysning.
- (15) Friestad C, Klepp KI. [Smoking, body image and dieting habits among adolescents. A 3-year follow-up of adolescents aged 15-18 years]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997; 117(23):3342-3346.
- (16) Berg-Kelly K, Kullander K. Gender differences in early adolescence in factors related to outcome of healthy behaviours two years later. *Acta Paediatr* 1999; 88(10):1125-1130.
- (17) Berg-Kelly K, Alven B, Erdes L, Erneholm T, Johannisson I, Mattsson-Elofson E. Health habits and risk behavior among youth in three communities with different public health approach. *Scand J Soc Med* 1997; 25(3):149-155.

- (18) Hardt F. Unge og alkohol. *Ugeskr Laeger* 1999; 161(11):2181-2182.
- (19) Helweg-Larsen K, Knudsen LB, Petersson B. Women in Denmark--why do they die so young? Risk factors for premature death. *Scand J Soc Welf* 1998; 7(4):266-276.
- (20) Helweg-Larsen K, Juel K. Sex differences in mortality in Denmark during half a century, 1943-92. *Scand J Public Health* 2000; 28(3):214-221.
- (21) Juel K. Increased mortality among Danish women: population based register study. *BMJ* 2000; 321(7257):349-350.
- (22) Petersen AC, Compas BE, Brooks-Gunn J, Stemmler M, Ey S, Grant KE. Depression in adolescence. *Am Psychol* 1993; 48(2):155-168.
- (23) Jensen B. Store børns beretninger om sundhed og hverdagsliv. København: Hans Reitzels Forlag, 2002.
- (24) Ross-Petersen L, Holstein BE, Due PE. Kønsforskelle i sundhedsadfærd og selv-vurderet helbred hos 11-15-årige. Sammenhæng mellem levevilkår og sundhed. *Ugeskr Laeger* 1995; 157(17):2447-2451.
- (25) Friedman HL. The health of adolescents: beliefs and behaviour. *Soc Sci Med* 1989; 29(3):309-315.
- (26) Bergman MM, Scott J. Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: gender and socio-economic differences. *J Adolesc* 2001; 24(2):183-197.
- (27) Due EP, Holstein BE. Rygevaner blandt 11-15-årige, 1984-1994. *Ugeskr Laeger* 1997; 159(8):1090-1093.
- (28) Berntsson LT, Kohler L. Quality of life among children aged 2-17 years in the five Nordic countries. Comparison between 1984 and 1996. *Eur J Public Health* 2001; 11(4):437-445.
- (29) Ito H, Holstein BE, Mathiesen J. Livsstil og helbred blandt skoleelever 1984-1985. *Ugeskr Laeger* 1987; 149(6):400-406.
- (30) Currie S, et al. Health and health behaviour among young people. A WHO cross-national study. 2000. WHO.
- (31) Christensen Pia Haudrup. Børn, mad og daglige rutiner. Tema: Barn og mat. Smakebiter fra Aktuell Forskning. nr.2-3:119-135. Norsk Senter for Barneforskning 2003: 119-135.
- (32) Christensen Pia Haudrup. Children's diet: The negotiation and formation of food choice. 2003. København, Forskningsstyrelsen under FØTEK 3-programmet i år 2000-2001.
- (33) Nielsen NS. Sundhedsprofil af elever på ungdomsuddannelserne i Frederiksborg Amt. 1998. Statens Institut for Folkesundhed og Uddannelse, Erhverv & Kultur; Frederiksborg Amt.
- (34) Johansen A, Rasmussen S. Social ulighed i sundhedsadfærd, helbred og trivsel hos teenagere. Betydningen af skoleklassen. Et arbejdsnotat. 2003. København, Statens Institut for Folkesundhed.
- (35) Trolle E, Fagt S. Hvor meget frugt og grønts spiser danskerne. 2001. København, Afd. for Ernæring; Fødevarerdirektoratet.
- (36) Currie S, Watson J, ed. Translating research findings into health promotion action: Lessons from the HBSC Study. Edinburgh; Health Education Board for Scotland, 1998.
- (37) Johansson L, Andersen LF. Who eats 5 a day?: Intake of fruits and vegetables among Norwegians in relation to gender and lifestyle. *J Am Diet Assoc* 1998; 98(6):689-691.
- (38) Lien N, Lytle LA, Klepp KI. Stability in Consumption of Fruit, Vegetables, and Sugary Foods in a Cohort from Age 14 to Age 21. *Prev Med* 2001;(33):217-226.

- (39) Saltonstall R. Healthy bodies, social bodies: men's and women's concepts and practices of health in everyday life. *Soc Sci Med* 1993; 36(1):7-14.
- (40) Wool CA, Barsky AJ. Do women somatize more than men? Gender differences in somatization. *Psychosomatics* 1994; 35(5):445-452.
- (41) Helweg-Larsen K, Kruse M. Violence against women and consequent health problems. A register based study. *Scand J Public Health*. 2003; 39: 51-57.
- (42) Sundaram V, Helweg-Larsen , Laursen B. Correlations between physical violence and self-rated health among adult men and women in Denmark. Results from a national health survey. Nordisk Ministerråd 2002
- (43) Reinhardt PC, Madsen M. Parents' labour market participation as a predictor of children's health and wellbeing: a comparative study in five Nordic countries. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(11):861-867.
- (44) Berntsson LT, Kohler L, Gustafsson JE. Psychosomatic complaints in schoolchildren: a Nordic comparison. *Scand J Public Health* 2001; 29(1):44-54.
- (45) Haugland S, Wold B, Stevenson J, Aaroe LE, Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence. A cross-national comparison of prevalence and dimensionality. *Eur J Public Health* 2001; 11(1):4-10.
- (46) Steptoe A, Butler N. Sports participation and emotional wellbeing in adolescents. *Lancet* 1996; 347(9018):1789-1792.
- (47) Norris R, Carroll D, Cochrane R. The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. *J Psychosom Res* 1992; 36(1):55-65.
- (48) Holstein BE, Ito H, Due P. Fysisk aktivitet blandt skolebørn. *Ugeskr Laeger* 1990; 152(38):2721-2727.
- (49) Aarestrup K, Bjørk C, Bryde-Nielsen U, Vinther-Larsen M. Fysisk aktivitets indvirkning på psykisk helbred - en kvantitativ analyse af børn og unge. 2003. Institut for Folkesundhedsvidenskab.
- (50) Vilhjalmsdottir R, Kristjansdottir G. Gender differences in physical activity in older children and adolescents: the central role of organized sport. *Soc Sci Med* 2003; 56(2):363-374.
- (51) Sanders CE, Field TM, Diego M, Kaplan M. Moderate involvement in sports is related to lower depression levels among adolescents. *Adolescence* 2000; 35(140):793-797.
- (52) Baum AL. Young females in the athletic arena. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998; 7(4):745-55, viii.
- (53) Mortensen EL, Jensen HH, Sanders SA, Reinisch JM. Better psychological functioning and higher social status may largely explain the apparent health benefits of wine: a study of wine and beer drinking in young Danish adults. *Arch Intern Med* 2001; 161(15):1844-1848.
- (54) Pettinati HM, Pierce JD, Jr., Wolf AL, Rukstalis MR, O'Brien CP. Gender differences in comorbidly depressed alcohol-dependent outpatients. *Alcohol Clin Exp Res* 1997; 21(9):1742-1746.
- (55) Torikka A, Kaltiala-Heino R, Rimpela A, Rimpela M, Rantanen P. Depression, drinking, and substance use among 14- to 16-year-old Finnish adolescents. *Nord J Psychiatry* 2001; 55(5):351-357.
- (56) Nichter M. Fat talk. What girls and their parents say about dieting. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press 2002



## 9. Tabelafsnit; Statistiske analyser

I tabellerne præsenteres antal svarpersoner i de forskellige kategorier, den procentvise forekomst af variabelen, fx selv-vurderet virkeligt godt helbred inden for de forskellige kategorier (sociale relationer, mål for trivsel og sundhedsadfærd) og resultaterne af de statistiske beregninger angivet ved odds ratio (OR).

OR er et ofte anvendt mål for sammenhængen mellem to variable, og som navnet angiver, er det forhold (ratio) mellem to odds. Hvis OR er større end 1, er der flere der har svaret ja til spørgsmålet end i referencegruppen (sammenligningsgruppen). Hvis OR er mindre end 1, er der færre, der har svaret ja. I tabellerne bagest i bogen er anført 95% sikkerhedsintervaller. Hvis intervallerne ikke indeholder værdien 1,0, er der statistisk signifikant sammenhæng mellem de to variable, og resultatet anføres i teksten som værende en statistisk sikker sammenhæng.

**Tabel 9.1**

**Sammenhænge mellem sociale relationer, trivselsproblemer og selv-vurderet helbred, fordelt på køn. 9. klasse-undersøgelsen 2002**

|                                  | Drenge                               |             |                    | Piger                                |             |                    |
|----------------------------------|--------------------------------------|-------------|--------------------|--------------------------------------|-------------|--------------------|
|                                  | Svarer Ja til virkeligt godt helbred |             | OR                 | Svarer Ja til virkeligt godt helbred |             | OR                 |
|                                  | N                                    | %           |                    | N                                    | %           |                    |
| <b>Samtlige svarpersoner</b>     | <b>1168</b>                          | <b>37,2</b> |                    | <b>803</b>                           | <b>26,4</b> |                    |
| God skoletrivsel *               | 691                                  | 46,0        | 2,09 [1,80 - 2,42] | 597                                  | 34,0        | 2,71 [2,27 - 3,24] |
| Har kæreste *                    | 277                                  | 41,6        | 1,27 [1,07 - 1,51] | 219                                  | 23,0        | 0,77 [0,64 - 0,92] |
| Ofte sammen med kammerater       | 903                                  | 37,8        | 1,10 [0,93 - 1,30] | 594                                  | 27,4        | 1,20 [1,00 - 1,44] |
| Svært ved at tale med kammerater | 343                                  | 30,5        | 0,63 [0,54 - 0,74] | 227                                  | 22,0        | 0,71 [0,60 - 0,85] |
| Svært ved at tale med forældre   | 276                                  | 25,8        | 0,46 [0,39 - 0,54] | 238                                  | 16,6        | 0,37 [0,31 - 0,44] |
| Dårligt med kammerater           | 62                                   | 23,3        | 0,48 [0,36 - 0,65] | 69                                   | 15,7        | 0,47 [0,36 - 0,61] |
| Uoverkommelighedsfølelse         | 351                                  | 29,5        | 0,56 [0,48 - 0,65] | 365                                  | 20,4        | 0,49 [0,38 - 0,53] |
| Trist *                          | 159                                  | 25,6        | 0,49 [0,40 - 0,60] | 195                                  | 15,0        | 0,30 [0,25 - 0,37] |
| Madlede                          | 98                                   | 25,4        | 0,53 [0,42 - 0,68] | 167                                  | 16,2        | 0,41 [0,34 - 0,50] |
| Vold mod dig selv *              | 119                                  | 32,0        | 0,76 [0,60 - 0,96] | 36                                   | 13,0        | 0,39 [0,27 - 0,56] |
| Vold mod mor *                   | 48                                   | 27,3        | 0,61 [0,44 - 0,86] | 24                                   | 9,6         | 0,27 [0,18 - 0,42] |
| Dyrker hård motion mindst ugtl * | 1018                                 | 40,7        | 2,29 [1,87 - 2,81] | 650                                  | 29,5        | 1,79 [1,46 - 2,18] |

\* Angiver signifikant kønsforskel

**Tabel 9.2**

**Sammenhængen mellem at have et virkeligt godt helbred og en række faktorer, der antages at have betydning herfor, opdelt på køn. Befolkningsundersøgelsen, SUSY 2000**

|                              | Dreng                            |             |                    | Piger                            |             |                    |
|------------------------------|----------------------------------|-------------|--------------------|----------------------------------|-------------|--------------------|
|                              | Andel med virkeligt godt helbred |             |                    | Andel med virkeligt godt helbred |             |                    |
|                              | N                                | %           | OR                 | N                                | %           | OR                 |
| <b>Samtlige svarpersoner</b> | <b>219</b>                       | <b>49,0</b> |                    | <b>185</b>                       | <b>43,0</b> |                    |
| Gør noget for helbredet      | 167                              | 48,8        | 0,97 [0,63 - 1,51] | 160                              | 45,7        | 1,85 [1,10 - 3,11] |
| Sund kost                    | 87                               | 48,6        | 0,97 [0,67 - 1,42] | 121                              | 46,5        | 1,44 [0,97 - 2,14] |
| Meget fysisk aktiv           | 131                              | 56,5        | 1,82 [1,29 - 2,73] | 83                               | 51,6        | 1,73 [1,17 - 2,57] |
| Stresset                     | 72                               | 43,9        | 0,73 [0,50 - 1,07] | 95                               | 39,4        | 0,72 [0,49 - 1,05] |
| Nedtrykt *                   | 9                                | 60,0        | 1,60 [0,55 - 4,51] | 9                                | 22,0        | 0,34 [0,16 - 0,73] |
| Træthed                      | 25                               | 32,9        | 0,45 [0,26 - 0,75] | 40                               | 32,5        | 0,54 [0,35 - 0,84] |
| Uønsket alene                | 30                               | 41,7        | 0,70 [0,42 - 1,17] | 30                               | 34,5        | 0,64 [0,39 - 1,04] |
| Meget alkohol                | 76                               | 46,9        | 0,87 [0,59 - 1,28] | 26                               | 34,7        | 0,65 [0,39 - 1,10] |
| Ryger dagligt                | 50                               | 37,6        | 0,52 [0,34 - 0,78] | 34                               | 35,1        | 0,65 [0,41 - 1,04] |

\* Signifikant kønsforskel

**Tabel 9.3**

**Sammenhængen mellem fysiske aktivitet og en række faktorer, der antages at have betydning for fysisk aktivitet, opdelt på køn. 9. klasse-undersøgelse, 2002**

|                                  | Dreng               |             |                    | Piger               |             |                    |
|----------------------------------|---------------------|-------------|--------------------|---------------------|-------------|--------------------|
|                                  | Andel fysisk aktive |             |                    | Andel fysisk aktive |             |                    |
|                                  | N                   | %           | OR                 | N                   | %           | OR                 |
| <b>Samtlige svarpersoner</b>     | <b>2499</b>         | <b>80,1</b> |                    | <b>2221</b>         | <b>73,4</b> |                    |
| Virkeligt godt helbred           | 1018                | 87,7        | 2,29 [1,87 - 2,81] | 650                 | 81,1        | 1,79 [1,46 - 2,18] |
| Har kæreste *                    | 551                 | 83,4        | 1,29 [1,03 - 1,62] | 684                 | 72,3        | 0,91 [0,77 - 1,09] |
| Ofte sammen med kammerater       | 1949                | 81,8        | 1,51 [1,23 - 1,84] | 1608                | 74,5        | 1,22 [1,02 - 1,45] |
| Svært ved at tale med kammerater | 867                 | 77,3        | 0,72 [0,60 - 0,87] | 724                 | 70,8        | 0,81 [0,69 - 0,96] |
| Svært ved at tale med forældre * | 814                 | 76,6        | 0,72 [0,60 - 0,86] | 957                 | 67,4        | 0,56 [0,48 - 0,66] |
| Dårligt med kammerater           | 191                 | 72,1        | 0,59 [0,44 - 0,78] | 283                 | 65,2        | 0,62 [0,50 - 0,77] |
| Uoverkommelighedsfølelse         | 907                 | 77,3        | 0,74 [0,62 - 0,89] | 1269                | 71,6        | 0,75 [0,63 - 0,89] |
| Madlede                          | 301                 | 78,4        | 0,85 [0,65 - 1,11] | 760                 | 74,0        | 1,03 [0,87 - 1,23] |
| Trist                            | 460                 | 74,7        | 0,65 [0,52 - 0,80] | 918                 | 70,9        | 0,76 [0,64 - 0,90] |
| Vold mod dig selv                | 297                 | 80,5        | 1,01 [0,77 - 1,33] | 182                 | 66,9        | 0,70 [0,54 - 0,92] |
| Vold mod mor *                   | 140                 | 80,9        | 1,03 [0,69 - 1,52] | 161                 | 64,7        | 0,63 [0,48 - 0,83] |
| Drikker jævnlige øl              | 1347                | 80,9        | 1,12 [0,94 - 1,34] | 844                 | 73,1        | 0,97 [0,82 - 1,15] |
| Drikker jævnlige spiritus        | 948                 | 81,4        | 1,14 [0,96 - 1,39] | 801                 | 74,0        | 1,04 [0,88 - 1,24] |
| Ryging                           | 411                 | 73,5        | 0,63 [0,61 - 0,78] | 407                 | 63,1        | 0,53 [0,44 - 0,64] |

\* Statistisk signifikant kønsforskel



**Tabel 9.4**

**Sammenhængen mellem rygning og en række faktorer, der antages at have betydning for rygning, opdelt på køn. 9. klasse-undersøgelsen, 2002**

|                                  | Drengene   |             |                    | Piger      |             |                    |
|----------------------------------|------------|-------------|--------------------|------------|-------------|--------------------|
|                                  | N          | %           | OR                 | N          | %           | OR                 |
| <b>Samtlige svarpersoner</b>     | <b>561</b> | <b>17,9</b> |                    | <b>650</b> | <b>21,4</b> |                    |
| Ofte sammen med kammerater *     | 481        | 20,2        | 2,11 [1,64 - 2,72] | 560        | 25,9        | 3,00 [2,37 - 3,87] |
| Har kæreste                      | 213        | 32,0        | 2,83 [2,32 - 3,46] | 429        | 34,7        | 2,88 [2,41 - 3,45] |
| Svært ved at tale med kammerater | 156        | 13,9        | 0,61 [0,59 - 0,75] | 158        | 15,4        | 0,55 [0,45 - 0,67] |
| Svært ved at tale med forældre   | 257        | 24,1        | 1,84 [1,53 - 2,22] | 387        | 27,1        | 1,90 [1,59 - 2,26] |
| Dårligt med klassekammerater     | 51         | 19,2        | 1,11 [0,80 - 1,53] | 94         | 21,4        | 1,00 [0,78 - 1,29] |
| Dårlig skoletrivsel              | 199        | 31,7        | 2,75 [2,24 - 3,36] | 176        | 39,7        | 2,95 [2,38 - 3,65] |
| Uoverkommelighedsfølelse         | 268        | 22,6        | 1,76 [1,45 - 2,13] | 432        | 24,2        | 1,62 [1,33 - 1,95] |
| Trist                            | 152        | 24,5        | 1,76 [1,41 - 2,19] | 351        | 27,0        | 1,90 [1,57 - 2,30] |
| Madlede                          | 109        | 28,3        | 2,10 [1,65 - 2,72] | 230        | 31,2        | 2,40 [2,01 - 2,92] |
| Fysisk aktiv                     | 411        | 16,5        | 0,63 [0,51 - 0,78] | 407        | 18,3        | 0,53 [0,44 - 0,64] |
| Vold mod dig selv                | 155        | 41,7        | 4,36 [3,45 - 5,50] | 132        | 48,2        | 4,06 [3,14 - 5,24] |
| Vold mod mor                     | 61         | 34,7        | 2,70 [1,95 - 3,73] | 102        | 40,8        | 2,83 [2,16 - 3,71] |

\* Statistisk signifikant kønsforskel

**Tabel 9.5**

**Sammenhængen at drikke øl mindst en gang ugentligt og en række faktorer, der antages at have betydning herfor, opdelt på køn. 9. klasse-undersøgelsen, 2002**

|                                  | Drengene    |             |                    | Piger       |             |                    |
|----------------------------------|-------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|--------------------|
|                                  | N           | %           | OR                 | N           | %           | OR                 |
| <b>Samtlige svarpersoner</b>     | <b>1670</b> | <b>53,5</b> |                    | <b>1161</b> | <b>38,9</b> |                    |
| Har kæreste                      | 445         | 67,3        | 2,02 [1,69 - 2,42] | 479         | 51,2        | 2,08 [1,77 - 2,43] |
| Sjældent sammen med kammerater * | 242         | 33,0        | 0,33 [0,28 - 0,39] | 151         | 17,7        | 0,24 [0,20 - 0,29] |
| Svært ved at tale med forældre   | 589         | 55,4        | 1,11 [0,96 - 1,30] | 593         | 42,0        | 1,28 [1,10 - 1,48] |
| Dårligt med kammerater           | 103         | 39,2        | 0,53 [0,41 - 0,68] | 128         | 29,6        | 0,61 [0,49 - 0,76] |
| Dårlig skoletrivsel              | 392         | 62,9        | 1,62 [1,34 - 1,94] | 206         | 47,4        | 1,50 [1,23 - 1,85] |
| Virkeligt godt helbred           | 602         | 51,9        | 0,90 [0,78 - 1,04] | 281         | 35,7        | 0,83 [0,70 - 0,98] |
| Uoverkommelighedsfølelse         | 669         | 56,7        | 1,24 [1,07 - 1,44] | 726         | 41,4        | 1,26 [1,08 - 1,47] |
| Trist                            | 365         | 59,1        | 1,35 [1,12 - 1,62] | 528         | 41,1        | 1,15 [0,98 - 1,35] |
| Vold mod dig selv                | 256         | 69,2        | 2,08 [1,65 - 2,63] | 131         | 48,0        | 1,49 [1,16 - 1,92] |
| Vold mod mor                     | 94          | 54,0        | 0,99 [0,74 - 1,36] | 106         | 42,9        | 1,18 [0,91 - 1,54] |

\* Statistisk signifikant kønsforskel

**Tabel 9.6**

**Sammenhænge mellem at drikke spiritus mindst en gang ugentligt og en række faktorer, der antages at have betydning herfor, opdelt på køn. 9. klasse-undersøgelsen, 2002**

|                              | Dreng                      |             |                    | Piger                      |             |                    |
|------------------------------|----------------------------|-------------|--------------------|----------------------------|-------------|--------------------|
|                              | Andel der drikker spiritus |             |                    | Andel der drikker spiritus |             |                    |
|                              | N                          | %           | OR                 | N                          | %           | OR                 |
| <b>Samtlige svarpersoner</b> | <b>1167</b>                | <b>38,1</b> |                    | <b>1089</b>                | <b>36,4</b> |                    |
| Har kæreste                  | 331                        | 51,3        | 1,97 [1,65 - 2,35] | 464                        | 49,7        | 2,24 [1,91 - 2,63] |
| Sjældent med kammerater      | 149                        | 20,8        | 0,34 [0,28 - 0,42] | 160                        | 18,7        | 0,30 [0,25 - 0,36] |
| Svært at tale med kammerater | 335                        | 30,3        | 0,56 [0,48 - 0,66] | 257                        | 25,3        | 0,46 [0,39 - 0,54] |
| Svært at tale med forældre * | 416                        | 39,7        | 1,12 [0,95 - 1,29] | 578                        | 40,9        | 1,44 [1,24 - 1,68] |
| Dårligt med kammerater       | 73                         | 27,9        | 0,60 [0,45 - 0,79] | 123                        | 28,2        | 0,64 [0,51 - 0,80] |
| Dårlig skoletrivsel          | 277                        | 45,5        | 1,47 [1,23 - 1,76] | 211                        | 48,5        | 1,80 [1,47 - 2,21] |
| Virkeligt godt helbred       | 425                        | 37,2        | 0,95 [0,81 - 1,10] | 254                        | 32,3        | 0,78 [0,66 - 0,93] |
| Uoverkommelighedsfølelse     | 458                        | 39,9        | 1,12 [0,96 - 1,31] | 669                        | 38,3        | 1,20 [1,02 - 1,40] |
| Trist                        | 258                        | 42,2        | 1,26 [1,05 - 1,52] | 504                        | 38,9        | 1,19 [1,01 - 1,39] |
| Vold mod dig selv            | 205                        | 56,2        | 2,32 [1,86 - 2,90] | 132                        | 48,5        | 1,73 [1,35 - 2,23] |
| Vold mod mor                 | 74                         | 42,5        | 1,22 [0,89 - 1,66] | 100                        | 40,3        | 1,19 [0,91 - 1,55] |

\* Statistisk signifikant kønsforskel

**Tabel 9.7**

**Risikoadfærd. Sammenhængen mellem risikoadfærd (at ryge og drikke øl mindst ugentligt) og en række faktorer, der antages at have betydning herfor, opdelt på køn. 9. klasse-undersøgelsen, 2002**

|                                  | Dreng                         |             |                    | Piger                         |             |                    |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------|--------------------|-------------------------------|-------------|--------------------|
|                                  | Andel der ryger og drikker øl |             |                    | Andel der ryger og drikker øl |             |                    |
|                                  | N                             | %           | OR                 | N                             | %           | OR                 |
| <b>Samtlige svarpersoner</b>     | <b>456</b>                    | <b>14,5</b> |                    | <b>428</b>                    | <b>14,1</b> |                    |
| Ofte sammen med kammerater *     | 405                           | 17,0        | 2,82 [2,08 - 3,83] | 393                           | 18,1        | 5,28 [3,70 - 7,53] |
| Har kæreste                      | 166                           | 25,0        | 2,46 [1,98 - 3,05] | 211                           | 22,2        | 2,40 [1,95 - 2,96] |
| Svært ved at tale med kammerater | 120                           | 10,7        | 0,57 [0,46 - 0,72] | 91                            | 8,8         | 0,47 [0,37 - 0,60] |
| Svært ved at tale med forældre   | 207                           | 19,4        | 1,76 [1,44 - 2,16] | 263                           | 18,4        | 1,96 [1,59 - 2,42] |
| Dårligt med klassekammerater     | 42                            | 15,8        | 1,13 [0,80 - 1,59] | 50                            | 11,4        | 0,75 [0,55 - 1,03] |
| Dårlig skoletrivsel              | 168                           | 26,7        | 2,81 [2,26 - 3,48] | 113                           | 25,5        | 2,47 [1,94 - 3,16] |
| Virkeligt godt helbred           | 106                           | 9,1         | 0,46 [0,37 - 0,58] | 65                            | 8,1         | 0,46 [0,35 - 0,60] |
| Uoverkommelighedsfølelse         | 226                           | 19,0        | 1,82 [1,48 - 2,23] | 288                           | 16,1        | 1,52 [1,22 - 1,91] |
| Trist                            | 128                           | 20,6        | 1,73 [1,37 - 2,19] | 218                           | 16,7        | 1,52 [1,22 - 1,90] |
| Vold mod sig selv                | 130                           | 34,9        | 4,09 [3,20 - 5,22] | 86                            | 31,2        | 3,21 [2,43 - 4,24] |
| Vold mod mor                     | 46                            | 26,1        | 2,21 [1,56 - 3,15] | 62                            | 24,7        | 2,17 [1,59 - 2,95] |
| Fysisk aktiv                     | 335                           | 13,4        | 0,65 [0,51 - 0,81] | 267                           | 12,0        | 0,56 [0,45 - 0,69] |

\* Statistisk signifikant kønsforskel