
Forebyggende tiltak bør være kjønnsspesifikke

REDAKSJONELT

SØGAARD AJ

HAFSTAD A

Kvinner og menn tilhører ulike helsekulturer

Kunnskap om sammenhengen mellom atferd og sykdom og skader er veletablert. For å drive effektiv forebygging er det derfor nødvendig å ha kunnskap om folks helseatferd og prediktorer for slik atferd samt hvilke virkemidler som er de beste for å oppnå atferdsendring. I Norge har helseatferdsforskning de senere år bl.a. avdekket en betydelig forskjelli helserelatert atferd mellom ulike sosiale lag i befolkningen, mellom ulike regioner og mellom menn og kvinner. Storekjønnsforskjeller i helseatferd i Norge ble påvist allerede på begynnelsen av 1980-tallet. I en omfattende undersøkelse fant Aarø at kvinner med få unntak har mer positiv helseatferd enn menn (1).

Det er viktig å finne ut hvorvidt disse kjønnsforskjellene etableres tidlig i barne- og ungdomsårene og hva som motiverer for og henger sammen med den ulike atferden hos menn og kvinner. I dette nummer av Tidsskriftet presenteres ulike undersøkelser (2-4) som viser at det er forskjellige motiver og ulike mekanismer bak unge kvinners og ungemenns helserelaterte atferd på områdene røyking, voldsutsatthet og ansiktsskader. Friestad & Klepp (2) viser at jenter begynner å røyke tidligere enn gutter, og at jenter som røyker, er mer opptatt av vekt, slanking og kroppsbilde enn gutter. Pape & Pedersen (3) finner klare kjønnsforskjeller i risikoen for å bli voldsoffer. Tidligere opplevelser som voldsoffer var sterkeste prediktor for kvinner, mens egen voldelighet var mest utslagsgivende for menn. At det spesielt blant unge menn er kort vei fra det å utøve vold til selv å bli voldsoffer, er også et viktig funn i Elverland & Voss' artikkel (4). De viser for øvrig at bruddskader i ansiktet er fire ganger så hyppig hos menn enn hos kvinner, og at deldominerende årsak blant unge menn er vold, ofte i kombinasjon med alkohol. Også andre undersøkelser har de senere år påvist at unge menn gjennomgående har mer problem-, risiko- og sykdomsskapende atferd enn unge kvinner, og at prediktorene for atferd er forskjellige (5, 6).

HVA ER ÅRSAKEN ETIL KJØNNSFORSKJELLENE?

Forklaringene på de omtalte kjønnsforskjellene kan være ulik oppdragelse av gutter og jenter, nedarvede kjønnsroller, rollefordeling i familien og/eller biologiske forskjeller mellom kjønnene. En omfattende gjennomgang av kjønnsforskjeller i sosial atferd viser at "women are more socially skilled, emotionally sensitive, and expressive than men, as well as more concerned with personal relationships" (7). Dessuten påpekes det at kvinner lettere tilpasser seg andres oppfatning - spesielt i gruppesammenhenger. Andre studier med mer direkte relasjon til helse relatert atferd bekrefter dette (8). Likevel trenger vi mer kunnskap om hva som initierer, medierer og opprettholder helse relatert atferd hos henholdsvis kvinner og menn. Ikke minst må vi vite om det skjer en utjevning mellom kjønnene.

Det er derfor nødvendig med longitudinelle studier og regelmessig kartlegging av befolkningens helse atferd. Det er sparsomt med denne type data i Norge i dag. På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet er det imidlertid utarbeidet forslag til nasjonalt helseindikatorsystem som inkluderer forslag til en større kartlegging av folks kunnskaper, holdninger og atferd, samt oppfatninger om helsefremmende tiltak.

VIL FORSKJELLENE FORSVINNE?

Nyere forskning viser at det på enkelte områder som f.eks. røyking (9), alkoholbruk (10) og fritidsaktiviteter (6) er skjedd en utjevning av forskjellene i atferd mellom unge jenter og unge gutter. Om dette er starten på en trend mot mer likhet i helse relatert atferd mellom kjønnene, og dermed senere likhet i sykdomsforekomst og dødelighet, er for tidlig å si. Det finnes imidlertid eksempler på en slik utjevning. Mens lungekreft tidligere var en mannsdominert sykdom, er det i Norge nå observert lik risiko blant kvinner og menn i de yngre aldersgruppene (11).

HVORDAN BØR DET FOREBYGGENDE ARBEIDET LEGGES OPP?

Det synes godt dokumentert at det finnes ulike motiver eller utløsende mekanismer for helse relatert atferd hos jenter og gutter. Trolig er det f.eks. blant ungdom andre motiver enn helse som er viktigst for helse relatert atferd, motiver det er viktig å kjenne til for alle som er involvert i helsefremmende og forebyggende arbeid.

Identifisering av målgrupper på bakgrunn av kjønn, alder, sosioøkonomi, motiv for handling osv. er velkjent i kommersiell markedsføring og reklame. På bakgrunn av forundersøkelser skreddersys kommunikasjon til definerte målgrupper. I forebyggende helsearbeid og helseopplysning har vi i liten grad nyttiggjort oss denne kunnskapen. Imidlertid er røykeforebyggende tiltak blitt rettet spesielt mot jenter, med god effekt (9, 12). Enkelte undersøkelser indikerer at emosjonelle budskap kan være bedre egnet for påvirkning av helse atferd blant jenter enn blant gutter, mens gutter synes å være mer påvirkelige av faktainformasjon (8, 9).

Skal vi i fremtiden få bedre effekt av våre forebyggende tiltak, må strategier og virkemidler være bedre rettet inn mot målgruppen. Fordi kvinner og menn ser ut til å tilhøre ulike helse kulturer, må det forebyggende arbeidet utformes og innrettes forskjellig for hvert av kjønnene.

Anne Johanne Søgaard

Anne Hafstad

LITTERATUR

1. Aarø LE. Health behaviour and sosioeconomic status. A survey among the adult population in Norway. Doktoravhandling. Bergen: Institutt for sosialpsykologi, Universitetet i Bergen, 1986.
2. Friestad C, Klepp K-I. Røyking, kroppsbilde og slankeatferd blant ungdom. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3342-6.
3. Pape H, Pedersen W. Voldsofre i den generelle ungdomsbefolkningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3347-51.
4. Elverland HH, Voss R. Brudd i ansiktsskjelettet. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3354-8.
5. Klepp KI, Aarø LE, red. Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1997.
6. Roalsø KM. Ungdoms levekår i 1990-årene. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 1997.
7. Eagly AH, Wood W. Explaining sex differences in social behaviour: a meta-analytic perspective. Pers Soc Psych Bull 1991; 17: 306-15.
8. Sjøgaard AJ. Health education and self-care in dentistry - surveys and interventions. Doktoravhandling, ISM skriftserie nr. 13. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1989.
9. Hafstad A. Provocative anti-smoking appeals in mass-media campaigns. An intervention study on adolescent smoking. Doktoravhandling. Oslo: Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Oslo, 1997.
10. Skretting A. Alkoholbruk blant ungdom i Oslo, 1970-95. Norsk Epidemiologi 1996; 6: 77-84.
11. Engeland A. Trends in the incidence of smoking-associated cancers in Norway, 1954-93. IntJ Cancer 1996; 68: 39-46.
12. Worden JK, Flynn BS, Solomon LJ, Secker-Walker RH, Badger GJ, Carpenter HJ. Using mass media to prevent cigarette smoking among adolescent girls. Health Educ Q 1996; 23: 453-68.

Publisert: 30. september 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 20. juli 2026.